

Evaluatie van de pilot EMD

*Pilotregio's Rijnmond, Amsterdam en
Harderwijk*

Eindrapportage

Februari 2009



Inhoudsopgave

1	Inleiding	6
1.1	Achtergrond	6
1.2	Opbouw evaluatie	6
2	Belangrijkste resultaten en conclusies	7
2.1	Algemeen	7
2.2	Implementatie	8
2.3	Technische werking	8
2.4	Toepasbaarheid in de praktijk	9
2.5	Informatievoorziening, ondersteuning en procedures	10
2.6	Eindconclusie en aanbevelingen	11
	Bijlage – Overzicht tussenrapporten	14

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Plexus heeft in opdracht van VWS een evaluatie uitgevoerd van de pilot EMD. In de evaluatie is vastgesteld welke ervaringen uit de pilot van belang zijn voor de landelijke uitrol van het EMD. Hierbij hebben we gekeken naar de implementatiefase en de gebruiksfase van de pilot EMD. De evaluatie is gebaseerd op de ervaringen van de twee pilotregio's Rijnmond en Amsterdam en van de koploperregio Harderwijk.

Het doel van het onderzoek was om na te gaan of:

- het EMD voldoet in de praktijksituatie;
- de centrale voorzieningen LSP, SBV-Z, UZI-Register en de bijbehorende processen en procedures voldoen in de praktijksituatie;
- de instrumenten voor implementatie en gebruik van EMD (o.a. Handboek invoering EMD/WDH en support vanuit de centrale voorzieningen) voldoen.

1.2 Opbouw evaluatie

In dit eindrapport beschrijven we de belangrijkste resultaten en conclusies van de evaluatie van de pilot EMD en geven we aanbevelingen voor het vervolg. De conclusies en aanbevelingen zijn gebaseerd op de tussenrapporten die gedurende de evaluatie zijn opgesteld. Voor meer details verwijzen we naar de tussenrapporten (zie bijlage). De evaluatie is in een aantal stappen uitgevoerd:

1. In juli 2007 heeft Plexus een eerste evaluatie van de implementatie van het EMD uitgevoerd. Deze evaluatie heeft geleid tot een aantal aanbevelingen die reeds tijdens de pilot zijn opgepakt.
2. In december 2007 respectievelijk maart 2008 heeft Plexus de deelnemersovereenkomst en de patiëntvoorlichting geëvalueerd.
3. In de zomer 2008 heeft Plexus de implementatiefase geëvalueerd.
4. In november/december 2009 en januari 2009 heeft Plexus de gebruiksfase geëvalueerd. In deze evaluatie zijn de bevindingen en ervaringen van de regio's Amsterdam en Harderwijk meegenomen.

Basis voor de evaluatie vormen de bevindingen die binnen de pilot/koploperregio naar voren zijn gekomen. Deze informatie is aangevuld met testverslagen, rapportages van de centrale voorzieningen en de XIS-leveranciers, rapportages vanuit de regio's, en de resultaten van themasessies. Daar waar de bevindingenlijst en verslagen geen antwoord konden geven of verdieping gewenst bleek, zijn gestructureerde interviews gehouden met betrokkenen. In deze interviews zijn we met name ingegaan op de ervaring van de eindgebruikers.

2 Belangrijkste resultaten en conclusies

2.1 Algemeen

De pilot EMD is uitgevoerd in een kleinschalige, maar representatieve omgeving. De totale doorlooptijd van de pilot EMD was door organisatorische, technische en politieke redenen veel langer dan oorspronkelijk gepland. Het doorzettingsvermogen van de pilotdeelnemers, de leveranciers en de centrale organisatie heeft er voor gezorgd dat het EMD nu voldoende functioneert om op gecontoleerde wijze verder te gaan uitrollen. De rol van zowel de regionale projectleiders als van de XIS-leveranciers is hierbij cruciaal gebleken. Zij hebben met name de openbare apothekers veel werk uit handen genomen.

Er is tijdens de pilot een groot aantal bevindingen gedaan, waarop inmiddels verbeteracties zijn uitgezet. Een aantal verbeteracties moet nog geëffectueerd worden. Bij het trekken van conclusies over de implementatie en het gebruik in het praktijk hebben wij de ingezette acties meegewogen. Bij verdere uitrol zullen niet alle verbeteringen al zijn doorgevoerd. Het is van belang hierover zeer transparant te zijn naar nieuwe aansluitende zorgaanbieders. Tweewekelijks geeft VWS een statusrapportage uit over de openstaande bevindingen.

Centraal bij de invoering van het EMD staat een veilige technische en organisatorische infrastructuur. Door de hoge eisen aan het beveiligingsniveau zijn er soms beperkingen in de mogelijke oplossingsrichtingen bij bevindingen. Hiermee ontstaat een spanningsveld tussen enerzijds beveiligingsniveau en anderzijds gebruikerswensen en eisen. Het belangrijkste voorbeeld hiervan is het gebruik van de UZI-pas in de praktijk van de openbare apotheek. Een taskforce gaat aan de slag met het uitwerken van mogelijke oplossingen die recht doen aan het gekozen beveiligingsmodel maar wel aansluiten bij de werkprocessen in de apotheek. In de eindsessie van de EMD-pilot is aangegeven dat het gebruik van de UZI-pas niet belemmerend is voor verdere uitrol van het EMD. Maar een betere aansluiting van de UZI-pas op het werkproces zal het draagvlak onder apothekers vergroten.

Als het gaat om de ondersteuning van apothekers zien we dat Microbais een centrale rol speelt bij de implementatie van het EMD in de apotheek. De vraag is hoe andere XIS-leveranciers deze rol gaan oppakken. Het is van belang om zo snel mogelijk een kritische massa te behalen om te zorgen voor voldoende toegevoegde waarde van het EMD. De aankomende wet-en regelgeving zal hier zeker bij helpen.

Hoe de zorgaanbieder het EMD ervaart, wordt voor een groot deel bepaald door de wijze waarop de XIS-applicatie het EMD en bijbehorende processen presenteert. De koepelorganisaties en gebruikersverenigingen hebben een rol in het stimuleren en aanspreken van de XIS-leveranciers om het gebruikersgemak voor de zorgaanbieders te optimaliseren.

2.2 Implementatie

Er is tijdens de implementatiefase van de pilot een groot aantal bevindingen gedaan waarop verbeteracties zijn uitgezet. Van een deel van de verbeteringen is het effect al zichtbaar. Een aantal verbeteringen moet zich nog bewijzen. De verbeteringen zullen de doorlooptijd en de benodigde inspanningen van het implementatietraject voor nieuwe zorgaanbieders aanzienlijk verkorten. Hiermee is de implementatie uitvoerbaar. De belangrijkste resultaten en conclusies met betrekking tot de implementatie zijn:

- Het belangrijkste knelpunt in de implementatie was het **aanvragen van de UZI-middelen**. Onduidelijkheid over de aanvraag ('welke pas in welke situatie?'), de daarvoor benodigde bescheiden en de hoeveelheid papierwerk en contracten leverde veel frustratie en een lange doorlooptijd op. De ingezette verbeteracties zijn volgens de pilotdeelnemers cruciaal voor landelijke uitrol. Hiermee wordt voorkomen dat zorgaanbieders afhaken in het implementatietraject. Het is bij verdere uitrol zaak om dit proces goed te monitoren en het effect van de ingezette verbeteracties te evalueren.
- De **invoering van het BSN** heeft de pilotdeelnemers veel tijd gekost. Als gevolg van de pilot ligt er nu een goed draaiboek voor de invoering van het BSN, waarmee de doorlooptijd aanzienlijk verkort kan worden. Met de aanscherping van de gebruikerseisen moeten de XIS-leveranciers tijdig aanpassingen doorvoeren in hun applicatie.
- Het voldoen aan de **GBZ eisen** levert relatief weinig problemen op. Wel vragen de pilotdeelnemers om meer helderheid over de procedures en verantwoordelijkheden van betrokken partijen bij (technische) problemen, het liefst uitgewerkt in contracten.
- Uit de pilot is het belang van goede **testfaciliteiten** naar voren gekomen. Hiertoe zijn test- en acceptatieomgevingen ingericht.

2.3 Technische werking

In september 2008 was de conclusie dat de keten LSP-ZSP-GBZ niet stabiel genoeg was voor verder uitrol. Het monitoren van de technische werking van het EMD in de gebruiksfase heeft het mogelijk gemaakt problemen te traceren en op te lossen. Hierdoor is het aantal incidenten met betrekking tot de technische werking aanzienlijk verminderd. Een aantal verbeteringen moet nog geëffectueerd worden. Met de ingezette verbeteringen is de technische werking van het EMD voldoende. De belangrijkste resultaten en conclusies met betrekking tot de technische werking zijn:

- Het blijft zaak de **technische werking** goed te monitoren en ook het effect van opschaling te meten. Daarbij moet de invloed van lokale instellingen meer inzichtelijk worden gemaakt. De problemen die nu nog incidenteel voorkomen bij het inloggen met de UZI-pas in het apotheekstelsel mogen na het installeren van de nieuwe versie van het apotheek informatiesysteem, AIS (april 2009) niet meer voorkomen.

- Bij technische problemen, of lange responstijden komt het regelmatig voor dat de apothekersassistente de melding weg “klikt” en als gevolg het EMD omzeilt. Er is behoefte aan een **procedure** hoe moet worden omgegaan met **storingen**.
- De **performance** wordt door de zorgaanbieders bij een gemiddeld dossier als voldoende ervaren. De responstijd bij grote dossiers is navenant langer. De inzet van het EMD in de polikliniek of SEH vraagt dan ook om praktische oplossingen, zoals het vooraf opvragen van het dossier (prefetching) of het opvragen van een samenvatting. De performance kan nog verder geoptimaliseerd worden door meer inzicht te verkrijgen in het effect van lokale instellingen. Ook voor de performance geldt het zaak is deze goed te monitoren en het effect van opschaling te meten.
- Er zijn twijfels over de betrouwbaarheid van VeCoZo als bron voor een geverifieerd **BSN**. Dit vraagt om kritische monitoring.
- De **inhoud van het medicatiedossier** is technisch correct en wordt door de zorgverleners als vollediger en overzichtelijker ervaren dan de inhoud van OZIS. Wel is het van belang dat er afspraken komen over eenduidige registratie van eigen apotheekbereidingen, zodat volledige medicatiebewaking gewaarborgd wordt.

2.4 Toepasbaarheid in de praktijk

We hebben de toepasbaarheid van het EMD in de praktijk geëvalueerd in de openbare apotheek, de ziekenhuisapotheek en deels op de huisartsenpost. De toegevoegde waarde van het EMD in het zorgproces als meer dossiers zijn aangemeld. De conclusie is dat het EMD toepasbaar is in de openbare apotheek en de ziekenhuisapotheek. We hebben nog onvoldoende inzicht in het gebruik van het EMD in de huisartsenpost. Bij invoering van het EMD in de polikliniek of de SEH komen nieuwe aspecten aan de orde, die wij niet hebben geëvalueerd. De belangrijkste resultaten en conclusies met betrekking tot de toepasbaarheid van het EMD in de praktijk zijn:

- Het **gebruik van de UZI-pas** heeft voor de **openbare apotheker** de grootste **impact op het werkproces**. Het gaat hierbij om het UZI-pas gebruik aan de balie. De impact is groot als assistentes geen eigen werkplek aan de balie hebben en telkens opnieuw moeten inloggen. Een taskforce onder leiding van NICTIZ gaat kijken naar de mogelijkheden om de UZI-pas beter in te passen in het werkproces zonder afbreuk te doen aan het beveiligingsmodel.
- Niet alle apotheken melden alle **nieuwe patiënten** aan bij het **LSP**. Het belang van het aanmelden van alle patiënten moet benadrukt worden in de apotheek instructies. De applicatie zou hierin een rol kunnen spelen door de gebruiker bij het inschrijven van een nieuwe patiënt een melding te geven.
- Vanwege het ontbreken van volumes aan aangemelde patiënten constateren de **openbare apothekers** nu nog geen **kwaliteitswinst**. Alle gebruikers geven wel aan het belang van het EMD groot te vinden. De verwachte meerwaarde voor de kwaliteit van zorg weegt op tegen de benodigde extra handelingen. Door het nog

ontbreken van die toegevoegde waarde van het EMD in de pilotfase is er ook geen incentive om het EMD goed te gebruiken. Het gevolg hiervan is dat gebruikers neigen het EMD te omzeilen als het niet vlekkeloos verloopt. Dit pleit er voor om snel op gecontroleerde wijze meer apothekers aan te sluiten.

- De **ziekenhuisapotheker** geeft aan een **kwaliteitsverbetering** ten opzichte van OZIS te ervaren: het EMD is completer en overzichtelijker. De ziekenhuisapotheker heeft nog wel een grote wens ten aanzien van de applicatie die gebruikt wordt. Het EMD is nu uitsluitend te raadplegen in een medicatieviewer en wordt niet automatisch verwerkt in het patiëntdossier. Hierover moeten door de gebruikers met de XIS-leveranciers nadere afspraken gemaakt worden.
- Uit de testen op de huisartsenpost blijkt het belang van een goede **presentatie van het medicatiedossier**. In het HAP-systeem worden de medicatieregels uit de verschillende apotheekdossiers niet integraal getoond, waardoor het resultaat voor de huisarts niet werkbaar is. Aanpassing hiervan wordt met de HAP-leverancier afgestemd.
- Een zorgaanbieder krijgt bij het opvragen van het EMD geen melding als een patiënt **bezwaar** heeft aangetekend. De zorgverlener moet dus beseffen dat **geen volledige zekerheid** zal bestaan over de volledigheid van het dossier. De koepels en VWS dienen de zorgaanbieders te informeren hoe hier mee om te gaan.

2.5 Informatievoorziening, ondersteuning en procedures

Invoering van het EMD is voor zorgaanbieders een complex traject. Het belang van adequate informatievoorziening en ondersteuning hierbij is evident. Projectleiders en XIS-leveranciers spelen een belangrijke rol in het doseren en filteren van informatie aan de zorgaanbieders. De pilotdeelnemers hebben de ondersteunende partijen als zeer betrokken ervaren, maar waarderen de helpdesks van de centrale voorzieningen zeer wisselend. Bij het (grootschalig) gebruik van het EMD zijn goede procedures voor probleemafhandeling en beheer en onderhoud noodzakelijk. Deze procedures, die de continuïteit moeten waarborgen, zijn nog onvoldoende ingevuld.

De belangrijkste resultaten en conclusies met betrekking tot de informatievoorziening, ondersteuning en procedures zijn:

- Aandacht blijft nodig voor de **informatievoorziening**. De pilotdeelnemers geven aan moeite te hebben met het behouden van het overzicht: er is te veel informatie. De pilotdeelnemers hebben behoefte aan 'centrale scholing', waarbij best practices uitgewisseld kunnen worden tussen apothekers. Inmiddels is de informatie website infoEPD.nl actief. De ervaring van gebruikers hiermee is niet in deze evaluatie meegenomen.
- De pilotdeelnemers zien de rol van een **regionale projectleider** als cruciaal voor de voortgang en het succes van het implementatietraject.

- Bij de **openbare apothekers** speelt de **AIS-leverancier** een grote rol bij de implementatieondersteuning en de regie van problemen. Deze rol wordt door de pilotdeelnemers als zeer positief ervaren. Het is van belang dat deze mate van ondersteuning gecontinueerd kan worden bij opschaling.
- De ondersteuning is zeer afhankelijk van de **XIS-leverancier**. De gebruikersverenigingen zouden een rol moeten spelen in het maken van afspraken met de leveranciers over de gewenste ondersteuning.
- De zorgverleners hebben relatief weinig ervaring met de **helpdesks van de centrale voorzieningen**. De dienstverlening van de centrale voorzieningen wordt continue gemonitord.
- Het **proces van probleemoplossing** is tot dusver nog niet goed ingevuld. Probleemmeldingen die de eindgebruiker krijgt tijdens het werken met het EMD zijn vaak onduidelijk. Doordat de eindgebruiker niet weet wat de oorzaak is van het probleem, weet hij/zij ook niet welke actie hij/zij moet ondernemen. Daarnaast is de **regie op problemen** nog onvoldoende belegd. In eerste instantie moet het probleem gemeld worden bij de eigen ICT-leverancier. Bij NICTIZ is een 'problem manager' aangesteld die bij escalatie van problemen de regie op moet pakken. Hoe dit in de praktijk gaat werken moet zich nog bewijzen.
- Een aantal **procedures voor beheer en onderhoud** is nog onvoldoende uitgewerkt en doorgevoerd. Het betreft hier met name het wijzigingenbeheer. Betrokkenen worden niet afdoende geïnformeerd bij wijzigingen aan systemen die gevolgen kunnen hebben voor de communicatie in de keten. Daarnaast worden zorgaanbieder niet op de hoogte gebracht van onderhoudswerkzaamheden. In het kader van tactisch beheer worden nu structuren ingericht voor een beter releasemanagement en service management door Nictiz en CIBG. Op korte termijn moeten de effecten van deze maatregelen merkbaar worden.

2.6 Eindconclusie en aanbevelingen

We concluderen dat met de ingezette verbeteringen de implementatie uitvoerbaar is en het EMD technisch en functioneel toepasbaar is in de praktijk. De procedures voor probleemafhandeling en beheer en onderhoud moeten nog nader uitgewerkt en ingevoerd worden.

De belangrijkste aanbevelingen zijn:

- Zet de kwaliteitsverbetering die het EMD oplevert centraal om draagvlak te creëren onder nieuw aan te sluiten zorgaanbieders. Deze kwaliteitsverbetering treedt pas op bij voldoende volume aan dossiers. Ons advies is om snel, maar gecontroleerd meer apothekers binnen de pilot regio's aan te sluiten op het LSP. Bij een ervaren meerwaarde zal ook de acceptatie van het gebruik van de UZI-pas toenemen. Start hierbij zoveel mogelijk met enthousiaste voorlopers, aangezien er nog verbeteringen worden doorgevoerd ten aanzien van de implementatie en

het gebruik van het EMD. Informeer daarbij de regio's goed over de ondersteuning die zij kunnen verwachten van betrokken partijen, zoals het Programma Invoering, de centrale voorzieningen maar ook de koepelorganisaties.

- Een groot deel van de ingezette verbeteracties moet nog geëffectueerd worden. Monitor of de ingezette verbeteracties het gewenste effect opleveren. Het gaat hierbij in het bijzonder om:
 - Het aanvraagproces UZI-middelen, inclusief doorlooptijden
 - Performance, stabiliteit en volledigheid van de keten
 - Het gebruik van de checklist GBZBij de eerste twee punten is van belang het effect van opschaling te meten.
- Pak op korte termijn de volgende punten op:
 - De inrichting van problem management in de keten (betekenis van foutmeldingen en regie op problemen in de keten)
 - Het inrichten van procedures voor beheer en onderhoud
 - Het gebruik van de UZI-pas aan de balie van de apotheek
 - De gebruiksvriendelijkheid van de applicaties
- Monitor en evalueer bij verdere uitrol of:
 - Er nieuwe knelpunten aan het licht komen die verbeteracties vragen
 - Er zich nieuwe best practices voordoen
- Betrek en waardeer de XIS-leveranciers voldoende. Zij zijn cruciaal bij het slagen van de verbetertrajecten die zijn ingezet met betrekking tot de UZI-pas en de authenticatie. Het gaat hier o.a. om 'Token authenticatie' (dat onder meer één UZI-pas per zorgverlener mogelijk maakt), 'contactloze pas', 'analysetools connectieproblemen'. Al deze wijzigingen vragen (ingrijpende) aanpassingen door de XIS-leverancier.
- Er is nog te weinig zicht op de toepasbaarheid van het EMD in de praktijk van de huisartsenpost. Daarnaast worden bij verdere uitrol in het ziekenhuis naar polikliniek en SEH nieuwe aspecten belicht, zoals mandatering en het vooraf batch-gewijs opvragen van dossiers (prefetching). Beproof deze aspecten in een gecontroleerde setting.
- Informeer eindgebruikers tijdig: niet te ver voor daadwerkelijke invoer in de praktijk, maar ook niet te laat. Het gaat hierbij niet alleen om technisch-inhoudelijke instructies maar ook om de meerwaarde van het BSN en EMD. Het koppelen van praktijkcasussen aan (werk)instructies kan bijdragen aan het vergroten van het draagvlak bij de eindgebruikers. Regionaal georganiseerde bijeenkomsten, waarbij apothekers ervaringen en best practices uitwisselen, kunnen een stimulans geven voor de verdere uitrol naar nieuwe apotheken. De koepelorganisatie spelen een belangrijke rol in het benadrukken van de meerwaarde van het EMD (kwaliteit van zorg, beveiliging en privacy-aspecten).
- De toegevoegde waarde van het EMD ten opzichte van OZIS is evident, ook voor de openbare apothekers. Desondanks is de benodigde inspanning voor

implementatie van het EMD met name voor deze 'aanbieders' van informatie relatief groot. Zorg voor 'wisselgeld' voor de apothekers. Met name een verbetering van de dagelijkse praktijkvoering is voor een apotheker een belangrijke stimulans om te investeren in adequate dossiervorming en informatieoverdracht. In de regio's Rijnmond en Amsterdam is dit ingevuld door elektronisch receptenverkeer te koppelen aan het EMD. Daarnaast is een snelle doorontwikkeling van het EMD plus van belang zodat de co-existente oplossing (EMD-OZIS) afgebouwd kan worden.

- Voor de openbare apotheek vormt het gebruik van de UZI-pas de meest ingrijpende wijziging in de procesvoering. Een taskforce gaat zoeken naar alternatieve oplossingen die beter recht doen aan de processen in de praktijk van de apotheek. Wij geven hierbij twee routes ter overweging:
 - Maak een hernieuwde afweging van het niveau van beveiliging versus de werkbaarheid in de praktijk. Het resultaat hiervan kan een pragmatische oplossing zijn die voldoende recht doet aan de beveiliging, maar die beter aansluit bij de huidige verantwoordelijkheidsstructuren.
 - Als het huidige vertrouwensmodel niet ter discussie gesteld kan worden, is de vraag of het zin heeft om naar alternatieve oplossingen te blijven zoeken. Het lijkt in dit geval meer opportuun om verwachtingsmanagement toe te passen. Het werken met de UZI-pas zal wennen zijn, maar weegt op tegen de kwaliteitsverbetering die het EMD oplevert.
- Hoe de zorgaanbieder het EMD ervaart, wordt voor een groot deel bepaald door de wijze waarop de XIS-applicatie het EMD en bijbehorende processen presenteert. Spreek de koepelorganisaties en gebruikersverenigingen aan op hun rol in het stimuleren van de XIS-leveranciers om het gebruikersgemak voor de zorgaanbieders te optimaliseren.

Tot slot: Een gecontroleerde en gefaseerde invoering van het EMD geeft de mogelijkheid om successen te vieren. Dit draagt bij aan het vergroten van het draagvlak en vertrouwen bij de zorgaanbieders.

Bijlage – Overzicht tussenrapporten

1. Evaluatie Implementatiefase EMD, *een eerste verkenning*, juli 2007
2. Evaluatie Deelnemersovereenkomst EMD en WDH, december 2007
3. Evaluatie Patiëntenvoorlichting EMD, mei 2008
4. Evaluatie Implementatiefase EMD, oktober 2008
5. Evaluatie Gebruiksfase EMD, februari 2009