

Evaluatie implementatiefase EMD

Een eerste verkenning

Tussentijdsrapport

Juli 2007



Inhoudsopgave

1	Inleiding	5
1.1	Kernvragen en gewenste resultaten van het onderzoek	5
1.2	Opbouw rapport	5
2	Achtergronden pilot en onderzoek	6
2.1	Achtergronden van de pilot	6
2.2	Opzet evaluatieonderzoek	7
2.3	Beschrijving Deelonderzoek 1 Implementatie fase 1	7
3	Resultaten eerste evaluatie van de Implementatiefase	10
3.1	Inleiding	10
3.2	Algemeen beeld	10
3.3	Wat zijn best practices met betrekking tot de organisatie en gekozen regionale plan van aanpak?	11
3.4	Verlopen de individuele implementatiestappen goed?	18
4	Prioriteiten	24
5	Vervolg van het onderzoek	24

1 Inleiding

Plexus Medical Group is door het ministerie van VWS gevraagd als extern onderzoeksbureau een gestructureerde analyse uit te voeren voor de evaluatie van de pilot Elektronisch Medisch Dossier (EMD). De evaluatie vormt een belangrijke stap op weg naar een landelijke uitrol van het EMD.

Gezien de beperkte omvang van de pilot tot dusver -en daarmee ook het beperkte aantal geïnterviewden- dient dit tussentijds verslag als *een eerste verkenning* te worden beschouwd. Dit tussentijds verslag levert wel al een aantal aanknopingspunten voor aanbevelingen/verbeteringen op korte termijn (binnen de pilot) en op langere termijn (voor landelijke uitrol).

1.1 Kernvragen en gewenste resultaten van het onderzoek

De kernvragen voor deze evaluatie luiden:

- Voldoet het gebruik van het EMD in de praktijksituatie.
- Voldoen de centrale voorzieningen LSP, SBV-Z, UZI-Register en de processen en procedures om hiervan gebruik te kunnen maken in de praktijksituatie.
- Voldoen de instrumenten voor implementatie en gebruik van EMD (o.a. Handboek invoering EMD/WDH en support vanuit de centrale voorzieningen).

Het evaluatieonderzoek dient uiteindelijk als resultaat op te leveren:

- Een (representatief) beeld van de geschiktheid van de centrale voorzieningen (incl. procedures) en instrumenten voor de implementatie en het gebruik van EMD in de praktijk.
- Aanbevelingen voor verbeteringen ten behoeve van de landelijke uitrol van het EMD.

De kernvragen hebben we per fase van de pilot verder met de opdrachtgever uitgewerkt. Ze vormen het framework van het onderzoek en de diverse rapportages.

De centrale vraag voor deze fase van het onderzoek luidt:

- Vindt de implementatie van het EMD op adequate wijze plaats?

1.2 Opbouw rapport

Dit document beschrijft de achtergronden van de pilot, de opzet, vragen en scope van het onderzoek en een eerste tussentijds verslag van de evaluatie. In hoofdstuk 2 schetsen we de achtergrond van het onderzoek. In hoofdstuk 3 de resultaten van het eerste deelonderzoek. In de korte hoofdstukken 4 en 5 gaan we in op respectievelijk de prioriteiten en op de volgende stap in het onderzoek.

2 Achtergronden pilot en onderzoek

In dit hoofdstuk bespreken we de achtergronden van de pilot, de opzet van het totale onderzoek en de uitwerking van dit deelonderzoek.

2.1 Achtergronden van de pilot

Voor het interpreteren van deze – tussentijdse - resultaten van de evaluatie is het van belang een goed beeld te hebben van de achtergronden en opzet van de pilot. We beschrijven deze achtergronden hier kort.

Opzet van de pilots

De pilot bestaat uit ten eerste een implementatie en ten tweede een operatiefase, die beide afzonderlijk worden geëvalueerd. In de implementatiefase staat het regelen en testen van alle voorbereidingen voor een ingebruikname van het EMD centraal. De operatiefase houdt het daadwerkelijk in gebruik nemen van het EMD in de praktijk van de zorgaanbieders in.

Centrale en decentrale projectorganisatie

De projectorganisatie bestaat uit 3 niveau's:

- Centrale projectorganisatie met Centrale voorzieningen
- Regionale projectorganisatie
- Individuele zorgaanbieder

Het functioneren van de projectstructuur is tevens onderwerp van de evaluatie.

Twee pilotregio's

De pilot EMD wordt in twee regio's uitgevoerd, te weten regio Rijnmond en regio Amsterdam. Beide pilots zijn 1 januari 2007 gestart. De pilots lopen niet synchroon. Regio Rijnmond is verder qua invoering van het EMD.

Stapsgewijze uitbouw van deelnemers aan de pilots

In beide pilots wordt gestart met een beperkt aantal deelnemers (fase 1). In regio Rijnmond betreft dit een ziekenhuis (Sint Franciscus Gasthuis) en twee openbare apotheken. In Amsterdam betreft dit een ziekenhuis (Boven-IJ ziekenhuis) en – voorzover nu bekend- drie apotheken. Binnen beide pilots wordt bij een succesvolle invoering in deze kleine groep (fase 1) het aantal deelnemers uitgebreid (fase 2). In regio Rijnmond wordt het aantal apotheken in fase 2 uitgebreid tot 20 en in Amsterdam wordt de pilot in fase 2 uitgebreid met een huisartsenpost en meerdere apotheken. De implementatiefase voor de eerst groep deelnemers loopt sinds maart 2007.

Beoogde planning pilot

Het streven is in Regio Rijnmond om eind augustus te starten met de operatiefase in het Sint Franciscus Gasthuis en in twee openbare apotheken. Zo snel mogelijk daarna wordt de pilot in regio Rijnmond uitgebreid tot maximaal 20 apotheken (fase 2 van implementatie). Er is nog geen definitieve datum voor de start van de operatiefase en voor fase 2 van de implementatie in Amsterdam. Streefdatum is dat de eindevaluatie van beide pilots eind oktober, begin november gereed is.

2.2 Opzet evaluatieonderzoek

De evaluatie van de pilot EMD wordt inhoudelijk in 4 verschillende deelonderzoeken worden uitgevoerd.

1. Deelonderzoek 1 gaat over de implementatiefase van het EMD in Rijnmond.
2. Deelonderzoek 2 gaat over de implementatiefase van het EMD in Amsterdam
3. Deelonderzoek 3 behandelt de operatiefase van het EMD in Rijnmond.
4. Deelonderzoek 4 behandelt de operatiefase van het EMD in Amsterdam.

Over deze vier deelonderzoeken wordt in vier rapportages verslag gedaan, om maximaal met onderzoek en rapportages aan te kunnen sluiten op de voortgang in de pilots. Daarnaast zal er een eindverslag komen met daarin de belangrijkste conclusies van beide fases en beide pilots. Begin september 2007 hebben opdrachtgever VWS en Plexus de volgende rapportages voorzien:

1. Tussenverslag: Een eerste verkenning, fase 1 implementatie Rijnmond (Deelonderzoek 1 en 2)
2. Tussenrapport 1: Implementatiefase Rijnmond (Deelonderzoek 1).
3. Tussenrapport 2: Implementatiefase Amsterdam (Deelonderzoek 2).
4. Tussenrapport 3: Operatiefase Rijnmond (Deelonderzoek 3).
5. Tussenrapport 4: Operatiefase Amsterdam (Deelonderzoek 4).
6. Eindrapportage: Eindevaluatie pilot EMD.

Dit verslag betreft Tussenverslag: een eerste verkenning, waarin de eerste ervaringen van deelonderzoek 1 en 2 worden beschreven.

2.3 Beschrijving Deelonderzoek 1 Implementatie fase 1

In het kort beschrijven we de scope van het onderzoek, de werkwijze, de betrokkenen (geïnterviewden) bij de eerste evaluatie en de vraagstelling van de eerste evaluatie.

Scope van onderzoek Implementatie Rijnmond en Amsterdam

In dit deelonderzoek wordt de implementatie (fase 1) in de regio Rijnmond en Amsterdam geëvalueerd. Dit betreft –qua aantal deelnemers nog bescheiden- de implementatiefase in Rijnmond met het Sint Franciscus Ziekenhuis –inclusief ziekenhuisapotheek- en de twee openbare apotheken. In Amsterdam is in fase 1 het BovenIJ ziekenhuis betrokken bij de pilot en in elk geval drie openbare apothekers.

Deelonderzoek 1, de implementatie, wordt op twee momenten geëvalueerd en in twee Tussenrapportages beschreven. Het moment van eerste evaluatie was medio juli 2007. Tijdens deze eerste evaluatie zijn de op dat moment door betrokkenen in de pilot uitgevoerde implementatiestappen onderzocht. In de evaluatie van de implementatie wordt in elk geval fase 1 meegenomen. In hoeverre ook fase 2 (uitbreiding in Rijnmond met openbare apotheken en uitbreiding in Amsterdam met huisartsenpost) binnen de gestelde tijdslijnen kan worden onderzocht is nog niet duidelijk.

Vraagstelling over de Implementatiefase

De centrale vraag over de implementatie fase van het EMD is:

Vindt de implementatie van het EMD op adequate wijze plaats?

Een eerste verkenning

Praktisch vertaald houdt deze vraag in:

- zijn de randvoorwaarden voor een daadwerkelijke ingebruikname (operatie) aanwezig?
- welke leerpunten uit de pilot zijn van belang voor landelijke uitrol?

Deze vraag is in twee vragen verder uitgesplitst:

1. Wat zijn best practices met betrekking tot de organisatie en gekozen regionale plan van aanpak?
2. Verlopen de individuele implementatiestappen goed?

Hierbij komen ervaringen aan de orde met: het kwalificatieproces GBZ en ZSP, de aanvraagproces van de UZI-passen, de voorzieningen SBV-Z (o.a. initiële vulling BSN), het 'Handboek invoering EMD/WDH, de software-installatie en de voorlichting aan patiënten.

Werkwijze en betrokkenen onderzoek Implementatiefase

Bij het onderzoek hebben we –in volgorde van gebruik- de volgende methoden en instrumenten gebruikt:

1. documentstudie
2. interviews a.h.v. enquête
3. plenaire evaluatiesessie op basis resultaten documentstudie en interviews

We zullen de methoden en instrumenten kort toelichten.

Ten eerste heeft een documentstudie plaatsgevonden waarbij de volgende bronnen zijn geraadpleegd:

- Achtergrondmateriaal bij de offerteaanvraag.
- Handboek Invoering EMD/WDH.
- Vragenlijst Zorgaanbieder pilot WDH.
- Vragenlijst BSN.
- Mondelinge toelichting projectleider pilot WDH.
- Lijst met evaluatiecriteria, versie 0.8 .
- Projectoverleg met projectleider pilot EMD.

Daarnaast zijn de voortgangsrapportages vanuit het regulier pilotoverleg als bron van informatie geraadpleegd.

Vervolgens is een analyseschema opgezet en uitgewerkt in een plan van aanpak voor het onderzoek en vertaald in interviews en in enquêtes. Het analyseschema, plan van aanpak, enquête en interview zijn in werkdocumenten vastgelegd na bespreking met de opdrachtgever.

Ten tweede hebben we tussen eind juni tot en met 12 juli (semi-) gestructureerde interviews gehouden met de volgende instanties en functionarissen:

Actor	Onderwerp
Projectleider en ziekenhuisapotheker Sint Franciscus Gasthuis	Implementatie Rijnmond
Projectleider Rijnmond	Implementatie Rijnmond

Een eerste verkenning

Projectleider Amsterdam	Implementatie Amsterdam
ICT leveranciers (ziekenhuis en apotheek respectievelijk Chipsoft en Microbais)	Implementatie Rijnmond en Amsterdam
Centrale voorzieningen (UZI-R)	Implementatie Rijnmond en Amsterdam
Centrale voorzieningen (SBV-Z)	Implementatie Rijnmond en Amsterdam

Wegens afwezigheid is ten tijde van de eerste evaluatie nog geen gesprek gevoerd met de projectleider van ziekenhuis BovenIJ. Daarnaast zijn in deze eerste evaluatieronde nog geen gesprekken gevoerd met apothekers te Rijnmond en Amsterdam, de huisartsenpost Amsterdam en een derde software leverancier (Labelsoft) gezien de nog beperkte ervaring met de pilot (volgens inschatting van de regionale projectleiders of betrokkenen zelf). Zij worden voor de tweede Tussenrapportage wel geïnterviewd.

Ten derde zijn de eerste bevindingen met aanbevelingen geverifieerd en uitgediept in een plenaire evaluatie sessie die georganiseerd is door het ministerie van VWS. Deze bevindingen en aanbevelingen zijn in een powerpoint weergegeven. Daarnaast is van deze bijeenkomst verslag gedaan door VWS. Aanwezig waren de volgende instanties en functionarissen:

- Projectleider CHAP Amsterdam
- Projectleider regio Amsterdam
- Projectleider regio Rijnmond
- Apotheker, apotheek Slikkerveer
- Vertegenwoordigers ICT leverancier Microbais
- Vertegenwoordiger ICT leverancier Chipsoft
- Vertegenwoordiger UZI-register
- Vertegenwoordiger SBV-Z
- Vertegenwoordiger NICTIZ
- Vertegenwoordigers VWS PI

In onderstaande hoofdstuk presenteren we de resultaten van de eerste evaluatie. We geven eerst een algemeen beeld van de opzet en het verloop van de pilot en van deze tussentijdse evaluatie weer. Vervolgens gaan we per thema in op de eerste bevindingen en voorlopige aanbevelingen zoals ze uit met name de interviews en de plenaire evaluatiesessie naar voren zijn gekomen.

3 Resultaten eerste evaluatie van de Implementatiefase

3.1 Inleiding

Zoals in hoofdstuk 2 is aangegeven is de centrale vraag (die luidt: Vindt de implementatie van het EMD op adequate wijze plaats?) in twee deelvragen uitgewerkt:

1. Wat zijn best practices met betrekking tot organisatie en gekozen regionale plan van aanpak?
2. Verlopen de individuele implementatiestappen goed?

Nadat we eerst een algemeen beeld weergeven gaan we per deelvraag op de belangrijkste bevindingen en de aanbevelingen in. In paragraaf 3.2 geven we het algemene beeld weer, in paragraaf 3.3 bespreken we de gekozen organisatie en het plan van aanpak en in paragraaf 3.4 komen de individuele implementatiestappen aan bod.

3.2 Algemeen beeld

Het evaluatieonderzoek tot nu toe heeft een bescheiden scope

Het gaat om de eerste fase van de pilot en de schaalgrootte van de pilots is op dit moment nog erg beperkt. In Amsterdam is men onlangs gestart en waren –behalve de projectleider- betrokkenen nog niet beschikbaar voor deelname aan het onderzoek. Bij de plenaire evaluatie waren bovendien geen vertegenwoordigers van de ziekenhuizen aanwezig. Kortom: het eerste beeld is een nog onvolledig beeld van fase 1 van de implementatie.

De pilot's hebben per regio een verschillend karakter

In Rijnmond is men vanuit een voorgeschiedenis van een regionaal project (regionaal op te zetten EMD) gestart en overgegaan naar het huidige EMD-project. Men is er eerder gestart dan in Amsterdam. De pilot in Rijnmond is in zekere zin meer een eerste praktijk test met tussentijdse wijzigingen. In Amsterdam zal men van de leereffecten in Rijnmond profijt hebben. De bevindingen in dit verslag zijn met name gestoeld op de ervaringen in Rijnmond. Daar waar pilotregio's staat kan men in bijna alle gevallen ook pilotregio Rijnmond lezen.

Pilot als dynamische ontwikkelomgeving en proeftuin

Uit de interviews komt naar voren dat de pilotregio Rijnmond zichzelf als meer dan een pilot – namelijk ook als een ontwikkelomgeving - ervaren. De pilotdeelnemers lopen op sommige punten vooruit op de informatievoorziening (bijv. handboek), procedures (bijv. Eigen verklaring GBZ) en technische infrastructuur (bijv. testomgevingen). Verbeteringen worden reeds tijdens de pilot doorgevoerd.

Gevolg: ook tijdens de evaluatie hebben de onderzoekers te maken met een dynamische pilot omgeving waarin dagelijks verbeteringen worden doorgevoerd. Deze dynamiek stelt eisen aan de onderzoeksmethodes, planning en wijze van rapporteren.

Pilot kent dynamische planning

De planning van het EMD-traject wordt strak gemonitord (zie interne voortgangsverslagen projectleidersoverleg). Toch is er –ook tijdens dit

evaluatieonderzoek- sprake van het niet halen van doorlooptijden. Een aantal redenen zijn daartoe aangegeven, dan wel door de onderzoekers uit de gesprekken en schriftelijke bronnen gehaald:

- Het EMD is een project waarin een aantal landelijke –dus omvangrijke- deelprojecten met elk een eigen interne dynamiek in samenkomen.
- Deze deelprojecten (BSN, UZI) kennen toepassingen buiten het EMD om en zijn niet bij te stellen uitsluitend vanuit het belang van een EMD pilot.
- Daarnaast vergt deelname op regionaal niveau een stevige business case en lokaal commitment van soms zelfs elkaar beconcurrerende partijen (ziekenhuisapothek versus diverse apothekers). Het regelen van deelname heeft meer tijd gekost dan voorzien.
- Ook de technische infrastructuur is nog in ontwikkeling en levert knelpunten op (bijv. AET software, ontbreken schaduwtestomgeving).

Motivatie en commitment direct betrokkenen hoog

Ondanks bovengenoemde beperkingen, hindernissen en gevraagde flexibiliteit signaleren we op het niveau van de pilotregio's en op centraal niveau een hoge mate van betrokkenheid en inzet ten aanzien van het EMD en dito medewerking aan het onderzoek. Zonder uitzondering staan de geïnterviewden achter het doel van de pilot en het doel van een EMD. Met dien verstande dat projectleiders, ziekenhuizen en apothekers en ook de Centrale Voorzieningen daarbij 'vooruit'-denken en veel verwachtingen hebben van een EMD plus of van UZI-passen die breder gebruikt kunnen gaan worden. Het zijn deze verwachtingen die motiveren in deze pilotfase. Betrokkenen zijn met name op regionaal niveau kritisch over de voortgang en sterk gericht op verbetering in de praktijk.

Betrokkenheid eindgebruikers nog laag

Een kanttekening bij het vorige punt is dat de pilot in deze implementatiefase voornamelijk een aangelegenheid van projectleiders (regionaal en bij zorgaanbieder), ICT leveranciers en Centrale Voorzieningen is. De eindgebruiker van het EMD – de zorgverlener – staat nog ver af van de implementatie van het EMD. In regio Rijnmond zal het in gebruik nemen van het EMD binnen de pilot zich beperken tot de (ziekenhuis-)apothek en polithiek. De specialisten zullen nog niet met EMD gaan werken. Daarnaast nemen vooralsnog een beperkt aantal openbare apothekers deel aan de pilot.

Business Case EMD, eerste fase, smal en met acties buiten pilot vergroot

Door de diverse betrokkenen op regionaal niveau is aangegeven dat de huidige functionaliteit en meerwaarde voor de aanbieders (met name de apothekers) nog zeer beperkt is. Om voor alle aanbieders de business case interessant te maken wordt in zowel Rijnmond als Amsterdam het EMD project gekoppeld aan het invoeren van elektronisch berichtenverkeer (elektronisch voorschrijven).

3.3 Wat zijn best practices met betrekking tot de organisatie en gekozen regionale plan van aanpak?

Bevindingen

De eerste deelvraag luidt: Is de gekozen organisatie/plan van aanpak te gebruiken voor landelijke uitrol?

Deze vraag is verder gespecificeerd in vijf onderwerpen:

1. Het functioneren van de centrale projectorganisatie en van de Centrale Voorzieningen.
2. Het functioneren van de decentrale projectorganisatie (per regio).
3. De ondersteuning van de pilotregio's tijdens de implementatiefase.
4. De informatievoorziening aan de pilotregio's over de implementatiefase.
5. Best Practices met betrekking tot plan van aanpak.

We geven per deelvraag de belangrijkste bevindingen puntsgewijze weer. Tussen haakjes de formulering zoals die tijdens de plenaire evaluatiesessie is besproken (en weergegeven in een powerpoint) met de deelnemers:

Onderwerp 1: Het functioneren van de centrale Projectorganisatie en Centrale Voorzieningen

'Veel inzet, actief en bereikbaar (VWS)'

De support vanuit de centrale organisatie bij VWS ervaart en waardeert men vanuit de regio's als positief. Men toont steeds een hoge inzet, is goed bereikbaar en gaat actief om met vragen.

'Verkokerde Projectorganisatie'

Vanuit de regio's, maar ook vanuit de zorgaanbieders en leveranciers, worden de Centrale Voorzieningen als 'verkokerd' ervaren. Met verkokering wordt bedoeld dat de betrokkene instanties primair handelen vanuit een eigen belang en vanuit een eigen deelproces (bijv. Aanvragen UZI-passen door zorgverlener) en niet vanuit het integrale eindresultaat (een werkend EMD) of hoofdproces (het gebruik van een UZI pas voor communicatie met de SBV-Z).

'Overkoepelende regie beperkt'

Samenhangend met het vorige punt (verkokering) is de ervaring vanuit de pilotregio's en IT-leveranciers, dat de regie of sturing binnen de pilot te beperkt is. Problemen die deelproject (bijv. BSN, UZI) overstijgend zijn blijven soms lang onopgelost. Het is niet altijd duidelijk bij wie een probleem geëscaleerd kan worden, behalve direct bij de implementatieorganisatie van VWS. Er is geen 'scheidsrechter' die - horende de verschillende partijen - een knoop kan doorhakken.

Als voorbeeld is genoemd de onduidelijkheid bij het SFG over hoe om te gaan met de poli-apotheek in relatie tot het UZI-abonnement en GBZ-afbakening. Dit wordt nu in overleg tussen VWS, NICTIZ, CIBG, leveranciers en SFG opgepakt.

'Een top-down benadering'

Vanuit de pilotregio's wordt het project als zeer top-down aangestuurd ervaren. Zwart-wit gesteld is de ervaring: de pilot is het lokaal toepassen van wat er landelijk is bedacht en niet -zoals men bijvoorbeeld binnen de pilot in Rijnmond had verwacht- het landelijk op zoek gaan naar verbeteringen via een locale test. Vanuit de pilotregio bezien wordt daarmee de pilot niet voldoende benut voor verbeteringen van de implementatie van het EMD.

'Te weinig ervaart men regionaal dat bevindingen door Centrale Voorzieningen worden opgevolgd'

Vanuit de regio's wordt er onvoldoende een opvolging van regionaal gemelde problemen of oplossingen ervaren. Dit geldt met name voor oplossingen richting de Centrale Voorzieningen. Deze Centrale Voorzieningen geven aan niet altijd de speelruimte te hebben om zich aan de wensen van een pilotregio of toepassing in het kader van het EMD aan te passen. De Centrale Voorzieningen weten zich gebonden aan juridische of privacy-richtlijnen waarvan ze niet kunnen afwijken (een voorbeeld: het UZI-aanvraagproces). Daar waar er wel op verbetervoorstellen en probleemsignaleringen wordt ingespeeld (zie Bevindingen en Opvolging op teamroom van de pilotdeelnemers) vindt volgens betrokkenen niet altijd een terugkoppeling naar de regio plaats.

Onderwerp 2: Het functioneren van de decentrale Projectorganisatie (per regio)

'De regionale projectorganisaties zijn verschillend qua opgezet en worden allebei als effectief ervaren'

In Rijnmond –waar men enkele maanden eerder is gestart en ook daarvoor al ervaring had met een voorloper van een EMD-traject- functioneert de projectleider als intermediair tussen de diverse centrale en decentrale actoren. De projectstructuur kent drie centrale lagen (stuurgroep, projectgroep, werkgroep) en per aanbiedertype een interne werkgroep met een eigen projectleider. Tussentijds is de projectstructuur bijgesteld (kleinschalige apothekersorganisatie anders in projectorganisatie plaatsen dan grootschalige ziekenhuisorganisatie). De regionale projectleider participeert in de drie projectoverleggen, heeft rechtstreeks contact met de centrale voorzieningen en met de betrokken pilotdeelnemers op operationeel niveau.

In Amsterdam heeft de projectleider tot nu toe (voorbereiding van de implementatie per zorgaanbieder) geen rechtstreekse werkrelatie met de centrale voorzieningen. Hij fungeert als coördinator tussen VWS en de regionale deelnemers aan de pilot. Deze regionale deelnemers hebben in deze fase van de implementatie een eigen projectleider. De projectstructuur kent twee centrale lagen (stuurgroep, projectgroep).

In Rijnmond zijn bij de projectorganisatie op stuurgroep niveau reeds partijen betrokken die in een latere fase met het EMD te maken gaan hebben, maar nu al op onderdelen (voorbeeld: BSN) met dezelfde deelprojecten bezig zijn. In Amsterdam is de deelname van apothekers lange tijd een punt van aandacht geweest. In elk geval drie apothekers gaan meedoen aan de pilot. De komende periode zal de effectiviteit van de projectstructuur zich moeten bewijzen.

'Afstand centraal en decentraal zou kleiner moeten zijn'

Met name vanuit het UZI-register is de afstand met de regionale projectorganisaties soms als te groot ervaren, waardoor er laat op signalen gereageerd kon worden. Via briefings vanuit VWS en via voortgangsverslagen tussen PL en VWS vond er wel informatievoorziening plaats. Een rechtstreeks contact is echter gemist. Vanuit de regio's is deze behoefte echter niet gevoeld, ingegeven door te toch sterke top-down benadering in de pilot die wellicht versterkt zou worden door een nog omvangrijkere vertegenwoordiging van de centrale voorzieningen in de projectorganisatie.

'Regelen van randvoorwaarden vooraf van belang'

Met name het op regionaal niveau niet tijdig en volledig regelen van de condities waaronder partijen deelnemen is van invloed op engagement, tijd- en geldinvestering en de doorlooptijd. Het ontbreken van duidelijkheid over de financiële randvoorwaarden is – op eigen wijze- zowel in Rijnmond als in Amsterdam ervaren als een knelpunt. In het kader van de pilot Rijnmond speelt hier nog dat de apotheker zich geconfronteerd ziet met oplopende kosten ten gevolge van meerwerk in het kader van onvoorziene ontwikkelingen door de ICT leverancier binnen het EMD. Het is voor deze apotheker nog onduidelijk of en in welke vorm hier subsidiegelden beschikbaar voor zijn.

Onderwerp 3: De ondersteuning van de pilotregio's

'Inzet centrale ondersteuning hoog'

Binnen de regio ervaart men de inzet van alle betrokkenen (VWS, Centrale Voorzieningen, leveranciers) als positief.

'Support niet vanuit EMD maar vanuit onderdelen'

De ondersteuning vindt plaats per deelproces (UZI, BSN etc.). De ondersteuning wordt als gefragmenteerd ervaren (per deelproces) en niet geleverd vanuit het einddoel (een werkend EMD).

'Ondersteuning algemeen karakter en geen maatwerk naar type zorgaanbieder'

De ondersteuning wordt vanuit de regio als 'algemeen' ervaren, waar een behoefte is aan meer maatwerk naar type zorgaanbieder rekening houdend met de werkpraktijk, de aanwezige competenties en de beschikbare IT-middelen. Opgemerkt is dat veel huidige voorbeelden in het informatiemateriaal zijn afkomstig uit de pilot WDH en betreffen de huisartsenpraktijk. Op een dergelijke wijze zouden de pilotdeelnemers ook voorbeelden over de praktijk van ziekenhuis, apotheker en huisartsenpost willen zien terugkeren in hun eigen handboek.

'Opvolging vanuit supportdesk aandachtspunt'

De diverse helpdesks worden qua communicatie als constructief en positief ervaren. Een aandachtspunt voor de helpdeskmedewerkers is het zich kunnen verplaatsen in het type zorgaanbieder in verband met specifieke problemen en oplossingen (bijv. verschil groot ziekenhuis en kleine apotheker). Daarnaast wordt de adequaatheid van de helpdesk medewerkers van de SBV-Z als wisselend ervaren: naar de tweede lijn ervaart men niet altijd goede follow-up (overdracht, actie en reactie naar vragensteller). Het meest expliciet is dat aangegeven ten aanzien van de helpdesk SBV-Z. De SBV-Z onderkent deze problemen. Acties die door de SBV-Z ondernomen worden zijn het opzetten van een kennisbank en het verbeteren van de coördinatie tussen 1^e en 2^e-lijns support.

'Ondersteuning vanuit IT-leveranciers verschilt per type aanbieder'

De integrale ondersteuning van de IT-leverancier wordt door de apotheker als noodzakelijk ervaren. In betreffende geval verzorgt de leverancier bovendien het reguliere systeembeheer.

In het ziekenhuis ziet deze ondersteuning er anders uit gezien de aanwezige expertise en de omvang van de organisatie (beperkter qua breedte en meer specifiek op

informatisering en automatisering gericht en dat laatste in samenwerking met eigen automatiseringsafdelingen).

Onderwerp 4: De informatievoorziening

In zijn algemeenheid is het voorlichtings- en instructiemateriaal positief beoordeeld qua vormgeving en professionaliteit (websites en vooral het Handboek invoering EMD/WDH). De kanttekeningen hebben te maken met de hoeveelheid informatie, de verspreiding en de praktijkgerichtheid. Daarnaast is er in de interviews gesproken over de publiciteit – buiten voorlichtings- en instructiemateriaal- over het EMD.

'Veel tot te veel informatie en informatiebronnen'

Uit bijna alle interviews kwam naar voren dat de hoeveelheid informatie over het EMD (de onderdelen) omvangrijk is, zo niet te omvangrijk, en te veel verspreid over diverse bronnen (meerdere websites, handboeken, supportdesks, nieuwsbrieven). Daarnaast is het moeilijk up-to-date te blijven. Uit de interviews kwam naar voren dat niet iedereen met laatste compactere versies van bijvoorbeeld het Handboek invoering EMD bekend was (een aandachtspunt). Daarnaast wordt het als ingewikkeld onderkend om een project als het EMD (waarin diverse trajecten bij elkaar komen) in minder pagina's uit te leggen.

'Per onderdeel uitgebreid en -voor zover bekend- inhoudelijk ok'

De informatievoorziening over het verloop van de pilots wordt als overzichtelijk, vindbaar en adequaat ervaren. Diegenen die het Handboek invoering EMD/WDH hebben ingezien beoordeelden de inhoud in orde.

Aandachtspunten in het handboek zijn: omschrijf het belang van (productie)testen, geef aan de daarbij benodigde testinfrastructuur en werk de borging van de verschillende onderdelen in de werkprocessen uit.

'Te algemeen en te theoretisch'

De informatie wordt in de regel als correct beoordeeld. Tegelijkertijd ervaren aanbieders en projectleiding de geboden informatie als nog niet voldoende toegespitst op de praktijksituatie van de aanbieder die het EMD wil invoeren.

'EMD handboek nog nauwelijks gebruikt door doelgroep'

Het gebruik van het 'Handboek invoering EMD/WDH' is in deze fase van het onderzoek nog niet te beoordelen. Het is niet of weinig gebruikt door projectleider en door de zorgaanbieders in de pilot Rijnmond, onder andere, omdat men (het SFG) bij de implementatie qua informatievoorziening vooruit liep op het verschijnen van het handboek. Het SFG schat in dat het voor een startende zorgaanbieder wel een goede informatiebron is. In de pilot in Amsterdam is het handboek wel beschikbaar en zal het gebruikt gaan worden.

IT-leverancier Microbais heeft het handboek wel gebruikt, en heeft mede op basis hiervan zijn eigen handleidingen geschreven voor de eindgebruiker.

'Tijdig informeren'

In de pilots is niet elke deelnemer voldoende tijdig geïnformeerd (voorbeeld: apothekers Amsterdam). Dat heeft een nadelig effect op de start van en betrokkenheid bij de pilot

van de regionale ketenpartners (van het EMD). Een voorbeeld uit Rijnmond (informereren Erasmus) laat positief effect zien van vroegtijdige betrokkenheid en informeren.

'Te rooskleurig beeld in de PR schaadt geloofwaardigheid'

Vanuit de regio's (projectleider en zorgaanbieder en leveranciers) wordt het verspreiden vanuit de centrale projectorganisatie van te rooskleurig nieuws (qua resultaat en / of tijdstip realisatie) als belastend ervaren ('halen we niet, is niet waar') en onaangenaam ('we worden gebruikt'). Bovendien schaadt volgens hen het herroepen van aangekondigde resultaten of planningen de geloofwaardigheid.

Tegelijk is er bij iedereen begrip voor de grote druk waaronder het EMD-traject staat (we liggen onder een vergrootglas). Vanuit de regio's wordt aangegeven dat deze externe druk het karakter van de pilot als zijnde een ontwikkelingstraject en praktijktest waarin van fouten geleerd kan worden onder druk komt te staan.

Daarnaast is zowel in de interviews als in de evaluatiesessie aangegeven dat de sterk negatieve PR die recentelijk na aanleiding van de evaluatie van het EPD verscheen ook als schadelijk voor de voortgang van ook het EMD wordt ervaren vraagt om een 'weerwoord'. Het beeld dat van de voortgang van de pilot EMD in het tijdens de evaluatie verschenen rapport van Ernst & Young wordt weergegeven ervaart men niet als correct.

Onderwerp 5: Best Practices met betrekking tot regionale plan van aanpak

Vanuit de pilotregio's zijn een aantal punten voorgedragen –sommige zijn al in bovenstaande paragrafen besproken- waar toekomstige regio's bij de implementatie van een EMD baat bij kunnen hebben:

- Externe projectleider (buiten partijen staand) is van belang.
- Betrek vroegtijdig alle deelnemers in de regio bij de projectorganisatie (ook zij die later starten).
- Betrekken is stapsgewijze informeren (inzoomen op onderdelen) en bij start informeren en blijven opvolgen.
- Maak onmiddellijk bindende samenwerkingsafspraken (en regel daarin doelen, projectstructuur, verplichtingen, financiën).
- Zorg ervoor dat implementatie van het EMD voor alle betrokkenen een meerwaarde oplevert (financieel, functionaliteit).
- Voorbeeld plan van aanpak Amsterdam bruikbaar (zie ook Handboek EMD, stappenplan).
- Zorg dat de Centrale Voorzieningen voldoende feeling hebben met de regio.
- Zet het Handboek invoering EMD/WDH direct in.

Voorlopige aanbeveling over de gekozen organisatie en plan van aanpak

Deze aanbevelingen noemen we voorlopig gezien de beperkte scope van het onderzoek op dit moment. We maken onderscheid tussen aanbevelingen op korte termijn, die nog binnen de pilot benut kunnen worden en aanbevelingen op de lange termijn die van toepassing zijn op een landelijke uitrol. Tijdens het vervolg van de evaluatie zullen met name de nu gestelde aanbevelingen voor de lange termijn nader onderzocht worden. Op basis daarvan zullen we na deelonderzoek 4 definitieve aanbevelingen formuleren.

Centrale projectorganisatie

Korte termijn (binnen pilot)

Een eerste verkenning

- Er is tijdens de pilot behoefte aan een centrale regie binnen de Centrale Voorzieningen (met mandaat) die deelbelangen vanuit het belang van een EMD overstijgt en aanspreekpunt is voor de regio's.
- Het Top-down karakter botst met verwachtingen vanuit regio. Betrokkenheid van de Centrale Voorzieningen op regio-niveau is zinvol als er ook bottom-up benadering mogelijk is. Er moet tijdens de pilot een beter evenwicht komen tussen top-down en bottom up oplossingen zoeken.

Projectstructuur regionaal

De regionale projectorganisatie zal afhangen van reeds bestaande samenwerkingsstructuren en organisaties in de regio. Een blauwdruk voor een regionale projectstructuur is dan ook niet te maken. Wel kunnen de ervaringen met de regionale projectstructuur uit de pilot in de vorm van 'Best Practices' in het Handboek invoering EMD/WDH een bijdrage leveren aan de landelijke uitrol. Punt van aandacht is in elk geval de vormgeving van de vertegenwoordiging van grote en kleine aanbieders (ziekenhuis versus bijvoorbeeld een apotheek) in de projectstructuur.

Ondersteuning

Korte termijn en landelijke uitrol

- Verbeter de BackOffice support van diverse helpdesks (de follow-up) en vergroot de praktische kennis van helpdeskmedewerkers van diverse gebruikers van het EMD.

Informatievoorziening

Uit de pilot zijn de volgende suggesties naar voren gebracht:

Korte termijn (binnen pilot)

- Blijf de deelnemers informeren (laatste nieuws, updates); het is hierbij van belang dat de deelnemers overzicht kunnen bewaren van de meest up-to-date en relevante informatie.

Landelijke uitrol

- Overweeg een geïntegreerde in plaats van partiële of verkokerde informatievoorziening (bijvoorbeeld: een website voor het EMD).
- Zorg voor een vroegtijdig en stapsgewijze aanbieding van informatie.
- Breng het 'Handboek invoering EMD' tijdig –zo vroeg mogelijk– onder de aandacht.
- Spits informatievoorziening toe op de diverse gebruikers en verwerk praktijkvoorbeelden in het materiaal.
- Laat het informatiemateriaal dat verschijnt testen door eindgebruikers (bijvoorbeeld de pilotregio's).
- Biedt de zorgaanbieders expliciete informatie over het belang van het uitvoeren van productietesten. Ondersteun dit door het bieden van informatie over het inrichten van een testinfrastructuur en het uitvoeren van de testen.
- Biedt de zorgaanbieder meer praktische informatie over hoe zij de verschillende onderdelen (UZI, BSN, GBZ etc.) kunnen borgen in de werkprocessen.

PR

Korte termijn

Een eerste verkenning

- Schep naar buiten realistische verwachtingen over de pilots en doe dat samen met de regionale projectleiders. Creëer rust rondom de pilots qua externe PR.

Landelijke uitrol

- Stel voorafgaand aan de landelijke uitrol objectief vast hoe het EMD leeft en pas de informatievoorziening daarop aan (PR).

Best Practices met betrekking tot plan van aanpak

Landelijke uitrol

- Werk een best practice document uit voor regionale aanpak, met daarin aandacht voor projectstructuur, business case, financiële randvoorwaarden, informatievoorziening, etc.

3.4 Verlopen de individuele implementatiestappen goed?

Het Handboek invoering EMD/WDH bevat alle implementatiestappen tot en met de operatie. Deze stappen, in volgorde van uitvoering binnen een implementatiefase- zijn als uitgangspunt genomen voor de interviews en enquêtes:

1. Opstellen en gebruik van lokaal plan van aanpak
2. Geven van patiëntvoorlichting bij de start
3. Installeren van ICT
4. Voldoen aan GBZ-eisen
5. Invoeren UZI middelen
6. Invoeren BSN
7. Kwalificering GBZ
8. Aansluiten op LSP
9. Testen van het werken met EMD

De stappen worden beoordeeld op de volgende onderdelen:

- a. Voldoen de centrale voorzieningen met de daarbij horende processen en procedures?
- b. Voldoen de instrumenten voor implementatie (handboek invoering EMD/WDH en support)

Bevindingen

Algemeen

We hebben eerst een inventarisatie gemaakt van de vorderingen om te beslissen op welke onderdelen er al een evaluatie gehouden kon worden. Daarbij zijn de ziekenhuizen in Rijnmond en Amsterdam verder gevorderd met deze stappen. In Rijnmond heeft een apotheek een deel van deze stappen doorlopen. In Amsterdam staat men aan het begin van de implementatiefase voor de apothekers.

De inventarisatie levert het volgende beeld op over de te evalueren stappen in Rijnmond en/of Amsterdam:

- Lokaal plan van aanpak: geëvalueerd (zie best practises mbt aanpak).
- Patiëntenvoorlichting: nog niet gedaan en niet geëvalueerd.

Een eerste verkenning

- Installatie ICT: deels uitgevoerd en valt binnen evaluatie.
- GBZ en kwalificatie GBZ: deels uitgevoerd en valt binnen evaluatie.
- BSN: is in testomgeving en valt voor dat onderdeel binnen evaluatie.
- UZI: het aanvraagproces en de installatie van UZI middelen zijn doorlopen en vallen binnen de evaluatie.
- Aansluiten LSP: niet gerealiseerd en nog niet geëvalueerd.
- Testen met EMD: nog niet aan de orde en nog niet geëvalueerd.

Installatie ICT

'Reguliere updates XIS-software'

Uit de interviews blijkt dat de leveranciers het EMD als een reguliere software release beschouwen zoals elke andere nieuwe versie van de XIS-software die zij leveren. Daarmee vormt de 'EMD-software' al een integraal onderdeel van hun dienstverlening. Dit wordt door de zorgaanbieders ook op deze wijze verwacht.

'Installatie UZI-middelen verloopt goed'

Het installeren van het certificaat en van de paslezers met bijbehorende software verloopt goed.

'Overige UZI-software voldoet aan gestelde eisen, maar niet aan gebruikersbehoefte'

Met overige UZI-software wordt bedoeld op software die vanuit het XIS systeem (Authentication Forwarding/AF) nodig is om aan te sluiten op het LSP. Zowel de ICT leveranciers als het SFG geven aan dat de huidige oplossing veel impact lijkt te hebben op het werken in de praktijk. De ICT leveranciers geven daarnaast aan dat de oplossing nog technische problemen kent. Of dit werkelijk zo is zal in het vervolg van de evaluatie getoetst worden.

GBZ en kwalificatie GBZ

'Grenzen niet duidelijk'

Met name ten aanzien van de ziekenhuisorganisatie is aangegeven dat het niet duidelijk is tot waar het GBZ gaat en of bij meerdere rollen onder een dak er sprake is van een of meerdere GBZ (ziekenhuis, politheek en ziekenhuisapotheek). Dit punt is samen met het SFG en de Centrale Voorzieningen opgepakt.

'Specificaties duidelijk, maar niet eenduidig'

De eisen die vanuit het GBZ worden gesteld zijn niet altijd praktijkgericht en direct uitvoerbaar (voorbeeld: draairichting deur van de serverruimte), terwijl er wel een overeenkomst moet worden getekend waarin de zorgaanbieder verklaart aan alle eisen te voldoen. Onduidelijk is hoe stringent met dit soort niet makkelijk toepasbare normen door de aanbieder moet worden omgegaan 'zonder in overtreding' te zijn. Daarnaast is niet altijd duidelijk hoe aan een eis voldaan kan worden.

De eisen worden door de aanbieders en de ICT leveranciers op sommige punten als te globaal, op andere punten als te gedetailleerd ervaren. Er is behoefte aan meer evenwicht in gedetailleerdheid en praktische handreikingen (voorbeelden).

Een eerste verkenning

In de specificaties lopen de systeem/beheer eisen en XIS-software eisen te veel door elkaar met als gevolg dat voor de zorgaanbieder niet duidelijk is of –na installatie van de XIS-software- reeds aan de eisen is voldaan of niet.

'De 'eigen verklaring' roept vragen op'

Deze opmerking vloeit voort uit de onbekendheid met de eigen verklaring (de verklaring komt, is gemeld, maar nog niet beschikbaar), vermeende complexiteit van GBZ (weet de aanbieder waarvoor hij/zij tekent) en de timing (men is al bezig met GBZ en achteraf komt de verklaring pas). Bij een landelijke uitrol is de eigen verklaring al bekend en wordt deze vroeg in het implementatietraject ingebracht. We hebben het hier over een tijdelijk aan deze pilot verbonden aandachtspunt.

'Er is behoefte aan schouwing'

Binnen zowel de pilot in Rijnmond en in Amsterdam vindt een schouwing van het GBZ plaats. Dit wordt in het kader van de pilot uitgevoerd door NICTIZ en wordt niet structureel verzorgd. Zorgaanbieders en projectleiders geven aan dat het opnemen van een schouwing in het implementatietraject nuttig is. Het GBZ is complex en voor de aanbieder niet goed te overzien. Schouwing geeft een stuk zekerheid.

'Hoe borg je beheer en onderhoud van GBZ?'

Uit de gesprekken is als aandachtspunt naar voren gekomen hoe –na eenmaal verkregen GBZ-kwalificatie- het beheer en onderhoud van GBZ geregeld en geborgd wordt.

BSN

'Tools in orde maar functionele testtool ontbreekt'

De beschikbare tools (testtool, initiële vulling, reguliere bevraging) worden als voldoende tot goed beoordeeld. Echter de testtool wordt qua functionaliteit als te beperkt ervaren. Door het ontbreken van schaduwgegevens, en het intelligent zoekmechanisme kan de testtool uitsluitend als technische test worden ingezet. Er is met name behoefte aan een productie- of ketentest op een schaduwstelsel. Vanuit de regio en de ICT-leveranciers is aangegeven dat deze test bij voorkeur ook uitgevoerd moet kunnen worden door de betrokken ICT-leverancier. SBV-Z geeft aan dat de testtool wordt uitgebreid, met een intelligent zoekmechanisme en een ketentest. Vanwege beveiligings- en privacy overwegingen zullen de ICT-leveranciers geen toegang krijgen tot productiegegevens.

'Initiële vulling vraagt op aantal punten aandacht'

In het SFG is bij het testen van de initiële vulling bij 1 promille van het totale patiëntenbestand een BSN aan de verkeerde patiënt gekoppeld. Reden hiervoor bleek een combinatie van de wijze van registreren en het zoekmechanisme. Het SFG kiest er om deze reden voor uitsluitend patiënten waarvoor al een BSN bekend is aan te bieden aan de SBV-Z. Het SFG spreekt de zorg uit dat dit probleem bij andere zorgaanbieders mogelijk niet uit de testen naar voren komt.

Uit de analyse van de match van gegevens uit de initiële vulling door het SFG komt het volgende probleem naar voren. Het formaat dat de SBV-Z gebruikt voor fictieve geboortedata wijkt af van het formaat zoals dat gebruikelijk is in de XIS-systemen, maar ook in de systemen van bijvoorbeeld de zorgverzekeraars. Aanpassing binnen de XIS-systemen zou o.a. problemen opleveren bij het declareren.

Een eerste verkenning

Er is behoefte aan een uitwerking van de voors- en tegens van een initiële vulling versus een stapsgewijze vulling van de cliëntbestanden. De SBV-Z geeft aan dit uit te werken in een zogenaamd Best Practice document.

De dienst initiële vulling kent twee verschijningsvormen: 1) de grote zorgaanbieders kunnen op afspraak via de website een of meerdere bestanden aanleveren, met een maximum van 3 bestanden per zorgaanbieder; 2) kleinere (1^e lijns) zorgaanbieders kunnen op afspraak hun patiëntenbestand patiënt voor patiënt aanbieden via een webservice. Hierbij geldt een maximum van 15.000 vragen in een tijdsblok van 2 uur.

Ad 1) In de pilot volstaat het maximum van 3 bestanden niet, omdat de productieomgeving oneigenlijk gebruikt wordt als testomgeving. Of het uitgangspunt dat 3 bestanden voldoende is om het gehele patiëntbestand van een grote zorgaanbieder initieel te vullen juist is kan op dit moment niet worden getoetst.

Ad 2) Microbais geeft aan dat zij bij de laatste testen slechts 1700 vragen in 2 uur hebben kunnen stellen, waarvan 300 vragen de foutmelding 'te snel' kregen. Sommige vragen werden volgens Microbais pas na 2 minuten door SBV-Z beantwoord. Microbais verwacht logistieke problemen als zij de initiële vulling voor al hun klanten gaan uitvoeren.

UZI

'Complexiteit aanvraag procedures'

In zijn algemeenheid wordt de aanvraagprocedure van UZI-abonnement, UZI-passen, het certificaat en het afhalen van de UZI-passen als ingewikkeld en tijdrovend ervaren. Een aantal specifieke knelpunten door de regio's ingebracht zijn:

- E-formulier niet van te voren in te zien.
- Gegevens moeten samen met medewerker worden ingevuld: niet haalbaar in grote organisatie.
- Aantal gegevens zou eenvoudiger moeten kunnen worden aangeleverd cq. gecheckt vanuit het UZI-register (bijv. aktes).
- Problemen (tijd, motivatie) met afhalen door zorgverlener van de passen op TNT-kantoor.
- Te veel papier (dus tijd, fouten en kosten).

De doorlooptijd van het aanvragen tot ontvangen van de UZI passen ligt binnen de 2 weken. Dit wordt door betrokkenen als acceptabel ervaren. Het UZI-register geeft aan bij landelijke uitrol het aantal batchverwerkingen te verdubbelen, zodat ook bij landelijke uitrol de doorlooptijd acceptabel blijft.

'Bepalen benodigde UZI-passen niet eenduidig'

Een UZI-pas heeft waarde in een specifieke context, in dit geval de context van het GBZ. De UZI mogelijkheden lijken ruimer te zijn dan binnen het GBZ is toegestaan. Hierdoor kan het voorkomen dat een zorgverlener op eigen titel een UZI pas aanvraagt, die door het ontbreken van de juiste instellingsgegevens niet bruikbaar is voor aansluiting op het LSP. De ervaring van geïnterviewden bij het vragen van advies aan het UZI-register hieromtrent is dat er geen eenduidig antwoord wordt gegeven, en dat de context niet altijd wordt meegenomen in het geven van het advies.

Daarnaast is het nu zo dat een zorgverlener voor meerdere rollen meerdere UZI passen nodig kan hebben. Dit probleem raakt de onduidelijkheid over de grenzen van het GBZ: heeft een apotheker die voor meerdere verpleeghuizen werkt bijvoorbeeld voor alle afzonderlijke verpleeghuizen een UZI-pas nodig, of volstaat één pas? Tijdens de evaluatiesessie heeft VWS aangegeven dat er alternatieve oplossingen worden onderzocht voor het 'meer-dan-1-uzi-pas' probleem.

Het SFG geeft tenslotte aan moeite te hebben met het bepalen van de benodigde passen voor de testomgeving.

'Beveiligingsbeleid nog onduidelijk

Het is het SFG nog onduidelijk of en zo ja hoe ze als zorgaanbieder het beveiligingsbeleid moet aanpassen ten gevolge van invoering van het EMD, en het gebruik van de UZI passen.

Testen

Algemeen punt volgens zorgaanbieders, regio's en leveranciers is dat er meer aandacht en tijd voor het testen nodig is. Meer specifiek is er behoefte aan

- Productietesten van BSN en UZI, op een schaduwstelsel.
- Een (integrale) ketentest.
- De mogelijkheid het testen deels door de ICT leverancier te laten uitvoeren
- Een permanente acceptatietest-omgeving, om bij nieuwe versies van XIS-systemen of centrale voorzieningen te kunnen testen of de functionaliteiten rond het LSP nog werken.

Het uitvoeren van een ketentest in een schaduwtestomgeving wordt door regio Rijnmond als voorwaarde gesteld voor de overgang naar de operatiefase (bron: voortgangsrapportage pilot EMD). Het SFG wil de testen uitvoeren op een kopie van de productiedata, terwijl NICTIZ dit van beveiligings-/privacy overwegingen in een testomgeving niet kan ondersteunen. NICTIZ brengt de testbehoeften in kaart en bepaalt welke testomgevingen op deze behoeften kunnen aansluiten. Het SFG heeft in het interview aangegeven dat deze testbehoeften niet pilot-specifiek zijn, maar voor alle zorgaanbieders zouden moeten gelden.

Vanuit de centrale voorzieningen is er beperkt zicht op de resultaten van de functionele testen (productietesten) op lokaal niveau.

Voorlopige aanbevelingen met betrekking tot de individuele implementatiestappen

Net als bij de aanbevelingen over de projectorganisatie geldt de opmerking dat deze aanbevelingen voorlopig zijn gezien de beperkte scope van het onderzoek op dit moment. Ook in dit hoofdstuk maken we onderscheid tussen aanbevelingen op korte termijn, die nog binnen de pilot benut kunnen worden en aanbevelingen op de lange termijn die van toepassing zijn op een landelijke uitrol. Na deelonderzoek 4 kunnen we definitieve aanbevelingen formuleren.

GBZ

Korte termijn (binnen pilot)

- NICTIZ verzoekt de pilotdeelnemers aan te geven welke eisen niet werkbaar zijn, of te globaal of gedetailleerd gesteld. De uitgevoerde schouwing in het SFG en Bovenij Ziekenhuis levert mogelijk belangrijke input voor het eventueel bijstellen van de specificaties.

Landelijke uitrol

- Verduidelijk het afbakenen van de grenzen van GBZ en vertaal deze naar algemene aanbevelingen.
- Adviseer zorgaanbieders schouwing op te nemen als stap in het GBZ-kwalificatieproces.

BSN

Korte termijn (binnen pilot)

- Realiseer uitbreiding van de testmogelijkheden en betrek hierbij de ICT leveranciers en grote zorgaanbieders zodat beter op hun wensen wordt aangesloten.
- Onderzoek de mogelijkheden om de 'te ruime' zoekstrategie te voorkomen.

Landelijke uitrol

- Werk de strategieën van opschonen en vulling uit, inclusief voors en tegens en verwerk deze in het informatiemateriaal.
- Onderzoek of de beschikbare capaciteit voor initiële vulling volstaat bij landelijke uitrol.

UZI

Korte termijn (binnen pilot)

- In het vervolg van de evaluatie is een belangrijk aandachtspunt de werking van de AF-software in de praktijk.

Landelijke uitrol

- Vereenvoudig waar mogelijk de diverse procedures. Het aanvragen en afhalen van passen wordt momenteel in overleg VWS en UZI-R opgepakt.
- Creëer begrip bij de zorgaanbieders voor de complexiteit van aanvragen door ze voor te lichten over de juridische status van de UZI pas en de gevolgen daarvan voor het aanvraagproces.

Testen

Korte termijn (binnen pilot)

- Biedt faciliteiten voor productietesten. Betrek zowel de zorgaanbieders als de ICT leveranciers bij het realiseren van deze faciliteiten, zodat deze aansluiten bij de wensen.
- Onderzoek op welke wijze ICT leveranciers gebruik kunnen maken van deze testfaciliteiten.
- Richt ketentesten in en faciliteer de zorgaanbieders bij het gebruiken hiervan.

Lange termijn

- Geef meer aandacht aan het belang van (productie)testen in de informatiematerialen, en neem het inrichten van een testinfrastructuur door de zorgaanbieder expliciet als stap op in het handboek.

4 Prioriteiten

Per thema en onderzoeksvraag hebben we aanbevelingen gegeven, onderscheiden in korte termijn (binnen pilot) en landelijke uitrol. In deze slotparagraaf vatten we de prioriteiten kort samen.

De volgende onderwerpen vragen aandacht binnen het verdere verloop van de pilot:

- Centrale regiefunctie binnen Centrale Voorzieningen voor deelprojectoverstijgende problemen.
- Betere balans tussen top-down en bottom-up, inclusief feedback op bevindingen.
- Denken en handelen vanuit EMD (niet de onderdelen).
- Inrichten faciliteiten productie- en ketentesten.
- Onderzoek naar 'te ruime' initiële vulling, en formaat fictieve geboortedata.
- Versiebeheer informatiematerialen.
- Beheersing PR (samenspraak met regio's).
- Duidelijkheid over de financiële consequenties van meerwerk als gevolg van ontwikkelproject (binnen de regio).

De volgende onderwerpen vragen aandacht voor landelijke uitrol:

- UZI aanvraagproces, bepalen benodigde passen en 'meer-dan-1-pas' probleem.
- Capaciteit dienst initiële vulling.
- Grenzen, specificaties en schouwing GBZ.
- Verbeteren kennisniveau en back-office helpdeks SBV-Z.
- Toespitsen informatievoorziening
 - o praktijkvoorbeelden
 - o borging van onderdelen in werkprocessen
 - o aandacht voor belang testen
- Helderheid over deelname/financieringscondities en vergroting aantrekkelijkheid van deelname voor de diverse partijen.

5 Vervolg van het onderzoek

In de komende periode zal de evaluatie van de implementatie (fase 1) in Rijnmond worden afgerond. De evaluatie van de implementatie in Amsterdam zal worden opgestart.

Afhankelijk van de start van de operatie kunnen we bij de pilot Rijnmond met Deelonderzoek 3 (Operatie Rijnmond) beginnen. Momenteel wordt het onderzoeksprotocol hiervoor uitgewerkt. De evaluatie van de operatie zal een meer kwantitatief karakter krijgen dan de evaluatie van de implementatie. Tevens komen de eindgebruikers en cliënten 'aan het woord' (interview, enquête). De verder inrichting van het onderzoek zal in nauw overleg met de centrale projectleiding plaatsvinden.