



Protocollaire Zorg

Curasoft: meer dan alleen ondersteuning?

Dit onderzoek in het kader van de bachelor opdracht Gezondheidswetenschappen verbonden aan de Universiteit Twente zal protocollaire zorg belichten. Er wordt nadruk gelegd op de rol van ICT in het ondersteunen van protocollaire zorg, specifiek gekeken naar Curasoft en wat de toegevoegde waarde van Curasoft is volgens de gebruiker.

Samenvatting

De Nederlandse gezondheidszorg is continu in verandering. Een belangrijke verandering die nu nog steeds plaats vindt is de toename van het gebruik en het belang van protocollen. De afgelopen jaren is ook de vraag naar transparantie in de gezondheidszorg toegenomen. Het gebruik van protocollaire zorg om aan de vraag naar meer transparantie te voldoen is bijna vanzelfsprekend. Bij het gebruik van protocollaire zorg is het over het algemeen makkelijker om resultaten op te slaan en inzichtelijker te maken, als gevolg van de gestandaardiseerde methoden (protocollen). Allereerst moeten protocollen gestructureerd vastgesteld en opgeslagen worden. Vervolgens moeten protocollen geïmplementeerd en gevolgd worden. Als laatste moeten resultaten die direct of indirect uit deze protocollen volgen op een gestandaardiseerde wijze inzichtelijk gemaakt worden zodat transparantie geboden wordt en resultaten met elkaar vergeleken kunnen worden.

Het werken aan de hand van (meer) protocollen vraagt om meer administratieve handelingen. Nieuwe technologie zou hier een oplossing moeten bieden: het samenbrengen van protocollen, gegevens en resultaten op één (digitale) locatie zodat het proces van protocollaire zorg voldoende ondersteund wordt. Het probleem is echter het kunnen aantonen van de toegevoegde waarde van het in één digitale toepassing samenbrengen van protocollen, gegevens en resultaten zodat het proces van protocollaire zorg voldoende ondersteund wordt en resultaat van zorg meetbaar en inzichtelijk wordt.

Dit onderzoek bestaat uit drie pijlers. Allereerst is een eenduidige definitie van protocollaire zorg opgesteld die de meest belangrijke aspecten als het gaat om dit soort zorg beschrijft: *“Een combinatie van logisch opeenvolgende protocollen en ondersteunende activiteiten die de leidraad vormen voor het zorgtraject, waarbij toetsing van verzamelde gegevens indien nodig leidt tot aanpassingen in protocollen, ondersteunende activiteiten en aangeboden zorg”*. Een groot onderdeel van deze definitie volgt uit wetgeving omtrent de zorg, die erg uitgebreid is.

De tweede pijler bespreekt het theoretische nut van ICT in het ondersteunen protocollaire zorg. Allereerst wordt het proces rondom protocollaire zorg beschreven en wordt is bij elke stap geïdentificeerd welke rol ICT kan spelen. Vervolgens is aan de hand van het Technology Acceptance Model belicht welke aspecten van belang zijn als een ICT toepassing succesvol wil zijn. Dit model leidt ook tot een aantal concepten en indicatoren die gemeten worden in het gebruikersonderzoek onder de derde pijler.

De derde pijler bevat het empirische gebruikersonderzoek waarin gebruikers van Curasoft (een ICT toepassing die protocollaire zorg ondersteunt) de voor hun toegevoegde waarde hebben kunnen aangeven. Hieruit volgde dat Curasoft een voldoende scoorde op belangrijke gebieden zoals tijdwinst op langere termijn en de kwaliteit van geleverd werk. Echter heeft Curasoft een belangrijke inhaalslag te maken als het gaat om gebruiksgemak.

Vanuit de drie pijlers van het onderzoek volgt dat de toegevoegde waarde van Curasoft zich bevindt in het kwalitatief verbeteren van het werk, de mogelijkheid tot het voldoen aan allerlei vaktechnische eisen en tijdwinst op langere termijn, tevens in het inzichtelijker maken van de eigen werkzaamheden, de verwachtingen aan en de uitkomsten van het eigen werk.

Inhoudsopgave

SAMENVATTING.....	1
INLEIDING	4
CURASOFT	5
VRAAGSTELLING.....	6
PROTOCOLLAIRE ZORG	7
ICT IN ZORG	7
CURASOFT	8
PLAN VAN AANPAK	9
THEORETISCH ONDERZOEK.....	9
EMPIRISCH ONDERZOEK	9
ANALYSE EN CONCLUSIE	9
DEFINITIE PROTOCOLLAIRE ZORG.....	10
PROTOCOL	10
RICHTLIJN OF PROTOCOL	10
ZORGPROTOCOLLEN	10
PROTOCOLLAIRE ZORG	11
ZORG IN DEFINITIE EN WET.....	13
GEREGULEERDE ZORG	13
TOEZICHT EN CONTROLE.....	15
AANDACHTSGEBIEDEN	15
KWALITEIT & VEILIGHEID.....	15
BETAALBAARHEID	17
PRIVACY.....	18
OVERIG.....	18
OVERREGULERING	18
KOPPELING THEORIE: UITGANGSPUNTEN ONDERZOEK.....	20
GEBRUIK UITGANGSPUNTEN.....	21

ICT IN DE ZORG.....	22
ICT ALS ONDERSTEUNING VOOR (PROTOCOLLAIRE) ZORG.....	22
ICT EN PROTOCOLLAIRE ZORG	24
ZORGTRAJECT	25
ONDERSTEUNING.....	26
OVERZICHT	27
IMPLEMENTATIE EN GEBRUIK VAN ICT IN DE ZORG	28
GEBRUIKERS	28
INFORMATIE	29
SUCCES VAN ICT IN PROTOCOLLAIRE ZORG	29
CURASOFT.....	31
METHODE GEBRUIKERSONDERZOEK	35
SELECTIE VAN GEBRUIKERS	35
DAADWERKELIJKE SELECTIE	36
GEGEENSVERZAMELING	36
VRAGEN	37
RESULTATEN	38
CONCLUSIES GEBRUIKERSONDERZOEK.....	46
CONCLUSIE & DISCUSSIE.....	48
EERSTE PIJLER: PROTOCOLLAIRE ZORG.....	48
TWEDE PIJLER: ICT IN ZORG	49
DERDE PIJLER: CURASOFT	50
EINDCONCLUSIE	50
DISCUSSIE	51
BIBLIOGRAFIE.....	52
BIJLAGE: VRAGENLIJST.....	54

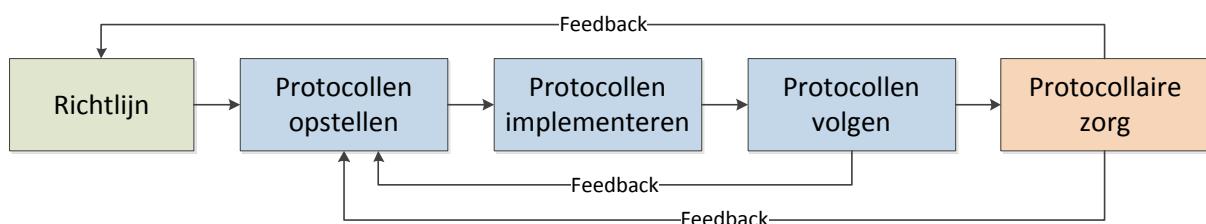
Inleiding

De Nederlandse gezondheidszorg is continu in verandering. Voornamelijk de afgelopen twee decennia zijn de veranderingen zowel qua omvang als qua impact toegenomen. Een goed voorbeeld van een grote verandering in de gezondheidszorg is de marktwerking die de laatste vijftien tot twintig jaar een steeds grotere rol speelt. Een ander voorbeeld is het verplicht afsluiten van een (basis)zorgverzekering sinds 2006, wat gepaard gaat met een acceptatieplicht vanuit de zorgverzekeraars (Zorgverzekeraars Nederland, 2011). Een bijkomend gevolg van deze verandering (en misschien ook wel de bedoeling) is de daarmee gepaard gaande daling van de last op de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten).

Een andere verandering die nu nog steeds plaats vindt is de toename van het gebruik en het belang van protocollen. Uiteraard kent de gezondheidszorg al sinds het ontstaan protocollen voor specifieke handelingen, zij het als een handleiding voor bijvoorbeeld een standaard lichamelijk onderzoek. De laatste tijd worden protocollen echter breder opgevat en toegepast. Behalve specifieke protocollen voor specifieke activiteiten worden protocollen nu ook op grotere schaal gebruikt binnen (en buiten) het zorgtraject gebruikt. Een huisarts kan bijvoorbeeld standaard een vragenlijst zoals de VAS (Visueel Analoge Schaal) afnemen en de verdere diagnose baseren op de score die volgt uit de lijst (Crichton, 2001). Dit is een voorbeeld van een diagnoseprotocol (een protocol dat gericht is op het helpen bij het stellen van een diagnose). De reden voor de toename van het gebruik van protocollen is voornamelijk de toename naar de vraag naar transparantie in de zorg.

De afgelopen jaren is de vraag naar transparantie in de gezondheidszorg toegenomen. Enerzijds moet deze transparantie dienen als middel voor kwaliteitscontrole, anderzijds moet aan de hand van transparantie meer inzicht gegeven worden in de alsmaar stijgende zorgkosten.

Het gebruik van protocollaire zorg om aan de vraag naar meer transparantie te voldoen is bijna vanzelfsprekend. Bij het gebruik van protocollaire zorg is het over het algemeen makkelijker om resultaten op te slaan en inzichtelijker te maken, als gevolg van de gestandaardiseerde methoden (protocollen). Meer protocollaire zorg zou dus voor meer transparantie moeten zorgen. Dan moet uiteraard wel aan een aantal eisen voldaan worden. Allereerst moeten protocollen gestructureerd vastgesteld en opgeslagen worden. Vervolgens moeten protocollen geïmplementeerd en gevolgd worden. Als laatste moeten resultaten die direct of indirect uit deze protocollen volgen op een gestandaardiseerde wijze inzichtelijk gemaakt worden zodat transparantie geboden wordt en resultaten met elkaar vergeleken kunnen worden.



Afbeelding 1: Van richtlijn naar protocollaire zorg

De vraag naar meer transparantie zorgt voor een toenemende vraag en gebruik van protocollaire zorg. Meer inzicht vraagt om meer structuur en vastlegging. Protocollaire zorg biedt deze structuur en mogelijkheden om activiteiten en stappen hiervan te registreren. Dit vraagt om meer administratieve handelingen. Nieuwe technologie zou hier een oplossing moeten bieden: het

samenbrengen van protocollen, gegevens en resultaten op één (digitale) locatie zodat het proces van protocollaire zorg voldoende ondersteund wordt. Wanneer deze technologie voldoende functioneert (dat wil zeggen: slaagt in het ondersteunen van protocollaire zorg) kan resultaat uit zorg zichtbaar worden gemaakt en zo wordt aan de vraag om meer transparantie voldaan. Hierdoor is het mogelijk om gemakkelijker (vergeleken met de oude situatie van lokale/papieren gegevensopslag) de kwaliteit en kosten te beoordelen, tevens als eventuele stijging (of daling) van beiden.

De mogelijkheden van ICT binnen de zorg (in het bijzonder het idee van het EPD) bieden eventueel ook een uitkomst voor de toename van de zogenaamde protocollaire zorg. Voor een zorg leverende organisatie zou het vastleggen en gebruiken van protocollen met behulp van ICT een oplossing kunnen bieden wanneer er meer gebruik gemaakt gaat worden van protocollaire zorg. Ook voor de communicatie naar buiten toe, die belangrijk is in een tijd waarin meer transparantie verwacht wordt, kan een dergelijke oplossing nuttig zijn. Wanneer je al je gegevens op één plaats hebt is het makkelijker om hier gegevens uit te halen en die te presenteren (in theorie). Een probleem bij dergelijke systemen is vaak de complexiteit en het aantonen van het nut van het systeem, zowel naar de buitenwereld als binnen de organisatie.

Samenvattend kan de volgende probleemstelling geformuleerd worden:

Probleemstelling

Het nog niet kunnen aantonen van de toegevoegde waarde van het in één digitale toepassing samenbrengen van protocollen, gegevens en resultaten zodat het proces van protocollaire zorg voldoende ondersteund wordt en resultaat van zorg meetbaar en inzichtelijk wordt.

Curasoft

Dit onderzoek zal kijken naar de rol van ICT bij het ondersteunen van protocollaire zorg. Specifiek zal gekeken worden naar het softwarepakket genaamd Curasoft waar allerlei aspecten die binnen protocollaire zorg vallen samen komen. Aan de hand van een theoretisch onderzoek over protocollaire zorg en de rol van ICT (in het bijzonder Curasoft) hierin en een empirisch aspect waarbij gekeken wordt naar de waargenomen toegevoegde waarde door gebruikers in de praktijk.

Vraagstelling

Om vanuit de probleemstelling een onderzoek te vormen is een goede vraagstelling belangrijk. Deze vraagstelling zal in het meest ideale geval tot een oplossing leiden voor het probleem, of in elk geval een aanleiding of verduidelijking van een mogelijke oplossing geven. In de probleemstelling wordt gezocht naar een manier om protocollen etcetera samen te brengen met als doel het ondersteunen van protocollaire zorg en zichtbaar en meetbaar maken van zorg. Zoals vermeld in de inleiding is Curasoft in beginsel een oplossing voor dit probleem. Het is nu zaak om te kijken naar de toegevoegde waarde van Curasoft zoals vermeld in de probleemstelling.

Omdat dit onderzoek Curasoft centraal stelt als oplossing voor de probleemstelling zal het verwerkt worden in de hoofdvraag, die als volgt luidt:

Hoofdvraag

Wat is de toegevoegde waarde van Curasoft in het ondersteunen van protocollaire zorg en het meetbaar en inzichtelijk maken van zorg?

De hoofdvraag en daarmee dit onderzoek bestaan in feite uit drie pijlers. Elke pijler bevat een verschillend onderdeel van het onderzoek en wanneer de drie pijlers samen worden genomen volgt een geheel onderzoek naar de toegevoegde waarde van Curasoft in het ondersteunen van protocollaire zorg. Hieronder volgt een schematische weergave van deze drie pijlers, met vervolgens een uitleg van elk onderdeel uit de afbeelding.



Afbeelding 2: Schematische weergave drie pijlers.

De scherpe lezer zal opmerken dat binnen de pijlers in feite simpelweg een weergave zijn van de deelvragen. Echter een schematische weergave als deze geeft adequaat weer hoe het onderzoek uit drie te onderscheiden onderdelen bestaat, waarbij een kanttekening gemaakt moet worden dat het

empirisch gebruikersonderzoek binnen de derde pijler “Curasoft” valt. Het behandelen van de drie pijlers gebeurt gedurende het onderzoek chronologisch, hoewel de specifieke vragen onder elk onderdeel niet puntsgewijs beantwoord gaan worden. De antwoorden op de deelvragen volgen vanzelf gedurende het onderzoek en zijn als het ware een hulpmiddel om structuur te geven aan het onderzoek.

Protocollaire zorg

De eerste pijler heeft betrekking tot protocollaire zorg. Gezien het feit dat het onderzoek protocollaire zorg betreft is het belangrijk om eerst vast te stellen wat precies onder protocollaire zorg verstaan wordt. Voordat specifiek gekeken kan worden naar de rol van ICT en Curasoft moet ook in zijn algemeenheid uitgelegd worden waar protocollaire zorg uit bestaat en hoe dit ondersteund wordt. Daarbij is de gezondheidszorg een gebied waar veel regels en wetgeving aan verbonden zit, logisch gezien het feit dat de zorg betrekking heeft op mensenlevens.

Wanneer dus over (protocollaire) zorg gepraat wordt en voordat eventuele mogelijkheden van ICT besproken wordt is het dus belangrijk om eerst uiteen te zetten waar een organisatie die (protocollaire) zorg levert aan moet voldoen. Hieruit volgt vervolgens ook de noodzaak (en verplichting) van transparantie, zodat gelijk duidelijk is waarom zorg meetbaar en inzichtelijk gemaakt moet worden.

De eerste deelvraag betreft dan ook de protocollaire zorg. Deze vraag is erop gericht om een beeld te geven wat in dit onderzoek verstaan wordt onder protocollaire zorg (meer dan alleen een definitie).

Deelvraag 1

Wat is protocollaire zorg en waarom wordt deze meetbaar en inzichtelijk gemaakt?

Deze deelvraag is in principe op te delen in drie subvragen. Wat wordt verstaan onder protocollaire zorg? Hoe ondersteun je protocollaire zorg? Waar moet een zorgorganisatie aan voldoen met betrekking tot het leveren van (protocollaire) zorg? Antwoord op deze drie vragen geeft een basis voor het beantwoorden van de hoofdvraag.

ICT in Zorg

De afgelopen decennia hebben ICT toepassingen wereldwijd hun intrede gedaan in alle aspecten van de maatschappij. Zowel in het privéleven alsmede op het werk krijgt iedereen te maken met ICT. Binnen de zorg is ICT echter altijd het buitenbeentje geweest. Het is dus belangrijk om allereerst te bekijken wat ICT precies kan betekenen in de zorg en dan specifiek bij het ondersteunen en meetbaar en inzichtelijk maken van protocollaire zorg. Vervolgens moet gekeken worden naar de problemen van ICT in de zorg die ertoe leiden dat ICT altijd al een buitenbeentje is geweest, zodat oplossingen voor deze problemen geïdentificeerd kunnen worden.

De tweede deelvraag heeft logischerwijs betrekking tot de theoretische rol en toegevoegde waarde van ICT binnen (protocollaire) zorg en kijkt naar de problemen die daarmee gepaard gaan.

Deelvraag 2

Wat is de rol van ICT met betrekking tot protocollaire zorg?

Deze tweede deelvraag is op te delen in drie subvragen. Wat kan ICT betekenen binnen de protocollaire zorg? Welke problemen zijn er bij (implementatie van) ICT toepassingen in de zorg? Wat is de potentiële toegevoegde waarde van ICT in protocollaire zorg? Wanneer deze drie vragen beantwoord zijn en zo de deelvraag beantwoord is, is het tweede deel van de basis voor het beantwoorden van de hoofdvraag gelegd.

Curasoft

Curasoft is een ICT toepassing die zaken als planning, protocollen en dossiers samenvoegt in één applicatie. Op die manier probeert het om de rol van ICT in de zorg zoals in dit onderzoek besproken in te vullen. Deze derde pijler richt zich op het functioneren en de toepassing van Curasoft en kijkt naar de toegevoegde waarde van Curasoft. Dit gebeurt aan de hand van een gebruikersonderzoek waarin gebruikers aan kunnen geven of zij verschil merken tussen de huidige situatie waarin Curasoft gebruikt wordt en de situatie waar Curasoft nog niet gebruikt werd. Tevens kunnen zij een waarde oordeel vellen over het eventuele verschil. Op die manier kan zowel vanuit de theorie als de empirie de toegevoegde waarde van Curasoft aangetoond worden.

De derde deelvraag kijkt naar Curasoft. Het oorspronkelijke doel en de werking van Curasoft worden hierin belicht, zodat een beeld gegeven wordt van wat Curasoft precies doet en voor ogen heeft met betrekking tot het ondersteunen van protocollaire zorg, tevens het meetbaar en inzichtelijk maken van zorg.

Deelvraag 3

Hoe vult Curasoft de rol van ICT in de zorg in?

Deze deelvraag kan opgedeeld worden in drie subvragen. Hoe wordt Curasoft gebruikt in een praktijksituatie? Zien gebruikers verschil tussen de situatie met en zonder Curasoft? Hoe wordt het verschil beoordeeld? Antwoord op deze drie vragen geeft een beeld van de rol van Curasoft betreffende protocollaire zorg en de beoordeling van hoe Curasoft deze rol uitvoert.

Plan van aanpak

Dit onderzoek zal zowel een theoretische als een empirische kant kennen. Het idee is om deze enigszins vloeiend in elkaar over te laten lopen. De theoretische kant is er vooral op gericht om protocollaire zorg te belichten, evenals de rol van ICT in (protocollaire) zorg te beschrijven. Dit levert materiaal waartegen het empirische deel afgezet kan worden. Het verslag begint met een inleiding, waarna vervolgens een probleemstelling wordt gevormd, waaruit de onderzoeksvraag volgt. Deze onderzoeksvraag wordt opgedeeld in verschillende deelvragen. Het beantwoorden van al deze deelvragen leidt tot een antwoord op de hoofdvraag.

Theoretisch onderzoek

Het eerste deel van dit onderzoek is voornamelijk theoretisch. Allereerst wordt een definitie van protocollaire zorg opgesteld. Vervolgens zal bekeken worden naar de wettelijke kant van zorg en zullen vragen als “Waar moet zorg aan voldoen?” en “Waar moeten organisaties aan voldoen?” behandeld worden. Deze twee delen gecombineerd leiden tot een aantal uitgangspunten dat gebruikt wordt in de rest van het onderzoek. Vervolgens wordt gekeken naar hoe ICT ondersteunt bij het voldoen aan de eisen gesteld in de uitgangspunten, specifiek zal dan gekeken worden naar hoe Curasoft dat doet.

Het theoretische onderzoek gebeurt aan de hand van het zoeken van bestaande literatuur en het logisch presenteren van de belangrijkste informatie uit deze literatuur en andere bronnen, om zo een basis te presenteren waarop het hele onderzoek berust. Deze basis heeft als doel om protocollaire zorg duidelijk te omschrijven, de verplichtingen voor de organisatie vanuit de wet- en regelgeving om deze zorg te kunnen leveren en om de theoretische rol en het nut van ICT in het ondersteunen van deze protocollaire zorg uiteen te zetten.

De literatuur die gezocht gaat worden zal vanuit twee vakgebieden komen. Allereerst zal literatuur gezocht gaan worden met behulp van Scopus en Google Scholar omtrent protocollaire zorg, en bij gebrek daaraan naar literatuur omtrent richtlijnen en protocollen in de gezondheidszorg. Op het gebied van ICT zal vooral gezocht worden naar literatuur op het gebied van ICT in de Zorg. Het koppelen van informatie uit alle literatuur van beide vakgebieden (naast eigen inzicht en logisch nadenken) zullen de theoretische basis vormen voor dit onderzoek.

Empirisch onderzoek

Het empirische onderzoek bestaat uit een onderzoek onder gebruikers van Curasoft. Hierin zal gemeten worden in hoeverre zij zelf toegevoegde waarde zien in het gebruik van Curasoft. Dit zal gebeuren aan de hand van een korte vragenlijst die verstuurd wordt naar gebruikers van Curasoft. Hierin beantwoorden zij vragen omtrent gebruiksgemak, flexibiliteit enzovoort.

Analyse en conclusie

Nadat het theoretische en empirische onderzoek gedaan zijn kunnen deze aan elkaar gekoppeld worden en kan het empirisch onderzoek afgezet worden ten opzichte van wat er in de theorie naar voren is gekomen. Enerzijds wordt er vanuit de theoretische benadering gekeken naar hoe Curasoft de rol van ICT in het ondersteunen van protocollaire zorg opvangt en uitvoert, anderzijds wordt gekeken of de gebruikers van Curasoft zelf ook toegevoegde waarde zien in het systeem.

Definitie Protocollaire zorg

Om de basis te leggen voor het onderzoek is het belangrijk om een goede definitie van protocollaire zorg als uitgangspunt te nemen. In dit deel zal geprobeerd worden om zoveel mogelijk aspecten van protocollaire zorg mee te nemen in deze definitie.

Protocol

Voordat gekeken kan worden naar de gehele term protocollaire zorg is het belangrijk om eerst duidelijk te maken wat precies verstaan wordt onder de term “protocol”. De meest simpele definitie

pro-to-col *het; o -len* **1** authentiek, woordelijk verslag **2** tot in detail geregeld programma van een vorstelijk bezoek enz. **3** geheel van vastgelegde regels en afspraken op een bepaald gebied **4** (*comp*) geheel van regels voor de uitwisseling van gegevens

van een protocol kan gevonden worden in elk woordenboek of online encyclopedie (Van Dale, 2011).

Vooraf de derde betekenis is van belang voor een protocol in de gezondheidszorg, een simpele definitie van protocollen die ook betrekking hebben op de gezondheidszorg is dan ook (TheSaurus, 2011):

Protocollen:

Vastgestelde voorschriften en regels die aangeven welke handelingen en procedures in welke volgorde en onder welke omstandigheden verricht worden

Richtlijn of protocol

Wanneer gesproken wordt over voorschriften wordt gelijk gedacht aan richtlijnen. Vaak worden de termen richtlijn en protocol als synoniemen gebruikt. Hoewel de twee in elkaars verlengde liggen, is er wel degelijk een verschil. Over het algemeen wordt een protocol gezien als een uitwerking van een richtlijn. Waar een richtlijn bepaalt “wat er gedaan kan worden”, wordt in een protocol vastgelegd “hoe iets gedaan moet worden” (Slagter, 2011). Richtlijnen worden daarom vaak op hoog niveau in de organisatie vastgelegd, waar een protocol vaak meer lokaal gericht is, zodat rekening gehouden kan worden met de mogelijkheden en beperkingen van de lokale situatie (Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde, 2010).

Gelet op de bewoording van een richtlijn en protocol in voorgaand stuk biedt een richtlijn meer vrijheid dan een protocol. Let wel dat over het algemeen de handelingsvrijheid van een zorgprofessional in acht wordt genomen bij het opstellen van protocollen.

Zorgprotocollen

Wanneer specifieker gekeken wordt naar protocollen binnen de gezondheidszorg kan gesproken worden van zorgprotocollen. Een brede definitie hiervan is belangrijk omdat een protocol op allerlei gebieden gebruikt kan worden binnen de gezondheidszorg en niet alleen “de te volgen behandeling van een patiënt” betekend (TheSaurus, 2011).

Zorgprotocol:

Een geheel van op schrift gestelde taakafspraken en organisatorische procedures tussen zorgaanbieders; om de kwaliteit van het zorgaanbod te optimaliseren.

Binnen deze definitie kan een aantal zaken erg breed genomen worden. Allereerst kunnen taakafspraken en organisatorische procedures zodanig breed opgevat worden dat bijvoorbeeld ook agendavorming en planning hieronder valt, evenals behandelstappen en financiële afhandeling. Vervolgens kan een “zorgaanbieder” ook breed opgevat worden. In eerste instantie wordt bij zorgaanbieder vaak gedacht aan een instantie zoals een ziekenhuis, echter zijn bijvoorbeeld fysiotherapeuten en verpleegkundigen ook zorgaanbieders. Kwaliteit van het zorgaanbod kan eveneens breed genomen worden, zo is bijvoorbeeld (toegenomen) transparantie ook een vorm van kwaliteit.

Gedurende de rest van dit onderzoek zal deze definitie in de meest brede zin van het woord gebruikt worden.

Protocollaire zorg

Wat is dan precies protocollaire zorg? De naam impliceert dat er sprake is van zorg die bestaat uit een reeks zorgprotocollen. In de ideale situatie zou protocollaire zorg als volgt gezien kunnen worden:

Protocollaire zorg

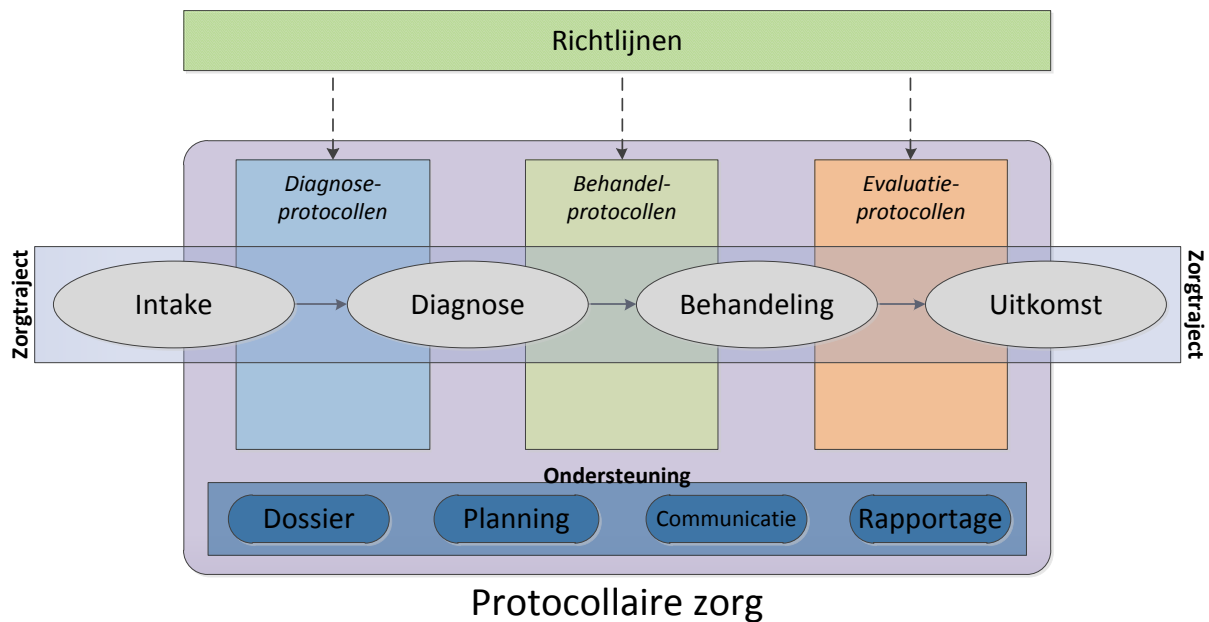
Een zorgtraject van begin tot eind dat volledig bestaat uit een logische opeenvolging van zorgprotocollen relevant voor de aandoening.

Binnen de context van dit onderzoek zou in de volgende situatie sprake zijn van een ideaal (protocollaire) zorgtraject: Een patiënt komt binnen bij de zorgverlener, waarna de zorgverlener volgens protocol (denk aan een voorgeschreven vragenlijst) symptomen achterhaalt. Deze symptomen leiden volgens protocol (bijvoorbeeld de score van de vragenlijst) tot een diagnose. Vanuit een volgend protocol volgt de meest toepasselijke behandeling. De behandeling kent vervolgens haar eigen behandelprotocollen. Dit opeenvolgende traject van zorgprotocollen die elkaar logisch opvolgen (zagezegd geprotocolleerd) leidt uiteindelijk tot een gezonde cliënt.

Een dergelijke situatie is echter zodanig zeldzaam dat het lastig is om protocollaire zorg te zien als een vastgelegd traject dat altijd gevolgd dient te worden, dus moet afgeweken worden van het idee dat een protocol gevolgd móét worden. In dit onderzoek zal uitgegaan worden van deze opvatting: Een (zorg)protocol dient ter ondersteuning voor het zorgtraject en is niet uitputtend.

Duidelijk moet zijn dat een zorgprotocol een onderdeel is van het zorgtraject, niet andersom. Een zorgtraject waarin gebruikt wordt gemaakt van protocollen (wederom in brede zin) kan dus gezien worden als protocollaire zorg.

Om samen te vatten volgt hieronder een schematische weergave van zorgprocessen, het zorgtraject, protocollen en protocollaire zorg. Tevens is in dit overzicht de invloed van richtlijnen opgenomen om aan te geven dat richtlijnen vanuit de organisatie (of vanuit een hogere instantie zoals de overheid) invloed hebben op het gehele gebied van protocollaire zorg, zowel de verschillende vormen van protocollen alsmede de ondersteunende activiteiten.



Afbeelding 3: Schematische weergave protocollaire zorg.

Het zorgtraject, dat horizontaal loopt, bestaat simpel gezien uit vier stappen. De intake is over het algemeen de allereerste stap, waarbij een zorgverlener (bijvoorbeeld een huisarts) een eerste gesprek heeft met de patiënt om symptomen te achterhalen. Gedurende deze intake kan de zorgverlener gebruik maken van verschillende (diagnose)protocollen, die uiteindelijk leiden tot een diagnose. Vervolgens kan aan de hand van (behandel)protocollen een behandelplan opgesteld worden. Als laatste wordt er aan de hand van (evaluatie)protocollen gemeten of de gewenste uitkomst bereikt is, wanneer dat niet het geval is kan eventueel de behandeling aangepast worden.

Een belangrijk aspect van protocollaire zorg en de ondersteuning die daarbinnen plaats vindt die niet is weergegeven in bovenstaand schema is de aanwezigheid van feedback. Hierboven werd al vermeld dat evaluatieprotocollen een vorm van feedback zijn waarbij wordt bekeken of een bepaalde uitkomst gewenst is en of de behandeling aangepast moet worden. Dit is een vorm van feedback die binnen één specifiek zorgtraject plaats vindt bij één patiënt en arts. Echter kan er, onder andere vanwege de dossiervorming en rapportage die plaats vindt bij protocollaire zorg, ook feedback over meerdere patiënten heen plaats vinden. Deze feedback kan leiden tot het eventuele aanpassen van de protocollen zelf, bijvoorbeeld wanneer in meerdere gevallen eenzelfde afwijking plaats vindt van de richtlijn.

De combinatie van het gebruik van de verschillende protocollen in het zorgtraject valt in dit onderzoek onder protocollaire zorg, evenals ondersteunende activiteiten zoals agendavorming (planning), het bijhouden/digitaliseren van het patiënten dossier (in de vorm van het Elektronisch Patiënten Dossier), wederzijdse communicatie tussen verschillende zorgverleners en de rapportage naar uitvoerenden, hoger management en eventueel externe partijen. Concluderend zal protocollaire zorg als volgt beschouwd worden gedurende de rest van het onderzoek:

Protocollaire zorg

Een combinatie van logisch opeenvolgende protocollen en ondersteunende activiteiten die de leidraad vormen voor het zorgtraject.

Zorg in definitie en wet

Zorg is een breed begrip met veel aspecten. Het is daarom belangrijk om een definitie te nemen die deze breedte weergeeft en afbakt. Daarna kan gekeken worden naar wat zorg precies is en waar zorg bij wet aan moet voldoen. In verschillende woordenboeken zijn verschillende definities te vinden, echter de volgende twee definities zijn het meest passend.

Definitie 1:

Zorg (zelfst. naamw. m.) – 1) Wat je doet voor iets of iemand die hulp of aandacht nodig heeft

Definitie 2:

Zorg 1) Behoedzame Overweging
2) Verpleging, voorzien in een behoefte

Beide definities spreken over het voorzien in een behoefte, echter de tweede definitie stelt daar nog een toepasselijke en logische definitie van zorg (in de zin van: “Met zorg handelen”) naast, namelijk een “behoedzame overweging”. Naar mijn idee is deze toevoeging erg toepasselijk en illustreert deze waarom zorg gecontroleerd en gereguleerd wordt.

Gereguleerde zorg

De gezondheidszorg is één van de meest gereguleerde aandachtsgebieden van de Nederlandse overheid. Er zijn drie organisaties die de taak hebben om toezicht te houden op de zorg, namelijk de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) (Landelijk Overleg Versterking Eerstelijns, 2011). De oorzaken die ten grondslag liggen aan de grote hoeveelheid toezicht en regulering zijn divers:

1. Zorg heeft in meeste gevallen te maken met het welzijn en de gezondheid van mensen. De waarde die gehecht wordt aan veiligheid en zekerheid is daardoor erg hoog, waardoor regulering op het gebied van kwaliteit en veiligheid erg belangrijk is.
2. De gezondheidszorg is één van de duurste posten op de jaarlijkse begroting van de Nederlandse overheid. Doordat de uitgaven vanuit deze post voornamelijk gefinancierd worden vanuit belastinggeld is regulering op het gebied van uitgaven en inkomsten erg belangrijk. Daarbij brengt het feit dat openbare gelden gebruikt worden voor de financiering ook nog de vraag naar transparantie met zich mee. De invoering van marktwerking in de zorg bracht ook het gevaar op kartelvorming met zich mee, waar ook voor gewaakt moet worden.
3. Privacy is in Nederland een belangrijk punt waar vaak veel over te discussiëren valt. Het is aangenomen dat patiëntgegevens erg gevoelige informatie is als het gaat om privacy, wat het belangrijk maakt om de verspreiding van en toegang tot deze gegevens te reguleren.

De waarborging en regulatie van deze drie gebieden (kwaliteit, betaalbaarheid en privacy) ligt vastgesteld in verschillende wetten. De kwaliteit en veiligheid wordt voornamelijk gewaarborgd in de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KWZ), Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi), de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (WBIG), de betaalbaarheid is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet (ZVW),

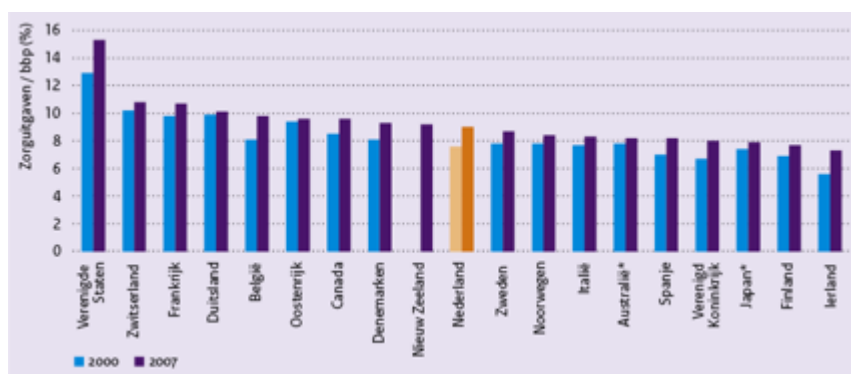
Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en Wet marktordening gezondheidszorg (WMG), en ten slotte is de privacy vastgelegd in onder andere de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg (WGBS) en de Wet bescherming persoonsgegevens (WBP). Verder zijn ook de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ) en Wet Arbeid en Zorg (WAZ) van toepassing op de gezondheidszorg.

Hieronder in een schema weergave een overzicht van de (belangrijkste) wetten die betrekking hebben op de drie verschillende aandachtsgebieden en een kolom met overige wetten die op één of andere manier betrokken zijn bij gezondheidszorg wetgeving.



Afbeelding 4: Schematische weergave wetgeving gezondheidszorg

Het aantal wetten dat van toepassing is op de zorg naast het aantal instanties dat toezicht houdt benadrukt dat de gezondheidszorg een erg belangrijk gebied is als het gaat om kwaliteit, veiligheid, betaalbaarheid en privacy. Kwaliteit en veiligheid zijn sinds het opkomen van de Nederlandse verzorgingsstaat altijd het kernpunt geweest van wetgeving betreffende de gezondheidszorg. De afgelopen twee decennia is de betaalbaarheid belangrijker geworden mede door de explosief stijgende kosten de afgelopen jaren. De discussie omtrent het EPD heeft tevens het belang van privacy in de zorg benadrukt.



Afbeelding 5: Kosten van de gezondheidszorg als percentage van het BBP vergeleken met andere landen (Ministerie van VWS, Zorgbalans 2010, 2010)

Toezicht en Controle

Om nog even terug te komen op de drie autoriteiten die de taak hebben om toezicht te houden op de zorg (NZa, NMa en de IGZ). De NMa is niet specifiek opgericht om toezicht te houden op de zorg, echter heeft zij wel de taak gekregen binnen de zorg (oneerlijke) concurrentie in de gaten te houden. De NZa houdt sinds oktober 2006 toezicht op de WMG, de ZVW en de AWBZ. Haar belangrijkste taken als marktmeester in de zorg zijn: advisering, regulering, toezicht en handhaving (NZa, 2011). De IGZ is een orgaan van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en heeft als taak de volksgezondheid te waarborgen door effectieve handhaving van de kwaliteit van zorg (Ministerie van VWS, Organisatie, 2011).

Een vierde, nog niet eerder genoemde, instelling die op een bepaalde manier met regulering in de zorg te maken heeft is het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP, 2011). Dit onafhankelijke college is bij wet (de WBP) opgedragen om toezicht te houden op het gebruik en de bescherming van persoonsgegevens, ook in de zorg als het gaat om patiëntendossiers en dergelijke. Zij is dus verantwoordelijk voor de waarborging van de privacy in de zorg.

Kort samenvattend zijn er dus vier instanties die toezicht houden op de drie aandachtsgebieden in de regulering van de gezondheidszorg: de NZa (Betaalbaarheid), de NMa (Betaalbaarheid), de IGZ (Kwaliteit & Veiligheid) en het CBP (Privacy).

Aandachtsgebieden

Om structuur te geven aan dit bacheloronderzoek zullen een aantal uitgangspunten uiteen gezet worden waaraan theorie en empirie gekoppeld kan worden, deze uitgangspunten zullen grotendeels gebaseerd worden op de definities van zorg en protocollaire zorg, evenals de wetgeving betreffende de gezondheidszorg. Uit deze wetgeving (zie schema) zullen de belangrijkste punten gehaald worden die een indicatie geven van waar een bepaalde zorginstelling aan moet voldoen voor onder andere het uitvoeren van haar werkzaamheden en de financiering daarvan.

Na het uiteenzetten van deze aandachtsgebieden en het koppelen daarvan aan de theorie omtrent protocollaire zorg kan vanuit theorie en praktijk gekeken worden of in eerste instantie Curasoft voldoet aan de eisen die volgen uit de uitgangspunten, waarna vervolgens gekeken wordt naar de toegevoegde waarde van Curasoft.

Kwaliteit & Veiligheid

Onder het aandachtsgebied Kwaliteit & Veiligheid vallen zoals vermeld drie wetten: de Kwaliteitswet Zorginstellingen, de Wet Toelatingseisen Zorginstellingen en de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg. De belangrijkste onderdelen van deze wetten worden hier besproken.

In de KWZ komt onder artikel 2 gelijk een erg belangrijke wet ter sprake, die kort samenvat welk eisenpakket er gesteld wordt aan zorginstellingen.

KWZ Artikel 2

De zorgaanbieder biedt verantwoorde zorg aan. Onder verantwoorde zorg wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd op de reële behoefte van de patiënt.

Artikel 3 breidt vervolgens dit belangrijke tweede artikel uit door de zorgaanbieder de taak op te leggen om voldoende zorg te dragen voor zodanig personeel en materieel dat verantwoorde zorg geleverd kan worden en dat deze systematisch bewaakt wordt.

Voor dit onderzoek is het vermelden van geheel artikel 4 van belang. Dit artikel waarborgt de verzameling, opslag en het gebruik van gegevens betreffende kwantiteit en kwaliteit van de zorg. In de huidige samenleving is transparantie een belangrijk aandachtsgebied in de gezondheidszorg, zoals aangegeven in de inleiding. Dit artikel speelt in op de vraag naar transparantie.

KWZ Artikel 4

1 Het uitvoeren van artikel 3 omvat mede de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg.

2 Ter uitvoering van het eerste lid draagt de zorgaanbieder, afgestemd op de aard en omvang van de instelling, zorg voor:

- a) het op systematische wijze verzamelen en registreren van gegevens betreffende de kwaliteit van de zorg;*
- b) het aan de hand van de gegevens, bedoeld onder a, op systematische wijze toetsen in hoeverre de wijze van uitvoering van artikel 3 leidt tot een verantwoorde zorgverlening*
- c) het op basis van de uitkomst van de toetsing, bedoeld onder b, zonodig veranderen van de wijze waarop artikel 3 wordt uitgevoerd.*

Als het gaat om transparantie in de zorg wordt in artikel 5 vermeld dat de zorgaanbieder naast het verzamelen van relevante gegevens tevens verantwoordelijk is voor het jaarlijks openbaar maken van deze gegevens middels een jaarrapportage. De rest van de wet betreft voornamelijk zaken omtrent handhaving en toezicht.

De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst uit het Burgerlijk Wetboek betreft overeenkomsten gesloten tussen patiënt en zorgverlener. Met betrekking tot dit onderzoek is één artikel uit deze wet dermate belangrijk dat het citeren hiervan noodzakelijk is.

WGBO (BW) Artikel 454

1 De hulpverlener richt een dossier in met betrekking tot de behandeling van de patiënt. Hij houdt in het dossier aantekening van de gegevens omtrent de gezondheid van de patiënt en de te diens aanzien uitgevoerde verrichtingen en neemt andere stukken, bevattende zodanige gegevens, daarin op, een en ander voor zover dit voor een goede hulpverlening aan hem noodzakelijk is.

Dossiervorming (zoals eerder genoemd in dit onderzoek onder het onderdeel *protocolaire zorg*) is bij wet verplicht zoals in artikel 454 vermeld. Andere artikelen in de WGBO betreffen de verplichtingen van een zorgverlener ten opzichte van de patiënt wanneer een zorgovereenkomst gesloten wordt. Dit zijn verplichtingen als het geheim houden van het dossier (privacy), opzegging van de

overeenkomst en het verplicht informeren van de patiënt over (gevolgen van) behandelingen (indien niet schadelijk voor de behandeling).

De Wet Toelating Zorginstellingen bevat regel- en wetgeving betreffende het opzetten van nieuwe zorginstellingen en tevens de (vraag naar) bouw daarvan. Echter bevat deze geen wetsartikelen die specifiek betrekking hebben tot dit onderzoek. Dit is tevens het geval voor de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg, waar de eisen en taken omtrent individuele zorgverleners geregeld wordt.

Een belangrijk punt uit de WBIG om in het kader van dit onderzoek te vermelden is de vastlegging van voorbehouden handelingen in deze wet. Als het gaat over protocollaire zorg in combinatie met ketenzorg (protocollaire zorg die geleverd wordt door meerdere type artsen) dan is het belangrijk om vast te stellen wie wat mag doen naar gelang de wet dat toelaat. Gedurende het onderzoek wordt er echter vanuit gegaan dat aan deze eisen voldaan wordt en dat ICT geen specifieke toegevoegde waarde zal hebben op dit gebied (behalve dan dat bijvoorbeeld de planning rekening houdt met wie wat wel en niet mag doen).

Betaalbaarheid

De drie wetten die onder het aandachtsgebied betaalbaarheid vallen zijn de Zorgverzekeringswet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de Wet Marktordening Gezondheidszorg. Hieronder volgen de belangrijkste punten die betrekking hebben tot dit onderzoek.

De Zorgverzekeringswet betreft onder andere de verzekeringsplicht van de Nederlandse burger en de plicht van de verzekeraar om een degelijk basispakket aan te bieden, echter bevat de wet geen specifieke regelgeving die van toepassing is op dit onderzoek. Hetzelfde geldt voor de AWBZ, waarin algemene bepalingen worden vermeld betreffende vergoedingen van ziektekosten waarvoor de verzekeraar niet aansprakelijk gesteld kan worden. De Wet Marktordening Gezondheidszorg bevat wel wat belangrijke punten. Als eerste Artikel 36 lid 1.

WMG artikel 36 lid 1

Zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars voeren een administratie waaruit in ieder geval de overeengekomen en geleverde prestaties blijken, alsmede wanneer die prestaties zijn geleverd, aan welke patiënt onderscheidenlijk aan welke verzekerde die prestaties door een zorgaanbieder zijn geleverd, de daarvoor in rekening gebrachte tarieven en de in verband daarmee ontvangen of verrichte betalingen of vergoedingen aan derden.

Dit artikel komt qua inhoud bijna overeen met eerder genoemd artikel betreffende gegevensverzameling en opslag, echter gaat het hier specifiek over de mogelijkheid tot het uiteenzetten van financiële kosten (en baten) van geleverde prestaties (in de meeste gevallen: zorg). Een volgend artikel gaat verder op artikel 36 door de zorgaanbieder aansprakelijk te stellen voor het zorgvuldig en tijdig informeren van de patiënt/cliënt over het gestelde tarief.

WMG artikel 38 lid 1

Zorgaanbieders informeren hun patiënten tijdig en zorgvuldig omtrent het voor de prestatie in rekening te brengen tarief.

Verderop in artikel 38 wordt de zorgaanbieder ook nog de verantwoordelijkheid gegeven voor het zodanig presenteren en openbaar maken van bovengenoemde gegevens dat de patiënt/cliënt zelf een overwogen keuze kan maken op basis van een kosten/kwaliteit vergelijking.

Privacy

De wetgeving omtrent privacy in de vorm van de Wet Bescherming Persoonsgegevens en de Wet Gebruik Burgerservicenummer in de Zorg zijn vrij extensief in het vastleggen van rechten en plichten van zowel de burger alsmede de instellingen die gegevens gebruiken/vastleggen. Alle belangrijke wetten citeren zou te veel onnodige informatie opleveren, echter is de kern van de wetgeving wel belangrijk, namelijk dat persoonsgegevens zorgvuldig bewaard en verstrekt moeten worden, waarbij vooral bij het verstrekken strenge regels gelden als het gaat wie inzage mag krijgen in welke gegevens en met welk doel deze gegevens gebruikt (mogen) worden.

Daarbij moet nog vermeld worden dat de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst ook nog artikelen bevat die betrekking hebben op de privacy. Zo wordt in artikel 458 vermeld dat patiëntgegevens in sommige gevallen gebruikt mogen worden zonder toestemming voor wetenschappelijk onderzoek, echter kan de patiënt in alle gevallen aangeven dat hij of zij nooit zijn gegevens wilt verstrekken (tenzij dit medisch gezien noodzakelijk is).

Voor de zorg is dit een belangrijk aandachtspunt, gezien het feit dat niet elke zorgaanbieder inzicht mag krijgen in alle gegevens van de patiënt tenzij deze daar toestemming voor heeft gegeven. Voornamelijk bij zorg die zich verspreid over meerdere organisaties (ketenzorg of multidisciplinaire zorg) kan dit problemen opleveren bij het delen van gegevens. De recente discussie betreffende het Elektronische Patiënten Dossier illustreert de noodzaak van deze wetgeving.

Overig

De twee wetten binnen deze categorie hebben betrekking op de zorg echter bevatten ze geen specifieke artikelen die direct relevant zijn voor dit onderzoek. De Wet Arbeid en Zorg dient ter vaststelling van een evenwicht tussen arbeid en zorg en heeft voornamelijk betrekking tot (tijdelijke) arbeidsongeschiktheid. De Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector waarborgt het klachtrecht van cliënten met betrekking tot de zorg en stelt voorwaarden, procedures en sancties vast die betrekking hebben tot het klachtrecht.

Overregulering

Bij het invoeren van marktwerking in de gezondheidszorg is de NZa opgericht (zoals beschreven op de eigen website, echter is de NZa realistisch gezien de opvolger van het College Tarieven Gezondheidszorg, ofwel de CTG) om hier toezicht op te houden. Dit is van groot belang omdat bij marktwerking in de zorg ook gevaren die aanwezig zijn bij marktwerking in andere sectoren kunnen optreden. Een goed voorbeeld hiervan is het zogenaamde monopolie, ofwel één partij die te veel macht heeft vergeleken met andere partijen (waar ook de NMa mee te maken krijgt). Om dit soort praktijken te voorkomen wordt er in de zorg wel gesproken van gereguleerde marktwerking. Dat wil

zeggen dat de marktwerking streng in de gaten gehouden wordt en veel incidenten leiden tot nieuwe regels en wetten.

Sommige partijen zijn van mening dat er te veel regulering plaats vindt in de zorg, zij noemen bijvoorbeeld de invoering van DBC's (Diagnose Behandel Combinatie) een vorm van overregulering, omdat de professional nu 25% van de tijd per patiënt bezig is met administratief werk. Hier voegen zij de problemen rondom het EPD (Elektronisch Patiënten Dossier) aan toe (Koetsier, 2008).

Veel partijen zijn echter van mening dat de extensieve regulering van de marktwerking in de gezondheidszorg nodig is, omdat het gaat om de gezondheid van mensen. In de "normale" markt wordt met het oog op concurrentie weleens een prijzenoorlog gevoerd, waar prijzen verlaagd worden om zo meer klanten te trekken. Hiervoor proberen bedrijven kosten te drukken, wat wellicht met een daling in kwaliteit gepaard gaat. Dit is iets wat in de gezondheidszorg niet mag voorkomen, kwaliteit moet altijd voorop staan, ook als er gekeken wordt naar bezuinigingen en kostendrukking. De NZa als marktmeester in de gezondheidszorg is volgens velen daarom noodzakelijk (van Zweden, 2008).

Koppeling theorie: Uitgangspunten onderzoek

Het is nu mogelijk om de theorie over protocollaire zorg en de aandachtsgebieden rondom wettelijke eisen aan (protocollaire) zorg te koppelen en zo verschillende kernpunten te vormen die als uitgangspunten gebruikt worden in dit onderzoek. Eerder in dit onderzoek is de volgende definitie van protocollaire zorg gevormd:

Protocollaire zorg

Een combinatie van logisch opeenvolgende protocollen en ondersteunende activiteiten die de leidraad vormen voor het zorgtraject.

Wordt dit samen genomen met de definitie van zorg en de wetgeving omtrent deze (protocollaire) zorg kunnen de volgende uitgangspunten geformuleerd worden:

1. Een zorgorganisatie biedt zorg van goed niveau aan die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht is.
2. Een zorgorganisatie stemt de zorg af op de reële behoefte van de patiënt.
3. Een zorgorganisatie is verantwoordelijk voor het bewaken en beheersen van de kwaliteit van haar zorg door middel van gegevensverzameling en –registratie en beschermt deze gegevens naar behoren.
4. Een zorgorganisatie gebruikt de uitkomst van toetsing van deze gegevens om aangeboden zorg en de bijbehorende ondersteunende faciliteiten aan te passen.
5. Een zorgorganisatie is verantwoordelijk voor het toegankelijk maken van overeengekomen en geleverde prestaties van zowel kwalitatieve als financiële aard, daarbij in acht nemend de privacy van de cliënten.

Voornamelijk punt vier is een interessant uitgangspunt, deze is ontstaan door een combinatie van artikel 2, 3 en 4 uit de KWZ. Artikel 2 beschrijft de verantwoordelijkheid van de organisatie met betrekking tot het aanbieden van zorg, waar in artikel 3 gesproken wordt van het zorg dragen voor ondersteunende faciliteiten om aan artikel 2 te voldoen. In artikel 4 wordt vervolgens de eis gesteld voor het verzamelen van gegevens en wordt in lid 2c gesteld dat de organisatie deze gegevens kan gebruiken om aanpassingen te maken aan ondersteunende faciliteiten zoals bedoeld in artikel 3 en zo aangeboden zorg zoals bedoeld in artikel 2 kan veranderen.

Om nu de informatie vanuit de definitie van protocollaire zorg en die van zorg in definitie en wet samen te nemen kunnen we het volgende stellen omtrent protocollaire zorg:

Protocollaire zorg

Een combinatie van logisch opeenvolgende protocollen en ondersteunende activiteiten die de leidraad vormen voor het zorgtraject, waarbij toetsing van verzamelde gegevens indien nodig leidt tot aanpassingen in protocollen, ondersteunende activiteiten en aangeboden zorg.

Gebruik uitgangspunten

Bovengenoemde uitgangspunten worden in het vervolg van dit onderzoek gebruikt als basis om de empirie tegen af te zetten. Een situatie waarin voldaan wordt aan de uitgangspunten wordt gezien als de standaardsituatie, waarmee een situatie in de praktijk mee vergeleken kan worden. Daarbij kan ook beschreven worden hoe Curasoft voorziet in het voldoen aan de uitgangspunten, waarbij dan vooral de combinatie van de punten 3,4 en 5 erg belangrijk zijn.

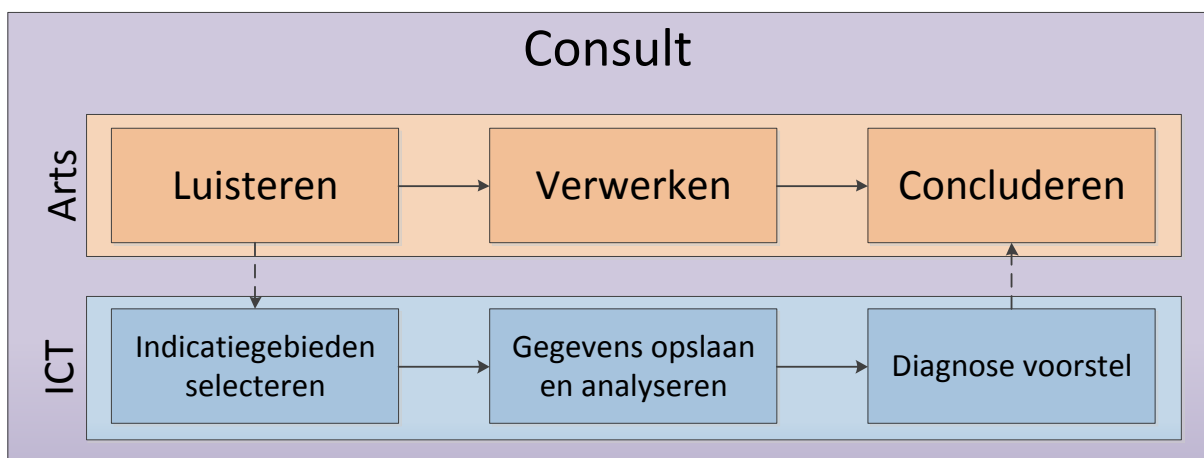
ICT in de zorg

Zoals eerder vermeld heeft de ICT de afgelopen jaren een grotere rol gekregen binnen de gezondheidszorg. Waar vroeger ICT vooral gebruikt werd voor personeelsadministratie en facturatie wordt de rol van informatiesystemen steeds groter. Het Elektronisch Patiënten Dossier is een voorbeeld van een informatiesysteem waarbij het doel is om efficiëntie te verhogen en zo op langere termijn kwaliteit te verbeteren en kosten te drukken. Voordat naar Curasoft als applicatie gekeken kan worden, is het belangrijk om eerst de potentiële rol en toegevoegde waarde van ICT in protocollaire zorg te bestuderen. Los van de eventuele toegevoegde waarde van een dergelijke ICT toepassing kan de lastiger zijn dan dat de programmeurs van te voren (kunnen) anticiperen. Het invoeren van een (digitaal) informatiesysteem is onderhevig aan een aantal factoren dat elk van invloed zijn op het al dan niet succesvol verloop van de implementatie. Deze factoren zullen eveneens behandeld worden.

ICT als ondersteuning voor (protocollaire) zorg

In de meest traditionele zin zijn ICT toepassingen die als ondersteuning dienen voor bepaalde processen en werkgebieden vooral gericht op administratie en facturatie. In principe is dit voornamelijk indirecte ondersteuning van een bepaalde workflow. Wanneer een organisatie gebruik maakt van bijvoorbeeld een administratiesysteem gekoppeld aan een facturatiesysteem (oftewel opslag van personeel- en input/output gegevens gekoppeld aan automatische facturatie) gebruikt maar de werknemer op de werkvloer hier vrijwel geen gebruik van hoeft te maken kan gesproken worden van indirecte ondersteuning: Zonder de ondersteuning van ICT kan de organisatie als geheel niet zo efficiënt werken als het nu doet, maar de uitvoerende werknemer heeft geen directe binding met de ICT.

Wanneer ICT als directe ondersteuning moet dienen zal het een grotere functie moeten krijgen in de werkzaamheden die de werknemer op de werkvloer uitoefent. In de zorg specifiek zal dit betekenen dat tijdens bijvoorbeeld een consult de arts gebruik maakt van een bepaalde ICT toepassing die ondersteunt in wat de arts tijdens een consult doet: luisteren, verwerken en concluderen. Deze drie “stappen” zijn een generaliserend voorbeeld van een standaard consult, echter biedt het wel een aanknopingspunt voor een ICT toepassing. Hieronder een schematische weergave van een gegeneraliseerd consult en de rol die ICT kan spelen in elk van deze stappen.



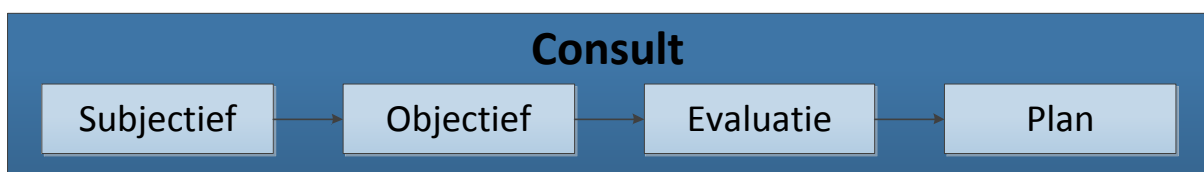
Afbeelding 6: Schematische weergave van een gestandaardiseerd consult (stappen van arts en ICT)

Een gestandaardiseerd consult zal beginnen met de patiënt die de arts verteld wat de klachten zijn en waar bijvoorbeeld de pijn zich bevindt. Wanneer gebruikt wordt gemaakt van een ICT toepassing om in deze stap te ondersteunen kan de arts in een bepaald systeem deze klachten invoeren door bijvoorbeeld een aantal indicatiegebieden te selecteren. Daarbij verstaan we onder indicatiegebieden de algemene aard van de klacht. Dat wil zeggen dat “Nek” een indicatiegebied kan zijn wanneer de patiënt klachten in de nek heeft, maar ook “Stress” is een indicatiegebied als de patiënt last heeft van stress. Normaliter verwerkt de arts de input van de patiënt aan de hand van zijn expertise, een ICT toepassing kan de input verwerken aan de hand van allerlei opgeslagen data en analysemethoden. Een voorbeeld van een wetenschappelijk onderbouwde diagnosemethode is een vragenlijst. Neem bijvoorbeeld de VAS (Visueel Analoge Schaal), een veelgebruikte schaal voor pijn. Deze vragenlijst is te digitaliseren, zodat in de eerste stap de arts de antwoorden van de patiënt digitaal kan invoeren. In de tweede stap (de analyse/verwerking) kan de ICT toepassing vervolgens de score uitrekenen en presenteren aan de arts, of gebruiken in combinatie met andere input.

De derde stap is het concluderen, oftewel het stellen van een diagnose en vervolgens een behandelplan. De arts komt tot een diagnose met behulp van de input van de patiënt en de expertise die hij heeft. Een ICT toepassing kan eveneens tot een diagnose komen aan de hand van de gegevens die in de eerste twee stappen zijn ingevoerd en verwerkt. Het zal niet de bedoeling zijn dat ICT de arts in stap drie vervangt, de expertise van de arts is onmisbaar en de huidige stand van de techniek laat nog niet toe dat een ICT toepassing alle diagnosemethoden en dergelijke kan gebruiken. Echter kan de ICT toepassing wel een aantal suggesties doen, die de arts kunnen helpen bij het maken van een besluit.

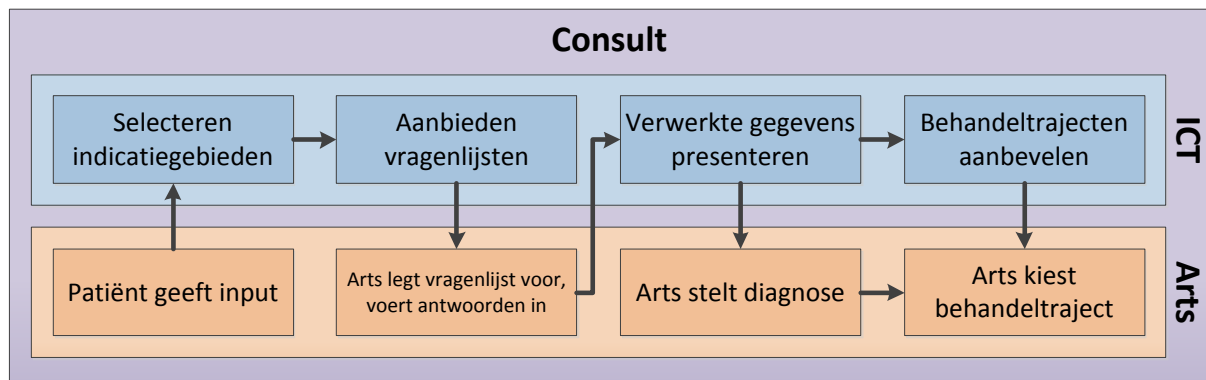
Het zeer gesimplificeerde schema dat hierboven is gebruikt toont overeenkomsten met een veelgebruikte methode om de stappen die gemaakt worden tijdens een contactmoment tussen arts en patiënt (zoals een intake gesprek) te beschrijven. De zogenaamde “SOEP” methode is een uitgebreidere en zeer waarschijnlijk betere manier om te kijken naar de processen binnen een intakegesprek. SOEP (of SOAP in het Engels) staat voor: Subjectief, Objectief, Evaluatie en Plan (Weed, 1969). De stap “subjectief” staat in deze voor het luisteren van de arts naar het verhaal dat verteld wordt door de patiënt, “objectief” wijst naar professionele methodes voor meting (denk aan vragenlijsten, MRI scans e.d.), “evaluatie” houdt het samenvoegen van alle informatie in en “plan” is het trekken van conclusies (diagnose stellen) en eventueel verder een passende behandeling opstellen.

In het kader van dit onderzoek is bovenstaand gestandaardiseerd schema (afbeelding 6) echter voldoende om de algemene denkwijze en opbouw van dit stuk weer te geven.



Afbeelding 7: SOEP methode (Weed, 1969)

Hieronder volgt een wat specifiekere weergave van een intake-consult bij een arts, ondersteund door ICT.

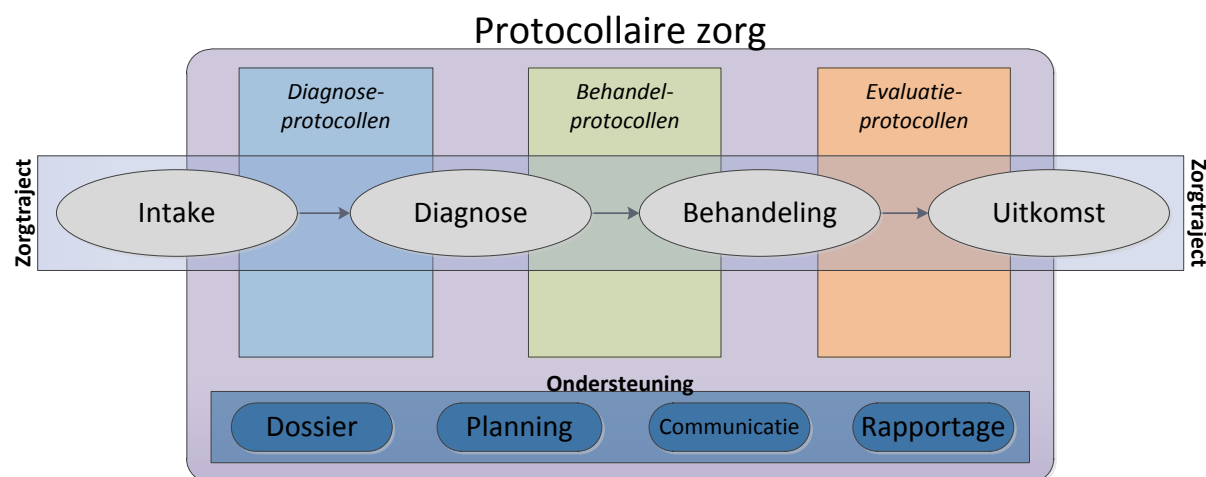


Afbeelding 8: Meer gespecificeerde weergave van een gestandaardiseerd consult (procesverloop door ICT en arts)

Bovenstaand proces laat zien dat tijdens het consult de arts continu een wisselwerking heeft met ICT. Enerzijds voorziet de arts de ICT van input (indicatiegebieden, klachten, overige informatie), anderzijds voorziet de ICT op zijn beurt de arts van hulpmiddelen ter diagnosestelling en aanbevelingen als het gaat om diagnose en behandeltrajecten.

ICT en protocollaire zorg

Als we bovenstaande informatie breder willen trekken kunnen we kijken naar hoe ICT een geheel zorgtraject ondersteunt. Daaraan kan gelijk de eerder gevormde theorie omtrent protocollaire zorg betrokken worden, hieronder ter verduidelijking nogmaals de schematische weergave van protocollaire zorg.



Afbeelding 3: Schematische weergave protocollaire zorg.

ICT toepassingen in traditionele zin waren voorheen vooral gericht op de ondersteuning in de vorm van gegevensopslag, het bijhouden van de agenda en het digitaliseren van resultaten (Dossier, Planning en Rapportage respectievelijk in het schema). De vorm van ondersteuning die besproken is in voorgaand onderdeel betreft ondersteuning vanuit de ICT in de diagnose- en behandelprotocollen. Met het oog op de vraag naar rapportage en transparantie zijn ook evaluatieprotocollen belangrijk om vanuit ICT op te pakken, omdat deze bepalen welke waarde een bepaalde uitkomst heeft. Elk onderdeel uit het protocollaire zorgschema zal hieronder kort belicht worden samen met de rol die ICT bij elke onderdeel kan spelen.

Zorgtraject

Centraal in de protocollaire zorg staat het zorgtraject. De eerste drie stappen waaruit deze bestaat zijn eerder al besproken (Intake, diagnose en behandeling), de vierde is de “uitkomst”. In het ideale geval is dat een gezonde patiënt. Het schema laat tussen de vier stappen steeds een gebied van protocollen zien die het verloop van de ene naar de andere stap stuurt. Veel organisaties werken met verschillende protocollen, deze zijn vaak ook vast te leggen in een ICT toepassing.

Diagnoseprotocollen

Hoewel de uiteindelijke diagnose nog altijd voor een groot deel zal afhangen van de expertise van de arts, zijn bepaalde diagnoseprotocollen vast te leggen in ICT om ondersteuning te bieden aan de arts bij het maken van de diagnose, evenals het bijkomende voordeel dat op deze manier gegevens al vanaf het eerste contactmoment elektronisch vastgelegd worden. Voorbeelden van bepaalde diagnoseprotocollen zijn eerder al genoemd, namelijk algemeen erkende vragenlijsten zoals de VAS.

Deze vragenlijsten zijn al te gebruiken zonder hulp van ICT, echter het berekenen van de scores kan digitaal een stuk sneller dan wanneer de arts dat met de hand moet doen. Op deze manier kan tijdens een consult enige tijdwinst geboekt worden. De scores van vragenlijsten kunnen digitaal gekoppeld worden aan verdere diagnosemethoden (zoals specifiekere vragenlijsten) en aan de arts gepresenteerd worden, zodat deze een geïnformeerde diagnose kan maken.

Behandelprotocollen

Waar voorheen de focus lag op de individuele patiënt wordt tegenwoordig meer gekeken naar vaste behandeltrajecten voor bepaalde aandoeningen. Hoewel het (nog) niet mogelijk is om elke patiënt voor 100% in een hokje te plaatsen zijn voor de meer algemene en meer voorkomende aandoeningen toch enigszins vaste behandeltrajecten te vormen. Vooral voor grotere zorgorganisaties is het belangrijk dat dan een patiënt zo nauwkeurig mogelijk aan de juiste behandeling gekoppeld wordt. Hiervoor kunnen behandelprotocollen geschreven worden, die eveneens digitaal vast te leggen zijn.

De keuze voor een bepaald behandelingstraject zal net als bij de diagnose voor een groot deel van de arts afhangen, echter kan een ICT toepassing een aantal voorstellen doen van vaste behandeltrajecten aan de hand van de input vanuit de diagnose(protocollen) en eventueel andere input die de arts/patiënt geeft.

Evaluatieprotocollen

In het meest ideale geval is een patiënt na behandeling weer gezond. Dit is echter niet altijd het geval. Na een bepaald behandelingstraject wordt vaak beoordeeld hoe dit traject verlopen is en hoe de patiënt er nu voorstaat en of er eventueel een vervolgbehandeling ondergaan moet worden. Ook in dit proces kan ICT ondersteuning bieden met behulp van evaluatieprotocollen. Aan de hand van deze protocollen wordt bepaald of een bepaalde uitkomst bereikt is en of een bepaalde uitkomst wenselijk is. Vragenlijsten zoals gebruikt tijdens de diagnose kunnen opnieuw afgenomen worden waarna scores vergeleken kunnen worden. Let er op dat dit soort resultaatmetingen/protocollen ook al gedurende het behandelingstraject uitgevoerd kunnen worden zodat het traject tussentijds aangepast kan worden indien nodig.

Dit soort uitkomsten is tevens interessant voor het management omdat resultaatgegevens interessant zijn als het gaat om efficiëntie en effectiviteitsbeoordeling van de organisatie, tevens voorziet het in de vraag naar transparantie.

Ondersteuning

De drie onderdelen die in het schema van protocollaire zorg als ondersteuning beschouwd worden zijn het dossier (of simpelweg het vastleggen van patiënt/behandel gegevens), planning en rapportage. Alle drie de onderdelen zijn te ondersteunen of zelfs volledig over te nemen met behulp van ICT.

Dossier / EPD

Het elektronisch vastleggen (en delen) van patiëntgegevens is al jaren een veel besproken onderwerp. Binnen een multidisciplinaire zorgorganisatie of wanneer al sprake is van een behandeltraject dat bestaat uit verschillende behandelingen bij verschillende specialisten is het efficiënt om niet telkens dezelfde informatie af te nemen en in te voeren. Het delen van informatie die uit de intake naar voren is gekomen (patiëntgegevens, diagnose et cetera) en andere informatie die gedurende het traject volgt is dan van groot belang. Omdat dit onderzoek voornamelijk betrekking heeft op zorg binnen één organisatie wordt het dossier ook als zodanig gezien (blijft binnen de organisatie) en wordt het EPD als nationale database buiten beschouwing gelaten.

Het digitaal maken van bewaren van deze gegevens maakt het delen een stuk gemakkelijker, daarbij moet echter wel gelet worden op wie welke informatie kan verkrijgen. Het is dus belangrijk om bepaalde rechten aan bepaalde gegevens te geven. Met het oog op transparantie en management rapportages is het vastleggen en delen van informatie eveneens voordelig als het (digitaal) gebeurt.

Planning

In organisaties waar efficiëntie centraal staat (als middel voor kostenbesparing) is het plannen van tijd en middelen van groot belang. Daarbij is belangrijk dat bijvoorbeeld bepaalde contactmomenten tijdens een behandeltraject zo efficiënt mogelijk worden ingepland (rekening houdend met beschikbare middelen op bepaalde momenten) en dat verschillende trajecten (van verschillende patiënten) op elkaar afgestemd worden zodat de beschikbare professionals zo efficiënt mogelijk ingezet worden. Ook de tijd die het inplannen zelf kost moet het liefst zo kort mogelijk zijn, vooral in gevallen waar trajecten langer zijn en meer contactmomenten bevatten kan het inplannen daarvan tijd kosten.

Het digitaal bijhouden van een agenda wordt al door veel mensen gedaan, echter met het oog op efficiëntie van het plannen zou ook het proces van planning zelf digitaal opgelost kunnen worden. Wanneer een arts bij een intakegesprek een bepaald behandeltraject kiest voor de patiënt dan kan een ICT toepassing afspraken op bepaalde dagen plaatsen, waar de arts dan zelf kan zien welke tijden hij beschikbaar is om vervolgens de afspraak op de voorgestelde dag op de zelf gekozen tijd te zetten. Met het oog op managementrapportages kan wanneer er beschikking is tot alle agenda's een overzicht gemaakt worden hoe efficiënt de middelen ingezet worden.

Communicatie

Binnen de protocollaire zorg vinden verschillende vormen van communicatie plaats. Allereerst krijgen artsen richtlijnen en protocollen voorgeschreven van bovenaf (één-richtings communicatie), ten tweede wordt er door de artsen gerapporteerd naar boven toe (tevens één-richtings

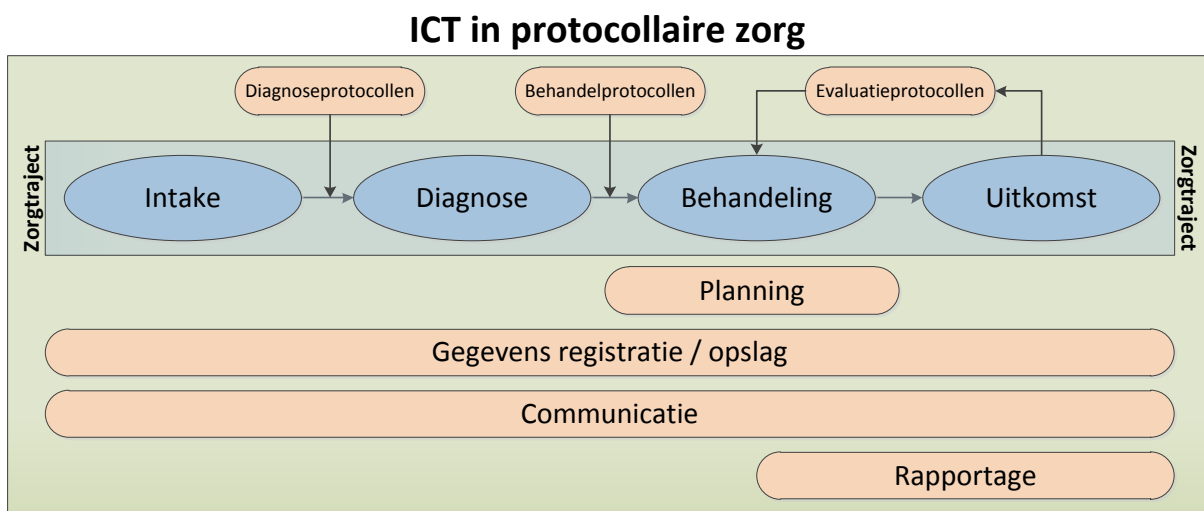
communicatie). Echter vind er ook wederzijdse communicatie plaats tussen verschillende artsen (of andere zorgverleners) gedurende een zorgtraject, bijvoorbeeld in de vorm van een overleg over een bepaalde patiënt. Deze communicatie kan ondersteund worden met behulp van ICT, in de vorm van bijvoorbeeld korte rapportages gericht op dezelfde gebruikersgroep (artsen onderling) of een digitale locatie om allerlei zaken te delen met collega's.

Rapportage

Voor een zorgorganisatie is het belangrijk dat ze van zichzelf weet hoe het er voor staat, evenals dat ze dit kenbaar maakt naar buiten toe met het oog op de gevraagde transparantie. Het is dus belangrijk dat er zowel interne als externe rapportage plaats vindt. Interne rapportage kan bestaan uit eerder genoemde efficiëntie metingen of kostenrapportages van specifieke behandeltrajecten. Externe rapportage zal afhangen van aan welke organisatie gerapporteerd moet worden (denk aan cijfers als aantal behandelingen, aantal “gezonde” patiënten na afloop et cetera).

Het digitaal vastleggen van patiëntgegevens, protocollen, resultaatgegevens en gehele zorgtrajecten kan de mogelijkheid bieden om dit soort rapportage snel uit te voeren. De interne rapportage kan vervolgens gebruikt worden voor het maken van beslissingen, evenals dat getoetst kan worden of beslissingen in het verleden effect hebben gehad op de organisatie.

Overzicht

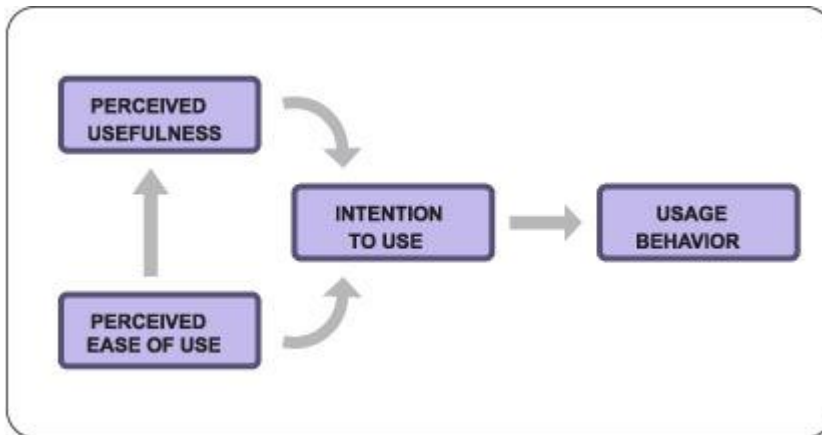


Afbeelding 9: Schematisch overzicht van ICT in protocollaire zorg

Bovenstaande afbeelding is een aangepaste versie van het eerdere schema van protocollaire zorg. Het horizontale blauwe gedeelte is het proces van de patiënt gedurende het zorgtraject, waarbij de vier blauwe vlakken de verschillende stappen zijn. De oranje velden zijn de “taken” die uitgevoerd/ondersteund worden door ICT. Hierbij vindt zoals eerder vermeld de gegevens registratie en opslag gedurende het hele traject plaats, waarna vervolgens rapportage opgesteld kan worden van deze gegevens (zij het de patiëntgegevens, behandelingsinformatie of uitkomstmaten). Planning is voornamelijk van belang omtrent de behandeling, net zoals dat communicatie tussen verschillende zorgverleners binnen één organisatie of zorgketen gedurende het gehele traject kan plaatsvinden. De drie vormen van protocollen zijn eerder al uitgebreid besproken.

Implementatie en gebruik van ICT in de zorg

Het succes van implementatie van informatiesystemen is voornamelijk afhankelijk van het gebruik ervan. Davis stelde in één van zijn werken omtrent informatiesystemen dat gebruik volgt uit de intentie om te gebruiken. Deze intentie volgt uit enerzijds de waargenomen bruikbaarheid (Perceived usefulness) en anderzijds het waargenomen gebruiksgemak (Perceived ease of use) (Davis, 1989).



Afbeelding 10: Technology Acceptance Model (Davis, 1989)

Vanuit dit Technology Acceptance Model moet enerzijds het systeem gemakkelijk in gebruik zijn, anderzijds moet het systeem bieden wat de gebruiker nodig heeft. Wanneer een gebruiker zowel het nut van het systeem ziet evenals snapt hoe het werkt dan zal de kans groter zijn dat hij het systeem daadwerkelijk gaat gebruiken. Voor management is het van belang dat gebruikers in alle lagen van de organisatie het systeem gaan gebruiken. Waar ontwikkelaars vooral invloed kunnen uitoefenen op het gebruiksgemak, moet het management ervoor zorgen dat hun medewerkers inzien wat het systeem kan en waarom het gebruikt wordt. Dit besef kan ofwel ontstaan vanuit het informatiesysteem zelf (zodanig ontworpen dat nut vanzelf duidelijk wordt) of door goede communicatie onderling.

Gebruikers

Een belangrijke factor om rekening mee te houden bij het ontwikkelen en implementeren van een (nieuw) informatiesysteem zijn de gebruikers. Wie gaan het systeem gebruiken? Wat hebben zij nodig? Het systeem volledig aanpassen aan de wensen van de gebruikers brengt een hoop voordelen met zich mee (de perceived ease of use en de perceived usefulness zullen hoger liggen), echter gaan hier ook moeilijkheden mee gepaard.

Eerst moet gekeken worden welke gebruikersgroepen het systeem gaan gebruiken. Zijn het zorgprofessionals op één lijn (bijvoorbeeld alleen maar fysiotherapeuten)? Of moeten we gegevens op meerdere lijnen beschikbaar en bruikbaar zijn (denk aan een aanbieder van multidisciplinaire zorg)? Wanneer de gebruikersgroep uniform is (oftewel allemaal dezelfde “kennis” hebben) zijn bijvoorbeeld vaste structuur en classificatiestelsels minder belangrijk, omdat zij zich binnen dezelfde handelingscontext bevinden (Zwetsloot-Schonk, 2003).

Snelle aantekeningen in specifiek vakjargon wordt binnen dezelfde handelingscontext begrepen, echter wanneer informatie over meerdere disciplines reikt kan het zijn dat vakjargon niet op zijn

plaats is doordat deze niet door alle gebruikers begrepen wordt. Hier moet een vastere structuur uitkomst bieden evenals duidelijke (en uitleg van) terminologieën.

Informatie

Gegevens zijn pas informatie als ze voor de gebruiker een betekenis hebben. Of een betekenis gezien wordt hangt af van de gebruiker, deze is weer afhankelijk van hoe de gegevens gepresenteerd worden. Wanneer gegevens gepresenteerd worden in een taal en via een medium die voor de gebruiker verstaanbaar zijn dan verwerkt hij de gegevens tot informatie, of deze informatie vervolgens bruikbaar is hangt af van het oordeel van de gebruiker.

In veel gevallen (vooral in multidisciplinaire samenwerking) zijn de zenders en ontvangers van informatie niet altijd dezelfde personen. Wanneer beide groepen dezelfde “taal” spreken en hetzelfde medium gebruiken zullen er zelden problemen optreden, echter wanneer er verschillen zijn in taal of medium (bijvoorbeeld de expertise van een fysiotherapeut tegenover die van een psycholoog) moet er een vertaalslag gemaakt worden in de gegevens zodat deze toch bruikbaar worden gemaakt. ICT biedt mogelijkheden om deze vertaalslag te maken.



Afbeelding 11: Overzicht succesfactoren voor implementatie van ICT toepassingen in de zorg.

Succes van ICT in protocolaire zorg

Als gekeken wordt naar bovenstaande tekst en afbeelding kan kort samengevat worden dat een ICT toepassing aan het volgende moet voldoen om succesvol te kunnen zijn in de zorg:

- De gebruiker moet de toegevoegde waarde inzien van het systeem

De vraag is dan hoe een applicatie (beter gezegd: de ontwikkelaar) ervoor kan zorgen dat het toegevoegde waarde heeft en hoe de gebruiker dat gaat inzien. Terugkijkend naar het Technology Acceptance Model zit de toegevoegde waarde simpel gezegd in twee aspecten: Gebruiksgemak en Waargenomen bruikbaarheid.

Allereerst moet de applicatie dus makkelijk (of erg duidelijk) in gebruik zijn. Dit kan bereikt worden door een overzichtelijke interface, (uitgebreide) hulp bij elke optie en logica inbouwen in de stappen

die doorlopen worden (bijvoorbeeld bij het opstellen van een nieuw patiëntendossier). Een belangrijk aspect binnen het gebruiksgemak is ook de ondersteuning die geboden wordt bij de ICT toepassing. Dit kan in de vorm van een uitgebreide handleiding of een helpdesk die deskundig is in het gebruik van de toepassing.

Als tweede moet de gebruiker zien dat de ICT toepassing waarde heeft. Zij moet inzien dat het gebruik van het systeem voordeel oplevert vergeleken met een situatie waarin geen (of een andere) ICT toepassing gebruikt wordt. Hieronder volgt een kort overzicht van de verschillende indicatoren die binnen de (protocollaire) zorg bijdragen aan de *perceived usefulness*.

Tijdwinst

Over het algemeen wordt tijdwinst beschouwd als een positieve uitkomst. Wanneer een ICT toepassing leidt tot tijdwinst zal dit zeer waarschijnlijk bijdragen aan de waargenomen toegevoegde waarde.

Kwaliteit

Kwaliteit wordt binnen de zorg gezien als het meest belangrijke aspect van het werk. Een ICT toepassing die positief bijdraagt aan de kwaliteit van het werk (zowel het werk zelf als de uitkomst ervan) zal positiever beoordeeld worden dan een ICT toepassing die geen impact heeft op de kwaliteit van het werk.

Inzicht

Inzicht in eigen werk en dat van de organisatie kan invloed hebben op de motivatie (en daarmee het werk) van de werknemer. Wanneer een ICT toepassing bijdraagt aan de inzicht in werk kan dit leiden tot een positiever oordeel.

Transparantie

Binnen de zorg is transparantie erg belangrijk. Een ICT toepassing die de mogelijkheid biedt om te voldoen aan eisen die gesteld worden aan organisaties met betrekking tot transparantie is logischerwijs van toegevoegde waarde op dat punt.

Impact op werkzaamheden

Als een gebruiker het gevoel heeft dat er niks veranderd is aan zijn of haar werk als gevolg van het gebruik van een ICT toepassing is de kans groter dat de toegevoegde waarde van het systeem moeilijker beoordeeld kan worden.

Eisen

Binnen de zorg worden een hoop vaktechnische eisen gesteld om zo onder andere de kwaliteit en veiligheid te bewaken. Een ICT systeem die het mogelijk maakt om (makkelijker en sneller) aan al deze eisen te voldoen zal waarschijnlijk van toegevoegde waarde zijn voor de gebruiker.

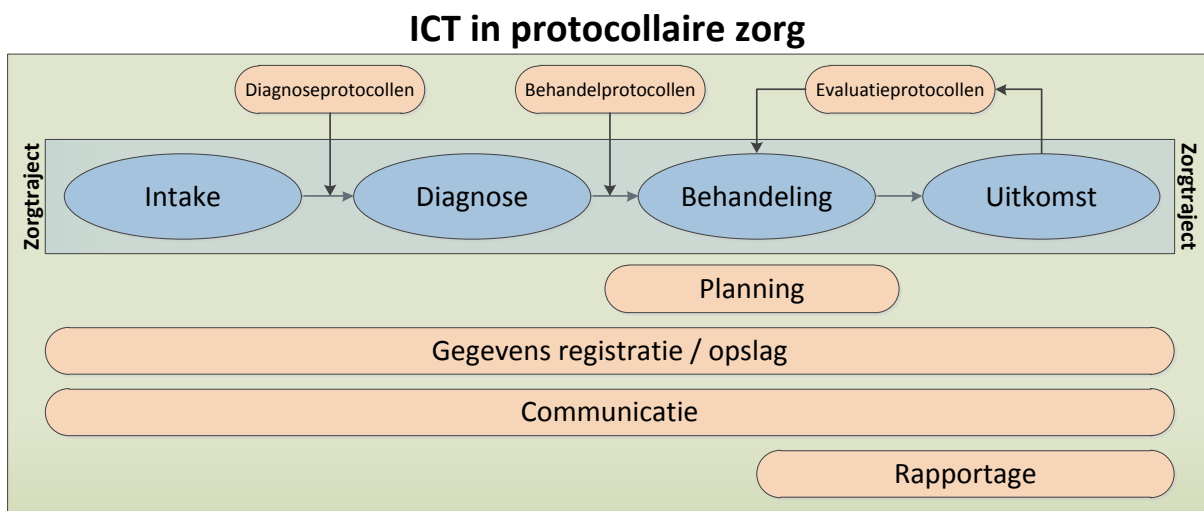
Verderop in dit onderzoek worden bovenstaande indicatoren gebruikt in het empirische gedeelte, waarbij de indicatoren leiden tot vragen voor het gebruikersonderzoek omtrent Curasoft. Daar worden de indicatoren ook verder uitgewerkt.

Curasoft

Dit onderzoek heeft al bekeken hoe een ICT toepassing in theorie protocollaire zorg kan ondersteunen. Nu wordt gekeken naar een daadwerkelijke applicatie in de praktijk: Curasoft. Hieronder volgt een citatie van de Curasoft website, waarin kort maar duidelijk de kern van de applicatie wordt samengevat.

Een professional in de zorgsector is primair verantwoordelijk voor 'het leveren van zorg' en niet voor het bijhouden van een administratie. Aan de andere kant moeten de nodige gegevens worden vastgelegd om goede zorg te kunnen bieden en is het noodzakelijk om verantwoording af te kunnen leggen over de uitgevoerde verrichtingen. Met Curasoft combineert u beide verantwoordelijkheden optimaal, zodat u meer tijd overhoudt voor uw cliënt.

Hieruit valt te halen dat Curasoft gericht is op het verminderen van de last van administratie terwijl tegelijkertijd de mogelijkheid geboden wordt om te voldoen aan alle eisen die gesteld worden aan administratie en het leveren van goede zorg. Hieronder is in het kader van het overzicht nogmaals de schematische weergave van de theoretische rol van ICT in protocollaire zorg weergegeven.



Afbeelding 9: Schematisch overzicht van ICT in protocollaire zorg

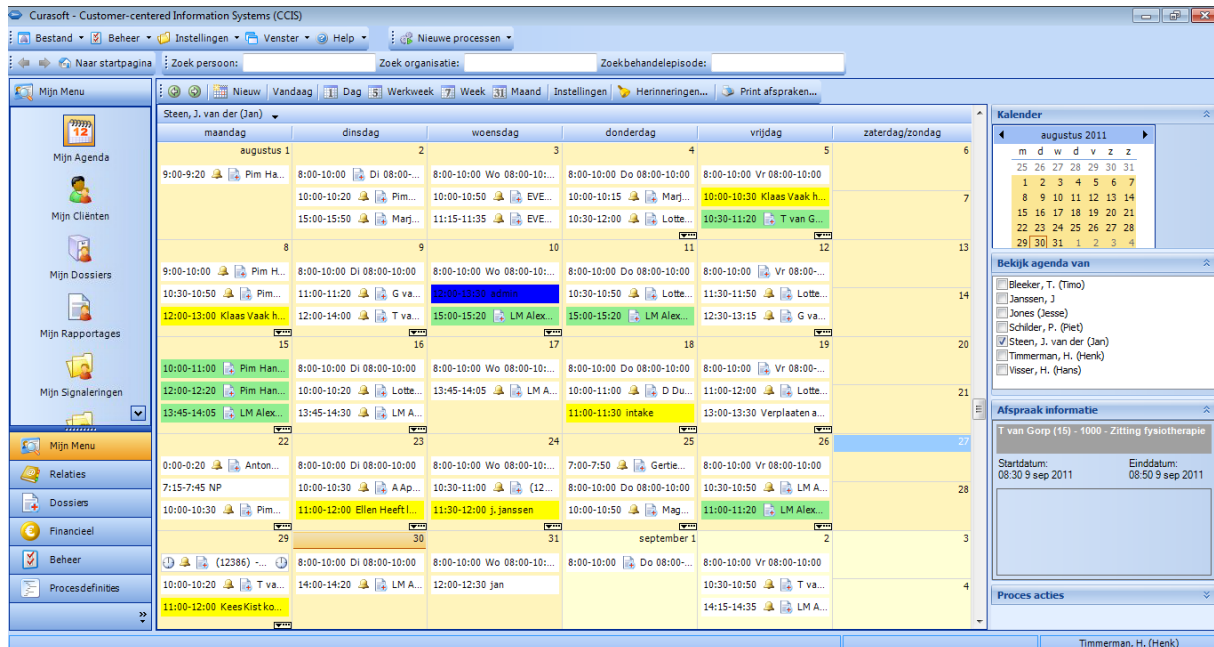
Curasoft vult op dit moment alle rollen in die in bovenstaand schema oranje zijn weergegeven. Curasoft biedt de mogelijkheid tot planning, gegevens registratie en opslag, rapportage en heeft ook de mogelijkheid om allerlei protocollen vast te leggen en te ondersteunen, zoals bijvoorbeeld het opnemen van de VAS vragenlijst in Curasoft Fysio bij intakegesprekken. Communicatie tussen bijvoorbeeld artsen onderling kan ook vanuit Curasoft verlopen met behulp van Zorgmail, een manier voor artsen om onderling te communiceren.

Curasoft dekt een groot gedeelte van de vereiste functies en vakinhoudelijke inrichting voor een 'algemene zorgapplicatie', maar is zo opgezet dat dit eenvoudig per specialisme of instelling naar wens verder is te specificeren.

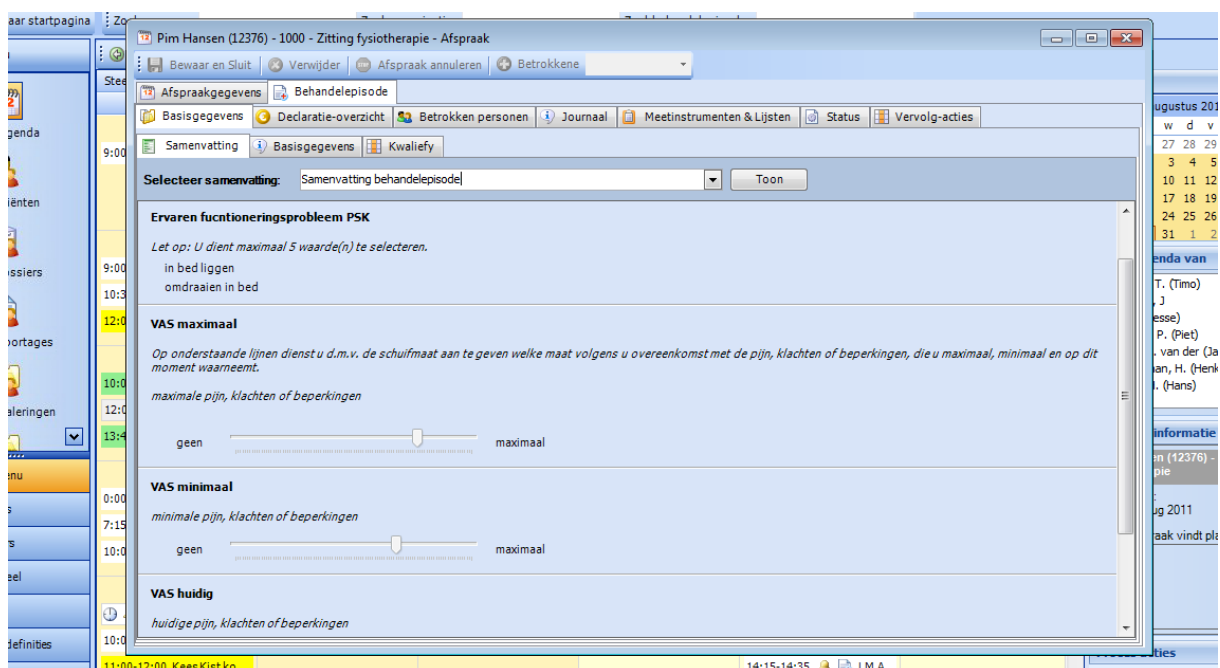
Zoals op de website van Curasoft al aangegeven word is Curasoft een algemene zorgapplicatie die

planning, gegevens registratie en rapportage aanbiedt en tevens aan te passen is aan specifieke instellingen/specialismen, bijvoorbeeld aan de hand van het inbouwen van allerlei protocollen.

Onderstaande afbeeldingen zijn weergaven van twee verschillende functies binnen Curasoft om een indruk te geven van het uiterlijk en de werking van de applicatie. De eerste afbeelding is een overzicht van een agenda van één arts (ook de volledige instellingsagenda kan weergegeven worden). De tweede afbeelding is het dossier van één patiënt waarop de samenvattingspagina geopend is. Deze pagina bevat een samenvatting van de contacturen en behandelingen van de patiënt.



Afbeelding 12: Overzicht agenda in Curasoft



Afbeelding 13: Overzicht patiëntendossier in Curasoft

Ter illustratie van de werking van Curasoft gedurende een zorgtraject wordt hieronder kort stap voor stap doorlopen wat er in en met Curasoft gebeurt gedurende de vier stappen van het zorgtraject. Als voorbeeld wordt een patiënt met elleboogklachten bij een fysiotherapeut genomen.

Stap 1: Intake

Bij een intakegesprek van een nieuwe patiënt maakt de fysiotherapeut een nieuwe behandelaflevering aan met een nieuwe cliënt. Na het invoeren van de NAW gegevens (Naam, adres, woonplaats, verzekeringsmaatschappij, geboortedatum enzovoort) kan de fysiotherapeut een rode vlag (of meerdere indien van toepassing) selecteren. In dit voorbeeld kiest de fysio voor de rode vlag “elleboog”. Na het kiezen van de rode vlag komt de fysio terecht bij de dossiervorming (zie de tweede afbeelding van Curasoft op de vorige pagina) en kan hij allerlei zaken invullen als voorgeschiedenis, medicatie die de patiënt op dit moment neemt voor andere aandoeningen etcetera.

Binnen de dossiervorming kan de fysio allerlei meetinstrumenten kiezen die vervolgens toegevoegd worden aan het dossier. Bij de tab “meetinstrumenten” kan de fysio vervolgens de eerder gekozen (of vanuit Curasoft voorgestelde) meetinstrumenten vinden. Als het gaat om een vragenlijst kan deze ingevuld worden (in Curasoft) en kan de score ingevuld worden (dit wordt op het moment van schrijven nog niet door Curasoft berekend).

Stap 2: Diagnose

De diagnose zelf wordt gedaan door de fysio. De scores en uitslagen van de verschillende meetinstrumenten die gedurende de vorige stap zijn verkregen en gepresenteerd kunnen de fysiotherapeut helpen bij het trekken van conclusies. Deze diagnose en bijbehorende gegevens kunnen vervolgens toegevoegd worden aan het patiëntendossier.

Stap 3: Behandeling

Veel zorginstellingen kennen een aantal standaard behandelplannen voor algemene aandoeningen. De fysiotherapeut kan na het stellen van de diagnose een verder behandelplan kiezen of opstellen, tegelijkertijd kan hij vervolg afspraken plannen in zijn agenda. Dit laatste wordt door Curasoft gemakkelijk gemaakt doordat de agenda zodanig overzichtelijk is dat de fysio meteen kan zien wanneer een afspraak wel of niet kan plaats vinden (daarbij wordt ook rekening gehouden met beschikbaarheid van materieel en locatie).

Gedurende de behandeling kan het patiëntendossier continu bijgewerkt worden en kunnen meetinstrumenten gebruikt worden om de vooruitgang van de behandeling te meten. Tevens biedt Curasoft de mogelijkheid om financiële zaken als declaraties te verwerken en toe te wijzen aan specifieke behandelingen of zittingen.

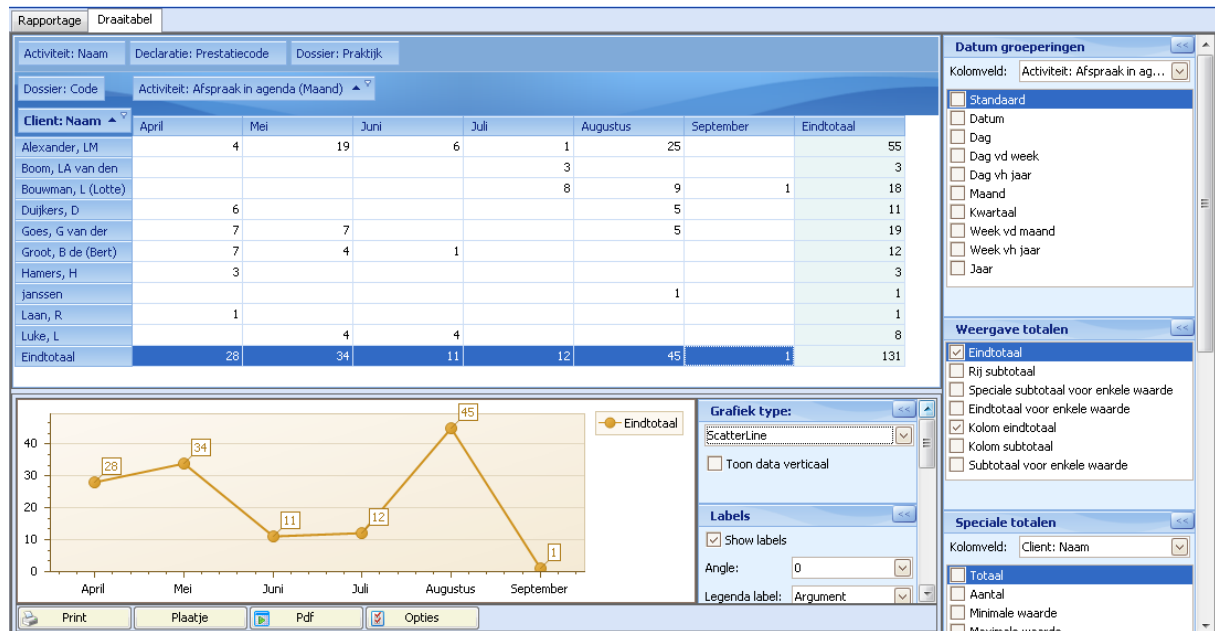
Stap 4: Uitkomst

Zoals al gedurende het gehele behandeltraject gemeten kan worden of er vooruitgang geboekt wordt, kan aan het einde van het traject eveneens gekeken worden aan de hand van allerlei te kiezen meetinstrumenten of de behandeling (positief) effect heeft gehad (in Curasoft kan aan de hand van een grafiek de vooruitgang gemeten worden bij gebruik van dezelfde meetinstrumenten gedurende het traject). Indien dit niet voldoende het geval is kan overgegaan worden op een nieuw of verlengd behandeltraject.

Voorgaande beschrijving van de verschillende stappen van een zorgtraject komen overeen met de algemene weergave van een zorgtraject in combinatie met een ICT toepassing uit *afbeelding 8*.

Rapportage

Gedurende de vier stappen zijn de ondersteunende activiteiten als dossiervorming en planning al aan bod gekomen. De derde ondersteunende (tevens noodzakelijke) activiteit is rapportage. Curasoft biedt de mogelijkheid om verschillende managementrapportages te produceren. Onderstaande afbeelding is een voorbeeld van een rapportage zoals deze door Curasoft aangeboden wordt. Het nut van een dergelijke rapportage is al uitgebreid besproken in dit onderzoek.



Afbeelding 14: Rapportage uit Curasoft (aantal behandelingen per maand per patiënt)

Methode gebruikersonderzoek

Naast dat vanuit theoretisch oogpunt de toegevoegde waarde van Curasoft bekeken wordt is een empirisch aspect onmisbaar voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Het empirische aspect zal bestaan uit een vragenlijstonderzoek naar de ervaringen met Curasoft onder gebruikers van Curasoft. Dit onderdeel zal beschrijven wie de gebruikers zijn, hoe het onderzoek plaats vindt en welke gegevens verzameld worden. Daarna zal een beschrijving van de meet- en analysemethodes die gebruikt gaan worden, gegeven worden.

Selectie van gebruikers

Over het algemeen genomen kunnen we drie typen gebruikers onderscheiden die elk Curasoft gebruiken op een andere manier en op een ander moment in de processen die de organisatie uitvoert. Deze drie (gegeneraliseerde) categorieën zijn: Management, Administratieve medewerkers en Uitvoerende professionals.

Management

Mensen die zich bezig houden met het managen van organisaties zijn voornamelijk gericht op de prestatie van het geheel. Dat geheel kan de gehele organisatie zijn maar ook een aparte afdeling. Voor deze managers is dus belangrijk dat gegevens beschikbaar zijn die betrekking hebben op prestatie, bijvoorbeeld kosten van een behandelingstraject, gemiddeld aantal behandelingen per patiënt of aantal patiënten geholpen in één maand. Managementrapportages die dit soort gegevens bevatten kunnen het management helpen in de besluitvorming en het leiden van de organisatie.

Administratie

Mensen die voornamelijk administratief werk verrichten bij een zorgorganisatie zijn bijvoorbeeld medewerkers die de financiële afhandeling verzorgen of gegevens verzamelen die voor de buitenwereld gepubliceerd worden. Deze medewerkers hebben vaak elk een specifieke (maar verschillende) behoefte aan één soort gegevens.

Uitvoerende professionals

Artsen, fysiotherapeuten en andere uitvoerende (zorg)professionals maken voornamelijk gebruik van gegevens die betrekking hebben op de patiënt en de behandeling. Zij gebruiken (en creëren) deze gegevens om hun belangrijkste werkzaamheid uit te voeren: behandelen van patiënten. Zij zullen minder geïnteresseerd zijn in en behoefte hebben aan bijvoorbeeld financiële data.

Doordat deze drie gebruikersgroepen belang hebben bij en gebruik maken van verschillende soorten data en daarom Curasoft op andere manieren gebruiken zullen zij wellicht ook een verschillende opvatting hebben over het systeem. Vandaar de keuze om een onderscheid te maken tussen deze groepen bij het gebruikersonderzoek, zodat uiteindelijk ook vergelijkingen gemaakt kunnen worden tussen de verschillende groepen.

Tevens is er een verwacht verschil tussen mensen die het systeem langer of korter gebruiken. Daarom is een vraag toegevoegd die onderscheid maakt in hoelang het systeem gebruikt wordt.

Daadwerkelijke selectie

Het verspreiden van de vragenlijst is gebeurd aan de hand van een mailing naar alle gebruikers van Curasoft. Daarbij is geen specifieke selectie van organisaties of functies gemaakt. Aan de hand van de vraag naar de functie van de respondent is naar voren gekomen dat er **19** uitvoerende professionals, **9** administratieve medewerkers en **6** managers hebben gereageerd. Doordat bij elk respons duidelijk is welke functie de respondent vervult kan gekeken worden of er een zichtbaar verschil is in beoordeling tussen de verschillende gebruikersgroepen. Het precieze aantal personen dat het verzoek tot invullen van de vragenlijst heeft ontvangen bleek achteraf lastig vast te stellen, de schatting ligt rond de 300. Dit betekent een respons van slechts 10%, een vrij laag percentage. Deze lage respons kan ertoe leiden dat de resultaten slecht generaliseerbaar zijn, bijvoorbeeld doordat ontevreden mensen eerder reageren op een dergelijke vragenlijst om zo hun gevoelens te kunnen uiten.

Gegevensverzameling

Het onderzoek naar de gebruikers van Curasoft zal aan de hand van een vragenlijst plaats vinden. In deze vragenlijst zullen een aantal stellingen geponeerd worden waarbij de respondent aan moet geven in hoeverre hij of zij het ermee eens is. Ook zal de vragenlijst waarderingsvragen bevatten, waarbij de respondent een cijfer van 1 tot 10 moet geven aan bepaalde aspecten van Curasoft.

Er zijn drie stappen in het maken van een vragenlijst. De eerste stap is het opstellen van concepten waarover de vragenlijst wat gaat zeggen. Vervolgens kunnen indicatoren geïdentificeerd worden bij elk van deze concepten, welke vervolgens vertaald moeten worden in vragen.

Concepten

De twee concepten die in dit onderzoek centraal staan volgen uit het Technology Acceptance Model (Davis, 1989) zelf, namelijk *perceived ease of use* (**gebruiksgemak**) en *perceived usefulness* (**nuttigheid, waargenomen toegevoegde waarde**). Het meten van deze twee concepten leidt tot de mogelijkheid om iets te zeggen over de gehele toegevoegde waarde van Curasoft. Belangrijk om op te merken is dat het Technology Acceptance Model gebruikt is als een middel om het construct van toegevoegde waarde te concretiseren in bruikbare concepten en indicatoren.

Indicatoren

Het eerste concept, gebruiksgemak, is om te zetten naar een meetbare indicator met dezelfde naam: gebruiksgemak. Er zijn twee redenen waarom er gekozen is voor slechts één vraag om gebruiksgemak te meten. Allereerst is de beknoptheid van de vragenlijst belangrijk geweest, zo werd gehoopt op een hogere respons. Ten tweede is dit deel van het Technology Acceptance Model niet het middelpunt van het onderzoek, wat de vraag omtrent gebruiksgemak niet de belangrijkste maakt.

Het tweede concept is op te delen in verschillende indicatoren, die ook volgen uit het eerdere stuk omtrent de theoretische rol van ICT in protocollaire zorg. Hieronder volgt ten behoeve van het overzicht wederom de lijst met indicatoren die wat zeggen over de waargenomen toegevoegde waarde, met daarbij eventueel verdere informatie omtrent de vragenlijst die nog niet vermeld is bij de behandeling van de indicatoren eerder in dit onderzoek.

Tijdwinst

In het gebruikersonderzoek zal een onderscheid gemaakt worden tussen tijdswinst op korte en op lange termijn.

Kwaliteit

Het gebruikersonderzoek kijkt naar de waargenomen verandering van kwaliteit van het werk door de gebruiker (subjectief).

Inzicht

Het gebruikersonderzoek maakt een onderscheid tussen inzicht in eigen werk en het werk van de organisatie.

Transparantie

Het gebruikersonderzoek neemt zowel de uitkomsten van eigen werkzaamheden (van de gebruiker) alsmede de uitkomsten van de werkzaamheden van de organisatie in haar geheel mee.

Impact op werkzaamheden

De impact op de werkzaamheden wordt gemeten aan de hand van veranderingen in de manier van werken die de gebruiker zelf ervaart, bijvoorbeeld het “makkelijker” werken en flexibiliteit.

Eisen

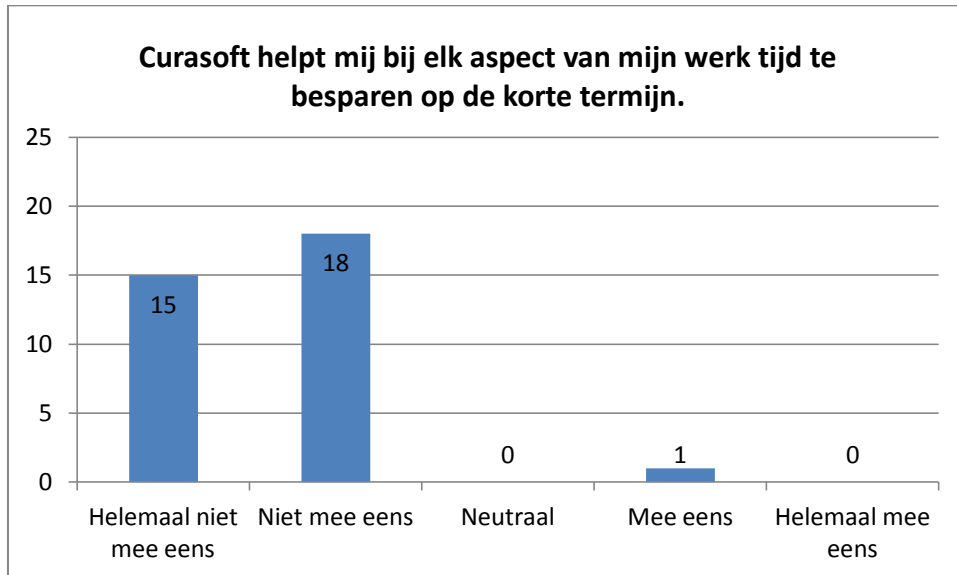
De vragenlijst kijkt naar of de gebruiker het gevoel heeft dat Curasoft de vaktechnische eisen opvangt.

Vragen

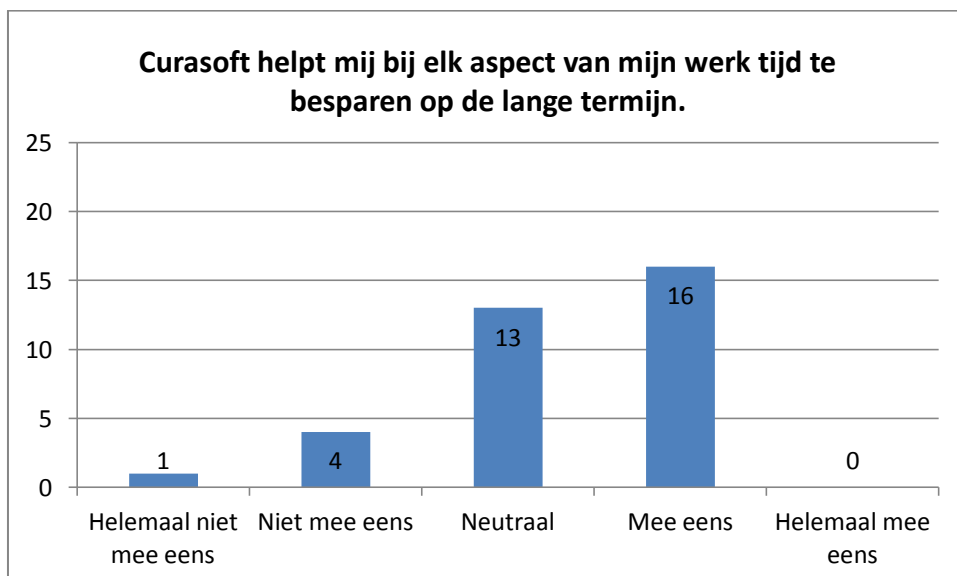
Zoals vermeld onder de indicatoren zijn sommige indicatoren opgedeeld in verschillende vragen. De daadwerkelijke vragenlijst, zoals deze voorgelegd is aan de respondenten, is bijgevoegd in de bijlage.

Resultaten

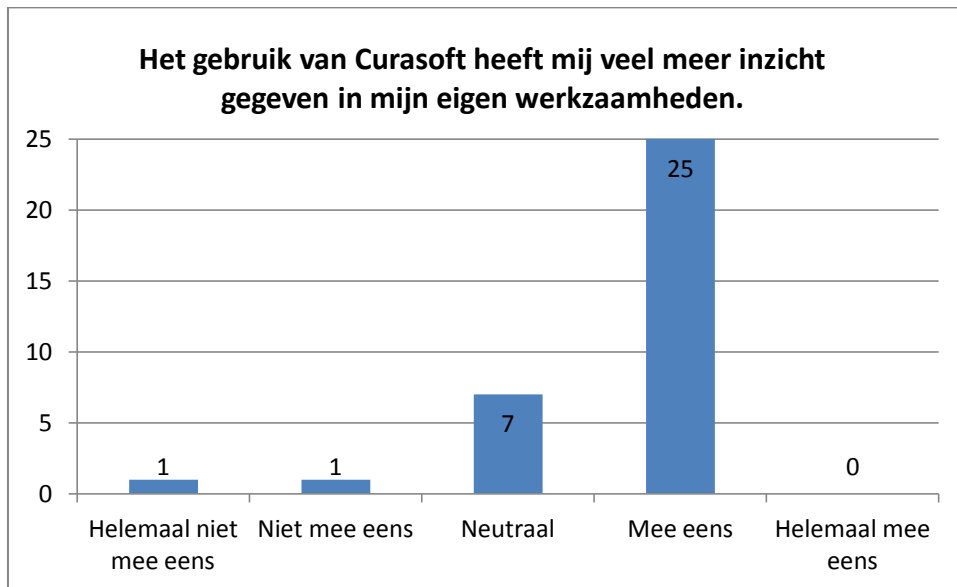
De resultaten zoals deze direct volgen uit het gebruikersonderzoek (in totaal **34** respondenten) worden hieronder grafisch weergegeven. De grafiek geeft per vraag het aantal antwoorden per categorie weer. Onder elke grafiek volgt een korte woordelijke uitleg van de resultaten in de bijbehorende afbeelding. De conclusies die volgen uit de resultaten volgen na de weergave van de resultaten. Voor eventueel commentaar en uitleg bij elke vraag die aan de respondenten is gegeven wordt verwezen naar de vragenlijst in de bijlage.



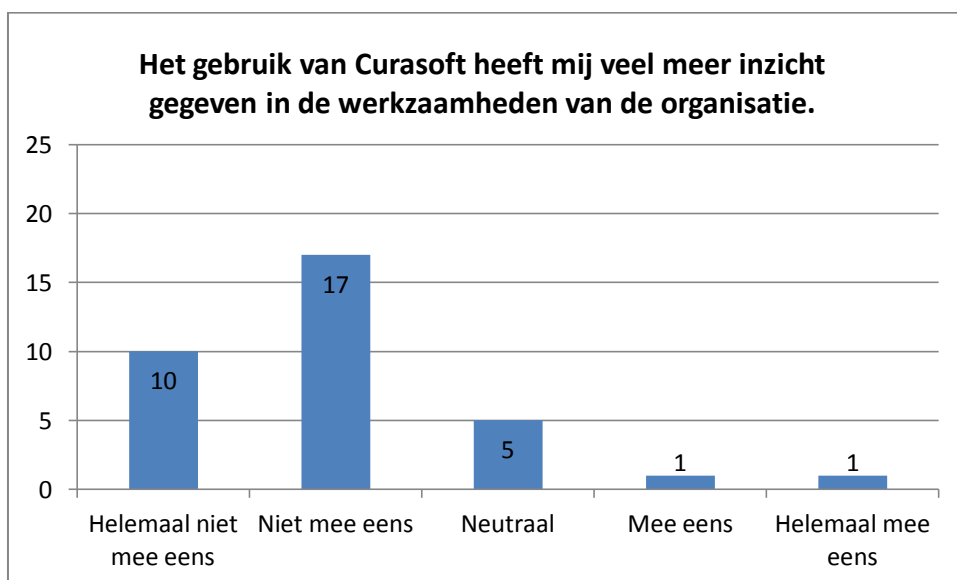
Bovenstaande grafiek geeft aan dat 33 van de 34 (97%) respondenten geen tijdwinst ziet op korte termijn bij het gebruik van Curasoft. Dit kan betekenen dat op korte termijn Curasoft meer tijd vergt, of dat er geen verschil is met een vorige situatie (zonder Curasoft).



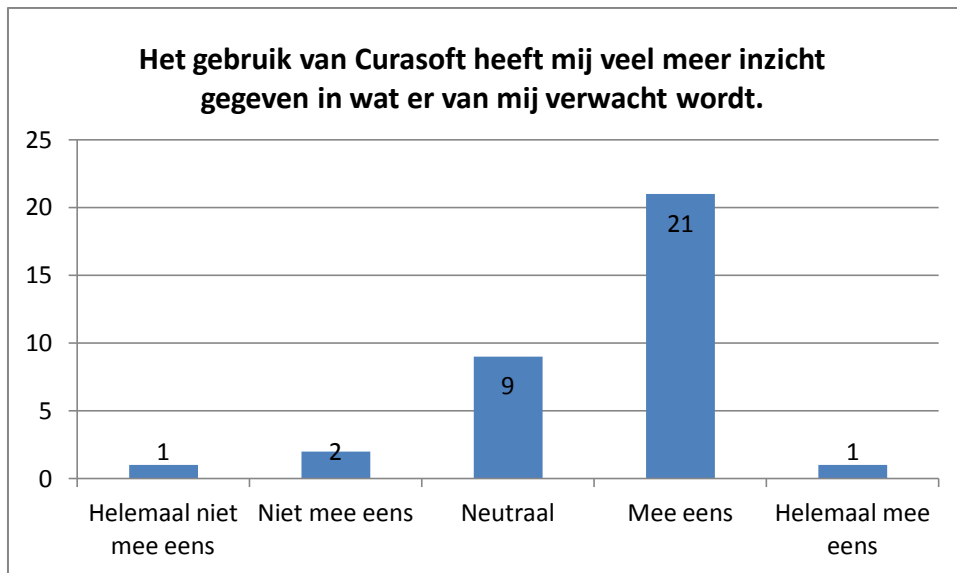
Deze resultaten wijzen erop dat er op lange termijn over het algemeen wel tijdwinst gezien wordt. Van de 34 respondenten zien 16 (47%) de tijdwinst van Curasoft op lange termijn, waarbij vijf mensen (15%) ook op lange termijn geen tijdwinst zien.



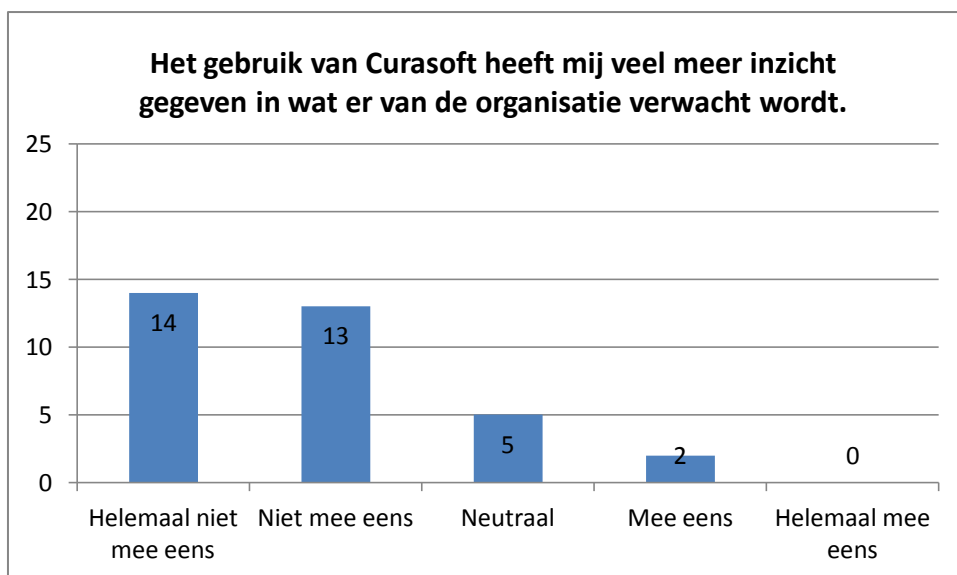
Maar liefst 74% van de respondenten (25 uit 34) heeft door het gebruik van Curasoft meer inzicht gekregen in de eigen werkzaamheden, slechts twee mensen hebben ofwel net zoveel inzicht als voorheen of hebben minder inzicht gekregen in het eigen werk.



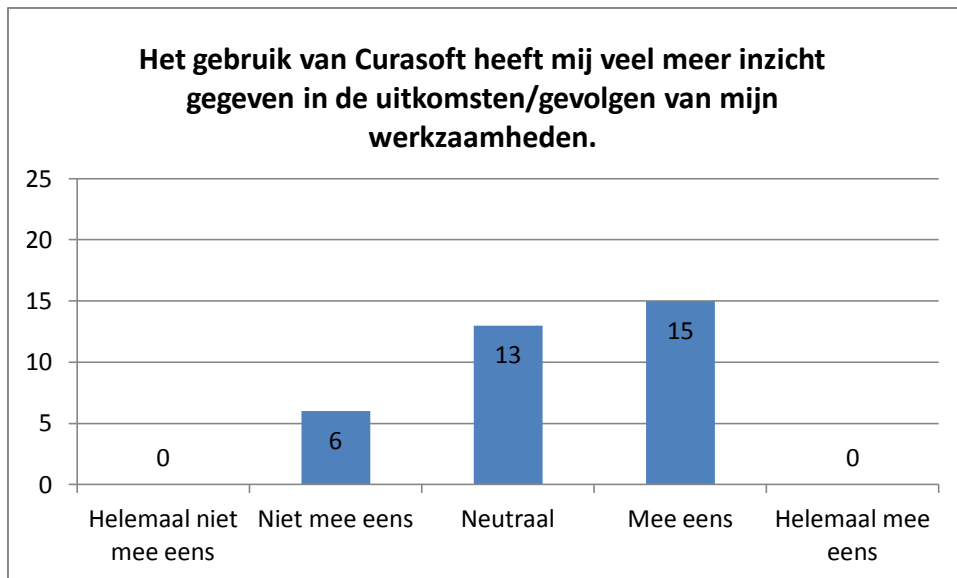
Waar respondenten meer inzicht hebben in het eigen werk met behulp van Curasoft is dit bij de inzicht in de werkzaamheden van de organisatie slechts bij drie personen het geval. Kortgezegd heeft 94% van de respondenten niet meer inzicht gekregen in de wat de organisatie waarvoor zij werken doet (of zelfs minder).



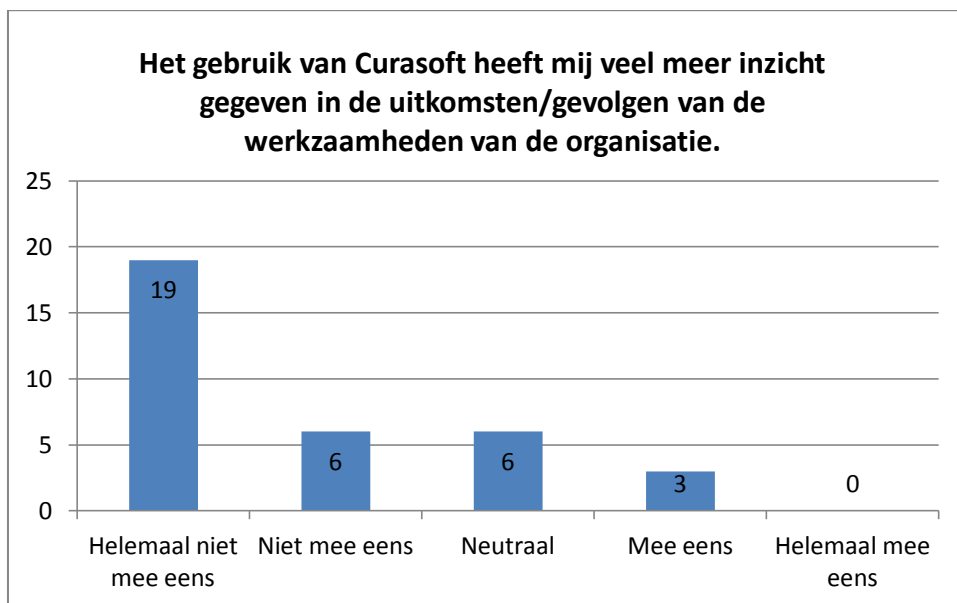
Deze grafiek laat zien dat 22 van de 34 respondenten (65%) met behulp van Curasoft meer inzicht heeft gekregen in wat er van hem of haar verwacht wordt.



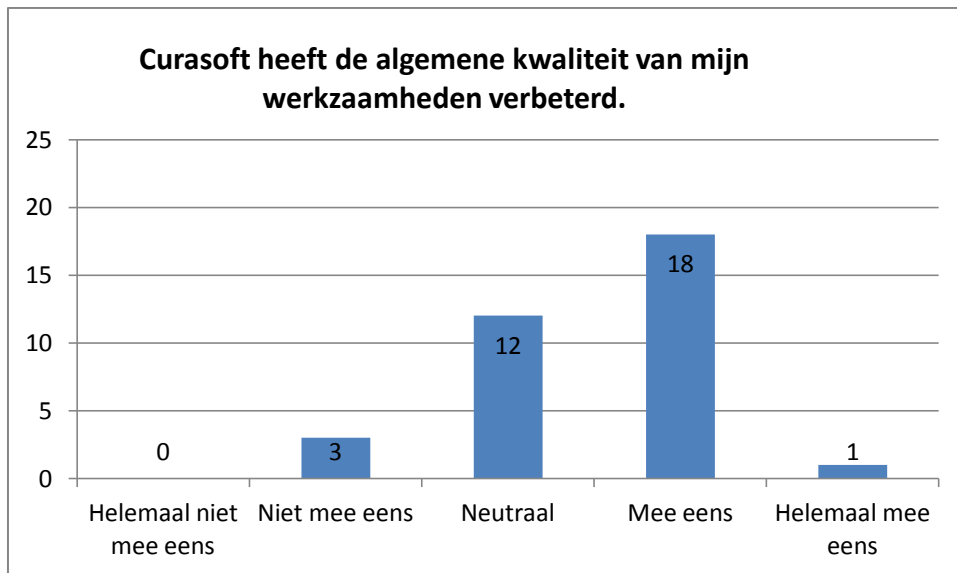
Net zoals bij het inzicht in de werkzaamheden van de organisatie heeft Curasoft voor de gebruiker ook niet bepaald toegevoegde waarde als het gaat om inzicht in de verwachtingen die gesteld worden aan de organisatie (door bijvoorbeeld de directe omgeving of de maatschappij). Slechts twee personen hebben met de hulp van Curasoft meer inzicht gekregen in wat er van de organisatie verwacht wordt.



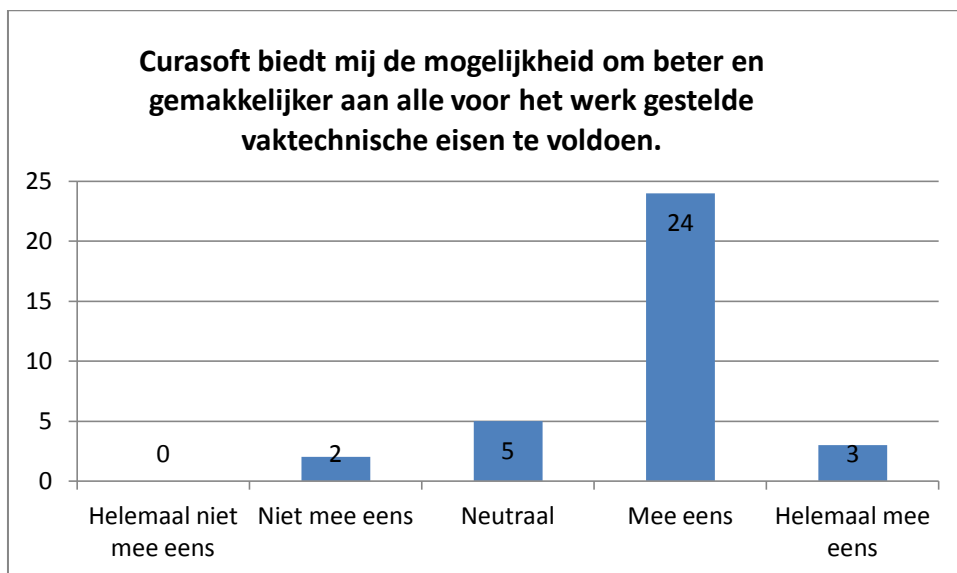
Iets minder dan de helft van de respondenten (44%) heeft meer inzicht gekregen in de uitkomsten/gevolgen van zijn of haar eigen werkzaamheden. De overige 56% ziet geen verschil of heeft het gevoel dat Curasoft niet bijdraagt aan het inzicht in de gevolgen van het eigen werk.



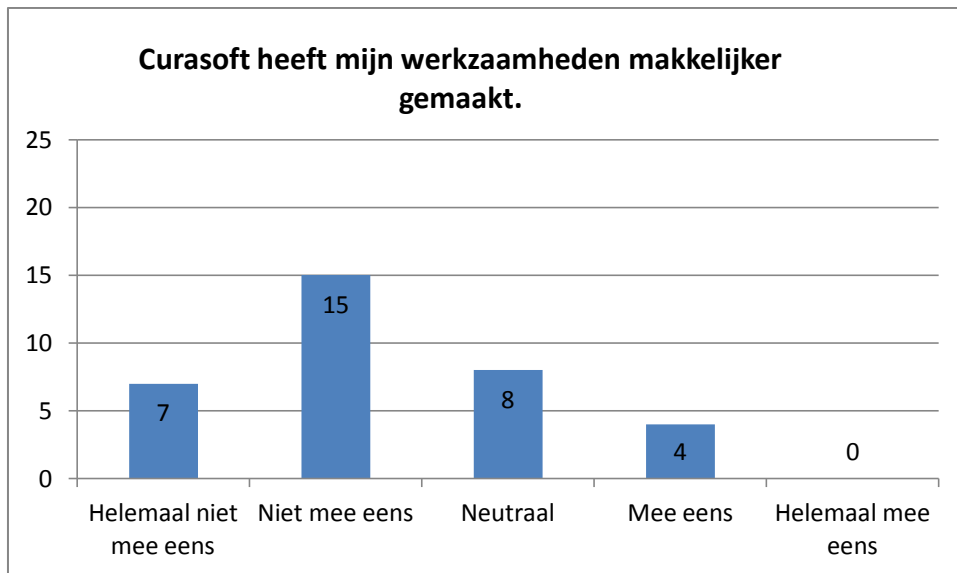
Ook in de gevolgen van de werkzaamheden van de organisatie heeft 91% van de respondenten niet meer of zelfs minder inzicht gekregen in de gevolgen van de werkzaamheden van de organisatie.



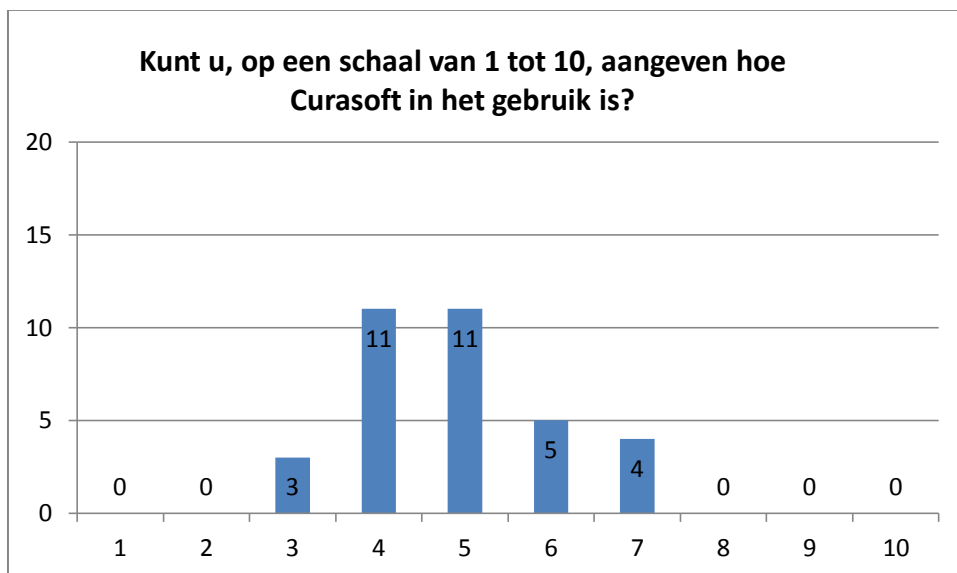
De respondenten zijn vrij positief over de invloed van Curasoft op de kwaliteit van het werk. Slechts 9% is het er niet mee eens dat Curasoft de algemene kwaliteit van zijn of haar werkzaamheden heeft verbeterd.



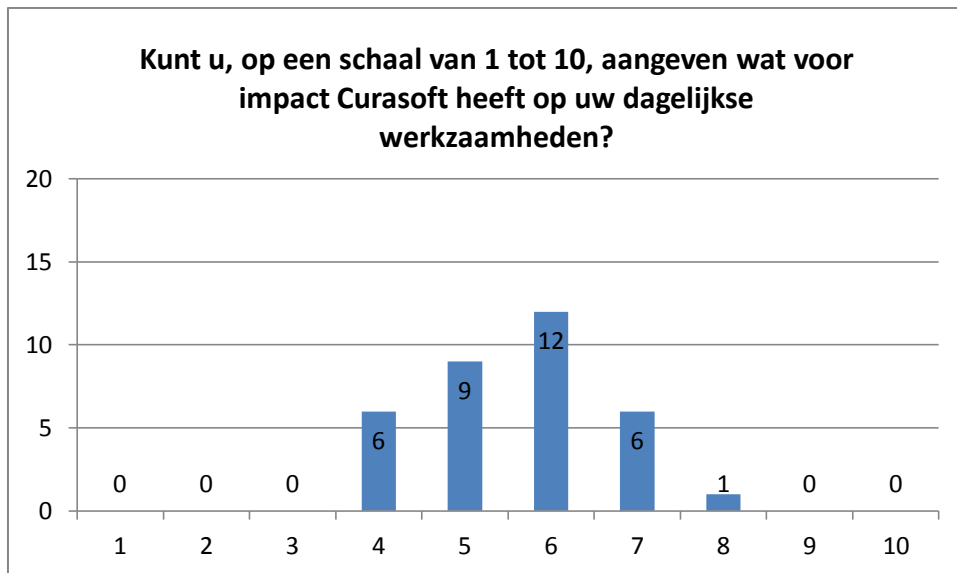
Maar liefst 27 van de 34 respondenten is het ermee eens dat Curasoft de mogelijkheid biedt om gemakkelijker aan vaktechnische eisen te voldoen. Slechts twee van de 34 gebruikers ziet geen toegevoegde waarde van Curasoft op dit gebied.



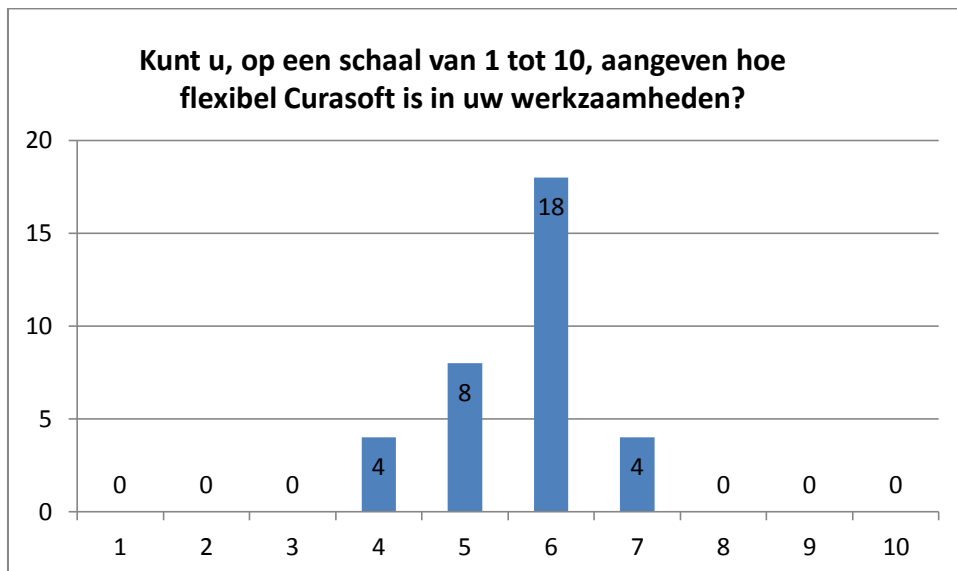
Slechts 4 mensen vinden het werk met behulp van Curasoft makkelijker, wat erop kan wijzen dat Curasoft moeilijk in gebruik is of dat de vorige manier van werken makkelijker was.



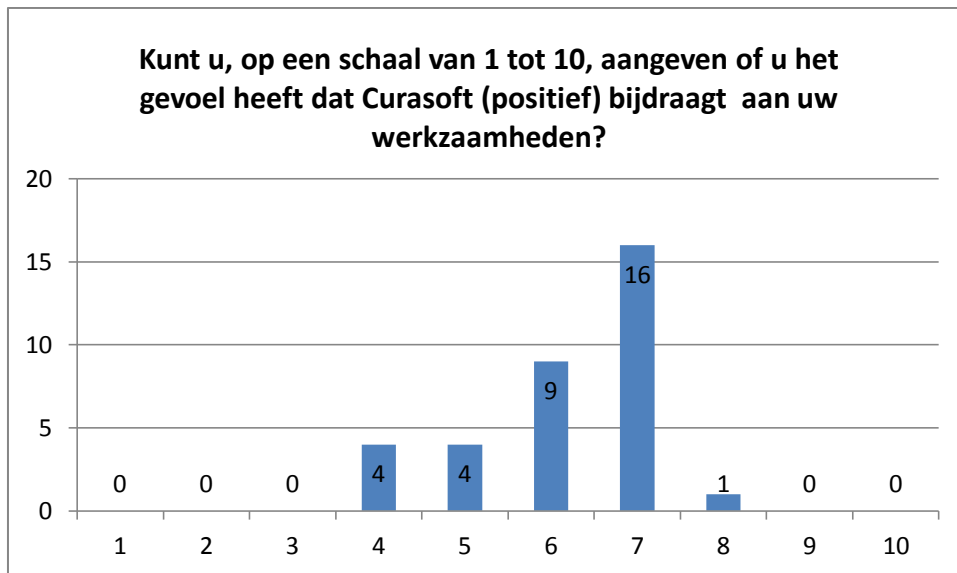
De resultaten van bovenstaande scorevraag geven aan dat het merendeel van de respondenten Curasoft vrij moeilijk vinden in het gebruik ("1" is heel moeilijk, "10" is heel makkelijk). Het gemiddelde cijfer dat uit deze vraag volgt is een 4,88.



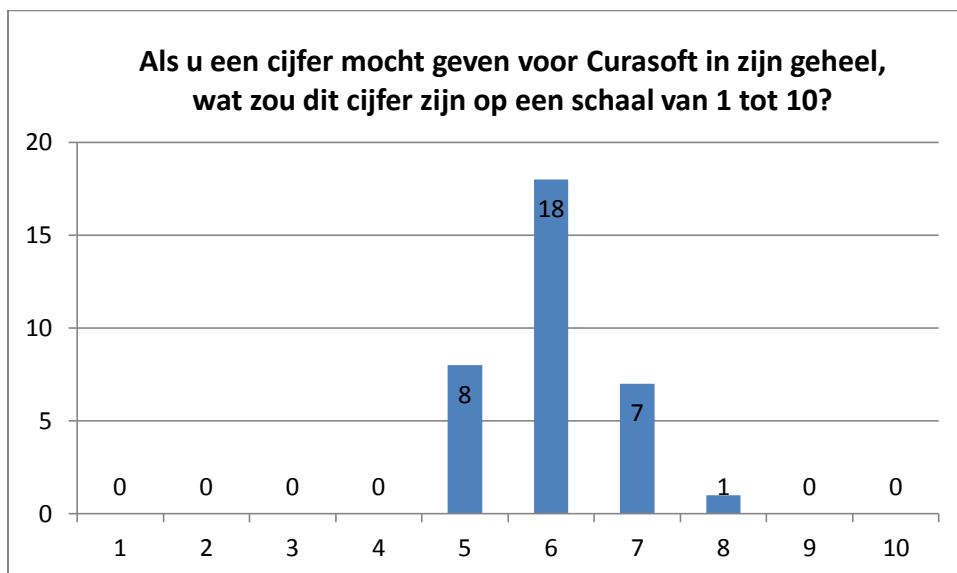
In deze vraag was een score van “1” een hele negatieve impact, terwijl een score van “10” een hele positieve impact voorstelde. Met een gemiddeld cijfer van 5,6 heeft Curasoft zowel geen uitgesproken negatieve als positieve impact gehad op de werkzaamheden (oftewel de huidige manier van werken met Curasoft is niet gelijk slechter of beter dan de manier van werken zonder Curasoft).



Met een gemiddeld cijfer van 5,6 wordt Curasoft als redelijk flexibel gezien door de 34 respondenten.



De respondenten geven gemiddeld een 6,2 als het gaat om het gevoel dat Curasoft positief bijdraagt aan de werkzaamheden (dat kan op alle gebieden zijn). Het merendeel is positief over de bijdrage van Curasoft en geeft een 7 voor deze vraag.



Het gemiddelde algemene cijfer dat Curasoft krijgt van de respondenten is een zes. Mocht het om een beoordeling gaan zou dit dus betekenen dat Curasoft een voldoende scoort. In het kader van dit gebruikersonderzoek betekent deze zes dat over het algemeen genomen de gebruikers niet negatief zijn over Curasoft maar ook niet uitgesproken positief.

Verschil in gebruikersgroepen

Het verschil in antwoorden tussen de verschillende gebruikersgroepen is niet significant genoeg gebleken om de verschillen in antwoorden expliciet apart van elkaar te vermelden. De algehele meningen en conclusies zijn bij de drie gebruikersgroepen vrijwel identiek, en voor het verloop van dit onderzoek is het niet nodig deze los van elkaar te behandelen.

Conclusies Gebruikersonderzoek

Uit het gebruikersonderzoek kunnen een aantal conclusies getrokken worden. Hieronder staan nogmaals alle gemeten indicatoren op een rijtje met daarbij de bijbehorende conclusies die volgen uit de resultaten zoals deze hierboven zijn weergegeven. Voor de duidelijkheid moet bij deze vermeld worden dat een aantal van 34 respondenten niet voldoende is om significante conclusies te trekken of om de conclusies te kunnen generaliseren naar andere of alle Curasoft gebruikers.

Tijdwinst

De resultaten laten een duidelijk verschil zien tussen de waargenomen tijdwinst op korte en op lange termijn. Waar op korte termijn slechts één respondent meer tijdwinst boekt met behulp van Curasoft, wordt de tijdwinst op lange termijn beter gewaardeerd. Zestien respondenten geven aan dat zij het gevoel hebben dat Curasoft op lange termijn tijd bespaart, slechts vijf personen vinden dat zij ook op lange termijn geen tijdwinst boeken met behulp van Curasoft.

Concluderend kan gesteld worden dat op korte termijn Curasoft op het gebied van tijdwinst niet van toegevoegde waarde is als het vergeleken wordt met een situatie zonder Curasoft. De toegevoegde waarde van Curasoft op lange termijn wordt wel gezien door een groot deel van de gebruikers.

Kwaliteit

Negentien respondenten zien een verbetering van de kwaliteit van hun werk met behulp van Curasoft. Twaalf personen hebben geen uitgesproken mening over de toegevoegde waarde van Curasoft op het gebied van kwaliteit en slechts drie van de respondenten geeft aan dat Curasoft niet van toegevoegde waarde is bij het verbeteren van de kwaliteit van het werk. Concluderend is Curasoft op het gebied van werkkwaliteit van toegevoegde waarde voor de respondenten.

Inzicht

De resultaten van de vragen omtrent inzicht in het eigen werk en het werk van de organisatie wijzen uit dat de respondenten het gevoel hebben dat zij meer inzicht hebben gekregen in het eigen werk en de verwachtingen die gesteld worden met behulp van Curasoft. Duidelijk is ook dat de respondenten niet meer inzicht hebben gekregen in wat de organisatie doet en wat er van de organisatie verwacht wordt.

Concluderend is Curasoft van toegevoegde waarde voor inzicht in eigen werk en verwachtingen, echter niet als het gaat om inzicht in het werk van de organisatie.

Transparantie

Op het gebied van transparantie komen dezelfde resultaten naar boven als bij het inzicht in het werk. De gebruikers hebben het gevoel dat zij wel meer inzicht hebben gekregen in de uitkomsten van de eigen werkzaamheden, maar hebben totaal niet het gevoel dat Curasoft bijdraagt aan de inzicht in de gevolgen van de werkzaamheden van de organisatie. Aan transparantie op organisatiegebied voegt Curasoft weinig toe volgens de respondenten.

Impact op werkzaamheden

De resultaten laten zien dat gebruikers over het algemeen het gevoel hebben dat hun werk veranderd is na invoering van Curasoft. Ook wordt deze verandering met een gemiddeld cijfer van

6.2 redelijk positief gezien. Gebruikers vinden echter dat Curasoft het werk niet makkelijker heeft gemaakt, echter wordt de algemene impact toch als positief beoordeeld.

Concluderend kan Curasoft gezien worden als een redelijk positieve verandering in het dagelijks werk van de respondenten, echter wordt het werk niet makkelijker gemaakt.

Eisen

Eén van de sterkste punten van Curasoft die volgen uit het gebruikersonderzoek is de toegevoegde waarde op het gebied van vaktechnische eisen. Slechts twee respondenten zien de toegevoegde waarde van Curasoft niet in als het gaat om het voldoen aan professionele eisen die gesteld worden aan het dagelijkse werk in de zorg.

Gebruiksgemak

De resultaten tonen aan dat gebruikers over het algemeen van mening zijn dat Curasoft vrij lastig in gebruik is. Voor flexibiliteit in het werk scoort Curasoft een krappe voldoende. Concluderend kan gesteld worden dat Curasoft een inhaalslag te maken heeft op het gebied van gebruiksgemak.

Hieronder volgt een tabel met daarin per indicator aangegeven of volgens het gebruikersonderzoek Curasoft van toegevoegde waarde is bij behorende indicator.

Indicator		Toegevoegde waarde?
Tijdwinst	<i>Korte termijn</i>	Nee
	<i>Lange termijn</i>	Ja
Kwaliteit		Ja
Inzicht	<i>Individueel</i>	Ja
	<i>Organisatie</i>	Nee
Transparantie	<i>Individueel</i>	Ja
	<i>Organisatie</i>	Nee
Impact werkzaamheden	<i>Positieve verandering</i>	Ja
	<i>Makkelijker werk</i>	Nee
Eisen	<i>Mogelijkheid tot voldoen aan</i>	Ja
Gebruiksgemak	<i>Moeilijkheid</i>	Nee
	<i>Flexibiliteit</i>	Ja

Wat deze tabel kan vertellen is dat hoewel gebruikers over het algemeen het werk met Curasoft moeilijker vinden en op korte termijn langer bezig zijn vanwege het gebruik van Curasoft, zien zij toch de voordelen op lange termijn. De voordelen worden echter vooral bij het eigen werk gezien en niet op grotere schaal zoals op het organisatieniveau. Het cijfer met betrekking tot een algemeen oordeel over Curasoft valt net boven de zes uit, wat illustreert dat Curasoft over het algemeen als een positieve toevoeging wordt gezien door de respondenten.

Conclusie & Discussie

Gedurende het hele onderzoek werd vanuit drie pijlers gewerkt, namelijk protocollaire zorg, ICT in zorg en Curasoft. Hieronder volgt per pijler een korte conclusie met aansluitend een algehele conclusie waarin de onderzoeksvraag beantwoord wordt.

Eerste pijler: Protocollaire zorg

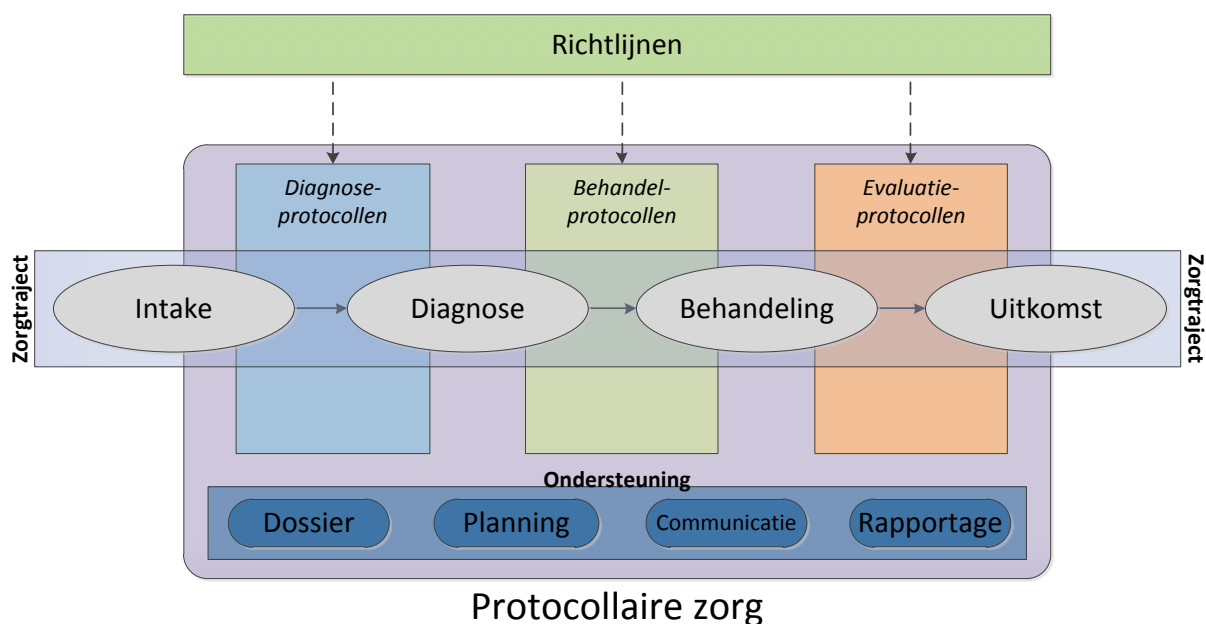
Vanuit literatuuronderzoek is gebleken dat protocollaire zorg als term vrij recent is, waardoor er weinig informatie te vinden is over dit specifieke onderwerp. Vanuit dit oogpunt was het belangrijk om een brede maar eenduidige definitie van protocollaire zorg op te stellen.

Protocollaire zorg

Een combinatie van logisch opeenvolgende protocollen en ondersteunende activiteiten die de leidraad vormen voor het zorgtraject, waarbij toetsing van verzamelde gegevens indien nodig leidt tot aanpassingen in protocollen, ondersteunende activiteiten en aangeboden zorg.

Deze definitie is voortgekomen uit zowel theorie over protocollen en zorg, alsmede vanuit wetgeving omtrent zorg. Vanuit de definitie is af te leiden van wanneer over protocollaire zorg gepraat wordt het gaat om een geheel zorgtraject dat ondersteund wordt door verschillende typen protocollen (diagnose-, behandel- en evaluatieprotocollen) en andere ondersteunende activiteiten, waarbij opgeslagen gegevens leiden tot aanpassing indien nodig in deze protocollen, overige ondersteunende activiteiten en aangeboden zorg.

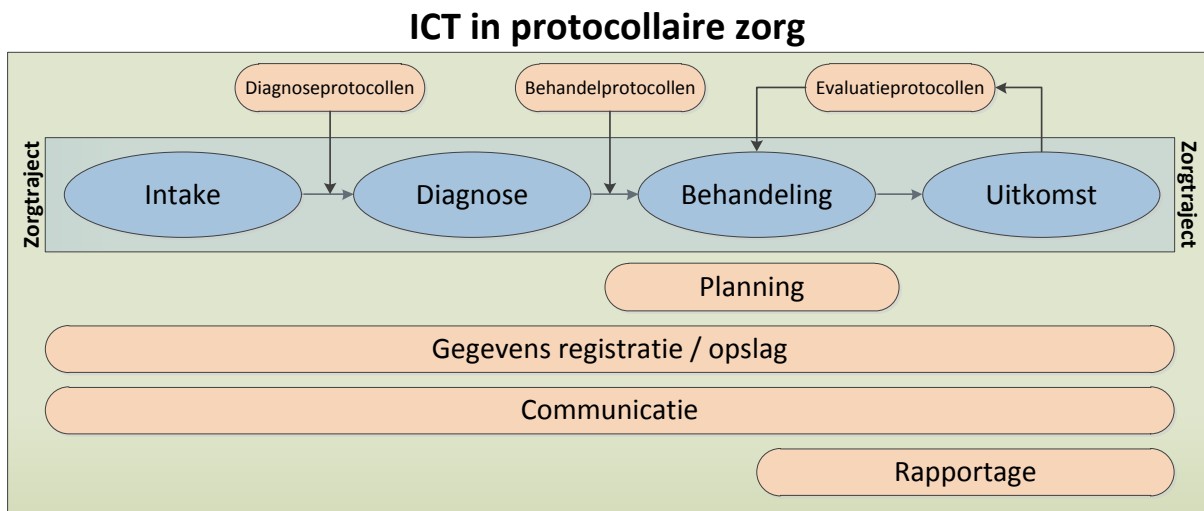
Vanuit de literatuur en eigen opleiding en ervaring zijn vervolgens de belangrijkste ondersteunende activiteiten geïdentificeerd en is in een schematische weergave een overzicht gegeven van het gehele gebied van protocollaire zorg inclusief de verschillende typen protocollen.



Afbeelding 3: Schematische weergave protocollaire zorg.

Tweede pijler: ICT in zorg

De tweede pijler betrof de theoretische rol van ICT in de zorg, specifiek gekeken naar hoe ICT vanuit de theorie protocollaire zorg en de eisen die daaraan gesteld worden ondersteunen.



Afbeelding 9: Schematisch overzicht van ICT in protocollaire zorg

Bovenstaand schema geeft de rol van ICT in het geheel van protocollaire zorg weer (de kleur oranje correspondeert met taken/functies die ICT op zich kan nemen). Let op de duidelijke scheiding tussen het zorgtraject waarin de stappen van de uitvoerend professional (blauw) zich apart van de ICT stappen (oranje) bevinden. Dit is om duidelijk te illustreren dat beide processen (die van de arts en de ICT) parallel verlopen echter niet zodanig verworven zijn dat ze elkaar overnemen. Het moge duidelijk zijn dat ICT ter ondersteuning dient gedurende het zorgtraject en in geen mate geschikt is om de rol van de arts over te nemen als het gaat om het behandelen van de patiënt. Een ICT toepassing kan suggesties doen en hulpmiddelen aanreiken echter de uiteindelijke beslissing blijft bij de arts zelf.

Vanuit de theorie omtrent protocollaire zorg en ICT in zorg zijn een aantal problemen naar voren gekomen die spelen bij het invoeren en het gebruik van een ICT toepassing. Hierbij werd vooral gekeken naar problemen omtrent het gebruiksgemak en de intentie tot gebruik. Samengevat moet ICT enerzijds makkelijk in gebruik zijn, anderzijds moet de gebruiker inzien wat het nut van de ICT toepassing is. Pas als aan allebei de voorwaarden voldaan wordt kan het systeem kans van slagen hebben.

Vanuit de twee voorwaarden die volgden uit het Technology Acceptance Model (Davis, 1989) zijn een aantal indicatoren naar voren gekomen die wat zeggen over het gebruiksgemak en intentie tot gebruik, wat uiteindelijk leidt tot de toegevoegde waarde (van Curasoft) die in het theoretische en empirische deel onderzocht wordt. Deze indicatoren zijn: tijdswinst, kwaliteit, inzicht, transparantie, impact, vaktechnische eisen en gebruiksgemak.

Derde pijler: Curasoft

Waar de eerste en tweede pijler gebaseerd zijn op theorie, kijkt de derde pijler naar een praktijkvoorbeeld van ICT in (protocollaire) zorg: Curasoft. In afbeelding negen is duidelijk weergegeven welke onderdelen in protocollaire zorg ondersteund/overgenomen kunnen worden door ICT vanuit theoretisch perspectief gezien. In de praktijk is gebleken dat Curasoft zowel de ondersteunende activiteiten (planning, gegevens registratie/opslag, communicatie en rapportage) op zich neemt alsmede alle drie de typen protocollen opneemt en ondersteunt in het zorgproces (voor specifieke voorbeelden wordt verwezen naar de beschrijving van Curasoft eerder in het onderzoek).

Hoewel makkelijk vast te stellen is of Curasoft al dan wel of niet de theoretische functies van ICT in de zorg op pakt, was het empirisch onderzoek erop gericht in hoeverre Curasoft van toegevoegde waarde was op de indicatoren die volgden uit het theoretische onderzoek. Dit empirische onderzoek leidt vrijwel direct tot een antwoord op de onderzoeksvraag.

Uit het gebruikersonderzoek is gebleken dat over het algemeen Curasoft een krappe voldoende scoort. Enerzijds scoort het goed op tijdwinst op lange termijn, inzicht en transparantie in eigen werk en het voldoen aan vaktechnische eisen. Anderzijds scoort Curasoft slecht op de gebieden van tijdwinst op korte termijn, het gebruikersgemak en de inzicht en transparantie in de organisatie. Curasoft wordt door de ondervraagde gebruikers gezien als een positieve verandering als het gaat om kwaliteit van en inzicht in werk, echter wordt het systeem nog als te moeilijk en slechts gematigd flexibel gezien.

Eindconclusie

Aan het begin van het onderzoek is de volgende onderzoeksvraag opgesteld:

Hoofdvraag

Wat is de toegevoegde waarde van Curasoft in het ondersteunen van protocollaire zorg en het meetbaar en inzichtelijk maken van zorg?

Waar het theoretische gedeelte in de eerste en tweede pijler hebben geïdentificeerd waar in theorie de toegevoegde waarde van Curasoft kan liggen, heeft het gebruikersonderzoek (in de derde pijler) laten zien waar in de praktijk de door de gebruikers zelf waargenomen toegevoegde waarde ligt. Zoals ook besproken onder de onderzoeksresultaten zien de gebruikers vooral de toegevoegde waarde als het gaat om kwaliteit van het werk, de inzicht in eigen werk en de tijdwinst die op langere termijn geboekt wordt. Als de onderzoeksresultaten vertaald worden tot een antwoord op de hoofdvraag volgt deze conclusie:

De toegevoegde waarde van Curasoft bevindt zich in het kwalitatief verbeteren van het werk, de mogelijkheid tot het voldoen aan allerlei vaktechnische eisen en tijdwinst op langere termijn, tevens in het inzichtelijker maken van de eigen werkzaamheden, de verwachtingen aan en de uitkomsten van het eigen werk.

Discussie

Een aantal punten omtrent het onderzoek, zowel het theoretische als het empirische gedeelte, zijn belangrijk om apart te nemen in een korte discussie. Allereerst moet opgemerkt worden dat protocollaire zorg in principe al langer bestaat, echter pas als de term “protocollaire zorg” vrij nieuw is. Hierdoor is er weinig eenduidige literatuur gevonden die een goede en bruikbare definitie van protocollaire zorg heeft gegeven. Hierdoor is een eigen definitie opgesteld waarbij getracht is om een zo breed mogelijke focus te geven aan protocollaire zorg en deze te koppelen aan het onderzoek. Hierdoor kan het mogelijk zijn dat, doordat de definitie opgesteld is uit informatie uit verschillende bronnen en niet overgenomen is uit wetenschappelijke literatuur, er gedurende het onderzoek informatie over andere aspecten die niet in de definitie zijn opgenomen over het hoofd is gezien. Hierdoor dan wellicht het gevoel ontstaan dat de definitie al één kant op leunt en zich misschien alleen leent voor dit specifieke onderzoek. Dit is echter een logisch gevolg van het feit dat er (nog) geen eenduidige definitie bestaat over protocollaire zorg en er dus keuzes gemaakt moeten worden voordat een onderzoek gedaan kan worden dat gebaseerd is op protocollaire zorg.

Een aandachtspunt omtrent het empirisch onderzoek is een eventueel gebrek aan generaliseerbaarheid. Dit gebrek volgt uit twee factoren:

- 1) Omdat het achteraf lastig bleek het precieze aantal aangeschreven personen te bepalen is een (enigszins realistische) schatting van 300 personen gebruikt. Met 34 respondenten is de respons 11.3%, een erg laag percentage. Hierdoor is de statistische significantie lager dan bij een onderzoek met een hoger respons. Dit bemoeilijkt de generaliseerbaarheid van het onderzoek.
- 2) Over het algemeen zullen mensen die ergens ontevreden over zijn sneller hun mening willen geven dan mensen die er een minder uitgesproken mening over hebben. Hierdoor zou het kunnen zijn dat van de 34 respondenten relatief een groot gedeelte negatief is over Curasoft. Dit kan de representativiteit van het onderzoek aantasten. Uit de resultaten kan opgemaakt worden dat het oordeel redelijk positief is, echter had het eindoordeel zonder een eventuele bias positiever kunnen uitvallen.

Een laatste opmerking over de vragenlijst is het feit dat een aantal vragen meer van belang zijn bij verschillende functies. Logischerwijs zou een respondent met een administratieve of management functie meer inzicht hebben in wat de organisatie moet doen en doet, waardoor uitvoerende medewerkers hier sneller negatief over zullen oordelen, terwijl Curasoft wel goed zou kunnen scoren op dit gebied bij de administratieve medewerkers en de managers. De verhouding van uitvoerende medewerkers, administratieve medewerkers en managers zou dan de algemene conclusie kunnen beïnvloeden. Uit de resultaten is echter gebleken dat er geen opmerkelijke verschillen zijn in de beoordeling van Curasoft tussen de verschillende gebruikersgroepen.

Bibliografie

- CBP. (2011). *Overzicht van de taken en bevoegdheden van het CBP*. Opgeroepen op Juli 4, 2011, van College Bescherming Persoonsgegevens: http://www.cbweb.nl/Pages/ind_cbp.aspx
- Crichton, N. (2001). Visual Analogue Scale. *Journal of Clinical Nursing*, 697-706.
- Davis, F. D. (1989). Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. *MIS Quarterly*, 319-340.
- Koetsier, J. (2008, November 25). *Overregulering maakt zorg duurder en slechter*. Opgeroepen op Juli 4, 2011, van De Gezonde Patiënt: <http://www.degezondepatient.nl/overregulering-maakt-zorg-duurder-en-slechter-25-nov-2008.html>
- Landelijk Overleg Versterking Eerstelij. (2011). *Het wettelijke toezichtkader op zorg*. Opgeroepen op Juli 4, 2011, van Multidisciplinair samenwerken: <http://www.samenwerkeneerstelijnszorg.nl/index.php?p=567955>
- Ministerie van VWS. (2010). *Zorgbalans 2010*. Opgeroepen op Augustus 24, 2011, van Gezondheidszorgbalans: http://www.gezondheidszorgbalans.nl/onderwerpen/kosten/zorguitgaven/zorguitgaven_bb_p/
- Ministerie van VWS. (2011). *Organisatie*. Opgeroepen op Juli 4, 2011, van Inspectie voor de Gezondheidszorg: <http://www.igz.nl/organisatie/>
- Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde. (2010, Oktober 11). *Definities van richtlijnen/protocollen/leidraden en standpunten*. Opgeroepen op Mei 19, 2011, van NVK: http://www.nvk.nl/DeNVK/Documenten.aspx?CommandCore_Download&EntryId=1386
- NZa. (2011). *Organisatie*. Opgeroepen op Juli 4, 2011, van Nederlandse Zorgautoriteit: <http://www.nza.nl/organisatie/>
- Slagter, D. (2011, Maart 7). *Zorgprotocollen*. Opgeroepen op Mei 19, 2011, van Zorgprotocollen: www.zorgprotocollen.nl
- TheSaurus. (2011). *Protocollen*. Opgeroepen op Mei 19, 2011, van TheSaurus Zorg en Welzijn: www.thesauruszorgenwelzijn.nl
- TheSaurus. (2011). *Zorgprotocollen*. Opgeroepen op Mei 19, 2011, van TheSaurus Zorg en Welzijn: www.thesauruszorgenwelzijn.nl
- Van Dale. (2011). *Protocol*. Opgeroepen op Mei 19, 2011, van Van Dale: www.vandale.nl
- van Zweden, C. (2008, Februari). *Overcapaciteit is nodig voor een werkende markt*. Opgeroepen op Juli 4, 2011, van Corien van Zweden: <http://www.corienvanzweden.nl/publicaties/artikelen/50-hoeveel-marktwerking-willen-we-hebben-in-de-zorg>
- Weed, L. (1969). *Medical records, medical education, and patient care. The problem-oriented record as a basic tool*. Cleveland, OH: Case Western Reserve University.

Zorgverzekeraars Nederland. (2011). *Consumenteninfo*. Opgeroepen op Mei 19, 2011, van
Zorgverzekeraars Nederland: <https://www.zn.nl/consumenteninfo/>

Zwetsloot-Schonk, J. (2003). *De wonderlijke wereld van ICT in zorg*. Leiden: Universiteit Leiden.

Bijlage: Vragenlijst

<http://tinyurl.com/curasoft>

Stellingen:

- Curasoft helpt mij bij elk aspect van mijn werk tijd te besparen op korte termijn.

Helemaal niet mee eens | Niet mee eens | Neutraal | Mee eens | Helemaal mee eens

- Curasoft helpt mij bij elk aspect van mijn werk tijd te besparen op lange termijn.

Helemaal niet mee eens | Niet mee eens | Neutraal | Mee eens | Helemaal mee eens

- Het gebruik van Curasoft heeft mij veel meer inzicht gegeven in mijn eigen werkzaamheden.
Onder inzicht wordt verstaan: U weet wat u doet.

Helemaal niet mee eens | Niet mee eens | Neutraal | Mee eens | Helemaal mee eens

- Het gebruik van Curasoft heeft mij veel meer inzicht gegeven in de werkzaamheden van de organisatie.

Onder inzicht wordt verstaan: U weet wat de organisatie doet.

Helemaal niet mee eens | Niet mee eens | Neutraal | Mee eens | Helemaal mee eens

- Het gebruik van Curasoft heeft mij veel meer inzicht gegeven in wat er van mij verwacht wordt.

Onder inzicht wordt verstaan: U weet wat u moet doen.

Helemaal niet mee eens | Niet mee eens | Neutraal | Mee eens | Helemaal mee eens

- Het gebruik van Curasoft heeft mij veel meer inzicht gegeven in wat er van de organisatie verwacht wordt.

Onder inzicht wordt verstaan: U weet wat de organisatie moet doen.

Helemaal niet mee eens | Niet mee eens | Neutraal | Mee eens | Helemaal mee eens

- Het gebruik van Curasoft heeft mij veel meer inzicht gegeven in de uitkomsten/gevolgen van mijn werkzaamheden.

Onder inzicht wordt verstaan: U weet wat u gedaan heeft.

Helemaal niet mee eens | Niet mee eens | Neutraal | Mee eens | Helemaal mee eens

- Het gebruik van Curasoft heeft mij veel meer inzicht gegeven in de uitkomsten/gevolgen van de werkzaamheden van de organisatie.

Onder inzicht wordt verstaan: U weet wat de organisatie gedaan heeft.

Helemaal niet mee eens | Niet mee eens | Neutraal | Mee eens | Helemaal mee eens

- Curasoft biedt mij de mogelijkheid om beter en gemakkelijker aan alle voor het werk gestelde vaktechnische eisen te voldoen.

Helemaal niet mee eens | Niet mee eens | Neutraal | Mee eens | Helemaal mee eens

- Curasoft heeft mijn werkzaamheden makkelijker gemaakt.

Helemaal niet mee eens | Niet mee eens | Neutraal | Mee eens | Helemaal mee eens

- Curasoft heeft de algemene kwaliteit van mijn werkzaamheden verbeterd.
Kwaliteit is hier een combinatie van alle aspecten van uw werk: De uitkomst van uw werk is beter, u ervaart het werken als prettiger en professioneler.

Helemaal niet mee eens | Niet mee eens | Neutraal | Mee eens | Helemaal mee eens

Score

- Kunt u, op een schaal van 1 tot 10, aangeven hoe Curasoft in het gebruik is?
1: Heel erg moeilijk. 10: Heel erg makkelijk.
- Kunt u, op een schaal van 1 tot 10, aangeven wat voor impact Curasoft heeft op uw dagelijkse werkzaamheden?
Met impact wordt bij deze vraag bedoeld: Verschil tussen werken met en zonder Curasoft. 1: Heel erg negatieve impact. 10: Heel erg positieve impact.
- Kunt u, op een schaal van 1 tot 10, aangeven hoe flexibel Curasoft is in uw werkzaamheden?
1. Totaal niet flexibel. 10: Heel erg flexibel.
- Kunt u, op een schaal van 1 tot 10, aangeven of u het gevoel heeft dat Curasoft (positief) bijdraagt aan uw werkzaamheden?

1: Heel weinig. 10: Heel veel.

- Als u een cijfer mocht geven voor Curasoft in zijn geheel, wat zou dit cijfer zijn op een schaal van 1 tot 10?

Rol & Tijd

- Wat is uw rol binnen de organisatie?
Uitvoerend professional | Administratief | Management | Anders
- Hoe lang maakt u al gebruik van Curasoft?
Minder dan 3 maanden | 3 tot 6 maanden | 6 tot 12 maanden | 1 tot 2 jaar | Meer dan 2 jaar