

Adoptie van het Elektronisch Cliënten dossier

Onderzoek naar adoptie van het Elektronisch cliënten dossier
in de Nederlandse VVT Sector

Universiteit Twente

Eindrapport Bachelor Bedrijfskunde

28 januari 2013

Colloquium 28 januari 2013 om 10:45 in Ravelijn 2231

Begeleiders

dr. Ir. A.A.M Spil

ir. drs. M.B. Michel-Verkerke

Ingeleverd door:

L.J. de Graag

Voorwoord

Beste lezer,

Waarom nu een opdracht over een ECD? Vanuit de bedrijfskundige bachelor is dit niet de meest logische optie. Mijn persoonlijke interesses liggen echter wel in de gezondheidszorg. Na het roepen op VWO dat ik mogelijk wel geneeskunde wilde gaan doen, en een interesse voor zorg, het ziek en gezond zijn en de oplossingen daarvoor. Ambities vervagen wel eens en vanwege een mogelijke ongelukkige samenloop van omstandigheden in Enschede terecht gekomen voor studie Bedrijfskunde. Ik ben hier begonnen met een studie die niet al te soepel is verlopen maar wel een hele ontwikkeling op persoonlijk vlak is geweest en daarmee ook een lange reis. Deze is nog niet helemaal klaar want de Master Innovation en Entrepreneurship staat voor de deur.

De opdracht zelf en vooral het rapport is ook een echte reis geweest en hierbij eindelijk het eindproduct. Het rapport had zeker niet kunnen bestaan zonder de toewijding van mijn beide begeleiders, mw. Michel-Verkerke en dhr. Spil. Ook degene die ik heb kunnen interviewen ook zeer bedankt. Zij hebben mij een blik gegund in de wereld van de Nederlandse gezondheidszorg die je normaal op een universiteit niet tegenkomt. Ook familie bedankt vanuit ver Zeeland, mijn ouders, Rob en Marjolijn en mijn zus Jolien.

Vele malen dank voor de ondersteuning die ik in dit langdurige proces bleek nodig te hebben.

Bedankt en veel leerzaam leesplezier.

Leonie de Graag

Enschede, januari 2013

Gebruikte afkortingen

AWBZ: Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

AZR: AWBZ brede Zorg Registratie

BSN: Burger Service Nummer

CBS: Centraal Bureau voor de Statistiek

CIZ: Centrum Indicatiestelling Zorg

CPB: Centraal Plan Bureau

ECD: Elektronisch Cliënten Dossier

EPD: Elektronisch Cliënten Dossier

EZD: Elektronisch Zorg Dossier

IGZ: Inspectie voor de Gezondheidszorg

LSP: Landelijk Schakelpunt

NICTIZ: Nationaal ICT Instituut in de Zorg

PDA: Personal Digital assistant

SER: Sociaal Economische Raad

VVT: Verpleging, Verzorging, en Thuiszorg

VV: Verpleging, Verzorging

VWS: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

WGBO: Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst

WIS: Wijkverpleegkundig Informatie Systeem

WMO: Wet Maatschappelijke Ondersteuning

ZN: Zorgverzekeraars Nederland

ZZP: Zorgzwaartepakket

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Gebruikte afkortingen	3
Inhoudsopgave	4
Management Summary	6
Hoofdstuk 1 Inleiding	7
1.2 Opbouw van het verslag	8
Hoofdstuk 2 Onderzoeksmethoden en technieken	9
2.1 Doelstelling	9
2.2 Probleemstelling	9
2.3 Onderzoeksontwerp	9
2.4 Onderzoekopbouw.....	10
2.5 Operationaliseren onderzoeksvragen	10
Hoofdstuk 3 Theoretisch Kader	11
3.1 Wat is een ECD	12
3.2 Ontwikkelingen en gebruik van een ECD Internationaal	14
3.3 Historie ECD in Nederland	15
3.4 Opkomst van het ECD in de thuiszorg	18
3.5 Invloeden vanuit de overheid op het ECD	18
3.6 Invloeden vanuit de VVT sector op het ECD	19
3.7 Invloeden vanuit technologische ontwikkelingen op het ECD	22
3.8 Resultaten theoretisch kader	23
Hoofdstuk 4 Interviewresultaten	24
4.1 Integratie van het ECD	24
4.2 Overheid en branche-invloeden	28
4.3 Technische invloeden	29
4.4 Interview analyse	32
Hoofdstuk 5 Discussie	33
5.1 Wat zijn de ontwikkelingen in de verslaglegging en dossiervorming geweest in de afgelopen 10 jaar op het gebied van ECD in de VVT?	33
5.2 Welke ontwikkelingen zijn er in het buitenland geweest?	34
5.3 Welke ECD systemen met welke functionaliteiten zijn er de afgelopen 10 jaar in Nederland gebruikt en welke zijn er nu in gebruik?	35
5.4 Wat zijn de eisen vanuit overheid, organisaties en overkoepelende instanties waar het ECD aan moet voldoen?	36
Hoofdstuk 6 Conclusie en Aanbevelingen	37
6.1 Conclusie	37
6.2 Aanbevelingen	38
6.3 Sterke en zwakke punten	40

6.4 Onbeantwoorde vragen	40
6.5 Mogelijkheden voor verder en nieuwe onderzoeken.....	41
Referenties	42
Literatuurlijst	42
Bronnenlijst.....	44
Bijlage 1	47
Interviewvragen leverancier.....	47
Interview vragen adviserende en overkoepelende organisatie	49
Interview vragen onderzoeker	50
Interviewvragen verpleeg en thuiszorgorganisatie	52
Bijlage 2	54
Literatuur review gebruikt voor theoretisch kader	54

Management Summary

In Nederland wordt er steeds meer gebruik gemaakt van een Elektronisch cliënten dossier (ECD) in de verpleging, verzorging en zorg thuis (VVT) sector. Maar hoe is dit ooit begonnen en hoe wordt een ECD in een organisatie gebruikt. Maar ook, hoe moeten organisaties nu verder ontwikkelen met het gebruik van een ECD en wat is er in het buitenland gebeurd met elektronische zorgdossiers. *Hoofdvraag:* Wat is de stand van zaken in Nederland van het Elektronisch cliënten dossier na de afgelopen 10 jaar in verpleeg en thuiszorgorganisaties.

Aan de hand van kwalitatieve interviews en literatuuronderzoek is er een analyse gemaakt over het ECD in Nederland en de ontwikkeling daarvan. In 2000 was het ECD op kleine schaal aanwezig in organisaties. In 2012 wordt het ECD op grote schaal toegepast in organisaties.

Van verschillende partijen wordt er invloed uitgeoefend om een ECD te gaan gebruiken, de branchevereniging Actiz, Nederlandse overheid en leveranciers van een ECD. Gebruik van een ECD kan zeker nog een slag maken in organisaties, zo moet er sprake zijn van goede integratie met de vele facetten van zorg leveren in de VVT sector. Bijvoorbeeld het zorgkantoor, AZR berichtenverkeer, financiering, planning, en het zorgleefplan. Het is van belang dat organisaties bij de aanschaf van een ECD module goed beseffen wat ze nu aankopen, hoe ze het gebruik van een ECD gaan invoeren in de organisatie en ook de continuïteit van het ECD gebruik kunnen waarborgen. Goed en vaak contact met leveranciers is nodig om alles werkend te krijgen, en te houden en als men iets aangepast wilt, dat het ook daadwerkelijk gebeurt. Daarvoor is het aan te bevelen om in beide organisaties een contactpersoon te hebben. Ook het testen van een ECD in de praktijk kan veel informatie geven voordat een ECD module wordt aangeschaft.

Daarnaast is ook de techniekontwikkeling die het gebruik van tablets mogelijk heeft gemaakt. Ook toegankelijkheid vanuit verschillende plekken op de werkvloer is mogelijk doordat een ECD via een draadloos netwerk te gebruiken is. Maar technologische ontwikkelingen leveren ook bedreigingen op voor de veiligheid van het dossier en specifiek de gegevens die daarin staan. Deze veiligheid moet continue in de gaten worden gehouden en systemen moeten up to date zijn om de risico's zo klein mogelijk te houden.

Zowel binnen Nederland als in het buitenland worden ECD's toegepast op een manier waarvan men zeker wat kan leren. De beste voorbeelden in het buitenland zijn te vinden in de Verenigde Staten en in de Scandinavische landen. In de VS is er de Veterans Health Care organisatie, een groot netwerk van verschillende ziekenhuizen en verpleeghuizen. Zij hebben hun eigen ECD ontwikkeld. In Scandinavië valt vooral veel te leren van de thuiszorg, zo wordt er in Finland al gewerkt met draadloze elektronische cliënten dossiers vanuit het huis van de cliënt.

Hoofdstuk 1 Inleiding

Het onderzoek gaat over de adoptie van het Elektronisch cliënten dossier (ECD) in de Nederlandse VVT Sector. Maar wat is nu eigenlijk een ECD en waarom nu een onderzoek over de adoptie van het ECD? De kosten van de gezondheidszorg rijzen de pan uit en de vergrijzing helpt hierbij mee. “Een kwart van de stijging in de kosten wordt veroorzaakt door de vergrijzing. Volgens het centraal plan bureau (CPB) is een flink deel van de groei tussen 2001 en 2010 - circa € 8 miljard - niet te verklaren vanuit vergrijzing of toegenomen welvaart. Het is aannemelijk dat deze groei gedeeltelijk een inhaalslag is. Op het gebied van langdurige zorguitgaven is Nederland samen met Zweden koploper (Rijksoverheid, 2012)”.

Mogelijk kan een ECD helpen met de kostenbeheersing. De verwachting vanaf 2000 is:” De uitdaging voor het komende decennium ligt erin om zorgprocessen en richtlijnen aan elkaar te verbinden. De eerder genoemde indicatoren, zoals ASA score, een decubitus risico scorelijst, een APGAR score, een APACHE score en een trauma score, bij voorkeur gegenereerd op basis van de patiëntengegevens in het elektronisch zorg dossier, vormen daartoe een belangrijke schakel (Klazinga, 2000)”.

Een ECD is een vorm van een Elektronisch Patiënten Dossier (EPD). Een EPD is een dossier wat gebruikt wordt in de cure-sector, met onder andere de medische geschiedenis en gegevens van de patiënt daarin vermeld. Een ECD wordt gebruikt in de VV&T sector en de gehandicaptenzorg, deze zijn onderdeel van het care gedeelte van de Nederlandse gezondheidszorg. Het ECD zoals hier bedoeld richt zich alleen op de VVT sector. Het grote publiek kent de term EPD alleen van het landelijke EPD, “Een landelijk EPD houdt in een dossier met medische gegevens die door verschillende instanties zoals huisartsen, apotheken, ziekenhuizen, verzorgingshuizen in de gezondheidszorg kunnen worden opgevraagd door middel van een landelijk schakelpunt (LSP) (Rijksoverheid, 2010)”. Maar dit EPD gaat alleen nog in afgeslankte vorm verder. “Er bleken voor de Eerste Kamer teveel nadelen te zitten en alleen een kernonderdeel, het LSP wordt in praktijk gebracht (Tweede kamer der Staten Generaal, 2012)”.

Elektronische dossierontwikkeling op lokaal en regionaal niveau en daarmee ook de VVT sector gaat wel door. “Zo is er op regionaal eerstelijns niveau sprake van standaardberichten uitwisseling tussen verschillende disciplines zoals huisarts, huisartsenpost en apotheek (Jabaaij et al., 2009)”. Organisaties hadden en hebben nog steeds behoefte naar ICT voorzieningen die organisaties kunnen helpen in het primaire proces, maar die ook ervoor zorgen dat organisaties meegaan met de tijd en de techniek. Vanaf 1999 zijn er al ECD's op de markt en worden deze door organisaties in gebruik genomen.

“De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)(2008) stelt in dat kader vast dat de gezondheidszorg in toenemende mate afhankelijk is van medische technologie, waaronder ook het gebruik van elektronische dossiers: Hoewel de aandacht bij dit onderwerp snel naar ziekenhuizen gaat, is ook de langdurige zorg en zorg thuis ondenkbaar zonder technologische toepassingen. De ontwikkelingen volgen elkaar in een ongekend hoog tempo op, en het eind van de mogelijkheden is nog lang niet in

zicht. Voor patiënten zijn de verbeteringen in diagnose, behandeling en welzijn niet te onderschatten. Maar tegelijkertijd ziet de IGZ ook de gevaren van ICT gebruik: ICT kan zeker een bijdrage kan leveren aan de kwaliteit van de zorg, bijvoorbeeld door het sneller overdragen van informatie en het inzichtelijk maken van gegevens. Tegelijkertijd is ICT echter een bedreiging voor de kwaliteit van de zorg omdat instellingen te weinig aandacht besteden aan de risico's".

Ook in het buitenland heeft de ICT niet stilgestaan, "in de VS is er al langere tijd een organisatie de VHA, Veterans Health Association, die voor al zijn cliënten en patiënten in ziekenhuizen, en verpleeg/verzorgingshuizen al een dossier heeft (Hynes et al., 2004)". En het dossier is ook overdraagbaar tussen de verschillende locaties. "Ook in Scandinavië zijn er vooral in de thuiszorg ontwikkelingen gaande waar we mogelijk als Nederland ons voordeel mee kunnen doen (Groönroos & Perälä, 2008)". De voorbeelden van het gebruik van elektronische dossiers zijn er en mogelijk valt daar nog veel te leren.

Een analyse kan weergeven wat er nu is gebeurd, maar kan ook inzichten geven in wat organisaties moeten doen als ze met een ECD gaan werken, of als ze er al mee werken, wat de mogelijke verbeterpunten zijn. Er zal een analyse gemaakt worden over wat er in de afgelopen 10 jaar is gebeurd met het elektronisch cliënten dossier (ECD) in de VVT sector. Aan de hand van een kwalitatief interview met verschillende partijen uit de VVT sector zal er ook geprobeerd worden om een toekomstbeeld te schetsen voor het ECD, maar ook wat er allemaal nog staat te gebeuren op ECD gebied.

De afgelopen 10 jaar is het ECD steeds meer in trek gekomen. Maar wat is er nu precies gebeurd in de afgelopen 10 jaar, is er veel vooruitgang geweest of juist niet? Wat is er allemaal in het buitenland gebeurd met dossierontwikkeling? Wat voor soorten ECD zijn er nu in gebruik? Dit zijn een aantal vragen waarvan wordt geprobeerd om deze te beantwoorden in dit onderzoek.

1.2 Opbouw van het verslag

In eerste instantie wordt in de Inleiding het probleem geschetst, vervolgens uitgewerkt in een onderzoeksopzet met daarin de hoofdvraag verder uitgewerkt in deelvragen. In het derde hoofdstuk is er een theoretisch kader ontwikkeld over het ECD, dit geeft verdere aanleiding voor onderzoeksmogelijkheden. In hoofdstuk vier zullen de resultaten gepresenteerd worden van de afgenomen interviews met een conclusie aan het einde. In hoofdstuk vijf wordt er eerst een discussie opgezet met de beantwoording van de deelvragen die zijn onderbouwd met quote's uit de interviews, gevolgd in hoofdstuk zes door een conclusie, aanbevelingen en mogelijkheden voor verder onderzoek.

Hoofdstuk 2 Onderzoeksmethoden en technieken

2.1 Doelstelling

Een evaluatie van de afgelopen 10 jaar is nodig om het punt te bepalen waar we nu zijn aangekomen en wat de situatie nu is en wat het plan is voor in de toekomst. Wat hebben de verpleeg- en thuiszorgorganisaties nu echt gedaan met het ECD en welke vorderingen zijn er gemaakt ten opzichte van tien jaar geleden? Is er verandering gekomen in de soorten systemen, is men juist iets nieuws gaan gebruiken of gebruikt met nog een systeem dat verouderd is maar nog goed werkt?

2.2 Probleemstelling

Hoofdvraag: Wat zijn de ontwikkelingen en toekomstverwachtingen van het gebruik van een Elektronisch cliënten dossier in Nederland in de afgelopen tien jaar in de sector verpleging, verzorging en zorg thuis (VVT)?

Deelvragen:

Wat zijn de ontwikkelingen in de verslaglegging en dossiervorming geweest in de afgelopen 10 jaar op het gebied van ECD in de VVT?

Welke ontwikkelingen zijn er in het buitenland geweest?

Welke ECD systemen met welke functionaliteiten zijn er de afgelopen 10 jaar in Nederland gebruikt en welke zijn er nu in gebruik?

Wat zijn de eisen vanuit overheid, zorgorganisaties en overkoepelende instanties waar het ECD aan moet voldoen?

2.3 Onderzoeksontwerp

Aan de hand van een "literatuuronderzoek met een review kader (Shadish et al., 2002)" centraal plan bureau (CPB), bronnenonderzoek en kwalitatieve interviews, zullen de verschillende ontwikkelingen van het ECD in kaart worden gebracht. "De opzet is gebaseerd op het uitvoeren van kwalitatief onderzoek (Mason J. , 2002)". De interviews zijn met een leverancier van ECD systemen, een overkoepelende en adviserende organisatie, een onderzoeker in de VVT sector en een organisatie die actief is in de verpleeghuiszorg, verzorgingshuiszorg en thuiszorg. "De interviews zijn open ended interviews met een half open structuur, de onderwerpen en de beginvragen liggen vast, en worden verder uitgediept door middel van doorvragen (Baarda et al., 2005)". Hoe staan deze vier verschillende partijen tegenover deze ontwikkelingen? Wat hebben ze zelf gedaan in de afgelopen tien jaar? Wat is de situatie nu en wat verwachten zij en wat gaan ze zelf doen in de toekomst? Het startpunt van de evaluatie zal ongeveer vanaf 2001 zijn.

2.4 Onderzoeksofbouw

Om een zo compleet mogelijk beeld te schetsen van de ontwikkelingen van het ECD in Nederland is er een theoretisch kader ontwikkeld over het ECD, en over ontwikkelingen die betrekking hebben op het ECD. De dataverzameling heeft bestaan uit het houden van kwalitatieve interviews met verschillende partijen, een leverancier, een overkoepelende adviesorganisatie, een onderzoeker in de VVT sector en met verzorging-, verpleeg-, en thuiszorgorganisatie zelf. Daarnaast worden de resultaten van de interviews verwerkt om zo vanuit verschillende hoeken een beeld te vormen over wat er nu gebeurt is, wat de huidige situatie is en wat de toekomstverwachtingen zijn.

2.5 Operationaliseren onderzoeksvragen

Ten eerste zal er gebruik gemaakt worden van een literatuur review om de onderzoeksvraag en deelvragen te kunnen beantwoorden. Daarnaast om meer inzicht te krijgen hoe het daadwerkelijk op de werkvloer is en hoe de verschillende partijen denken over het ECD, zal er gebruik worden gemaakt van kwalitatieve onderzoeksmethoden. Daarbij is de keus gemaakt voor een interview met een half - open vraagstructuur. Om een goed interview af te nemen en zo meer meetbaar te maken is het gebruik gemaakt van open ended interviews. Hiervoor is een protocol opgesteld om zo structuur te bieden en duidelijke vragen te kunnen formuleren. De interviews zijn half gestructureerde interviews geweest met 4 hoofdonderwerpen met daarin vragen aangepast aan de situatie. De 4 hoofdonderwerpen staan hieronder in de tabel. De interviewvragen van de hoofdonderwerpen zijn te vinden in Bijlage één. De resultaten van de interviews gepresenteerd worden in hoofdstuk vier. De interviews zijn afgenomen met één leverancier, één overkoepelende organisatie, één met een onderzoeker die zowel op wetenschappelijk gebied ervaring heeft en ook in de praktijk gewerkt heeft met ECD's en één zorgorganisatie zowel thuiszorg, verpleeghuiszorg als verzorgingshuiszorg en

Beginsituatie, startpunt ontwikkeling ECD: Wat waren de eisen uit de verpleeg en thuiszorgorganisaties waar jullie in eerste instantie aan wilde voldoen?

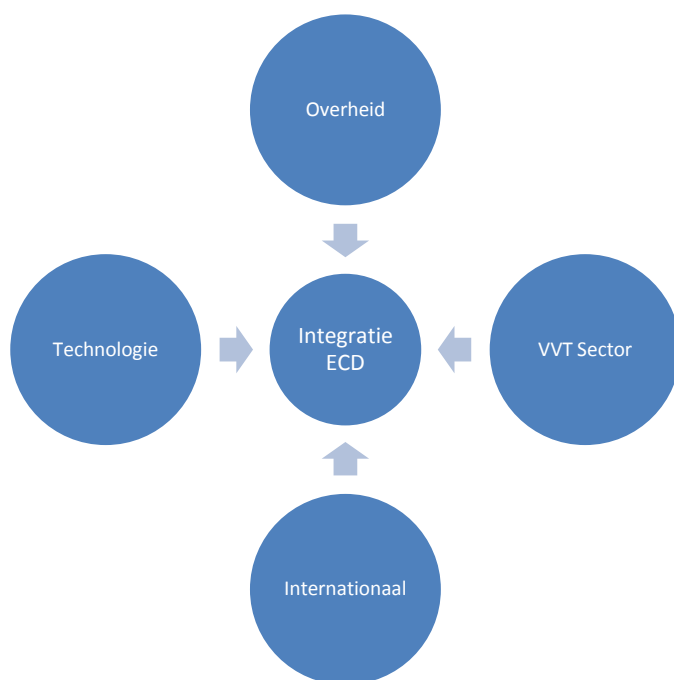
Huidige situatie: Zijn er problemen met de implementatie in organisaties?

Verwachtingen voor de toekomst: Wat zijn de verwachtingen op koppelingen tussen verschillende systemen, zoals er nu een koppeling met de ZZP bestaat?

Technische invloeden: Wat zijn de technische beperkingen van een webbased systeem?

Hoofdstuk 3 Theoretisch Kader

Om een duidelijk theoretisch kader te schetsen over wat er nu allemaal bekend is over het ECD en hoe het ECD in de VVT sector staat, wordt er gebruikt gemaakt van de volgende figuur.



Figuur 1. Onderzoek naar ECD ontwikkeling

In figuur 1 worden er een aantal punten geschetst en op deze manier wordt zowel het theoretisch kader opgebouwd als de resultaten. Als eerste wordt het begrip ECD uitgelegd. Vervolgens wordt er gekeken hoe het internationaal zit met ontwikkeling en gebruik van een ECD. Hoe gaat men daar om met Elektronische dossiervorming in thuiszorg en verpleeg/verzorgingshuiszorg en op welk punt is men daar aangekomen in de ontwikkeling. Daarnaast komt de historie van het ECD in Nederland. Tot slot komt er nog een stuk over de ontwikkeling van de afgelopen tien jaar ECD in Nederland, onderverdeeld in Overheid, VVT sector en Technologische ontwikkelingen. Bij Overheid worden de invloeden behandeld die specifiek door de Nederlandse Overheid zijn veroorzaakt en aangestuurd. Bij invloeden vanuit de VVT sector wordt vooral gekeken wat er vanuit de overkoepelende organisatie Actiz wordt aanbevolen of aangestuurd. Dit is bijvoorbeeld de opbouw van de verslaglegging in het zorgdossier. Bij de technologische ontwikkelingen wordt er gekeken naar de verandering in beschikbare apparaten, ontwikkelingen met internet en de beveiliging van het ECD.

3.1 Wat is een ECD

De precieze definitie voor een ECD is per organisatie vaak verschillend, maar om concreet verder te kunnen moet er een goede definitie worden gemaakt. Om tot een goede definitie te komen beginnen we bij het elementaire deel. Een elektronisch cliëntendossier kan worden gezien als een “computer based information system”. Deze bevat aan technologische elementen: hardware, software, telecommunicatiemethoden en data. Aan de sociale kant van een ‘computer based information system’ zijn er mensen, procedures en organisaties betrokken (Boddy et al. 2005)”. “Een informatiesysteem moet vijf duidelijke functies hebben, operationeel, monitoren, ondersteunen van beslissingen, kennis en communicatie (Markus, 1984)”.

Op het moment dat er door middel van telecommunicatie vanuit een ‘computer based information system’ contact kan worden gelegd buiten de organisatie is er sprake van een IOS, een interorganizational system. “Interorganizational systems (IOS) are automated information systems shared by two or more companies (Cash& Konsynski, 1985)”. Er kan dus sprake zijn van een computerbased systeem, of een interorganisatieel systeem, met het oog op de toekomst is een interorganisatieel systeem een logischere stap. Een ECD kan een interorganisatieel systeem zijn als er sprake is van informatiedeling buiten de eigen organisatie. Op het moment dat het binnen de organisatie wordt gebruikt is het een computer based systeem.

In zorgorganisaties werd er eerst een papieren cliëntendossier gebruikt. Het papieren dossier kan worden gezien als een voorloper omdat alle gegevens die daarin moeten staan, ook in een ECD moeten staan. Maar een ECD kan veel meer te worden dan het papieren cliëntendossier. “Het papieren cliëntendossier is een cliëntgebonden map met informatie voor een juiste, goede en verantwoorde zorgverlening en behandeling van de betreffende cliënt. Informatie op papier, over de ziektegeschiedenis van de cliënt, de zorgondersteuning die hem of haar bij dagelijkse activiteiten geboden wordt en de behandelingen die hij of zij van hulpverleners krijgt. Alle door hulpverleners geschreven rapportages en opdrachten en genoteerde test, onderzoek- en meetresultaten, worden in deze persoonlijke map bewaard. Voor één en dezelfde cliënt kunnen bij meerdere hulpverleners en zorginstellingen papieren zorgdossiers worden bijgehouden, waardoor niet alle dossiers van deze cliënt ook alle medische en zorginformatie bevatten. Het dossier moet voldoen aan wet- en regelgeving, wat wordt getoetst door de Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ) (Oosterheert & de Jong-Maliepaard, 2006)”.

Bij TGgezondheidszorg (2006) wordt het ECD als volgt gezien: “Het elektronisch cliëntendossier onderscheidt zich van het papieren cliëntendossier door het feit dat de informatie digitaal ingevoerd en bewaard wordt, dat het één dossier is waarin alle hulpverleners de gegevens bijhouden en dat het alle hulpverleners de mogelijkheid biedt zo nodig ook bij andere hulpverleners zorgdossiers van hun cliënten in te zien. Het elektronisch cliëntendossier onderscheidt zich bovendien van een papieren cliëntendossier door het feit dat de ingevoerde informatie voor verschillende doeleinden gebruikt kan worden. De informatie is op verschillende manieren te ontsluiten. Het ECD functioneert hierdoor als een spin in het web van alle zorginformatie over een bepaalde cliënt”.

Het is dan ook zo dat een ECD meer functionaliteit heeft dan het papieren cliëntendossier. De branchevereniging Actiz meldt dan ook in 2008 dat een “ Het ECD is veel meer dan een digitale vorm van het cliëntendossier. Het is bovenal een hulpmiddel dat de werkprocessen van zorgondernemingen ondersteunt. Zo legt het ECD een relatie tussen de behandeldoelen en de uitvoering van de zorg. Ook maakt het ECD het mogelijk informatie over en wensen van de cliënt in de werkwijze te verankeren. Het ECD sluit aan op de normen voor verantwoorde zorg. Bijkomend voordeel van het ECD is dat het recht doet aan de bewaking van cliëntvolgende budgetten en zorgzwaartefinanciering. Bovendien ondersteunt het de interne en externe rapportages (Actiz jaarkrant 2008)”.

Voor een ECD zijn er verschillende definities te gebruiken. Zo word er een in advies rapport van M&I/Partners (2009) de volgende gebruikt: “Softwaretoepassingen waarin medische gegevens over personen in digitale vorm bewaard en beschikbaar gemaakt worden. Dit met als doel om het huidige of toekomstig proces rondom een patiënt te ondersteunen.” Deze definitie heeft wel nadelen ook met betrekking tot de niet medische gegevens van een patiënt, er lijkt volgens deze definitie geen plaats voor zorginformatie, bijvoorbeeld een geschiedenis van de cliënt en rapportages van niet medische hulpverlening.

Een definitie gegeven door “My Support: zorginformatie op orde, een virtueel competence center” (2004): een ECD is een verzameling van gegevens die door allerlei processen in de organisatie wordt gevuld ter aanvulling op de cliëntregistratie. Deze gegevens zijn elektronisch beschikbaar in het zorgproces ter ondersteuning van de zorgverleners. Daaraan wordt nog toegevoegd dat een ECD bestaat uit de volgende componenten: het beheren van cliëntgegevens. het onderhouden van het zorgplan. het onderhouden van een werkplan; het beheren en toegankelijk maken van protocollen. het beheren en toegankelijk maken van een kwaliteitshandboek (My Support, 2004)”.

In het adviesrapport “het elektronisch cliëntendossier in de care sector” van Epping et al. (2006), wordt deze inhoud van de softwaretoepassing anders uitgelegd en worden het ook componenten genoemd. “De inhoud van de communicatie van de zorg aan de cliënt kan men zien als een samenhang van informatiecomponenten. Ook zal een beschrijving worden gegeven van de wijze waarop de zorginhoudelijke informatiecomponenten in het zorg(behandel)/leefplan kunnen worden toegepast in het ECD en de berichten voor de koppelvlakken. Er zal een beschrijving worden gegeven van de structuur en van de dynamiek. Met structuur wordt bedoeld: datgene wat moet worden vastgelegd en de functies die het ECD moet leveren, zoals persoonsbeeld/anamnese, een overzicht van mogelijkheden, beperkingen en problematiek, doelstellingen/verwachte resultaten, activiteiten/leefplan, rapportage/realisatie, zorgresultaten en evaluatie’.

Naar aanleiding van de definities is er gekozen om de volgende te gebruiken: computerbased informatiesysteem voor de VVT waarin medische gegevens, persoonsbeeld/anamnese, een overzicht van mogelijkheden, beperkingen en problematiek, doelstellingen/verwachte resultaten, activiteiten/leefplan, rapportage/realisatie, zorgresultaten en evaluatie over personen in digitale vorm bewaard wordt, beschikbaar wordt gemaakt en te gebruiken is voor zowel interne en externe rapportages.

In de toekomst kan het computerbased informatiesysteem een interorganisatieel systeem worden waarin er ruimte is voor e-overdracht. “Dit is nu nog niet in het geval in organisaties in de VVT sector (Nictiz, V&VN & Actiz, 2010)”, maar de definitie kan in de toekomst worden aangepast.

3.2 Ontwikkelingen en gebruik van een ECD Internationaal

In het buitenland wordt er ook gebruik gemaakt van elektronische dossiers. De functionaliteit zal altijd voor een gedeelte anders zijn, omdat de zorg niet ingericht is zoals in de Nederlandse VVT sector. Dit komt onder andere tot uiting bij het invoeren van zorgzwaartepakketen (ZZp's) en het zorgleefplan en de daarop gebaseerde financiering, die alleen in Nederland te vinden is.

In het buitenland zijn er ook verschillende soorten patiënten en cliëntendossier. Hetgene wat de meeste overeenkomsten heeft is een EHR (Electronic Health Record). Een definitie die hier wordt aangehouden is de volgende: “an EHR is a patient-oriented, aggregated, longitudinal system of systems which assembles health information about a patient over a wide area network from, potentially, many geographically dispersed data sources. An EHR provides each individual with a aggregate, secure and private lifetime record of their key health history and care within the health system and shares encounter information available electronically with authorized health care providers and the individual anywhere, anytime in support of high quality care (Ludwick, et al., 2008) “.

EHR's of vergelijkbare elektronische dossiers worden gebruikt in de Verenigde Staten door de VHA, Veterans Health Administration. “Dit is een netwerk waar zowel ziekenhuizen, verzorgingshuizen en verpleeghuizen aan verbonden zijn, specifiek voor veteranen met eervol ontslag (Oliver, 2007)”. “Ook de “nursing homes zijn opgenomen in het netwerk (Brandeis et al, 2007)”. De VHA gebruikt een computerized patient record system (CPRS). “Het CPRS is een volledig elektronisch medisch dossier systeem waarmee medici in alle klinische, poliklinische, en residentiële locaties gebruik kunnen maken van het dossier. In het dossier staan onder andere testresultaten, medische procedures, afbeeldingen en andere informatie. Het dossier is door alle voorzieningen van de VHA nationaal toegankelijk. En ook dossiers worden direct geüpdate bij invoer van gegevens. Het elektronisch dossier zorgt voor een lagere administratieve overhead (Bradley et al., 2010)”. “Het dossier bevat informatie over de gehele medische geschiedenis van de veteraan (Oliver, 2007)”.

“Het software pakket VistA, waar het CPRS een onderdeel van is, wordt ook gebruikt buiten de VHA (Brown et al., 2003)”.

“Al vanaf 1982 is er langzaam begonnen met de ontwikkeling van een informatiesysteem, gedecentraliseerd in ziekenhuizen, en het is uitgegroeid tot een compleet gezondheidszorg informatiesysteem voor meer dan 1300 locaties (Hynes et al., 2004)”.

“Om in alle ICT behoeften te kunnen voorzien heeft de VHA meerdere onderzoeksafdelingen, Quality Enhancement Research Initiative (QUERI). Elke Queri centrum werkt met de bestaande informatietechnologie om hun doelen te bereiken, maar kunnen ook nieuwe informatietechnologie ontwikkelen om aan de behoefte te kunnen voldoen. Investeren in betere ICT is dan ook constant van

belang voor de VHA (Hynes et al., 2004)". Het is dus duidelijk dat een ECD en de aanverwante systemen constante aandacht en geld nodig hebben om goed te blijven functioneren.

Daarnaast is er ook in Finland het gebruik van elektronische dossiers in thuiszorg en verpleeg en verzorgingshuizen. "Zo wordt er in Finland thuiszorg geleverd vanuit Healthcare centrum en de geleverde zorg en informatie over de cliënten wordt opgeslagen in een ECD. Het gebruik van het ECD is draadloos en de invoer van documenten werd in een aantal gevallen gedaan doormiddel van dictaten en spraakherkenning (Hämäläinen & Reponen, 2006)".

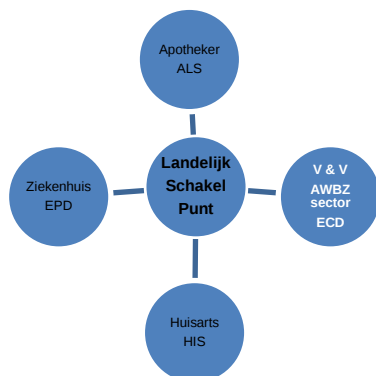
Waar in Finland tegenaan wordt gelopen is dat in de thuiszorg niet iedereen toegang heeft tot de informatie die in een ECD staat. "Er is geen specifiek deel voor cliënten of mantelzorgers, alleen de professionals hebben toegang. Zij dicteren bij bezoek informatie die wordt opgenomen of in een papieren dossier of in een EHR (Toivanen et al., 2003)".

Wat in Finland ook speelt is de mogelijkheid voor informatie-uitwisseling. Er wordt geprobeerd om een nationale koppeling te maken met patiënt en cliëntgegevens. "Informatietechnologie is ook belangrijk voor de uitwisseling van informatie tussen en binnen de gezondheidszorg en in sociale zorgorganisaties. Informatietechnologie onderwijs moet gericht zijn op zowel de gebruikers van de apparatuur en de mensen die informatie zoeken. Door het toegenomen gebruik van elektronische patiëntendossiers, moeten de vaardigheden van verplegend personeel snel worden bijgewerkt (Groönroos & Perälä, 2008)". Een goede basis voor het gebruik van EPD's en daarmee ook ECD's kan al gelegd worden in het onderwijs.

3.3 Historie ECD in Nederland

Vanaf 1999 is er een Elektronisch Cliëntendossier in gebruik, Plancare van de Heer software, zij zijn al vanaf 1996 bezig geweest met de ontwikkeling van een ECD (de Heer software, 2012). Echt wijdverspreid is het in 1999 nog niet. "Daarnaast zijn er al verschillende losse systemen in gebruik, zoals een Huisartseninformatiesysteem (HIS), Elektronisch voorschrijf systeem(EVS)(Bakker et al., 2000)" en een "apothekersinformatiesysteem (Cools et al., 2002)". "Deze ondersteunde in ieder geval de gewone administratieve zaken ondersteunden, maar steeds vaker toch ook iets van een medisch dossier bevatten (Louwerse, 2004)". In de VVT sector wordt er al wel gebruik gemaakt van informatiesystemen voor administratieve taken. Maar het zorgdossier dat op de werkvloer wordt gebruikt is nog steeds in veel organisaties aanwezig op papier.

In 2002 heeft de overkoepelende organisatie voor de VV sector, destijds Arcares geheten, een strategienota opgezet voor ICT. Hierin worden de doelen vanaf 2002 tot 2006 op ICT gebied beschreven voor de VV.



Figuur 2. Plaats van een ECD in de Nederlandse gezondheidszorg. Bron: Actiz 2007.

Maar ook geeft deze afbeelding weer waar het ECD in praktijk voor wordt gebruikt. In 2012 is er nog geen landelijk schakelpunt wat betreft de zorg, maar er is bijvoorbeeld wel connectie door middel van het burger service nummer (BSN) om een cliënt te kunnen registreren. Uitwisseling van medische gegevens gebeurt nog door handmatige invoer of meesturen/meegeven met cliënten als zij overgaan naar een andere zorginstelling. “Gegevens over de zorg worden soms digitaal, maar veelal handmatig overgenomen in het papieren dossier van de volgende zorgverlener. Wanneer gegevens in een zorginformatiesysteem (EPD/ECD) zijn ingevoerd worden vaak verschillende systemen en methodieken gehanteerd bij de registratie, waardoor er geen sprake is van interoperabiliteit (Nictiz, V&VN & Actiz, 2010)”.

Er zijn al wel regionale schakelpunten tussen verschillende zorgorganisaties. “Ook komen keteninformatiesystemen in gebruik, in 2003 is er al een project voor een CVA-KIS (Meijboom et al., 2006)”.

In 2004 wordt er meer gedaan om een ECD in de praktijk te gebruiken en te ontwikkelen. Dit is nog voordat overkoepelende organisaties proberen de VVT sector te begeleiden in het gebruik nemen van een ECD. Maar zoals het ministerie van VWS constateerde gaat een invoer van een ECD zeker niet over rozen. “Er is ook een overgang naar een elektronisch cliëntendossier (ECD) gaande. Een overgang naar een nieuwe werkwijze vereist een gedegen voorbereiding, scholing en organisatorische voorwaarden. Dit kost tijd en verklaart deels de trage voortgang in de verbeteringen bij het onderdeel cyclisch volgen van de individuele zorgvraag (VWS, 2008)”.

“In 2005 heeft Actiz in samenwerking met Advisaris in opdracht van het ministerie van VWS een programma van eisen voor het ECD opgesteld, deze is meerdere malen aangepast tot in 2009 de 3.0 versie, de definitieve versie is geworden (Actiz, Advisaris 2009)”. Om een keuze te maken voor een ECD, is het eerste obstakel voor een organisatie. Een programma van eisen opstellen is dan een eerste vereiste. “Op basis van dit eisenpakket wordt vervolgens een leverancier gekozen(ECD

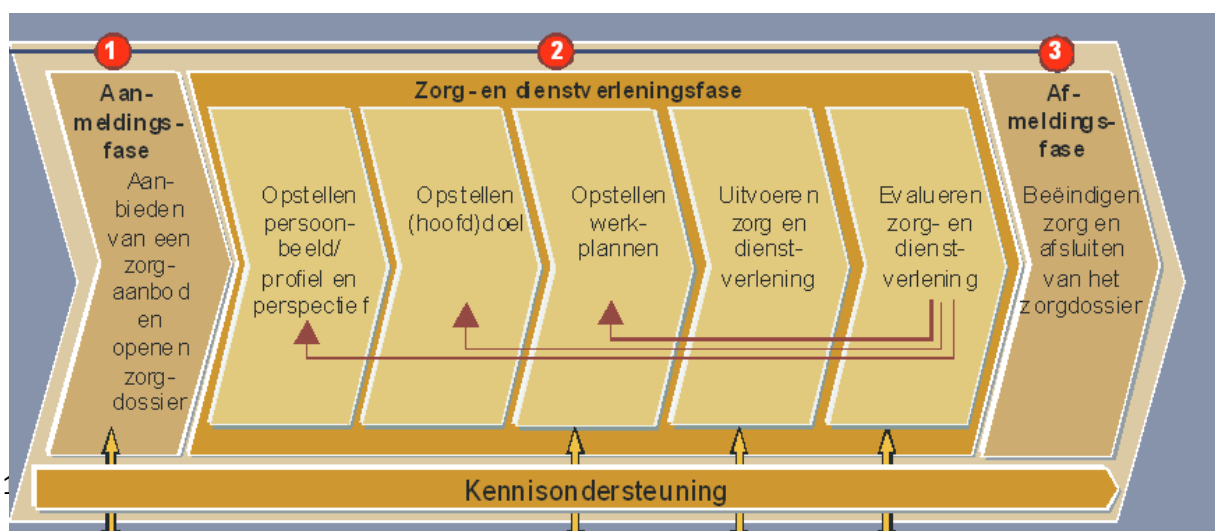
journaal 2008)”. De overkoepelende organisatie Actiz heeft hier in 2007 een rapport over gemaakt wat hoe organisaties het beste een keuze kunnen maken.

In 2007 wordt er in het kwaliteitskader voor verantwoorde zorg aangegeven wat voor koppelingen er mogelijk zijn van een ECD. “Op de lange termijn is een meer continue registratie van de zorginhoudelijke indicatoren wenselijk. Ook een Elektronische Cliënten Dossier (ECD) kan zo worden ingericht dat bepaalde metingen in het dagelijkse werkproces worden geïntegreerd. Organisaties die al in staat zijn om de zorginhoudelijke indicatoren in een ECD of via een eigen continu registratiesysteem te verzamelen kunnen dan ook zeker met hun systeem aansluiten bij Verantwoorde zorg. Voor deze organisaties en hun ICT-leveranciers wordt geformuleerd aan welke eisen de aanvoer van gegevens moet voldoen om opgenomen te kunnen worden in de landelijke database (Stuurgroep Verantwoorde zorg, 2007)”. “Er is ook een brief gestuurd naar de leveranciers met de mogelijkheden die zij kunnen opnemen in het door hun geleverde ECD, ze zijn dit echter niet verplicht (Stuurgroep Verantwoorde zorg Verpleging Verzorging Zorg Thuis, 2007)”.

Voor de ondersteuning wordt er verwezen naar de website, zorgvoorbeter.nl. Daarnaast blijft de mogelijkheid tot aansluiting bij een “landelijk EPD dat nog tot april 2011 in de planning heeft gestaan maar daarna door de Eerste kamer is verworpen (wetsvoorstel Eerste Kamer 2011)”.

“In 2008 was de schatting meer dan 50% van de instellingen nog geen enkele vorm van een ECD in gebruik hadden, behoudens pure cliëntregistratie. Van alle instellingen verwacht ongeveer 75% binnen een termijn van één à twee jaar een ECD te hebben geïmplementeerd (M&I partners, 2009)”. Een steekproef van het Nivel wees in 2009 uit dat percentage van ECD gebruik onder de 50% ligt. “Het gebruik van elektronische dossiers door verpleegkundigen en verzorgenden is geen gemeengoed. Slechts 45% van de beroepsgroep komt hiermee in aanraking, dit getal is van verpleegkundigen inclusief ziekenhuizen en de ggz, het percentage wat met een ECD had gewerkt lag vooral in de ouderenzorg laag(NICTIZ, 2010)”.

In 2009 heeft Actiz het programma van eisen aangepast naar een 3.0 versie. Zij hebben het aangepast met het oog op wettelijke veranderingen en inzichten die opgedaan zijn uit ECD projecten. Het onderstaande figuur is door Actiz ontwikkeld. Het geeft aan hoe een ECD kan worden toegepast in een organisatie.



Figuur 3. Het werkproces met een ECD. Bron Actiz 2007

3.4 Opkomst van het ECD in de thuiszorg

Het cliëntendossier is bij de cliënt thuis aanwezig, zij moeten er altijd zelf inzicht in hebben. Dit betekent dat een ECD in de thuiszorg nog vrij lastig te realiseren is. Dit heeft onder andere te maken met de beschikbaarheid van internet en apparatuur waarop een cliënt het zorgdossier kan inzien.

“Buurtzorg is het wel gelukt om een ECD applicatie op te zetten. De medewerkers maken gebruik van buurtzorgweb, een webapplicatie, hier is een sociale community in geïntegreerd en toepassen van zorgdossier en administratie. Zij werken dan ook anders dan een traditionele thuiszorgorganisatie. De netwerkorganisatie bestaat uit zelfsturende teams van maximaal tien tot vijftien (wijk)verpleegkundigen en ziekenverzorgenden. De teams, die verspreid zijn over het hele land, leveren thuiszorg aan zelfstandig wonende cliënten in een bepaalde wijk of buurt. Dit doen ze in samenwerking met de huisartsen, het ziekenhuis en het sociale netwerk van de buurt. Ze regelen zelf een kantoor, scholing, de planning, het dienstrooster en de administratie (de Veer et al, 2008)”.

De beschikbaarheid van mobiele telefoons met in eerste instantie WAP en daarna ook internet kan een vooruitgang betekenen. Dossiers kunnen bij de thuis cliënt worden aangepast in de map, en dit gebeurt vrijwel altijd met de hand. Verdere communicatie vindt in de thuiszorg plaats via het dossier, telefoon en email en meer informele communicatie zoals brieven in postvakken en per sms.

Wel worden er meer ICT toepassingen gebruikt, voor bijvoorbeeld tijdsregistratie en planning. Deze zijn weer gebaseerd op de indicatiestellingen en de zorgarrangementen voor de cliënt.

3.5 Invloeden vanuit de overheid op het ECD

Op 1 januari 1997 werd de Overgangswet Verzorgingshuizen van kracht om de verzorgingshuizen in vier jaar tijd over liet gaan naar AWBZ vergoedingen. Vanaf dat moment worden de zorgaanbieders zowel intramuraal als extramuraal in de VVT sector betaald uit de AWBZ.

“De AWBZ is een volksverzekering en wordt betaald uit loonheffingen, rijksbijdrage, bijdrage via verzekering en een eigen bijdrage. In het Besluit zorgaanspraken AWBZ worden zes functiegerichte zorgaanspraken onderscheiden. Deze zes aanspraken zijn: persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling, en verblijf (SER, 2008)”.

De intramurale en extramurale zorg vanaf 2001 krijgt zijn vergoedingen op basis van indicatiestellingen. “Indicatiestelling is feitelijk een diagnose van de medische en sociale situatie waarop een verwijzing naar een type voorziening volgt. Daartoe hebben gemeenten regionale indicatieorganen (RIO) opgericht (Dumaij, A.C.M., (2011))”. De zorgtoewijzing is gebaseerd op het indicatiebesluit van het RIO. “Vanaf 2005 is het RIO vervangen door het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ), ook wel bekend als het zorgkantoor. Het zorgkantoor onderhandelt namens alle zorgverzekeraars over de zorgcontracten met de in de regio gevestigde zorgaanbieders, het persoonsgebonden budget (PGB) valt hierbuiten. Zij operen onafhankelijk en vanaf 2007 hebben de zorgkantoren ook een wettelijke basis (SER, 2008)”.

Voor de intramurale zorg wordt sinds 1 juli 2007 gewerkt met zorgzwaartepakketten(ZZP's). Daarin wordt aangegeven op welke functies iemand aanspraak maakt en voor hoeveel uur in totaal (SER, 2008). "Vanaf 2009 wordt de financiering bepaald door het toegekende zorgzwaartepakket. Dit betekent de formele invoering (zorgzwaartebekostiging),(Dumaij A.C.M., 2011)". Op basis van een toegewezen ZZP moeten alle zorgkosten worden betaald. Een hogere zorgzwaarte resulteert in een uitgebreider zorgprofiel en/of meer tijdsbeslag van personeel, wat leidt tot een hoger kostenbeslag (de Boo et al., 2008). In de thuiszorg is de vergoeding ook uit de AWBZ. De huishoudelijke zorg wordt sinds 2007 betaald door de wet Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning) (SER, 2008).

Omdat een ECD zowel de patiënt, het primaire proces en de backoffice kan ondersteunen, is het kostenplaatje van het ECD onduidelijk. In 2010 heeft Berenschot (PricewaterhouseCoopers 2010) onderzoek gedaan naar de bestedingen van AWBZ middelen in de VVT sector aan de hand van de cijfers van 2008. De kosten voor een ECD komen voor de rekening van overheadkosten. Overhead is door Berenschot gedefinieerd als "alle functies van een organisatie die als doel hebben het sturen van de organisatie en het ondersteunen van het primaire proces. Dit betekent personeelskosten en aan deze personeelskosten toe te rekenen materiële kosten(automatiseringskosten en algemene kosten) van management en staf: directie/topmanagement, medewerkers personeel en organisatie, financiën, automatisering, administratie, secretariële ondersteuning en communicatie; management binnen de zorg: management en staf, cliënt- en bewonergebonden functies en leidinggevend zorgpersoneel dat voor meer dan 50% is vrijgemaakt voor leidinggevende taken; terrein- en gebouwgebonden functies (technische dienst)(PricewaterhouseCoopers, 2010)".

"De relatieve kosten van een ECD zullen per organisatie en per systeem verschillen, het gaat vooral over wat de mogelijkheden van een systeem zijn, hoe de kosten van de leverancier aan de leverancier wordt bepaald en het onderhoud van een ECD systeem (M&I/Partners, 2009)."

De gegevens van de cliënten zijn wettelijk beschermd. 'In de WGBO en in de Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP) de rechten van een cliënt wat betreft het dossier (en zorgplan) vastgelegd (College bescherming persoonsgegevens, 2012). Een cliënt heeft te allen tijde recht om het eigen zorgdossier in te zien. Organisaties moeten deze dus ook beschikbaar hebben voor cliënten. Ook zullen in gevallen de mantelzorgers inzage hebben in het zorgdossier.

PGB

Cliënten kunnen ook gebruik maken van een PGB. Zij kopen zelf zorg in de een organisatie. In de kostprijs van de ingekochte zorg moeten dus ook alle overheadkosten worden meegenomen. Een mogelijk ECD maakt dus deel uit van deze kostprijs. "Het PGB wordt ook uit de AWBZ pot betaald, maar de houder van het budget kan zelf bepalen waaraan het budget wordt uitgegeven. Het PGB nieuwe stijl wordt sinds 2003 gebruikt (Wijngaart & Ramakers 2004)".

3.6 Invloeden vanuit de VVT sector op het ECD

De VVT sector bestaat uit 3 onderdelen: verpleging, verzorging en zorg thuis.

“Een verpleeghuis kan worden gezien als een voorziening voor veelal oudere patiënten die geen voortdurende specialistische hulp nodig hebben, maar wel als gevolg van een of meer functiestoornissen (tijdelijk) niet meer zelfstandig kunnen functioneren en voortdurende verpleegkundige zorg in aansluiting op een medische behandeling behoeven (Thesaurus Zorg en Welzijn)”. Het CBS geeft een uitgebreidere definitie, ook gericht op de geriatrische zorg die kan plaatsvinden. “Verpleeghuis: Instelling die een door het College van Zorgverzekeringen afgegeven toelating als verpleeginrichting heeft. Toelichting: De verpleeginrichting is bedoeld voor intensieve verzorging, verpleging en behandeling in een beschutte woonomgeving van patiënten die behoefte hebben aan continue bijstand door chronische lichamelijke en geestelijke problemen en verminderde zelfredzaamheid (CBS, 2012)”

Het CBS gebruikt de volgende definitie voor een verzorgingshuis: “Woonvoorziening voor verzorging en begeleiding in een beschutte woonomgeving (24-uursverblijf) van ouderen met lichamelijke en geestelijke problemen en verminderde zelfredzaamheid”. Een verzorgingshuis geeft minder zorg dan een verpleeghuis. Maar er komt steeds meer overlapping tussen verpleeghuiszorg en het verzorgingshuis. Dit heeft onder andere te maken met de Zorgzwaartepakketten(ZZP) die cliënten krijgen toegewezen, en de financiering van een ZZP. “In een ZZP wordt aangegeven op welke functies iemand aanspraak maakt en voor hoeveel uur in totaal (SER 2008)”. “Sommige verzorgingshuizen kunnen ook cliënten die meer behoefte hebben naar zorg ondersteunen. Zij hebben steeds vaker de beschikking over een speciale verpleegunit (Kingma 2005)”.

“Thuiszorg kan worden gezien als ondersteunende zorg, gericht op behoud van zelfstandigheid en preventie van institutionalisering. Deze zorg kan – voor zover zij wordt geboden door professionals – uit drie elementen bestaan:

- technologische zorg in de vorm van hulpmiddelen zoals aanpassing van de omgeving, sociale alarmering, verpleegmiddelen, medische apparatuur;
- huishoudelijke en lichamelijke verzorging en verpleging (‘thuiszorg’ in engere zin);
- behandeling, gericht op stabilisering, preventie van functieverlies en behoud van sociale participatie (van Delden et al., 1999)”.

Thuiszorg, verzorgingshuiszorg en verpleeghuiszorg zijn drie verschillende zorgmethodes. Thuiszorg is extramurale zorg en de verzorgingszorg en verpleeghuiszorg vallen onder de intramurale zorg. De definitie van intramurale zorg volgens de NEN 2745 is: Zorg die langer duurt dan 24 uur en waarbij verblijf gecombineerd wordt met behandeling, activerende en ondersteunende begeleiding, verpleging of verzorging. Thuiszorgorganisaties leveren zes van de zeven zorgfuncties: persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding en behandeling (en huishoudelijke verzorging via WMO). Dat alles zonder de combinatie met ‘verblijf’ als zevende functie. “De omvang van de benodigde zorg wordt uitgedrukt in klassen, die aangeven in welke bandbreedte de cliënt

aanspraak kan maken op een bepaalde functie (Boot en Knapen 2004)". Daarnaast is de definitie van extramurale zorg volgens de NEN 2745 is: "Zorg die voornamelijk wordt verleend op afgesproken tijden, waarbij de cliënten vanuit de eigen woon- en werkomgeving naar de hulpverlener toekomen, of waarbij de hulpverlener de cliënt in haar of zijn omgeving bezoekt (Nederlands normalisatie instituut 2012)".

Een gebruikte zorgvisie de VV&T sector was eerst het SAMPC, overigens wordt deze nog wel gebruikt maar in mindere mate. "In de SAMPC-methode staan de letters SAMPC voor het functioneren van een zorgvrager op de volgende vijf aandachtgebieden:

S: somatisch aandachtsgebied;

A: activiteiten van het dagelijks leven;

M: maatschappelijk aandachtsgebied;

P: psychisch aandachtsgebied;

C: communicatief aandachtsgebied.

(van Disseldorp et al., 2010)"

De SAMPC-methode is steeds meer overgegaan in het zorgleefplan: "In een zorgleefplan gaat het niet alleen over de zorg die een zorgvrager nodig heeft. Het leven van de zorgvrager staat centraal, met zijn handicaps en beperkingen. Het zorgleefplan bestaat uit 4 domeinen: woon- en leefomstandigheden, participatie, mentaal welbevinden en autonomie en het domein lichamelijk welbevinden en gezondheid (Actiz, 2007)". De zorgvrager houdt de regie over zijn eigen leven (van Disseldorp et al., 2010)".

De methode van werken van eerst SAMPC methode en vervolgens het zorgleefplan wordt ook toegepast binnen het ECD. 'In het model zorgleefplan dat eind 2006 is gepresenteerd door Actiz is ruim aandacht voor een aantrekkelijke dagbesteding, het mentaal welbevinden en de woon- en leefomstandigheden van de cliënt. Uitgangspunt is dat de regie over het eigen leven en de kwaliteit van bestaan van de cliënt centraal staan. "Uit de vervolfbezoeken bleek dat invoering van het model zorgleefplan nog in de kinderschoenen staat. (Ministerie VWS, 2008)".

"Actiz beveelt dan ook aan dat het zorgleefplan wordt opgenomen in het ECD en heeft het daarom opgenomen in het programma van eisen(Actiz 2007)".

3.7 Invloeden vanuit technologische ontwikkelingen op het ECD

Het computergebruik in zorgorganisaties wordt al lang gedaan, bijvoorbeeld voor de cliëntadministratie en urenregistratie. Vanaf 2001 waren er sporadisch ECD's in omloop, maar zat het gebruik en daarmee de kosten van ICT vooral in administratieve registratiesystemen zoals "lokale elektronische opslag (Vlaskamp et al., 2001)" en "cliëntregistratie (M&I/Partners, 2009)". ECD's zijn dus alleen per elektronisch apparaat toegankelijk. Dit was eerst bereikbaar zijn vanaf een vaste werkplek, een computer on wheels (COW), of een laptop. Maar met de vooruitgang van technologie zijn er de personal digital assistant (PDA's), smartphones en tablets bij gekomen. Omdat deze toegankelijk zijn aan het bed van cliënt zowel thuis als in een verzorgingshuis, is het een efficiëntere manier om informatie in te voeren, "zo blijkt uit onderzoek onder arts-assistenten die met een tablet werken (Katz, 2012)".

Een ECD is een software pakket wat op verschillende elektronische apparaten geïnstalleerd kan worden of toegankelijk is via een elektronisch apparaat. Een constante stroom van updates van de elektronische apparaten moeten er voor zorgen dat deze apparaten zelf correct blijven werken. Maar ook een ECD zowel webbased of via een intranet benaderbaar moet met deze updates meegaan. Zo kunnen updates van een internetbrowser zijn, die onverwachte problemen ontstaan.

ECD's kunnen webbased zijn, dat betekent dat ze via het internet en draadloos internet toegankelijk zijn vanaf locaties met internettoegang. Ook zijn er ECD's die werken via een intranet en daardoor via een vast netwerk toegankelijk zijn. Ook via een draadloos netwerk kunnen deze intranet ECD's toegankelijk worden gemaakt.

Beveiliging: als er gebruik wordt gemaakt van een ECD zal deze op verschillende manieren beveiligd moeten worden. "Zo is er de beveiligingsstandaard vanuit de overheid waaraan ECD's moeten voldoen, de NEN beveiligingsnormen, inmiddels NEN 7511 (Nederlands Normalisatie instituut 2012)". Maar op de werkvloer moet er constante aandacht worden besteed aan veilig gebruik van een ECD. De privacy en patiëntgegevens moeten kunnen worden gewaarborgd. "De inspectie van de gezondheidszorg geeft aan dat er op de volgende punten beter gelet moet worden bij gebruik van een elektronisch zorgdossier: communicatie van incidentele wijzigingen in zorgdossier, protocol voor vastlegging meldingen en vervolgacties, inclusief bewaartermijn en een frequentie van evaluatie van meldingen en mogelijke verbeteracties voorstellen (IGZ, 2009)".

Een ECD kan zowel binnen als buiten de eigen organisatie geïntegreerd zijn met andere systemen. Binnen een organisatie kan het ECD gekoppeld zijn aan urenregistratie, financiële vergoedingen, zorgleefplan en ook medicatie. Voor koppelingen in de organisatie en naar buiten toe is het burger service nummer (BSN) van belang. "Sinds 1 juni 2008 is het wettelijk verplicht voor alle zorgaanbieders, indicatieorganen en zorgverzekeraars om zorg met het BSN te koppelen (VWS, 2009)".

3.8 Resultaten theoretisch kader

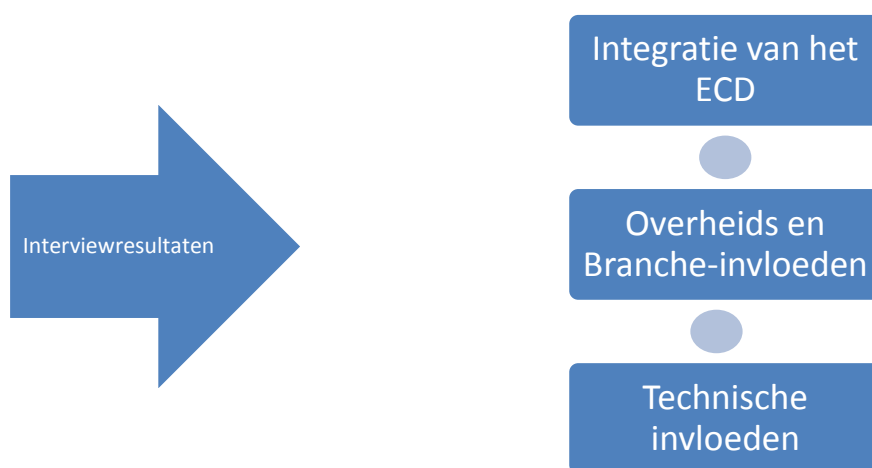
Naar aanleiding van de definities is er gekozen om de volgende te gebruiken: computerbased informatiesysteem voor de VVT waarin medische gegevens, persoonsbeeld/anamnese, een overzicht van mogelijkheden, beperkingen en problematiek, doelstellingen/verwachte resultaten, activiteiten/leefplan, rapportage/realisatie, zorgresultaten en evaluatie over personen in digitale vorm bewaard wordt, beschikbaar wordt gemaakt en te gebruiken is voor zowel interne en externe rapportages.

In de toekomst is vooral de communicatie tussen organisaties een mogelijkheid voor vooruitgang. Dit kan ook worden geholpen als het LSP er is. Daarnaast moet een ECD en dus ook aanverwante systemen up to date blijven om een goede werking te kunnen garanderen. De technologische vooruitgang heeft werken met tablets beschikbaar gemaakt voor organisaties. Ook de beveiliging moet door organisaties goed in de gaten worden gehouden. Het werken met een ECD lijkt een standaard te gaan worden in de VVT sector en werken met ECD's kan al in het onderwijs worden aangeleerd. De overheid heeft normen voor beveiliging van ECD's. Ook vanuit de overheid is het belangrijk dat de kosten laag blijven. Kosten van een ECD zijn niet erg overzichtelijk voor organisaties doordat een ECD op verschillende lagen van de organisatie gebruikt kan worden.

Hoofdstuk 4 Interviewresultaten

De resultaten zijn gebaseerd op interviews met de leverancier van Residentweb ontwikkeld door Technology to serve (TTS). Als overkoepelende organisatie is er gekozen voor Advisaris, zij hebben in samenwerking met de brancheorganisatie Actiz de ontwikkeling van een algemeen programma van eisen van het ECD gedaan. Om een beeld te krijgen van een ECD in een organisatie is Ariëns Zorgpalet Enschede geïnterviewd. Ook is er nog een interview geweest met een onderzoeker van de Universiteit Twente. Zij heeft eerder in een zorgorganisatie gewerkt en veel onderzoek gedaan in de VVT sector. De interviewvragen van de interviews met de leveranciers, overkoepelende organisatie en een zorgorganisatie zijn te vinden in de bijlage.

De interviewresultaten zijn opgebouwd uit integratie van het ECD, hoe manifesteert een ECD zich in verschillende organisaties en wat denken de geïnterviewden daarover. Ook wat zijn de overheidsinvloeden en branche-invloeden en wat heeft dit voor invloed op het ECD. Als laatste nog de technologische ontwikkelingen, wat voor invloed hebben deze gehad op de adoptie van een ECD in de VVT sector.



figuur 4

4.1 Integratie van het ECD

Vanuit de interviews werd aangegeven, dat het idee bestaat dat de care sector achter loopt ten opzichte van de cure sector. Dit zou vooral komen omdat artsen nu eenmaal mondiger zijn. Maar ook omdat het bij artsen vaak om hun eigen geld gaat, bijvoorbeeld bij huisartsen en maatschappen. Personeel in de VVT sector is niet echt heel mondig, en de besturen moeten beslissen over een aankoop van een ECD applicatie. Door de geïnterviewden werd gezegd dat het personeel werkt met de aangeboden middelen.

Situatie tien jaar geleden:

Tien jaar geleden zag je vooral cliëntadministratiesystemen in verpleeghuizen. Het zorgdossier van de cliënt lag op de afdeling. In de thuiszorg hadden ze een thuiszorg informatiesysteem ontwikkeld. Het verzorgingshuis had wel meer een woonfunctie dan zorgfunctie, verzorgingshuizen leken destijds erg op bejaardentehuizen. Al kwam toen de ontwikkeling op gang dat een cliënt wel een indicatie moest hebben om een plek te krijgen in een verzorgingshuis.

In de thuiszorg lag en vaak nog ligt het dossier van de cliënt bij de cliënt in huis, maar er waren wel tussenvormen aanwezig. De wijkkantoren hadden min of meer een schaduw dossier. Op het hoofdkantoor was er vaak ook nog een dossier aanwezig, maar dat was vooral gericht op administratie en bevatte alleen welke zorg er aan welke cliënt geleverd was. Van een elektronisch zorgdossier als vervanger voor het papierendossier is dan nog niets bekend.

Implementatie ECD

Het implementatieproces bij zorgorganisaties lopen niet altijd even soepel, dit heeft verschillende oorzaken: er is bijvoorbeeld geen beleid op het gebied van ICT gebruik. Daarnaast vormen fusies ook lastige punten, verschillende organisaties gebruiken vaak een ander ECD en willen daarom mogelijk dingen die niet direct kunnen zoals koppelingen tussen 2 soorten ECD's.

Vaak vind veel communicatie over het ECD topdown plaats wat de nodige weerstand kan oproepen in een organisatie omdat personeel slecht geïnformeerd wordt. Op het moment dat een ECD in gebruik is, is het handig om ongeveer na een jaar tot anderhalf jaar een evaluatie te doen, hoe het ECD nu daadwerkelijk gebruikt wordt. Personeel hanteert toch vaak eigen werkmethode. Een opfriscursus kan dan mogelijk uitsluitel bieden.

Als organisaties over willen gaan naar een ECD gebruiken ze vaak voor alle bedrijfskritische software dezelfde leverancier die ze bijvoorbeeld al hebben voor de cliëntadministratie, planning en het financiële systemen. Dit is vooral omdat dan samenwerking tussen de verschillende systemen beter tot stand kan worden gebracht. Bij verschillende leveranciers van een ECD applicatie en andere systemen blijkt het vaak lastig samenwerken te zijn. De samenwerking verloopt wel goed, als deze er al is, bijvoorbeeld bij vooraf gemaakte afspraken. Maar het lijkt er vooral op dat organisaties min of meer vast zitten aan een leverancier. Bij het gebruik van kleinere bedrijven die iets organisatie specifiek ontwikkelen is het vaak misgegaan, het werkt wel even, maar vanuit organisaties wordt er weinig rekening gehouden met updates en onderhoud om alles te laten werken. Ook is continuïteit van een kleinere organisatie een bedreiging. Dat is nog een belangrijke reden dat organisaties vaak voor een grote en bekende leverancier gaan. Als een organisatie niet tevreden is over de leverancier wordt er veelal gewacht voor de aanschaf van een ECD applicatie, en kan men er uiteindelijk voor kiezen om helemaal over te stappen naar een andere leverancier.

In de organisatie van verzorging en verpleeghuizen zijn ze begonnen met hun eerste ECD applicatie rond 2002. Dit slechts op beperkte schaal en het ECD was alleen vanuit een vaste werkplek

toegankelijk. De gebruikte pakketten: Verzorgende b, verzorgingstehuis, pakket verpleeghuis. Daarnaast zijn ze begonnen met een ECD voor de thuiszorg, dit was echter vooral gericht op registratie. In 2006 kreeg de organisatie te maken met een fusie. Op dat moment waren er 2 verschillende ECD applicaties in gebruik. In eerste instantie is er gekozen om deze 2 ECD applicaties met hulp van de leveranciers te laten samenwerken. Maar de leveranciers werkten niet samen en het werd een complete mislukking. In augustus 2008 is de keuze om te veranderen. Er is gebruik gemaakt van een projectgroep die in samenwerking met een adviesorganisatie een keuze gemaakt heeft. Dit heeft geduurd vanaf augustus 2008 tot het voorjaar 2009. Het is wel een van de twee eerdere leveranciers geworden, maar een andere applicatie dan dat de organisatie in gebruik had. In augustus van 2009 is de ECD applicatie voor de intramurale omgeving in gebruik genomen. Er is wel veel mogelijk, maar applicatie is nog niet volledig ontwikkeld. Het programmeren gebeurt in Roemenie en daardoor is snel reageren op veranderingen erg lastig. Het voelt voor de organisatie nog steeds al een soort test.

In een organisatie waar het ECD is geïmplementeerd is ook gekozen voor een applicatie van de leverancier van de overige systemen. Men heeft gewacht totdat deze leverancier een goed werkend ECD op de markt had gebracht, dat was uiteindelijk 2004. Het implementatieproces zelf heeft anderhalf jaar geduurd. Na onderzoek binnen de organisatie bleek er maar 25% van het personeel echt computervvaardig te zijn. In die tijd is er een computervvaardigheids cursus ontwikkeld van een middag en later twee uur, om mensen bekend te maken met het gebruik van computers, maar hier hebben 75% van de mensen niet aan deelgenomen, het grootste probleem bleek vooral angst te zijn. Daarnaast was er nog training van een middag om te leren omgaan het ECD. Het ECD werkte gelukkig erg instinctief en op afdelingen zelf hielp het personeel elkaar ook erg goed.

De geïnterviewde leverancier is pas in 2006 begonnen met een pilot voor een ECD, in 2007 zijn zij daadwerkelijk begonnen met de distributie van een ECD. Het ECD is een webbased applicatie. In de huidige situatie zien ze zichzelf nog in het early adopters fase, dit is de tweede fase na innovators. Om nieuwe klanten kennis te laten maken met het ECD is er een casus cliënt beschikbaar, een demoversie, zodat aankomende klanten zelf kunnen uitproberen hoe het ECD nu werkt. Als klanten besloten hebben om het ECD te gaan gebruiken is er een trainingsvorm on the job. Organisaties zelf kunnen dummygegevens aanleveren en een trainingsomgeving beschikbaar stellen zodat medewerkers kunnen leveren omgaan met het ECD.

Wat er vooruit is gegaan bij de implementatie van een ECD in de organisatie die het ECD 5 jaar geleden is gaan gebruiken, is dat de kwaliteit van de verslaglegging een enorme sprong heeft gemaakt. De informatie is duidelijker en makkelijker toegankelijk. Er wordt dan ook meer gelezen in de dossiers en op die manier worden cliënten goed in de gaten gehouden.

Ook in de thuiszorg wordt de geleverde zorg complexer, de zorg voor zowel verpleeghuis als thuiszorg komt dan ook vaak uit dezelfde organisatie. Organisaties worden steeds groter omdat de scheidslijn tussen de verschillende zorgvormen steeds meer verdwijnt. Ook samenwerking met ziekenhuizen is intensiever geworden. Echter de overdracht vindt vrijwel alleen plaats via papier. Dit is nog niet echt

veranderd al zijn er wel plannen voor. In de thuiszorg moet een ECD nog voor een groot gedeelte geïntroduceerd worden, belangrijk zijn hierbij dilemma's die dienen opgelost te worden. Vooral op het gebied van veiligheid ligt een oplossing niet voor de hand. Daarnaast is het zo dat thuiszorgorganisaties meer samenwerken met ziekenhuizen.

Integratie ECD met andere organisaties

Koppelingen zijn er op dit moment in het ECD met het zorgkantoor. Er is in het ECD berichtenverkeer mogelijk met het zorgkantoor om ook zo indicatiestellingen en PGB's te kunnen toepassen. Daarnaast is er ook een koppeling met het BSN, dit is omdat er anders geen zorgplan kan worden opgesteld voor de cliënt. Er is ook een melding aanvang zorg (MAZ) op het moment dat er een zorgtoewijzingsbericht is binnengekomen, zo kan na ontvangst van het bericht de ECD applicatie een workflow starten en de betreffen personen een bericht sturen dat zij actie moeten ondernemen.

Wat ook veel gebruikt wordt is het AZR, het landelijke berichtenverkeer tussen zorgkantoor en zorgorganisatie. Deze heeft elke keer weer nieuwe versies en daarop moeten de leveranciers zich aanpassen. Zo wordt er nu de 2.2 en de 3.0 versie ondersteund

Bij de leverancier genereert de applicatie berichten op die plekken waar andere mensen op de hoogte gebracht moeten worden van bepaalde feiten (bijvoorbeeld dat er een incident heeft plaatsgevonden). Ook genereert de ECD applicatie e-mail berichten als herinnering of signaal voor een persoon om actie te ondernemen (bijvoorbeeld dat er een indicatie van een cliënt afloopt). Alle informatie die in de ECD applicatie wordt opgeslagen kan er worden uitgehaald. De ECD applicatie beschikt over standaard rapportagemogelijkheden en nog rapportagemogelijkheden die uitgebreid zijn. Gegevens kunnen worden geprint, dit kunnen bijvoorbeeld cliëntgegevens zijn, maar ook managementoverzichten. Ook is het mogelijk om gegevens te exporteren voor externe opslag buiten het ECD zelf om. Omdat het toch een kleiner bedrijf is, moet er wel worden samengewerkt met andere leveranciers die bijvoorbeeld een financieel systeem leveren. Met verschillende bedrijven is er een vaste samenwerking ontstaan in de loop der jaren.

Van alle geïnterviewden wordt er verwacht dat er voor de toekomst dat er meer koppelingen mogelijk zijn, zowel primair als secundair, bijvoorbeeld koppeling met ziekenhuizen, huisartsen. De verwachting is dat dit vooral op regionale schaal zal plaatsvinden. In Twente is het plan om een project E-overdracht te starten zodat dossiers niet meer handmatig hoeven over worden genomen. Een dergelijk project kan een dossier ontwikkelen dat in verschillende organisaties eenvoudig ingevoerd kan worden. Er is echt behoefte naar een generiek overdrachtdossier en dat zal er hopelijk op termijn komen.

4.2 Overheid en branche-invloeden

Eind 2005, begin 2006 is Advisaris gaan samenwerken met Actiz in opdracht van het Ministerie van VWS om verschillende pilots voor het gebruik van een ECD uit te rollen in de VV&T sector. De belangrijkste taak was een programma van eisen opstellen. Waaraan moet een ECD voldoen om zo goed te kunnen functioneren in een organisatie. Op kleine schaal werd het ECD al in organisaties gebruikt. Echter wilde Actiz het ECD implementeren bij zorgorganisaties zodat ze niet achter bleven bij de Cure sector. Wat ook nog de nodige aanpassingen vereist zijn de wetten en regelgeving vanuit de overheid. De overheid wordt gezien als een onbetrouwbare en veranderlijke partner. Per kabinet is er vaak een onzekerheidsperiode. Er kan een stelselwijziging plaatsvinden of er komen nieuwe regels bij.

Bij het ontwikkelen van de applicatie wil de leverancier voldoen aan branche-eisen, programma van eisen van Actiz (destijds de 2.0 versie). Daarnaast was gebruiksvriendelijkheid een zeer belangrijk punt en een aanvullende eis was procesondersteuning. Zo is een punt vanaf Actiz het ondersteunen van het zorgleefplan. Door middel van doelstellingen op de vier gedefinieerde Domeinen zijnde, het Lichamelijk welbevinden, Mentaal welbevinden, Participatie en Woon&Leef omstandigheden wordt een zorgleefplan voor de cliënt opgesteld.

De ECD applicatie van de leverancier verzorgt het registreren van zowel cliënt- (MIC) als medewerkerincidenten en heeft een 'workflow' in zich om meldingen door te kunnen sturen naar bepaalde personen en om een opvolging bij te houden, ook wordt er het eerder genoemde AZR ondersteund.

Alle indicaties van een cliënt (historische en huidige) worden overzichtelijk gepresenteerd in één overzicht en per indicatie is er de mogelijkheid om te bekijken welke zorgproducten er aan een indicatie zijn gekoppeld. Voordat een indicatie verloopt wordt er een waarschuwing gegenereerd zodat er actie ondernomen kan worden.

Zo wil de leverancier natuurlijk ook voldoen aan de branche-eisen en de eisen van Actiz zoals omgevingskader, gebonden aanbevelingen en het kwaliteitskader. In het kader van de kwaliteitswet biedt de leverancier diverse registratiekaarten ten behoeve van de normen verantwoorde zorg waaronder decubitus lijsten, depressieformulieren en metingenlijsten. Voor urenregistratie is er een mobiele versie van residentweb ingevoerd, deze kan per mobiele telefoon benaderd worden om zo uren in te vullen. Ook organisaties zelf kunnen aanpassingen aanvragen voor administratie en interne controle

Het rapporteren in het ECD ging in eerste instantie op de SAMPC methode, geleidelijk werd er overgegaan naar rapportages die werden gedaan voor het zorgleefplan. Sommige afdelingen deden eerst het ECD samen met de SAMPC methode, maar de afdelingen waar het ECD als laatste werden geïmplementeerd kregen zowel het zorgplan als het ECD in een keer nieuw. In het begin waren er ook nog wel wat problemen met goed rapporteren onder de juiste noemer en werd veel de optie bijzonderheden gebruikt. Maar dit werd uiteindelijk beter.

In verzorgingshuizen is vooral de ontwikkeling gaande dat cliënten vaak meer mankeren en daardoor neigt het verzorgingshuis richting een verpleeghuis. De tweede optie die er op het gebied van verzorgingshuizen zijn, is dat het meer woon-zorgcomplexen worden waar de zorg aan huis geleverd worden. Het worden thuiszorgorganisaties. Voor het gebruik van een dossier werd er in verzorgingshuizen weinig aandacht aan besteed. Wat er wel gebeurd is als een verzorgingshuis onderdeel uit maakt van een grotere organisatie die ook verpleeghuizen onder het dak heeft, dat het verzorgingshuis op het gebied van ECD gebruik meegaat.

In verpleeghuizen is de trend gaande dat de geleverde zorg veel complexer is geworden, daarnaast gaat men ook meer gebruik maken van hoger opgeleiden, zodat er niet teveel verschillende mensen aan het bed komen. Op het gebied van dossiervorming heeft vooral de financiering in grote invloed, mensen met een hoge indicatie hebben de zorg ook echt nodig.

Ontwikkelingen in de sector zelf zijn er ook geweest, wat er wordt gezien is meer cliëntgericht gaan werken. Bij de onderzoeker waren cliënten erg blij met de overgang naar het ECD, ook voor de familie bleek de overgang goed uit te pakken. Als men geïnformeerd wilde worden over de behandeling werd er een printje gemaakt vanuit het ECD waar de belangrijkste informatie over te vinden was. Dit was dan ook veel duidelijker dan het papieren dossier waarin gezocht moest worden tussen verhalende structuren en handgeschreven rapportages. Bij meer extramuralisering van zorg kunnen dossiers worden ingezien in cliëntportalen. De leverancier heeft hier al opingespeeld met een webportaal voor zowel medewerkers als cliënten. Wat een ontwikkeling is die nog verder voorruit zal gaan is die cliënt en patiënt mondigheid, maar zeker ook die van de mantelzorgers. Ze willen beter weten wat er nu precies gebeurd, welke zorg krijgt een cliënt en hoe gaat het er verder mee. Maar wat niet vergeten moet worden is dat, ook al worden de cliënten meer computervaardig, dat een gedeelte van deze kennis verloren gaat, dit kan bijvoorbeeld door beginnende dementie of door fysieke problemen zoals slechte ogen. Het lijkt erop dat dit vaak vergeten wordt.

4.3 Technische invloeden

In de thuiszorg ligt er een map bij de cliënt thuis. Er heeft wel automatisering plaats gevonden, maar dat was dan in de wijk en hoofdkantoren, die schaduw dossiers gingen bijhouden. Omdat ICT gebruik inmiddels wel doorgedrongen is in de thuiszorg en er vaak elektronische schaduw dossiers op verschillende locaties aanwezig zijn, is het niet duidelijk welk van de dossiers nu leidend is. Dat is ook een van de belangrijkste redenen dat organisaties over willen naar een ECD. Er wordt veel informatie informeel overgedragen bleek uit een nul meting die gedaan is door de onderzoeker. Dus werd er veel gebeld, briefjes in postvakken, sms en email om elkaar te waarschuwen of te informeren. Organisaties willen daarom over naar een elektronisch dossier, maar lopen daarbij tegen problemen op. De thuiszorg zit op dit moment in een testfase. Er wordt geprobeerd om op verschillende wijze een ECD goed werkend te krijgen. Men wil hiervoor geen laptop gebruiken omdat deze te groot zijn.

Er zijn twee belangrijke dilemma's waar tegenaan wordt gelopen, de eerste heeft te maken met de cliënt zelf. Normaal ligt het dossier bij de cliënt thuis en kan de cliënt en/of mantelverzorgers zelf het

dossier inkijken. Bij het gebruik van een ECD kan dit lastig worden als een cliënt bijvoorbeeld geen computer of andere apparatuur heeft met een internetconnectie. Dit is mogelijk nog wel te overkomen met het uitprinten van het dossier. Maar het belangrijkste dilemma ligt op het gebied van beveiliging. Omdat er bij een cliënt thuis geen beschermde werkomgeving aanwezig is, zoals er wel in een verpleeghuis kan zijn, is het op dit moment nog onduidelijk hoe een ECD het best beveiligd kan worden, zodat er ook op afstand mee kan worden gewerkt.

In organisaties heeft men wel ervaring met het gebruik van mobiele apparaten zoals pda's en mobiele telefoons, maar daarop is slechts korte verslaglegging van een paar zinnen mogelijk, een heel zorgdossier kan daar niet op.

In eerste instantie was de bedoeling om intramuraal via een COW en tablet te werken, in combinatie met een deelbare harde schijf. De webbased versie was in eerste instantie alleen geschikt voor Internet Explorer. Later zijn er ook Chroom, Safari en Firefox bijgekomen. De keuze is later op de Ipad gevallen. In de gebouwen is er een draadloos netwerk aangelegd om vanuit elke locatie mobiel te kunnen werken.

In de intramurale zorg wordt gewacht op leveranciers of wacht men juist om over te stappen naar een andere leverancier. Als er een ECD in gebruik is, is deze veelal ingericht via het zorgleefplan.

Omdat het ECD benaderd wordt via internet is er onder andere een noodstroomvoorziening en zijn er 2 internetleveranciers die werken met verschillende technieken. Ziggo via de coaxkabels en KPN via Glasvezel. Dit is gedaan om niet afhankelijk te zijn van 1 provider en dus ook risico spreiding.

In mei 2011 was er nog steeds een consultant op de vloer aanwezig om te helpen met problemen met betrekking op het ECD. Het updaten en onderhouden van een systeem is wel belangrijk, zeker op het gebied van veiligheid van een ECD. Ontwikkeling en samenwerking worden wel serieus genomen maar gaat nog steeds erg langzaam. Er is ook een extramurale omgeving bij gekomen, maar deze geeft problemen op urenverwerking. Er wordt namelijk een periode van 4 weken geregistreerd en niet per maand. Daarnaast is de managementinformatie niet correct.

Op termijn willen ze diensten aanbieden voor bewoners op het gebied van internet. Dit zou dan inhouden drie soorten netwerken, een bedrijfsnetwerk, een gastennetwerk, en een netwerk voor bewoners. Dit netwerk is destijds voor het ECD aangelegd maar heeft ook nog meer mogelijkheden.

Om continuïteit te kunnen waarborgen is er een consultant aanwezig. Daarnaast is het voor het draadloze netwerk wel een noodstroomvoorziening aanwezig en is er signalering op het moment dat een router of accespoint niet werkt. Maar de cliëntagenda en looproutes werken nog niet.

Een ervaring vanuit een andere organisatie en een andere leverancier zijn vergelijkbaar: 'Er zaten wel degelijk nog bugs in het systeem en bepaalde functies waar men in eerste instantie bij het opstellen van het plan van eisen niet aan gedacht had, ontbraken nog. Maar door de leverancier goed op de huid te zitten werd er wel getracht om het op te lossen. Helaas duurde dit soms wat lang.'

De pilot met de Ipad is vooral gedaan met jongere verzorgende. Alle informatie is realtime en er is geen gebruik van papier. Na de pilot fase is er begonnen met trainingen te geven aan medewerkers. Deze trainingen worden intern gegeven, zo is het veel toegankelijker voor personeel. Er is ook een Digibetencursus basiscursus opgezet. Daarnaast is er voor het applicatiebeheer ook een training geweest, zodat verdiepen in de mogelijkheden van het ECD vooral op de vloer kan gebeuren. Een voordeel van de Ipad is de sterke accu. Acht uur levensduur was de minimale eis. Gegevens uitwisselen op afstand is een groot voordeel. Op dit moment zijn er rond de 100 ipads in gebruik, dit komt uit op 6 ipads per afdeling, dus niet iedereen heeft er een bij zich. Er wordt naar gekeken om op termijn meerdere mensen een ipad te geven om mee te werken.

Bij het gebruik van het ECD is er nog steeds een papieren back-up. Dit is om servercrashes op te kunnen vangen. Conversies met andere applicaties blijft lastig, leveranciers zeggen dat het kan, maar gegevens moeten handmatig worden ingevoerd. Om papiergebruik te verminderen is er per afdeling 1 printer. Systemen moeten goed up to date worden gehouden en ICT moet verder versterkt worden. Het beheer willen we binnen de eigen organisatie houden. Er zijn plannen voor een 2^e schaduwlocatie om server crashes te voorkomen.

Beperkingen van een webbased systeem hebben te maken met schijfruimte. Er moeten servers beschikbaar zijn met veel schijfruime die wel weer digitaal benaderbaar zijn en dat gegevens snel opvraagbaar zijn. Daarnaast is er altijd de beperking van internet. Als internet niet beschikbaar is, is het ECD ook niet beschikbaar, ook kan de internetsnelheid nog van belang zijn bij het opvragen van gegevens van het ECD. Er is een handleiding Wiki beschikbaar. Deze is opensource dus er kan door de gebruikers ook informatie worden toegevoegd.

Bij nieuwe mogelijkheden van het ECD kunnen zorgorganisaties zich daarvoor inschrijven of ze daar gebruik van willen maken. De zorgorganisaties worden daarover geïnformeerd per digitale nieuwsbrief.

Groeiverwachtingen zijn er ook. Ze vinden dat het ECD zelf nog in de kinderschoenen staat en dat er op termijn nog veel meer mogelijk is. In de backoffice wordt er wel genoeg gebruik gemaakt van ICT toepassingen, maar er kan nog veel meer om het primaire proces te ondersteunen.

De eigen toekomstplannen van de leverancier zijn meer koppelingen en het systeem meer cliëntgericht maken. Autonomie beter afstemmen, toegang tot het ECD op meerdere manieren mogelijk maken. Daarnaast wordt er verwacht om koppelingen te maken met telematica en domotica applicaties en dat deze gegevens in het ECD kunnen worden opgenomen. Voor de komende 5 jaar wordt er vooral vooruitgang verwacht op het gebied van portaalfunctionaliteit, administratieve koppelingen en het samenvoegen van protocollen. Ook het ECD meer community based maken is een ontwikkelingspunt.

Voordeel van de computervaardigheid die beter wordt, is dat het personeel dat ook wordt. De ontwikkelingen zijn nu al gaande bijvoorbeeld het gebruik van smartphones. Ook de ontwikkeling om

hoger opgeleid personeel te gaan gebruiken is belangrijk. Door ECD gebruik zal de efficiëntie en communicatie mogelijk toenemen. Tussen het personeel lijkt het erop dat het contact minder wordt.

4.4 Interview analyse

Juist vanuit technische ontwikkelingen zijn de verwachtingen aanwezig. Zo is bijvoorbeeld het gebruik van een Ipad of tablets de weg voorruit, zowel in organisaties als voor leveranciers. Maar ook de risico's die draadloos werken met zich meebrengt worden wel geprobeerd zo klein mogelijk te houden. Zo is er de beveiliging van de gegevens zelf, maar ook het opvragen en opslaan van gegevens. De overheid probeert hier wel op in te spelen door beveiligingseisen te stellen aan de gebruikte systemen. Ook voor integratie van het ECD in meerdere organisaties kan voordelen opleveren. Dit is al mogelijk met MAZ en AZR berichtenverkeer. Meer integratie is mogelijk. Ook zijn er nog de cliënten en mantelzorgers die inzicht moeten kunnen houden in het eigen dossier, dit is wettelijk zo vastgelegd. Wat de uiteindelijke hoop is vanuit de interviews is een kostenbesparing, efficiënter werken en betere verslaglegging wat allemaal ten goede moet komen van de zorg in de VVT sector.

Vanuit de interviews is gebleken dat er wel een soort gezamenlijke visie is. Als een ECD daadwerkelijk goed geïmplementeerd is, levert het ook voordelen op. Is dit niet het geval, dan is het vooral moeizaam werken. Ook zijn er veel verwachtingen voor de toekomst voor een ECD gebruik, zo bijvoorbeeld koppelingen op regionaal niveau, maar ook meer integratie van een ECD in de thuiszorg. Papier weg lijkt weer een motto te zijn als een ECD geïmplementeerd is, maar in de praktijk lijkt dit niet helemaal mogelijk te zijn. Wat ook nog speelt is dat er verwacht wordt dat cliënten en mantelzorgers meer tevreden zouden moeten zijn als een ECD goed werkt.

Hoofdstuk 5 Discussie

5.1 Wat zijn de ontwikkelingen in de verslaglegging en dossiervorming geweest in de afgelopen 10 jaar op het gebied van ECD in de VVT?

Het gebruik van een ECD applicatie is vooral in de Verpleging en Verzorging erg toegenomen. Vrijwel alle grote leveranciers bieden naast cliëntadministratie, planning en financiële systemen ook een ECD applicatie aan die daarop aansluit. Echter zijn organisaties veelal veroordeeld tot één leverancier. Vaak omdat het op die manier het beste op elkaar aansluit, maar ook omdat samenwerking tussen leveranciers meestal niet soepel verloopt. Dit wordt door 3 van de 4 geïnterviewden ook aangegeven omdat ze er zelf een negatieve ervaring aan hebben overgehouden.

Ook werd er door een gemeld dat 'De care sector loopt nog achter bij de cure sector'. In de care sector is vanaf 2000 begonnen met invoering van elektronische dossiers. De Overheid heeft zelfs de brancheorganisatie Actiz aangespoord om er structuur in aan te brengen. Dit was pas in 2006. Zij hebben een programma van eisen ontwikkeld die organisaties in de VVT sector kunnen gebruiken om hun eigen programma van eisen op te stellen.

De thuiszorg lijkt nog wat achter te lopen, 'Maar het belangrijkste dilemma ligt op het gebied van beveiliging' wordt vanuit de praktijk gemeld. 'De thuiszorg zit op dit moment in een testfase' wordt door twee van de vier geïnterviewden aangegeven. Het dossier moet bij de cliënt thuis aanwezig zijn of daar in te zien door de cliënt en/of de mantelzorgers. Overigens is er nog wel Buurtzorg, zij hebben wel een volledig ECD applicatie opgezet voor de thuiszorg, deze is webbased, maar het is onduidelijk hoe de cliënt inzicht heeft in het eigen ECD.

Financiering van de zorg vormt ook een onderdeel in het toepassen van het ECD. De toegewezen ZZP bepalen de Indicaties en hoeveel zorg een cliënt krijgt en wat het specifieke budget is waarmee een zorgorganisatie de juiste zorg moet leveren. 'Op het gebied van dossiervorming heeft vooral de financiering in grote invloed, mensen met een hoge indicatie hebben de zorg ook echt nodig'. Uit deze financiering moet alles worden betaald van administratie tot handen aan het bed.

In de verslaglegging is er de overgang geweest van de SAMPC methodiek naar het zorgleefplan. Het is slechts een andere wijze van visie op het leveren van de zorg. Deze methodieken en de ontwikkeling daarbij heeft ook plaatsgevonden in het ECD zelf.

Als een ECD geïmplementeerd is in een organisatie blijkt er nog vaak een papieren back-up aanwezig te zijn, of dat het papier gebruikt wordt voor functies die niet binnen de ECD applicatie te vinden zijn. Een vooruitgang is zichtbaar in de gebruikte apparatuur, van computers naar cows, van laptops naar tablets. 'De pilot met de Ipad is vooral gedaan met jongere verzorgende'. Uit onderzoek blijkt dat werken met een ipad een vooruitgang is op het gebied van efficiëntie. Vanuit de interviews bleek dan ook dat zowel de leverancier als de zorgorganisatie met het tablet gebruik meegaan.

5.2 Welke ontwikkelingen zijn er in het buitenland geweest?

Vanuit de interviews bleek dat de gedachte over ontwikkelingen in het buitenland niet al te positief waren. 'In het buitenland lijkt de care zorg in ieder geval in de ouderenzorg achter te lopen'. Er wordt gedacht onder de geïnterviewden dat Nederland echt een voorloper is. Echter blijkt dat Scandinavië en de VS al vrij lang met elektronisch dossier werken.

In het buitenland lijkt de beste dossiervorming te hebben plaatsgevonden in de VS. De VHA heeft daar een volledig dossier ontwikkeld wat ook uitwisselbaar is in de verschillende verpleeghuizen (nursing homes), maar ook overdraagbaar is naar ziekenhuizen binnen de VHA. Wat duidelijk is bij de VHA dat de ICT voorzieningen constant up to date moeten worden gehouden en dat investeren en onderzoek erg belangrijk is om in de ICT behoeften te voorzien.

Ook in Scandinavië wordt er gebruik gemaakt van vergelijkbare applicaties van het ECD. In Finland loopt men bij het leveren van thuiszorg ook aan tegen dezelfde problemen als in Nederland, dit is bijvoorbeeld toegang tot het dossier. Wie mag er allemaal toegang hebben. Maar ook toegang op locatie tot een EHR is nog wel eens problematisch, er wordt geprobeerd om alles via draadloze toegang te regelen in Finland.

5.3 Welke ECD systemen met welke functionaliteiten zijn er de afgelopen 10 jaar in Nederland gebruikt en welke zijn er nu in gebruik?

Actiz heeft een lijst met leveranciers die voldoen aan programma van eisen wat zij zo opgesteld hebben. Het ECD moet het volledige zorgprogramma ondersteunen. Dit houdt onder ander in het voldoen aan wettelijke, functionele en technische kaders, eenheid van taal, een beveiligingsniveau vanaf NEN7511. Daarnaast moet het gebruik laagdrempelig zijn, eenvoudig beheer hebben, en AZR berichtverkeerd moet mogelijk zijn.

Ook is het aanbevolen door Actiz om met het zorgleefplan te werken, maar de SAMPC methodiek mag ook, maar de praktijk wijst uit dat het zorgleefplan de nieuwe standaard is. 'Het rapporteren in het ECD ging in eerste instantie op de SAMPC methode, geleidelijk werd er overgegaan naar rapportages die werden gedaan voor het zorgleefplan'. ECD's zullen dit ook moeten ondersteunen. Voor een aantal leveranciers is dit een verandering geweest die doorgevoerd moest worden.

De ECD applicaties die leveranciers leveren kunnen verschillen van een webbased applicatie tot een softwaretoepassing die draait op het eigen netwerk, bijvoorbeeld een citrix. De webbased applicaties zijn een nieuwe toepassing. Ook leveranciers die alleen applicaties hadden die via een intranet werkten, hebben een webbased applicatie ontwikkeld. 'Beperkingen van een webbased systeem hebben te maken met schijfruimte. Er moeten servers beschikbaar zijn met veel schijfruime die wel weer digitaal benaderbaar zijn en dat gegevens snel opvraagbaar zijn'.

Welke ontwikkeling pas op gang is gekomen, is het gebruik van pda's, smartphones en tablets. De technologische vooruitgang heeft het mogelijk gemaakt om touchscreens te gebruiken wat het gebruikersgemak ten goede komt.

In de thuiszorg worden vooral tijdsregistratie en planningapplicaties gebruikt, maar een ECD dat bij de cliënt aanwezig is, is nog niet op grote schaal ingevoerd door dilemma's op het gebied van toegang en beveiliging. Buurtzorg heeft dit voor elkaar gekregen met een WIS. 'Op het hoofdkantoor was er vaak ook nog een dossier maar dat was vooral gericht op administratie en bevatte alleen welke zorg er aan welke cliënt geleverd werd. Van een elektronisch zorgdossier als vervanger voor het papierendossier is dan nog niet bekend'. Echter dit is niet altijd bekend bij mensen die een ECD in de praktijk gebruiken. Twee van de vier geïnterviewden waren hiervan niet op de hoogte.

5.4 Wat zijn de eisen vanuit overheid, organisaties en overkoepelende instanties waar het ECD aan moet voldoen?

Overheid: Een ECD applicatie moet voldoen op het gebied van privacy wetgeving. Ook moet een ECD applicatie een koppeling met het BSN kunnen maken. De praktijk geïnterviewden zijn hier zich allemaal van bewust dat dit wettelijk verplicht is. Ook de beveiliging moet zijn volgens de nieuwste standaarden. Op dit moment de NEN 7513 beveiliging. De Overheid heeft echter ook nog ongunstige invloeden. 'Per kabinet is er vaak een onzekerheidsperiode. Er kan een stelselwijziging plaatsvinden of er komen nieuwe regels bij'. Overheid bepaalt wat er gebeurt, per regeringsperiode kan er worden besloten om weer een verandering door te voeren, bijvoorbeeld op het gebied van financiering. Ook ECD's moeten hierin meegaan en blijven daardoor veranderlijk.

De overheid heeft de zorg uitbesteed aan zorgkantoren. Deze bepalen indicatiestellingen en daarmee een ZZP die een cliënt krijgt toegewezen. De geleverde zorg moet voldoen aan wettelijk gestelde eisen en de IGZ controleert hier dan ook op. Deze ZZP pakketten moeten organisaties gebruiken om de juiste hoeveelheid zorg te leveren aan cliënten.

Overkoepelende instanties: Voor de overkoepelende organisatie Actiz is het van belang dat een ECD voldoet aan het programma van eisen. Dit programma van eisen is een paar keer aangepast om mee te gaan met wetgeving en ontwikkelingen op ECD gebied. Een ECD applicatie krijgt pas de goedkeuring van Actiz mee als het dus hier aan voldoet. Een ZZP moet worden opgenomen in het ECD.

Organisaties: Het ECD moet het primaire proces op de werkvloer ondersteunen. Daarnaast is het belangrijk dat een ECD goed aansluit op huidige systemen zoals planning en financiële systemen. Gemakkelijk kunnen werken met het ECD is zeker een vereiste voor organisaties. Er is echt behoefte naar een generiek overdrachtdossier en dat zal er hopelijk op termijn komen'. De invoering van een LSP had hiervoor kunnen zorgen, maar door overheidsinvloed en bezwaren vanuit de regering is dit niet doorgegaan in 2011. In de toekomst is er wel de verwachting dat er overal een schakelpunt op kleinere schaal komt in de vorm van een regionaal schakelpunt.

'Van alle geïnterviewden wordt er verwacht dat er voor de toekomst dat er meer koppelingen mogelijk zijn, zowel primair als secundair, bijvoorbeeld koppeling met ziekenhuizen, huisartsen'. Gegevens over de zorg worden soms digitaal, maar veelal handmatig overgenomen in het papieren dossier van de volgende zorgverlener. Wanneer gegevens in een zorginformatiesysteem (EPD/ECD) zijn ingevoerd worden vaak verschillende systemen en methodieken gehanteerd bij de registratie, waardoor er geen sprake is van interoperabiliteit (NICTIZ, 2011)'.

Voor bepaalde eisen is er het programma van eisen van Actiz, maar organisaties stellen ook vaak nog hun eigen programma van eisen op. Ook het invoeren van een ECD is een langdurig proces, alle geïnterviewden gaven dit aan. 'Het implementatieproces zelf heeft anderhalf jaar geduurd'. Implementatie kan in eerste instantie heel snel gaan, maar in de praktijk komen er altijd problemen aan het licht die men vooraf niet direct ingecalculeerd had.

Hoofdstuk 6 Conclusie en Aanbevelingen

6.1 Conclusie

Wat is de stand van zaken in Nederland van het Elektronisch cliënten dossier na de afgelopen 10 jaar in verpleeg en thuiszorgorganisaties?

In 2000 was het ECD op kleine schaal aanwezig in organisaties. Op dat moment waren er nog weinig leveranciers die een ECD applicatie leverden. Pas in 2005 heeft de overheid aan Actiz de opdracht gegeven om aan de slag te gaan met een ECD door middel van het opstellen van een programma van eisen. Op die manier probeert de overheid via ACTIZ het gebruik van een ECD te verhogen in de VVT sector.

Op het gebied van techniek is ook grote vooruitgang zichtbaar. In het begin was een ECD alleen per pc en daarmee ook per laptop bereikbaar. PDA's waren eerst in opkomt, inmiddels kunnen er tablets en smartphones worden gebruikt. ECD applicaties worden dan ook meer geschikt gemaakt om op deze apparaten te kunnen werken. Draadloos werken bij een cliënt thuis of aan het bed is hierbij mogelijk geworden. Een nadeel is hierbij dat cliënten en mantelzorgers zelf geen directe toegang hebben tot hun eigen dossier.

Wie heeft er toegang tot de gegevens en hoe wordt de veiligheid van deze privacy gevoelige informatie gewaarborgd. In de verpleging en verzorging is er meer veiligheid door het gebruik van bedrijfsnetwerken en intranetwerken. In de thuiszorg is het de belangrijkste reden waarom een ECD nog niet volledig geïntegreerd is bij de cliënt in huis.

Integratie van het ECD zoals met het zorgkantoor, AZR berichtenverkeer, financiering, planning, en zorgleefplan is van belang bij een keuze maken tussen de verschillende leveranciers. Organisaties zitten vaak vast aan één leverancier om integratie binnen de organisatie mogelijk te maken. Leveranciers laten samenwerken is vaak niet de juiste oplossing. Implementatie in de eigen organisatie is niet te onderschatten, het is dan ook belangrijk om na invoer goed contact te onderhouden met de leverancier en daar ook een contactpersoon te hebben om problemen snel aan te kunnen pakken.

Het ECD is nog niet in de hele VVT sector doorgedrongen, maar het gebruik zit zeker in de lift. Organisaties willen ook de voordelen van een ECD gebruiken, zoals snelle informatie uitwisseling en nauwkeuriger rapporteren en geen dubbel werk meer het bijhouden van dossiers. Of deze voordelen tot uiting komen ligt vaak aan organisaties zelf, geven ze er genoeg aandacht aan bij invoer en onderhouden ze goed contact met leveranciers om alles goed te laten werken.

Het ECD zal de volledige sector VVT uiteindelijk overnemen met wat meer hobbels bij invoer in de thuiszorg. De opkomst van tablets vereenvoudigt het gebruik van een ECD, en de leveranciers proberen daar ook snel op in te spelen. De Overheid blijft een belangrijke speler over hoe een ECD

gebruikt moet worden en waar deze aan moet voldoen zullen ze via de overkoepelende organisatie ACTIZ proberen uit te voeren.

Vanuit het buitenland zijn er voorbeelden waar de Nederlandse VVT wat kan leren. Zo is er in de Verenigde Staten de VHA die in een groot landelijk netwerk eigen dossiers gebruikt. Wat daarin verschillend is, is dat de organisatie zelf ook verantwoordelijk is voor de het ontwikkelen en onderhouden van het dossier. In Finland zijn het vooral thuiszorgorganisaties waar de Nederlandse thuiszorg wat van kan leren. Zo wordt er daar veel gebruik gemaakt van Elektronische zorgdossiers.

6.2 Aanbevelingen

Indien het gewenst is dat alle organisaties in de loop van de tijd overgaan op een ECD zal dit moeten worden geregeld vanuit de overheid. De overheid heeft de mogelijkheid om ECD gebruik te verplichten. De overheid probeert het via de overkoepelende organisatie Actiz te regelen, maar dat gaat zeer langzaam. Belangrijk is dat er wel minimale eisen zijn waaraan een ECD moet voldoen, en dat deze op papier staan, en gecontroleerd kunnen worden door de IGZ. Het is belangrijk dat er vanuit de overheid één lijn wordt getrokken, en niet bij elk nieuw kabinet een verandering doorvoert in de zorg.

Toegankelijkheid voor cliënten en mantelzorgers tot het dossier is wettelijk verplicht. De oplossingen hiervoor zijn een papieren uitdraai van het dossier mogelijk maken, of speciale cliëntportalen om op in te loggen. Zo kunnen ze dan zelf gegevens bekijken. Waar wel op gelet moet worden is dat lang niet alle cliënten kunnen werken met internet, een papieren uitdraai moet mogelijk blijven.

Tablets lijken op dit moment de toekomst te hebben bij het ECD gebruik. Eenvoudige bediening, touchscreen, draadloos werken en een accu die relatief lang meegaat. ECD applicaties zullen hiervoor ook meer geschikt voor moeten worden gemaakt. Met een tablet kan er ook een ECD applicatie worden gemaakt die beperkte toegang heeft en dat degene alleen de informatie te zien krijgt waarvan het nodig is. Zo zal een verzorgende minder te zien en ook minder opties moeten hebben dan bijvoorbeeld de verpleeghuisarts.

Veiligheid van gegevens die in een ECD staan verdient constante aandacht. Beveiliging zal aan de minimale eisen van de overheid moeten voldoen en de software moet constant up to date worden gehouden. Ook is het vanuit de overheid belangrijk dat de minimale eisen vaker worden aangepast dan één keer in de vijf jaar. Daar moeten wel vaker updates voor komen. Zo wordt de kans dat gegevens op straat komen, geminimaliseerd. Ook werken via een eigen bedrijfsnetwerk geeft een extra beveiligingslaag om gegevens te beschermen. Het is aan te bevelen dat organisaties via een eigen netwerk werken. Voor de veiligheid van werken met draadloze dossiers kan er worden gekeken naar Finland, daar wordt het op grote schaal in de thuiszorg toegepast.

Voor organisaties is het van belang dat de verschillende ICT oplossingen in een organisatie op elkaar aansluiten. Ook moet er niet vergeten worden dat deze ICT toepassingen altijd onderhoud vereisen en

continue aan veranderingen moeten voldoen. De verandering die moeten worden doorgevoerd worden kunnen vanuit overheid, beveiliging en technologische hoek komen. Zorgorganisaties zouden er rekening mee moeten houden dat ICT uitgaven nooit ophouden en dat er om het aantal jaar toch een grotere uitgave zal zijn met betrekking tot het updaten van een ECD. Ook het in dienst hebben van een ICT medewerker kan ook voor kleinere organisaties van meerwaarde zijn. Deze kan voor de apparaten zorgen, help en ondersteuning bieden aan personeel met gebruik van een ECD, maar ook waarschuwen als er problemen ontstaan. Ook kan er vanuit ICT afdelingen worden samengewerkt met de leverancier van de ECD applicatie. Zo kunnen problemen sneller worden aangepakt en ook mogelijk worden opgelost.

Bij invoer van een ECD in een organisatie is contact met de leverancier van belang. Updates, onderhoud en het snel oplossen van problemen is van belang om het ECD in de hele organisatie te laten werken. Het beste is om te werken met contactpersonen in beide organisaties. Zo worden de lijnen voor overleg zo kort mogelijk gehouden om problemen snel op te kunnen lossen. Het beste is één vast contactpersoon met een reserve erbij voor noodsituaties.

Integratie van het ECD binnen de eigen organisatie betekent ook vaak één leverancier. Organisaties moeten zelf een keuze maken of zij kiezen voor één leverancier of dat ze juist bewust de samenwerking opzoeken. Dit kan voordeliger zijn, zodat ze niet afhankelijk zijn van een leverancier. Mocht een leverancier failliet gaan dan is de investering niet helemaal verloren. Het moet wel in de macht liggen van de zorgorganisatie dat zij de leveranciers kunnen laten samenwerken.

Integratie van een ECD buiten de eigen organisatie is nog in ontwikkeling. De beste weg voorruit is het ontwikkelen van regionale schakelpunten. Zo is het dossier op grotere schaal beschikbaar en inzichtelijk, maar niet zo groot dat het nog wel beheersbaar is. Op dit moment wordt er weer gepraat over een landelijk schakelpunt. Maar laat nu eerst alles eens goed werken in een regio, daarna vanuit de verschillende regio's naar een landelijk schakelpunt gaan.

Van buitenlandse organisaties zijn belangrijke lessen te leren. Zoals in Scandinavië specifiek voor de thuiszorg en de VHA voor een geïntegreerd dossier door het hele land heen. Zo kan er naar Finland worden gekeken hoe zij het nu precies hebben opgelost met draadloos werken met een ECD in de thuiszorg. Mogelijk is de werkmethode over te nemen in Nederland. Daarnaast kan er vanuit de VS geleerd worden hoe een ECD continue aandacht verdiend en ook ontwikkeling steeds moet worden bijgehouden. Zij hebben verschillende kenniscentrums die zich bezighouden met het verder ontwikkelen van ECD's. In Nederland ligt de ontwikkeling bij de leveranciers. Mogelijk kunnen deze samenwerken met Actiz om toch nog een actievere ontwikkeling door te maken.

6.3 Sterke en zwakke punten

Er zijn vier interviews gehouden met ook vier verschillende niveaus van visie van de geïnterviewde personen. Ook hebben ze allemaal andere werkzaamheden verricht in de VVT sector. Dit geeft een heel breed verhaal met zeker ook veel overlap, maar toch ook nog veel punten waarin slechts een persoon een verhaal over had.

Het aantal interviews van vier is niet veel. Maar de interviews zijn wel lang geweest en bevatten veel informatie die niet terug te vinden is in de literatuur.

Vergelijking tussen zorgorganisaties ontbreekt, maar het vergelijken van zorgorganisaties en het gebruik van een ECD is een goede voor vervolgonderzoek.

Er is weinig onderzoek gedaan naar ECD's in Nederland, en om die reden ook niet erg veel wetenschappelijke literatuur over het ECD in Nederland. Er is veel meer aandacht geweest voor het EPD en ECD wordt wel vermeldt maar toch in mindere mate. Dit maakt vervolgonderzoek wel belangrijk. Vanuit het buitenland zijn er wel voorbeeldlanden en organisaties maar deze zijn niet 1 op 1 te vergelijken met de inrichting van de VVT sector in Nederland.

6.4 Onbeantwoorde vragen

Hoe zit het op dit moment met de regionale schakelpunten, wat is de stand van zaken daar? Het landelijk schakelpunt heeft weer een nieuwe ademtocht gekregen. Maar in de regio's zijn wel ontwikkelingen geweest, welke precies en hoe zit het met verdere integratie.

In hoeveel organisaties wordt er nu een ECD gebruikt, en zijn zij tevreden met het gebruik? Wat vinden de werknemers zelf van ECD gebruik op de werkvloer? Het ECD gebruikt neemt toe, maar precieze aantallen zijn niet recentelijk te vinden. Maar ook, wat vinden de werknemers van het ECD gebruik en hoe kijken ze er tegenaan en waar lopen ze tegenaan?

Wat is het meerjarenplan van de overheid? Gaat de overheid alleen stimuleren via Actiz of zijn ze zelf nog wat van plan. Tot nu toe lijken ze alleen maar bezig met het EPD en is het ECD niet echt in beeld.

6.5 Mogelijkheden voor verder en nieuwe onderzoeken

Opkomst en gebruik van tablets, welke applicaties zijn er mogelijk op de tablet, en hoe werkt het precies in de praktijk? Tablets lijken de toekomst te hebben, maar hoe gaan organisaties daar nu mee om. Een praktijkonderzoek binnen een organisatie of bij een groter onderzoek twee organisaties met elkaar vergelijken kan belangrijke informatie opleveren over het ECD gebruik met tablets en is dit inderdaad op dit moment de beste manier om mee te werken.

Hoe zit het met de privacy bij ECD gebruik binnen een organisatie (wie heeft er inzicht en wanneer, mantelzorg toegang, toegang degene aan wie zorg wordt geleverd, toegang via tablet pc, verminderde mogelijkheden om ICT te gebruiken). Vanuit EPD opzicht is hier al meer over onderzocht en gepubliceerd. Voor het ECD is hier zeer weinig over te vinden. Met het oog op wetten en een overheid die zich bemoeit met privacy, zal er kritisch naar organisaties gekeken kunnen worden hoe deze er in de praktijk mee omgaan.

Een compleet overzicht financieel gezien en wat de mogelijke besparingen en extra uitgaven zijn als een ECD in een organisatie wordt gebruikt of ingevoerd. Kosten van een ECD worden weggeschoven onder ICT kosten. Maar wat is het daadwerkelijke uitgavenpatroon en hoeveel procent van het budget wordt uitgegeven aan een ECD. Maar ook in vergelijking met eerdere jaren, levert ECD gebruik een besparing op?

Het onderhoud en beheer van een ECD in een organisatie, hoe gaat dit in zijn werk en wat zijn de valkuilen maar ook de voordelen. Hoe zorgen VVT sector organisaties ervoor dat het ECD goed blijft werken en behouden ze contact met leveranciers om alles op orde te houden. Mogelijk nemen organisaties het ECD in eigen beheer of besteden ze dit beheer juist uit.

Het gebruik internet en een ECD via een smartphone of tablet in een extramurale omgeving. Hoe gaat de thuiszorg om met ECD gebruik en werkt dit allemaal goed. Hoe zit het op het gebied van veiligheid, volledigheid dossier, en inzage in dossier door de cliënt zelf.

Er kan verder worden gekeken naar buitenlandse projecten. In hoeverre zijn deze succesvol verlopen en wat zijn ook de minderen projecten geweest. En daar aan vastgekoppeld, wat kunnen we er voor de Nederlandse gezondheidszorg van leren.

Referenties

Literatuurlijst

Klazinga N.S.(2000). sociale geneeskunde: de derde weg. Amsterdam. Vossiuspers AUP. Verkregen van: <http://dare.uva.nl/document/11328>

Hynes, D.M., Perrin, R.A., Rappaport, S., Stevens, J.M.,& Demakis, J.G., (2004). Informatics Resources to Support Health Care, Quality Improvement in the Veterans Health Administration. J Am Med Inform Assoc. 2004;11:344–350. Verkregen van: <http://jamia.bmj.com/content/11/5/344.full.pdf+html>

Groönroos, E. & Perälä, M., (2008). Self-reported competence of home nursing staff in Finland. Journal of Advanced Nursing Volume 64, Issue 1, p27–37. Verkregen van: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-0009.2007.00475.x/full>

Shadish, W. R., Cook, T. D. & Campbell, D. T. (2002). Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference. New York: Houghton Mifflin Company.

Mason, J. (2002). Qualitative Research. Londen. Sage Publications

Baarda, D.B., de Goede M.P.M., & Teunissen, J. (2005). Basisboek Kwalitatief Onderzoek. Stenfert Kroese (2e druk)

Boddy, D., Boonstra, A. & Kennedy, G. (2005) Managing Information Systems: An Organisational Perspective. Harlow: Pearson.

Markus, M.L., 1984. Systems in Organizations. Londen. Pitman.

Cash, J.I.,& Konsynski, B.R. (1985). IS Redraws Competitive Boundaries. Harvard Business Review, 63(2): 134-142.

Ludwick, D.A., & Doucette, J. (2008) Adopting electronic medical records in primary care: Lessons learned from health information systems implementation experience in seven countries. International journal of medical informatics. Volume 78 (2009) p.22–31. Verkregen van: <http://www.mece.ualberta.ca/~doucette/Publications/Ludwick-Doucette-IJMI-2009-EMR.pdf>

Oliver, A. (2007). The Veterans Health Administration: An American Success Story? Milbank Quarterly, Volume 85, Issue 1, p 5–35. Verkregen van: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-0009.2007.00475.x/full>

Brandeis, G. H., Hogan, M., Murphy, M., & Murray, S. (2007) ElectronicHealthRecord Implementation in Community Nursing Homes. Journal of the American Medical Directors Association. 8,1, 31–34. Verkregen van: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17210500>

Bradley, K., Zeiss, A.E., Burris, M., & James, F. (2010) Providing Care to Older Adults in the Department of Veterans Affairs: Lessons for Us. Generations. Vol. 34 Issue 2, p6-12. Verkregen van: <http://generations.metapress.com/content/w14367q01rg4k40n/>

Brown , S.H., Lincoln, M.J., Groen, P.J.,& Kolodner, R.M. (2003) VistA*/U.S. Department of Veterans Affairs national-scale . International Journal of Medical Informatics, volume 69 (2003) p.135_/156. Verkregen van: <http://ukpmc.ac.uk/abstract/MED/12810119/reload=0;jsessionid=j1JLDOWRfiOA2TfRuqvj.4>

Hämäläinen, P., Reponen, J., & Winblad, I. (2009):. "eHealth of Finland". FinnTelemedicum and National Institute for Health and Welfare. Verkregen van:
<http://www.stakes.fi/verkkajulkaisut/raportit/R1-2007-VERKKO.pdf>

Toivanen, M., Häkkinen, K., & Eerola, A. (2003). Applying ActAD (Activity Analysis and Design) - home care case. University of Kuopio, Finland. Verkregen van:
<http://www.uku.fi/tike/his/actad/ecscw2003-at/toivanen-et-al-slides.pdf>

Cools, H.J.M., Kuilboer, M.M., Mosseveld, B.M.Th., Thys, P.J. (2002). Elektronisch Multidisciplinair Dossier in de ouderenzorg. Verkregen van:
http://www.informedici.nl/downloads/literatuur/EMD_2002.pdf

Louwerse, C.P., (2004). Elektronisch patiëntendossier. Ned Tijdschr Klin Chem Labgeneesk, 29, 217-219. Verkregen van: <http://w.nvkc.nl/publicaties/documents/2004-4-p217-219.pdf>

Dumaij, A.C.M., (2011) Productiviteitstrends in de sector verpleging, verzorging en thuiszorg. Een empirisch onderzoek naar het effect van regulering op productiviteit 1972-2010. Centrum voor Innovaties en Publieke Sector Efficiëntie Studies, Technische Universiteit Delft. Verkregen van:
http://www.tbm.tudelft.nl/fileadmin/Faculteit/TBM/Over_de_Faculteit/Afdelingen/Afdeling_Innovation_Systems/Sectie_Innovatie_en_Publieke_Sector_Efficiëntie_Studies/Publicaties/Onderzoeksrapporten/Onderzoeksrapporten_2012/M76931-3_VVT.pdf

Boo de, A., Boer de, W. I. J., & Erkelens, J. A. van (2008). Zorgzwaarteindicatoren op aandoeningniveau. Zeist: Vektis. Verkregen van:
http://www.vektis.nl/downloads/Nieuws/Algemeen%20nieuws/2008/Rapport_Zorgzwaarte.pdf

Vlaskamp, F.J.M., Webers, K., Peters-Volleberg, G.W.M., & van Halteren, A.R., 2001. Telemedicine en Telecare in de thuiszorg: historische ontwikkelingen en toekomstverwachtingen. RIVM rapport. Verkregen van: <http://rivm.openrepository.com/rivm/bitstream/10029/9574/1/605910008.pdf>

Delden J.J.M. van., Hertogh C.M.P.M. & Manschot H.A.M.(1999). Morele problemen in de ouderenzorg. Assen: van Gorcum & Comp. Vergregen van:
<http://books.google.nl/books?id=1kpE799uULUC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>

Boot J.M.D., & Knapen M.H.J.M.(2004). De Nederlandse gezondheidszorg. Utrecht. Bohn Stafleu Van Loghum.

Disseldorp van, L., Geleuken van, M., Vries de, W., & Wouters, G. (2010)Het zorgplan vaststellen. ThiemeMeulenhoff Zorg Baarn/Utrecht/Zutphen. Verkregen van:
http://tm.thiememeulenhoff.nl/assets/documentenservice_zen/zorgbasisboeken/pdf%27s%20boeken/hetzorgplansamenstellen3.pdf

Katz, M.H. (2012). Mobile tablets: benefits to residents and patients. Archives of internal medicine. Vol.172(5), pp.438. Verkregen van <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1108772>

Bronnenlijst

Rijksoverheid: ambtelijke werkgroep, de Taskforce Beheersing Zorguitgaven (2012). Naar beter betaalbare zorg Beheersing Zorguitgaven. Verkregen van:

<http://www.vng.nl/onderwerpenindex/maatschappelijke-ondersteuning/nieuws/taskforce-doet-voorstellen-voor-kostenbeheersing-zorg>.

Rijksoverheid (2010) Voortgangsrapportage elektronisch patiëntendossier.

<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/elektronisch-patientendossier/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2010/02/09/voortgangsrapportage-elektronisch-patientendossier.html>

Tweede Kamer der Staten Generaal (2012). 27 529 Informatie- en Communicatietechnologie (ICT) in de Zorg. Verkregen van:

http://www.eerstekamer.nl/behandeling/20121121/brief_regering_stand_van_zaken_3/f=/vj4silcnn6zr.pdf.

Jabaaij, L., Njoo, K., Visscher, S., Hoogen, H. van den, Tiersma, T., Levelink, H., & Verheij R. (2009). Verbeter uw verslaglegging, gebruik de EPD-scan-h. Utrecht. Nivel. Verkregen van:

<http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/hw0905-EPD-scan.pdf>

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2008). Staat van de gezondheidszorg. Risico's van medische technologie onderschat. Den Haag: IGZ. Verkregen van:

<http://www.igz.nl/actueel/nieuws/medischetechnologiebiedtgrotekansenmaarrisicosonderschat.aspx>

TGgezondheidszorg: Oosterheert T., & Jong-Maliepaard C. de (2006). Implementatie Elektronisch cliënten dossier. Projectmanagement met gevoel voor de werkvloer. Verkregen van

http://www.pmwiki.nl/sites/pmwiki.nl/files/projectie_6-4_0.pdf

Actiz, (2008). Jaarkrant. Verkregen van <http://www.actiz.nl/cms/streambin.aspx?requestid=79235973-6E3D-4D49-B73D-3701D6502DE8>

M&I/Partners, Adviesrapport . Eekeren P. van., Lemmens, A., Linden S. van der & Roelofs J. (2009). Onderzoek naar ICT-kosten in de gezondheidszorg. Amersfoort. Dit rapport is geschreven in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Verkregen van

http://www.mxi.nl/upload/onderzoekict-kosteningezondheidszorg_v01-01.pdf

My Support; Zorginformatie op orde (2004). Informatiebehoeften zorgaanbieders nader geanalyseerd, Ontwikkelingen in de AWBZ sector stellen nieuwe eisen aan de informatievoorziening van zorgaanbieders. Utrecht.

Epping P., Visser, P., Hellemans, H., Beek, L. van, & Goossen, W. (2006). Adviesrapport: "het elektronisch cliëntendossier in de care sector".

Nictiz, V&VN & Actiz. Verwey, R., Vreeke, E., Duijvendijk, I. van, & Zondervan, R. (2010). e-Overdracht in de Care, een inventarisatie. Den Haag. Verkregen van:

[http://www.nictiz.nl/page/Publicaties?mod\[360\]\[i\]=58&mod\[360\]\[search_type\]=title&mod\[360\]\[search_for\]=e-overdracht](http://www.nictiz.nl/page/Publicaties?mod[360][i]=58&mod[360][search_type]=title&mod[360][search_for]=e-overdracht)

de Heer software, 2012. Informatie verkregen uit e-mailcontact met de Heer software.

Arcares. Concept ICT- strategienota 2002-2006 voor de branche V&V. Arcares Utrecht.

Actiz, & Advisaris (2007). Programma van Eisen Elektronisch Cliënten Dossier V2.2 Definitief

Bakker, D. de, Jabaaij, L., Abrahamse, H., Hoogen, H. van den, Braspenning, J., Althuis, T. van, & Rutten, R. (2000.) LINH Jaarrapport, Contactfrequenties, verrichtingen en monitoring griepvaccinatie

en cervixscreening in het Landelijk Informatie Netwerk huisartsenzorg (LINH). Utrecht. Nivel. Verkregen van <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/linh-2000.pdf>

Meijboom, B., Fleuren, H., & Geffen van W. (2006). Transparantie in de zorgketen. Verkregen van: <http://www.ketens-netwerken.nl/resources/uploads/files/documenten/ArtikelZMketen.pdf>

Ministerie van VWS (2008) Verpleeghuiszorg op de goede weg. Verkregen van <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2008/04/22/rapport-verpleeghuiszorg-op-de-goede-weg.html>

Actiz & Advisaris (2009). Programma van Eisen Elektronisch Cliënten Dossier V3.0. Verkregen van: <http://www.zzpclientagenda.nl/ECD%20files/M32/Doc/V&V%20ECD%20Programma%20van%20Eisen%20versie%203.0%20definitief.pdf>

ECD Journaal Nummer 12 (2008). Actiz & Zorg voor beter. Verkregen van: http://www.btsg.nl/downloads/ECD/ECD_Journaal_12_April_20081.pdf

Stuurgroep Verantwoorde zorg: Actiz Organisatie van zorgondernemers, LOC Landelijke Organisatie Cliëntenraden, NVVA Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen en sociaal geriaters, Sting Landelijke beroepsvereniging verzorging, V&VN Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland, IGZ Inspectie voor de Gezondheidszorg, VWS Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, ZN Zorgverzekeraars Nederland, Ondersteuning: Plexus Medical Group (2007). Indicatorenset Verantwoorde zorg behorend bij het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg, Verpleging Verzorging en Zorg Thuis (VVT) Langdurige en/of complexe zorg. Verkregen van: http://www.kiesbeter.nl/object_binary/o666_Kwaliteitskader_Verantwoorde_Zorg_VVT_2007%5B1%5D.pdf

Stuurgroep Verantwoorde zorg Verpleging Verzorging Zorg Thuis (2007). Specificatie technisch formaat aanlevering zorginhoudelijke indicatoren. Verkregen van: <http://www.zorgvoorbeter.nl/onderwerpen/over/ecd/nieuwsberichten/voorwaarden-eed-beschikbaar/>

Eerste Kamer der Staten-Generaal (2011). Wetsvoorstel EPD verworpen en overig nieuws. Verkregen van: http://www.eerstekamer.nl/nieuws/20110405/wetsvoorstel_epd_verworpen_en

Veer, de A.J.E., Brandt, H.E., Schellevis F.G., & Francke, A.L. (2008). Buurtzorg: nieuw en toch vertrouwd. Nivel. Verkregen van: http://www.vilans.nl/docs/ivz/professionals/Buurtzorg_nieuw_en_toch_vertrouwd.pdf

SER Sociaal Economische Raad. Langdurige zorg verzekert: Over de toekomst van de AWBZ Publicatienummer 3, 18 april 2008. Verkregen van: http://www.ser.nl/~media/DB_Advies/2000_2009/2008/b26705.ashx
http://www.ser.nl/~media/DB_Deeladvies/2000_2009/2008/b26705/b26705_b3.ashx

Sociaal Economische Raad (SER) (2008). Advies: Langdurige zorg verzekerd: Over de toekomst van de AWBZ. Publicatienummer 3. Verkregen van: <http://www.ser.nl/nl/publicaties/advies/2000-2007/2008/b26705.aspx>

PricewaterhouseCoopers (2010) Van bezinnen naar beginnen; Onderzoek besteding AWBZ-middelen: kostenstructuur en effecten voor cliënten in VVT-organisaties. Verkregen van: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2010/04/11/van-bezinnen-naar-beginnen-onderzoek-besteding-awbz-middelen-kostenstructuur-en-effecten-voor-clienten-in-vvt-organisaties.html>

College bescherming persoonsgegevens (2012). Rechten van uw patiënt. Informatieblad nummer 34A, juli 2012. Verkregen van: http://www.cbppweb.nl/Pages/inf_va_rechten_patient.aspx

Van den Wijngaart, M., Ramakers, C., 2004. Monitor budgethouders pgb nieuwe stijl, Eindrapport. ITS – Nijmegen. Verkregen van <http://its.ruhosting.nl/publicaties/pdf/r1493.pdf>

Thesaurus Zorg en Welzijn (2012) Eenheid van taal in de zorg en welzijnssector. Verpleeghuis. <http://multites.telcom.net/cgi-bin/mtw.exe?k=nizw&l=60&linkType=term&w=10763&n=1&s=5&t=2>

CBS: Centraal bureau voor de statistiek (2012). Definities Verpleeghuis, Verzorgingshuis. <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/methoden/begrippen/default.htm?ConceptID=2895>

Kingma, J.H., 2004. Ondergrens van de zorg in verpleeghuizen beter bewaakt. Maart 2005, Den Haag,

Nederlands normalisatie instituut, NEN 2745,. NEN 7510: (2011). Medische informatica - Informatiebeveiliging in de zorg.

IGZ, ZN, LOC zeggenschap in zorg (2012) Kwaliteitsdocument 2012, Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis. Verkregen van <http://www.zichtbarezorg.nl/mailings/FILES/Kwaliteitsdocument%20VVT%202012.pdf>

Bijlage 1

Interviewvragen leverancier

Protocol Leverancier

Beginsituatie, startpunt ontwikkeling ECD

Huidige situatie

Verwachtingen voor de toekomst

Technisch

Overig

Beginsituatie, startpunt ontwikkeling ECD

- Wanneer zijn jullie begonnen met de ontwikkeling en de uiteindelijke distributie van Residentweb?
- Waarom is er gekozen voor een web-based ICT systeem?
- Wat waren de eisen uit de verpleeg en thuiszorgorganisaties waar jullie in eerste instantie aan wilde voldoen?
- Wat zijn de ontwikkelingen die jullie als organisatie hebben meegemaakt vanaf de eerste introductie tot nu?
- Hebt u een indicatie hoeveel klanten jullie hebben en wat voor soort organisaties dit zijn (in orde van grote, alleen verpleeg, alleen thuiszorg, of juist grote overkoepelende organisaties)?
- Wat zijn de voordelen ten opzichte van andere ECD systemen?
- Wat zijn de nadelen die jullie tot nu toe zelf zijn tegengekomen?
- Zijn de nadelen overkomelijk of wel te verhelpen?
- Zijn er moeilijkheden nu of te verwachten met wet en regelgeving, zoals de wet op de privacy?

Huidige situatie

- Waar staan jullie nu met de ontwikkeling van Residentweb?
- Is er veel vraag naar en constateren jullie een groei in de vraag?
- Hebben organisaties beschikking over nieuwe functionaliteiten?

- Hoe krijgen organisaties bericht over nieuwe functionaliteiten?
- Hoe krijgt men die nieuwe functionaliteiten aangeleerd?
- Veel gebruik van E-learning voor Residentweb maar wat moeten organisaties zelf doen ter voorbereiding?
- Zijn er problemen met de implementatie in organisaties?
- Verwachtingen voor de toekomst?
- Wat zijn de plannen voor de toekomst op het gebied van Residentweb?
- Uitbreiden koppeling andere systemen?
- Zijn er nog eisen vanuit organisaties waaraan jullie graag willen voldoen?

Technisch

- Is er een standaard pakket of zijn deze verder uit te breiden?
- Kan men ook slechts kiezen voor slechts een paar onderdelen?
- Is er overdraagbaarheid mogelijk met andere systemen?
- Wat zijn de technische beperkingen van een webbased systeem waar jullie al tegenaan zijn gelopen of verwachten in de toekomst?
- Hoe krijgen jullie feedback vanuit organisaties, over bijvoorbeeld het gebruiksgemak?
- Welke koppelingen met andere zorgaanbieders biedt het systeem (al wel huisartsen in sommige gevallen)?
- Zijn er problemen of te verwachten met de veiligheid, omdat het web-based is?

Overig

- Zijn er nog meer aanbieders van een webbased ECD?
- Is er een mogelijkheid voor contact mocht ik nog vragen hebben?

Interview vragen adviserende en overkoepelende organisatie

Protocol Adviserende en Overkoepelende Organisatie

Beginsituatie, startpunt ontwikkeling ECD

Huidige situatie

Verwachtingen voor de toekomst

Startpunt ECD

- Vanaf wanneer zijn jullie betrokken geweest bij het ECD project?
- Waarom is er gekozen voor dit adviesbedrijf in de ondersteuning van het ECD project?
- Wat voor ontwikkelingen zijn er waargenomen door dit adviesbureau in de afgelopen 10 jaar op het gebied van het ECD?
- Intramuraal? Extramuraal?
- Wat voor invloed had de overheid op deze ontwikkelingen?
- Wat had de techniek voor invloed op deze ontwikkelingen?

Huidige situatie

- Zijn jullie op dit moment nog bij projecten betrokken die wat met een ECD te doen hebben?
- Vanaf wanneer is er de samenwerking met Actiz gekomen en waarom is deze samenwerking tot stand gekomen?
- Werken jullie zelf nog samen met andere organisaties bijvoorbeeld universiteiten voor het doen van onderzoek?

Verwachtingen voor de toekomst

- Wat zijn de verwachtingen voor het ECD gebruik in de toekomst?
- Intramuraal? Extramuraal?
- Wat zijn de toekomstige voordelen van het ECD gebruik?
- Wat zijn mogelijke nadelen?

Interview vragen onderzoeker

Protocol onderzoeker

Beginsituatie, startpunt ontwikkeling ECD

Huidige situatie

Verwachtingen voor de toekomst

Overig

Beginsituatie, startpunt ontwikkeling ECD

- Hebt u een idee hoe de situatie ongeveer 10 jaar geleden was in het algemeen met het ECD gebruik?
- Welke ontwikkelingen zijn er in u ogen geweest?
- Wat voor ECD systeem heeft u ooit mee gewerkt en in welke hoedanigheid?

Huidige situatie

- Waarop waren de eisen gebaseerd bij de aanschaf van de ECD applicatie?
- Waar moeten organisaties rekening mee houden bij aanschaf van een ECD?
- Wat zijn de voordelen bij het gebruik van een ECD in uw ogen?
- Wat zijn de nadelen bij het gebruik en zijn deze mogelijk te verhelpen?
- Wat zijn mogelijke beperkingen van een ECD in het dagelijkse gebruik?
- Wat zijn de belangrijkste ontwikkelingen geweest bij het ECD?

Verwachtingen voor de toekomst

- Wat worden hoogst waarschijnlijk de belangrijkste ontwikkelingen?
- Wat zijn de verwachtingen voor de toekomst voor een ECD systeem binnen de VVT sector?
- Wat zijn de verwachtingen op het gebied van bijvoorbeeld regionale schakelpunten?
- Wat zijn de verwachtingen op koppelingen tussen verschillende systemen, zoals er nu een koppeling met de ZZP bestaat?
- Wat kunnen beperkingen zijn voor de toekomst in het dagelijks gebruik?

Overig

- Hebt u ontwikkelingen internationaal waargenomen die ook voor Nederland van belang kunnen zijn?

Interviewvragen verpleeg en thuiszorgorganisatie

Protocol Verpleeg en Thuiszorgorganisaties

Beginsituatie, startpunt ontwikkeling ECD

Huidige situatie

Verwachtingen voor de toekomst

Beginsituatie, startpunt ontwikkeling ECD

- Hebt u een idee hoe de situatie ongeveer 10 jaar geleden was, in het algemeen en binnen u eigen organisatie?
- Welke ontwikkelingen zijn er in u ogen geweest?

Huidige situatie

- Wat voor ECD systeem gebruikt Ariens? Is dit aan te bevelen voor andere organisaties?
- Is het ECD nu in alle takken van de organisatie in gebruik?
- Hoe is deze keuze gemaakt en wat waren de eisen van Ariens?
- Wat is uw eigen mening op het gebied van deze keuzes maken?
- Hoe lang is dit ECD systeem al in gebruik bij Ariens zorgpalet?
- Hoe lang heeft de overstap geduurd, implementatie proces?
- Verwacht u in het algemeen problemen bij implementatie bij andere organisaties?
- Wordt het ervaren als een complex systeem?.
- Wat zijn de voordelen bij het gebruik?
- Wat zijn de nadelen bij het gebruik en zijn deze mogelijk te verhelpen?
- Hoe worden gegevens up to date gehouden binnen verschillende organisaties(speciale afdeling)?
- Is er overdraagbaarheid mogelijk, en in welke vorm?

Verwachtingen voor de toekomst

- Wat zijn de verwachtingen voor de toekomst voor een ECD systeem?

- Gebruik in de toekomst binnen organisaties?

Overig

- Is er een mogelijkheid voor contact mocht ik nog vragen hebben?

Bijlage 2

Literatuur review gebruikt voor theoretisch kader

Om een correct beeld te schetsen wordt in de matrix de tijdsvolgorde aangehouden, beginnend bij 2001. De jaartallen van publicatie zijn te vinden in kolom één.

In de tweede kolom komen de vragen en onderwerpen waarover de antwoorden te vinden in dat desbetreffend artikel. In de derde kolom zal de gevonden informatie en onderzoeksgegevens worden neergezet, en wat de opvattingen van de auteurs daarbij zijn. In de vierde kolom zal er kritisch naar de gegeven informatie en onderzoeksgegevens gekeken worden en de ideeën daarover

Jaar publicatie	Onderwerp artikel, boek	Onderzoeksgegevens en informatie van de auteurs	Analyse van de verkregen data en informatie
2000	Beleidsbrief en Actieplan ICT in de Zorg	Tweede kamer, VWS	De Nederlandse situatie is niet uniek. In een groot aantal landen stagneert de toepassing van ICT in de zorg en in vrijwel alle landen loopt het gebruik van ICT in de zorg achter op de mogelijkheden die door ICT worden geboden.
2002	Elektronisch Multidisciplinair Dossier in de ouderenzorg	H.J.M.Cools ¹ , M.M.Kuilboer ^{1,2} , B.M.Th.Mosseveld ² , P.J.Thys ¹ <i>1 Leids Universitair Medisch Centrum, afdeling Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde, 2 Erasmus Universiteit Rotterdam, instituut Medische Informatica</i>	HIS, apothekersinformatiesystemen Omdat patiënten en hun zorgkring dit als inefficiënt en hinderlijk ervaren, subsidieerde het Fonds 1818 de ontwikkeling van <i>interface-software</i> waarmee ten minste een Huisarts Informatie Systeem (HIS), een ApothekersInformatieSysteem, een multidisciplinair zorgplan en de patiëntenadministratie zou worden aaneengesmeed tot een elektronisch transmuraal en multidisciplinair zorgdossier waarin de dagelijkse zorg kan worden geregistreerd.
2004	Elektronisch patientendossier	Louwerse, CP.	Geschiedenis informatiesystemen gebruik in Nederland.

2005	Visiedocument extramurale AWBZ-zorg Analyse en aanbevelingen voor concurrentie	Extramurale AWBZ zorg	
2005	Toetsingskader voor Verantwoorde Zorg <i>Een operationalisatie van het Visiedocument</i> <i>Normen voor Verantwoorde zorg in een indicatorenset en een sturingsmodel voor de V&V</i>	Om een dergelijk toetsingskader te realiseren, heeft het Ministerie van VWS namens de betrokken partijen aan Plexus Medical Group het volgende gevraagd:	Het toetsingskader bevat een set indicatoren¹ en een sturingsmodel, waarmee de komende tijd inzichtelijk kan worden gemaakt in hoeverre instellingen in de Verpleging en Verzorging verantwoorde zorg leveren. 1. Operationaliseer de Normen voor Verantwoorde Zorg in een S.M.A.R.T. geformuleerde set prestatie-indicatoren; 2. Doe voorstellen voor de wijze waarop deze indicatoren gemeten zouden kunnen worden; 3. Doe een voorstel voor een sturingsmodel bij het toetsingskader met een duidelijke rolverdeling voor de betrokken partijen.
2006	Adviesrapport: "het elektronisch clientendossier in de care sector".	Paul Epping, Epping consultancy.Sjoerd Visser,Arcares. Herman Hellemans, Advisaris. Lisanne van Beek, Acquest, William Goossen, Acquest.	Samenvatting andere rapportages over ECD in de VV&T sector. Daarnaast bevat het een template of zorginformatiemodel is op dit moment opgebouwd uit 12 paragrafen (Plaisier e.a., 2006; Goossen et al, 2005):
2007	Indicatorenset Verantwoorde zorg behorend bij het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg	Stuurgroep Verantwoorde zorg: Actiz Organisatie van zorgondernemers LOC Landelijke Organisatie Cliëntenraden	De Indicatorenset behorend bij Kwaliteitskader Verantwoorde zorg bestaat uit twee delen: de <i>cliëntgebonden</i> indicatoren, die een zorgorganisatie ('organisatorische eenheid') laat meten met een cliëntenraadpleging, en de <i>zorginhoudelijke</i> indicatoren, die door de organisatorische eenheid zelf worden gemeten, deels op cliëntniveau en deels op organisatieniveau.

	Verpleging Verzorging en Zorg Thuis (VVT) Langdurige en/of complexe zorg	NVVA Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen en sociaal geriaters Sting Landelijke beroepsvereniging verzorging V&VN Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland IGZ Inspectie voor de Gezondheidszorg VWS Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport ZN Zorgverzekeraars Nederland Ondersteuning: Plexus Medical Group	
2008	De toon gezet: één taal voor kwaliteit De toon gezet: één taal voor kwaliteit - publieksversie branchebeeld VV&T 2007	<i>Rapport van de stuurgroep Kwaliteitskader Verantwoorde zorg</i> <i>Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis (VV&T)</i>	
2008	Verpleeghuiszorg op de goede weg Resultaten van vervolfbezoeken aan de 149 meest risicovolle instellingen voor	Rapport: Verpleeghuiszorg op de goede weg  PDF document 52 pagina's 303 KB Rapport 22-04-2008 VWS	Er is ook een overgang naar een elektronisch cliëntendossier (ECD) gaande. Een overgang naar een nieuwe werkwijze vereist een gedegen voorbereiding, scholing en organisatorische voorwaarden. Dit kost tijd en verklaart deels de trage voortgang in de verbeteringen bij het onderdeel cyclisch volgen van de individuele zorgvraag.

	verpleeghuiszorg in 2006/2007		De organisatorische randvoorwaarden, zoals een meerjarenbeleidplan, jaarwerkplan en management informatiesysteem waren in de meeste bezochte instellingen in orde. In het Kwaliteitskader verantwoorde zorg is vastgelegd dat de instelling een verantwoord niveau van de zorg systematisch bewaakt.
2009	Achtergrondrapport bij Branchebeeld VV&T Op basis van het Kwaliteitskader	De resultaten van metingen in 2008. Plexus Medical group.	Dit rapport is het achtergrondrapport bij het branchebeeld van 2008 voor de Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VV&T). Het geeft een beknopt overzicht van de resultaten van metingen met de kwaliteitsindicatoren voor de VV&T. Dit achtergrondrapport is bedoeld om een indruk te geven van de stand van zaken in de VV&T op alle indicatoren in het kwaliteitskader. Deze resultaten vergelijken we enerzijds met de meting in 2007, en met internationale onderzoeken Een logische vraag die naar aanleiding van de presentatie van dit branchebeeld gesteld zal worden, is: —<i>Hoe staat de Nederlandse VV&T er nu voor als het gaat om de kwaliteit van de zorg in vergelijking met het branchebeeld van vorig jaar.</i>
2009	Verantwoorde zorg: visie en verwezenlijking Werken met het model Zorgleefplan Actiz	I Kwaliteit van leven centraal. <i>Zorgleefplan en bekostiging</i>	Per 1 april 2003 is de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) vernieuwt. Zorgaanspraken zijn nu ondergebracht in zeven functies, te weten: - Huishoudelijke verzorging - Persoonlijke verzorging - Verpleging - Ondersteunende begeleiding - Activerende begeleiding

			- Behandeling - Verblijf Per 1 januari 2007 zal voor de intramurale AWBZ-zorg de nieuwe zorgzwaartebekostiging worden ingevoerd. De cliënt krijgt dan een indicatie voor een zorgzwaartepakket (ZZP).
2009	Implementatiehandleiding HL7v3 Basiscomponenten	<i>NICTIZ.</i> Versie : 2.2	De HL7 versie 3 [HL7v3] standaard beschrijft onder andere een reeks artefacten (componenten en structuren) die in vele berichten toegepast worden. CMET"s en datatypes worden in elk HL7v3 bericht toegepast
2009	Brancheanalyse gezondheidszorg	PricewaterhouseCoopers	In deze analyse zijn 462 VVT instellingen betrokken die in overwegende mate in de VVT actief zijn. Opvallend is dat de resultaten zich positief ontwikkelen, in het bijzonder door de sanering van verliesgevende thuiszorgactiviteiten
2009	Onderzoek naar ICT-kosten in de gezondheidszorg	Dit rapport is geschreven in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport door drs. Patrick van Eekeren MCM, drs. Ans Lemmens, drs. Sanneke van der Linden en Joren Roelofs MSc van M&I/Partners^{bv}.	De onderzoeksvraag is als volgt geformuleerd: "Het onderzoek moet inzicht geven in de totale ICT-kosten binnen de zorg, zowel in de care, cure en preventie voor zover het uitgaven betreffen die onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) vallen." ICT-kosten omvatten daarbij alle kosten die samenhangen met het in eigendom krijgen, hebben en gebruiken van ICT. Kortom, inzicht in de Total Cost of Ownership, zoals gedefinieerd in bijlage A. Daarnaast heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) gevraagd om inzicht te krijgen in de status van elektronische dossiervorming en gegevensuitwisseling.
2010	Kwaliteitskader verantwoorde zorg VVT 2010 Actiz; Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN); LOC; Ministerie	Kwaliteit van leven cliënten. Eigen regie en individuele inkleuring CQ Index, Domeinen: Lichamelijk welbevinden en gezondheid, Woon- en	

	Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS); Verenso; Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN); Zorgverzekeraars Nederland.	leefsituatie, Mentaal welbevinden, Kwaliteit van de zorgverleners, Kwaliteit van de zorgorganisaties, Zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid	
2010	Van bezinnen naar beginnen Onderzoek besteding AWBZ-middelen: kostenstructuur en effecten voor cliënten in VVT-organisaties	pwc	Welk verband is er tussen de wijze waarop zorgorganisaties hun AWBZ-middelen inzetten en de zorgverlening aan hun cliënten? Kunnen goede financiële prestaties samengaan met goede kwaliteit? En wat is de rol van de overheadkosten? Over deze vragen, toegespitst op de organisaties in de verpleging, verzorging en thuiszorg gaat bijgaand onderzoeksrapport. Het is een rapport dat is geschreven in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). De brancheorganisatie ActiZ maakte deel uit van de begeleidingscommissie.
2011	Aanpak Bureaucratie in de langdurige zorg 'Meer tijd voor de cliënt' VWS		
2011	Gezondheidszorg in cijfers 2011 CBS	1.2.1 CBS-indicatorset Gezondheid en zorg Kosten van de zorg met 66 procent gestegen sinds 2001	