

Masterscriptie Zoma

Gedeelde Elektronische Patiëntendossiers

Het daadwerkelijk gebruik van en de overwegingen in een huisartsenpraktijk over gedeelde elektronische waarneemdossiers.

Naam: Jessica van Ostaijen

Studentnummer: 319037

Adres: Einsteinstraat 12

4702 WB Roosendaal

Emailadres: 319037jo@student.eur.nl

Afstudeerbegeleider: Bert Huisman MBA/MBI

Meelezers: Mw.Dr. M. De Mul, Mw.Dr. M.Strating

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	2
Samenvatting	3
Summary.....	4
1. Inleiding.....	5
1.1 Aanleiding voor dit onderzoek.....	5
1.2 Ontwikkeling regionale dossiers.....	6
1.3 Ontwikkeling landelijke dossiers.....	7
1.4 Probleemstelling, deelvragen en doelstelling	8
2. Theoretisch kader.....	11
2.1 Toepassing theoretisch perspectief.....	11
2.2 Het gedeeld elektronisch waarneemsysteem in de huisartsenpraktijk	12
2.3 Kwaliteit en veiligheid van de zorgverlening.....	15
2.4 Overwegingen en motieven bij implementatie EPD.....	16
2.5 Wederzijdse beïnvloeding gedeelde informatie en werkprocessen.....	17
2.5.1 Privacywetgeving	19
3. Onderzoeksopzet	21
3.1 Methodes	21
3.2 Respondenten.....	22
3.3 Validiteit en betrouwbaarheid	23
4. Resultaten.....	24
4.1 Waarnemingsvormen.....	24
4.2 Relatie samenwerkingsverband en keuze voor IT	26
4.3 Gebruik landelijk EPD	28
4.4 Gebruikte informatie bij waarneming.....	30
4.5 Interoperabiliteit	33
4.5.1 Koppeling huisarts en apotheek.....	34
4.6 Wederzijdse beïnvloeding EPD en werkprocessen	35
4.6.1 Privacy	36
4.6.2 Bijdrage aan implementatietheorie	37
5. Conclusie	38
6. Discussie.....	40
6.1 Methodes.....	41
6.2 bevindingen	41
6.3 Aanbevelingen	46
Literatuurlijst.....	48
Bijlagen	52

Voorwoord

Voor u ligt de masterscriptie 'Gedeelde Elektronische Patiëntendossiers'. In navolging van de bacheloropleiding Beleid en Management in de gezondheidszorg (BMG) aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam, vormt deze scriptie het afsluitende werkstuk van de master Zorgmanagement (ZoMa) te Rotterdam. Het omvat een kwalitatief onderzoek bij Huisartsenpraktijk Prinsensingel te Roosendaal naar het daadwerkelijk gebruik van gedeelde elektronische waarneemdossiers en welke overwegingen daarbij een rol spelen. Het is een actueel onderwerp wat multidisciplinair te benaderen is, en daarmee een interessant onderwerp als afstudeeronderzoek.

Het schrijven van de scriptie heb ik als een tijdrovende, maar leerzame bezigheid ervaren. Het verrichten van het onderzoek in de AHOED was leuk, omdat je een kijkje kunt nemen in de praktijk en vanuit de zorgverlener naar gedeelde EPD's gaat kijken. Allereerst wil ik de zorgverleners uit de AHOED bedanken voor medewerking aan het afstudeeronderzoek. Daarnaast wil ik mijn begeleider Bert Huisman MBA/MBI bedanken voor de ondersteuning die hij mij tijdens de totstandkoming van deze scriptie heeft geboden. Verder wil ik Dr. M. De Mul en Dr. M. Strating bedanken voor hun bijdrage als meelezers van deze scriptie. Zonder al deze personen zou deze scriptie niet tot stand zijn gekomen.

Jessica van Ostaijen

Samenvatting

De wens tot informatiedeling in de zorgsector is groot, maar in de praktijk blijkt dat de invoering van regionale en landelijke gedeelde elektronische patiëntendossiers traag en problematisch verloopt. Door de enorme kosten van de projecten en ten bate van voortgaande kwaliteitsverbetering is het van belang inzicht te verkrijgen in oorzaken van de trage en problematische invoering van het gedeelde EPD. In dit onderzoek wordt gekeken vanuit het perspectief van de gebruiker, met als doel de ontwikkeling van maatregelen om de implementatie van het gedeelde EPD voorspoediger te kunnen laten verlopen en bij te dragen aan de theorie over implementatie. Omdat het gaat over de ervaring van de zorgverleners is kwalitatief onderzoek geschikt, waar de volgende vraagstelling centraal staat: Hoe is in een huisartsenpraktijk het daadwerkelijk gebruik van gedeelde elektronische waarneemdossiers en welke overwegingen spelen daarbij een rol?

In de onderzochte casus, apotheek en huisartsenpraktijk Prinsensingel te Roosendaal, is met behulp van interviews en observaties gebleken dat er meerdere soorten waarneming bestaan. De twee huisartsen gebruiken voor de praktijkwaarneming in de HOED en in de dagpraktijken hun eigen HIS. Door de koppeling met het AIS van de apotheek is het bij de waarneming mogelijk om de medicatiedossiers in te zien. Bij de ANW-waarneming wordt er gebruik gemaakt van de regionale koppeling, waardoor van een groot deel van de regio tijdens de waarneming de patiëntendossiers kunnen worden ingezien.

Huisartsenpraktijk Prinsensingel is ook op het landelijk EPD aangesloten. Echter is uit de interviews en observaties gebleken dat het landelijk EPD niet tot nauwelijks wordt gebruikt in de twee huisartsenpraktijken, omdat de zorgverleners het landelijk EPD als niet noodzakelijk beschouwen. In Roosendaal zijn maar weinig passanten en door vergaande samenwerking in de AHOED en goede lokale en regionale koppelingen wordt het landelijk EPD als niet noodzakelijk gezien. Verder waren er door onder andere de centrale rol van de overheid problemen met de communicatie bij de implementatie van het landelijk EPD. Het landelijk EPD lijkt daarmee niet aan de verwachtingen van de zorgverleners te kunnen voldoen en niet goed te passen bij de werkpraktijk.

Er wordt aanbevolen om in de toekomst grote (ICT) projecten, waarbij veel partijen betrokken zijn zoals bij het landelijk EPD, decentraal aan te sturen. Verder zal er bij het ontwerpen van gedeelde EPD's rekening moeten worden gehouden met de complexiteit en rijkdom van alle samenwerking en relaties tussen de verschillende onderdelen van systemen in de zorgsector. Ten slotte worden aanbevelingen voor vervolgonderzoek gedaan en een praktische aanbeveling voor de huisartsenpraktijken betreffende juridische uitgangspunten voor uitwisseling van patiëntendossiers.

Summary

The desire for information sharing in the healthcare sector is large, but in practice it appears that the introduction of regional and national shared electronic patient records runs slow and problematic. Due to the enormous costs of the projects and for ongoing quality improvement it is important to gain insight into reasons for the slow and problematic implementation of the shared EHR. This research examines the perspective of the user, with the aim of learning from the results, so that measures can be taken to implement the shared EHR prosperous and to contribute to implementation theory. Because it's about the experience of caregivers, qualitative research is appropriate with the following central question: How is in a general practice the effective use of shared electronic records and what considerations play a role?

In the studied case, pharmacy and general practice Prinsensingel at Roosendaal, has been found, using interviews and observations, that there exists several types of observation. The two GP's uses their own HIS for the observation in their own practices and for the observation of others. By linking with the AIS of the pharmacy it is possible to see the medical records. At the observation in the 'Huisartsenpost' the GP's uses regional links, so from a large part of the region the patient records can be viewed during the observations. General practice Prinsensingel is also connected to the nationwide EHR. However, the interviews and observations showed that the nationwide EHR was hardly used in the two GP practices, because the caregivers consider the EHR not necessarily. There are a few passers-by at Roosendaal and through far-reaching cooperation in the AHOED and good local and regional links, the caregivers sees the nationwide EHR as not necessary. There were problems with the communication at the implementation of the HER, inter alia due to the central role of the government. It seems that the nationwide EHR does not meet the expectations of the caregivers and not fit the work practices.

It is recommended that in future large (ICT) projects, where many parties are involved as in the nationwide EHR, decentralized control is better. Furthermore, in the design of shared EHRs, the complexity and richness of all cooperation and relations between different parts of systems in healthcare will have to be taken into account. Finally, recommendations for future research and a practical recommendation for the GP practices on legal principles for sharing patient records are given.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding voor dit onderzoek

Gedeelde elektronische patiëntendossiers worden bij huisartsen steeds meer gebruikt, zowel in Nederland als in het buitenland (Boonstra, 2007). De informatiesystemen ondersteunen het zorgproces en maken digitale informatie uitwisseling tussen zorgverleners mogelijk (ibid.). De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) stelt dat het voor een goede zorgverlening noodzakelijk is dat betrokken hulpverleners beschikken over informatie over de patiënt (rapport Staat der Gezondheidszorg (SGZ), 2011). De zorgvraag wordt steeds complexer en er is vaker sprake van multimorbiditeit, waardoor veel zorgverleners betrokken zijn bij één patiënt. Zorgverleners van verschillende afdelingen en instellingen moeten samenwerken en voor een goede zorgverlening hebben de verschillende betrokkenen actuele informatie nodig. Het belang van goede en beschikbare informatie is dus groot. Door actuele informatie kunnen fouten mogelijk worden voorkomen (IGZ, rapport SGZ, 2011). Als een huisarts bijvoorbeeld niet op de hoogte is van door medische specialisten voorgeschreven medicatie, kan hij zelf verkeerde medicijnen voorschrijven. Bijvoorbeeld doordat de combinatie van medicijnen schadelijk is. Dat kan leiden tot complicaties, ziekenhuisopnames en in het ergste geval zelfs sterfte. Hoewel hierover weinig gegevens beschikbaar zijn, blijkt uit het HARM-onderzoek dat er in Nederland 19.000 vermijdbare medicatiegerelateerde ziekenhuisopnames zijn (HARM,2006).

Met behulp van elektronische informatie-uitwisseling lijkt de patiëntveiligheid te kunnen worden vergroot en op basis daarvan worden kostbare projecten rondom gedeelde EPD's ontwikkeld (Vincent, 2010). Verder kondigde de IGZ in hetzelfde rapport "Staat van de Gezondheidszorg 2011" aan, dat met ingang van 2013 zorginstellingen aantoonbaar beleid moeten implementeren voor verantwoorde informatie-uitwisseling tussen professionals. Ook blijkt uit onderzoek dat de wens om patiëntengegevens uit te wisselen tussen huisartsen groot is (Boonstra, 2007). Op dit moment wordt er in huisartsenpraktijken al veel gebruik gemaakt van verschillende softwaretoepassingen om digitale informatie op te slaan en beschikbaar te stellen voor de communicatie, waardoor een belangrijke basisvoorwaarde lijkt te zijn ingevuld. 97% van de huisartsen werkt met een HuisartsenInformatieSysteem (HIS) (NHG-richtlijn ADEMD, 2004).

Maar in diezelfde Staat van de Gezondheidszorg staat ook dat de informatie voor hulpverleners nu vaak niet compleet, moeilijk vindbaar en niet actueel is, wat leidt tot risico's voor de patiëntveiligheid. Dat wordt onder andere veroorzaakt door een gebrek aan standaardisatie van technische applicaties voor het invoeren, opslaan en uitwisselen van informatie. Op dit moment is het zo dat professionals eigen dossiers en terminologie gebruiken, waardoor uitwisseling wordt bemoeilijkt. Instellingen gebruiken intern

verschillende informatie-uitwisselingsystemen en tussen instellingen is het nog lastiger. Er is een grote diversiteit ontstaan in de wijze van verslagleggen tussen de gebruikers van verschillende HIS'en en tussen de verschillende gebruikers van één HIS (NHG-richtlijn ADEMD, 2004). Projecten om te komen tot verbeteringen in de informatie-uitwisseling concentreren zich veelal op specifieke vormen van samenwerking, bijvoorbeeld dienstwaarneming tussen huisartsen. Ondanks alle problemen zijn er in Nederland twee infrastructuren ontstaan voor het delen van waarneeminformatie, namelijk een regionaal dossier (ontwikkeld in samenwerking tussen zorgverleners en softwareleveranciers) en een landelijk dossier (ontwikkeld door de Overheid). De Eerste Kamer heeft een wetsvoorstel over verplichte aansluiting op het landelijk EPD verworpen, waarna het landelijk EPD privaat is doorgestart (Nictiz, 2012). Daardoor hebben zorgverleners voor de waarneming de keuze uit beide infrastructuren. De ontwikkeling van de twee infrastructuren is gepaard gegaan met aanzienlijke kosten en implementatie-inspanningen. De kosten van de landelijke infrastructuur bedroegen alleen al ca. 300 miljoen Euro aan de centrale overheid (Nictiz, 2012). Zorgverleners staan nu voor vragen over de overwegingen die een rol spelen bij het toekomstig gebruik van deze infrastructuren in de praktijk. Daarom zal de volgende onderzoeksvraag centraal staan binnen dit onderzoek: Hoe is in een huisartsenpraktijk het daadwerkelijk gebruik van gedeelde elektronische waarneemdossiers en welke overwegingen spelen daarbij een rol? Voordat deze vraag verder wordt uitgewerkt in deelvragen wordt er in gegaan op de historische ontwikkelingen van zowel de regionale als landelijke dossiers, om de huidige context te kunnen begrijpen.

1.2 Ontwikkeling regionale dossiers

Op dit moment wordt er op regionaal niveau door huisartsen en huisartsenposten informatie uitgewisseld via huisartsendossiers ten behoeve van de waarneming. Open Zorg Informatie Systeem (OZIS) is de naam van de infrastructuur die sinds 2002 daarvoor wordt gebruikt (OZIS, 2012). In 1990 is de ontwikkeling van OZIS bij huisartsen begonnen en later ook verspreid naar de apotheken en in 2002 is de Stichting OZIS ontstaan. OZIS is een communicatie protocol waardoor het mogelijk is om waarneemdossiers tussen huisartsen onderling op regionaal niveau uit te wisselen (Stoop et al. 2006). In het tweede kwartaal van 2009 konden uit 16,5 miljoen inwoners de gegevens uit de samenvatting van het huisartsendossier van 6,44 miljoen mensen regionaal worden uitgewisseld (OZIS, 2010).

Stoop et al. (2006) beschrijven de grote rol die de sociale en politieke context speelt bij de overwegend succesvolle implementatie van OZIS. Het doel van OZIS dienstwaarneming huisartsen was een vermindering van het aantal fouten bij waarneming in huisartsenpraktijken. Naarmate meer huisartsen worden aangesloten verbetert de informatie-uitwisseling. Dit geldt ook voor de apothekers, die gebruik maken van OZIS

dienstwaarneming apotheken. Maar betrokken partijen hebben daarnaast conflicterende belangen. Eén van de oorzaken van de conflicterende doelstellingen is bij de apothekers bijvoorbeeld de onderlinge concurrentie (Stoop et al. 2006). Doordat apothekers concurrenten van elkaar waren was er vaak weinig vertrouwen in samenwerking voor het delen van patiëntgegevens, en daarom wilden ze aanvankelijk geen gebruik maken van OZIS. Er bestaat dus frictie tussen de gewenste samenwerking en de concurrentie. Bij huisartsen is er nauwelijks sprake van concurrentie en speelt dit aspect geen rol. Wel waren bijvoorbeeld de leveranciers van de software voor huisartsen concurrenten van elkaar, waardoor ook zij niet wilden samenwerken om informatie uit te wisselen. De oplossing werd uiteindelijk gevonden in financiële steun voor de leveranciers vanuit de overheid. Bovenstaande ontwikkelingen zijn voorbeelden van de sociale en politieke context van verschillende betrokken partijen die de implementatie beïnvloedt hebben.

Positief beïnvloedt door onder andere het overwegend succes van de regionale OZIS-infrastructuur, wilden een aantal betrokken partijen zoals koepels van zorgverleners ook landelijk kunnen gaan communiceren en betrad de overheid als nieuwe partij het terrein. De overheid wilde een nieuwe architectuur en wetgeving ontwikkelen waarin huisartsen en apothekers verplicht werden om deel te nemen aan het delen van hun dossiers via het landelijk schakelpunt (LSP) (TK,2006-2007).

1.3 Ontwikkeling landelijke dossiers

Met financiering van de overheid werd dan ook in 2002 het Nationaal ICT Instituut in de Zorg (NICTIZ) opgericht om het gebruik van ICT in de zorgsector te stimuleren. NICTIZ nam het initiatief tot de ontwikkeling van een landelijk raadpleegbaar elektronisch patiënten dossier. AORTA is de landelijke infrastructuur en deze moet zorgen voor standaardisatie van de techniek en de inhoud van de berichten. De overheid wilde door middel van een centrale sturende rol de implementatie van het landelijk EPD snel laten verlopen. Ondanks de uitgebreide infrastructuur en alle voorbereidingen en pilots zette de Eerste Kamer in april 2011, 9 jaar later, een streep door de wet die verplichte aansluiting op het landelijk EPD regelde, waarbij een belangrijke overweging was dat de privacy van burgers niet gewaarborgd kon worden bij de gegevensuitwisseling (BndeStem, 2011).

Nadat het landelijk raadpleegbaar elektronisch patiënten dossier was afgekeurd door de Eerste Kamer ontstond in september 2011 een plan van (koepels van) zorgverleners, de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en de Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN), voor een private doorstart van het Elektronisch Patiëntendossier, waarbij de al gerealiseerde infrastructuur alsnog toegepast zou kunnen worden. Huisartsen, huisartsenposten en apothekers zouden in eerste instantie zorgen voor die doorstart, en ziekenhuizen zouden

zich later daar bij aansluiten. Het eerste initiatief voor de private doorstart is niet gelukt, doordat er te weinig belangstelling was om in te tekenen voor het project vanuit de huisartsen en apothekers. Verder waren er enkele juridische en organisatorische risico's, waardoor de private doorstart in eerste instantie is mislukt. Ook spelen concurrentie en verschillende belangen en motieven van betrokken partijen een rol op het landelijk niveau.

Op dit moment wordt er opnieuw gewerkt aan een private doorstart met medewerking van de zorgverzekeraars. NICTIZ heeft daarop besloten om toch de infrastructuur voor de medische gegevensuitwisseling in 2012 beschikbaar te houden (Nictiz, 2012).

Huisartsenpraktijken kunnen voor de waarneming op dit moment dus gebruik maken van twee soorten gedeelde dossiers: een regionaal georiënteerd dossier (via de OZIS infrastructuur uit de patiëntendossiers van huisartsen) en een landelijk georiënteerd dossier (via de AORTA infrastructuur waarbij sprake is van een virtueel patiëntendossier). De werking van de twee infrastructuren wordt later in het theoretisch kader verder uitgewerkt.

1.4 Probleemstelling, deelvragen en doelstelling

De projecten voor gedeelde elektronische patiëntendossiers hebben naast technische vooral politieke en sociale dimensies. De wens tot informatiedeling is groot, maar in de praktijk blijkt dat de invoering van de gedeelde dossiers traag en problematisch verloopt. Door de enorme kosten van de projecten en ten bate van voortgaande kwaliteitsverbetering is het van belang inzicht te verkrijgen in oorzaken van de trage en problematische invoering van het gedeelde EPD. De zorgverleners spelen daarbij in de nieuwe private context een cruciale rol, omdat zij door hun keuzes de toekomst van de verschillende infrastructuren zullen bepalen. In dit onderzoek wordt daarom gekeken vanuit het perspectief van de gebruiker. Onderzoek naar hoe zorgverleners denken over het gedeelde EPD en wat voor overwegingen een rol spelen om wel of niet gebruik te maken van het regionaal en /of landelijk EPD kan bijdragen aan inzicht voor implementatie. Daarnaast is het belangrijk om het gebruik en de ervaren effecten van gedeelde EPD's in de praktijksituatie te onderzoeken, omdat daar tot nu toe weinig bekend over is. Vanuit het sociaal-technisch perspectief zal worden bekeken wat voor invloed het gebruik van het EPD heeft op de werkprocessen. Bovenstaande resulteert in de volgende vraagstelling en deelvragen.

- **Vraagstelling:** Hoe is in een huisartsenpraktijk het daadwerkelijk gebruik van gedeelde elektronische waarneemdossiers en welke overwegingen spelen daarbij een rol?

- **Deelvragen:**

Om de vraagstelling te kunnen beantwoorden, zullen onderstaande deelvragen beantwoord moeten worden.

1. Wat is een gedeeld elektronisch waarneemdossier in de huisartsenpraktijk?

Deze theoretische deelvraag wordt beantwoord in paragraaf 2.2 van het theoretisch kader. Vervolgens zal in paragraaf 4.1 bij het thema continuïteit van zorg worden beschreven wat voor soort waarnemingen er plaats vinden bij de huisartsenpraktijk.

2. Op welke manier kan een gedeeld elektronisch waarneemdossier bijdragen aan de kwaliteit en veiligheid van de zorgverlening?

Deze theoretische deelvraag wordt besproken in paragraaf 2.3 van het theoretisch kader.

3. Hoe is de praktijk aangesloten op een regionaal en/of landelijk EPD en onder welke omstandigheden en hoe wordt de opgevraagde dossierinformatie gebruikt?

In het thema continuïteit van zorg in de resultaten wordt beschreven hoe de praktijk is aangesloten op een regionaal en landelijk EPD. In paragraaf 4.4 gebruikte informatie bij waarneming wordt beantwoord onder welke omstandigheden en hoe opgevraagde dossierinformatie wordt gebruikt.

4. Op basis van welke overwegingen zijn de koppelingen gecontracteerd en hoe denkt men daar nu over?

In paragraaf 2.4 van het theoretisch kader wordt de theorie over verschillende motieven om over te gaan tot implementatie van EPD's beschreven. Vervolgens wordt in het thema relatie samenwerkingsverband en keuze voor IT besproken welke overwegingen ervoor gezorgd hebben dat de koppelingen werden aangeschaft en hoe de zorgverleners daar nu over denken. In het thema gebruik landelijk EPD worden problemen beschreven die de zorgverleners hebben ervaren tijdens de implementatie.

5. Hoe worden voor- en nadelen van de gedeelde elektronische patiëntendossiers beoordeeld?

Deze empirische vraag wordt beantwoord in het thema interoperabiliteit. Ook in het thema wederzijdse beïnvloeding EPD en werkprocessen worden voordelen van het werken met gedeelde EPD's beschreven.

6. Hoe beïnvloeden de gedeelde informatie en de werkprocessen elkaar?

Het sociaal-technisch perspectief wordt in paragraaf 2.5 in het theoretisch kader uitgewerkt. In paragraaf 4.6 wordt gekeken hoe de zorgverleners de wederzijdse beïnvloeding van gedeelde informatie en de werkprocessen ervaren.

7. Wat zijn de effecten van de wederzijdse beïnvloeding op de implementatie en het gebruik van gedeelde EPD's en welke bijdrage levert dit aan implementatietheorieën?

Ten slotte wordt in paragraaf 4.6.2 de bijdrage aan implementatietheorieën besproken.

Doelstelling: De doelstelling van dit onderzoek is door middel van interviews en observaties inzicht verkrijgen in het daadwerkelijk gebruik, de overwegingen, en invloed op werkprocessen van gedeelde elektronische waarneemdossiers in een huisartsenpraktijk. De maatschappelijke relevantie van het onderzoek is het ontstaan van inzicht in welke overwegingen en problemen een rol spelen bij het gebruik van het EPD, zodat daarvan geleerd kan worden voor nieuwe situaties in de toekomst. Implementatie kan daardoor voorspoediger verlopen. Het onderzoek is wetenschappelijk relevant doordat het de realiteit van het werken met gedeelde EPD's belicht, en daaruit kunnen problemen naar voor komen die geschikt zijn voor nieuw onderzoek. Daarnaast draagt het onderzoek bij aan implementatietheorie omdat de gebruikerservaringen zichtbaar worden gemaakt en gevonden standpunten en succesfactoren van de zorgverleners kunnen mee genomen worden in implementatietheorieën. Op die manier draagt het onderzoek bij aan het inzicht over het gebruik van gedeelde EPD's vanuit het perspectief van de zorgverlener in de praktijksituatie.

2. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk zal allereerst de toepassing van het theoretisch perspectief worden besproken. Vervolgens zullen de theoretische deelvragen worden besproken. Allereerst zal worden gekeken wat een gedeeld elektronisch waarneemdossier in de huisartsenpraktijk is. Daarna wordt er gekeken hoe een gedeeld EPD kan bijdragen aan de kwaliteit en veiligheid van de zorgverlening. Onder een gedeeld EPD wordt hier verder verstaan, de uitwisselbaarheid/uitwisseling van informatie tussen zorgverleners uit de informatiesystemen van de huisartsen. Als uitsluitend de term “EPD” wordt gebruikt gaat het om het EPD van een zorgverlener of in gebruik bij een enkele organisatie. Vervolgens wordt gekeken wat er in wetenschappelijke literatuur bekend is over de kenmerken van en de motieven voor implementatie van gedeelde EPD's in de patiëntenzorg. Vervolgens zal er vanuit het sociaal-technisch perspectief bekeken worden wat voor wederzijdse beïnvloeding het gedeelde EPD en de werkprocessen kunnen hebben. Ook patiëntenwetgeving rondom het gedeelde EPD beïnvloedt de werkprocessen en andersom. Daarom zal er in een subparagraaf van ‘wederzijdse beïnvloeding EPD en werkprocessen’ gekeken worden hoe gedeelde EPD's zich verhouden tot bestaande wetgeving, en waar zorgverleners rekening mee moeten houden bij het werken met gedeelde EPD's.

2.1 Toepassing theoretisch perspectief

Er bestaat een grote hoeveelheid complexe en heterogene onderzoeksliteratuur over elektronische patiëntendossiers. Vanuit verschillende onderzoekstradities en verschillende onderliggende assumpties en methodologische aanpakken is het onderwerp onderzocht (Greenhalgh et al. 2009). Er wordt verschillend tegen belangrijke onderwerpen betreffende het EPD aangekeken, zoals de EPD gebruiker en de context, en dat heeft invloed op de manier van onderzoeken, bijvoorbeeld de aspecten en respondenten die in het onderzoek worden meegenomen.

In dit onderzoek wordt een interpretatief en constructivistisch paradigma gebruikt, omdat belangrijk is om te weten wat voor betekenis het gedeelde EPD heeft voor de gebruikers in organisaties. De gebruikers moeten namelijk contracteren, en gebruiken en beïnvloeden via hun koepels de maatschappelijke discussie over gedeelde EPD's. Het gaat om het begrijpen van de leefwereld van de respondenten en het constructivisme gaat er van uit dat verschijnselen in de werkelijkheid “sociale constructies” zijn. Binnen de organisatie kunnen individuen verschillende betekenissen geven aan het gebruik van de techniek (interpretatief). Zo kunnen aannames en verwachtingen verschillen, en er kan verschillend worden gedacht over welk probleem precies wordt opgelost door de techniek (ibid.). Verschillende actoren hebben andere motieven en ambities, waardoor anders tegen een succesvolle implementatie van het EPD kan worden aangekeken door verschillende groepen

(Jones, 2003). Zo heeft de Eerste Kamer een onderzoek laten uitvoeren naar het besluitvormingsproces inzake het landelijk EPD: 'Het EPD voorbij; evaluatie besluitvormingsproces kaderwet elektronische zorginformatie-uitwisseling' (NSOB, 2012). Vanuit het 'technology-in-practice' perspectief is dit onderzocht en een groot aantal actoren in het EPD-veld zijn geïnterviewd om alle belangen en opvattingen die de realisatie van het EPD hebben beïnvloed kenbaar te maken (ibid.). Daaruit wordt geconcludeerd dat het landelijk EPD in technisch opzicht als succesvol mag worden beschouwd, maar ook dat de centrale, sturende rol van de overheid niet geschikt was voor het grote ICT-traject. Ook vanuit het deterministisch perspectief kan beargumenteerd worden dat de rol van de overheid niet geschikt was. De overheid heeft met de sturende rol de implementatie van het EPD zo snel mogelijk willen realiseren en het EPD opgelegd aan de verschillende actoren en zo geprobeerd de sociale context te beïnvloeden. Deze top-down benadering heeft in de praktijk niet goed gewerkt. De verschillende betrokken partijen kunnen andere conclusies trekken over het landelijk EPD. Verder kan het zo zijn dat de techniek, extern ontwikkeld, niet voldoet aan verwachtingen en niet goed past bij de werkpraktijk. Het kan zijn dat de regionale en landelijke EPD's niet aan de verwachtingen voldoen.

Het is belangrijk om te weten wat de praktijk doet met een techniek en wat de techniek doet met de praktijk. Uit onderzoek is namelijk gebleken dat de sociale systemen niet los te zien zijn van de technische systemen (Van Amelsvoort, 1999). De gebruikers van de techniek spelen een belangrijke rol doordat ze de techniek in hun werkomgeving moeten integreren en dagelijks moeten gaan gebruiken. Wel kan elke gebruiker vanuit zijn of haar uniek referentiekader een andere betekenis geven aan de techniek. De sociale en technische systemen beïnvloeden elkaar wederzijds en daarom zal in dit onderzoek, als invulling van het constructivistisch perspectief, het sociaal-technisch perspectief als theoretische lens worden gebruikt. Door deze theoretische lens wordt naar de interactie tussen de gebruikers en de techniek gekeken. De technologie wordt in de sociale context onderzocht, en de zorgverleners uit de huisartsenpraktijk creëren gezamenlijk een sociale constructie van de werkelijkheid. Het sociaal-technisch perspectief wordt in paragraaf 2.5 verder uitgewerkt.

2.2 Het gedeeld elektronisch waarneemsysteem in de huisartsenpraktijk

De invoering van het elektronisch patiëntendossier verloopt traag en problematisch. Het volgende citaat van Herre Kingma, voormalig inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg laat zien dat de gezondheidszorg achter blijft door de trage invoering van het EPD:

In de hele samenleving brengen we alles onder in computers, waardoor we makkelijk wereldwijd kunnen betalen en vrij kunnen reizen. In de gezondheidszorg blijven we

een beetje in het stenen tijdperk hangen. Het is daar moeilijk afspraken maken. (Medisch Meldpunt, radio 1, 8 augustus 2005)

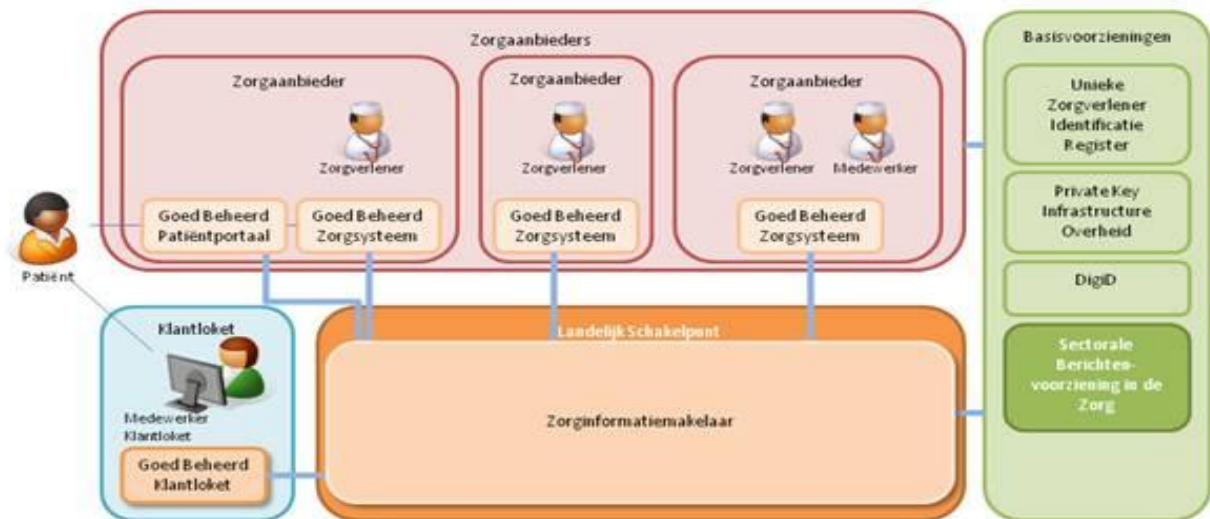
Met behulp van ICT lijkt er in de gezondheidszorg dus nog veel mogelijk wat betreft het delen van informatie, kennis en het versterken van de communicatie en logistiek (Squarewise, 2007). Met behulp van gedeelde medicatiedossiers en gedeelde waarneemdossiers kunnen huisartsenpraktijken sneller en effectiever informatie uitwisselen en zorgverleners kunnen op dit moment gebruik maken van twee soorten gedeelde dossiers: een regionaal georiënteerd dossier en een landelijk georiënteerd dossier. Voor de waarneming bij huisartsen bestaat er samenwerking in waarneemgroepen en huisartsenposten. Een gedeeld elektronisch waarneemsysteem houdt in dat een waarnemer inzicht kan hebben in het waarneemdossier, waarin een samenvatting van het dossier van de patiënt staat, de professionele samenvatting (Squarewise, 2007). Huisartsen die in de avond, nacht of in het weekend werken op de huisartsenpost en patiënten behandelen van andere artsen kunnen daardoor bij de benodigde informatie. De professionele samenvatting wordt automatisch gegenereerd door de HIS software. Ook bij de dienstwaarneming kunnen huisartsen bij de benodigde informatie via de professionele samenvatting. Na inzage in een dossier van één van zijn patiënten krijgt de huisarts een waarneemretourbericht met informatie omtrent de bevindingen en behandeling van de arts op de huisartsenpost (OZIS, 2010). Dit is de regionale infrastructuur (zie figuur 1).



Figuur 1 informatiestromen Dienstwaarneming Huisartsen. (Voor medisch dossier kan professionele samenvatting worden gelezen)

De uitwisseling van informatie op landelijk niveau verloopt anders. Daar verloopt de uitwisseling van gegevens niet direct tussen de systemen van de betrokken zorgverleners zoals bij OZIS, maar via het Landelijk Schakelpunt (LSP). De patiëntengegevens liggen decentraal bij de zorgverleners opgeslagen en de informatiesystemen van de zorgverleners moeten aan specifieke eisen van een Goed Beheerd Zorgsysteem voldoen (Nictiz, 2012). Als er informatie voor de waarneming nodig is moeten de zorgverleners gebruik maken van een unieke zorgverlener identificatie (UZI)-pas en de benodigde informatie wordt dan uit de computers van de zorgverleners via het LSP uitgewisseld. De patiëntengegevens worden

niet landelijk vastgelegd en er is sprake van een virtueel dossier. De informatiestromen worden in onderstaand figuur weergegeven.



Figuur 2 Informatiestromen AORTA Architectuur

Daarnaast zit een verschil in de inhoud van de professionele samenvatting. De professionele samenvatting van het landelijk dossier bevat de laatste vijf contacten, de chronische episodelijst met daaraan gekoppeld de contacten van de afgelopen vier maanden, de volledige medicatielijst en de overdrachtgegevens (NHG-richtlijn, 2008). Naast genoemde onderdelen bevatten regionale professionele samenvattingen ook vaak specialistenbrieven en labuitslagen. De regionale professionele samenvatting bevat meer informatie dan de landelijke professionele samenvatting, waarbij de NHG-richtlijn alleen is uitgegaan van de waarneming op de huisartsenpost (ibid.). OZIS is ook ontworpen voor ondersteuning bij de waarneming tijdens vakantie en ziekte. In die situatie is eerder sprake van reguliere behandeling in plaats van acute zorgverlening en daarom bevat de “OZIS-samenvatting” meer informatie. Zorgverleners kunnen het verschil in informatie van de professionele samenvattingen als niet prettig ervaren en daardoor kan discussie ontstaan over de inhoud van de professionele samenvatting. Huisartsen kunnen bijvoorbeeld van mening zijn dat de landelijke professionele samenvatting dezelfde inhoud moet hebben als de regionale professionele samenvatting.

Bij waarneemsituaties voor huisartsen speelt het medicatiedossier een belangrijke rol. Met behulp van het vanuit de apotheek bijgewerkte medicatiedossier wordt een arts geïnformeerd en ondersteund bij het voorschrijven van medicatie (Squarewise, 2007). De apothekers informeren de huisartsen over de verstrekte informatie, zowel die voorgeschreven door huisartsen zelf als door andere specialisten of bijvoorbeeld psychiaters. Verder betekent de invoering van het medicatiedossier voor een huisartsenpraktijk dat er op het elektronisch voorschrijven automatisch medicatiebewaking

plaats vindt. Op deze manier wordt relevante informatie over de patiënt snel en effectief uitgewisseld. Dit leidt tot een efficiëntere behandeling van de patiënt, een betere kwaliteit van de zorgverlening en tot een vermindering van de administratieve lasten (ibid.). Uit de pilotregio's is wel gebleken dat de invoering van waarneemdossiers huisartsen grootschalig moet gebeuren en de meerderheid van de huisartsen aangesloten moet zijn om effectief gebruik te kunnen maken van de professionele samenvatting. Als maar een klein deel van de huisartsen is aangesloten kunnen bovengenoemde voordelen niet behaald worden (ibid.). Plexus heeft een evaluatieonderzoek naar de pilot van het elektronisch medisch dossier (EMD) uitgevoerd en daarin wordt ook geconcludeerd dat de toegevoegde waarde van het EMD in het zorgproces zich pas zal bewijzen naarmate meer dossiers zijn aangemeld (Plexus, 2009). Een andere belangrijke voorwaarde is dat er door huisartsen een adequaat dossier wordt gevormd, zodat een 'goed gevulde' professionele samenvatting voor de waarnemer ontstaat (NHG-richtlijn ADEMD, 2004). In Nederland is de International Classification of Primary Care (ICPC) geaccepteerd als de standaard voor het coderen en classificeren van klachten, aandoeningen en symptomen in de huisartsenpraktijk (ibid.). De diagnose krijgt een ICPC code. Huisartsen kunnen een training adequaat dossiervorming elektronisch patiënten dossier volgen waardoor in de praktijk goed gevulde en gecodeerde patiëntendossiers ontstaan.

2.3 Kwaliteit en veiligheid van de zorgverlening

Communicatie zorgt vaak voor problemen en klachten in de zorg (Meijboom et al. 2011). Voor een goede zorgverlening is het noodzakelijk dat vele hulpverleners beschikken over informatie over de patiënt. De zorgvraag wordt steeds complexer en er is vaker sprake van multimorbiditeit waardoor veel mensen betrokken zijn bij één patiënt (ibid.). Zorgverleners van verschillende afdelingen en instellingen moeten samenwerken en daarvoor is de juiste informatie op de juiste tijd en plaats bezitten noodzakelijk. Alleen dan kunnen effectieve beslissingen worden genomen en kan de veiligheid en kwaliteit gewaarborgd worden.

Als zorgverleners geen beschikking hebben over goede informatie over de patiënt dan kan dat leiden tot problemen. Gebrekkige informatie kan leiden tot verspilling van tijd en ernstige fouten, dat onderstaand citaat laat zien.

Imagine a clinical record where the patient's name is wrong or their address is out of date, their blood pressure is recorded incompletely or their diagnosis has been wrongly coded. These are all examples of poor data quality and, at the least, they could waste your time or the patient's time; at worst, they could lead to serious errors in health care decision making. (Royal College of Nursing, 2011:3)

Onderzoekresultaten kunnen bijvoorbeeld incompleet zijn, waardoor een zorgverlener in een andere zorginstelling het onderzoek over moet doen. Dit kost extra tijd voor de

zorgverleners, maar is ook extra belastend voor de patiënt. Het komt ook vaak voor dat de patiënt zijn of haar verhaal meerdere keren moet vertellen aan verschillende zorgverleners. Alle extra handelingen brengen ook een groter risico op fouten met zich mee. Ook Gröne en Garcia-Barbero (2001) bewijzen dat incomplete informatie resulteert in risico's, wachttijden en vertragingen voor de patiënt, en duplicatie van onderzoeken zorgt voor extra kosten. Het gedeelde EPD probeert onnodige behandelingen en medicatie te voorkomen (Malloch 2007). Het gedeelde EPD probeert veilige toegang tot kwalitatieve, volledige en tijdige informatie te verkrijgen en bovenstaande problemen op te lossen (Mäenpää et al. 2009). Uit een systematische review van Mäenpää et al. (2009) blijkt dat een regionaal gezondheidszorg informatiesysteem de toegang tot klinische gegevens, tijdige informatie en klinische gegevensuitwisseling verbetert. Verder zorgde het voor een verbetering in de communicatie en coördinatie tussen professionals binnen de regio. Maar in de review werden ook resultaten gevonden waaruit bleek dat er nog steeds sprake was van onvoldoende toegang tot relevante klinische gegevens. Het gedeelde EPD kan dus een instrument zijn voor tijdsbesparing en minder medische fouten, maar het kan niet zomaar alle problemen met betrekking tot veiligheid en kwaliteit oplossen. Het gedeelde EPD brengt ook weer nieuwe risico's op fouten en een cultuur gericht op veiligheid is noodzakelijk (Malloch, 2007). Zo kunnen zorgverleners bijvoorbeeld in de problemen raken bij storingen van het systeem en bij andere onverwachte problemen (Vincent, 2010).

2.4 Overwegingen en motieven bij implementatie EPD

In de literatuur worden verschillende motieven beschreven om over te gaan tot implementatie van EPD's. Zo zou het zorgen voor efficiency, kostenbesparing, tijdwinst voor verschillende professionals, verbeterde veiligheid en kwaliteit van de zorg en minder medische fouten (Malloch, 2007). Voor de apothekers in Nederland is OZIS ingevoerd om de dienstdoende apotheek tijdens waarneemsituaties te voorzien van informatie over de patiënt waardoor fouten voorkomen kunnen worden (Stoop et al. 2006). Het doel van gedeelde EPD's voor huisartsen is een verhoogde patiëntveiligheid en een vermindering van het aantal medicatiefouten (Squarewise, 2007). Echter liet een grootschalig systematisch overzicht van de literatuur uit 2008 zien dat er maar een paar positieve effecten bewezen zijn. Ten eerste een betere leesbaarheid, onleesbare handschriften komen niet meer voor en fouten bij het overschrijven worden op deze manier voorkomen. Andere bewezen positieve effecten zijn: tijdsbesparing voor sommige professionals (verpleegkundigen in ziekenhuizen en bij huisartsen), en het faciliteren van hogere orde functies, zoals audits en secundaire analyses van routine-data en performance management (Car et al. 2008). De informatie uit het EPD kan gebruikt worden voor onderzoek naar fouten, zodat van gemaakte fouten geleerd kan worden en daarmee de patiëntveiligheid wordt verhoogd (Vincent, 2010). Van

alle andere effecten zijn tegenstrijdige onderzoeksresultaten gevonden. Zo lieten bijvoorbeeld de eerste studies over gedeelde EPD's en het effect op de kwaliteit van de zorg in de eerste lijn positieve resultaten zien, maar later onderzoek liet geen positief effect zien (Ludwick&Doucett, 2009). Verder is er een gebrek aan bewijs over het effect van EPD's op gezondheidsuitkomsten, en het weinige bewijs dat er is laat geen effect zien (Delpierre et al. 2004). Zo zijn er van alle andere factoren zoals efficiency en kostenbesparing tegenstrijdige onderzoeksresultaten gevonden.

Naast enkele in de literatuur beschreven bevorderende motieven worden er ook veel motieven beschreven die de implementatie van EPD's tegenhouden. Er is terughoudendheid bij artsen en verpleegkundigen door de hoge kosten van implementatie, angst voor het verstoren van de huidige werkwijzen en verlies aan professionele autonomie (Walter&Succi-Lopez, 2008), benodigde tijd voor het trainen van de artsen, inflexibiliteit van documenteren en het gemak en ervaring met de papieren patiëntendossiers (Saleem et al. 2009). Verder zijn er zorgen over de interoperabiliteit van de verschillende systemen (Morris&Evans, 2008). Als de systemen heel verschillend zijn kan dat de uitwisseling van patiëntengegevens bemoeilijken. Computersystemen kunnen de informatie dan niet goed delen door verschillende terminologie en de informatie steeds opnieuw gebruiken door verschillende zorgverleners is dan lastig. De motieven die implementatie tegenhouden vloeien dus voort uit onzekerheden van de eindgebruikers. Ook is uit een systematische review specifiek voor de eerste lijn gebleken dat de eerdere ervaringen van gebruikers met informatie technologie van invloed zijn op de implementatie van gedeelde EPD's (Ludwick&Doucett, 2009).

Samenvattend kan er gesteld worden dat er tegenstrijdige onderzoeksresultaten zijn rond de motieven bij het gebruik van EPD's, door een veelheid aan complexe factoren die de implementatie beïnvloeden. Zorgverleners kunnen bij de overweging om wel of geen gebruik te maken van gedeelde EPD's dus verschillende meningen hebben over bevorderende en belemmerende motieven voor implementatie, omdat er vanuit de literatuur geen eenduidig antwoord is. Tijdens het werken met gedeelde EPD's kunnen er weer andere voor- en nadelen aan het licht komen, waardoor eerdere meningen en verwachtingen wel of niet bevestigd worden.

2.5 Wederzijdse beïnvloeding gedeelde informatie en werkprocessen

Het perspectief dat wordt toegepast op de gedeelde EPD's is het sociaal-technisch perspectief. Het sociaal-technisch perspectief kijkt naar de interactie tussen de gebruikers en de techniek, in dit geval het gebruik van de gedeelde EPD's. Het gebruik van de gedeelde EPD's verandert de werkwijze van de professionals en omgekeerd de praktijk verandert het EPD (Berg, 1999). Zo kan het zijn dat de lay-out of bepaalde functies aangepast moeten worden omdat tijdens het gebruik blijkt dat het op de huidige manier niet praktisch werkt. De

informatiesystemen van huisartsen geven bijvoorbeeld adviezen voor de standaard patiënt. Echter kan het bijvoorbeeld zo zijn dat de huisarts specifieke informatie over een patiënt heeft waardoor het algemene advies niet moet worden overgenomen. De huisarts moet dan voldoende ruimte hebben om zijn specifieke informatie kwijt te kunnen, zodat ook voor de waarnemer de informatie duidelijk zichtbaar is. Naarmate het informatiesysteem langer wordt gebruikt kunnen dit soort benodigde aanpassingen pas duidelijk worden. Het is dus belangrijk om naar het perspectief van de gebruiker te kijken omdat ze het EPD moeten integreren in hun dagelijkse werkomgeving. De gebruikers bezitten belangrijke informatie over welke factoren het gebruik bemoeilijken en vergemakkelijken. Als daar aandacht aan wordt besteed, kan het gedeelde EPD beter worden geïmplementeerd.

Aan informatie technologie wordt een transformerende kracht toegeschreven, het verandert de vorm en de inhoud van de zorgverlening (Mort en Smith, 2009). De informatie techniek en de gebruiker zorgen samen dat complexe zorgtaken kunnen worden uitgevoerd. Het gedeelde EPD speelt namelijk een actieve rol in de zorgpraktijk, doordat het kennis opstapelt en coördineert waardoor er een overzicht ontstaat. Berg (1999) noemt dit de generatieve macht van informatie technologie. De informatietechnologie maakt het mogelijk om de werkpraktijk te verspreiden en coördineert informatie van verschillende plaatsen en tijden. Het volgende voorbeeld over technogovernance laat zien hoe een techniek de praktijk kan veranderen. May et al. (2006) introduceren het theoretisch concept technogovernance, dat is een nieuwe sturing van de zorgpraktijk die mogelijk werd gemaakt door informatietechnologie. Door informatietechnologie worden informatie en normen uit evidence based onderzoek zichtbaar gemaakt voor patiënten en wordt dat als advies opgevolgd. De nadruk komt steeds meer op de objectieve gegevens te liggen en minder op subjectieve klachten van de patiënt, die kunnen afwijken van de normen uit evidence based onderzoek.

Verder is informatie nooit neutraal, het is altijd afhankelijk van de context waarin de informatie wordt gebruikt (Mort & Smith, 2009). Steeds moet kennis in de juiste context worden geplaatst en moet er gekeken worden hoe een techniek de zorgpraktijk verandert (Webster, 2002). Een voorbeeld waarbij elektronische informatie een belangrijke rol speelt is bij de anesthesie. Allerlei apparaten zijn aangesloten op de patiënt om de patiënt goed te controleren. De informatie op de schermen is alleen van betekenis als de artsen de informatie kunnen interpreteren. Context specifieke informatie over de patiënt en ervaringskennis van de artsen worden gecombineerd met de informatie op de schermen. Als er een alarm af gaat moet de arts vaststellen of er echt iets mis is met de patiënt of dat er iets fout gaat met de apparatuur, doordat bijvoorbeeld iets niet goed is aangesloten op de patiënt. Alleen de informatie van de schermen is niet voldoende en steeds moeten zorgverleners de informatie interpreteren. Daarnaast is informatie in de zorg lastig op te slaan, omdat het continu in beweging blijft. Voor de betrouwbaarheid en veiligheid van het

gedeelde EPD zullen zorgverleners dus altijd de gegevensstroom moeten interpreteren. Het EPD is dus altijd een samenvatting en interpretatie van de feitelijke situatie.

Het EPD wordt in het sociaal-technisch perspectief dus niet als een container voor informatie gezien, maar als een techniek die informatie opstapelt en het werk verandert. Tegelijkertijd is er sprake van een interactie tussen het EPD en de gebruikers. De context wordt niet los gezien van de techniek, maar de techniek wordt in gebruik onderzocht. Informatie moet steeds geïnterpreteerd worden in de juiste context, anders heeft de informatie geen betekenis.

2.5.1 Privacywetgeving

De werkprocessen van de zorgverleners worden verder beïnvloed door patiëntenrechten en andersom. Er moet gekeken worden hoe een gedeeld EPD zich verhoudt met bestaande wetgeving, de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG). Het doel van het EPD is patiëntgegevens op elektronische wijze ter beschikking stellen aan andere hulpverleners. De kwaliteit van de zorgverlening kan hierdoor verbeteren doordat er meer en betere informatie beschikbaar is. Het EPD is verder een instrument voor zorg door meerdere hulpverleners en multidisciplinaire zorgverlening (Hulst 2010). Maar aan het EPD zijn ook juridische aspecten verbonden. De elektronische informatie uitwisseling verloopt anders dan de traditionele vorm van medische documentatie, waarbij nu meer gebruikers toegang kunnen krijgen dan voorheen. Maar het recht herleidt de zorgverlening steeds tot een individuele hulpverlener-patiënt relatie (Hulst&Kerff, 1998). De afgelopen jaren is daar niets aan veranderd en het recht houdt geen rekening met gedeelde elektronische multidisciplinaire patiëntendossiers (Hulst 2010, persoonlijke communicatie). Zo moet volgens de WGBO elke hulpverlener de patiënt informeren (art.7:448 BW), om toestemming vragen (art.7: 450 BW) en een dossier bijhouden (art.7:454 BW). Daarnaast is volgens de wet BIG elke hulpverlener verantwoordelijk voor zijn of haar deel van de behandeling. Kortom in de wettelijke normen wordt uitgegaan van de individuele hulpverlener-patiënt relatie. Wellicht vraagt een gedeeld EPD om aanpassing van de wetgeving.

Met behulp van elektronische patiëntendossiers kunnen verschillende hulpverleners inzage krijgen in het patiëntendossier. Volgens art. 7:457 BW moet een hulpverlener toestemming vragen aan de patiënt als de hulpverlener de informatie wil doorsturen naar een andere hulpverlener. Maar in art. 7:457 lid 2 BW staat dat de hulpverleners die betrokken zijn bij de zorgverlening en een behandelrelatie hebben met de patiënt, toegang krijgen tot de patiëntgegevens in het EPD. Ook hoeft de patiënt geen toestemming te geven in waarneemsituaties, en kan de informatie die noodzakelijk is voor goede zorg worden gedeeld. De patiënt geeft dus één keer toestemming voor het hele behandelteam en voor

eventuele waarnemers en daarom is een gedeeld EPD te rechtvaardigen. Zorgverzekeraars, bedrijfsartsen en keuringsartsen hebben geen toegang tot de informatie in het EPD.

Een belangrijk aspect bij gedeelde EPD's is de privacy. Bij informatie uitwisseling tussen zorgverleners is het noodzakelijk om daarmee rekening te houden. De privacy van patiënten en de informatiebeveiliging op landelijk niveau zou moeten worden gewaarborgd door gebruik van een uniek burgerservicenummer en bij zorgverleners vindt authenticatie plaats via de unieke zorgverlener identificatie (UZI). Alleen de zorgverleners die betrokken zijn bij de behandeling mogen zo nodig inzage krijgen in de medische gegevens. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) zijn de toezichthouders die de veiligheid moeten controleren (Nictiz, 2012). Het CBP is de toezichthouder voor het zorgvuldig omgaan met persoonsgegevens (art. 51 lid 1 WBP). Het CBP moet zorgen voor een adequate bescherming van de medische gegevens, omdat het per definitie privacygevoelige gegevens zijn.

Bij samenwerkingsverbanden voor het uitwisselen van patiëntgegevens moet ervoor gezorgd worden dat de uitwisseling volgens de wettelijke normen verloopt. Daarbij zijn twee punten van belang. Allereerst wie er toegang heeft tot welk deel van de informatie in het dossier. Ten tweede moet er achteraf gecontroleerd kunnen worden of niemand onrechtmatig het dossier heeft ingezien. De wet gebruik BSN in de zorg, die op 1 juni 2008 in werking is gegaan, zorgt ervoor dat de twee punten geen problemen opleveren en stelt eisen aan een EPD doordat het moet voldoen aan de eisen van een goed beheerd zorgsysteem (GBZ). De wet gebruik BSN in de zorg bevat garanties ten aanzien van wie het EPD kan inzien door middel van de UZI-passen, de unieke zorgverlener identificatie passen. Verder wordt het opvragen van informatie vastgelegd binnen het LSP, waardoor het mogelijk is te controleren of een hulpverlener rechtmatig informatie heeft ingezien. Een vraag die gesteld kan worden is wie er verantwoordelijk is voor een gedeeld patiëntendossier. Is dat de hoofdbehandelaar of is elke hulpverlener individueel verantwoordelijk voor zijn of haar stuk informatie in het dossier. Ook voor de patiënt moet duidelijk zijn wie waarvoor verantwoordelijkheid is, zodat bij klachten of fouten duidelijk is bij wie de patiënt moet zijn.

Concluderend kan er gezegd worden dat de wet BIG en de WGBO nog steeds uitgaan van de individuele hulpverlener-patiënt relatie. De privacywetgeving is daar ook op gebaseerd. De begrippen die in de wetten worden gebruikt zullen in die individuele relatie moeten worden geïnterpreteerd, maar uit de wetten zijn wel punten af te leiden waar rekening mee moet worden gehouden bij gedeelde elektronische patiëntendossiers. Bij regionale EPD's moeten mensen worden geïnformeerd over opname van hun gegevens in het EPD. Het delen van informatie uit het dossier kan worden verantwoord onder de term behandelend team en waarnemers hebben de wettelijke bevoegdheid tot inzage in het patiëntendossier. Bij het landelijk EPD moet elke patiënt toestemming geven voor het

opnemen van zijn of haar patiëntengegevens in het landelijk dossier. Als zij dit niet willen kan er bezwaar tegen worden gemaakt, de opt-out mogelijkheid (art. 13e lid 2 en 5 Wet gebruik BSN in de zorg).

3. Onderzoeksopzet

3.1 Methodes

Het doel van het onderzoek was inzicht verkrijgen in het daadwerkelijk gebruik en de overwegingen die een rol spelen bij het gedeelde EPD in een huisartsenpraktijk, omdat er vanuit het perspectief van de zorgverleners hierover nog weinig bekend is en er tegenstrijdige literatuur is over de effecten van het gebruik van het gedeelde EPD. Om hierin inzicht te verkrijgen was het noodzakelijk om naar de huisartsenpraktijk toe te gaan, en daar de zorgverleners te interviewen over het daadwerkelijk gebruik van de koppelingen en de overwegingen die daarbij een rol spelen. Daarnaast werd er ook inzicht gecreëerd in de werkomgeving door middel van observaties en ontstond er een rijk beeld. De handeling van het inloggen op het LSP werd geobserveerd. Omdat dit onderzoek dus betrekking had op het verkennen van de ervaring van zorgverleners met het gebruik van gedeelde elektronische waarneemdossiers was een kwalitatieve onderzoeksopzet geschikt voor het beantwoorden van de vraagstelling. Bij kwalitatief onderzoek zijn er mogelijkheden om tijdens een interview door te vragen over bepaalde onderwerpen en kan de onderzoeker dieper daarop ingaan. Op die manier ontstond de gewenste rijke, gedetailleerde beschrijving over het gebruik van de gedeelde elektronische huisartsen-waarneemdossiers in de praktijk en probeert daardoor bij te dragen aan verder inzicht in de interactie tussen de techniek en de gebruiker en de effecten daarvan op het gebruik van die techniek en het gedrag van de gebruiker. Uit het ontstane inzicht kunnen betrokken partijen rondom gedeelde EPD's leren, er kunnen maatregelen ontwikkeld worden waardoor implementatie van gedeelde EPD's voorspoediger kan verlopen.

Het is een beschrijvend onderzoek, waar diepgaand op huisartsenpraktijken Prinsensingel wordt ingegaan. In het gebouw zitten twee huisartsenpraktijken en een apotheek gevestigd. Het onderzoek kan dus worden getypeerd als een beschrijvende case study. Echter wordt de case study als wetenschappelijke onderzoeksmethode vaak in twijfel getrokken. Zo zou contextonafhankelijke informatie beter zijn dan contextafhankelijke informatie, omdat de informatie van de specifieke case niet generaliseerbaar is en kan er sprake zijn van een subjectieve bias vanuit de onderzoeker. Flyvbjerg (2006) beargumenteert dat dat misverstanden zijn en dat een case study wel degelijk een belangrijke wetenschappelijke onderzoeksmethode is. Allereerst produceert een case study contextafhankelijke kennis, die kennis is essentieel voor experts omdat ze moeten leren van

ervaringen met veel verschillende cases. Alleen kennis hebben van theoretische concepten is niet voldoende. Een tweede reden is dat het niet altijd mogelijk is om voorspellende theorieën op te stellen in de sociale wetenschappen (Flyvbjerg, 2006). Het doel is dan niet bewijzen leveren, maar leren van de onderzochte cases. Ook Yin (1999) beargumenteert dat case study onderzoek wetenschappelijke waarde heeft en beschrijft een aantal principes om de kwaliteit te verhogen. Zo kan het probleem van de generaliseerbaarheid worden opgelost door elke case study te zien als een subonderzoek, veel case studies bij elkaar vanuit dezelfde theorie kunnen zorgen voor replicatie. Dit onderzoek richt zich dus niet op het leveren van bewijzen, maar op het leveren van contextafhankelijke informatie waar betrokken partijen rondom het gedeelde EPD van kunnen leren. De bevindingen kunnen vergeleken worden met andere onderzochte cases.

3.2 Respondenten

In de casestudy zijn in maart en april 2012 halfgestructureerde interviews afgenomen en observaties gedaan bij Huisartsen Prinsensingel in Roosendaal. Daar zijn twee huisartsenpraktijken gevestigd en de apotheek Prinsensingel, waar de zorgverleners gebruik maken van regionale elektronische patiëntendossiers. De huisartsenpraktijken zijn ook aangesloten op het LSP en gebruiken ook intern gedeelde EPD's, de apotheek is niet aangesloten op het LSP. Er is voor deze AHOED (apotheek en huisartsen onder één dak) gekozen omdat zij al jarenlang ervaring hebben met digitale informatie-uitwisseling. De drie huisartsen, twee apothekers en de vier assistenten zijn geïnterviewd, waarbij één interview met twee assistenten tegelijkertijd was. Tijdens het contact met de huisartsenpraktijken bleek dat niet alle assistenten veel ervaring hebben met de gedeelde EPD's, waardoor er geadviseerd werd om met een medewerker van de Huisartsenpost (HAP) te gaan praten. Daarom is er één interview afgenomen met de manager van de huisartsenpost in Etten-Leur. Door de verschillende medewerkers te interviewen en te observeren is er een rijke hoeveelheid aan data over het daadwerkelijk gebruik van en de overwegingen over de gedeelde elektronische patiëntendossiers binnen de praktijken ontstaan. In totaal zijn er dus negen interviews afgenomen en hebben tien respondenten deelgenomen aan het onderzoek.

Allereerst zijn er in maart 2012 twee interviews afgenomen bij één huisartsenpraktijk. De interviews zijn vergeleken met concepten uit de literatuur. Daarna zijn de andere interviews bij de andere cases afgenomen. Door de cyclische manier van werken waarbij steeds gewisseld wordt tussen de data uit het onderzoek en de onderwerpen uit het theoretisch kader, werd geprobeerd het maximale uit de respondenten te halen. Alle interviews zijn opgenomen en getranscribeerd. Vanuit de verzamelde data werden thema's en vaak genoemde onderwerpen afgeleid en zijn vervolgens vergeleken met bestaande

literatuur. Uiteindelijk zijn er vanuit de verzamelde data zes overkoepelende thema's afgeleid, waarin alle thema's en vaak genoemde onderwerpen zijn ondergebracht. Vaak genoemde onderwerpen waren bijvoorbeeld LSP niet noodzakelijk, subsidie, interoperabiliteit, koppeling met de apotheek, privacy, moeilijkheden met toestemming vragen en nog veel meer punten. Al die onderwerpen zijn samengebracht tot uiteindelijk zes thema's.

3.3 Validiteit en betrouwbaarheid

Kwalitatief onderzoek staat bekend om zijn minder gestandaardiseerde manier van dataverzameling en data-analyse, wat negatieve gevolgen voor de validiteit en de betrouwbaarheid van het onderzoek heeft (Boeije, 2008). Daarom zijn er bepaalde maatregelen genomen die garant staan voor de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek. Tijdens het afnemen van de interviews in de AHOED is er met vier factoren rekening gehouden: geloofwaardigheid, betrouwbaarheid, generaliseerbaarheid en de vertrouwelijkheid (Denzin en Lincoln, 1994).

Een belangrijke methode om de kritieken op kwalitatief onderzoek te ondervangen is door gebruik te maken van triangulatie, vanuit verschillende invalshoeken het onderwerp bekijken. Methode, data, theoretische en onderzoekerstriangulatie kunnen de kwaliteit van het onderzoek verhogen door de uitspraken te baseren op meer dan één bron (Boeije, 2008). Bij dit onderzoek is gebruik gemaakt van data triangulatie. Dit is gedaan door naast het afnemen van halfgestructureerde interviews, de gebruiksinstructie van het gebruikte softwaresysteem (Medicom) in de praktijken te bekijken, zodat de betrouwbaarheid van het onderzoek toenam. Daarnaast is er tijdens het interview aan elke respondent gevraagd om in te loggen met hun UZI-pas op het landelijk netwerk. Deze handeling is geobserveerd. Er is dus gebruik gemaakt van interviews, observaties en documentenanalyse. Verder is er cyclisch gewerkt en zorgverleners met verschillende functies uit de huisartsenpraktijk en apotheek Prinsensingel werden geïnterviewd. Daarnaast is er gebruik gemaakt van één case met vier verschillende subcases in het onderzoek om de generaliseerbaarheid te verhogen (2 huisartsenpraktijken, de HAP en de apotheek). Op die manier is er vanuit verschillende beroepen en subcases gekeken naar het EPD, en bijvoorbeeld niet eenzijdig vanuit alleen huisartsen.

Verder was het belangrijk om de onderzoeksopzet goed te volgen voor de geloofwaardigheid van het onderzoek. Door een adequate beschrijving van de huisartsenpraktijken en apotheek Prinsensingel, de positie van de onderzoeker, de respondenten en de situatie en omstandigheden, is de betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot. Een maatregel die gebruikt is om de validiteit te verhogen is de member check. De interpretatie van de meningen en de overwegingen van de zorgverleners zijn teruggekoppeld

om te kijken of de informatie juist was. Dit is gedaan door relevante analyses van de interviews te laten controleren. De zorgverleners konden daar vervolgens op reageren en waar nodig op- of aanmerkingen maken. Één van de drie huisartsen heeft gereageerd en had geen verdere opmerkingen. De apotheker heeft ook gereageerd en heeft een aantal opmerkingen geplaatst bij stukken over het medicatiedossier en over de samenwerking tussen huisartsen en apotheken.

4. Resultaten

Zoals in het methoden hoofdstuk is beschreven zijn er zes thema's uit de verzamelde data afgeleid. Allereerst komt het thema 'waarnemingsvormen' aan bod. Hierin wordt beschreven wat voor soorten waarnemingen er plaats vinden bij huisartsenpraktijken Prinsensingel. Ten tweede het thema 'relatie samenwerkingsverband en keuze voor IT'. In dit thema wordt de deelvraag over hoe de praktijk is aangesloten op het regionaal en landelijk EPD behandelend en welke overwegingen daarbij een rol hebben gespeeld. Ook worden de samenwerkingsvormen beschreven en wordt er gekeken welke invloed die samenwerking heeft op de keuze voor IT. Het derde thema 'gebruik landelijk EPD' laat zien welke overwegingen en problemen een rol hebben gespeeld bij de aansluiting en het gebruik van het landelijk EPD. Omdat de ontwikkeling van het landelijk EPD veel geld en implementatie-inspanningen heeft gekost, is het van belang deze overwegingen duidelijk kenbaar te maken. Het vierde thema 'gebruikte informatie bij waarneming' gaat in op de deelvraag onder welke omstandigheden en hoe de opgevraagde dossierinformatie wordt gebruikt. Er kan gediscussieerd worden over de hoeveelheid en welke informatie belangrijk is om in de professionele samenvatting te zetten. Daarom wordt beschreven welke informatie de zorgverleners belangrijk vinden en wanneer er in de professionele samenvatting wordt gekeken. Thema vijf 'interoperabiliteit' gaat over het grootste ervaren nadeel van gedeelde EPD's en ten slotte gaat het zesde thema 'wederzijdse beïnvloeding EPD en werkprocessen' over hoe gedeelde informatie en de werkprocessen elkaar wederzijds beïnvloeden volgens de zorgverleners. De privacy is als subparagraaf bij het laatste thema opgenomen, omdat patiëntenwetgeving en de werkprocessen elkaar ook beïnvloeden.

4.1 Waarnemingsvormen

Om 24 uur bereikbaar te zijn, 7 dagen per week, werken huisartsen samen in huisartsenposten en waarneemgroepen. Op die manier wordt de continuïteit van zorg gewaarborgd. Als er gekeken wordt naar de waarneming in waarneemgroepen en op de huisartsenpost kunnen er voor huisartsenpraktijken Prinsensingel drie soorten onderscheiden worden, zie figuur 3.



Figuur 3: soorten waarneming

Allereerst bestaat de mogelijkheid van waarneming binnen de HOED zelf. De huisartsenpraktijken Prinsensingel gebruiken als HuisartsenInformatieSysteem (HIS) Medicom van Pharmapartners. De ene huisartsenpraktijk is op woensdagmiddag gesloten en de andere huisartsenpraktijk is op donderdagmiddag gesloten. De huisartsen nemen dan voor elkaar waar en kunnen daarbij in het volledige dossier van de patiënt kijken. De huisartsen hebben allebei een eigen HIS, en kunnen bij elkaar inloggen. In de eigen praktijken hebben de huisartsen dus de patiëntendossiers volledig open staan naar elkaar. “Hier in de HOED is het zo dat ik de gegevens van mijn buurman zo kan inzien. Tenzij het om privacy redenen is afgedekt. Anders kan ik gewoon gebruik maken van het hele dossier” (huisarts 3). Bij de waarneming in de HOED is dus eigenlijk geen sprake van een waarneemdossier, maar is er inzage in het gehele patiëntendossier.

Ten tweede bestaat de dienstwaarneming in de dagpraktijk. De waarneemgroep voor afwezigheid of vakanties bestaat uit zes huisartsen, de twee huisartsen uit huisartsenpraktijk Prinsensingel en vier andere huisartsen. In de waarneemgroep worden zowel Medicom als andere HIS'en gebruikt. Als een huisarts waarneemt voor een collega uit de waarneemgroep met Medicom dan hebben ze inzage in de professionele samenvatting via Medicom. Als een huisarts waarneemt voor een collega met een ander HIS, dan is dat niet het geval. Verder is Medicom gekoppeld aan Pharmacom, het systeem van de apotheek (van dezelfde leverancier PharmaPartners), waardoor het actuele medicatieoverzicht van patiënten voor de huisartsen altijd zichtbaar is. De huisartsen met een ander HIS krijgen van de apotheek de verstrekte medicijnen elektronisch teruggekoppeld. Zij kunnen dan zelf een medicatieoverzicht maken.

Ten derde is er de waarneming in de avonden en weekenden op de huisartsenpost. Deze waarneemgroep bestaat uit 43 huisartsen. Tijdens diensten op de huisartsenpost kan de dienstdoende huisarts de professionele samenvatting van het externe patiëntendossier inzien, mits het systeem van de huisartsenpost gekoppeld is aan het huisartseninformatiesysteem van de dagpraktijk. Medicom wordt gebruikt bij Huisartsenpraktijken Prinsensingel, en dat systeem is gekoppeld aan het systeem van de huisartsenpost. Huisartsen die werken met Microhis zijn niet gekoppeld aan het systeem van de huisartsenpost. In West-Brabant bestaan vijf huisartsenposten, die gezamenlijk in een

stichting zitten. De huisartsenposten werken voor de dossierinzage met een OZIS koppeling, OZIS dienstwaarneming huisartsen. De OZIS-infrastructuur bestaat uit een Centrale patiënten Index-server (CPI). De huisartseninformatiesystemen van de waarneemgroep voor de avonden en weekenden zijn op de CPI aangesloten, waardoor het tijdens de waarneming mogelijk is om de professionele samenvatting van de eigen huisarts op te vragen. Op regionaal niveau bestaat dus de OZIS-koppeling voor het uitwisselen van gegevens uit patiëntendossiers. Naast de regionale koppeling is huisartsenpraktijken Prinsensingel ook aangesloten op het landelijk EPD. De apotheken in Roosendaal waren ook aangesloten op het landelijk netwerk, maar zijn na het besluit van de Eerste Kamer om het landelijk raadpleegbaar dossier af te keuren, gestopt met het landelijk dossier. Stichting huisartsenposten West-Brabant is ook niet gekoppeld aan het landelijk EPD.

4.2 Relatie samenwerkingsverband en keuze voor IT

Nu besproken is welke vormen van waarneming er bestaan, kan er gekeken worden welke samenwerkingsverbanden er zijn ontstaan in de onderzochte huisartsenpraktijken, apotheken en de huisartsenpost. De samenwerkingsvorm van de twee huisartsenpraktijken en de apotheek is de apotheek en huisartsen onder één dak (AHOED). Er is sprake van een vergaande samenwerking. “Wij werken al heel lang samen en zijn heel goed op elkaar ingewerkt” (doktersassistente 3). In 2006 is de AHOED ontstaan en toen is er voor Medicom gekozen als huisartseninformatiesysteem. De belangrijkste overweging om Medicom aan te schaffen was de mogelijkheid van koppeling tussen de huisartsen en de apotheek. Beide systemen zijn van Pharmapartners waardoor de koppeling mogelijk is. “Toentertijd met verhuizen, wij hebben altijd met Microhis gewerkt, en toen zijn wij hier naar toe gegaan en was er de mogelijkheid van compatibility van Medicom en Pharmacom. Dus dat was echt een pre van Medicom en de voornaamste reden om het systeem aan te schaffen” (doktersassistentes 3 en 4). Er is dus sprake van samenwerking tussen de huisartsen en de apotheek, maar ook bij de apotheken in Roosendaal is er sprake van een vergaande samenwerking. Alle acht de apotheken in Roosendaal zitten in één maatschap en hebben allemaal hetzelfde informatiesysteem. “Een aantal jaar geleden zijn wij gefuseerd met de andere maatschappen in Roosendaal en toen is het als het ware één grote apotheek geworden met acht huisjes” (apotheker 2). Zij gebruiken sinds 2002 Pharmacom van Pharmapartners. De huisartsen moeten ook diensten draaien op de huisartsenposten. Daar is ook sprake van samenwerking tussen de huisartsenposten in West-Brabant, doordat de vijf huisartsenposten bij elkaar in een stichting zitten. Daar hebben vier van de vijf huisartsenposten hetzelfde informatiesysteem voor de afhandeling en coördinatie van telefonische contacten. Door de intensievere vormen van samenwerking bij zowel de huisartsen, apotheken en de huisartsenposten, zie je dat het acceptabeler is om voor

hetzelfde informatietechnologie systeem te kiezen. Blijkbaar wordt de keuze voor een eigen (ander) informatiesysteem minder belangrijk bij intensieve samenwerking, dan bij lossere vormen van samenwerking.

Op regionaal niveau bestaan bij de apotheken en huisartsenposten OZIS-koppelingen. Die koppelingen maken het mogelijk om van een groot deel van de regio patiëntendossiers in te zien voor de waarneming. “De OZIS-ring die koppelt de gegevens van Roosendaal aan richting Zeeland en heel recent zijn wij ook gekoppeld de andere kant op richting Breda. Dus wij hebben nu een hele grote OZIS-ring, echt regionaal. En nu wij die OZIS-ring echt uitgebreid hebben tot Breda aan toe, hebben we een heel groot deel van West-Brabant getackeld. Dus als iedereen zijn bestanden keurig netjes heeft opengezet naar de dienstapotheek, dan kunnen wij alles elektronisch ophalen en terugkoppelen. Dus nu als wij een patiënt uit Bergen op Zoom hebben, dan kunnen wij dat gewoon oproepen in ons systeem en hoeft niemand iets te doen. Dus eigenlijk hebben wij het op lokaal niveau heel goed geregeld”(apotheker 2).

Het landelijk EPD is door de HOED vooral met het oog op de toekomst aangeschaft en door de subsidieregeling die gold tot 1 juli 2010. “Ja, wij dachten dat het een systeem voor de toekomst zou zijn en het werd toen gesubsidieerd dus toen dachten wij van doe maar” (huisarts 1). Ook werd de aansluiting op het LSP meer als een soort verplichting gezien door de zorgverleners. “Dat is min of meer verplicht door de Minister, van doe je het niet dan word je gekort op je inkomen. Dus ja dan ga je daarmee mee. Maar eigenlijk moet de overweging zijn dat het goed is voor de samenwerking, maar daar ben ik niet van overtuigd” (doktersassistent 1). Verder vinden de zorgverleners uit de huisartsenpraktijken en de apotheek aansluiting op het LSP geen vereiste. Huisarts één zegt er het volgende over “Nou kijk, als er hier toevallig een patiënt uit Groningen terecht komt, ja dan zou ik het kunnen gebruiken. Maar de kans dat dat gebeurt is niet zo geweldig groot...en de kosten wegen niet op tegen datgene wat je dan hebt. Als iemand acuut iets heeft in een andere provincie, dan is er ook zo contact gelegd en hoef je niet perse dit systeem daarvoor te hebben en kun je je vragen ook gewoon stellen. En alle informatie die ik nodig heb staat gewoon in Medicom”. Huisarts 2 zegt “Ik denk dat het landelijk EPD alleen een extra rugsteun is voor de waarneming. Het is geen strikte noodzaak, maar een rugsteun waardoor je de beslissingen iets beter kunt onderbouwen”. Ook de manager van de huisartsenpost in Etten-Leur vindt aansluiting op het LSP geen vereiste “Ik denk dat regionaal prima is, want het komt maar zelden voor dat iemand uit Groningen hier komt. Het gaat vooral om die regionale structuur, ik ben groot voorstander voor dossierinzage, maar om nou alles op alles te zetten voor een landelijke infrastructuur. Het heeft het sowieso niet gehaald, de infrastructuur is wel in de lucht maar wordt nauwelijks gebruikt. En Nictiz is zo’n beetje opgeheven”. Ook de apotheek vindt het LSP geen vereiste. “Omdat wij een maatschap zijn

hebben we alles naar elkaar open staan. Dus of een klant nou de medicatie hier haalt of bij een andere locatie, dat maakt helemaal niets uit. Ook met de poliklinische apotheek. We kunnen precies zien wat iemand gebruikt, welke interacties er zijn, wat er met de patiënt is afgesproken, we kunnen zien wel merk en doosje is afgeleverd, de voorraden. Dus de samenwerking opzich is in Roosendaal gewoon heel goed geregeld. Dus het LSP hebben wij hier niet nodig voor de mensen die hier altijd de medicijnen halen” (apotheker 2).

Concluderend kan er gezegd worden dat het LSP niet als noodzakelijk wordt gezien, doordat de samenwerking op lokaal en regionaal niveau goed is geregeld door de vergaande samenwerkingsvormen. Deze samenwerkingen leiden ertoe dat informatie geïntegreerd aanwezig is voor de zorgverleners. Op lokaal (Medicom) en regionaal (OZIS) niveau zijn er goede koppelingen tussen de verschillende waarneemdossiers, waardoor relevante informatie uitgewisseld kan worden. De zorgverleners zijn tevreden met deze koppelingen en zien geen toegevoegde waarde in het later ontwikkelde landelijk EPD. Daarnaast is het aantal passanten in de omgeving van Roosendaal maar beperkt en daarom is een regionale koppeling voldoende. Hierdoor is de toegevoegde waarde van landelijk gedeelde dossiers voor de respondenten beperkt. Op landelijk niveau is er samenwerking tussen de koepels van zorgverleners en NICTIZ, maar op de werkvloer kan er geen samenwerking worden ervaren omdat die niet relevant is voor de huisartsenpraktijk. Dat kan van invloed zijn op de keuze voor aansluiting op het LSP. In de literatuur wordt wel de rol van IT als middel voor intensieve samenwerking beschreven (betere communicatie leidt tot betere samenwerking), maar niet de omgekeerde relatie waarbij de samenwerkingsvorm van invloed is op de keuze voor IT. In vervolgonderzoek zou de relatie tussen samenwerkingsvorm en keuze voor IT getest kunnen worden, waarbij gekeken kan worden of betere samenwerking leidt tot een keuze voor een meer geïntegreerd informatiesysteem, waardoor de communicatie en samenwerking verder versterkt kunnen worden.

4.3 Gebruik landelijk EPD

Tijdens de interviews en de observaties bij het inloggen op het LSP bleek dat het LSP nauwelijks tot niet wordt gebruikt. De zorgverleners ervaren het landelijk EPD als niet noodzakelijk, en vooral door problemen met de communicatie wordt het LSP nauwelijks tot niet gebruikt.

Een eerste probleem dat zich voordeed tijdens de implementatie van het landelijk EPD heeft te maken met het versturen van brieven in het najaar van 2008 door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Alle huishoudens in Nederland werden door middel van de brief geïnformeerd over het landelijk EPD, de voordelen en de mogelijkheid om bezwaar aan te tekenen. In de praktijk zorgde die brief voor ontzettend veel verwarring bij patiënten. Volgens apotheker 2 “Die administratie was gewoon echt slecht. Bijvoorbeeld

een patiënt die een brief van het VWS had gekregen en die helemaal niet bij onze apotheek zat. Toen bleek dat die patiënt zes jaar geleden een keer een medicijn hier heeft opgehaald. Zulke dingen, dus feitelijk functioneerde het niet goed en het riep een heleboel vragen op. Waarom heb ik een brief gekregen, waarom moet ik toestemming voor deze apotheek geven terwijl ik altijd bij een andere apotheek ga enz. Dus in de praktijk allemaal heel onduidelijk”. In de praktijk zorgden de brieven dus voor veel verwarring en moesten de zorgverleners tijd steken in het beantwoorden van telefoontjes van mensen die er niets van snaptten. Dit had wellicht voorkomen kunnen worden als de inrichting van de communicatie op decentraal niveau had plaatsgevonden. De zorgverleners hebben meer en betere informatie ter beschikking over welke patiënten bij de eigen praktijk horen. Op die manier kan het versturen van brieven beter georganiseerd en gecoördineerd worden, en kan verwarring voorkomen worden.

Een tweede probleem vormden de UZI-passen die gebruikt worden als identificatie middel voor rechtmatige toegang tot het landelijk EPD. “Ik moet eigenlijk ‘s morgens inloggen in die pas en dan kan ik erin, en ga ik weer weg dan moet ik hier uitloggen, die pas mee naar een andere plek nemen en daar weer inloggen. En vervolgens gaat mijn telefoon weer, moet ik weer ergens anders naartoe en daar weer inloggen. Dus ik vind het niet praktisch. We gebruiken het eigenlijk heel weinig” (doktersassistente 1). Ook tijdens de observatie liet de doktersassistente dit probleem zien. “Dat met die pasjes vind ik niks. Dat kan prima als je achter één computer zit en daar dan blijft. Maar met verschillende werkplekken is dat gewoon niet handig”. Verder vindt doktersassistente 1 alle afkortingen niet prettig en de kosten hoog. “Maar goed ik vind het dus tot nu toe het probleem dat er heel veel geld in gaat en er worden heel veel afkortingen gebruikt, het ECD, LSP, NICTIZ, allemaal afkortingen en nergens een gezicht bij. Ik vind het tot nu toe nog niks”. Ook doktersassistentes 3 en 4 hebben een UZI-pas gekregen, maar hebben hem nog nooit gebruikt en vinden het dus zonde van de ontwikkelingskosten daarvan. Ook alle drie de huisartsen klaagden over problemen met de UZI-passen. “Het was bij de implementatie van het landelijk EPD een groot gedoe met pasjes afhalen, het was een hele administratieve rompslomp. Er was niks bevorderend aan het implementeren in ieder geval. Het was allemaal maar ingewikkeld met de duopraktijk hier en de hele lay-out en de introductie vond ik niet echt gebruiksvriendelijk”. De andere huisarts zei het volgende “Ik denk dat de UZI-passen an sich een vrij complexe procedure is. Als het niet werkt, dan zit je helemaal met een situatie waar je geen raad mee weet. Dat maakt het ingewikkeld, maar dat is ook logisch want je hebt natuurlijk te maken met patiëntengeheim”. Ook is uit de observaties gebleken dat het landelijk EPD nauwelijks wordt gebruikt. De UZI-pas van een huisarts lag ergens onder in een kast en het duurde een tijd voordat het pasje gevonden was. Vervolgens wist de huisarts niet goed hoe het landelijk EPD werkte.

Verder zorgde de politiek voor verwarring rondom het gebruik van het landelijk EPD. “Toen was er het gedoe of het nou wel of niet door zou gaan en toen wat nog meer politieke strubbelingen, wat ik overigens alleen via het journaal heb vernomen. Vervolgens kregen we de vraag of we het nog wilden voortzetten en daarvoor hebben we toen getekend. En daarna hebben we er niks meer van vernomen moet ik zeggen” (huisarts 1). Het besluit van de Eerste Kamer om een streep te zetten door het landelijk EPD, heeft bij de apothekers ervoor gezorgd dat ze gestopt zijn met het landelijk EPD. “Vervolgens heeft de Eerste Kamer gezegd van wij blazen het af. En vervolgens hebben wij dus gezegd van nou we doen niks meer, we trekken de stekker eruit want het mag niet meer. En vervolgens zijn wij gewoon verder gegaan met waar wij in Roosendaal mee bezig waren, met het uitbreiden van de OZIS-ringen. Maar dat zien we dus wel, dat als we het lokaal goed geregeld hebben, dan hebben we voor 98% van wat wij hier doen de zaak goed geregeld. En we kunnen beter dit goed doen, daar heeft iedereen veel meer baat bij dan iets wat toch niet veel gebeurt”. De poliklinische apotheek vormt een uitzondering. Daar wordt wel verder gegaan met het landelijk EPD, omdat er meer passanten uit de regio komen dan bij de andere apotheken. Verder is het tijdens kantooruren gemakkelijk om een medicatieoverzicht op te vragen bij een collega apotheek ergens anders in het land, maar tijdens diensturen niet. Voor de poliklinische apotheek is het landelijk EPD dus wel van belang. Uiteindelijk vinden de meeste zorgverleners de kosten van het landelijk EPD niet opwegen tegen de baten, en zijn ze tevreden met de lokale en regionale koppelingen. Dit is één van de redenen waarom het landelijk EPD als niet noodzakelijk wordt gezien. Echter is voor een succesvolle implementatie van het landelijk EPD urgentiegevoel noodzakelijk (Grol&Wensing, 2006). Zolang de zorgverleners tevreden zijn met de huidige koppelingen, zien zij niet de noodzaak in voor verandering.

Het landelijk EPD wordt dus nauwelijks tot niet gebruikt door onder andere problemen met de communicatie. De centrale sturende rol van de overheid leverde in de praktijk problemen op. Ook waren er problemen met de UZI-passen bij de implementatie van het landelijk EPD en worden de passen niet gebruiksvriendelijk genoemd. Daarnaast werd hierboven in het thema relatie samenwerkingsverband en keuze voor IT al beschreven dat de vergaande samenwerking in de AHOED van invloed is op het belang van het landelijk EPD. Daarnaast zijn er weinig passanten in de omgeving van Roosendaal, waardoor het LSP niet als noodzakelijk wordt ervaren en het vaak zonde vinden van de kosten die gemaakt zijn voor de aanschaf. Het landelijk EPD lijkt daarmee niet aan de verwachtingen van de zorgverleners te kunnen voldoen en niet goed te passen bij de werkpraktijk.

4. 4 Gebruikte informatie bij waarneming

Een huisarts kan inzage krijgen in een verkorte versie van het patiëntendossier, de

professionele samenvatting (Squarewise, 2007). Zoals in het theoretisch kader beschreven is bevat de regionale professionele samenvatting meer informatie dan de landelijke professionele samenvatting. Dit komt doordat OZIS ook ontworpen is voor ondersteuning bij de waarneming tijdens vakantie en ziekte. Het gaat dan om reguliere zorgverlening, waardoor de samenvatting meer informatie moet bevatten. Als huisartsen dus aangesloten zijn op het landelijk EPD, dan moeten ze ook nog een voorziening treffen voor vakantie en ziekte waarneming. Dit kan ook nog een reden zijn waarom huisartsen niet de toegevoegde waarde van het landelijk EPD inzien. De vraag die hieruit naar voren komt is welke informatie gebruikt wordt in de waarneemsituaties. Ook vraagt een grote hoeveelheid beschikbare informatie in de professionele samenvatting tijd van de zorgverleners. Zowel tijd om de informatie in het dossier te zetten, als tijd bij het zoeken naar de benodigde informatie bij de waarneming. Vooral bij de waarneming gaat het vaak om urgente situaties waarbij snel informatie moet kunnen worden opgezocht. Dit roept vragen op over welke informatie in de professionele samenvatting van belang is voor de zorgverleners.

Uit de interviews is gebleken dat vooral de volledige medicatiestatus de belangrijkste bron van informatie is die wordt gebruikt tijdens de waarneming. “Ik denk dat de enige waarde voor het waarnemingsdossier zit in de actuele medicatielijst en daaraan gekoppeld de episodelijst” volgens huisarts 2. Volgens huisarts 3 “Als er een patiënt komt waar ik niets van snap wil ik in het dossier kijken. Vooral de medicatie wil ik dan zien”. In de medicatiestatus staan de contra-indicaties, intoleranties en de actuele en historische medicatie (HAP West-Brabant, 2012). Aan de medicatiestatus kan dus veel informatie worden afgelezen. Volgens apotheker 1 “Ons elektronisch patiëntendossier is puur gericht op een goed overzicht van alle medicatie van patiënten, dat we met één oogopslag kunnen zien wat de patiënt gebruikt aan medicijnen”.

Verder vinden de zorgverleners de informatie uit de professionele samenvatting meer dan voldoende. “het is meer dan zat” volgens huisarts drie. “Die eindeloze verhalen hoef ik allemaal niet te hebben, als ik maar de problemen weet, de contra-indicaties en de medicatie”. Volgens huisarts 2 “ik denk dat je er rekening mee moet houden dat de informatie die wij nodig hebben voor de waarneming te maken heeft met urgentie. Iets wat niet kan wachten tot de collega er de volgende dag weer is. Dus het noodzakelijke aan informatie is er, maar voor de rest niet”. Het gaat vooral om de grote lijn, achtergrondinformatie over de patiënt, en dat hoeft niet in details.

Daarnaast wordt er vooral in een waarneemdossier gekeken wanneer het ernstigere problematiek is, de complexere gevallen. “Als het niet nodig is, dan ga je niet kijken. Het moet functioneel zijn” zegt de manager van de HAP uit Etten-Leur. Huisarts 1 zegt het volgende “Ik zal misschien vijf keer in een jaar een keer kijken. Als er gewoon een patiënt met een klacht komt, bijvoorbeeld keelpijn of kiespijn dan kijk ik gewoon daarnaar en niet

naar het dossier, alleen echt bij complexere verhalen. En als ik denk dat ik meer informatie nodig heb dan kijk ik wel, en neem ik daar gewoon de tijd voor”. Dus dossierinzage is erg afhankelijk van de aanmeldingsklacht. Verder laat dit voorbeeld van de huisarts die maar vijf keer in een jaar tijd kijkt in een patiëntendossier tijdens waarneming op de HAP zien dat te toegevoegde waarde van de mogelijkheid om in patiëntendossiers te kijken maar beperkt is voor een klein aantal patiënten. Het merendeel van de patiënten heeft geen complexe problematiek. Als de huisartsen al via de regionale koppeling de mogelijkheid hebben tot inzage in patiëntendossiers is dat voldoende en zal de toegevoegde waarde van het landelijk EPD niet groot zijn. In vervolgonderzoek zou getest kunnen worden of huisartsen in andere regio's vaker in patiëntendossiers kijken tijdens de waarneming.

Ten slotte is er door de zorgverleners opgemerkt dat de informatie die in de waarneemdossiers staat afhankelijk is van de gebruiker. ‘Als je niet goed codeert, dan krijg je niks te zien en daar valt of staat het mee, dus we hebben alle huisartsen een scholing gegeven over wat een adequate dossiervorming elektronisch patiëntendossier is” aldus de manager van de HAP. Ook apotheker twee benoemt de afhankelijkheid van de gebruikers. “.....Dan moet iedereen dat wel doen, dat gebeurt in de ene praktijk beter dan in de andere praktijk, daar zijn wij wel afhankelijk van. Want als een arts zegt tegen een patiënt van neem maar 1 tabletje in plaats van twee en dat wordt niet in het systeem gezet, dan weten wij het niet. De ene praktijk is daar veel secuurder mee bezig dan de andere praktijk, maar op dit moment zijn we daar erg mee bezig. Dat geldt ook voor de specialisten, als die beslissen dat een patiënt kan stoppen met een medicijn, en wij krijgen dat niet door of de specialist koppelt dat niet terug aan de apotheek, dan klopt het medicatieoverzicht niet. Dus het EPD is allemaal wel heel leuk, maar het is wel afhankelijk van de gebruiker”. De gebruikers moeten dus de benodigde informatie in het dossier zetten. Dit wordt door de NHG-richtlijn ADEMD ook als belangrijke randvoorwaarde beschouwd (NHG-richtlijn ADEMD, 2004). De ene huisarts zal meer en uitgebreider informatie noteren in het dossier dan een andere huisarts en verschillen zullen altijd bestaan. Als er informatie ontbreekt of niet klopt kunnen opmerkingen in het waarneemretourbericht worden gezet of bij de huisartsenpost bestaat er een elektronische feedbackmodule waarin huisartsen elkaar feedback kunnen geven.

Samenvattend kan er gesteld worden dat de informatie in de professionele samenvatting voldoende is voor de waarneming. Het dossier wordt ingezien bij de complexere problematiek en vooral de medicatiestatus wordt als belangrijkste informatiebron gezien. Wel is het daarbij van belang dat alle gebruikers de benodigde informatie in het dossier zetten. Deze bevindingen zijn van invloed op de toegevoegde waarde van regionale en landelijke patiëntendossiers. Bij de verdere ontwikkeling van de implementatie van gedeelde EPD's kan hiermee rekening worden gehouden.

4.5 Interoperabiliteit

Uit de interviews is gebleken dat het grootste ervaren probleem bij implementatie van gedeelde EPD's een gebrek aan standaardisatie van de informatietechnologiesystemen is. Dat zorgt ervoor dat de uitwisseling van patiëntgegevens wordt bemoeilijkt. De huisartsen en doktersassistenten ervaren de verschillende HIS'en als een nadeel. Huisarts 3 zegt "Ja, dat is wel lastig. In onze waarneemgroep zijn er nog een aantal huisartsen die Microhis gebruiken en daar kan ik niks van zien. Behalve het medicatiescherm, omdat ik daar bij kan via de apotheek die met Pharmacom werkt. Dat vind ik meestal wel voldoende, maar een enkele keer had ik liever wat meer informatie gehad om het beter te kunnen bepalen". De doktersassistenten vinden de verschillende systemen lastig bij het overstappen van patiënten naar een andere huisarts. "Je kunt het merken als een patiënt overstapt naar een praktijk waar geen Medicom is. Dan moet je alles elektronisch overzetten en binnen Medicom is het heel makkelijk. Maar anders moet je alles weer uitdraaien en met de post sturen of ze komen het zelf ophalen" aldus doktersassistente 2. Doktersassistente 1 zegt "Maar je hebt ook nog andere providers die andere systemen leveren zoals MicroHis en Elias enz. dus de onderlinge computertaal binnen alle huisartsen Roosendaal is niet hetzelfde en dan werkt het niet. Dat is onhandig".

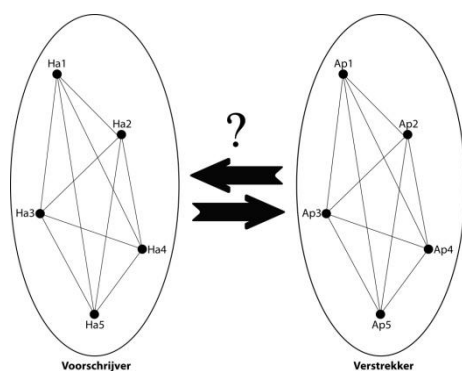
De respondenten ervaren het gebrek aan standaardisatie als een probleem, maar vertellen dat je niemand kunt dwingen om hetzelfde systeem aan te schaffen. Zou dat wel zo zijn, dan werken alle zorgverleners met hetzelfde informatiesysteem en kan informatie makkelijker worden gedeeld doordat dezelfde inhoud, terminologie en lay-out worden gebruikt. De situatie op de huisartsenposten is een voorbeeld die de problematiek rondom de koppeling van verschillende systemen goed weergeeft wat betreft verschil in lay-out en informatie. Naast interoperabiliteit spelen inhoud en lay-out dus ook een rol. De huisartsen waren uit hun vroegere waarneemtijd gewend om in patiëntendossiers te kunnen kijken via Medicom. Bij de oprichting van de HAP wilden de huisartsen ook de mogelijkheid tot inzage in de patiëntendossiers, om kwalitatief goede beslissingen te kunnen nemen. "Het is gewoon moeilijk om die stekkers aan elkaar te knopen. Dat is waar wij vooral tegenaan gelopen zijn. Je moet je voorstellen dat het systeem in de huisartsenpost een bepaalde weergave heeft, het ziet er op een bepaalde manier uit, en een HIS ziet er weer heel anders uit. En als je dan met vijf verschillende HIS'en te maken hebt, en je moet ervoor zorgen dat de informatie die daar in zit allemaal op dezelfde manier terug komt in het systeem van de huisartsenpost, ja dat is een technisch hoogstandje. En er hoeft maar 1 dingetje verkeerd te staan, en het gaat fout. Daar zijn we best lang mee bezig geweest, voordat we dat goed hadden. En je hebt ook eisen waaraan je moet voldoen, als je dossierinzage hebt, dan krijg je een professionele samenvatting. En wat wij hier zien in dat externe dossier is de professionele samenvatting. Maar dan heb je sommige HIS leveranciers die wat meer informatie meegeven dan andere

leveranciers". Het ontwikkelen van het systeem heeft uiteindelijk meer dan vijf jaar geduurd, doordat het koppelen van de verschillende HIS'en zo moeilijk was.

Een gebrek aan standaardisatie van de informatietechnologiesystemen levert dus problemen op. Wat wel goed geregeld is, is de koppeling met de apotheek. Van heel Roosendaal kunnen de zorgverleners uit huisartsenpraktijken Prinsensingel de medicatie zien, ongetwijfeld of de patiënten bij een huisarts met MicroHis of met Medicom aangesloten zijn als provider. Bij de waarneming kunnen de huisartsen dus altijd een medicatieoverzicht inzien. Ook verschil in inhoud en lay-out van de informatiesystemen zorgen voor moeilijkheden.

4.5.1 Koppeling huisarts en apotheek

De koppeling tussen de huisartsendossiers (Medicom) en de medicatiedossiers (Pharmacom) bij de apotheek is uniek bij Pharmapartners. De huisartsen en de apotheek maken gebruik van dezelfde stamgegevens van de patiënt en dezelfde medicatiestatus/afleverhistorie. Alle zorgverleners hebben daar dus exact hetzelfde medicatieoverzicht, en als de huisarts, medisch specialist of bijvoorbeeld psychiater een recept voorschrijft of iets wijzigt dan komt dat automatisch bij de apotheek en andersom omdat het één systeem is. Het grote voordeel van Medicom/Pharmacom is dus het actuele medicatieoverzicht. Bij huisartsen die geen Medicom gebruiken werkt het op een andere manier. Het voorgeschreven geneesmiddel komt elektronisch binnen bij de apotheek. De verstrekte medicatie wordt elektronisch teruggekoppeld, en het is vervolgens de verantwoordelijkheid van de huisarts om dat in het systeem te zetten. De niet-Medicom huisartsen kunnen dan zelf een medicatieoverzicht maken. De huisartsen kunnen kiezen of ze alles terug gekoppeld willen hebben (ook eigen voorschriften), of alleen wat is afgeleverd op voorschrift van andere artsen. Bij niet-Medicom huisartsen kan het zo zijn dat het medicatieoverzicht van de huisarts verschilt van het medicatieoverzicht van de apotheek. Ook hier zie je het belang en de verantwoordelijkheid van de gebruiker om goed de informatie in het HIS te zetten, om verschillen in medicatieoverzichten te voorkomen.



Figuur 4

Ook bij het landelijk EPD is er geen sprake van een koppeling tussen de huisartsendossiers en de dossiers van de apotheken (figuur 4). Het landelijk EPD richt zich vooral op de koppeling van dossiers tussen huisartsen onderling en apothekers onderling. Daar gaat het om het clusteren van informatie tussen dezelfde groep zorgverleners. Huisartsen kunnen alleen in de medicatie gegevens kijken van andere huisartsen. En de apothekers kunnen alleen bij

andere apotheken kijken. Daarbij is de afstemming tussen de huisarts, waarnemend huisarts, apotheek en waarnemend apotheek dus veel belangrijker, omdat er geen directe koppeling bestaat.

Concluderend kan er gesteld worden dat de verschillende IT systemen van de onderzochte casussen redelijk ver gekoppeld zijn. De huisartsen en de apotheek kunnen in elkaars dossiers kijken en ook kan er bij waarneming op de huisartsenpost in de dossiers worden gekeken. Dit heeft wel veel moeite gekost en een aantal jaren geduurd en op dit moment zijn er nog steeds huisartsen met een ander huisartseninformatiesysteem die niet gekoppeld zijn aan het systeem van de HAP.

4.6 Wederzijdse beïnvloeding EPD en werkprocessen

Het constructivistisch perspectief probeert de leefwereld van de respondenten te begrijpen. Elke respondent kan vanuit zijn of haar uniek referentiekader een andere betekenis geven aan het gebruik van het EPD. Daarnaast beïnvloeden gebruikers en het EPD elkaar wederzijds. Uit de interviews is gebleken dat de meeste zorgverleners het EPD een instrument voor de kwaliteit en veiligheid vinden. Vooral de automatische medicatiebewaking zorgt voor veiligheid. “Daar zijn wij nu volop mee bezig, om te zorgen dat het overzicht goed is en dan kan iedereen vanuit zijn professeie daarmee verder. Want een huisarts doet iets anders met een medicatieoverzicht dan wij. Je kunt dus fouten voorkomen is de ruimste zin van het woord” (apotheker 2). Verder zorgen de waarneemdossiers voor achtergrondinformatie over de patiënt, waardoor beslissingen beter kunnen worden genomen. Als een patiënt met complexe problematiek op de huisartsenpost komt, kan de informatie uit de professionele samenvatting altijd worden geraadpleegd. Doktersassistenten 3 en 4: “je hebt nu veel meer informatie. Dus het is snel en volledig, dus je kunt je patiënt ook veel beter helpen en te woord staan en informatie geven”. Het EPD ondersteunt ook de werkzaamheden. Uit de analyse van de gebruiksinstructie van Medicom is gebleken dat er zeer veel functies en mogelijkheden zijn met Medicom. Zo geeft Medicom adviezen ” dan hoef je het niet altijd allemaal zelf te weten, zoals doseringen bij leeftijd en gewicht, dat staat er allemaal al in. Dat wat je vroeger allemaal zelf moest verzinnen, wordt nu geadviseerd door het systeem”. Verder wordt Medicom gebruikt voor visuele ondersteuning aan patiënten. Doktersassistente 1 “en daarbij is Medicom ook grafisch heel uitgebreid. Alle labuitslagen kunnen we ook grafisch weergeven, dus dat is wel heel fijn. Ook vooral voor de patiënt, aan de patiënt kunnen we laten zien van kijk dit is bijvoorbeeld uw bloeddruk, je zit daar goed mee, dan kunnen we het laten zien”. De inhoud van de informatie in de dossiers komt uit NHG standaarden. Echter kan elke zorgverlener die inhoud net wat anders interpreteren. Het voordeel van de NHG standaarden is dat “het dwingt tot systematisch werken” aldus huisarts 3, omdat de informatie gestructureerd is. Als zorgverleners de

voordelen inzien van het werken met gedeelde EPD's zal dat een gunstig effect hebben op verdere implementatie van gedeelde EPD's.

Huisarts één zegt dat elke zorgverlener de informatie uit het EPD op een andere manier kan interpreteren. Bij de waarneemsituatie kan een andere huisarts de informatie uit de professionele samenvatting anders interpreteren en een andere conclusie eraan verbinden, dan de eigen huisarts zou doen. "Waar ik wel op let is dat ik uitkijk wat ik in het digitale dossier zet, ik vertrouw niet zomaar alles toe aan mijn computerscherm omdat anderen erin kunnen kijken. Wat ik dan besproken heb met de patiënt, dan kan ik daar een bepaalde conclusie uit hebben getrokken maar die schrijf ik in het dossier dan wel op zo'n manier op dat het niet verkeerd valt. Altijd op een neutrale en objectieve manier in ieder geval". Ook wordt door de manager van de HAP en huisarts 2 gezegd dat er een tunnelvisie kan ontstaan door de informatie in het EPD. Je kunt al bevooroordeeld worden door de informatie van collega's. Bij de waarneming kan snel worden uitgegaan van de informatie en mening van de eigen huisarts, zonder zelf goed en objectief naar de patiënt te kijken.

Verder werd door de respondenten benadrukt dat ze niet meer zonder elektronische patiëntendossiers kunnen werken. Als er een stroomstoring is of als het internet eruit ligt, dan zorgt dat voor grote problemen. "Zeker als het systeem uitvalt, dan ben je echt invalide hoor. Dan wil je het zo snel mogelijk in orde hebben, en als het dan lang duurt voordat je iemand te pakken krijgt, dan is dat tamelijk frustrerend" (huisarts 2). Bij een storing in het systeem op de huisartsenpost zal de waarneming moeten plaatsvinden zonder kennis van de patiënt. Dit maakt de behandeling lastiger.

Tot zo ver vooral positieve beïnvloedingen van het werken met gedeelde EPD's, maar er werden door de respondenten ook een aantal negatieve beïnvloedingen van informatiesystemen genoemd. "Ik denk dat een negatief punt is dat je geneigd bent het contact met de patiënt te verliezen, omdat je steeds naar je scherm zit te kijken en niet naar de patiënt. En dit soort systemen zijn ook wel dwingend, er staat de norm is 140/70 als bloeddruk en houdt geen rekening met de individuele patiënt". Het kan dus zo zijn dat er niet altijd goed naar de patiënt wordt gekeken. Echter zegt huisarts 3 dat de automatische adviezen ook uitgeschakeld kunnen worden en dat je als zorgverlener altijd de informatie zelf moet interpreteren en in de juiste context moet brengen. De ervaren negatieve beïnvloedingen kunnen een nadelig effect hebben op verdere implementatie van gedeelde EPD's.

4.6.1 Privacy

Patiëntenrechten beïnvloeden tevens de werkprocessen van de onderzochte zorgverleners en andersom. Uit de interviews is gebleken dat de privacywetgeving om aan iedereen toestemming te vragen praktisch moeilijk haalbaar is. Zowel apotheker 2, als de manager

van de huisartsenpost benoemen praktische problemen bij het expliciet toestemming vragen aan patiënten voor opname van de gegevens in gedeelde EPD's. De manager van de huisartsenpost zegt er het volgende over "en nu heb ik gehoord dat ze misschien toch willen dat aan iedereen persoonlijk toestemming wordt gevraagd, nou dan moeten wij iedereen brieven gaan sturen. Wij hebben hier in ons werkgebied 680.000 inwoners dus kan kunnen we 680.000 brieven gaan versturen en dat is weer een enorme kostenpost. Dus ik hoop dat het niet zo ver komt". Die 680.000 inwoners zijn alleen nog maar van West-Brabant, laat staan dat alle inwoners van Nederland een brief moeten krijgen. "En op dit moment is het zo dat als wij gegevens van het LSP willen oproepen dan moeten wij overal toestemming voor hebben en dat zeker weten. Zo zijn de regels en dan moet jij maar kijken hoe werkbaar dat wordt. Dus dat werkt absoluut niet praktisch. Maar je moet toestemming vragen aan de patiënt, ik begrijp helemaal waar het om gaat, maar je kunt niet verder voordat je je toestemming hebt, het liefst willen ze die toestemming ook nog schriftelijk, dan moet ik dus naar de patiënt toe. Ja, dat gaat gewoon niet werken en dat kost enorm veel tijd die ik denk ik wel beter kan besteden" (apotheker 2).

Wel vinden alle respondenten de privacy van de patiënt belangrijk, maar de meeste zorgverleners vinden dat de privacy zowel in Medicom, OZIS als bij het landelijk EPD goed gewaarborgd is. De patiënten kunnen altijd gegevens laten afschermen of ervoor kiezen om geen toestemming te geven. Huisarts 3 vindt het jammer dat de Eerste Kamer het landelijk EPD heeft afgekeurd vanwege privacyoverwegingen. "Volgens mij waren de voordelen groter dan de nadelen van de privacy".

4.6.2 Bijdrage aan implementatietheorie

Het werken met gedeelde EPD's is geïntegreerd in de dagelijkse werkpraktijk en de onderzochte zorgverleners kunnen niet meer zonder. De werkprocessen worden zowel positief als negatief beïnvloed door het gebruik van de techniek. Het EPD kan de kwaliteit en veiligheid van de zorg verbeteren en daarnaast ondersteunt het de werkzaamheden. In de waarneemsituatie zorgt een gedeeld EPD voor achtergrondinformatie over patiënten, die de huisartsen zelf vaak niet kennen. Op die manier kan relevante patiëntinformatie toch de kwaliteit van zorg waarborgen. De ervaren voordelen kunnen de verdere implementatie van gedeelde EPD's positief beïnvloeden. Wel worden informatiesystemen door een doktersassistente als dwingend ervaren en kan een EPD een negatieve uitwerking hebben op het contact met de patiënt. Verder worden de werkzaamheden beïnvloed door bestaande privacywetgeving. Door de schaalgrootte van het expliciet toestemming vragen wordt het in de praktijk als niet werkbaar ervaren, doordat het lastig en kostbaar is. De ervaringen van de zorgverleners met gedeelde EPD's zijn in dit onderzoek zichtbaar gemaakt. Deze ervaringen zijn van belang omdat de zorgverleners de toekomst van de verschillende infrastructuren

zullen bepalen. Het is belangrijk dat de ervaringen worden meegenomen in de verdere ontwikkeling en implementatie van gedeelde EPD's.

In de inleiding is de problematiek rondom gedeelde EPD's beschreven, de wens tot informatiedeling is groot, maar in de praktijk blijkt dat de invoering van de gedeelde dossiers traag en problematisch verloopt. Door de enorme kosten van de projecten en ten bate van voortgaande kwaliteitsverbetering is het van belang om inzicht te verkrijgen in de oorzaken daarvan. Uit dit onderzoek is te concluderen dat de lokale en regionale koppelingen veelvuldig worden gebruikt om de kwaliteit en veiligheid van de zorg te waarborgen. De zorgverleners zijn tevreden over de werking van Medicom en Ozis en vinden vooral de medicatiestatus belangrijk. Echter wordt het landelijk EPD als niet noodzakelijk ervaren en de zorgverleners gebruiken het landelijk EPD niet tot nauwelijks. Als de overheid of koepels van zorgverleners willen dat het landelijk EPD meer wordt gebruikt zullen ze duidelijk de voordelen van het werken met het landelijk EPD kenbaar moeten maken aan de zorgverleners of de infrastructuur en mogelijkheden moeten aanpassen zodat het landelijk EPD een duidelijke toegevoegde waarde heeft ten opzichte van de lokale en regionale infrastructuur. Als de gebruikerservaringen niet worden meegenomen bij de verdere ontwikkeling en implementatie ziet de toekomst voor het landelijk EPD er niet rooskleurig uit op basis van de onderzochte casus.

5. Conclusie

Om uiteindelijk de vraagstelling: Hoe is in een huisartsenpraktijk het daadwerkelijk gebruik van gedeelde elektronische waarneemdossiers en welke overwegingen spelen daarbij een rol? te kunnen beantwoorden zijn de volgende deelvragen achtereenvolgens beantwoord.

Allereerst wat een gedeeld elektronisch waarneemdossier in de huisartsenpraktijk is. Huisartsen kunnen bij de waarneming informatie uit de professionele samenvatting gebruiken via de regionale en landelijke EPD's. Verder zijn de drie verschillende soorten waarneemsituaties voor huisartsenpraktijk Prinsensingel beschreven. Ten tweede kan een gedeeld elektronisch waarneemdossier bijdragen aan de kwaliteit en veiligheid van de zorgverlening door de automatische medicatiebewaking en beschikbare achtergrondinformatie over patiënten bij de waarneming. Daardoor kunnen beslissingen beter onderbouwd worden en kan de kwaliteit van de zorgverlening gewaarborgd blijven. Ten derde de deelvraag over hoe de praktijk is aangesloten op het regionaal en/of landelijk EPD en onder welke omstandigheden en hoe opgevraagde dossierinformatie wordt gebruikt. In huisartsenpraktijken Prinsensingel worden lokale en regionale gedeelde elektronische waarneemdossiers gebruikt bij de drie verschillende soorten waarneemsituaties. Huisartsen kunnen voor de waarneming inzage krijgen in de professionele samenvatting via Medicom,

OZIS of via het landelijk EPD. Medicom wordt intensief gebruikt in beide huisartsenpraktijken (bij elk consult) en de apotheek werkt intensief met Pharmacom. De koppeling van beide systemen speelt een belangrijke rol bij de waarneming in dagpraktijken. Daardoor kunnen de zorgverleners uit de twee huisartsenpraktijken de actuele medicatie zien van patiënten van heel Roosendaal. Het medicatieoverzicht wordt als belangrijkste bron van informatie gezien uit de professionele samenvatting. Verder vinden de respondenten de informatie in de professionele samenvatting voldoende voor de waarneming. Het dossier wordt ingezien bij de complexere problematiek en vooral de medicatiestatus wordt als belangrijkste informatiebron gezien. Wel is het daarbij van belang dat alle gebruikers de benodigde informatie in het dossier zetten. Bij de huisartsenpost West-Brabant en bij de apotheken worden OZIS-koppelingen gebruikt voor het delen van patiëntgegevens. Regionale koppelingen worden dus intensief gebruikt om de kwaliteit en de veiligheid van de zorg te waarborgen. Landelijke dossiers worden niet tot nauwelijks gebruikt in de huisartsenpraktijken. Verschillende overwegingen hebben hierbij een rol gespeeld en de vierde deelvraag wordt daarmee beantwoord.

Het landelijk EPD wordt niet tot nauwelijks gebruikt omdat het LSP niet als noodzakelijk wordt gezien, doordat de samenwerking op lokaal en regionaal niveau goed is geregeld door de vergaande samenwerkingsvormen. Op lokaal (Medicom) en regionaal (OZIS) niveau zijn er goede koppelingen tussen de verschillende waarneemdossiers, waardoor relevante informatie uitgewisseld kan worden. De vergaande samenwerking in de AHOED heeft dus een negatieve invloed op de noodzaak voor een landelijk EPD. Daarnaast is het aantal passanten in de omgeving van Roosendaal maar beperkt en daarom is een regionale koppeling voldoende. De respondenten vinden de kosten van het landelijk EPD daarom niet opwegen tegen de baten. Verder wordt het landelijk EPD nauwelijks tot niet gebruikt door problemen met de communicatie. De centrale sturende rol van de overheid leverde in de praktijk problemen op. Verder waren er problemen met de UZI-passen bij de implementatie van het landelijk EPD en de passen worden niet gebruiksvriendelijk genoemd. Het landelijk EPD lijkt daarmee niet aan de verwachtingen van de zorgverleners te kunnen voldoen en niet goed te passen bij de werkpraktijk.

De vijfde deelvraag gaat over de ervaren voor- en nadelen van de gedeelde elektronische patiëntendossiers. Het grootste ervaren voordeel van het werken met gedeelde EPD's is dat de professionele samenvatting zorgt voor achtergrondinformatie over patiënten tijdens de waarneming. Op die manier kan de kwaliteit en veiligheid van de zorgverlening gewaarborgd worden en kunnen fouten worden voorkomen. Het grootste ervaren probleem bij het werken met gedeelde EPD's is een gebrek aan standaardisatie van de informatietechnologiesystemen. Dat zorgt ervoor dat de uitwisseling van patiëntgegevens wordt bemoeilijkt, wat een negatief effect op de patiëntveiligheid kan hebben. De

respondenten ervaren dit als een probleem, maar geven tevens aan dat je niemand kunt dwingen om hetzelfde systeem aan te schaffen. De verschillende IT systemen van de onderzochte casussen zijn redelijk ver gekoppeld. De huisartsen en de apotheek kunnen in elkaars dossiers kijken en ook kan er bij waarneming op de huisartsenpost in de patiëntendossiers worden gekeken. Dit heeft wel veel moeite gekost en een aantal jaren geduurd en op dit moment zijn er nog steeds huisartsen met een ander huisartseninformatiesysteem die niet gekoppeld zijn aan het systeem van de HAP. Het probleem van de interoperabiliteit zal voorlopig dus niet opgelost zijn, wat een negatief effect op de patiëntveiligheid kan hebben.

Ten slotte de zesde en zevende deelvraag over hoe beïnvloeden de gedeelde informatie en de werkprocessen elkaar en wat zijn de effecten daarvan op de implementatie en op de implementatietheorie. Het werken met EPD's is geïntegreerd in de dagelijkse werkpraktijk van zowel de apotheek als bij huisartsenpraktijk Prinsensingel. De werkprocessen worden zowel positief als negatief beïnvloed door het gebruik van de techniek. Het EPD kan de kwaliteit en veiligheid van de zorg verbeteren en daarnaast ondersteunt het de werkzaamheden. In de waarneemsituatie zorgt een gedeeld EPD voor achtergrondinformatie over patiënten, die de huisartsen zelf vaak niet kennen. Op die manier kan relevante patiëntinformatie toch de kwaliteit van zorg waarborgen. Wel wordt Medicom door een doktersassistente als dwingend ervaren en kan een EPD een negatieve uitwerking hebben op het contact met de patiënt. Verder worden er problemen ervaren met de privacywetgeving om aan iedereen individueel toestemming te vragen voor het delen van patiëntgegevens op landelijk niveau. Door de zorgverleners wordt het in de praktijk als moeilijk haalbaar ervaren door de schaalgrootte. De ervaren positieve en negatieve beïnvloedingen kunnen verdere implementatie van gedeelde EPD's bevorderen dan wel tegenhouden en in de toekomst moet daar rekening mee worden gehouden.

Concluderend worden gedeelde elektronische waarneemdossiers in de onderzochte huisartsenpraktijken dus gebruikt om voor de complexere problematiek de kwaliteit en veiligheid van de zorgverlening te kunnen waarborgen. De professionele samenvattingen van zowel Medicom als OZIS worden daarvoor gebruikt, en niet de professionele samenvatting van het landelijk EPD, omdat die als niet noodzakelijk wordt beschouwd.

6. Discussie

Het doel van het onderzoek was het ontstaan van inzicht in welke overwegingen en problemen een rol spelen bij het gebruik van gedeelde EPD's, zodat daarvan geleerd kan worden voor nieuwe situaties en ontwikkelingen in de toekomst. In de conclusie zijn de overwegingen en problemen besproken en in dit hoofdstuk zal worden gekeken wat geleerd

kan worden uit de resultaten van het onderzoek, zodat verdere implementatie van gedeelde elektronische patiëntendossiers voorspoediger kan verlopen. Verder zullen de bevindingen en methoden uit het onderzoek kritisch gereflecteerd worden.

6.1 Methoden

Om te beginnen kan er kritisch worden gekeken naar de gebruikte methoden. Kwalitatief onderzoek staat bekend om zijn minder gestandaardiseerde manier van dataverzameling en data-analyse, wat negatieve gevolgen voor de validiteit en de betrouwbaarheid van het onderzoek heeft. Door gebruik te maken van halfgestructureerde interviews met vooraf opgestelde vragen, was er toch sprake van enige standaardisatie. Het voordeel van de halfgestructureerde interviews is dat er tevens ruimte voor de onderzoeker bestaat om door te vragen op bepaalde onderwerpen. Die flexibiliteit is volgens Yin (1999) belangrijk voor een kwalitatief goede case study. Daarnaast moeten de vragen niet te veel sturen, omdat het gaat om de interpretatie van de respondenten zelf. In dit onderzoek zou het beter zijn geweest als meer respondenten hadden deelgenomen. Vooral interviews met niet-Medicom huisartsen zouden het beeld completer maken over het werken met gedeelde EPD's. In de beschikbare tijd was het echter niet haalbaar om dat te realiseren. Ook zou het interviewen van andere zorgverleners in een andere context andere antwoorden opleveren. Ook dezelfde casus benaderen vanuit een ander theoretisch perspectief zou andere resultaten opleveren. Bij de resultaten van dit onderzoek moet daar rekening mee worden gehouden.

6.2 bevindingen

De bevindingen kunnen kritisch gereflecteerd worden. Allereerst worden in de literatuur de regionale en landelijke informatiestromen bij de waarneming beschreven. Maar uit de praktijk blijkt dat het ook kan voorkomen dat er waarneming plaatsvindt als een huisarts bijvoorbeeld standaard één dag in de week afwezig is en een collega dan waarneemt. In de literatuur wordt deze vorm van waarneming niet beschreven, maar voor huisartsen zelf kan dit de belangrijkste vorm zijn, omdat ze daar direct wekelijks mee te maken hebben. Het lijkt er dus op dat de literatuur niet goed kijkt naar de werkpraktijk.

Ten tweede worden er in de literatuur tegenstrijdige onderzoeksresultaten rond de motieven bij het gebruik van EPD's beschreven. Dit komt door een veelheid aan complexe factoren die de implementatie beïnvloeden. Zo zou het zorgen voor efficiency, kostenbesparing, tijdwinst voor verschillende professionals, verbeterde veiligheid en kwaliteit van de zorg en minder medische fouten (Malloch, 2007). Uit de interviews is gebleken dat de zorgverleners het EPD vooral als een instrument voor de kwaliteit en veiligheid van zorg ervaren. De respondenten denken dat er minder fouten worden gemaakt door de automatische medicatiebewaking en door beschikbare achtergrondinformatie van patiënten betere beslissingen kunnen worden genomen. Verder vinden de doktersassistenten het

werken met Medicom tijd besparen. Efficiency en kostenbesparing worden niet genoemd, omdat de zorgverleners niet goed inzicht hebben in deze aspecten. De meeste bevorderende motieven uit de literatuur worden in de praktijk dus ook zo ervaren. Daarnaast worden in de literatuur motieven beschreven die implementatie tegenhouden. Uit de interviews is gebleken dat de meeste zorgverleners in de huisartsenpraktijk weinig inzicht hebben in het kostenaspect. Ze weten dat het veel kost, maar weten niet precies hoeveel. De zorgverleners die het wel weten vinden de hoge kosten van gedeelde EPD's opwegen tegen de voordelen, met uitzondering van het landelijk EPD. Het grootste probleem dat de zorgverleners ervaren is de interoperabiliteit van de verschillende systemen. Dit is in overeenstemming met de gevonden literatuur en het rapport Staat van de Gezondheidszorg van de IGZ. Huisartsen gebruiken verschillende HIS'en waardoor informatie niet zomaar gedeeld kan worden. De vraag die hierbij gesteld kan worden is waarom elke huisarts kan kiezen voor een eigen HIS. Als bijvoorbeeld de beroepsgroep of de overheid in samenspraak met huisartsen een beslissing neemt over een verplicht systeem voor alle huisartsen zou dat probleem kunnen worden opgelost. De professionele autonomie wordt daarmee verkleind, maar de kwaliteit en veiligheid van de zorgverlening wordt daarmee verhoogd. Dat is een afweging die dan moet worden gemaakt. Op dit moment kunnen huisartsen met Microhis als HIS niet de elektronische patiëntendossiers uitwisselen met huisartsen met Medicom en ook op de huisartsenpost kan Microhis niet worden gekoppeld. Van die patiënten kan tijdens de waarneming geen informatie worden opgezocht, wat een negatieve invloed kan hebben op de patiëntveiligheid. Ook zorgt het voor onduidelijkheid en misschien zelfs ongelijkheid, omdat je bij sommige patiënten wel informatie kunt opzoeken en van andere patiënten niet. Ook zorgt de interoperabiliteit voor problemen bij de implementatie van gedeelde EPD's. Huisartsen werken met verschillende HIS'en waar de informatie in de dossiers anders gestructureerd kan zijn qua inhoud, terminologie en lay-out. Door een gebrek aan standaardisatie kunnen de verschillende HIS'en niet zomaar aan elkaar gekoppeld worden en kost het veel tijd en energie om het delen van elektronische dossiers mogelijk te maken. Wat betreft interoperabiliteit en hoge kosten van de systemen komen literatuur en de praktijk dus overeen, maar de overige genoemde motieven die implementatie tegenhouden worden door de zorgverleners niet benoemd.

Privacyoverwegingen zijn van invloed op de aanschaf van gedeelde EPD's, omdat wetgeving ook een rol speelt bij gedeelde EPD's. Bij samenwerkingsverbanden voor het uitwisselen van patiëntengegevens moet ervoor gezorgd worden dat de uitwisseling volgens de wettelijke normen verloopt. Daaruit is af te leiden dat tijdens waarneemsituaties de professionele samenvatting mag worden gedeeld. Maar in de praktijk kunnen zorgverleners regelgeving (deels) naast zich neerleggen of nog niet uitvoeren. Bij de waarneming in de HOED is er inzage in het gehele patiëntendossier. Vanuit de privacywetgeving mag dat

alleen als er expliciet toestemming is gevraagd aan de patiënt. In de praktijken wordt dit echter niet gedaan, en daarom is het voor de waarneming alleen toegestaan om de professionele samenvatting te delen en niet het gehele dossier. Aan de huisartsenpraktijken wordt op basis van dit onderzoek geadviseerd om alleen de professionele samenvatting te delen tijdens de waarneming en niet het gehele dossier of er moeten maatregelen worden genomen om het mogelijk te maken dat het hele dossier kan worden ingezien. Verder is er in het theoretisch kader de vraag gesteld of de wet moet worden aangepast voor het werken met gedeelde multidisciplinaire dossiers. Ik denk dat het voor zowel de zorgverleners als de patiënten duidelijker en praktischer zou zijn als de wet ook rekening houdt met situaties waarbij verschillende zorgverleners zijn betrokken. Er kunnen dan geen misverstanden ontstaan en de verantwoordelijkheden voor elke zorgverlener zijn dan duidelijk.

Een factor die ook een rol speelt bij gedeelde EPD's is dat zorgverleners en andere actoren verschillende motieven en ambities hebben. Wat één groep een succesvolle implementatie vindt, is voor een andere groep minder succesvol (Jones, 2003). Ook binnen één groep kunnen verschillen in visie en ambitie bestaan over het gebruik van het EPD. De ene zorgverlener werkt veel meer met de computer en heeft veel meer ervaring met een informatiesysteem, dan een andere zorgverlener. Toch moet iedereen met hetzelfde systeem werken. De beleving van het succes van het implementatieproces zal daardoor verschillen (van der Meijden, 2000). De in de literatuur beschreven verschillende motieven en ambities komen ook in de praktijk voor en een voorbeeld vormt het landelijk EPD. Nictiz heeft het landelijk EPD ontwikkeld vanuit haar visie en ambities en heeft daarmee geprobeerd een goed werkende infrastructuur te ontwikkelen. Maar in de praktijk geven de zorgverleners uit de AHOED aan dat ze het systeem niet gebruiksvriendelijk vinden en ervaren ze problemen met de UZI-passen. Ook wordt er in het onderzoeksrapport 'Het EPD voorbij; evaluatie besluitvormingsproces kaderwet elektronische zorginformatie-uitwisseling' geconcludeerd dat het landelijk EPD in technisch opzicht als succesvol mag worden beschouwd (NSOB, 2012). De landelijke infrastructuur voor de medische gegevensuitwisseling is gerealiseerd en kan in 2012 nog steeds worden gebruikt. Maar in de praktijksituatie wordt de landelijke infrastructuur bij de onderzochte respondenten niet tot nauwelijks gebruikt. Vanuit de zorgverleners zal het landelijk EPD niet als succesvol worden ervaren. Dit toont de verschillende visies en ideeën over succes van een implementatietraject. Om dit te voorkomen kan bijvoorbeeld ervoor gezorgd worden dat een gezamenlijk belang of draagvlak wordt gecreëerd (Stoop et al. 2007). Allereerst zal duidelijk moeten worden wat de ambities en motieven van betrokken partijen zijn. Vervolgens kan er worden gekeken of er een gezamenlijk belang kan worden gecreëerd, zoals bij OZIS is ontstaan door financiële steun voor de softwareleveranciers. Voor een succesvolle implementatie is het dus belangrijk om vooraf de belangen van verschillende betrokken

partijen goed te onderzoeken en te betrekken bij de ontwikkeling van het product. Ook is urgentiebesef noodzakelijk voor een succesvolle implementatie (Grol&Wensing, 2006). Als voorbeeld kan het landelijk EPD worden gebruikt. Uit de interviews is gebleken dat de zorgverleners het landelijk EPD nauwelijks tot niet gebruiken omdat ze het als niet noodzakelijk ervaren, door goede lokale en regionale koppelingen. Het landelijk EPD bevat dezelfde informatieonderdelen als de regionale koppelingen, waardoor de zorgverleners het landelijk EPD niet nodig vinden. Als het landelijk EPD andere informatieonderdelen zou bevatten dan de regionale, zoals bijvoorbeeld radiologische beelden, dan kan het urgentiebesef worden verhoogd. In het landelijk EPD zou bijvoorbeeld alleen het medicatieoverzicht kunnen worden overgenomen, met daarnaast andere informatieonderdelen die niet in de regionale dossiers zijn te vinden. Dit omdat het medicatieoverzicht als belangrijkste bron van informatie uit de professionele samenvatting wordt gezien door de zorgverleners. Ook dit punt is opvallend, omdat het gaat om informatie uit het dossier van een ander type zorgverlener, het gaat om de koppeling tussen de huisartsen en de apotheken. Maar de bestaande literatuur en ontwikkelingen van de infrastructuur richten zich vooral op het delen van dossiers tussen hetzelfde type zorgverleners. Misschien heeft het koppelen van dossiers van huisartsen en apothekers meer toegevoegde waarde dan het delen van dossiers met hetzelfde type zorgverlener. Vervolgonderzoek naar de vraag of dat inderdaad zo is zou wenselijk zijn.

Verder kan er kritisch worden gekeken naar de rol van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Het NHG heeft een grote rol gespeeld in het opstellen van richtlijnen voor het werken met gedeelde EPD's. Zo bevatten de informatiesystemen consultondersteunende faciliteiten in de vorm van NHG-standaarden, NHG-patiëntenbrieven en het Formularium. Verder bevatten de informatiesystemen de professionele samenvatting, een minimumgegevensset voor de waarneming, die in 2001 door het NHG ontwikkeld is. In een pilot is de professionele samenvatting getest (NHG-richtlijn, 2008). Aan deze pilot hebben drie softwarehuizen en twaalf huisartsen meegedaan en verder is er een commentaarronde onder gebruikersverenigingen, Districts Huisartsenverenigingen en Huisartsen Diensten Structuren gehouden. De feedback hiervan is verwerkt en later is er nog overleg geweest met andere belanghebbenden zoals de KNMG en NPCF (ibid.). Op die manier is de inhoud van de professionele samenvatting vastgesteld.

Toch bestaat er in het veld onder huisartsen nog een meningsverschil over de inhoud van de professionele samenvatting. De regionale professionele samenvatting bevat meer informatie en de manager van de HAP West-Brabant gaf aan dat er huisartsen zijn die dat graag ook op landelijk niveau zien. Er kunnen dus vraagtekens worden gesteld over de vraag waarom de professionele samenvatting op landelijk niveau minder informatie bevat. Het NHG heeft bij de ontwikkeling van de professionele samenvatting alleen gekeken naar

de waarneming op de huisartsenpost en niet naar de waarneming in de dagpraktijk. Echter blijkt uit dit onderzoek dat juist de waarneming in de dagpraktijk en de samenwerkingsvormen op lokaal en regionaal niveau van invloed zijn op de keuze voor IT. Bij de partijen en ook in de literatuur wordt te weinig rekening gehouden met de complexiteit en rijkdom van alle samenwerking. Op landelijk niveau moet er bij het ontwerpen van gedeelde EPD's dus meer rekening worden gehouden met de complexe werkelijke praktijk. Nu is dat te weinig gedaan, waardoor fricties ontstaan.

Verder kan er kritisch worden gekeken naar de relatie tussen het NHG en de binding met het werkveld. Het NHG neemt beslissingen voor het werkveld, maar de vraag is hoe representatief het NHG is voor het hele werkveld. Bij het landelijk EPD heeft het NHG ook meegeholpen bij de ontwikkeling van het landelijk EPD, maar toch wordt dat in de praktijk nauwelijks gebruikt. Naar de relatie tussen het NHG en het werkveld zou nader onderzoek verricht kunnen worden. Daarnaast kan er kritisch worden gekeken naar de centrale rol van de overheid. Bij de resultaten werd gesuggereerd dat het versturen van de brieven omtrent het landelijk EPD beter op decentraal niveau uitgevoerd had kunnen worden. Dit punt wordt bevestigd door een onafhankelijk onderzoek naar het besluitvormingsproces inzake het EPD. In opdracht van de Eerste Kamer is dit onderzoek uitgevoerd en daaruit is geconcludeerd dat een bescheiden rol van de rijksoverheid, bij grote (ICT)-trajecten waarbij veel partijen betrokken zijn, beter geschikt is dan een sturende, centrale rol (NSOB, 2012). In de toekomst kunnen grote (ICT) projecten, waarbij veel partijen betrokken zijn, dus beter decentraal worden aangestuurd. De overheid kan beter een bescheiden rol innemen en zich meer focussen op het creëren van draagvlak bij verschillende partijen (NSOB, 2012). Verder moeten de partijen meer betrokken worden bij de ontwikkeling van gedeelde EPD's, zodat er ook commitment ontstaat. Betrokkenheid is namelijk een kritische succesfactor voor succesvolle implementatie (Grol&Wensing, 2006). Verder moeten partijen niet het gevoel krijgen dat ze worden verplicht deel te nemen, maar de zorgverleners moeten de voordelen inzien ten opzichte van de huidige situatie. Ook dat is een kritische succesfactor (ibid.). Het verplichtende karakter van het landelijk EPD werd nu door de zorgverleners uit de huisartsenpraktijken wel ervaren.

Ten slotte kan er nog gekeken worden naar de samenhang tussen de zes thema's in het resultatenhoofdstuk. Uit de thema's zijn onderwerpen als samenwerking, verschillende motieven, ambities, verwachtingen, interpretaties en wensen van betrokken partijen af te leiden. De implementatie van gedeelde EPD's is dus lastig omdat het beïnvloed wordt door veel complexe factoren en verschillende motieven en ambities van autonome betrokken partijen. Dit komt doordat de zorgsector een complex adaptive system is (IOM report Crossing the quality Chasm, 2001). Het systeem bestaat uit allerlei wederzijds afhankelijke onderdelen en het uiteindelijke gedrag is het resultaat van een groot aantal beslissingen van

veel verschillende actoren (Waldrop, 1992). De mensen die onderdeel uitmaken van het complexe systeem kunnen op prikkels zoals nieuwe technieken verschillend en onverwacht reageren. In het rapport zijn een aantal uitgangspunten ontwikkeld hoe daarmee om te gaan. Allereerst kunnen uitkomsten niet exact voorspeld worden, en daarom heeft het geen zin om alles in details te beschrijven en te ontwerpen. Een goed genoeg basisplan moet worden ontworpen en in de loop der tijd wordt het basisplan steeds aangepast en moeten er ook condities worden gecreëerd die het natuurlijk verloop mogelijk maken. Verder zijn simpele regels en specificaties nodig, zodat er ruimte ontstaat voor creativiteit en experimenteren, zodat er uiteindelijk een complexe techniek ontstaat (ibid.). Toegepast op gedeelde EPD's betekent dit dat er voor het werken met gedeelde EPD's condities moeten worden gecreëerd die verbeteringen mogelijk maken en dat niet moet worden geprobeerd een perfect systeem te ontwikkelen. De verschillende betrokken partijen kunnen dan hun eigen inbreng en aanpassingen doen, waardoor uiteindelijk een complex systeem van relaties ontstaat.

6.3 Aanbevelingen

Samenvattend worden de volgende aanbevelingen gedaan. In de toekomst kunnen grote (ICT) projecten, waarbij veel partijen betrokken zijn zoals bij het landelijk EPD, beter decentraal worden aangestuurd. Partijen hebben verschillende ambities en motieven en de overheid kan zich beter focussen op het creëren van draagvlak onder de partijen. Door de verschillende ambities en motieven zullen de verschillende partijen ook anders aankijken tegen successen van gedeelde EPD's. Bij het ontwerpen van gedeelde EPD's zal rekening moeten worden gehouden met de complexiteit en rijkdom van alle samenwerking en relaties tussen de verschillende onderdelen van systemen in de zorgsector. De lokale en regionale samenwerkingsverbanden tussen partijen en koppelingen die voor de waarneming zijn ontstaan beïnvloeden de keuze voor het landelijk EPD. Als daar te weinig rekening mee wordt gehouden ontstaan fricties, wat een negatieve uitwerking heeft op de implementatie van gedeelde EPD's. Verder is er geconcludeerd dat de juridische uitgangspunten voor uitwisseling van patiëntendossiers ook gelden voor de waarneming binnen de HOED. Daarom wordt aan de huisartsenpraktijken aanbevolen om maatregelen te nemen om het delen van het hele patiëntendossier mogelijk te maken of alleen de professionele samenvatting te delen tijdens waarneemsituaties in de praktijken.

Ten slotte zijn er aanbevelingen voor vervolgonderzoek gedaan. De relatie tussen samenwerkingsvorm en de keuze voor IT zou verder onderzocht kunnen worden, waarbij gekeken kan worden of betere samenwerking leidt tot een keuze voor een meer geïntegreerd informatiesysteem, waardoor de communicatie en samenwerking verder versterkt kunnen worden. Ook kan er onderzocht worden hoe vaak huisartsen uit andere regio's tijdens de waarneming patiëntendossiers raadplegen. Verder kan de waarde van het

delen van patiëntendossiers tussen verschillende type zorgverleners zoals huisartsen en apothekers onderzocht worden. Als die waarde groter blijkt te zijn dan het delen van informatie tussen hetzelfde type zorgverleners, dan kunnen de infrastructuren anders worden ontwikkeld. Ook wordt aanbevolen om de relatie tussen het NHG en het werkveld te onderzoeken. Bij het landelijk EPD komt het standpunt van het NHG namelijk niet overeen met het gebruik van het landelijk EPD in de onderzochte praktijksituatie.

Literatuurlijst

Amelsvoort, P. van. (1999). *De moderne sociotechnische benadering*. Vlijmen: ST-Groep.

Berg, M. 1999. 'Accumulating and coordinating: occasions for information Technologies in medical work'. *Computer Supported Cooperative Work*, 8 (4): 373-401.

Boeije, H. 2008. *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*. Boomonderwijs. [2005]

Boonstra, A. 2007. Invoering van interorganisationele ICT in de gezondheidszorg. In: *M&O Tijdschrift voor Management en Organisatie* 61, 2, 63-85.

Car, J., A. Black, C. Anandan, K. Cresswell, C. Pagliari, B. McKinstry, R. Procter, A. Majeed, and A. Sheikh. 2008. *The Impact of eHealth on the Quality & Safety of Healthcare: A Systemic Overview & Synthesis of the Literature*. [internet]. Birmingham: NHS Connecting for Health Evaluation Programme. [aangehaald op 26-11-2011]. Bereikbaar op http://www.haps.bham.ac.uk/publichealth/cfhep/documents/NHS_CFHEP_001_Final_Report.

(College Bescherming Persoonsgegevens). 2012. *CBP beoordeelt Doorstartmodel landelijk EPD*. [internet]. CBP, 19-01-2012. [aangehaald op 21-04-2012]. Bereikbaar op: http://www.cbpweb.nl/pages/med_20120119_medische-gegevens-epd-privacy.aspx

Delpierre C, Cuzin L, Fillaux J, Alvarez M, Massip P, Lang T. 'A systematic review of computer-based patient record systems and quality of care: more randomized clinical trials or a broader approach?'. *Int J Qual Health Care* 2004; 16(5): 407–416.

Denzin, N. K., & Lincoln Y. S. 1994. Entering the field of qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 1-17). Thousand Oaks, CA: Sage.

Flyvbjerg, B. 2006. Five Misunderstandings about case-study research. In 2006 Sage publications, *qualitative inquiry* Volume 12, number 2, april 2006, 219-245.

Greenhalgh, T. H.W.W. Potts, G. Wong, P. Bark and D. Swinglehurst. 2009. Tensions and Paradoxes in Electronic Patient Record Research: a systematic literature review using the Meta-narrative method. *The Milbank Quarterly*, Vol. 87, no 4, 2009: 729-788.

Gröne, O. and Garcia-Barbero, M. (2001), "Integrated health: a position paper of the WHO European office for integrated health services", *International Journal of Integrated Care*, Vol. 1 No. 3.

HARM-onderzoek, 2006. *Hospital admissions related to medication (HARM), een prospectief, multicenter onderzoek naar geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopnames*. Division of Pharmacoepidemiology & Pharmacotherapy, Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences.

Huisman, B. 2011. Regional and national patient information exchange in The Netherlands. Hoorcollege 13-10-2011.

Hulst, E.H. & R.Kerff. 1998. 'Patiëntenrechten en transmurale zorg: wie is verantwoordelijk jegens de patiënt?'. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* (1998) 22: 157-168.

Hulst, E.H. 2010. Hoorcollege integrale zorg 2 juni 2010.

IGZ rapport. 2011. *Staat van de gezondheidszorg*. Utrecht, oktober 2011: 1-55.

IOM (Institute of Medicine) report. 2001. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. U.S.: IOM.

Jones, M.R. 2003. *Computers can land people on Mars, why can't they get the work in a hospital? Implementation of an Electronic Patient Record System in a UK Hospital*. *Methods Information Medicine*. 42 (4): 410-415.

Ludwick DA, Doucett J. 'Adopting electronic medical records in primary care: Lessons learned from health information systems implementation experience in seven Countries'. *Int J Med Inf* 2009; 78: 22-31.

Malloch K. 'The electronic health record: An essential tool for advancing patient safety'. *Nurs Outlook* 2007; 55(3): 159-161.

May, C., T. Rapley, T. Moreira, T. Finch and B. Heaven. 2006. Technogovernance: evidence, subjectivity, and the clinical encounter in primary care medicine, *Social Science & Medicine*, 62, 4, 1022-1030.

Mäenpää T, Suominen T, Asikainen P, Maassb M, Rostilac I. The outcomes of regional healthcare information systems in health care: A review of the research literature. *International Journal of Medical Informatics* 2009; 78: 757-771.

Meijboom, B. Schmidt-Bax, S. Westret, G. Supply chain management practices for improving patient-oriented care. *An International Journal*. 2011:16-3: 166-175.

Meijden, M.J. 2000. 'The user in the design process of an EPR'. *Stud. Health Technology Informatics*. 77:22.

Morris M, Evans D. 'States should focus on EHR interoperability'. *Behav Healthc* 2008 Jul; 28(7):23-5.

Mort, M. and Smith, A. 2009. Beyond information: intimate relations in sociotechnical practice. *Sociology*, 43(2): 215-231.

NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap). 2008. *Richtlijn Gegevensuitwisseling huisarts en centrale Huisartsenpost (CHP)*. Derde versie. Utrecht: NHG. [2004].

(Nictiz). 2012. *Infrastructuur voor gegevensuitwisseling in 2012 voortgezet*. [internet]. Nationaal ICT instituut in de Zorg, 08-02-2012 [aangehaald op 08-02-2012]. Bereikbaar op <http://www.nictiz.nl/page/Infrastructuur>

OZIS. 2010. Informatie OZIS-berichtenverkeer. Stichting OZIS, April 2010.

OZIS. 2012. *Dienstwaarneming huisartsen*. [internet]. Stichting Open Zorg Informatie Systeem, 15-02-2012 [aangehaald op 15-02-2012]. Bereikbaar op <http://www.ozis.nl/index.jsp?PAGEID=74871&BLOCKNR=74860&IDS=74997|74884>

Plexus (2009). *Evaluatie van de pilot EMD. Pilotregio's Rijnmond, Amsterdam en Harderwijk. Eindrapportage*. Februari 2009.

Richtlijn Adequate Dossievorming met het Elektronisch Medisch Dossier in de huisartsenzorg (ADEMD). Utrecht: NHG, 2004.

(Royal College of Nursing). 2011. *Making nursing visible : valuing our contribution to high quality patient-centred care*. [internet]. London : RCN, 2011. [aangehaald op 29-12-2011]. Bereikbaar op http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0003/372990/003877.pdf

Saleem JJ, Russa AL, Justice CF, Hagga H, Ebright PR, Woodbridge PA, Doebbeling BN. 'Exploring the persistence of paper with the electronic health record'. *International Journal of Medical Informatics*, 2009; 78: 618-628.

Squarewise. 2007. Business Cases Waarneemdossier Huisartsen Elektronisch Medicatiedossier. Squarewise B.V. 2007.

Stoop, A. en R, Bal en M, Berg. 2007. OZIS and the politics of safety: Using ICT to create a regionally accessible patient medication record. *International Journal of Medical Informatics*, 76, S229-S235.

TK, 2006-2007, 27529 nr. 32. Conceptwetsvoorstel EPD.

Vincent, C. 2010. *Patient safety*. 2nd ed. Oxford: John Wiley&Sons. Original edition, 2006.

Waldrop MM. *Complexity: The Emerging Science at the Edge of Order and Chaos*. New York: Simon and Schuster, 1992.

Walter Z, Succi-Lopez M. Physician acceptance of information technologies: Role of perceived threat to professional autonomy. *Decis Support Syst* 2008.

Webster, A. 2002. 'Innovative health technologies and the social: redefining health, medicine and the body'. *Current Sociology* 50(3): 44-57.

Yin, R.K. 1999. Enhancing the quality of case studies in health services research. *HSR: Health Services Research* 34: 5 Part 2.

2011. *Onbegrip over afblazen EPD*. BndeStem, 09-11-2011.

Bijlagen

Topic List

1. Wat houdt een gedeeld elektronisch waarneemdossier in de huisartsenpraktijk in?
2. Hoe is de praktijk aangesloten op een landelijk en/of regionaal EPD?
- is er vooral sprake van concurrentie of van samenwerking met andere huisartsenpraktijken?
3. Op basis van welke overwegingen heeft u het EPD aangeschaft? (waren er problemen met gebrekkige communicatie, privacy)
4. Wat zijn voor u bevorderende factoren geweest voor implementatie van het gemeenschappelijke elektronische patiëntendossier?
5. Wat zijn voor u barrières geweest bij implementatie van het voorgestelde gemeenschappelijke elektronische patiëntendossier?
6. Onder welke omstandigheden en hoe wordt opgevraagde dossierinformatie gebruikt?
- Als de informatie niet wordt gebruikt, waarom niet? Bv inadequate datakwaliteit
- als het heel druk is in de praktijk gaat u er dan anders mee om?
7. Wat doet u als de informatie incompleet is of niet klopt?
8. Wat zijn voordelen van het gebruik? Nadelen van het gebruik?
9. Vindt u dat het EPD invloed heeft op uw werk en uw werkprocessen? En zo ja, hoe beïnvloedt dat elkaar?
10. Als u nu weer voor dezelfde keuze zou staan, zou u dan weer voor een EPD kiezen?