*Hoe ervaren openbare apothekers de gedeelde medicatiedossiers vanuit het perspectief van hun marktpositie?*

**Scriptie**

MSc Zorgmanagement

November 2012

**Student**

Martijn Hoogstraten

350609

**Universiteit**

Erasmus Universiteit Rotterdam

Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG)

**Begeleiding iBMG**

Dhr. E. Huisman MBA/MBI

Dr. M. de Mul

Dr. M. M. H. Strating

**Voorwoord**

Met deze scriptie rond ik de Master Zorgmanagement aan het iBMG van de Erasmus Universiteit af. Na ongeveer 12 maanden hard werken is het gelukt om het onderzoek af te krijgen. De bedoeling was om dit wat eerder te doen, maar de voorbereidingsperiode van dit onderzoek duurde langer dan gepland.

Dit is het eerste onderzoek wat ik individueel gedaan heb en daarom wil ik Bert en de meelezers, Marleen en Mathilde, enorm bedanken voor hun feedback en adviezen. Hierdoor heb ik veel kunnen leren, ondanks dat het soms pijnlijk is om weer een tekstversie te moeten aanpassen.

Ook wil ik de apothekers en de KNMP bedanken die mij toestonden in hun praktijk en mij te woord wilden staan. Ik hoop dat deze scriptie een bijdrage kan leveren aan de verdere ontwikkeling van een landelijk EPD in de praktijk van de apotheker.

Ik wens u als lezer veel plezier met het doorlezen van deze scriptie.

Martijn Hoogstraten

November 2012

**Samenvatting**

In eerder onderzoek van Stoop et al. (2007) verkozen apothekers het verbeteren van de zorg boven hun ondernemersbelang bij het delen van informatie uit hun dossiers. Ontwikkelingen naar een landelijk EPD en veranderingen in de wet- en regelgeving zouden deze keuze kunnen veranderen. Bovendien kan het implementatietraject ook invloed hebben op de keuze om wel of niet gebruik te maken van gedeelde dossiers op verschillende niveaus.

Door middel van dit kwalitatief, beschrijvende onderzoek wordt vanuit sociaal-technisch perspectief onderzocht waarom de implementatie een landelijk gedeeld elektronisch medicatiedossier zo lastig kan gaan. Met dit onderzoek wordt inzicht verkregen in de wijze waarop openbare apothekers omgaan met het delen van informatie op verschillende niveaus met oog op hun marktpositie. Apothekers ervaren nauwelijks marktwerking en concurrentie in de farmaceutische zorg. Patiënten maken beperkt gebruik van de mogelijkheid om over te stappen en onderling maken apothekers geen gebruik van actieve marketingstrategieën. Desondanks proberen zij wel op hun eigen manier van meerwaarde te zijn voor een patiënt. Apothekers willen hun legitimiteit in de farmaceutische zorg verbeteren en een landelijk EPD zou hierbij wat hun betreft wel een belangrijk hulpmiddel kunnen zijn. Hun ondernemersbelang is hieraan ondergeschikt.

Het is bij de implementatie nooit echt gelukt om een fit te bereiken tussen het technische systeem en de werkpraktijk van de zorgaanbieders. De apothekers voelden zich niet betrokken bij de ontwikkeling van het systeem en er was onduidelijk wat voor soort dossier geïmplementeerd zou gaan worden. Dit komt mede doordat de positie van en de relatie tussen het technische systeem en de gebruiker niet duidelijk was. Bij de implementatie van het landelijk EPD is dan ook veel weerstand ontstaan om het systeem ook daadwerkelijk te gaan gebruiken. Samen met de ervaren nadelen is het belang om gebruik te maken van de landelijke infrastructuur steeds kleiner geworden.

Door dit onderzoek een deel te vergelijken met eerder onderzoek is gebleken dat het nog geen geschikt moment is om een landelijke infrastructuur in te voeren, door het ontbreken van een gemeenschappelijk doel. De apothekers hebben vraagtekens bij de betrouwbaarheid van zo´n systeem, als deze niet slechts als een hulpmiddel wordt toegepast. Daarom hebben zij een duidelijke voorkeur voor een kleiner, lokaal systeem, die voor hen beter beheersbaar is. Mogelijk dat de apothekers gemotiveerder raken voor een landelijk medicatiedossier als het systeem aansluit bij de werkpraktijk en zij zelf de (financiële) voordelen kunnen ervaren.

**Summary**

In previous research of Stoop et al. (2007), pharmacists preferred improving care above their interests as an entrepreneur in sharing information from their records. Developments towards a nationwide EPR and changes in law and regulations would make this choice can change. In addition, the implementation may also affect the choice whether or not to use a shared record on different levels.

 With this qualitative, descriptive research from a socio-technical perspective is examined why the implementation of a national shared electronic medication file can be so difficult. This research gains some insight in the way public pharmacists deal with sharing their information at different levels, in view of their market position. Pharmacists barely experience market mechanisms and competition in pharmaceutical care. Patients make limited use of the possibility to switch to another pharmacist and pharmacists barely use active marketing strategies. Nevertheless they try to improve their legitimacy in pharmaceutical care and, from their vision, a national EPR could be an important tool for this. Their interests as an entrepreneur are subordinate to this.

 With the implementation, a fit between the technical system and work practice of the healthcare provider, never really succeeded. The pharmacists felt no involvement with the development of the system, and besides, was unclear what kind of record has to be implemented. This is also because of the unclear position of and the relationship between the technical system and the user. Therefore there was a lot of resistance to really use the system, with the implementation of the nationwide EPR.

 With comparing this research partially with previous research, it becomes clear that the moment of implementing a national infrastructure, wasn’t right because of lacking a common goal. The pharmacists have questioned the reliability of such a system, if not just used as a tool. Therefore they prefer a smaller, local system which is more manageable for them. Probably pharmacists will be more motivated for a nationwide medication record if the system suits the work practice and they can experience the (financial) benefits themselves.

Inhoudsopgave

[Hoofdstuk 1: Inleiding 7](#_Toc342416904)

[1.1 Aanleiding 7](#_Toc342416905)

[1.2 Doelstelling 9](#_Toc342416906)

[1.3 Onderzoeksvragen 9](#_Toc342416907)

[1.4 Maatschappelijke relevantie 10](#_Toc342416908)

[1.5 Wetenschappelijke relevantie 10](#_Toc342416909)

[Hoofdstuk 2: Theoretische achtergrond 12](#_Toc342416910)

[2.1 Sociaal-technische theorie 12](#_Toc342416911)

[2.2 Openbare apotheker 15](#_Toc342416912)

[2.3 Gedeelde medicatiedossiers 17](#_Toc342416913)

[2.4 Determinanten marktpositie 25](#_Toc342416914)

[Hoofdstuk 3: Methoden 28](#_Toc342416915)

[3.1 Literatuurstudie 28](#_Toc342416916)

[3.2 Interviews 29](#_Toc342416917)

[3.3 Documenten 31](#_Toc342416918)

[3.4 Data-analyse 31](#_Toc342416919)

[3.5 Validiteit 32](#_Toc342416920)

[3.6 Betrouwbaarheid 33](#_Toc342416921)

[3.7 Generaliseerbaarheid 33](#_Toc342416922)

[3.8 Ethische overwegingen 33](#_Toc342416923)

[Hoofdstuk 4: Resultaten 35](#_Toc342416924)

[4.1 Patiënt centraal 35](#_Toc342416925)

[4.2 Kwaliteit van zorg 38](#_Toc342416926)

[4.3 Krachtenveld 44](#_Toc342416927)

[4.4 Implementatie 49](#_Toc342416928)

[Hoofdstuk 5: Conclusies en aanbevelingen 53](#_Toc342416929)

[5.1 Openbare apotheker 53](#_Toc342416930)

[5.2 Gedeelde medicatiedossiers 54](#_Toc342416931)

[5.3 Marktpositie 55](#_Toc342416932)

[5.4 Vergelijking met Stoop et al. (2007) 56](#_Toc342416933)

[5.5 Implementatie 57](#_Toc342416934)

[5.6 Algemene conclusie 58](#_Toc342416935)

[5.7 Aanbevelingen 59](#_Toc342416936)

[Hoofdstuk 6: Discussie 60](#_Toc342416937)

[6.1 Onderzoeksopzet 60](#_Toc342416938)

[6.2 Theoretische achtergrond 60](#_Toc342416939)

[6.3 Dataverzameling 62](#_Toc342416940)

[6.4 Resultaten 63](#_Toc342416941)

[Literatuurlijst 66](#_Toc342416942)

[Bijlage 1: Kenmerken respondenten 70](#_Toc342416943)

[Bijlage 2: Vragenprotocol 71](#_Toc342416944)

[Bijlage 3: Thema’s en codes 73](#_Toc342416945)

# Hoofdstuk 1: Inleiding

## 1.1 Aanleiding

In beleidsstukken van de gezondheidszorg is moderniseren één van de speerpunten. Nieuwe informatie- en communicatietechnologieën vormen hierin een belangrijke kern (May et al. 2005), maar helaas heeft 75 tot 80% van de ICT-applicaties in de gezondheidszorg niet het vooraf bedoelde resultaat (Berg 2003; Stoop et al. 2007). De verklaring hiervoor wordt vaak gezocht bij de imperfectie van het systeem, of bij de context waarin zo’n applicatie actief moet worden (Stoop et al. 2007).

De technologie waar dit onderzoek zich op richt is het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD), waarmee patiëntinformatie kan worden gedeeld tussen zorgaanbieders. In Nederland worden deze dossiers op regionaal niveau redelijk breed toegepast, maar op landelijk niveau kent de implementatie veel politieke discussies (Nictiz 2011). Een EPD is voor de zorgaanbieders wenselijk om goede zorg te kunnen leveren (Berg 1999). Stoop et al. (2007) onderzochten rond 2005 in Nederland de toenmalige staat van de ontwikkeling van regionaal gedeelde medicatiedossiers, een onderdeel van een EPD. Zij analyseerden de context van deze ontwikkeling en de verschillende belangen van de stakeholders (zoals de overheid, apothekers en ICT-leveranciers) bij de toepassing van een regionaal medicatiedossier. Eén van hun vragen was waarom Nederlandse, zelfstandige apothekers, die met elkaar concurreren, bereid zijn om hun dossierinformatie te delen en daarmee het risico te lopen hun informatiepositie ten opzichte van hun klanten te verzwakken. De apotheker beheert immers het medicatiedossier van zijn ‘eigen’ patiënten en die informatie is in die samenhang alleen voor hem inzichtelijk. Doordat de informatie gedeeld wordt, heeft de eigen apotheek op dit punt wellicht geen meerwaarde meer ten opzichte van andere apothekers. In hun onderzoek concludeerden Stoop et al. (2007) dat de apothekers meer belang hechtten aan de mogelijkheid om hun zorg te verbeteren en een legitieme positie in de zorgketen in te nemen, ondanks dat toegang tot het dossier door andere apothekers vanuit marktoverwegingen niet wenselijk was (Stoop et al. 2007).

 Toen Stoop et al. (2007) het onderzoek uitvoerden was een landelijk gedeeld EPD al wel in ontwikkeling, maar nog niet beschikbaar voor zorgaanbieders. Dit is nu, zo’n 7 jaar later, wel het geval. Na lang aangestuurd en gefinancierd te zijn door het Ministerie van VWS is dit initiatief nu privaat geworden onder de naam Servicecentrum Zorgcommunicatie (Servicecentrum Zorgcommunicatie 2012), waarbij een vereniging van zorgaanbieders als opdrachtgever zal gaan functioneren. In eerste instantie zal de nationale infrastructuur op regionale indeling geïmplementeerd gaan worden (Ibid.). Nu zowel het bestaande regionale als het landelijke gedeelde medicatiedossier private initiatieven zijn geworden en de overheid geen directe betrokkenheid meer heeft, wordt de vraag van Stoop et al. (2007) opnieuw gesteld. Immers, apothekers hebben nu een keuze om wel of niet gebruik te maken van een regionaal-, landelijk- of beide gedeelde dossiers in een context die intussen ingrijpend gewijzigd is. Niet alleen de financieringswijze van de apotheker is veranderd, maar ook veranderingen in de wet- en regelgeving kunnen invloed hebben op de keuze die een apotheker maakt voor de toepassing van een gedeeld dossier.

Met nieuwe en aangepaste wet- en regelgeving probeert de overheid de marktwerking onder de apothekers te stimuleren (Stoop et al. 2007). Het aantal apotheken nam hierdoor tot 2011 toe (Stichting Farmaceutische Kengetallen 2011). Tegelijkertijd werden steeds meer apotheken onderdeel van een ketenapotheek (Mediq, Kring-apotheek, etc..) en ontstonden internetapotheken die landelijk leveren, soms als onderdeel van zo’n keten (Ibid.). Het is onzeker hoe de zorgverzekeraars hun contracteergedrag gaan aanpassen en daarmee hoe apothekers gaan reageren op dit gedrag. De druk van de zorgverzekeraars wordt volgens de brancheorganisatie van de apothekers (KNMP) wel steeds meer ervaren (KNMP 1 2012). Gewijzigde concurrentieoverwegingen bij de apotheker kunnen nog steeds een rol spelen bij de keuze om zijn dossier regionaal, landelijk of niet te delen. De informatie uit zijn praktijk moet hij met een landelijk gedeeld medicatiedossier op grotere schaal gaan delen dan met een regionaal dossier. Daarnaast zou ook de implementatie van een landelijk gedeeld medicatiedossier invloed kunnen hebben op deze keuze. De gemaakte keuze bepaalt daarmee het succes of falen van zo’n dossier.

Dit onderzoek zal ingaan op de vraag hoe de ervaring is van openbare apothekers met het delen van hun belangrijke informatie uit het medicatiedossier, in deze complexe omgeving. Vanuit sociaal-technisch perspectief kan geanalyseerd worden op welke wijze de openbare apotheker omgaat met het dilemma tussen het delen van ‘zijn’ patiëntinformatie en zijn belang als zelfstandig ondernemer. Dit is een veel gebruikt perspectief bij onderzoeken naar een EPD en omdat Stoop et al. (2007) ook het sociaal-technisch perspectief hanteerden, kunnen de resultaten van dit onderzoek met die van hen vergeleken worden. Bovendien adviseren Greenhalgh et al. (2009) in hun review ook om een vergelijking in tijd te maken. Stoop et al. (2007) richtten zich in hun onderzoek echter niet tot het implementatieproces. Omdat een landelijk gedeeld EPD na een implementatieperiode van ruim 10 jaar nog niet het gewenste resultaat heeft, is het interessant om ook dit proces te onderzoeken. Dit is om te achterhalen welke invloed het implementatieproces heeft op de keuze die de apotheker maakt bij de toepassing van een gedeeld dossier. Het sociaal-technisch perspectief is hiervoor geschikt doordat het inzicht geeft in de relatie tussen het gedeelde medicatiedossier en de apothekersomgeving (Berg 1999; Berg 2003). Deze theorie geeft inzicht in de wijze waarop technische systemen in hun sociale context ontwikkeld en geïmplementeerd worden en onderdeel gaan uitmaken van (in dit geval) de werkwijzen van de apotheker (Ibid.).

## 1.2 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is het krijgen van inzicht in de wijze waarop openbare apothekers omgaan met het delen van hun medicatie-informatie met andere apothekers, in een markt die veranderd is sinds Stoop et al. (2007) hun onderzoek deden. De ontwikkeling van gedeelde medicatiedossiers is verplaatst naar landelijk niveau en de mogelijke effecten hiervan worden vergeleken met de ontwikkeling op het regionale niveau waar het onderzoek van Stoop et al. (2007) zich op richtte.

In dit onderzoek zullen de contextuele factoren onderzocht worden om de redenen van het succes of het falen van informatietechnologie te begrijpen. Om deze doelstelling te behalen zal met dit onderzoek antwoord gegeven worden op de probleemstelling. Daarnaast zal dit onderzoek een bijdrage leveren aan de sociaal-technische theorie over de implementatie van dit soort dossiers.

## 1.3 Onderzoeksvragen

***Probleemstelling***

Hoe ervaren openbare apothekers de gedeelde medicatiedossiers vanuit het perspectief van hun marktpositie?

***Deelvragen***

1. Wat is de rol en de positie van een openbare apotheker in de farmaceutische zorgverlening?
2. Wat is een gedeeld medicatiedossier?
3. Welke belangen heeft de openbare apotheker bij gedeelde medicatiedossiers?
4. Welke contextuele factoren beïnvloeden de marktpositie van de apotheker?
5. Hoe kijken openbare apothekers, zeven jaar na het onderzoek van Stoop et al. (2007), aan tegen een regionaal en landelijk gedeeld medicatiedossier in relatie tot hun marktpositie?
6. Wat kan deze informatie bijdragen aan de sociaal-technische theorie over de implementatie van gedeelde medicatiedossiers?

Deelvraag 1 beschrijft de belangrijkste kenmerken van een openbare apotheker en welke positie hij inneemt in het zorgverleningsproces. Deelvraag 2 beschrijft wat er wordt verstaan onder een gedeeld medicatiedossier, wat de omvang is en wat er bij de implementatie komt kijken. Deelvraag 3 geeft inzicht in de belangen die de openbare apotheker heeft bij gedeelde medicatiedossiers. Deelvraag 4 is een beschrijving van de marktpositie waarin de apotheker zich bevindt en de determinanten die zijn positie bepalen. Deelvraag 5 wordt door middel van empirie onderzocht en is uiteindelijk nodig om de koppeling te maken met de theorie. De resultaten van de eerste vijf deelvragen worden gebruikt om te kunnen vergelijken met de conclusies van het onderzoek van Stoop et al. (2007).

Deelvraag 6 richt zich op de theoretische kennisvorming bij de implementatie van dit soort dossiers. Dit is een aanvulling op het onderzoek van Stoop et al. (2007) om aanbevelingen te kunnen doen voor toekomstige implementaties.

## 1.4 Maatschappelijke relevantie

Naast de kosten die de maatschappij al heeft gemaakt voor de ontwikkeling en implementatie van een landelijk EPD, is er mogelijk een aantal voordelen voor de patiënt en de zorgaanbieders die niet bereikt kunnen worden als het landelijk delen van medicatiedossiers niet doorgaat. De aangenomen voordelen zijn vooral van toepassing op de zorgaanbieders, maar de voordelen voor de patiënt zijn nog discutabel (Greenhalgh et al. 2009). Stoop et al. (2007) beschrijven een aantal potentiële voordelen voor de patiëntenzorg bij het delen van medicatie-informatie op regionaal niveau. Zij beschrijven dat de meeste fouten die in de medische sector werden gemaakt, medicatiefouten betroffen, die onder andere ontstaan bij het voorschrijven, overzetten, verdelen en de toediening van medicatie. Door een gezamenlijke infrastructuur is het mogelijk om dit proces gestroomlijnder te laten verlopen. De apothekers controleerden via hun informatiesysteem bijvoorbeeld de contra-indicaties en allergieën, waardoor de patiëntveiligheid toenam (Stoop et al. 2007).

 Ook geeft dit onderzoek meer inzicht in de wijze waarop openbare apothekers gedeelde medicatiedossiers gebruiken en de invloed hiervan op het werkveld. Tot slot geeft dit onderzoek inzicht in de huidige en gewenste aspecten die van toepassing zijn op het implementatieproces, vanuit de visie van de apotheker. Deze informatie kan gebruikt worden voor beleidsmakers, managers en organisaties die zich bezig houden met het implementeren van elektronisch gedeelde dossiers.

## 1.5 Wetenschappelijke relevantie

Greenhalgh et al. (2009) waarschuwen in hun review over theoretisch tekortschietende, kwalitatieve studies ten aanzien van EPD’s. Er is nog maar weinig onderzoek gedaan waarbij vanuit een theorie informatie wordt verkregen over de manier waarop openbare apothekers omgaan met het delen van patiënteninformatie en hun marktpositie op landelijk niveau. Stoop et al. (2007) concludeerden in hun onderzoek dat de context van de apotheker, met veel verschillende belangen, een grote invloed had op de toepassing van een regionaal gedeeld medicatiedossier. Ondanks hun marktpositie, waarin conflicterende overwegingen belangrijk zijn, kozen de apothekers voor de patiëntveiligheid en accepteerden zij de nadelige effecten van een gedeeld dossier.

Dit onderzoek richt zich op de marktpositie en informatiedeling, op landelijk niveau, naast die op regionaal niveau, in de praktijk van de apotheker en is hiermee voor een deel een vergelijking met onderzoek van Stoop et al. (2007). Dit onderzoek zal zich niet richten op het gedeelte van dat onderzoek waarin de overheid en de leveranciers van ICT-systemen worden betrokken. Stoop et al. (2007) beschreven de context vanuit een sociaal-technisch perspectief en dit onderzoek is deels een vergelijking door een aantal van hun vragen nog een keer te onderzoeken, maar nu zeven jaar later, in een ingrijpend gewijzigde context. Door deze vergelijking ontstaat een beter inzicht in de ontwikkeling van overwegingen en contexten met betrekking tot implementaties van gedeelde dossiers op verschillende niveaus. Dit is hiermee een aanvulling op het onderzoek van Stoop et al. (2007). Deze informatie draagt bij aan de theorievorming met betrekking tot implementatie van elektronisch gedeelde dossiers, vanuit sociaal-technisch perspectief.

# Hoofdstuk 2: Theoretische achtergrond

Allereerst zal de sociaal-technische theorie aan bod komen, om inzicht te geven in de kenmerken van deze theorie. Deze informatie is nodig om de concepten uit het onderzoek te kunnen plaatsen. Daarna zal ingegaan worden de rol en de positie van een openbare apotheker in de (farmaceutische) zorgverlening en waarom deze groep zo’n belang heeft bij een gedeeld medicatiedossier. Vervolgens zal het begrip ‘gedeelde medicatiedossiers’ aan bod komen, om duidelijk te krijgen wat hiermee bedoeld wordt, wat de omvang is en wat er bij de implementatie komt kijken. Tot slot zal worden ingegaan op de determinanten van de marktpositie van de openbare apotheker.

## 2.1 Sociaal-technische theorie

Informatietechnologie is tegenwoordig niet meer weg te denken uit de gezondheidszorg. Het is voor een organisatie geen vrije keuze meer om ICT-systemen te gebruiken, want om over een aantal jaren nog steeds te kunnen bestaan moeten zij hun efficiëntie verhogen. Dit is nodig omdat zij te maken krijgen met minder personeel in een vergrijzende populatie, waarbij de middelen schaars worden (Coiera 2006). Gezondheidszorgorganisaties zijn complex en bestaan onder andere uit sociale en technisch componenten. De sociale componenten in een organisatie bestaan onder andere uit medewerkers, normen, waarden en cultuur. Bij de technische componenten kan gedacht worden aan apparatuur, technologie en procedures. Al deze componenten interacteren en beïnvloeden elkaar wederzijds. Dit houdt in dat veranderingen in de ene component invloed hebben op de andere (Wears & Berg 2005). Dit is te zien in de praktijk van de apotheker, waarbij de invoering van een gedeeld elektronisch medicatiedossier ervoor zorgt dat de apotheker zijn werkwijze moet aanpassen. Een voorbeeld hiervan is dat hij niet meer met geschreven, maar met digitale recepten werkt.

Om de invloed van systemen te onderzoeken is begrip nodig van de relatie tussen de technologie (systeem) en de sociale omgeving waarin het systeem acteert. Behalve met de gebruiker heeft het systeem ook een relatie met andere mensen, taken, materialen en structuren in en buiten een organisatie. Over het algemeen gaat het over een relatie tussen technische, psychologische en sociale elementen van een systeem (Phipps et al. 2009). Greenhalgh et al. (2009) beschrijven in hun review het sociaal-technisch perspectief als onderdeel van de Science and Technology Studies. Deze studies zien de gebruiker niet als een passieve ontvanger van het technische systeem, maar als een actieve actor die de techniek vormt door de betekenis die hij eraan geeft. Nieuwe technologie verandert de praktijk op de werkvloer en de praktijk verandert de wijze waarop de techniek wordt gebruikt. Dit leidt ertoe dat de techniek zelf verandert, wat weer zorgt voor veranderingen in de praktijk op de werkvloer. Op deze manier is de wederzijdse beïnvloeding met de technologie als een dynamische cyclus te beschrijven. Problemen met de techniek vereisen lang niet altijd een technische oplossing, maar een oplossing op de omstandigheden die optimaal gebruik van de techniek mogelijk maken. Zo zal een computerprogramma voor een apotheker niet goed werken als deze niet aansluit of botst met diens actuele werkwijze (Wears & Berg 2005). De professional speelt dus zelf een centrale en actieve rol bij het functioneren van het systeem.

De sociaal-technische theorie geeft inzicht in de wijze waarop technische systemen ontwikkeld, geïmplementeerd en onderdeel van de sociale werkwijzen worden en is hierbij gericht op een ‘fit’ tussen de technologie en de organisatie van werkpraktijken (Berg et al. 2003; Pirnejad et al. 2007). Deze fit houdt in dat de vereisten van het technische systeem passen in de processen die bij de zorgverlening komen kijken, zoals de organisatieprocessen, de operationele processen en de culturele processen (Ludwick & Doucette 2009). Door de professional te gebruiken bij de ontwikkeling en implementatie ontstaat een betere fit met de organisatie en kan de technische innovatie worden gevormd (Cresswell et al. 2012). Met behulp van de sociaal-technische theorie kan geanalyseerd worden in hoeverre deze fit tussen een elektronisch gedeeld medicatiedossier en de praktijk van de apotheker bereikt is. Ook kan deze theorie gebruikt worden om te onderzoeken in hoeverre het implementatietraject een rol speelt bij deze fit.

Er zijn verschillende sociaal-technische benaderingen, wat maakt dat deze theorie niet een vaststaande, maar een dynamische theorie is (Berg et al. 2003). Dit hangt af van de relatie tussen de sociale praktijk en het technische systeem. Dit kan variëren van de relatie tussen een bestuurder en een auto tot aan een relatie tussen een arts en een computertool in een hoog-risico omgeving zoals een ziekenhuis. In dit onderzoek gaat het niet alleen om een computertool (elektronisch medicatiedossier), die ingezet moet worden in de praktijk van de apotheker, maar ook om verschillende sociale componenten die invloed uitoefenen op de ontwikkeling van zo’n dossier. Deze componenten beperken zich niet alleen tot de praktijk van de apotheker, maar ook daarbuiten, zoals wet- en regelgeving, financieringsstromen en belangen van externe stakeholders. Met behulp van de sociaal-technische theorie kan onderzocht worden wat de redenen zijn van de (tegenvallende) acceptatie, invoering en prestaties van technische systemen (Coiera 2006). In het onderzoek van Stoop et al. (2007) is dit ook onderzocht voor wat betreft een regionaal gedeeld medicatiedossier. Een gedeeltelijke vergelijking in de tijd is daarom nu belangrijk omdat er niet alleen nieuwe ontwikkelingen (zoals een technisch systeem, wet- en regelgeving) kunnen zijn, maar ook nieuwe theoretische inzichten (Greenhalgh et al. 2009). Een voorbeeld hiervan is dat het gat tussen wat onderzoekers weten en wat zij denken te weten kleiner kan zijn geworden. Ook kan er meer inhoudelijke kennis vergaard zijn over de werkpraktijk van de zorgaanbieders en de wijze waarop een technische innovatie hierin ontworpen wordt.

Binnen de sociaal-technische theorie zijn ontwerp en implementatie belangrijke aspecten. Bij het ontwerp van een systeem is het belangrijk om de synergie te vinden tussen de eigenschappen van het ICT-systeem en de bijzonderheden die aansluiten bij die specifieke werkpraktijk (Berg et al. 2003). Uitgangspunt moet de gebruiker met zijn werkpraktijk zijn en niet het systeem. De sociaal-technische theorie plaatst dan ook de gebruiker centraal in het hele ontwikkelingsproces. Als dit lukt zal met het systeem niet alleen het werk van de zorgaanbieder beïnvloed worden, maar dit zal ook invloed hebben op de zorg voor de patiënt (Ibid.). Greenhalgh et al. (2009) concluderen in hun onderzoek (weliswaar geanalyseerd vanuit verschillende stromingen) dat er sprake is van zes tegenstrijdigheden tussen verwachtingen en realiteit, die van invloed zijn op het ontwerp en de implementatie van een EPD. Vanuit sociaal-technisch perspectief zijn deze tegenstrijdigheden te verklaren. De eerste is dat een EPD niet alleen een opslagplaats van informatie is, maar zelf een actor is die aan veranderingen en invloeden onderhevig is. De tweede tegenstrijdigheid is dat zo’n systeem niet naadloos kan worden ingevoerd, omdat de gebruikers altijd moeten zorgen voor een verbinding tussen het systeem en de werkpraktijk. De derde tegenstrijdigheid is dat niet de efficiëntie van het klinische werk (primaire proces) bevorderd wordt, maar juist die van de secundaire werkzaamheden, zoals audits, onderzoek en voor het indienen van declaraties. De efficiëntie van het primaire proces blijkt in een aantal gevallen zelfs af te nemen. De vierde tegenstrijdigheid is dat een EPD niet, zoals verwacht, aanstuurt op veranderingen in de wijze waarop zorgaanbieders met de patiënt omgaan. Wel kan een EPD hierin ondersteunen. De vijfde tegenstrijdigheid is dat bij de toepassing van een EPD niet per se alle papier uit een organisatie zal verdwijnen. Papieren versies zijn in de praktijk flexibeler over locaties te verplaatsen. Tot slot wordt er gedacht dat grote, samengestelde, EPD-systemen meer waarde toevoegen aan het zorgproces, terwijl juist de kleinere, lokale systemen meer efficiënt en effectief blijken te zijn (Ibid.).

Zorgaanbieders ervaren deze invloeden positief of negatief en moeten ondervinden dat een systeem onderdeel uitmaakt van de werkpraktijk en daarmee ingebed is. Dat bepaalt in hoeverre zij bereid zijn om een ICT-systeem, als een EPD, toe te passen in hun praktijk (Berg et al. 2003). De implementatie van een systeem is geen lineair proces, waarbij alleen maar een technisch onderdeel wordt ingezet. Het gaat erom hoe andere actoren ermee omgaan en of zij het systeem in hun belang ervaren. Dit vereist veel onderhandelingen die van tevoren vaak in onverwachte richtingen voeren. Als de invloed van een ICT-systeem eenmaal duidelijk is, moet onderzocht worden of de ‘sociale rol’ van het systeem wel passend is bij die werkpraktijk. De ontwikkeling van zo’n systeem vereist doorzettingsvermogen en het besef dat het gaat om een verandering in de organisatie. Dit alles maakt dat de implementatie een stapsgewijs proces is, waarbij stappen voortdurend herhaald worden (Ibid.).

## 2.2 Openbare apotheker

Normaal gesproken krijgt een patiënt in de eerste lijn een medicatievoorschrift van zijn eigen huisarts en kan hij de medicatie ophalen bij de apotheker. 32% van de apotheken maakt onderdeel uit van een keten, maar het merendeel (68%) is zelfstandig ondernemer (Stichting Farmaceutische Kengetallen 2011). Patiënten die een apotheker nodig hebben, kunnen deze vrij kiezen (Stoop et al. 2007). In de praktijk komt het er op neer dat zij steeds naar dezelfde apotheek gaan, waardoor de apotheker informatie heeft over het medicatiedossier van een vaste patiëntengroep.

De apotheker staat ingeschreven in het BIG-register. Dit register bepaalt dat hij een beschermde titel heeft, hetgeen hem de mogelijkheid/bevoegdheid geeft om het beroep zelfstandig uit te voeren. Hieraan zijn bepaalde voorwaarden en verplichtingen verbonden, die uitgebreid beschreven staan (CIBG 2012). Hierin worden ook voorschriften opgelegd voor het bijhouden van een medicatiedossier met betrekking tot de behandeling door de apotheker. Openbare apotheken zijn verantwoordelijk voor de extramurale medicatieverstrekking aan patiënten. Zij controleren het recept van een voorschrijver (meestal huisarts of medisch specialist) en garanderen de kwaliteit van het geneesmiddel. Naast de medicatieverstrekking houdt de openbare apotheek zich bezig met voorlichting en het bevorderen van veilig medicatiegebruik. Als een patiënt buiten openingstijden spoedmedicatie nodig heeft is er een apotheek van dienst verantwoordelijk, die zich vaak in de buurt van een huisartsenpost of in het ziekenhuis bevindt. De verantwoordelijkheid hierover hoort echter bij de openbare apotheker (Nationaal Kompas Volksgezondheid 2012). Met de verantwoordelijkheid die de apotheker heeft voor het bijhouden van een medicatiedossier, betekent dit dat een andere apotheker geen informatie over de patiënt heeft behalve informatie die de patiënt zelf doorgeeft.

Volgens de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), de branche- en koepelorganisatie van apothekers, is een elektronisch medicatiedossier voor de apotheker een essentieel instrument om de medicatieveiligheid te waarborgen als patiënten naar een andere apotheker gaan (KNMP 2 2012). Er zijn twee uiteenlopende opvattingen over de relatie tussen de apotheker en een medicatiedossier, die kunnen verklaren waarom zo’n dossier wel of niet wordt gebruikt (Greenhalgh et al. 2009). Aan de ene kant kan de apotheker zelf worden gezien als een informatieverwerker en besluitvormer. In dat geval kunnen de vaardigheden van de apotheker ontoereikend zijn om zo’n uitgebreid medicatiedossier te gebruiken en is er beperkte motivatie om deze te gebruiken. Aan de andere kant kan de apotheker gezien worden als een onderdeel van een sociotechnisch systeem, wat inhoudt dat hij een positie heeft in een uitgebreid netwerk van sociale structuren, relaties en instituties. De apotheker is voor deze opvatting meer een vormgever van het medicatiedossier dan alleen een gebruiker, wat daardoor zorgt voor een sterke motivatie voor het gebruik.

In het medicatiedossier worden de juiste medicatiegegevens en patiënt specifieke informatie genoteerd, die als basis dienen voor de farmaceutische zorg (KNMP 2 2012). De openbare apotheker heeft als uitgangspunt voor het medicatiedossier een richtlijn die aanbevelingen geeft over het maken, beheren en uitwisselen van informatie uit het dossier. Omdat de overdracht van informatie tussen zorgaanbieders één van de meest kritieke momenten in de zorg is, waarbij patiënten risico lopen op schade of zelfs een ziekenhuisopname, is ook voor de overdracht een aantal richtlijnen en tools opgesteld. Deze richtlijnen zouden haaks kunnen staan op de belangen die de openbare apotheker heeft in zijn marktpositie. Een apotheker verspreidt met deze richtlijnen ook informatie uit zijn onderneming, waar andere apothekers hun voordeel mee zouden kunnen doen.

*Marktwerking*

Het aantal openbare apotheken in Nederland groeit nog ieder jaar, tot ongeveer 2.000 in 2011 (Stichting Farmaceutische Kengetallen 2011). Een gemiddelde openbare apotheek heeft een klantenbestand van ongeveer 8.100 personen en zij verzorgen voor 92% van de Nederlandse bevolking de medicijnen. Het merendeel van de overige bevolking wordt door apotheekhoudende huisartsen voorzien. Omdat de eigenaar van een apotheek tegenwoordig geen apotheker meer hoeft te zijn, ontstaat de mogelijkheid dat farmaceutische groothandels de openbare apothekers opkopen en er een zogenaamde ketenapotheek van maken. Ook drogisterijketens kunnen hierdoor een openbare apotheek gaan bezitten (Nationaal Kompas Volksgezondheid 2012).

 Het aantal aanbieders op de farmaceutische markt is dus aan het groeien. In een goed werkende markt moet aan een aantal voorwaarden worden voldaan (Kuenen & Van Osselaer 2011). De eerste voorwaarde is dat er voldoende apothekers in een regio zijn. Dan kunnen zorgverzekeraars alleen die apothekers contracteren met de beste prestaties. Dit heeft wel gevolgen voor patiënten die hun medicatie dan niet meer bij hun eigen, niet gecontracteerde apotheker, vergoed krijgen. Ondanks dat er nu mogelijkheden zijn om het aantal apotheken te laten groeien, zijn er in bepaalde delen van Nederland nog niet genoeg apothekers om een concurrerende markt te kunnen garanderen. Apothekers hebben dan geen prikkel om op de prijs te concurreren. Een tweede voorwaarde is dat de apothekers bereid zijn om met elkaar te concurreren. In een markt met weinig apothekers bestaat de neiging dat zij hun dienstverlening op elkaar afstemmen, in plaats van differentiëren (Kuenen & Van Osselaer 2011).

 De openbare apotheker heeft naast zijn rol als zorgverlener, als zelfstandig ondernemer ook een zakelijk belang (Stoop et al. 2007). Hierdoor is het voor hem niet wenselijk als andere apothekers inzicht hebben in zijn patiënteninformatie. Om te voorkomen dat patiënten geconfronteerd worden met verkeerde medicatie, teveel medicatie of medicatie die interacteert met andere medicijnen kan een gedeeld medicatiedossier een geschikt middel zijn (Ibid.). Om het mogelijk te maken dat apothekers toegang hebben tot de medicatiegegevens van de klant moeten zij aangesloten zijn op een infrastructuur, zoals het regionale OZIS of het landelijk AORTA, en de wil hebben om samen te werken. Deze samenwerking betekent dat zelfstandige apothekers bereid moeten zijn om de (voor hen) belangrijke informatie te delen met anderen en daarmee het risico te lopen om klanten te verliezen (Ibid.). Fouten en ongeregeldheden worden in een gedeeld medicatiedossier zichtbaar voor andere zorgaanbieders, wat ervoor kan zorgen dat klanten niet meer naar die apotheker doorverwezen worden. Juist de openbare apotheker heeft hierbij meer te verliezen dan andere zorgaanbieders, vanwege het zakelijk belang. Dit belang houdt in dat de kosten van hun diensten en de invloed van beslissingen op hun financiën de grootste aandacht verdient (Phipps et al. 2009). Desondanks, bleken de apothekers OZIS een succes te vinden. Zij gebruikten het systeem vooral om te controleren op contra-indicaties, intoleranties en voor de verzekeringsgegevens van de klant (Stoop et al. 2007).

In hun onderzoek concluderen Kuenen & Van Osselaar (2011) dat patiënten niet zonder meer overstappen naar een andere apotheek. De prijs van de medicijnen speelt bij het overstappen geen rol, door gebrek aan transparantie hierover en door doordat de prijsverschillen tussen apothekers klein zijn. Bovendien ondervindt de patiënt nauwelijks consequentie van de prijsverschillen, tenzij hij moet bijbetalen voor zijn medicijnen. De belangrijkste reden om over te stappen is de reisafstand, waarvan patiënten maximaal 5 kilometer acceptabel vinden.

## 2.3 Gedeelde medicatiedossiers

Een EPD kan in verschillende contexten worden gebruikt, waarbij de definitie per context verschilt (Greenhalgh et al. 2009). Dit kan variëren van een elektronisch dossier voor één patiënt, tot een uitgebreid nationaal databasenetwerk gekoppeld aan functies met andere technologieën zoals onderzoek-, audit- en betalingssystemen. McGinn et al. (2011) beschrijven een EPD als een persoonlijk en beveiligd elektronisch document binnen het gezondheidszorgsysteem. In dit document worden de hoofdpunten van de gezondheids- en zorggeschiedenis beschreven en het is op elke plaats toegankelijk voor geautoriseerde zorgaanbieders. Deze definitie geeft aan dat een gedeeld EPD onderdeel uitmaakt van het systeem van de gezondheidszorg en dus meer is dan alleen een technische innovatie.

In Nederland kan globaal onderscheid worden gemaakt tussen twee niveaus waarop gedeelde medicatiedossiers actief zijn, namelijk op regionaal (decentraal) en landelijk (centraal) niveau (Pirnejad et al. 2007). Hierna volgt een beschrijving van deze niveaus.

*Regionaal EPD*

Op regionaal niveau worden patiëntengegevens gedeeld via informatiesystemen en -netwerken. Stichting OZIS (Open Zorg Informatie Systeem) is een samenwerkingsverband van verschillende informatiesysteemleveranciers. Deze leveranciers ondersteunen elektronische uitwisseling van informatie tussen zorgaanbieders. Stichting OZIS ontwikkelt en bepaalt standaarden die de leveranciers in hun systemen kunnen toepassen (OZIS 2010). Deze stichting zorgt daardoor voor een efficiënte en vertrouwde uitwisseling van patiëntengegevens tussen zorgaanbieders. Een OZIS-netwerk is een regionale infrastructuur waarmee de gebruikers informatie met elkaar kunnen uitwisselen door het delen van (onderdelen van) hun eigen EPD (Stoop et al. 2007).

Stichting OZIS werkt op vier gebieden, namelijk Dienstwaarneming huisartsen, Transmurale berichten, Ketenzorg en Dienstwaarneming apotheken (OZIS 2011). Deze laatste richt zich op het medicatiedossier dat gebruikt wordt bij de waarneming van apothekers. De apothekers in een regio regelen zelf onderling welke apotheek de waarneming voor een bepaalde groep voor zijn rekening neemt. OZIS voorziet hier in een ‘open communicatie’, door het medicatiedossier op die plaats te brengen waar de zorg wordt verleend. Dit wordt gedaan door identiteitsgegevens van de patiënt op te zoeken op een centrale plaats, de Centrale Patiënten Index (CPI). Op basis van deze gegevens wordt een verzoek om medicatiehistorie gestuurd naar de vaste apotheek, de apotheek waar de patiënt bekend is. De medicatie-informatie wordt vanuit de vaste apotheek direct doorgestuurd naar de dienstwaarneemapotheek. De vaste apotheek ontvangt automatisch bericht van het bezoek van de patiënt aan de dienstwaarneemapotheek en de medicatie-informatie wordt direct bijgewerkt (Ibid.).

Patiëntengegevens worden alleen opgevraagd door zorgaanbieders in de waarneemgroepen en dit is regiogebonden. Het gaat hier niet om de volledige patiënteninformatie, maar om een professionele samenvatting met de belangrijkste aspecten die op een centrale plaats opgeslagen wordt (Ibid.). Bij deze infrastructuur is er een directe koppeling tussen de systemen van de zorgaanbieders, waarmee ongecodeerde informatie kan worden verstuurd. De softwareleveranciers betalen allemaal een bijdrage aan de stichting om gebruik te mogen maken van de OZIS-infrastructuur. De regionale organisatie van OZIS wordt uitgevoerd door de deelnemers zelf. In het geval van OZIS-apotheken zijn dit de apothekers (OZIS 2011).

In 2010 hebben de apothekers 15,52 miljoen patiëntendossiers opgevraagd (OZIS 2010). In het Jaarplan van Stichting OZIS staat dat het aantal opgevraagde dossiers nagenoeg gelijk is met een eerdere meting in 2009, waaruit zij concluderen dat bijna overal in Nederland de Dienstwaarneming Apotheken van OZIS wordt toegepast. De bedoeling was om de standaarden voor de Dienstwaarneming Apotheken in 2011 af te bouwen en deze aan te passen naar de standaarden van een landelijke infrastructuur. Eén van de voorwaarden hiervoor was dat de landelijke infrastructuur minimaal dezelfde functionaliteiten zou hebben als de regionale infrastructuur.

*Landelijk EPD*

Een landelijke infrastructuur (AORTA) biedt ook de mogelijkheid om op een veilige manier medische gegevens uit te wisselen tussen zorgaanbieders, maar dan op landelijk niveau (Informatiepunt landelijk EPD voor zorgprofessionals 2011). Van ‘Het’ landelijk EPD is geen sprake, aangezien deze bestaat uit een verzameling van zorginformatiesystemen, waarbij centraal geen dossiergegevens worden opgeslagen. Vooralsnog is dit dossier alleen nog maar ingericht op de medicatiewaarneemgegevens en huisartswaarneemgegevens.

AORTA is in opdracht van het Ministerie van VWS ontwikkeld en kent landelijke en regionale afspraken. Deze infrastructuur bestaat uit een aantal onderdelen (Ibid.). Het eerste onderdeel is het Goed Beheerd Zorgsysteem (GBZ). Zorgaanbieders kunnen alleen van de landelijke infrastructuur gebruikmaken als zij voldoen aan strenge veiligheidseisen. Zo moeten zij een goed beheerd zorgsysteem inrichten, waarin medische gegevens op een veilige manier uitgewisseld kunnen worden, door middel van een speciaal daarvoor geleverd netwerk. Het tweede onderdeel is de Zorgserviceprovider (ZSP). Dit is een gekwalificeerd bedrijf die een beveiligde verbinding biedt tussen het GBZ en het Landelijk Schakelpunt (LSP). Het LSP is het derde onderdeel van de infrastructuur en hierin staat geregistreerd waar de patiëntengegevens opvraagbaar zijn, want informatie wordt hier niet centraal opgeslagen. Dit schakelpunt houdt tegelijkertijd bij wie de informatie opvraagt en om welke informatie het gaat. De uitwisseling van patiëntengegevens gaat via het Burgerservicenummer en patiënten moeten toestemming geven om een zorgaanbieder hiervan gebruik te laten maken. De zorgaanbieder meldt dan bij het LSP dat hij patiënteninformatie heeft, waarna een verwijzing in een verwijsindex terechtkomt. De informatie die over deze infrastructuur wordt gestuurd is gecodeerd (Informatiepunt landelijk EPD voor zorgprofessionals 2011). Huisartsen en apotheken kunnen de medicatiegegevens van de patiënt raadplegen en waarnemend huisartsen kunnen daarnaast nog een samenvatting van het dossier van de vaste huisarts opvragen. De vaste zorgaanbieder zal dan bericht gaan ontvangen van het bezoek van de patiënt aan de waarnemende zorgaanbieder (VZVZ 2012). Tot slot bevat de infrastructuur een Unieke Zorgverlener Identificatie (UZI). Iedere zorgaanbieder krijgt een UZI-pas, waarmee hij of zij kan worden geïdentificeerd bij het opvragen van informatie van het LSP (Informatiepunt landelijk EPD voor zorgprofessionals 2011).

In een brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten Generaal, presenteert de Minister van VWS kwantitatieve informatie over de stand van zaken met betrekking tot AORTA. Op 31 december 2010 waren 2.629 zorgaanbieders aangesloten op het LSP. Het betrof hier 1.464 van de 2.034 apothekers die op dat moment in Nederland actief waren.

Voor het totaal aantal zorgaanbieders geldt dat 39% van hen is aangesloten op het LSP, waarvan de grootste groep gebruikers bestaat uit apotheken en huisartsenposten. Van alle apotheken is 72% aangesloten op het LSP. In het begin van 2010 werden rond de 900.000 dossiers opgevraagd, wat aan het einde van dat jaar was toegenomen tot iets meer dan 2,25 miljoen (Minister van VWS 1 2011).

Het aantal aangesloten zorgaanbieders en opgevraagde dossiers is steeds toegenomen, wat het belang van dit onderwerp aangeeft voor de zorgaanbieders. Ook het feit dat koepelorganisaties hebben gevraagd om de infrastructuur in de lucht te houden, geeft het belang van dit onderwerp aan. In de periode 2002-2010 is 305,8 miljoen euro besteed aan de ontwikkeling en implementatie van een Landelijk EPD (Minister van VWS 2 2011). Deze kosten kwamen voor rekening van het Ministerie van VWS. Hierbij zijn ook kosten gemaakt voor het beheer van de voorziening van het Burgerservicenummer in de zorg en de ontwikkeling en uitgifte van de UZI-pas. Volgens de Minister van VWS blijven deze twee onderdelen ook zonder wettelijk geregeld landelijk EPD bruikbaar in de gezondheidszorg.

Op 5 april 2011 heeft de Eerste Kamer een wetsvoorstel om in de zorg gebruik te kunnen maken van het Burgerservicenummer verworpen en heeft zij de Minister van VWS gevraagd niet meer mee te werken aan de ontwikkeling van de landelijke infrastructuur.

Dit betekent dat het Expertisecentrum voor ICT in de zorg (Nictiz), dat geen eigen middelen heeft, andere financiële steun moet krijgen, zoals van de zorgaanbieders of zorgverzekeraars. In eerste instantie leek dit niet te lukken, maar koepelorganisaties van zorgaanbieders kunnen toch voldoende garanties bieden om de infrastructuur in stand te houden. Deze toezegging kon gedaan worden met steun van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (Nictiz 2011).

*Voor- en nadelen*

Het doel van een gedeeld EPD is het bevorderen van communicatie tussen verschillende systemen die gebruikt worden en het verminderen van fouten omdat zorgaanbieders meer complete informatie hebben over de patiënten (Boockvar et al. 2010). Er wordt verwacht dat een EPD, naast het verminderen van fouten, nog meer voordelen heeft. Eén van de verwachte voordelen is dat het de effectiviteit en efficiëntie van het werk verbeterd. Ook is de verwachting dat de hoeveelheid papier in een organisatie afneemt of zelfs helemaal verdwijnt (Reddy et al. 2001).

Echter, veel van de literatuur waarin de voordelen werden onderzocht, is nogal tegenstrijdig aan elkaar. Hierdoor is er nog onvoldoende aangetoond dat deze verwachtingen ook daadwerkelijk waargemaakt worden. Greenhalgh et al. (2009) beschrijven in hun onderzoek dat de literatuur over dit soort systemen vooral technisch georiënteerd is, maar dat er onvoldoende inzicht is in het systeem zelf en de sociale context waarin het systeem moet gaan functioneren. Er is een aantal voordelen die wel aangetoond zijn. Zo verbetert een gedeeld elektronisch dossier de leesbaarheid en kan het onderzoeken (zoals een second opinion of een audit) beter faciliteren. Voor sommige professionals bespaart het tijd, doordat zij zelf niet opnieuw hun informatie hoeven te verzamelen (Reddy et al. 2009).

Dit zijn voordelen voor de zorgaanbieders, maar de literatuur laat geen eenduidig beeld zien dat een EPD de kwaliteit van zorg of de resultaten voor de patiënt verbetert (Khangura et al. 2010). Er wordt verwacht dat een gedeeld dossier de patiëntveiligheid kan bevorderen door afname van het aantal medicatiefouten. Boockvar et al. (2010) tonen in hun onderzoek aan dat een EPD op dit gebied geen significant verschil maakt, terwijl Stoop et al. (2007) het beperken van medicatiefouten juist wel als voordeel van een EPD beschrijven.

Naast het beperkt aantal aangetoonde voordelen, heeft een gedeeld elektronisch dossier een aantal aangetoonde nadelen (McGinn et al. 2011). De techniek moet toereikend zijn, wat inhoudt dat het computersysteem niet te traag en niet ‘offline’ mag zijn. Een elektronisch dossier moet gebruiksvriendelijk zijn, wat inhoudt dat het moet zijn aangepast aan de behoeftes van de zorgaanbieders die ermee moeten gaan werken. Het systeem moet ook samen kunnen werken met andere systemen en dat is nu niet altijd het geval. Verder is het zo dat zorgaanbieders bezorgd zijn om de veiligheid van de informatie en de privacy van de patiënt, terwijl patiënten eerder bang zijn dat hun informatie gebruikt gaat worden voor commerciële doeleinden, zoals door zorgverzekeraars. Ook zijn zorgaanbieders meer tijd kwijt met de bediening en werking van het dossiersysteem, in plaats van deze tijd aan zorg voor de patiënt te besteden (Ibid.).

Naast deze zorg- en systeemgerelateerde nadelen is er ook een aantal nadelen op het gebied van Human Resource Management. Zo hebben artsen het idee dat een gedeeld dossier een ‘controltool’ geworden is, waarmee het management inbreuk kan maken op de professionele autonomie. Een ander nadeel is dat het vaak top-down wordt ingevoerd, waardoor de zorgaanbieders het als een verplichting zien en niet gemotiveerd zijn om ermee te werken. In het geval van deze nadelen zou een EPD het zorgproces dus alleen maar storen in plaats van ondersteunen (McGinn et al. 2011).

*Implementatie*

Het implementatieproces van een technische innovatie is even belangrijk als de innovatie zelf (Ludwick & Doucette). Het implementatieproces wordt op drie niveaus beïnvloed (McGinn et al. 2011). Op microniveau zijn dit vooral persoonlijke factoren, zoals de attitude van mensen en de zorgen over de geschiktheid van een systeem. Op mesoniveau zijn het vooral operationele aspecten die de implementatie beïnvloeden, zoals de bereidwilligheid en beschikbaarheid van de noodzakelijke middelen. Op macroniveau gaat het vooral om socio-politieke krachten die hun invloed uitoefenen.

Om een EPD te implementeren is het nodig om een duidelijke visie en strategie te hebben over de wijze waarop de implementatie plaats moet vinden. In de organisatie zelf moet een cultuur bestaan die de invoering van een EPD mogelijk maakt, de communicatie moet effectief zijn en de organisatie moet aandacht hebben voor Human Resource Management (Kaplan 2001). Dit betekent ook dat alle betrokkenen hetzelfde doel voor ogen moeten hebben. Een goed voorbeeld dat dit niet het geval was, is dat de Tweede Kamer tijdens het implementatietraject een dossier *van* de patiënt wilde ontwikkelen, terwijl de Eerste Kamer een dossier *voor* de patiënt wenste (Van Twist et al. 2012). Op politiek niveau is er dus onenigheid ontstaan over de doelstelling van een landelijk dossier.

De beleidsmaker en managers die binnen organisaties besluiten tot deelname aan een landelijke infrastructuur hebben wetenschappelijk bewijs nodig die aangeeft op welke manier een EPD het beste kan worden geïmplementeerd, binnen specifieke contexten (Khangura et al. 2010). Deze informatie is, ondanks veel onderzoek, niet beschikbaar. Zorgaanbieders hebben veel verschillende redenen om terughoudend te zijn met de implementatie van een EPD in hun praktijk. Een aantal voorbeelden van deze redenen zijn de hoge implementatiekosten, benodigde tijd voor training, angst om professionele autonomie te verliezen en de verwachting dat het systeem inflexibel is. Deze redenen worden vooral veroorzaakt door onzekerheid bij de zorgaanbieders die het systeem moeten gaan gebruiken (Ibid.). Daarbij zien zorgaanbieders over het algemeen meer barrières dan kansen bij de toepassing van een gedeeld elektronisch dossier (McGinn et al. 2011). Voorbeelden van deze barrières zijn het ontwerp van het systeem (beperkingen, te traag, uitval), gebruiksgemak, inadequate aansluiting bij andere systemen, privacy en veiligheid, kosten en gebrek aan tijd. Deze barrières worden versterkt door bijvoorbeeld een brief van IGZ waaruit ook zij hun angst uitspreken over de (schijn)veiligheid van het uitwisselen van informatie tussen apothekers (IGZ 2008). Een andere barrière om gebruik te maken van een gedeeld elektronisch dossier is dat zorgaanbieders bang zijn om aansprakelijk te worden gesteld als zij uitgaan van informatie die uiteindelijk niet blijkt te kloppen. VWS heeft een onderzoek laten uitvoeren en de conclusie was dat met de invoering van het EPD niets wezenlijks verandert aan de aansprakelijkheidsrisico’s. Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor fouten en nalatigheden in hun eigen dossier en niet voor oorzaken waar zij niets aan kunnen doen, zoals informatie in OZIS of AORTA (Barendrecht et al. 2008).

Het gebruik van AORTA was destijds vrijwillig. De verplichting of echte stimuleringsmaatregelen ontbraken. De vraag is of deze verplichting met een wet op te leggen is, zoals in eerste instantie de bedoeling was. In de gezondheidszorg houden, vooral artsen, er niet van als zij bepaalde dingen opgelegd krijgen (Gibbels 2011). Greenhalgh et al. (2009) beschrijven de omvang van een systeem als factor bij de motivatie om het systeem te gebruiken. Een systeem wat door de zorgaanbieder zelf is ontwikkeld heeft een kleine omvang, maar zorgt wel voor motivatie om het te gebruiken. Dit soort systemen blijken het werk efficiënter en de patiëntenzorg veiliger te maken. Het nadeel hiervan is dat deze systemen te specifiek zijn om generaal te gebruiken. Aan de andere kant staan de grotere, commerciële systemen, die gebruikt worden om een snelle verandering door te voeren, maar niet voldoen aan de verwachtingen en problemen van de werkpraktijk (Greenhalgh et al. 2009). Met de doorstart van een landelijk EPD gaat het vrijwillige karakter wel veranderen, maar niet door de wetgeving. Zorgverzekeraars hebben aangegeven consequenties te verbinden aan het niet aangesloten zijn aan de landelijke infrastructuur (Velzel 2011).

Ludwick en Doucette (2009) beschrijven een fit tussen de technische innovatie en een aantal organisatiefactoren. Deze fit is een cruciaal element die direct invloed heeft op het slagen van een implementatie. De angsten en risico’s van zorgaanbieders kunnen op vier manieren gemanaged worden. De eerste manier is door degelijk projectmanagement. Hierin zit de controles die nodig zijn om de implementatie te laten slagen, zoals tijdschema’s, taken en middelen. Een stapsgewijze invoering op zo’n grote schaal beter werkt dan een ‘big bang’-benadering, omdat de zorgaanbieders dan de tijd krijgen om aan het nieuwe systeem te wennen. In grote organisaties kan de zorgaanbieder hierin het voortouw nemen om het systeem aan te laten sluiten bij de werkpraktijk. Om voortgang in het programma te houden is het noodzakelijk om een partij een regisserende rol te geven (Van Twist et al. 2012). Deze partij ontbrak in de eerste fase van de implementatie (tot de oprichting van het Nictiz), waardoor er teveel partijen waren die niet gestimuleerd werden om zo’n grote ontwikkeling in gang te zetten. Institutionele waarden verklaren voor een deel de trage aanpassing en langzame verspreiding van een landelijk gedeeld medicatiedossier. Dit kwam omdat zorgaanbieders en andere stakeholders verschillende verwachtingen van en belangen bij het dossier hadden (Greenhalgh et al. 2009). Bovendien was het onduidelijk welke voordelen de informatietechnologie met zich mee kon brengen. Een regisserende partij zou dit belang duidelijk kunnen maken aan alle partijen (Van Twist et al. 2012).

De tweede manier is sterk leiderschap. Zorgaanbieders moeten betrokken worden bij het ontwerp, de ontwikkeling en de implementatiefase. Zij hebben tenslotte de beste kennis van de huidige en te optimaliseren processen en kunnen een bijdrage leveren aan het ontwikkelen van het systeem (Ludwick & Doucette 2009; McGinn et al. 2011). Een teambenadering is hierin essentieel en op deze manier zijn de angsten van de zorgaanbieders voor een groot deel te ondervangen. Het Ministerie van VWS en de KNMP hebben veel acties ondernomen om de apothekers in het werkveld te informeren en betrokken te houden bij de implementatie van AORTA (Van Twist et al. 2012). Zo stelden zij communicatieplannen op en werd input gevraagd vanuit de apothekers. Aan de andere kant koppelde zij informatie over de voortgang terug naar het veld. Desondanks hadden apothekers het idee dat vooral VWS zijn eigen gang ging met implementeren en doorzetten van het EPD. Het bleek lastig te zijn om vertrouwen van de zorgaanbieders te krijgen, want door de oprichting van het Nictiz werd de regie door VWS gepakt. Dit is opgevat als een wantrouwen dat het zorgveld de implementatie zelf niet kan of wil realiseren. Een ander voorbeeld is dat VWS op een gegeven moment besloot om het EPD sneller in te voeren, maar dit werd door het zorgveld ervaren als doordrukken. Van Twist et al. (2012) concluderen in hun onderzoek dat het er niet om gaat of velpartijen wel of niet betrokken werden, maar hoe dit op hen overkwam. De gewenste commitment is hierdoor nooit bereikt, laat staan dat apothekers het idee kregen dat zij eigenaar werden van het EPD. Dit heeft ertoe geleid dat partijen zich gingen verzetten of zelfs tegendraads gingen gedragen.

Een derde manier die Ludwick en Doucette (2009) beschrijven is door middel van training van de gebruikers. Hoe bekender het systeem voor de zorgaanbieder, des te vaker wordt het systeem na de implementatie gebruikt. Het is belangrijk om ervoor te zorgen dat er tijdens en na de implementatie een expert bereikbaar is en er trainingen gegeven blijven worden. In het begin van de implementatie ontstaat vaak een nadeel voor zorgaanbieders die per klant betaalt krijgen. De hoeveelheid tijd neemt per patiënt toe, doordat zij de techniek moeten leren kennen. Hierdoor is aan het einde van de dag het aantal patiënten afgenomen. Daar komt bij dat zorgaanbieders zelf geen financieel voordeel hebben bij de investering in zo’n systeem. In het geval van een EPD is de zorgverzekeraar degene die financiële de voordelen ervaart, dus een ondersteuning in de financiering (zoals een subsidie) zal meewerken om een aanpassing in het werk van de zorgaanbieder voor elkaar te krijgen.

De laatste manier is door middel van standaardisatie. De kwaliteit van zorg en het slagen van de implementatie nemen toe, bijvoorbeeld door het gebruik van dezelfde terminologie en bereik van laboratoriumwaarden (Ludwick & Doucette 2009). Dit is een lastig te bereiken manier, aangezien klinische kennis vaak contextgebonden en tijdelijk is en zich lastig laat standaardiseren. Dit is iets waar ontwerpers van technische systemen (zoals AORTA) te weinig rekening mee houden. Technische systemen in de gezondheidszorg worden dan ook meestal gecombineerd met andere communicatiemiddelen, zoals whiteboards, papieren aantekeningen en mondelinge communicatie (Greenhalgh et al. 2009).

## 2.4 Determinanten marktpositie

In de literatuur is een aantal determinanten beschreven die van invloed zijn op de marktpositie van de apotheker. Er zullen drie determinanten worden toegelicht die door meerdere auteurs zijn beschreven.

*Inkomsten*

De inkomsten van de openbare apotheker bestonden tot 2012 uit twee delen, namelijk een vergoeding per afgeleverd recept (receptregelvergoeding) en de vergoeding voor de kosten van een geneesmiddel (Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn 2011). De receptregelvergoeding is een vaste vergoeding die een apotheek bij een zorgverzekeraar mag declareren (Nederlandse Zorgautoriteit 2008). Deze vergoeding wordt jaarlijks vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en er zijn twee aanvullende regelingen die medicijnkosten voor de maatschappij beheersbaar moeten houden. De eerste is de clawbackregeling, wat inhoudt dat van de receptregelvergoeding een percentage van 6,82% wordt ingehouden door de zorgverzekeraar. Dit is om inkoopkortingen van medicijnen weer aan de consument terug te geven. Zonder deze regeling zou alleen de apotheker zelf voordeel hebben bij de onderhandelingen met de leveranciers, terwijl de consument een veel hoger bedrag betaalt (Ibid.). De tweede regeling wordt gehanteerd door de zorgverzekeraars en betreft het preferentiebeleid voor medicijnen, wat inhoudt dat van medicijnen alleen de goedkoopste variant wordt vergoed (Kuenen & Van Osselaer 2011). Zonder deze regeling kunnen apothekers ook duurdere merken medicijnen in- en verkopen, terwijl een goedkoper merk net zo goed zou kunnen werken. Het preferentiebeleid is een middel om volumemacht bij de zorgverzekeraars te leggen, waardoor zij de mogelijkheid hebben om apothekers met elkaar te laten concurreren. Het gevolg van deze regel was een aanzienlijke prijsverlaging en dit leidde tot betaalbaarheid van de farmaceutische zorg voor patiënten.

Sinds 2012 heeft er een verandering plaatsgevonden in de vergoedingen voor apothekers (Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn 2011). De marktpartijen moeten nu zelf de tarieven bepalen, dus deze worden niet meer door de NZa vastgesteld. Wel zal de NZa nieuwe prestaties hanteren, waarmee de apothekers een vergoeding kunnen krijgen. Deze wijziging in de financiering brengt onzekerheid met zich mee, want er is nog onduidelijk hoe die prestaties zich verhouden tot het verleden en tot andere zorgaanbieders (zoals huisartsen). Ook is het de vraag hoe zorgverzekeraars hiermee omgaan in hun contracteergedrag. Vrije prijzen in een markt met een voldoende aanbod aan apothekers, zou wel eens kunnen leiden tot een veranderende marktverdeling (Ibid.). In een onderzoek van de KNMP wordt onder andere geconcludeerd dat zorgprestaties onvoldoende vergoed worden, dat strategische inkoop door zorgverzekeraars (preferentiebeleid) leidt tot beschikbaarheidsproblemen van de preferente medicijnen en er een ongelijk speelveld is tussen de marktpartijen in het onderhandelingsproces (KNMP 3 2012).

*Marktpartijen*

De apothekers in Nederland kunnen niet als een homogene groep beschouwd worden (Stoop et al. 2007). Apothekers op het platteland zijn niet gewend aan samenwerking, omdat zij hun eigen waarnemersdiensten regelden. De stadsapothekers, daarentegen, zijn wel gewend om voor de diensten met elkaar samen te werken. In sommige delen van Nederland moeten de apothekers ook nog concurreren met ander soort apothekers zoals drogisterijen en internetapotheken. Een andere marktpartij die zich aandient zijn de ziekenhuizen die de poliklinische patiënten voorzien van medicatie (politheek), in plaats van dat een patiënt alleen een recept meekrijgt.

Dat er de laatste jaren desondanks meer nieuwe apotheken geopend zijn heeft te maken met een verandering in de wetgeving in 1999, die bepaalt dat een apotheker geen eigenaar meer hoeft te zijn van zijn eigen apotheek (Ibid.). Dat de overheid aan de ene kant de marktwerking stimuleert door de wetgeving, maar aan de andere kant apothekers verplicht om met elkaar te gaan samenwerken door de invoer van een landelijk medicatiedossier, is wat tegenstrijdig. Vooral in de gebieden waar veel apothekers werkzaam zijn, is de bereidheid om samen te werken minder. Het probleem van geen toegang hebben tot medicatie-informatie van andere patiënten wordt gezien als een groot gemis bij apothekers (Ibid.). Bij de Tweede Kamer werden moties ingediend om het gebruik van AORTA af te dwingen. De Wet op het EPD moest dit uiteindelijk gaan realiseren, mede omdat bleek dat zorgaanbieders vanuit concurrentieoverweging helemaal niet graag samenwerken met zorgaanbieders van buiten de regio (Van Twist et al. 2012). Dit toont aan dat apothekers onderhevig zijn aan omgevingsinvloeden, zoals veranderingen in de wet- en regelgeving, procedures, routines en de sociale druk.

*Wet- en regelgeving*

Naast de wet- en regelgeving die de marktwerking stimuleert, worden openbare apothekers beperkt door wet- en regelgeving in hun verantwoordelijkheid als zorgaanbieder (Phipps et al. 2009). De Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) is ook van toepassing op de relatie tussen patiënt en de openbare apotheker (KNMP 2 2012).

In deze wet zijn de rechten en plichten van de patiënt en de zorgaanbieder vastgelegd. Een belangrijk aspect uit deze wet, in het kader van gedeelde medicatiedossiers, is het toestemmingsvereiste van de patiënt voor de behandeling. Deze toestemming komt mede tot stand doordat de patiënt op dusdanige wijze geïnformeerd wordt door de apotheker, dat de patiënt een weloverwogen beslissing kan nemen voor het aangaan van de behandelingsovereenkomst. Een ander belangrijk aspect uit deze wet is dat de openbare apotheker verplicht is om een dossier bij te houden. Informatie uit dit dossier mag, met toestemming van de patiënt, worden doorgegeven aan andere zorgaanbieders. Dit kan de apotheker stilzwijgend doen, door de patiënt te informeren over het doel van het vastleggen van de gegevens en de personen die toegang hebben tot deze gegevens. Als de patiënt dan geen duidelijk bezwaar maakt, mag verondersteld worden dat hij toestemming heeft gegeven. De wijze waarop patiënten hierover geïnformeerd worden, staat ook vrij en kan bijvoorbeeld via een folder. De patiënt heeft in deze wet een sterke positie, waarmee hij te allen tijde een andere beslissing kan nemen (KNMP 2 2012). Naast de wet- en regelgeving heeft de apotheker ook nog ethische verantwoordelijkheden, die hem in zijn doen en laten beperken (Phipps et al. 2009).

# Hoofdstuk 3: Methoden

Voor dit onderzoek is gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksmethode. Deze methode maakt het de onderzoeker mogelijk om met behulp van een theorie een interpretatie te doen van hetgeen hij onderzoekt (Mortelmans 2009). De theorie bepaalt hiermee de wijze waarop de te onderzoeken praktijk bekeken en geanalyseerd wordt en met behulp van een literatuurstudie wordt een theoretisch kader gevormd van waaruit het onderzoek plaatsvindt. Er is nog maar weinig wetenschappelijke informatie over de wijze waarop openbare apothekers omgaan met gedeelde medicatiesystemen vanuit het perspectief van hun marktpositie, zeker op landelijk niveau. Een explorerend onderzoek helpt hierbij om achterliggende gedachtes, motieven en beslissingen beter te kunnen onderzoeken. De doelgroep voor dit onderzoek is de zelfstandige openbare apotheker. Deze doelgroep is gekozen omdat deze een groot belang heeft bij het delen van informatie over patiënten, maar tegelijkertijd grote invloed ondervindt van een gedeeld medicatiedossier. Dit belang moet door de apotheker ervaren worden, vandaar dat gekozen is voor de eigenaar of beheerder van de apotheek. Van deze persoon is de verwachting dat hij dit belang zelf ervaart doordat hij zich verantwoordelijk voelt voor een goede bedrijfsvoering of doordat hij verantwoordelijkheid aflegt aan de eigenaar van de apotheek. De respondenten uit de doelgroep zijn gekozen uit één regio, om zoveel mogelijk verschillen tussen regio’s uit te sluiten. Ondanks dat het generaliseren van de conclusies geen primair doel van deze studie is, geeft dit een beter beeld van de ervaringen van een bepaalde groep respondenten. In bijlage 1 is een overzicht opgenomen van de kenmerken van de respondenten.

Stoop et al. (2007) maakten in hun onderzoek gebruik van een literatuurstudie, semigestructureerde interviews, enquêtes en observaties. Hun vragen richtte zich in eerste instantie op het aantal apothekers die gebruik maakten van OZIS en of die tevreden waren. Dit is echter niet het gedeelte waar dit onderzoek zich op richt. Hierna vroegen zij zich, middels semigestructureerd interviews, af hoe OZIS een (relatief) succes kon zijn in de concurrerende omgeving waarin apothekers werken. Hier richt dit onderzoek zich wel op en voor de dataverzameling wordt gebruik gemaakt van een literatuurstudie, semigestructureerde interviews en documenten.

## 3.1 Literatuurstudie

In dit onderzoek is een literatuurstudie gedaan om inzicht te krijgen in de sociaal-technische theorie en de bijbehorende concepten. De nadruk lag hierbij op marktwerking en concurrentie omdat deze concepten een breder inzicht geven in de mate waarop organisaties met hun informatie omgaan als ze in hetzelfde werkveld actief zijn. Deze concepten werden geplaatst binnen de relatie tussen de apotheker en het gedeelde medicatiedossier. Voor het vinden van literatuur werd gebruik gemaakt van Pubmed, Google Scholar en van de universiteitsbibliotheek. De gebruikte zoektermen hierbij zijn sociaal-technische (of sociotechnische) theorie, Berg M, elektronisch patiëntendossier, apotheker, marktwerking en concurrentie. Deze werden ook in Engelse zoektermen ingevoerd. In het begin werd er vooral gezocht naar reviews, om van hieruit de gebruikte bronnen te analyseren op geschiktheid voor dit onderzoek. De literatuur werd gerangschikt op thema en vervolgens met de abstract gecontroleerd op relevantie.

## 3.2 Interviews

In dit onderzoek is gekozen voor semigestructureerde interviews met individuele zelfstandige openbare apothekers. Op deze manier kan informatierijke data verzameld worden door de informatie echt te ‘horen’ door te zoeken op bepaalde antwoorden en door met de geïnterviewde de data te produceren (Mortelmans 2009). Met een interview kan kennis gevormd worden, doordat het mogelijk is om te ‘graven’ door het stellen van vragen. Met een vragenprotocol staan de interviewvragen van te voren vast. Dit zorgt ervoor dat iedere apotheker in de basis dezelfde vragen kreeg, waardoor de juiste aspecten met elkaar vergeleken konden worden en er zodoende generieke uitspraken konden worden gedaan over de wijze waarop zij aankijken tegen gedeelde medicatiedossiers en hun marktpositie (White 2008). Toch kreeg de apotheker de mogelijkheid om zelf zijn verhaal te vertellen en de onderzoeker kreeg de mogelijkheid om verder door te vragen op onderwerpen die interessant zijn voor het onderzoek (Mortelmans 2009). Het vragenprotocol is opgesteld aan de hand van de deelvragen en het theoretisch kader. Het vragenprotocol is bijgevoegd is bijlage 2.

De apothekers kregen de onderwerpen een week van tevoren toegestuurd, om ervoor te zorgen dat zij zich konden voorbereiden. Zo bleef er geen informatie liggen, omdat ze door de vragen overvallen worden. Omdat AORTA op het moment van onderzoek niet werkzaam was, konden de apothekers niet beschikken over een aansluiting. De interviews werden afgenomen in de praktijk van de apotheker. De apotheker voelt zich op die plek thuis en had de mogelijkheid om zijn verhaal te illustreren met praktische voorbeelden. In zo’n praktijk lopen ook andere apothekers, werknemers en patiënten rond. Om terughoudendheid van de respondent en het ‘lekken’ van informatie naar anderen te voorkomen, vond het interview idealiter plaats in een afgesloten ruimte (Mortelmans 2009).

Er zijn in totaal tien apothekers geïnterviewd. Daarnaast is een medewerker van de KNMP geïnterviewd, omdat deze met een onafhankelijke visie naar de markt van apothekers kijkt, maar het landelijk EPD wel hoge prioriteit geeft. Het aantal interviews was afhankelijk van of er nog nieuwe, relevante informatie naar voren kwam en dit was uiteindelijk niet meer het geval. In verband met de korte tijd voor dit onderzoek was het bovendien niet mogelijk om meer apothekers te interviewen. Volgens Collier (1993) is dit aantal genoeg om valide resultaten in de vergelijking op te leveren. Stoop et al. (2007) maakten gebruik van semigestructureerde interviews met 12 apothekers die OZIS gebruikten. Hun vragen richtte zich destijds op de ervaringen en het gebruik van OZIS in de dagelijkse werkpraktijk van de individuele apotheker en in relatie tot de samenwerking met andere apothekers. Deze vragen vormden de basis voor een enquête die aan een grote groep (n=485) apothekers werd verstuurd. Daarnaast hielden Stoop et al. (2007) semigestructureerde interviews met acht key stakeholders rondom de OZIS-infrastructuur om duidelijk te krijgen waarom OZIS werd toegepast in zo’n concurrerende omgeving.

De vragen waar Stoop et al. (2007) zich destijds op richtten worden nu wederom gesteld, alleen worden de interviews nu niet gebruikt om een enquête op te stellen. Dit is ook niet nodig omdat dit onderzoek zich niet richt op het aantal apothekers die gebruik maken van de landelijke AORTA-infrastructuur. Dit betekent wel dat bij de interviews nog gerichter doorgevraagd moet worden op ervaringen en tussen de regels door gezocht moet worden naar onderliggende overtuigingen. Omdat het aantal respondenten beperkt is zullen de conclusies een meer voorlopig karakter hebben dan met kwantitatief onderzoek (White 2008). Dit is mogelijk omdat het hoofddoel van dit onderzoek gericht is op het verkrijgen van inzicht en niet op generaliseren van uitspraken. Stoop et al. (2007) onderzochten niet wat er te leren valt op het gebied van implementatie van dit soort dossiers. Door vanuit de theorie gerichte vragen te stellen en de antwoorden met de theorie te vergelijken kon een bijdrage worden geleverd aan een vorming van implementatietheorie binnen het sociaal-technisch perspectief.

De interviews werden opgenomen met een memorecorder, waarmee het interview later is teruggeluisterd. Hierdoor had de onderzoeker de mogelijkheid om de volledige aandacht op het gesprek en de non-verbale communicatie te richten (Mortelmans 2009). De apotheker kon wantrouwend zijn in het gebruik van een memorecorder in verband met privacy. Om hem hierop voor te bereiden kreeg hij vooraf één a4 met daarop een kort overzicht van dit onderzoek, inclusief de methode. Voor aanvang van het interview besprak de onderzoeker nog een keer de reden van het gebruik van de memorecorder. Ook werd benadrukt dat er geen namen, plaatsen en herleidbare werkwijzen in de interviewuitwerking zou komen.

 Ondanks deze maatregelen kon de apotheker weigeren om deel te nemen aan een interview. Als dit gebeurde werd er een andere apotheker gezocht die wel bereid was om deel te nemen. Ook kon de apotheker weigeren om open te spreken over concurrentieoverwegingen. Om hierop te anticiperen werd vooraf nog eens gevraagd of dit onderwerp een bezwaar vormde om over te spreken.

## 3.3 Documenten

De te gebruiken documenten voor dit onderzoek waren brieven, verslagen van vergaderingen, rapporten, beleidsplannen, nieuwsberichten, onderzoeken en documenten waarop een visie beschreven stond. Deze diende als achtergrondinformatie, waar tijdens de interviews op doorgevraagd kon worden. Ook zijn de documenten gebruikt ter controle, bevestiging en ontkenning van hetgeen uit de literatuurstudie en de interviews naar voren kwam. De gebruikte documenten waren openbaar. Apothekers beschikte zelf niet over (niet-openbare) documenten.

## 3.4 Data-analyse

De interviews werden opgenomen en later uitgetypt, om zo geen belangrijke informatie verloren te laten gaan. Aan de hand van de deelvragen en het theoretisch kader zijn de interviews gesloten gecodeerd (Mortelmans 2009). De belangrijkste deelaspecten hierbij waren concurrentie en het delen van informatie via een infrastructuur. Omdat het hier een vergelijking betreft met het onderzoek van Stoop et al. (2007) werden ook de concepten uit dat onderzoek gebruikt om deze te kunnen vergelijken met de resultaten van dit onderzoek. De deelaspecten die hier bij vergeleken werden zijn context, belangen, voor- en nadelen van een gedeeld medicatiedossier, samenwerking, informatiedeling en concurrentie. Door hierna nog een keer open te coderen bleef de visie van de onderzoeker breder dan alleen het theoretisch kader en kon er relevante informatie worden toegevoegd (Mortelmans 2009). In bijlage 3 zijn de thema’s en codewoorden opgenomen.

Bij de documentenanalyse werd rekening gehouden met het feit dat deze geen letterlijke beschrijving van de realiteit hoeven te zijn. Ook werd het perspectief van de auteur hierin meegenomen, bijvoorbeeld als een apotheker een negatieve attitude heeft ten aanzien van gedeelde medicatiedossiers. De documenten werden ook geanalyseerd door open en gesloten te coderen (Ibid.).

Bij de data-analyse werd gekeken naar overeenkomsten, verschillende en andere opvallende zaken die bij de interviews en in de documenten naar voren kwamen. Door open en gesloten te coderen werd uiteindelijk gezocht naar centrale thema’s die een antwoord moesten geven op de deelvragen (Ibid.). De deelvragen werden afzonderlijk beantwoord, waarna een antwoord gegeven kon worden op de probleemstelling. Dit leidde tot een aantal conclusies die vergeleken werden met de conclusies van Stoop et al. (2007). Dit werd gedaan door eerst de verschillende en overeenkomstige belangen van de apothekers bij een landelijk gedeeld medicatiedossier vast te stellen. Vervolgens werden de ervaren voor- en nadelen van een landelijk gedeeld medicatiedossier op een rij gezet en vergelijken met die van een regionaal gedeeld medicatiedossier. Hierna werd een vergelijking gemaakt over hoe openbare apothekers nu aankijken tegen de samenwerking met andere apothekers, omdat er zo’n zeven jaar geleden weinig vertrouwen in deze samenwerking was. Op deze manier werd inzicht verkregen in de overeenkomsten en verschillen tussen hoe apothekers aankijken tegen gedeelde medicatiedossiers op verschillende niveaus in hun marktpositie.

Een probleem bij deze vergelijking had kunnen zijn dat bepaalde woorden uit het onderzoek van Stoop et al. (2007) anders gebruikt worden dan in dit onderzoek. Daarom was een letterlijke vergelijking van woorden niet altijd even geschikt (White 2008). Op dit punt was de interpretatie van de onderzoeker belangrijk om na te gaan wat er precies bedoeld werd en of er een vergelijking kon worden gemaakt.

## 3.5 Validiteit

Validiteit wil zeggen dat de onderzoeker met zijn onderzoeksinstrument meet, wat hij zegt te meten (interne validiteit)(Mortelmans 2009). Het gaat hierbij om de juistheid van de informatie die gevormd wordt. Dat dit onderzoek vergeleken werd met een eerder onderzoek kon ervoor zorgen dat de onderzoeker al met een vooroordeel begon (White 2008). Om aannames op basis van bevooroordeeldheid te voorkomen, was het nodig de interne validiteit te verhogen. Dit gebeurde met een kritische reflectie over de positie van de onderzoeker in relatie tot het onderzoek. De eigen opvattingen van de onderzoeker werden zo duidelijk, samen met de rol die deze opvattingen hebben gespeeld tijdens het onderzoek. Ook werd er diepgang in de dataverzameling bereikt door tijdens de interviews niet aan de oppervlakte te blijven hangen, maar ook tussen de regels door de informatie op te pikken en uit te vragen. De nadruk kwam niet te liggen op de groep apothekers als geheel, maar op de visies en ervaringen van de individuele apotheker. De verwachting was dat apothekers terughoudend zouden zijn met het delen van hun informatie in een interview, dus het doorvragen op deze gebieden vereiste de nodige aandacht. De openheid werd verbeterd door rekening te houden met de ethische aspecten van het onderzoek, zoals geheimhouding en respect voor de geïnterviewde.

Een andere manier waarop de interne validiteit werd verhoogd was door een membercheck (Mortelmans 2009). De apothekers kregen de resultaten van de data-analyse te zien en konden hier feedback op geven. Naast de controlefunctie gaf dit ook de mogelijkheid om de resultaten eventueel nog wat aan te passen. Tot slot werd in dit onderzoek gebruik gemaakt van twee vormen van triangulatie. De eerste vorm was data triangulatie, waarbij naast een literatuurstudie gebruik gemaakt werd van interviews en documenten . Eventuele inconsistenties tussen de verschillende soorten data werden verder onderzocht. De tweede vorm was onderzoeker triangulatie. De data werd voorgelegd aan een tweede onderzoeker om te analyseren. De beide resultaten werden met elkaar vergeleken en er werd nagegaan waar de verschillen vandaan kwamen (Ibid.).

## 3.6 Betrouwbaarheid

Een onderzoek moet betrouwbaar zijn om valide resultaten te kunnen krijgen, want een resultaat wat niet betrouwbaar is kan nooit valide zijn (Mortelmans 2009). Binnen kwalitatief onderzoek is de externe betrouwbaarheid een punt van discussie, omdat dit inhoudt dat de informatie reproduceerbaar moet zijn. Maar juist in kwalitatief onderzoek wordt ervan uitgegaan dat de sociale realiteit (en hiermee het onderzoeksonderwerp) steeds verandert en ontwikkelt. De externe betrouwbaarheid werd wel verhoogd door aan het einde van het onderzoek een kritische reflectie te geven over de positie van de onderzoeker in relatie tot het onderzoek. Een andere manier om de externe betrouwbaarheid te verhogen was door duidelijkheid te geven over het verloop van het onderzoek, samen met de genomen beslissingen en moeilijkheden die zich voordeden. Hiervoor werd een dagboek bijgehouden waarin bijzonderheden ten aanzien van het onderzoek werden genoteerd. Hierdoor was deze reflectie niet alleen gebaseerd op het geheugen van de onderzoeker.

Het was ook mogelijk om de interne betrouwbaarheid te verhogen (Ibid.). In de eerste plaats kregen de apothekers het resultaten van de data-analyse toegestuurd. Zij konden de resultaten nalezen, controleren en voorzien van feedback. In de tweede plaats werd het onderzoeksvoorstel en de scriptie gelezen en beoordeeld door een begeleider en twee meelezers, die ook rekening hielden met de betrouwbaarheid van het onderzoek.

## 3.7 Generaliseerbaarheid

Generaliseerbaarheid is ook wel te omschrijven als de externe validiteit. Dit wil zeggen dat het mogelijk moet zijn om op basis van de resultaten van het onderzoek, algemene uitspraken te doen over de gehele populatie waar de steekproef van respondenten onderdeel van uit maakt (Mortelmans 2009). De generaliseerbaarheid werd verhoogd door de methode ‘thick description’. Door een gestructureerde en uitgebreide beschrijving te geven van de gegevens, wordt de overdraagbaarheid naar andere onderzoekers mogelijk. Ook werd de generaliseerbaarheid verhoogd door in de resultaten te zoeken naar generieke informatie, dus kenmerken die door meerdere apothekers gedeeld worden. Om dit te bereiken werden vooral respondenten uit het apothekersveld geïnterviewd en geen andere stakeholders die bij AORTA betrokken zijn, zoals Stoop et al. (2007) dat wel met OZIS deden.

## 3.8 Ethische overwegingen

Apothekers hebben veel onderlinge concurrentie in hun werkveld. Zij zitten er dus niet op te wachten om informatie met hun concurrenten te delen, vooral niet waar het gaat om hun werkwijzen. De onderzoeker heeft zich gehouden aan een geheimhoudingsplicht, wat inhoudt dat er respectvol werd omgegaan met de privacygevoelige informatie van de apothekers. Zowel op de memorecorder, als in de scriptie werd geen informatie genoemd die herleidbaar is naar een bepaalde apotheker (geen namen, plaatsen en herleidbare werkwijzen). De documenten konden anoniem gemaakt worden, zodat er geen informatie naar de auteur zou leiden, indien het niet-openbare documenten betrof. De apothekers gaven van tevoren toestemming voor het interview. Deze toestemming was gebaseerd op een onderzoeksoverzicht van één A4, waarop de meest belangrijke informatie van het onderzoek en de geheimhoudingsplicht beschreven stond.

# Hoofdstuk 4: Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek beschreven aan de hand van de thema’s die bij de interviews besproken zijn en aan de hand van documenten. In de eerste paragraaf zal de centrale positie van de patiënt in het farmaceutische zorgverleningsproces aan bod komen, gevolgd door een paragraaf over de meerwaarde van een (gedeeld) medicatiedossier voor de kwaliteit van zorg. Hierna zal beschreven worden welke krachten van invloed zijn op de zelfstandige openbare apotheker. Deze drie paragrafen vormen de basis voor een vergelijking met het onderzoek van Stoop et al. (2007). Deze vergelijking zal in de conclusie en discussie aan bod komen. Tot slot zal een paragraaf worden gewijd aan de implementatie en de ontwikkeling van weerstand zoals apothekers die bij AORTA hebben ervaren en de lessen die hieruit te halen zijn.

## 4.1 Patiënt centraal

De openbare apotheken zijn te verdelen in een aantal groepen. De eerste groep is de ketenapotheek. Deze wordt vanaf een centraal punt aangestuurd en de apotheken bevinden zich op verschillende locaties in Nederland. De apothekers die bij deze locaties werkzaam zijn, zijn in loondienst en volgens de geïnterviewde apothekers moeten zij een centraal bepaald beleid volgen. De tweede groep is de zelfstandige apotheker, die niet in loondienst is maar een onderneming drijft. Tussen deze twee groepen is een aantal overeenkomsten en verschillen te benoemen, die de mogelijkheden aangeven om de patiënt centraal te stellen in de zorgverlening. Apothekers zeggen het namelijk belangrijk te vinden om in hun dienstverlening de patiënt centraal te stellen.

*Overeenkomsten*

De laatste jaren hebben de apothekers een verschuiving ervaren in hun werkzaamheden. Van alleen de logistieke aanlevering van medicatie is de apotheker nu meer verantwoordelijk voor de hele farmaceutische zorgverlening. Dit houdt in dat er bij het leveren van medicatie voorlichting wordt gegeven die zou moeten aansluiten bij de behoefte van de patiënt. De wijze waarop deze voorlichting plaatsvindt, is per apotheker verschillend van een opsomming uit de bijsluiter tot aan interactieve instructie met de patiënt. Hiervoor is volgens hen niet alleen kennis nodig van de medicatie, maar ook van de achterliggende aandoeningen. Een voorbeeld hiervan is een patiënt met reuma die moeite heeft om een doosje open te maken en kleine tabletjes uit een strip te duwen. De geïnterviewde apothekers ervaren de verschuiving in hun werk als een positieve ontwikkeling omdat zij hun expertise breder kunnen inzetten en dit het werk uitdaging geeft. Bovendien zien zij een positieve invloed hiervan op de ervaringen en de therapietrouw van de patiënt. Een van de geïnterviewde apothekers zei:

Patiënttevredenheid, klanttevredenheid dat moet je hebben anders heb je geen bestaansrecht en waar ze dat deden was vaak ook therapietrouw hoger.

Een aantal apothekers haalt aan dat de patiënt de belangrijkste factor is bij de therapietrouw en dus zelf een grote verantwoordelijkheid draagt. Dit geldt niet alleen voor het innemen van de medicatie, maar ook voor de informatie die hij aan de apotheker en andere zorgaanbieders verstrekt. Het geven van voorlichting is tegenwoordig geen vrijwillige keuze meer. Ook de wetgeving bepaalt dat dit verplicht is bij de eerste keer dat de patiënt bepaalde medicatie gaat gebruiken. Openbare apothekers vragen zich dan ook af hoe thuisapotheken dit doen, omdat deze niet over een balie beschikken waar patiënten terecht kunnen. Deze voorlichting zal dan per telefoon plaatsvinden en dit vinden openbare apothekers geen goede kwaliteitsverbetering omdat dan niet in de gaten gehouden kan worden of de patiënt het begrijpt en of de medicatie op de juiste wijze wordt gehanteerd.

 De logistieke dienstverlening komt bij alle geïnterviewde apothekers overeen. Zij beschikken allen over een balie waar medicijnen opgehaald kunnen worden. Er zijn apotheken die de medicatie, indien gewenst, bij bepaalde patiënten thuis bezorgen. Dit gebeurt vooral bij patiënten met een chronische ziekte die veel medicatie gebruiken. Voor deze patiënten wordt het steeds eenvoudiger om aan hun medicatie te komen omdat zij niet naar de apotheek hoeven te komen en zij de medicatie in zogenoemde weekrollen aangeleverd krijgen. De medicatie zit verpakt in een zakje waarop staat op welke datum en op welk tijdstip deze ingenomen moet worden. Zeker voor de patiënt met een chronische ziekte die veel medicatie gebruikt vinden apothekers dit een wenselijke ontwikkeling.

Dat de verschuiving in de werkzaamheden van de apothekers plaatsvindt komt ook doordat zij het financieel niet meer redden met alleen het afleveren van de medicatie en het is een manier om het werk aantrekkelijker te maken. De zorgverzekeraar speelt bij deze verschuiving een belangrijke rol. Een van de apothekers zei:

Kijk, logistiek kun je het op een gegeven moment niet meer winnen. Want dan zijn er mensen die het nog voor een paar centen minder doen en steeds verder. Op een gegeven moment kom je daar niet verder mee. En het is ook zo dat de verzekeraars, de zorgverzekeraars, eigenlijk niet meer willen betalen voor de logistiek maar voor de zorg. Dus dan krijg je een hele verschuiving daar in.

Dat de zorgverzekeraars niet meer alleen voor de logistiek willen betalen wordt duidelijk door de afspraken die met de Nza zijn gemaakt. Er is bepaald dat de vergoeding plaatsvindt op basis van een prestatiebekostiging, om de prijs/kwaliteitverhouding voor de patiënt te verbeteren. De geïnterviewde apothekers vinden het een goede ontwikkeling dat de zorgprestaties nu meer centraal staan in plaats van de logistiek en ook de KNMP staat achter deze afspraken. De apothekers ervaren echter dat zij nauwelijks enige invloed kunnen uitoefenen op deze afspraken en zij zich verplicht voelen om de contracten te tekenen. De KNMP benadrukt wel dat het voor zorgverzekeraars ook nieuw is en het lastig is om kwaliteit in te kopen.

Een laatste overeenkomst die de openbare apothekers ervaren is dat zij zich bezighouden met het verbeteren van de farmaceutische zorg. De ene apotheker doet dit door regelmatig bijeenkomsten te organiseren met andere apothekers en huisartsen, waarbij één onderwerp centraal staat (farmacotherapeutisch overleg). De andere apotheker doet dit door iedere maand een keer kritisch naar de medicatie van een bepaalde groep patiënten te kijken en door het nemen van steekproeven.

*Verschillen*

Naast deze overeenkomsten in de openbare apotheek ervaren de geïnterviewde apothekers een aantal verschillen. De zelfstandige apothekers kunnen binnen bepaalde kaders hun eigen beleid bepalen en hierdoor denken zij mogelijkheden te hebben om service- en klantgerichter te kunnen werken dan ketenapothekers. Dit blijkt onder andere uit de mogelijkheid die zij hebben om een recept dezelfde dag nog te kunnen leveren, als deze niet op voorraad ligt. Volgens de openbare apothekers worden bij een ketenapotheek de medicijnen op een centrale plaats bereid en duurt het vaak een dag voordat de betreffende apotheek van deze medicijnen voorzien wordt. Ook zou er bij een openbare apotheek meer sprake zijn van persoonlijk contact met de patiënt en met de huisarts, door de continuïteit van apothekers. Bij een keten wisselen de apothekers om de zoveel tijd en dit zou ervoor kunnen zorgen dat de patiënt en de huisarts nauwelijks tot geen relatie kunnen opbouwen met de betreffende apotheker. Deze relatie ervaren de apothekers als een belangrijke meerwaarde van hun positie in de markt. Een van de geïnterviewde apothekers zei:

Het gaat ook om een stukje maatwerk, de huisarts kent de patiënt, wij zien de patiënt, er zit toch vaak nog een stukje emotie bij sommige onderwerpen bij een patiënt als ze het komen halen. En dan vinden ze het toch wel prettig dat er persoonlijk contact is en er even tijd is voor ze.

Zelfstandige apothekers zeggen de klanten niet alleen te kennen van een ziekenhuisopname of vanwege een bepaald medicijn, maar omdat zij jarenlang contact met de klanten hebben. Het opbouwen van deze relatie duurt lang, maar de apothekers vinden wel dat zij hierdoor in staat zijn om de patiënt beter te helpen, onder andere doordat de patiënt ook vertrouwelijke informatie deelt en het verleden bepalend kan zijn voor de uit te geven medicijnen. Deze mogelijkheid is er niet als een apotheker, zoals bij een keten, na twee jaar weer vertrekt.

Een ander verschil tussen ketenapothekers en zelfstandige apothekers is dat de laatste een bedrijf runnen, wat inhoudt dat zij zelf de medewerkers moeten financieren, zelf financieel beleid voeren en zelf personeelsproblematieken moeten oplossen. Bij ketenapotheken worden dit soort zaken allemaal centraal geregeld door een backoffice, waardoor de beherend apotheker hier minder omkijken naar heeft. Enerzijds zou dit kosten efficiënter moeten werken, maar al deze afdelingen moeten wel gefinancierd worden (overheadkosten). Zelfstandigen zouden er ook voor kunnen kiezen om dit soort zaken uit te besteden of zich aan te sluiten bij een formule. Hier hangt wel een prijskaartje aan en dit resulteert in minder vrijheid bij het voeren van een eigen beleid. Volgens de geïnterviewde apothekers heeft een apotheker in een keten minder autonomie, waardoor zij denken dat afstemming op de wensen en behoeftes van de patiënt minder flexibel gaat.

 Bij een ketenapotheek is het volume aan patiënten vele malen hoger, waardoor de mogelijkheid bestaat om met de zorgverzekeraar om de tafel te kunnen zitten om te overleggen/onderhandelen. Op deze manier kunnen zij inspringen op de wensen en behoeftes van een grote groep patiënten. Zo is het ook eenvoudiger om een bepaald kwaliteitsbeleid voor in de ketenapotheken te voeren. Een programmamanager van de KNMP benadrukt dit:

(…)je kunt voor 200 vestigingen in een keer dingen veranderen, en je kunt makkelijker zelf cursussen organiseren voor je medewerkers, je kunt op centraal niveau dingen uit handen nemen wat niet in de apotheek hoeft. Dus daar zou je de omslag naar meer zorgverlenerschap in theorie makkelijker kunnen maken.

Aan de andere kant worden, volgens de visie van de KNMP, de uiterste grenzen en marges nu zo ver opgezocht om goede afspraken te kunnen maken met zorgverzekeraars, dat er geen geld meer overblijft voor het verbeteren van de apotheekzorg. Dit zou overigens ook voor de zelfstandige apotheker kunnen gelden.

## 4.2 Kwaliteit van zorg

In deze paragraaf zal eerst beschreven worden hoe een medicatiedossier een bijdrage kan leveren aan de kwaliteit van zorg. Volgens de geïnterviewde apothekers is dit de belangrijkste reden om informatie te delen en het medicatiedossier speelt hierin een belangrijke rol. Daarna zal beschreven worden op welke wijze apothekers informatie delen om hun doel als zorgaanbieder te bereiken. Tot slot zal beschreven worden waarom apothekers voor een deel het vertrouwen in AORTA missen.

*Medicatiedossier*

De geïnterviewde apothekers vinden de huidige medicatie-informatie over de patiënten voldoende om hun werk te kunnen doen. Informatie over de ziektegeschiedenis is te vinden in het dossier van de huisarts en dit hoeft voor de apothekers niet per se in hun systeem te komen staan. Standaarden voor de overdracht van informatie wordt door de apothekers niet genoemd, maar wel dat zij volgens de WGBO een geheimhoudingsplicht hebben en dus hun informatie helemaal niet hoeven te delen met andere zorgaanbieders.

 Het Apotheek Informatie Systeem (AIS) wordt door de apothekers continu en bij iedere patiënt gebruikt om recepten te controleren aan de hand van historische gegevens, maar ook om declaraties in te dienen bij de zorgverzekeraar, om recepten te verwerken en om patiëntenbrieven mee te maken. De uitgebreidheid van systeemmogelijkheden is per apotheek nogal verschillend. Sommige systemen geven de mogelijkheid om naast het medicatiedossier nog meer informatie van de patiënt vast te leggen. Op deze manier kan de apotheker wel de ziektegeschiedenis zien. Daar waar de systemen deze mogelijkheid niet geven, kan de apotheker een aanname doen over de reden waarom een patiënt een bepaald medicijn gebruikt. Pas als er communicatie met de patiënt of de huisarts hierover geweest is, komt deze informatie in het EPD te staan. Dit vinden de apothekers een nadeel en in die gevallen zouden ze liever wat meer informatie hebben. Ze proberen daarom op andere wijzen aan deze informatie te komen, bijvoorbeeld door een nieuw recept aan te maken en daar informatie over een aandoening te vermelden. Er zijn afspraken met huisartsen dat zij op het recept de aandoening noteren, maar uit ervaring blijkt dat nog niet alle huisartsen hier even consequent in zijn, waardoor de apothekers het uiteindelijk als hun verantwoording ervaren om de missende informatie boven water te krijgen. Sommige informatie die wel belangrijk is, zoals de laboratoriumwaarden van het bloed met betrekking tot de werking van de nieren, missen de apothekers wel, maar dit nemen zij voor lief. De hoop is dan dat in de toekomst wel een koppeling met het laboratoriumsysteem gemaakt kan worden.

Er zijn systemen die zelf een actieve rol spelen in de informatievoorziening en bij de medicatieveiligheid. Op het moment dat een apotheker een recept invoert (bijvoorbeeld pantoprazol) dan kan het systeem vragen naar de bijbehorende aandoening (reflux). Zo kan het systeem ook controleren of een bepaald medicijn wel past bij andere medicijnen, allergieën of contra-indicaties van de patiënt. Ondanks dat apothekers dit een handige mogelijkheid vinden, zijn er een aantal huiverig voor. Zij zijn bang dat apothekers op deze manier alleen nog maar vertrouwen op zo’n systeem en dan zelf geen controlefunctie meer op zich nemen.

Tot slot kan zo’n systeem een meer of minder actieve rol spelen in de informatiedeling. Dit varieert van een terugkoppeling naar de huisarts tot en met een aansluiting op het OZIS en AORTA waarbij informatie met verschillende zorgaanbieders gedeeld kan worden. De beperkingen of mogelijkheden hiervan worden vaak niet veroorzaakt door de techniek, maar door de wensen en behoeftes van de apotheker zelf. Zij zeggen allemaal dat het delen van informatie de zorg ten goede komt, maar deze wensen en behoeftes zorgen er niet voor dat alle apothekers een aansluiting aan OZIS of AORTA hadden. Een van de apothekers gaf het stellen van prioriteiten als reden:

Kijk, je moet er zo gigantisch veel tijd in stoppen en energie in stoppen om dat goed te laten lopen. Terwijl je eigenlijk als zelfstandig ondernemer graag diezelfde energie... het gevoel hebt dat je met diezelfde energie andere mensen veel beter en veel meer zou kunnen helpen. Terwijl, en dat frustreert je als zelfstandig ondernemer, het is prima dat ze iets afspreken, maar laat ze dat voor iedereen laten gelden.

De wensen en behoeftes van de apothekers bepalen tegelijkertijd ook de mogelijkheid om informatie over de patiënt te krijgen van huisartsen, specialisten of andere apothekers. Een enkele apotheek heeft een koppeling met het systeem van de huisarts, waardoor die informatie doorgestuurd kan worden naar het AIS. Desondanks vullen nagenoeg alle geïnterviewde apothekers handmatig de patiënteninformatie in op basis van wat de patiënt hen verteld. De patiënt wordt hiermee voor een deel verantwoordelijk voor zijn eigen farmaceutische zorgverlening en dossier. Een van de apothekers zei:

Wat met name belangrijk is bij patiëntendossier, wat doet de patiënt ernaast? Want er zijn inmiddels dusdanig veel middelen die niet meer via de apotheek gaan, maar die wel degelijk essentieel zijn om bepaalde bijwerkingen te kunnen verklaren en dan moet je even doorvragen.

Dit probleem is niet met een computersysteem te ondervangen, waardoor de apotheker afhankelijk blijft van de informatie die de patiënt hem levert.

Apothekers kunnen geen eenduidig antwoord op geven op de vraag wie verantwoordelijk is voor het dossier. Een aantal apothekers is van mening dat het dossier van alle zorgaanbieders is, terwijl er ook apothekers zijn die de volledige verantwoordelijkheid van het dossier bij de patiënt willen leggen en zichzelf alleen als dossierhouder zien. De KNMP en de wetgeving zijn hierover wel duidelijk. Het dossier is van niemand. Alle zorgaanbieders hebben de plicht om een dossier bij te houden, maar de patiënt heeft rechten ten aanzien van dit dossier. De patiënt is dus een belangrijke schakel in de informatievoorziening naar de apotheker toe en dit is volgens de geïnterviewde apothekers de oorzaak voor de angst die zij hebben voor schijnveiligheid van ophalen van medicatiegegevens van een andere bron dan de patiënt.

*Delen van informatie*

Er zijn geen apothekers geïnterviewd die met geen enkele andere zorgaanbieder informatie delen en allen zijn zij van mening dat het delen van informatie de kwaliteit van de farmacotherapie ten goede komt. Ook zijn zij van mening dat de patiëntveiligheid de enige reden is om informatie met andere zorgaanbieders te delen. Op het moment dat de patiënt bij de apotheker komt, heeft hij (door het delen van informatie) meer informatie om te controleren of een patiënt een medicijn verantwoord kan gebruiken. Andere voordelen van informatie delen via een gedeeld medicatiedossier worden niet genoemd als reden om informatie te delen. Het belang van de patiënt staat voorop en apothekers zijn zelfs bereid om hiervoor te betalen. Het bedrag wat ervoor betaald moet worden kent echter wel een limiet om het acceptabel te houden. De 1660 euro die betaald moest worden voor een aansluiting aan AORTA vonden een aantal apothekers wel een reden (in combinatie met de ervaren barrières en nadelen) om niet te investeren, terwijl er ook apothekers zijn die dit maar een klein bedrag vinden. Zeker bij de dienstwaarneemapotheken of als patiënten over gaan naar een andere apotheek wordt het delen van informatie, omwille van de patiëntveiligheid, als meerwaarde ervaren. Er worden voorbeelden genoemd van apotheken die zij weigeren de gevraagde medicatie mee te geven omdat de historie van de patiënt niet bekend was.

De wijze waarop de informatie wordt gedeeld is per apotheker verschillend. De meest gebruikte methode is via het versturen van een fax of per telefoon. Het gaat hier dan om het faxen of meegeven van een medicatielijst naar de dienstwaarneemapotheek en van de gestarte behandeling vanuit de dienstwaarneemapotheek. De apotheker heeft de keuze uit het delen van informatie op verschillende niveaus. De eerste mogelijkheid is het delen en uitwisselen van informatie met de huisarts. Dit is de meest voorkomende variant, waarbij apothekers en huisartsen met elkaar overleggen over de gewenste farmacotherapie. Soms is er een koppeling tussen de beide informatiesystemen aanwezig die deze uitwisseling mogelijk maakt. Het uitwisselen van informatie op deze manier werkt volgens de apothekers nog steeds goed en volgens hen vinden de huisartsen het prettig om zo nu en dan eens te overleggen of binnen te stappen. De noodzaak om op een andere manier informatie te delen (bijvoorbeeld via een systeem) neemt hierdoor af.

De tweede mogelijkheid is het delen van informatie met een cluster van apothekers (en huisartsen). Dit kan een cluster zijn van twee apothekers die bij dezelfde eigenaar horen, tot een cluster in een dorp of stad met apothekers van verschillende eigenaren. De derde mogelijkheid om informatie met andere apothekers te delen is via het regionale OZIS. Het OZIS wordt alleen gebruikt voor de dienstwaarneming. Een enkele apotheker beschikt zelf over een dienstwaarneemapotheek, waarmee hij ruimere openingstijden hanteert. Hierdoor komen er patiënten bij hem die normaal gesproken naar een andere apotheek gaan voor hun medicatie. Voor deze momenten wordt gebruik gemaakt van OZIS om informatie over die patiënten op te zoeken in de systemen van de betreffende apotheken waar die patiënten bekend zijn. Die betreffende apotheker kan dan zien dat er informatie over ‘zijn’ patiënten is opgevraagd en welke behandeling is ingezet. De meeste van de geïnterviewde apothekers zijn aangesloten bij een georganiseerde dienstwaarneemapotheek. Dit houdt in dat een aantal apothekers uit de regio een samenwerkingsverband (coöperatie) aangaan om een apotheek buiten kantooruren beschikbaar te hebben. De aangesloten apothekers betalen hiervoor contributie en doen zo nu en dan een keer een dienst als achterwacht.

 Een nadeel van OZIS is dat de aangesloten apothekers, die hun AIS beschikbaar hebben gesteld, verschillende systemen gebruiken waardoor de koppeling technisch niet altijd even goed is. Het systeem sluit dan niet goed aan bij de werkpraktijk van de apotheker. Een van de apothekers zei:

(…)Daar zijn altijd problemen mee met de OZIS-ring, gaat dan niet helemaal goed, maar het zou moeten ja. Die OZIS-ring zou dat aan moeten kunnen. Maar dat ligt er dan weer aan welke systeem de desbetreffende apotheek heeft.

Het zou voor de geïnterviewde apothekers wenselijk zijn als er een systeem komt die wel een koppeling met alle apotheek informatiesystemen kan maken, zodat zij bij de noodzakelijke informatie kunnen.

Een ander nadeel van OZIS is dat de dienstwaarneemapotheek alleen medicatie- informatie kan opvragen en geen andere informatie, zoals laboratoriumwaarden. Hier zijn wel trucjes voor, bijvoorbeeld door een recept aan te maken en hierop de noodzakelijke informatie te plaatsen, maar ideaal is dit niet. Tot slot had een apotheker de keuze om de informatie uit het AIS te delen via AORTA. Apothekers gebruikten AORTA omdat besloten werd dat OZIS zou stoppen en er toch een alternatief moest zijn voor de patiëntveiligheid. Bovendien is OZIS verouderd en heeft het nogal wat beperkingen.

*Wantrouwen AORTA*

Voor de apothekers hoeft het delen van informatie niet per se op landelijk niveau te gebeuren. Apothekers hebben namelijk geen belang bij een landelijk schakelpunt omdat zij nauwelijks patiënten van buiten de regio in hun apotheek krijgen. Bovendien werken apothekers nu met een systeem (of dit nu met de computer gaat of per fax of telefoon) wat voor hen goed werkt, dus is er geen reden om flink te gaan betalen en over te stappen naar een systeem wat nog niet goed werkt. De KNMP erkent dit ook:

Maar tegelijkertijd is er nu een enorme crisis in de sector, omdat het min 10% aan inkomsten is, er is geen concreet vooruitzicht dat er meer informatie wordt uitgewisseld, en partijen zeggen "laat ons maar lekker met OZIS doormodderen, want ja, dit gaat ons te veel tijd en geld kosten".

Dat dit belang nu niet aanwezig is, wordt nog versterkt doordat de apotheker zelf geen voordelen uit AORTA kan halen. Uiteindelijk zal een EPD moeten leiden tot minder fouten met minder ziekenhuisopnames als gevolg. Dit kostenvoordeel komt echter niet ten gunste van de apotheker, maar gaat naar de zorgverzekeraar, terwijl de apotheker ervoor betaalt. De geïnterviewde apothekers vinden dit oneerlijk en zien niet in waarom zij de moeite voor de aansluiting dan zouden moeten nemen, zeker niet als AORTA nog niet goed werkt.

 AORTA kende zelf een aantal problemen, waardoor het wantrouwen van apotheker toenam. Informatie moest regelmatig ge-upload worden en dit werd niet door alle apothekers even nauwkeurig gedaan. De geïnterviewde apothekers konden op deze manier niet vertrouwen op de informatie die in het systeem te vinden was en stopten op een gegeven moment helemaal met het raadplegen van het LSP. Het systeem werkte niet eenvoudig, waardoor ook de apothekersassistenten uitgebreid moesten worden geïnstrueerd. Het kostte te veel tijd om de informatie uit alle systemen met elkaar te combineren, zeker omdat de koppeling tussen het LSP en de systemen van apothekers niet altijd even probleemloos verliep. De voorkeur ging dan uit naar het uitvragen van de patiënt. Volgens de apothekers zat hier de tijdswinst in en was de informatie van de patiënt betrouwbaarder en dus veiliger.

Het delen van informatie heeft ook nadelen als gevolg. De veiligheid van het systeem wordt nogal in twijfel gebracht, want het blijft een computersysteem waarbij de communicatie over een dun lijntje gaat. Hierdoor komt de privacy van de patiënt in gevaar en de apothekers merkten hierin bij de patiënten een bepaalde terughoudendheid. De apothekers moesten de patiënt steeds weer opnieuw het belang van informatiedeling uitleggen, wat aanzienlijk veel tijd kostte. Bovendien is de privacy een angst die destijds mede vanuit de media werd gevoed door krantenkoppen uit het Nrc als “EPD is niet goed beveiligd” en “Patiëntendossier bedreigt privacy”. Dit wordt bevestigd door een discussie in de Eerste Kamer en uiteindelijk de verwerping van de Wet op het EPD, die zorgaanbieders moest verplichten om gebruik te maken van het EPD. De tijd en de kosten die apothekers kwijt waren en de papieren administratie die kwam kijken bij het vragen van toestemming aan de patiënt, ervoeren veel apothekers als belemmerend. Van tijdsbesparing door een landelijk gedeeld dossier was in de praktijk van de apothekers geen sprake, omdat zij de overige systemen (OZIS, fax, telefoon, patiënt) ook bleven hanteren om aan informatie te komen.

 Een ander nadeel van het delen van medicatiedossiers is schijnveiligheid. Een van de apotheker vertelde:

Ik weet niet wat ik ophaal.. Ik haal iets op. maar ik weet niet wat het is. Ik weet niet wat het waard is. (…).Dat hangt er vanaf A: is die patiënt alleen maar bij apotheek X geweest of ook nog bij meerdere? B: Heeft de apotheek X alles goed geregistreerd staan, en C: het automatiseringssysteem dusdanig gelabeld dat het ook beschikbaar is.

Apothekers moeten zich ervan bewust zijn dat zij niet 100% kunnen vertrouwen op de informatie die zij vanuit een andere zorgaanbieder ontvangen. Ander zorgaanbieders kunnen slechts een deel van hun informatie beschikbaar stellen of hun informatie zelfs helemaal niet met anderen delen. Zo zijn er apothekers die alleen de medicatieoverzichten delen en geen andere informatie zoals zwangerschap en voorkeuren van de patiënt. Ook kan het zo zijn dat een patiënt niet wil dat zijn gegevens gedeeld worden met andere apothekers. Op zo’n moment moet de patiënt alsnog helemaal uitgevraagd worden en werd de meerwaarde van een gedeeld medicatiedossier als beperkt ervaren. Het ontbreken van informatie, waarbij aangenomen wordt dat het dossier compleet is, is volgens de apothekers schijnveilig. De Inspectie voor de Gezondheidszorg ondersteunt deze angst door een brief aan alle openbare- en ziekenhuisapotheken te sturen om hen hiervan bewust te maken, omdat het systeem door problemen ook meewerkt aan schijnveiligheid. Bovendien is een aantal apothekers van mening dat onduidelijk is wie er nu precies aansprakelijk is. Dat kan de apotheker zijn die die op basis van verkeerde informatie een behandeling start, maar ook de apotheker die de verkeerde informatie in het dossier heeft staan.

## 4.3 Krachtenveld

In deze paragraaf wordt duidelijk dat de openbare apothekers te maken hebben met een krachtenveld die van alle kanten invloed uitoefent op hun werk. Te denken valt aan de overheid, de markt, de zorgaanbieders en de patiënt. In het eerste deel zal beschreven worden in hoeverre de patiënt als klant wordt gezien. Daarna zal de keuzevrijheid van de verschillende partijen aan bod komen. Tot slot zal beschreven worden wat voor invloed een landelijk gedeeld medicatiedossier heeft op de concurrentiepositie van de zelfstandige openbare apotheker.

*De patiënt als klant*

Het klantenbestand (patiëntenbestand) van de openbare apotheker is over het algemeen erg divers. De leeftijden variëren van 0 tot 100 en dit is vooral afhankelijk van een dorp of wijk waar de apotheek gevestigd is. De apotheker stemt zijn assortiment af op zijn patiënten. Oudere mensen die veel medicatie gebruiken, hebben bijvoorbeeld andere zorg nodig dan jongere mensen die zo nu en dan een keer een tabletje komen halen. Vooral chronisch zieken die veel medicatie tot zich nemen, maken gebruik van de diensten van de apotheker en dit is dan ook de patiëntengroep die de apothekers het meeste zien.

De verdeling van patiënten over de verschillende apotheken is volgens de apothekers vrij stabiel. Zij ervaren dat de meeste klanten naar die apotheker gaat, waar de huisarts mee samenwerkt. Tegenwoordig zitten huisartsen en apothekers steeds vaker in eenzelfde gebouw, waardoor het voor de patiënt prettiger is om daar direct de medicatie te kunnen halen. De patiënten die bij de openbare apotheek komen zijn erg trouw aan hun apotheker en er moet over het algemeen wel heel veel gebeuren, wil een patiënt naar een andere apotheker gaan. Zo benadrukken de apothekers dat zij niet vaak patiënten van buiten de regio naar zich toe krijgen. De reden dat dit wel gebeurt is omdat de patiënt verhuisd en ze de huisarts aanhouden die bij die apotheker zit. Daarnaast zijn er patiënten die zich ervoor schamen om bepaalde medicatie in hun eigen regio te komen halen, zoals HIV-medicatie. Passanten en vakantiegangers zien de apothekers, in de regio waar dit onderzoek is gehouden, nauwelijks.

 Patiënten hebben de mogelijkheid om zelf een apotheker te kiezen en over te stappen wanneer zij dit willen. Volgens de apothekers gebeurt dit nauwelijks, maar als dit gebeurt komt dat vaak door ontevredenheid. Ook als een patiënt gaat verhuizen, is de kans groot dat hij overstapt naar een andere apotheek. In sommige gevallen worden de patiënten aangetrokken door apothekers met aanbiedingen of bonussen of omdat daar wel aan zijn wensen wordt voldaan. De apothekers zijn zich hiervan bewust, maar maken zich hier niet druk om:

Ze trekken aan de interessante patiënten, thuisapotheek doet hetzelfde, er is heel veel concurrentie, en ik heb zoiets van ik heb een eigen visie. Ik kan op die manier meegaan of ik kan gewoon heel rustig aan mijn idee bouwen en als mensen het voordeel ervaren blijven ze toch wel bij mij.

Een andere reden van overstappen is het gemak. De overstap naar een thuisapotheek/internetapotheek zou voor een patiënt gemak dienen, omdat hij dan niet meer naar de apotheek hoeft te komen, maar de medicatie bezorgd wordt. Ook hier maken de openbare apothekers zich niet druk om, omdat zij ervaren dat patiënten weer terugkomen als ze de nadelen ervaren en doordat de huisartsen het prettiger vinden om rechtstreeks contact met een bekende apotheker te hebben.

 De geïnterviewde apothekers zeggen veel activiteiten te ondernemen om aan de wensen en behoeftes van de patiënten tegemoet te komen. Dit kan zelfs zover gaan dat bepaalde medicatie met verlies wordt verkocht om de patiënt (die ook winstgevende medicatie koopt) te behouden. Patiënten zijn gewend aan bepaalde medicatie van een bepaald merk. Op het moment dat dit verandert, bijvoorbeeld door het preferentiebeleid van de zorgverzekeraars, dan kan een patiënt toch dat bepaalde merk willen hebben en anders stapt hij over naar een andere apotheker in het dorp. Een van de apothekers zei:

En sommige mensen willen, koste wat het kost, toch dat dat origineel hebben. Maar daar leveren wij zoveel op in, toen hebben wij gezegd met elkaar: we doen het gewoon niet meer, dan gaat die patiënt het maar ergens anders halen, want wij verdienen er niks op.

Apothekers proberen daarom steeds efficiënter en klantgerichter te werken en het serviceniveau op peil te houden.

 Deze maatregelen worden ook gebruikt om nieuwe patiënten aan te trekken. De essentie van het ondernemen is volgens de zelfstandige apothekers de wensen en behoeftes van de patiënt. Daar moet de apotheker zijn producten en diensten op afstemmen, tegen een prijs waarvan de patiënt vindt dat die reëel is en eventueel bereid is om er meer voor te betalen dan bij een concurrent. Dit kan op kleine schaal, zoals een comfortabele wachtruimte met zitstoelen, maar ook op grotere schaal in de vorm van ruimere openingstijden of een 24-uurs bereikbaarheidsservice te verlenen. Dit kan telefonische bereikbaarheid van de apotheker zelf zijn, maar ook door lockers waar de patiënt dag en nacht medicatie uit kan halen, door middel van een pincode. Er zijn apothekers die de medicatie zo snel mogelijk proberen mee te geven aan een patiënt. Dus niet een dag of een paar uur later, maar direct. Dit doen zij door het aanhouden van een voorraad en door eventueel zelf te bereiden, als zij de grondstoffen en mogelijkheden hiervoor hebben. Ook wordt dit gedaan door samen te werken met andere apotheken, die een artikel wel op voorraad hebben of wel beschikken over bereidingsmogelijkheden. Andere mogelijkheden om klanten te werven en te behouden zijn het bezorgen van de medicatie, wat vooral voor de oudere patiënten een meerwaarde biedt en door als apotheek aan te sluiten bij een apothekersformule die voorziet in een aantal standaarden ten behoeve van de farmaceutische dienstverlening. Tot slot wordt de bereikbaarheid van de apotheek genoemd. Niet alleen de fysieke bereikbaarheid van de praktijk, maar ook de toegankelijkheid en laagdrempeligheid van de medewerkers in een apotheek. Dit zijn een aantal losse maatregelen waarover in een aantal apotheken nagedacht wordt, maar wat bij de ene apotheker meer van toepassing is dan bij de andere. Een echte marketingstrategie om klanten actief te werven en te behouden lijkt in de apotheken te ontbreken. Deze indruk ontstaat doordat een aantal apothekers zich alleen op de eigen winkel richten, geen idee hebben hoe een ander werkt en de ervaring hebben dat patiënten toch wel naar ze toe komen.

*Keuzevrijheid*

Dat apothekers samenwerken met andere disciplines zoals huisartsen, fysiotherapeuten, verzorgings- en verpleeghuizen om hun doelen als zorgaanbieder te behalen is geen bijzonder fenomeen. Zij ervaren echter ook aantal andere partijen die invloed uitoefenen op hun belang als ondernemer, waarbij zoveel mogelijk verkocht moet worden. De eerste partij is de zorgverzekeraar. Aan het begin van dit jaar zijn de tarieven voor de receptregels vrijgegeven en kunnen apothekers met de zorgverzekeraars onderhandelen over de vergoeding. Een individuele apotheker kan dit echter nooit alleen bereiken en zal zich daarvoor moeten aansluiten bij een zorgmakelaar, waarvoor betaald moet worden. Zij ervaren de contracten van de zorgverzekeraars als gedwongen opgelegd, omdat zij er zelf geen invloed op kunnen uitoefenen. Als je het er als apotheker niet mee eens bent, dan gaat de zorgverzekeraar naar de volgende. Het is een kwestie van tekenen bij het kruisje en van marktwerking is geen sprake. Hier zit bij de apothekers onvrede omdat van tevoren de indruk werd gewekt dat zij wel degelijk mochten onderhandelen en een rol zouden krijgen in dit proces. Volgens de geïnterviewde apothekers speelt de zorgverzekeraar ook een belangrijke rol in het assortiment van de apotheek, namelijk door het volgen van een preferentiebeleid voor medicatie of door afspraken te maken met leveranciers waarvan alleen die materialen (zoals incontinentiemateriaal) vergoed worden. De apothekers ervaren hierdoor steeds meer druk om onder de kostprijs te verkopen. Voor hen is het assortiment al bijna niet meer te volgen, laat staan voor een patiënt. Apothekers zien dan ook eerder een verslechtering dan een verbetering in de kwaliteit van zorg als resultaat van deze marktwerking en dit is waar ook een stuk onvrede richting de zorgverzekeraar in zit. Zij voelen zich machteloos en denken na over de mogelijkheden die zij wel hebben:

Maar dat geeft ons als apotheek op een gegeven moment echt ook de kans om te zeggen van "jongens we tekenen het contract met de zorgverzekeraar niet meer". Want als op een gegeven moment zoveel mensen toch medicijnen binnen hun eigen risico willen hebben dan kan je op een gegeven moment zeggen van "jongens, zoek het zelf maar uit". Ik ga nu echt als ondernemer optreden en ik ga zelf mijn prijzen bepalen.

De bedoeling is om een prijsconcurrentie tussen apothekers op gang te helpen, maar dat kan volgens de apothekers alleen als de patiënt zich bewust is van de prijzen. Dit zijn patiënten nu niet omdat zorgverzekeraars merendeel van de kosten voor rekening nemen. De apothekers verwachten dat de patiënt wel bewuster wordt als het eigen risico van de zorgverzekering omhoog gaat.

De invloed van concurrerende apothekers wordt ook gevoeld. Een van de geïnterviewde apothekers houdt naast de apotheek nog een drogisterij, die aan de apotheek vast zit. Op deze manier probeert zij de concurrenten voor te zijn in het trekken van klanten. In een drogisterijketen kan onder de normale inkoopprijs verkocht worden door zelf goede afspraken te maken met groothandels en zorgverzekeraars. Op deze manier kan met andere apothekers toch om de prijs geconcurreerd worden.

Zoals in de vorige paragrafen beschreven werd, werken apothekers samen met andere apothekers om hun doelstellingen te behalen. Samen met andere apothekers en huisartsen vindt regelmatig een farmacotherapeutisch overleg plaats, waarin specifieke onderwerpen besproken worden en beleid op kan worden bepaald. Ook zoeken de apothekers de samenwerking met elkaar waar het gaat om bezorgen en herhaalservice, bereidingen en de dienstwaarneming. Dit lijkt vreemd, aangezien een andere apotheker ook een concurrent is die ook gebaat is bij de verkoop van zijn assortiment aan patiënten. Een van de apothekers zei:

Kijk bepaalde dingen, als ik een geneesmiddel niet heb, ja dan bel ik hen, van hebben jullie het daar liggen en kan de patiënt het ophalen en dat gaat de andere kant ook op, want je kan wel zeggen nee dat doe ik niet, maar wie is de dupe? De patiënt.

Dit is kenmerkend voor het belang waaraan de meeste zelfstandig apothekers de prioriteit zeggen toe te kennen. In de eerste plaats voelen zij zich zorgverlener en in de tweede plaats ondernemer. De patiënt is waar het om draait bij de geïnterviewde apothekers. Dit is ook waar de KNMP zich (via de zorgverzekeraars) op richt met de bekostigingssystematiek. Zoals beschreven gaat het nu om een zorgprestatiebeloning en dit vereist een transparante werkhouding. Dit vraagt niet alleen afstemming met voorschrijvers van recepten, maar ook met collega-apothekers. In dit kader is het belang rondom informatiedeling middels een landelijk gedeeld medicatiedossier te bevatten.

*Concurrentie en het landelijk EPD*

De verdeling van patiënten over de apotheken is volgens de geïnterviewde apothekers een vrij stabiele factor. Daar waar slechts één apotheek in een dorp of wijk te vinden is, ervaren de apothekers nauwelijks tot geen concurrentie. Sommige apothekers spreken zelfs van een monopolypositie. In de regio’s waar meerdere apotheken te vinden zijn wordt wel concurrentie ervaren. De ervaring is dat soms patiënten overstappen en in enkele gevallen wordt er over en weer negatief over de andere apotheek gesproken tegen patiënten. Dit kan zover gaan dat er informatiefolders worden verspreid met tekortkomingen van de ene apotheek ten gunste van de andere apotheek. Ook de ketenapotheken zorgen niet voor een extra concurrentiedruk, omdat blijkt dat er meer patiënten van de keten naar de zelfstandige apotheek gaan dan andersom. Op een actieve manier klanten benaderen om naar ze toe te komen wordt niet door de apothekers gedaan, ondanks dat AORTA dat wel eenvoudiger maakt.

AORTA wordt door de geïnterviewde apothekers niet gebruikt als een tool in de concurrentiestrijd. Zij zien dit vooral als een meerwaarde voor de farmaceutische zorg en zeggen zich niet druk te maken om dat kleine percentage patiënten wat over zou stappen naar een andere apotheek. Op regionaal niveau zijn er vaak afspraken gemaakt dat de apothekers elkaar wel zullen beconcurreren, maar dat zij hiervoor niet een gedeeld informatiesysteem als middel gebruiken. Doordat zij elkaar regionaal kennen is deze afspraak goed te beheersen en dat blijkt in de praktijk ook goed te werken. Als een apotheker wel misbruik van het systeem lijkt te maken, wordt die hierop aangesproken. Het aanpassen van de informatie in het systeem omwille van de concurrentie zeggen de apothekers niet te doen, maar men is wel selectief in de informatie die zij beschikbaar stellen om te delen.

 Er zijn twee soorten apotheken waar de openbare apothekers wel concurrentie mee ervaren. De eerste is de internet- of thuisapotheek, waarbij de herhaalrecepten online geregeld kunnen worden en thuis worden gebracht. Een voorbeeld van ervaren concurrentie is dat patiënten door de thuisapotheek werden benaderd alsof het hun eigen apotheker betrof, met de mededeling dat de thuisapotheek alvast wat informatie over ze zou gaan opzoeken als de patiënt daar toestemming voor gaf. Hier speelt AORTA een belangrijke rol in, want dit is de plek waar apothekers informatie vandaan kunnen halen. Een van de apothekers vertelde:

Het is wel zo dat je als andere zorgverlener makkelijker je gegevens van de klant kan over halen. Maar die ben je ook weer sneller kwijt die klanten. En het overzetten van mensen kost heel veel tijd. Het nieuw opnemen, want je moet het gesprek aangaan. (…) wij kennen die patiënten natuurlijk al een hele tijd dus veel dingen hoeven we niet te vragen.

Openbare apothekers ervaren geen angst dat ze hierdoor patiënten verliezen, doordat zij uitgaan van hun eigen capaciteiten. Zij bieden vaak dezelfde diensten als de thuisapotheek alleen is hun marketingstrategie niet zo agressief. Apothekers vertrouwen erop dat patiënten toch wel terugkomen als blijkt dat de thuisapotheek geen spoedmedicatie kan leveren, onbereikbaar is en alleen op afspraak werkt. Wel drukken ze hun patiënten op het hart dat de thuisapotheek onveilige situaties met zich mee kan brengen.

 De tweede concurrent is de politheek. Patiënten komen uit het ziekenhuis met een recept en kunnen direct bij het ziekenhuis hun medicatie meenemen. Apothekers begrijpen dat dit voordelen biedt voor de patiënt, maar maken zich er nog niet druk om dat ze hierdoor patiënten gaan verliezen. Zolang ze maar een terugkoppeling krijgen van de behandeling die de politheek is gestart.

## 4.4 Implementatie

In de periode van 1996, dat de ideeën ontstonden voor een patiënt-georiënteerd zorgdossier, tot en met april 2011, waarin de eerste kamer niet instemde met de Wet op het EPD, heeft een periode van implementatie plaatsgevonden. In deze paragraaf wordt beschreven op welke wijze apothekers weerstand tegen AORTA ontwikkelden en welke lessen hieruit te trekken zijn voor de dergelijke toekomstige projecten.

*Weerstand*

Van de geïnterviewde apothekers is er slechts één zelf betrokken geweest bij het implementatietraject rondom AORTA. Er was veel overleg met de huisartsen over het standaardiseren en de wenselijke vorm van informatie. Ook zijn er overleggen geweest met de bloedbank, om laboratoriumgegevens in het systeem te kunnen krijgen. Er zijn voor de apothekers verschillende partijen betrokken geweest bij de implementatie. Zo was er een grote rol weggelegd voor de softwareleveranciers die niet alleen hun systemen moesten aanpassen, maar ook instructies en protocollen gaven over de te volgen handelingswijzen. Zij hebben de apothekers begeleid in het testen van de systemen en het aanvragen van de UZI-passen. Ook zijn er nascholingscursussen georganiseerd, mede in samenspraak met de KNMP. De KNMP is een andere partij die zich bij de implementatie van AORTA betrokken heeft.

 De overige apothekers zeggen niet betrokken te zijn geweest, maar weten wel dat de KNMP er een belangrijke rol in heeft gespeeld. Vanuit de koepelorganisatie werden apothekers geïnformeerd via informatiebijeenkomsten, mail of nieuwsbrieven. Een enkele apotheker heeft het idee dat er weer van bovenaf een oplossing wordt bedacht voor een probleem, waar in het werkveld weinig invloed op uitgeoefend kan worden. Zeker in het begin lag de verantwoordelijkheid van het slagen van de implementatie bij het zorgveld zelf, dus ook bij de apothekers. De rol van VWS en Nictiz werd als teveel regisserend en bepalend ervaren. Apothekers hebben niet het idee dat het systeem op die manier aansloot bij hun praktijk, omdat het veel tijd kostte en het verkrijgen van toegang tot AORTA niet heel gebruiksvriendelijk was.

 Apothekers hebben wel ervaren dat ze gestimuleerd werden om gebruik te maken van AORTA. Zij werden voorzien in de (technische) aansluitingen en mogelijkheden en waren hierdoor in staat om ook daadwerkelijk in te loggen. Dit werd ook sterk geadviseerd vanuit het Nictiz, om het hele project te kunnen laten slagen. Er werd een bepaalde druk opgelegd om over te stappen naar AORTA door mee te delen dat het OZIS zou gaan stoppen en er geen alternatief was. Ook werd deze druk verhoogd door wettelijke bepalingen, waarin het gebruik van AORTA verplicht zou worden. Een andere stimulans om AORTA te gebruiken kwam door subsidies vanuit de overheid, als men voor een bepaalde datum aangesloten was. De apothekers hebben van deze subsidie echter niks teruggezien omdat deze weer rechtstreeks doorgestuurd kon worden naar de softwareleveranciers.

Een financiële stimulans ontbrak hierdoor en er waren wel meer aspecten die een barrière vormden voor het gebruik van AORTA. Voordat het systeem ging werken moest de apotheker zelf al veel werk verrichten door zijn patiënten aan te melden en door de administratie rondom het toestemmingsvereiste. Doordat niet alle apothekers dit deden en artsen en ziekenhuizen hun systemen niet op orde hadden, ervoeren de welwillende apothekers op een gegeven moment geen meerwaarde meer van het systeem. Zeker als blijkt dat alle apothekersassistenten geïnstrueerd moeten worden om in verschillende systemen te gaan zoeken. Daar is in de apotheek geen tijd voor, mede omdat het systeem nogal traag en gebruiksonvriendelijk werkte.

Het belang om AORTA te gebruiken werd steeds kleiner, omdat de apotheker niet bereid was te betalen voor dat kleine percentage patiënten wat van buiten de regio komt. Dit zien apothekers als geld en energie wat beter gestopt kan worden in het huidige klantenbestand. De apothekers zaten met een systeem wat nog niet goed functioneerde en er is keer op keer beloofd dat er een compleet dossier, vol met informatie zou komen. De KNMP benadrukt dit:

Dit hele, sinds tien jaar inmiddels al geloof ik, is dat er altijd iets beloofd is en iets verwacht werd, wat er maar steeds nog niet is. Maar dat was het lokkertje voor apotheken. Van we hebben straks een dossier, rijk van informatie, waarmee wij onze rol als zorgverlener in die apotheek met die patiënt nou eens goed kunnen gaan uitoefenen. Ja, en dat komt er iedere keer maar niet. Dus daardoor ontstaat er steeds meer weerstand, merk je ook, om überhaupt de inspanning te plegen, investeringen te doen om wel aangesloten te worden.

Dit zorgde op een gegeven moment voor weerstand bij de apothekers om investeringen te doen en het systeem te gaan gebruiken. De economie ging slecht en overal moest bezuinigd worden. Waarom dan investeren voor iets waar geen meerwaarde in zit.

 Tot slot werd er nog een barrière veroorzaakt door de zorgverzekeraars. Huisartsen en dienstapotheken kregen een vergoeding als zij gebruik maakten van AORTA. Voor openbare apotheken zeiden de zorgverzekeraars dat deze vergoeding in het contract stond. Hierover is veel onvrede ontstaan bij de apothekers, omdat zij een gevoel van ongelijkheid ervoeren. Met advocaten probeerden zij aan te tonen dat in hun standaardtarief en hun contracten niks vermeld stond over technische aansluitingen. Een gevoel van ongelijkheid is ook ontstaan doordat zorgverzekeraars de declaraties van de apothekers afkeurden omdat deze geen gebruik maakte van AORTA, terwijl ziekenhuizen zelfs nog een papieren dossier hanteerden en die hierop niet werden afgerekend. De ‘verplichting’ om deel te nemen aan AORTA gold dus alleen voor de apothekers.

*Lessen*

Apothekers vinden een systeem op landelijk niveau niet noodzakelijk om hun farmaceutische zorgverlening te kunnen verbeteren. Zij hebben wel verschillende ideeën voor hoe een ideaal systeem er dan wel uitziet. Een apotheker zei:

In mijn optiek zou je veel meer losse kleine units moeten hebben, ongeacht of dat een apotheek of een huisarts of weet ik veel wat is, maar die onderling wel samenwerken en op het moment dat er een patiënt is en ze zien één van beide wat interessants dat het even gedeeld wordt.

Dit is de kern van wat alle apothekers graag zien gebeuren, een systeem op regionaal niveau of misschien zelfs een uitgebreider OZIS. Een systeem die past binnen de werkpraktijk en aansluit bij de huidige werkwijze.

 In de implementatie hiervan zouden apothekers nog beter geïnformeerd en betrokken willen worden. Sommige apothekers vragen zich af waarom gekozen is voor een stapsgewijze invoering. In andere landen wordt het systeem in een keer helemaal ingevoerd en daar lijkt het wel goed te werken. De implementatie van zo’n systeem valt of staat met een goede organisatie en een goede voorbereiding op technisch, financieel en politiek gebied. Deze voorwaarde vinden apothekers nodig om nog vertrouwen te krijgen, net als het krijgen van voldoende tijd om een systeem goed te kunnen testen.

# Hoofdstuk 5: Conclusies en aanbevelingen

Dit onderzoek tracht een antwoord te geven op de algemene vraagstelling:

*Hoe ervaren openbare apothekers de gedeelde medicatiedossiers vanuit het perspectief van hun marktpositie?*

Om deze vraag te beantwoorden zijn er een aantal deelvragen opgesteld, die in het vorige hoofdstuk (Resultaten) beantwoord zijn. De eerste vijf deelvragen vormen de basis voor een vergelijking met het onderzoek van Stoop et al. (2007). Deze vergelijking zal in een aparte paragraaf van dit hoofdstuk beschreven worden. De zesde deelvraag vormt een aanvulling op hun onderzoek, waarmee meer duidelijkheid wordt gegeven over de theorie ten aanzien van de implementatie vanuit sociaal-technisch perspectief.

De deelvragen worden in vier paragrafen verdeeld. De eerste paragraaf gaat over het werkveld van de zelfstandige openbare apotheker en diens positie in de farmaceutische zorgverlening (deelvraag 1). De tweede paragraaf gaat over gedeelde medicatiedossiers en de belangen (deelvraag 2 en 3). De derde paragraaf gaat over de marktpositie (deelvraag 4 en 5) en in de vierde paragraaf wordt de vergelijking met Stoop et al. (2007) beschreven. Paragraaf vijf gaat over de implementatie (deelvraag 6) van AORTA. Tot slot zal in de zesde paragraaf het antwoord worden gegeven op de algemene vraagstelling en in de zevende paragraaf komen de aanbevelingen voor toekomstige implementaties aan bod. In dit hoofdstuk wordt de theorie vanuit de theoretische achtergrond gekoppeld aan de resultaten die uit het onderzoek naar voren zijn gekomen. De belangrijkste theorie die hierbij aan bod komt is de sociaal-technische theorie.

## 5.1 Openbare apotheker

De openbare apotheker is zich in de gezondheidszorg steeds meer aan het ontwikkelen als een zorgverlener in plaats van een logistieke dienstverlener. Het gaat er niet meer alleen om dat de patiënt de juiste medicatie op tijd krijgt, maar om de hele verantwoordelijkheid van voorlichting naar patiënten. Ook gaat het om het verbeteren van de farmaceutische zorg door informatievoorziening en door participatie in discipline overstijgende bijeenkomsten. Een gedeeld elektronisch medicatiedossier is hierbij een belangrijk hulpmiddel, maar daarin zit een bepaalde tegenstrijdigheid (Greenhalgh et al. 2009). Het is namelijk onduidelijk hoe de apotheker gepositioneerd kan worden ten opzichte van het medicatiedossier. De apotheker kan in de meest eenvoudige vorm gezien worden als een informatieverwerker en besluitvormer, maar ook als een zelfstandige actor in een complex sociotechnisch systeem. De wijze waarop naar de apotheker gekeken wordt is bepalend voor wat voor soort systeem geschikt is in diens praktijk.

De zelfstandige openbare apotheker is niet alleen zorgverlener, maar ook verantwoordelijk voor het runnen van een onderneming. Dit houdt in dat deze zich, meer dan andere apothekers, richt op de kostprijs van zijn diensten meer gebaat is van de verkoop van zijn artikelen aan klanten (Phipps et al. 2009). Daar tegenover staat dat hij flexibeler zou kunnen zijn in het bepalen van zijn eigen beleid, welke meer op de patiënt afgestemd kan worden. De openbare apotheker krijgt op deze manier een steeds meer centrale plek in een wijk of dorp, met een vast klantenbestand. Patiënten hebben nog steeds de mogelijkheid om naar een andere apotheker te gaan, maar blijven meestal bij dezelfde. Zodoende kan er een relatie met de patiënt en huisarts worden aangegaan die mogelijkheden biedt om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Dat het aantal patiënten beperkt is in vergelijking met een ketenapotheek, maakt het voor de zelfstandige apotheker nagenoeg onmogelijk om gehoord te worden door de zorgverzekeraars. Van een echte marktwerking lijkt hier op dit punt vooralsnog geen sprake te zijn.

## 5.2 Gedeelde medicatiedossiers

Vanuit zijn rol als zorgverlener is het voor de apotheker steeds belangrijker om te beschikken over een up-to-date medicatiedossier. Hoe meer relevante informatie de apotheker heeft, des te beter voor de patiëntveiligheid. De patiënt is hiervoor de meest gebruikte bron van informatie, omdat die weet hoe zijn gezondheidstoestand en ziektegeschiedenis is. Dit is echter een aanname gebleken die zeker niet voor alle patiënten geldt. Een van de manieren om niet alleen de patiënt als informatiebron te gebruiken is door het uitwisselen en delen van informatie tussen zorgaanbieders. Dit is geen nieuw fenomeen, aangezien apothekers gewend zijn om op aanvraag de noodzakelijke informatie te verstrekken aan huisartsen, ziekenhuizen en collega-apothekers. Hoewel het gebruikelijk is om dit per telefoon of fax te doen, zijn er inmiddels ontwikkelingen die het delen van informatie via het AIS mogelijk maken. De gebruikelijke manieren om informatie te delen werken goed, waardoor een ander (commercieel) systeem voor de apothekers niet nodig is. Dit is ook wat uit het onderzoek van Shekelle & Goldzweig (2009) naar voren komt waarbij een door de apotheker zelf ontwikkeld systeem voor meer motivatie zorgt om het te gebruiken dan een groot, commercieel systeem. Op lokaal en regionaal niveau wordt informatie alleen gedeeld voor de dienstwaarneming en als patiënten overstappen naar een andere apotheker.

 Sinds 2002 zijn er ontwikkelingen richting een landelijk niveau van informatiedeling, waarbij andere zorgaanbieders op eigen initiatief informatie uit het systeem van de apotheker (en andere zorgaanbieders) kunnen opvragen en dit beperkt zich niet alleen tot de medicatie-informatie. Na ruim 10 jaar blijk echter dat de complexiteit van de omgeving waarin deze ontwikkeling plaatsvind, hoog is. De complexiteit van de gezondheidszorg wordt veroorzaakt doordat deze bestaat uit technische en sociale componenten die elkaar beïnvloeden (Wears& Berg 2005). Een landelijke EPD, waarin de kernpunten van de gezondheidstoestand en zorggeschiedenis van een patiënt beschreven staan, kan gezien worden als een technische innovatie. Het is niet alleen de gebruiker (apotheker) die te maken heeft met de landelijke infrastructuur, maar deze moet ook aansluiten bij het door de apotheker gebruikte AIS. Ook moet zo’n systeem passen binnen de gebruikelijke werkwijzen, wet- en regelgeving en normen en waarden van de apotheker (Phipps et al. 2009). Er moet dus een fit ontstaan tussen het technische systeem en de werkpraktijk van de apotheker. Indien dit niet het geval is moet de techniek hierop aangepast worden of de huidige werkpraktijken moeten aangepast worden aan de techniek. In de meeste gevallen zullen op beide componenten veranderingen plaatsvinden en dit maakt dat de techniek op een gegeven moment gevormd (ingebed) wordt in de praktijk (Cresswell et al. 2012). Het is dus belangrijk om de apotheker bij deze vorming en implementatie van een technische innovatie te betrekken. In de eerste jaren was dit ook de bedoeling door het initiatief van de ontwikkeling van de informatiestructuur in handen te leggen van de gebruiker, maar doordat toen nauwelijks vooruitgang werd geboekt, trok VWS dit initiatief naar zich toe. Ondanks alle pogingen om de apothekers te betrekken bij de ontwikkeling, werd dit in het veld anders ervaren, waardoor er weerstand ontstond en iedere partij op kwam voor zijn eigen belang.

## 5.3 Marktpositie

De belangrijkste inkomsten voor een openbare apotheek is de vergoeding per afgeleverd recept. Dit is een vergoeding die de apotheker bij de zorgverzekeraar mag declareren en de tarieven hiervoor worden door de marktpartijen zelf bepaald (Landelijke Vereniging Georganiseerde Eerste Lijn 2011). Zelfstandige apothekers ervaren hierin echter geen marktwerking, omdat zij zelf geen invloed hebben op het contract. Als een apotheker het er niet mee eens is, gaat de zorgverzekeraar naar een andere apotheker. Bovendien speelt de zorgverzekeraar een steeds grotere rol in de keuzebepaling voor het assortiment van de apotheker, waardoor de druk op de apotheker om onder zijn kostprijs te verkopen, toeneemt (KNMP 3 2012). Daarom proberen apothekers zich nog wel van anderen te onderscheiden door bijvoorbeeld ruimere openingstijden of het houden van een drogisterij naast de apotheek.

Een zelfstandige openbare apotheker heeft als zelfstandig ondernemer een zakelijk belang, waardoor het niet wenselijk is dat andere apothekers inzicht hebben in zijn patiënteninformatie (Stoop et al. 2007). Apothekers zijn voorstander van samenwerking met andere zorgaanbieders binnen de regio, omdat dit beheersbaarder is en omdat ze de zorgaanbieders kennen. De reden hiervoor is dat apothekers nu meer samenwerken dan voorheen en met elkaar duidelijk controleerbare afspraken maken over de wijze waarop men elkaar beconcurreert. Door deze regionale ervaringen en door vertrouwen in de eigen kwaliteiten zijn apothekers niet bang om klanten te verliezen door het gebruik van OZIS of AORTA.

Over het algemeen ervaren apothekers geen concurrentie doordat patiënten erg trouw zijn. De wetgeving maakt het mogelijk dat een eigenaar van de apotheek niet per se zelf een apotheker hoeft te zijn, waardoor de grootste concurrentie nu ervaren wordt door de thuisapotheek (internetapotheek) en de politheek. Door vertrouwen in de eigen capaciteiten zijn apothekers niet bang om patiënten te verliezen.

## 5.4 Vergelijking met Stoop et al. (2007)

In deze paragraaf worden de conclusies van de eerste drie paragrafen vergeleken met Stoop et al. (2007). Zij onderzochten rond 2005 het concept ‘context’ om het gebruik van OZIS te onderzoeken. Zij hielden hiervoor interviews met en observaties van openbare apothekers, waarna zij hun data verzamelden bij verschillende stakeholders die bij OZIS betrokken waren, zoals ICT-leveranciers, KNMP en Stichting OZIS. Stoop et al. (2007) concludeerden dat het ‘succes’ van OZIS destijds werd verklaard doordat stakeholders verschillende belangen hadden, maar deze belangen wel de toepassing van OZIS legitimeerden. Voor AORTA is dit nu nog niet het geval. De belangen zijn nu nog teveel tegenstrijdig aan elkaar en aan de richting van AORTA. Zo werken niet alle zorgaanbieders mee, werkt de huidige systematiek ook voldoende en is er op landelijk niveau onduidelijkheid over wat voor dossier er geïmplementeerd moet worden (van of voor de patiënt). Dit laatste hangt af van de gekozen visie op een EPD, namelijk in beperkte vorm als opslagplaats voor informatie of als actieve actor in het sociale systeem (Greenhalgh et al. 2009).

De brede toepassing van OZIS kon niet verklaard worden door de technische kwaliteit of door de context waarin het systeem toegepast werd. Er waren dus andere redenen dat OZIS door apothekers breed werd toegepast. Voor AORTA gaat deze verklaring niet helemaal op. De technische implementatie is dan wel volgens plan verlopen, maar in de praktijk van de apothekers bleek de koppeling tussen het AIS en het LSP niet altijd even soepel te verlopen. Ook kostte het veel tijd om van deze koppeling gebruik te maken. Hierdoor kan geconcludeerd worden dat de ‘fit’ tussen de informatietechnologie en de werkpraktijk (nog) niet bereikt is. Dit komt mede doordat onduidelijk hoe de relatie tussen landelijk EPD en de context gedefinieerd kon worden (Greenhalgh et al. 2009). Enerzijds zou de context een bestaande setting kunnen zijn waarin een EPD geïmplementeerd wordt. Anderzijds zou een EPD ook onderdeel kunnen uitmaken van de context, waarmee deze in en door de context gevormd wordt en visa versa. De wijze waarop naar deze relatie gekeken wordt is mede bepalend voor de te bereiken fit. Een implementatie kan immers pas slagen als deze gezien wordt als een totale organisatieverandering en als het systeem gebaseerd is op de juiste verwachtingen (Berg et al. 2003)

Een ander verschil met het onderzoek van Stoop et al. (2007) is dat apothekers voorstander zijn geworden van samenwerking met andere zorgaanbieders binnen de regio. Het vertrouwen in deze samenwerking is toegenomen, mede omdat dit beheersbaarder is doordat ze de zorgaanbieders kennen. Apothekers kunnen met elkaar duidelijke en controleerbare afspraken maken over de wijze waarop men elkaar beconcurreert. Tot dusver ervaren apothekers geen extrinsieke druk om gebruik te maken van AORTA. Dit zou wel kunnen veranderen als de zorgverzekeraars dit gebruik verplicht gaan stellen, door hier rekening mee te houden in hun vergoedingen.

 Naast deze verschillen zijn er een aantal overeenkomsten. Evenals in het onderzoek van Stoop et al. (2007) hebben patiënten nog steeds de mogelijkheid om vrij te kiezen voor een andere apotheker. Patiënten maken weinig gebruik van deze mogelijkheid, wat blijkt uit de ervaring dat zij meestal naar dezelfde apotheker gaan. Ook nu, zeven jaar later, worden patiënten nauwelijks gestimuleerd om over te stappen en een mogelijke reden hiervoor kan zijn dat de zorgverzekeraars het overgrote deel van de medicatiekosten op zich nemen. Patiënten ervaren hierdoor geen druk om apothekers kritisch met elkaar te vergelijken.

Ook geldt dat de apothekers nog steeds de eerste prioriteit stellen voor de patiëntveiligheid en pas in de tweede plaats voor de eigen marktpositie. Dit, terwijl de contextuele factoren zeven jaar later aanzienlijk veranderd zijn, zoals wetgeving, toename aan concurrerende apothekers en de druk van de zorgverzekeraars. Vanuit de visie van de apothekers biedt AORTA, net als het OZIS, wel perspectieven om de farmaceutische zorg te verbeteren en hen een legitieme positie in de zorgketen te laten innemen. Het voordeel is vooral het delen van informatie met ziekenhuizen en andere disciplines. Voor het delen met andere apothekers geldt dat er nauwelijks meerwaarde te vinden is van een landelijk dossier, waardoor de voorkeur ligt om dit regionaal te organiseren.

## 5.5 Implementatie

De implementatie van het landelijk EPD is projectmatig opgezet, hoewel in het begin een duidelijke regisseur ontbrak (Van Twist 2012). Het implementeren van een technisch systeem is geen eenmalig, lineair proces, maar het gaat om een stapsgewijs veranderingsproces (Berg et al. 2003). De visie was wel aanwezig, maar er was nog teveel onduidelijkheid over wat voor dossier nu eigenlijk geïmplementeerd moest gaan worden. Ook in de literatuur zijn er verschillende visies, variërend van een EPD als eenvoudige opslagplaats van informatie tot aan een EPD als actieve actor met onvoorspelbare eigenschappen. In het laatste geval is het implementatieproces van een EPD zich dan ook lastig te plannen (Greenhalgh et al. 2009). De implementatie van het landelijk EPD houdt niet op met alleen een goede werking van AORTA. De gebruikers en andere actoren moeten een bepaald belang ervaren om het systeem te gebruiken (Berg et al. 2003). Dat uit onderzoek van Stoop et al. (2007) blijkt dat apothekers een grote waarde hechtten aan het regionale OZIS, vanwege de patiëntveiligheid, blijkt niet helemaal te gelden voor AORTA. De enige reden om informatie te delen met andere zorgaanbieders is wel patiëntveiligheid, maar dit hoeft voor de apothekers niet op landelijk niveau te zijn. Dat zou betekenen dat ze moeten gaan samenwerken met apothekers buiten de regio, maar daar is nog wel weerstand tegen te vinden (Van Twist 2012).

Apothekers delen nu ook informatie op door hun gebruikelijke wijze (telefoon, fax) en dat werkt. Zo vaak krijgen zij geen patiënten van buiten de regio en de nadelen en barrières voorkomen dat apothekers AORTA in hun belang gaan zien (McGinn et al. 2011). Daar komt nog eens bij dat zij geen financiële tegemoetkoming krijgen, zij zelf geen voordeel uit AORTA halen en zij ongelijkheid ervaren in de vergoedingen tussen zorgaanbieders die aangesloten waren. Dit zorgde voor wantrouwen ten aanzien van VWS en het landelijk EPD.

Wantrouwen van de apothekers zorgde er ook voor dat de motivatie om AORTA te gebruiken verdween en zelfs over ging naar weerstand. Er zijn onvoldoende stimulerende maatregelen genomen om AORTA wel te gaan gebruiken, want de enige subsidie die de apothekers ontvingen, verdween rechtstreeks naar de softwareleveranciers. Een wet die het gebruik van AORTA zou moeten verplichten werkt contraproductief. Dit wordt dan vanuit de overheid verplicht, waardoor de gebruiker alsnog geen intrinsieke motivatie heeft (Van Gibbels 2011). Ondanks vele acties van VWS en Nictiz om commitment bij de apothekers te bereiken, wordt dit anders ervaren en is er geen gevoel van eigenaarschap van het landelijk EPD (Van Twist 2012).

## 5.6 Algemene conclusie

Voor een apotheker wordt het steeds belangrijker om te kunnen beschikken over een actueel gedeeld medicatiedossier, voor het verbeteren van de patiëntveiligheid. Zo’n zeven jaar geleden leidde verschillende belangen van stakeholders, naar een gemeenschappelijk doel om het regionale OZIS hiervoor te gebruiken. Het delen van medicatie-informatie van ‘hun eigen’ klanten met andere apothekers was ondergeschikt en woog niet op tegen de mogelijkheid om de farmaceutische zorg voor de patiënt te verbeteren. Bij de implementatie van het landelijk EPD (zeven jaar later) is dit ook het geval, ondanks dat AORTA nu niet meer actief is. Dat informatie op landelijk niveau gedeeld zou gaan worden en meer partijen tot de farmaceutische markt kunnen toetreden weerhield de apothekers er niet van om een koppeling met het LSP te nemen. De sociale componenten waren echter niet in balans met de technische componenten en de fit tussen deze componenten is onvoldoende bereikt (Berg et al. 2003). Hierdoor raakte het technische systeem niet ingebed en dit zorgde wel voor weerstand om AORTA te (blijven) gebruiken.

Een apotheker heeft overigens nauwelijks belang bij het delen van medicatie-informatie op landelijk niveau, omdat zij zelden patiënten van buiten de regio krijgen. Bovendien hebben patiënten wel de mogelijkheid om over te stappen naar een andere apotheker, maar hiervan maken zij nauwelijks gebruik. Mede hierdoor vinden de apothekers dat van echte concurrentie geen sprake is. Voor de apothekers heeft het dan ook de voorkeur om een uitgebreider medicatiedossier op regionaal niveau in te richten, omdat dit niveau voor hen beter beheersbaar is.

## 5.7 Aanbevelingen

Bij het plannen van dit soort implementaties moet een duidelijke visie aanwezig zijn en moet er duidelijkheid zijn over wat nu precies geïmplementeerd moet gaan worden. Er moet een bepaald belang bij de stakeholders aanwezig zijn die, in dit geval, een landelijk EPD legitimeert. Dan hoeven er wellicht geen verplichtende maatregelen, zoals wetgeving of dwang van verzekeraars, toegepast te worden. Daarbij moet er wel rekening gehouden worden met de toekomstige ontwikkelingen, zoals een hoger eigen risico waardoor patiënten meer kostenbewust en kritischer naar hun zorgaanbieder kunnen worden. Ook is het van belang om bij de implementatie rekening te houden met de ervaren barrières om het systeem te gebruiken. Financiën, tijdsbeperking en technische barrières zijn hierbij de belangrijkste oorzaken om een EPD niet te accepteren in de praktijk (McGinn et al. 2011). Het ervaren nut van het systeem en motivatie om het EPD te gebruiken zijn factoren die er wel voor kunnen zorgen dat een EPD geaccepteerd wordt.

 Het is noodzakelijk om dit soort implementaties stapsgewijs te doen en de gebruikers bij dit proces te betrekken, omdat zij de beste kennis hebben om hun eigen praktijk en het technische systeem te ontwikkelen (Berg et al. 2003). In het begin van de implementatie gaat er veel tijd naar deze ontwikkelingen toe, waardoor apothekers minder klanten kunnen zien. Door ervoor te zorgen dat er voor, tijdens en na de implementatie experts beschikbaar zijn, wordt deze periode zo kort mogelijk gehouden. Belangrijk hierbij is dat de gebruikers vertrouwen hebben in de beslissingen die genomen worden en het gevoel hebben dat zij invloed kunnen uitoefenen. Tot slot moet rekening gehouden worden met het gevoel van ongelijkheid bij het toekennen van vergoedingen door verzekeraars, voor een koppeling met het LSP.

# Hoofdstuk 6: Discussie

In dit hoofdstuk wordt kritisch gekeken naar de aanpak van het onderzoek en de rol van de onderzoeker.

## 6.1 Onderzoeksopzet

Dit onderzoek beschrijft een situatie op een bepaald moment en dit zou een nadeel kunnen zijn. De belangrijkste concepten zijn namelijk marktwerking en gedeelde medicatiedossiers en juist deze zijn de laatste jaren enorm in ontwikkeling en deze blijven zich de komende jaren ontwikkelen. Een onderzoek waarbij dezelfde apothekers gedurende een aantal jaren gevolgd zouden worden in deze ontwikkelingen zou meer inzicht geven in de veranderende kijk op het delen van informatie. Dat dit onderzoek voor een deel met een eerder onderzoek vergeleken kon worden is een voordeel, omdat ook hier blijkt dat er een verandering in visie heeft plaatsgevonden, ook in het verschil tussen regionaal en landelijk delen van informatie. Op deze manier ontstaat er wel enig beeld van een veranderde visie, alleen niet bij dezelfde apothekersgroep.

## 6.2 Theoretische achtergrond

In eerste instantie was ervoor gekozen om het institutionele perspectief als theorie te gebruiken voor dit onderzoek. Deze theorie zou inzicht geven in de wijze waarop de apotheker om zou gaan met het dilemma van delen van informatie in zijn marktpositie, ervan uitgaande dat de oorzaak van dit dilemma te vinden zou zijn in een aantal diepgewortelde institutionele waarden. Het is een theorie die kijkt naar de mechanismes die het sociale gedrag bepalen of beperken. Omdat er nauwelijks onderzoeken naar het EPD gedaan zijn vanuit dit perspectief, leek het een goed idee om van hieruit theorie te vormen. Gaandeweg de voorbereiding van dit onderzoek bleek dit echter geen ‘passende’ theorie te zijn, mede vanwege het korte tijdsbestek. De sociaal-technische theorie bleek geschikter om de wederzijdse invloed tussen een technische innovatie en de gebruiker (met zijn omgeving) te begrijpen. Op deze manier kon een beter inzicht gegeven worden in de invloed die een elektronisch gedeeld medicatiedossier uitoefende in het apothekersveld. Bovendien zijn er veel meer onderzoeken naar het EPD gedaan vanuit sociaal-technische perspectief en dit maakte het mogelijk om de conclusies van het onderzoek van Stoop et al. (2007) te vergelijken met de huidige situatie.

 Deze vergelijking is van meerwaarde geweest om de visie en het gedrag van apothekers door een bepaalde tijd te plaatsen. Stoop et al. (2007) concluderen in hun onderzoek dat het moment in tijd belangrijk is geweest. Deze conclusie klinkt nogal breed, maar is na dit onderzoek beter te begrijpen. Met AORTA blijkt dat het nog geen geschikt moment was om de verschillende tegenstrijdige belangen in de richting van een gezamenlijk doel te drijven. Ook de dynamische context wordt met dit onderzoek duidelijker doordat de technische innovatie niet helemaal aansloot bij de praktijk en de wensen van de zorgaanbieders. AORTA mistte een aantal stappen in een gezamenlijk doel die ervoor zorgde dat, net als bij OZIS, een stakeholder niet zou kunnen stoppen. Dit zou bereikt kunnen worden door de stakeholders van begin af aan het gevoel te geven dat ze afhankelijk waren van AORTA. Naast het moment zijn er nog een aantal andere aspecten die een belangrijke rol hebben gespeeld bij het laten slagen van het landelijk EPD. Bij de implementatie van AORTA waren nog teveel onduidelijkheden over de positie van de zorgaanbieders, de relatie tussen het systeem en de zorgaanbieder en de vorm die het EPD moest gaan krijgen. Dit is ook wat uit de review van Greenhalgh et al. (2009) naar voren komt. Van te voren was niet de verwachting dat de invoering van AORTA naadloos zou verlopen. Wel was de verwachting dat de apothekers de voordelen van het systeem zouden inzien en dat het de efficiëntie van het primaire proces zou verbeteren. In de praktijk is echter gebleken dat het veel tijd kost om gebruik te maken van AORTA, wat voor de apothekers onder andere gezorgd heeft voor demotivatie. De apothekers hebben het verschil tussen het systeem en hun praktijk niet kunnen overbruggen, doordat zij zich niet gehoord hebben gevoeld. De efficiëntie van het primaire zorgproces is niet ervaren en ook voor efficiëntie van de secundaire werkzaamheden was het systeem nog onvoldoende voorbereid. Apothekers zijn van mening dat een kleiner, lokaal systeem beter werkt en beter beheersbaar is dan een groot landelijk EPD. Op lokaal niveau zien de apothekers wel de voordelen en meer mogelijkheid tot efficiëntie. De conclusies van Greenhalgh et al. (2009) waren in de tijd van het onderzoek van Stoop et al. (2007) nog niet bekend. Hun advies om een vergelijking tussen onderzoeken over een bepaalde tijd te maken, biedt een waardevolle aanvulling doordat zij inzicht geven in een aantal tegenstrijdige aspecten die ook in Nederland van toepassing zijn.

Dat apothekers op regionaal niveau weinig vertrouwen zouden hebben in de samenwerking, is met dit onderzoek lastig te bevatten. Apothekers zijn nu op regionaal- en clusterniveau bezig om de samenwerking met andere zorgaanbieders (ook apothekers) te versterken. Hierdoor speelt AORTA nauwelijks een rol in de marktwerking van de apothekers, doordat het patiëntenbelang voorop staat en niet het ondernemersbelang. Dit was met OZIS ook het geval. In die zin geeft dit onderzoek geen vernieuwde informatie, behalve dat nu duidelijk is dat het niveau van informatiedeling geen invloed heeft op de concurrentiepositie en apothekers niet bang zijn om hierdoor klanten te verliezen. Dit geldt ook voor de nieuwe toetreders op de markt, waarvan de invloed wel voelbaar is, maar die geen extra druk in de marktpositie oplevert. Dit was ten tijde van het onderzoek van Stoop et al. (2007) wel de verwachting. Nu blijkt dat apothekers zien dat de thuisapotheek geen stand houdt en het patiëntenverloop beperkt is. De apothekers geloven in hun eigen competenties en lijken bij de patiënten toch de meerwaarde te hebben boven een drogisterij, een politheek en een internetapotheek.

## 6.3 Dataverzameling

Er zijn bijna 30 apothekers gevraagd om mee te werken, en een derde hiervan was bereid om een interview te geven. De meest gehoorde reden om niet mee te werken is door tijdgebrek. Apothekers zijn opvallend druk, ze krijgen steeds telefoon en er worden tijdens de interviews regelmatig vragen aan ze gesteld door hun assistenten. Een interessante vraag die buiten het bereik van dit onderzoek ligt is wat deze druk(te) voor de apothekers veroorzaakt? Zijn er (te) veel patiënten of moet de apotheker zo druk zijn om zich staande te kunnen houden in het krachtenveld van concurrentie, wet- en regelgeving en zorgverzekeraars?

Voor dit onderzoek zijn tien zelfstandige openbare apothekers geïnterviewd. Deze groep bestond uit acht mannelijke en twee vrouwelijke apothekers. Omdat de aansluiting met de landelijke infrastructuur in deze periode niet werkzaam is geweest, was het niet mogelijk om apothekers te interviewen die een aansluiting hadden. Er is voor gekozen om ook apothekers te interviewen die geen voorstander zijn van een landelijk gedeeld medicatiedossier, om juist een kritische noot te horen en de nadelen van landelijk delen mee te nemen in dit onderzoek. Aangezien dit onderzoek zich richt op marktwerking in het apothekersveld is de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) gevraagd om te interviewen. De reden hiervoor is dat zij een algemeen inzicht kunnen geven over de ontwikkeling in de marktwerking in Nederland, ook bij de apothekers. Zij twijfelden echter of het binnen hun verantwoordelijkheid viel om hier iets over te zeggen en daarna is, na herhaaldelijke herinneringen, niets meer van hen vernomen. Ook is ervoor gekozen om een medewerker van de KNMP te interviewen. De KNMP kijkt vanuit een andere visie en met een ander belang naar dit onderwerp. Omdat zij niet direct te maken hebben met de marktwerking in het werkveld, is hun neutrale en deskundige blik over informatiedeling en concurrentie meegenomen. Daarbij zijn zij wel één van de initiatiefnemers in het organiseren van de doorstart van een landelijk EPD.

Voorafgaand aan het onderzoek is de veronderstelling gedaan dat zelfstandige apothekers meer invloed van de marktwerking zouden ondervinden dan ketenapotheken. De reden hiervoor was dat uit de literatuur naar voren kwam dat zij meer gericht zijn op hun kostprijzen en het behouden en verkrijgen van patiënten. Tijdens het onderzoek is een aantal apothekers geïnterviewd die ook voor een ketenapotheek gewerkt hebben en onduidelijk is nu wie de meeste invloed ondervindt van de marktwerking en het delen van hun informatie. Ketenapotheken hebben aanzienlijk meer overheadkosten en lijken meer klanten aan zelfstandige apothekers te verliezen. Het zou dan ook relevante informatie opleveren om dezelfde onderzoeksvragen bij de ketenapothekers neer te leggen en te onderzoeken hoe zij aankijken tegen het delen van informatie in hun marktpositie.

 Dit onderzoek is gedaan in een regio waar de verdeling van de patiënten over de apothekers een redelijk vaststaand gegeven is. Patiënten stappen niet zo snel over naar een andere apotheker. Voor een vervolgonderzoek kan dit twee consequenties hebben. Ten eerste is bij de interviews gevraagd om redenen dat patiënten wel overstappen naar een andere apotheker. Deze vragen zouden beter op zijn plaats zijn bij de patiënten zelf. In een vervolgonderzoek zou het daarom interessant zijn om hun motivatie verder te exploreren door patiënten zelf als informatiebron te gebruiken. Ten tweede is de regio van dit onderzoek geen gebruikelijke regio voor vakantiegangers. Slechts één apotheker gaf aan regelmatig patiënten te ontvangen die in dat dorp op vakantie waren. Deze onderzoeksvraag zou daarom nog eens gesteld kunnen worden in een regio met apothekers die veel vakantiegangers ontvangen, om te achterhalen of daar meer belang wordt gehecht aan een landelijk gedeeld medicatiedossier en wat de invloed hiervan is voor hun marktpositie.

 Tot slot is er aan de apothekers gevraagd om documenten ten aanzien van gedeelde medicatiedossiers, marktwerking en de implementatie van het landelijk EPD. Geen van de geïnterviewde apothekers had de beschikking over deze documenten. De communicatie hierover verliep vaak per mail en werd niet bewaard. Daar tegenover staat dat de apothekers wel veel konden vertellen over de invloed van informatiedeling op de marktpositie, terwijl er in de openbare documenten geen informatie over te vinden is. Het KNMP beschikte wel over documenten met betrekking tot de implementatie. Het aantal gebruikte documenten is daarom enigszins beperkt en richt zich voornamelijk op de implementatie van AORTA.

## 6.4 Resultaten

Dat fouten en ongeregeldheden in een gedeeld medicatiedossier zichtbaar kunnen worden voor anderen en dit ten kosten gaat van een doorverwijzing naar hen, is niet iets waar de apotheker zich mee bezig lijkt te houden. Een reden hiervoor zou kunnen zijn dat patiënten weinig gebruik maken van de mogelijkheid om over te stappen. Bovendien krijgen zij toch wel voldoende patiënten binnen via de aangrenzende en/of samenwerkende huisartsen. De verwachting dat een apotheker als zelfstandig ondernemer grote invloed zou ondervinden van een gedeeld dossier in de marktpositie is dan ook niet geheel terecht. In deze marktpositie is echter wel een grote rol weggelegd voor de zorgverzekeraar. Wat opvalt is dat de relatief kleine apothekers helemaal geen inspraak bij de zorgverzekeraars ervaren en zij nauwelijks van echte marktwerking spreken. In de theoretische achtergrond is het idee gewekt dat er juist wel sprake zou zijn van marktwerking, doordat apothekers door de prestatiebekostiging en vrij onderhandelbare tarieven meer gedwongen worden om zich als zorgverlener en ondernemer te gedragen. Zorgverzekeraars hebben de macht en zijn te groot om zich druk te maken om de kleine apotheken. Ten eerste kost dit veel tijd en ten tweede wordt maar een klein deel van het klantenbestand van de zorgverzekeraar bereikt. Bovendien zijn er apotheken genoeg waardoor de zorgverzekeraar wel de mogelijkheid heeft om een kritische vergelijking te maken en een keuze te maken voor een andere apotheek om wel te contracteren.

 Vanuit de literatuur werd ook duidelijk dat apothekers zich meer als zorgverlener moeten en willen opstellen in plaats van alleen de logistiek van geneesmiddelen te regelen. De relatie met patiënten en huisarts speelt hierbij een belangrijke rol. Er zijn patiënten die nogal privacygevoelige informatie vertellen en dit kan alleen als de relatie op wederzijds vertrouwen is gebaseerd. Bovendien speelt dit vertrouwen ook een rol in de informatievoorziening naar apothekers toe. Dat apothekers voor een groot deel vertrouwen op de informatie die patiënten hen verschaffen is opvallend. Hiermee wordt een verantwoordelijkheid bij de patiënt neergelegd en vertrouwen zij dus op die informatie. Apothekers kiezen hiervoor, omdat zij geen beter alternatief hebben. Een echt gedeeld EPD bestaat nog niet en het is niet werkbaar om van alle verschillende zorgaanbieders op te vragen wat voor informatie die van de patiënt heeft. Het uitvragen van de patiënt en eventuele onduidelijkheden navragen bij andere zorgaanbieders is voor de apothekers nu de beste manier om patiënt veilige zorg te kunnen leveren.

 Een van de doelen van een gedeeld EPD is om de communicatie tussen zorgaanbieders te bevorderen, waardoor het aantal fouten verminderd omdat zij dan meer complete informatie hebben over de patiënt. In de praktijk is dit doel slechts voor een deel behaald. De communicatie tussen zorgaanbieders verliep helemaal niet vlekkeloos door de verschillende apotheek informatiesystemen. Ondanks dat de naadloze implementatie niet verwacht werd, waren de technische voorwaarden van de systemen nog niet optimaal (Greenhalgh et al. 2009). Bovendien waren niet alle zorgaanbieders even accuraat met bijhouden of deelname aan AORTA. Ook gebruiken patiënten medicatie die zonder recept verkrijgbaar is. De betrouwbaarheid van de beschikbare informatie wordt dan ook door bepaalde apothekers in twijfel getrokken. Ondanks dat ook de literatuur tegenstrijdig is over de voordelen voor de patiëntveiligheid zijn nagenoeg alle apothekers ervan overtuigd dat een gedeeld EPD hier wel degelijk een belangrijke bijdrage aan levert. Een gedeeld dossier verbetert dus de patiëntveiligheid, maar men is hierop wel kritisch door zo’n systeem als hulpmiddel te gebruiken. Bovendien geldt ook hier dat er geen beter alternatief is en het een stap is in de richting van patiënt veiligere zorg.

 Mogelijke andere voordelen van een EPD worden in de praktijk niet genoemd. Het zou tijd moeten besparen, maar in de praktijk blijkt het veel meer tijd te kosten. Een mogelijke reden hiervoor is dat raadplegen van het LSP naast de gebruikelijke methoden van informatievoorziening werd gebruikt en men in de apotheek nog onvoldoende ingespeeld was op het systeem. Daarvoor hebben apothekers te kort gebruik kunnen maken van AORTA, maar wel lang genoeg om de beschreven nadelen te kunnen ervaren. Deze nadelen, in combinatie met een flink te betalen bedrag, zorgden ervoor dat apothekers terughoudend en wantrouwend werden naar AORTA. Ook werd het belang bij een koppeling met het LSP voor de apothekers op dat moment steeds kleiner en dit is opvallend. Een mogelijke reden hiervoor is dat een zelfstandig apotheker een rekensom maakt die voor hem negatief uitvalt, omdat hij ervoor moet betalen, maar er zelf niks van terugziet.

 Daarnaast had het landelijk gedeeld EPD een project van de zorgaanbieders moeten worden, maar dit is in de praktijk niet zo ervaren. Een reden hiervoor zou kunnen zijn dat niet alle betrokkenen hetzelfde doel voor ogen hadden en zelfs tegenstrijdige belangen vertoonden. Bij de implementatie zijn wel barrières en problemen ervaren, maar deze zorgden er niet voor dat apothekers onwelwillend werden ten aanzien van AORTA. Ook de wetgeving, zoals de WGBO en de mogelijkheid voor het aandienen van nieuwe, concurrerende apotheken veroorzaakte geen onwelwillendheid. Voor hen was het belangrijker om de kwaliteit van hun dienstverlening te verbeteren en in AORTA zagen zij hiervoor mogelijkheden.

# Literatuurlijst

Barendrecht, J.M. Van den Berg, M.F.M. Tjong Tjin Tai, T.F.E. Zegveld, C.B.M.C. 2008. *Aansprakelijkheden rond het EPD*. Tilburg: Universiteit van Tilburg.

Berg, M. 1999. ‘Accumulating and Coordinating: Occasions for Information Technologies in Medical Work.’ *Computer Supported Cooperative Work* 8:373-401.

Berg, M. 2003. ‘The search for synergy: interrelating medical work and patient care information systems.’ *Methods Inf. Med.* 42:337-344.

Berg, M. Aarts, J. Lei, van der J. 2003. ‘ICT in Health Care: Sociotechnical Approaches.’ *Methods Inf Med* 42(4):297-301.

Boockvar, K.S. Livote, E.E. Goldstein, N. Nebeker, J.R. Siu, A. Fried, T. 2010. ‘Electronic Health Records and Adverse Drug Events after Patient Transfer.’ *Qual Saf Health Care* 19(5):1-5.

CIBG. 2012. *Big-register*. [aangehaald op 29-02-2012]. Bereikbaar op http://www.bigregister.nl

Coiera, E. 2006. ‘Putting the technical back into socio-technical systems research.’ *International Journal of Medical Informatics* 76(1):98-103.

Collier, D. 1993. ‘The Comparative Method.’ *Political Science: The State of the Discipline II*. Washington DC: American Political Science Association.

Cresswell, K.M. Worth, A. Sheikh, A. 2012. ‘Integration of a nationally procured electronic health record system into user work practices.’ *BMC Medical Informatics and Decision Making* 12(15):1-12.

Gibbels, M. 2011. ‘Interview Bettine Pluut: Het nut van het EPD was onduidelijk’. *Ict-zorg* 12(4).

Greenhalgh, T. Potts, H.W.W. Wong, G. Bark, P. Swinglehurst, D. 2009. ‘Tensions and Paradoxes in Electronic Patient Record Research: A Systematic Literature Review Using the Meta-narrative Method.’ *The Milbank Quarterly* 87(4):729-788.

IGZ. 2008. *Elektronische gegevensverwerking in en tussen apotheken op dit moment onbetrouwbaar*. 28 april 2008.

Informatiepunt landelijk EPD voor zorgprofessionals. 2011. [aangehaald op:19-11-2011]. Bereikbaar op http://www.informatiepuntepd.nl/page/Home/Algemeen.

Kaplan, B. 2001. ‘Evaluating Informatics Applications – Some Alternative Approaches: Theory, Social Interactionism, and Call for Methodological Pluralism.’ *International Journal of Medical Informatics* 64(1):39-56.

Khangura, S. Grimshaw, J. Moher, D. 2010. *Evidence Summary: Electronic Health Records (EHRs)*. Ottawa: Canadian Institutes of Health Research.

KNMP 1. 2012. *KNMP stuurt brief naar Tweede Kamer*. [aangehaald op:29-04-2012] Bereikbaar op: http://www.knmp.nl/nieuws/knmp-nieuws/knmp-nieuwsberichten-2012/brief-aan-tweede-kamer

KNMP 2. 2012. [aangehaald op 01-05-2012]. Bereikbaar op http://www.knmp.nl/medicijnen-zorgverlening/medicatieveiligheid

KNMP 3. 2012. *Veranderingen in de farmaceutische zorg: de gevolgen in beeld*. Den Haag: KNMP.

Kuenen, J.W. Van Osselaer, J. 2011. *Prijsliberalisering in de farmaceutische zorg: Een impactanalyse*. Amsterdam: The Boston Consulting Group.

Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn. 2011. ‘Vrije Tarieven Apotheek Vanaf 2012.’ *De Eerstelijns: magazine voor de samenwerkende zorgverlener* 3(5):12-15.

Ludwick, D.A. & Doucette, J. 2009. ‘Adopting electronic medical records in primary care: Lessons learned from health information systems implementation experience in seven countries.’ *International Journal of Medical Informatics* 78:22-31.

May, C. Finch, T. Mair, F. Mort, M. 2005. ‘Towards a wireless patient: Chronic Illness, scarce care and technological innovation in the United Kingdom.’ *Social Science & Medicine* 61:1485-1494.

McGinn, C.A. Grenier, S. Duplantie, J. Shaw, N. Sicotte, C. Mathieu, L. Leduc, Y. Légare, F. Gagnon, M. 2011. ‘Comparison of user groups’ perspectives of barriers and facilitators to implementing electronic health records: a systematic review.’ *BMC Medicine* 9(46)1-10.

Minister van VWS 1. 13 januari 2011. *Brief 27 529: Informatie- en Communicatietechnologie (ICT) in de Zorg.*

Minister van VWS 2. 2 mei 2011. *Beantwoording vragen vaste commissie van VWS over Elektronisch Patiëntendossier (EPD)*.

Mortelmans, D. 2009. *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden.* Leuven: Acco.

Nationaal Kompas Volksgezondheid. 2012. *Wat doen openbare apothekers en hoe zijn ze georganiseerd?* [aangehaald op 29-02-2012]. Bereikbaar op http://www.nationaalkompas.nl/zorg/eerstelijnszorg/openbare-apotheken/wat-doen-openbare-apothekers-en-hoe-zijn-ze-georganiseerd

Nederlandse Zorgautoriteit. 2008. *Flexibel apothekerstarief in 2009*. [aangehaald op 19-02-2012]. Bereikbaar op http://www.nza.nl/publicaties/nieuws/129549

Nictiz. 2005. *Inrichting operationeel Landelijk Schakelpunt: plan van aanpak*. Leidschendam: Nictiz.

Nictiz. 2011. [aangehaald op: 19-11-2011]. Bereikbaar op http://www.nictiz.nl

OZIS. 2010. *Jaarplan Stichting OZIS 2011*. Bussum: Stichting OZIS.

OZIS. 2011. [aangehaald op: 19-11-2011]. Bereikbaar op http://www.ozis.nl

Phipps, D.L. Noyce, P.R. Parker, D. Ashcroft, D.M. 2009. ‘Medication safety in community pharmacy: a qualitative study of the sociotechnical context.’ *BMC Health Services Research* 9(158).

Pirnejad, H. Bal, R. Stoop, A.P. Berg, M.2007. ‘Inter-organisational communication networks in healthcare: centralised versus decentralised approaches.’ *International Journal of Integrated Care* 7:1-12.

Reddy, M.C. Dourish, P. Pratt, W. 2001. ‘Coordinating Heterogeneous Work: Information and Representation in Medical Care.’ *Proceedings of European Conference on Computer Supported Cooperative*. 239–258.

Servicecentrum Zorgcommunicatie. 2012. [aangehaald op: 07-04-2012]. Bereikbaar op: http://www.sczorg.nl

Shekelle, P.G. Goldzweig, C.L. 2009. *Costs and Benefits of Health Information Technology*. London: Health Foundation for Southern California Evidence-Based Practice Center, RAND Corporation.

Stichting Farmaceutische Kengetallen. 2011. *Data en feiten 2011: Het jaar 20120 in cijfers*.

Stoop, A.P. Bal, R. Berg, M. 2007. ‘OZIS and the politics of safety: Using ICT to create a regionally accessible patient medication record.’ [*International Journal of Medical Informatics*](http://www.sciencedirect.com/science/journal/13865056) 76: 229-235.

Van Twist, M.J.W. Schulz, J.M. Chin-A-Fat, N.M.H. Scherpenisse, K.J. Van der Steen, M. Eiff, V. ’t Hart, P. (2012). *Het EPD Voorbij? Evaluatie Besluitvormingsproces Kaderwet Elektronische Zorginformatie-uitwisseling*. Den Haag: NSOB.

Velzel, E. 2011. *Afspraken voor de doorstart van de LSP infrastructuur*. Vereniging van Zorgaanbieders i.o.

VZVZ. 2012. [aangehaald op: 09-04-2012]. Bereikbaar op http://www.vzvz.nl

Wears, R.L. Berg, M. 2005. ‘Computer Technology and Clinical Work: Still Waiting for Godot.’ *JAMA* 293(10):1261-1263.

White, J. 2008. ‘Problems of Comparative Qualitative Research.’ London School of Economics.

# Bijlage 1: Kenmerken respondenten

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Functie | Geslacht | Geschatte leeftijd (jaar) | Regio | Voorstander LSP |
| Respondent 1 | Apotheker / eigenaar | M | 35 – 40  | Utrecht | Ja |
| Respondent 2 | Apotheker / beheerder | M | 30 – 35 | Utrecht | Ja |
| Respondent 3 | Apotheker / eigenaar | M | 40 – 45  | Utrecht | Nee |
| Respondent 4 | Apotheker / eigenaar | M | 30 – 35  | Utrecht | Ja |
| Respondent 5 | Apotheker / eigenaar | M | 45 – 50  | Utrecht | Ja |
| Respondent 6 | Apotheker / eigenaar | M | 40 – 45  | Utrecht | Ja |
| Respondent 7 | Apotheker / beheerder | V | 30 – 35  | Utrecht | Nee |
| Respondent 8 | Apotheker / eigenaar | M | 50 – 55  | Utrecht | Ja |
| Respondent 9 | Apotheker / eigenaar | M | 50 – 55 | Utrecht | Ja |
| Respondent 10 | Apotheker / beheerder | V | 35 – 40  | Utrecht | Ja |
| Respondent 11 | Programmamanager KNMP | V | 35 – 40 | Den Haag | Ja |

# Bijlage 2: Vragenprotocol

Openbare apotheker

* Wat kenmerkt de openbare apotheker t.o.v. andere apothekers?
* Waar houdt de openbare apotheker zich mee bezig?
* Wat is het werkgebied van de openbare apotheker?
* Hoe is het werkgebied van de openbare apotheker georganiseerd?

Toepassing gedeeld informatiedossier

* Wanneer gebruikt de openbare apotheker een elektronisch informatiedossier?
* Wat voor informatie is in dit dossier te vinden?
* Welke informatie wordt gedeeld?
* Wat zijn de voordelen van een gedeeld informatiedossier?
* Wat zijn de nadelen van een gedeeld informatiedossier?
* Op welk niveau wordt deze informatie gedeeld?
* Met wie wordt deze informatie gedeeld?
* Welke informatie zoekt de openbare apotheker in een gedeeld informatiedossier van patiënten die niet bij hem/haar horen?

Belangen gedeelde medicatiedossiers

* Wat is de reden dat de openbare apotheker een medicatiedossier gebruikt?
* Wat is de reden dat de openbare apotheker dit dossier deelt?
* Wat zijn redenen om dit dossier niet te delen?
* Hoe past een gedeeld dossier in zijn rol als zorgaanbieder?
* Hoe past een gedeeld dossier in zijn rol als zelfstandig ondernemer?

Marktpositie van de apotheker

* Op welke wijze wordt er normaal gesproken samengewerkt met andere apothekers?
* Hoe zit dit met dienstwaarnemingen?
* In hoeverre ervaart de openbare apotheker concurrentie in zijn werkveld?
* Hoe gaat de openbare apotheker om met deze concurrentie?
* Op welke wijze past de openbare apotheker zijn gedrag aan, omwille van de concurrentie?
* In hoeverre speelt informatiedeling een rol bij deze aanpassing?

Regionaal vs landelijk EPD

* In hoeverre wordt de openbare apotheker betrokken bij de implementatie van een regionaal en landelijk EPD?
* Hoe ziet deze implementatie eruit?
* Wat is de reden dat openbare apothekers wel of geen gebruikmaken van het regionale en/of het landelijk EPD?
* Hoe kijken openbare apothekers aan tegen een regionaal en landelijk medicatiedossier in relatie tot hun marktpositie?
* Wat is de reden dat koepelorganisaties de landelijke infrastructuur in de lucht willen houden, volgens de openbare apotheker?
* In hoeverre worden openbare apothekers gestimuleerd om gebruik te maken van het landelijk EPD?
* In hoeverre worden openbare apothekers geremd om gebruik te maken van het landelijk EPD?

# Bijlage 3: Thema’s en codes

Thema: Kenmerken apotheken

* Kenmerken openbare apotheek
* Kenmerken zelfstandige apotheek
* Belang als ondernemer
* Visie op ondernemen

Thema: Marktwerking

* Invloed concurrentie
* Concurrentie
* Ervaren marktwerking
* Invloed marktwerking
* Concurrentie en informatiedeling

Thema: Dossier

* Toepassing AIS
* Verantwoordelijkheid dossier
* Belangen dossier
* Informatievoorziening

Thema: Informatiedeling

* Kenmerken en toepassing OZIS en LSP
* (Niet) gedeelde informatie
* Voordelen gedeeld medicatiedossier
* Nadelen gedeeld medicatiedossier
* Alternatieve informatiedeling
* Invloed gedeeld medicatiedossier
* OZIS v.s. LSP

Thema: Andere partijen

* Samenwerking zorgaanbieders
* Invloed zorgverzekeraar
* Invloed keten
* Rol van KNMP

Thema: Implementatie

* Stimulans gebruik LSP
* Barrière en nadeel gebruik LSP
* Belang LSP
* Implementatie en betrekken van zorgaanbieders
* Lessen voor toekomstige implementatie
* Alternatieven