

## Risico's vermijden door depolitisering

*Het elektronisch patiëntendossier in Nederland<sup>1</sup>*

Tim ten Ham & Christian Bröer

SOC 12 (1): 67–95

DOI: 10.5117/SOC2016.1.BROE

### Abstract

#### *Evading risk through depoliticization: the case of the Dutch electronic patient record*

In this paper we demonstrate how contemporary politics deals with complex risk issues that emanate from emergent technologies based on the following case study: the implementation of the national electronic patient record (EPR) in the Netherlands. The Dutch Senate unanimously rejected the EPR in 2011. From then on, market players have been at the forefront to make the EPR operative in Dutch health care, despite its lack of political legitimacy. This study reports how the relocation of politics to market players and professional arena's takes place (Hajer and Versteeg 2005; Pierre and Peters 2000; Rhodes 1997; Walls et al. 2005). As we perceive this relocation of politics as a form of governmentality (Foucault 1991), we are able to make visible how power is exerted over professionals and citizens (Rose and Miller 1992) and how they deal with processes of subjectification (Bröer 2006). Our analysis of semi-structured interviews with policy makers, implementers and first-line health care professionals, observations of information meetings and a variety of documents shed light on several governmental techniques that aim to allay anxiety regarding the EPR: seduction, emotion management and relieving in combination with strict surveillance of health care professionals. Even though collaboration with the EPR is voluntary we make plausible that these techniques seriously compromise health care professionals' and citizens' freedom of choice. We conclude that the technology is strongly depoliticized in order to protect the rollout of the EPR in Dutch health care.

**Keywords:** nieuwe technologie, risico, governance, governmentality, discursieve resonantie

## 1 Het landelijk EPD: de invoering van een omstreden technologie

Deze casestudie heeft tot doel te begrijpen hoe hedendaags bestuur omgaat met nieuwe technologie en de complexe risicovraagstukken die hieruit ontstaan. Wij belichten de spanningsvolle verhouding tussen politieke besluitvorming en technologische innovatie aan de hand van de invoering van het landelijk elektronisch patiëntendossier (EPD), een informatietechnologie die digitale communicatie in de Nederlandse gezondheidszorg moet verbeteren. Het EPD is in 2011 unaniem verworpen door de Eerste Kamer. Het wetsvoorstel op het EPD zou aansluiting op en gebruik van de technologie door huisartsen, apotheken en ziekenhuizen verplichten en alle Nederlandse burgers zouden volgens het geen bezwaar-principe (*opt-out*) in het systeem worden opgenomen<sup>2</sup>. Volgens de Kamerleden zou het EPD een te grootschalig netwerk zijn waardoor de privacy van Nederlandse burgers niet optimaal bewaakt zou kunnen worden.<sup>3</sup> De uitspraak van de Eerste Kamer betekende het einde van het EPD als overheidsproject (NSOB 2012). Ondanks de uitspraak van de Kamer is een private doorstart gemaakt en wordt het EPD in gewijzigde vorm sindsdien ingevoerd onder de naam *Landelijk Schakelpunt* (LSP).

Via het LSP kunnen huisartsen en apothekers medische gegevens van patiënten ontsluiten. Andere huisartsen en apothekers in de waarneming, maar ook specialisten in het ziekenhuis kunnen dan externe medische informatie opvragen als een patiënt in een spoedsituatie acute zorg nodig heeft (Pluut 2010: 6). Om dit te verwezenlijken is in 2012 de *Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie* (VZVZ) opgericht, een samenwerkingsverband tussen de beroepsverenigingen van verschillende zorgverleners in Nederland. Deze organisatie beheert sindsdien de LSP-technologie, is juridisch verantwoordelijk voor de elektronische uitwisseling van gegevens via het LSP en stuurt vanuit het hoofdkwartier in Den Haag de implementatie aan. Aangezien het wettelijk verplichten van aansluiting niet meer mogelijk is, probeert VZVZ om het LSP operationeel te krijgen via een marktstrategie en vrijwillige deelname van professionals en burgers. Wij zullen in dit artikel de vraag adresseren welke specifieke implementatietechnieken aangewend worden en hoe VZVZ omgaat met de vermeende illegitimiteit van de technologie en fundamentele onzekerheid over succesvol gebruik hiervan.

## 2 Netwerkbestuur en wilsvorming

De invoering van het LSP vindt plaats in wat wel een *governance*-netwerk wordt genoemd. Governance duidt op de vorming van wijdvertakte beleidsnetwerken, waarin naast traditionele politieke organen ook diverse 'stakeholders' deelnemen. Governance verwijst dus naar een verplaatsing van de politiek naar buitenparlementaire praktijken (Bekkers et al. 2007; Hajer et al. 2004; Hajer en Versteeg 2005; Mayntz 2003; Pierre en Peters 2000; Rhodes 1996, 1997), of naar een proces van 'subpolitiseren' (Beck et al. 1994: 22). Er ontstaat een nieuw politiek domein overlappend met of zelfs naast de traditionele politieke arena's van de representatieve democratie, zoals parlement en politieke partijen (Bovens 2005: 120; Sørensen en Torfing 2005). De invoering van het LSP is hier een goed voorbeeld van. Het *Convenant Gebruik Landelijke Zorginfrastructuur 2013-2016* bijvoorbeeld, is ondertekend door VZVZ, Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en verscheidene ICT-leveranciers. Het marktgeoriënteerde beleidsarrangement waarbinnen het LSP tot stand komt neemt de facto politieke besluiten, in het geval van het LSP zelfs buiten de directe invloedssfeer van de overheid.

Zoals Hajer et al. (2004: 12) aangeven worden dergelijke beleidsnetwerken opgevat als een hedendaagse vorm van governance. Het kenmerk van de beleidsnetwerkbenadering is dat deze een polycentrische sturingsopvatting veronderstelt. In plaats van één bestaat er een veelheid aan sturende actoren die op elkaar zijn aangewezen om doelen te bereiken. De interacties worden gekenmerkt door horizontale machtsrelaties, voortdurend overleg, informele gedragsregels, afstemming via discoursvorming en de noodzaak van onderling vertrouwen (Hajer en Versteeg 2005: 342-344; Rhodes 1997: 53). Het is de veronderstelling dat beleidsnetwerken door de afwezigheid van hiërarchische sturing en verticale instituties in staat zijn tot effectievere probleemoplossing (Fenger en Bekkers 2007: 14; Hajer et al. 2004: 16). In toevoeging hierop onderscheiden Walls et al. (2005: 642) twee ideaaltypische perspectieven op de hedendaagse governance van risico en nieuwe technologie, namelijk *neo-liberal governance* en *social-participative governance*. Het eerste perspectief kent een belangrijke rol toe aan marktwerking en keuzevrijheid van de consument in het mogelijk maken van technologische innovatie en wetenschappelijke vooruitgang (vgl. De Graaff et al. 2015). Risico's voor instituties staan hierbij centraal (Rothstein 2006).

Het tweede perspectief benadrukt echter de betrokkenheid van maatschappelijke actoren in het besluitvormingsproces, dat democratisch en transparant dient te verlopen, omtrent de implementatie van nieuwe technologie. Voorop hierbij staan risico's voor burgers.

Meer in het bijzonder beschouwen wij het beleidsarrangement waarbinnen de invoering van het LSP tot stand komt vanuit wat Foucault (1991) *governmentality* heeft genoemd. Dit kan in het Nederlands het best opgevat worden als een specifieke bestuursmentaliteit. Vanuit dit perspectief staan 'hoe'-vragen en bestuurspraktijken centraal (Van Houdt 2009: 118). Het *governmentality*-perspectief wordt niet gebruikt om een waardenneutrale beschrijving te geven van het implementatieproces van het LSP, maar biedt de analytische instrumenten die kritiekbeoefening mogelijk en machtsuitoefening zichtbaar maken (ibid.). Het concept *governmentality* is ruimer dan het *governance*-concept en attendeert op de uitoefening van macht via hetgeen betrokkenen als vrije wil ervaren. De vorming van politieke subjecten is daarmee onderdeel van de analyse van beleidsimplementatie. Wij gebruiken het *governmentality*-perspectief om te achterhalen hoe in de marktgerichte aanpak van VZVZ om wordt gegaan met het risico op privacyschending door het LSP, hoe om wordt gegaan met een gebrek aan politieke legitimiteit en hoe om wordt gegaan met potentiële weerstand onder burgers en professionals.

Het *governmentality*-perspectief attendeert ons erop dat de verschuiving van politieke macht en de rol van subjecten daarin zelf een vorm van machtsuitoefening is. Aan mensen wordt handelingsvrijheid toegekend in plaats van deze te beperken door wetgeving (Bevir 2011: 465; Bröckling, Krasmann en Lemke 2010: 33-49; Lemke 2001: 201-202; Rose, O'Malley en Valverde 2006: 90-91). De kunst van het besturen is nu het begrijpen van de motivaties en beweegredenen van menselijk gedrag zodat het mogelijk is hier specifieke technieken op los te laten die mensen subtiel in de gewenste richting kunnen sturen. Zorgverleners worden, naar verwachting, als autonome subjecten aangesproken juist om een bepaald doel te behalen.

Om deze bestuursmentaliteit te bestuderen maken we gebruik van de driedeling van Van Houdt (2009: 118; 2014: 54-57). Hij onderscheidt strategieën, politieke programma's en machtstechnieken als onderdeel van de nieuwe bestuursrationaliteit van het LSP. Strategieën zijn de abstracte formules van bestuur, de politieke rationaliteiten die specifieke interventies legitimeren (Rose en Miller 1992: 175). Van Houdt (2014: 55) geeft aan dat nieuwe strategieën vaak ontstaan uit politieke strijd. Een combinatie van een marktgerichte aanpak met de inzet van beleidsnetwerken is, na de

desastreus uitgepakte besluitvorming in de Eerste Kamer, de richtinggevende strategie geworden waarlangs de implementatie van het LSP loopt (Pierre en Peters 2000: 18-19; Fenger en Bekkers 2007: 23-24). Politieke programma's genereren handelingen doordat bepaalde objecten worden ge-problematiséerd, politieke subjecten verantwoordelijk worden gehouden voor de oplossing van deze problemen en bepaalde doelen worden gesteld (Van Houdt 2009: 118). Het *Businessplan* van VZVZ vormt de formele grondslag van het politieke programma waarin beschreven staat hoe het LSP ingevoerd moet worden in de zorgsector. Tot slot worden machtstechnieken onderscheiden. Dit zijn de meest concrete vormen van interventie gericht op individuen en populaties (ibid.). In deze studie worden voornamelijk de verschillende machtstechnieken die worden gehanteerd bij de implementatie van het LSP blootgelegd en deze vormen dan ook de belangrijkste bevindingen van het onderzoek. Door ons te richten op deze implementatie- of machtstechnieken zullen we zien dat bestuurders, zorgverleners en burgers op nieuwe en onvoorziene manieren aan elkaar gekoppeld worden en er nieuwe machtsverhoudingen ontstaan.

Het governmentality-perspectief wijst erop hoe machtsuitoefening in sociale relaties via subjectivering verloopt. Hoewel dit een fundamentele aanname is, kunnen daaruit ook verwachtingen afgeleid worden. Zo kan de vraag gesteld worden of er congruentie is tussen een bestuursrationaliteit en vormen van zelfregulering. Wij vatten subjectivering als mogelijkheid op en gaan op zoek naar consonante, dissonante en autonome posities ten opzichte van de bestuursrationaliteit (Bröer 2006; Bröer en Duyvendak 2009). We onderzoeken of er mentaliteiten zijn die overeenkomen met de bestuursrationaliteit, daarmee in conflict zijn of daar in het geheel niet door geraakt worden. In het governmentality-perspectief zijn dissonante posities per definitie onderdeel van machtsuitoefening. Immers, macht werkt deels via frictie of agonisme (Foucault 1982). Verzet of tegenstand zijn dan niet extern aan macht maar deel van de machtsuitoefening. We hebben bijvoorbeeld eerder laten zien dat de dissonante wijze waarop professionals omgaan met marktwerking juist kan bijdragen aan een stabilisering en verdieping van die marktwerking (Tonkens et al. 2013). Ook hier stellen wij voor om subjectivering te bevragen: hoe verhouden dissonante en autonome posities zich tot de bestuursrationaliteit?

### 3 Data en methoden

Om een goed beeld te krijgen van de werkwijze die wordt gehanteerd bij de invoering van het LSP hebben we semigestructureerde interviews afgenomen met mensen die direct of indirect betrokken zijn bij de implementatie. Wij hebben ons specifiek gericht op de organisaties die we beschouwen als de drijvende kracht achter de invoering, namelijk VZVZ, die de implementatie centraal aanstuurt, en Regionale Samenwerkingsorganisaties (RSO's) die in nauwe samenwerking met VZVZ de invoering van het LSP voor hun rekening nemen in verschillende regio's in Nederland. Een RSO is vaak opgezet als een stichting of besloten vennootschap. Zij vertegenwoordigen een veelheid aan zorgverleners uit de regio en hebben tot doel om de kwaliteit en doelmatigheid van de zorgverlening te verbeteren door het organiseren en verbeteren van elektronische gegevensuitwisseling met behulp van innovatieve informatietechnologieën.

In totaal zijn er 32 interviews afgenomen, waarvan elf met projectleiders LSP (al dan niet in dienst van RSO's) en drie met directeuren van RSO's. Ook hebben we met drie medewerkers van VZVZ en een medewerker van de LHV en NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap) gesproken. Ook zijn er veertien zorgverleners (respectievelijk zeven huisartsen en zeven apothekers) geïnterviewd. De selectie van zorgverleners werd ingegeven door pragmatische overwegingen, waarbij we wel zoveel mogelijk geprobeerd hebben te selecteren op variatie in opvattingen en houdingen ten aanzien van het LSP. We kunnen echter niet met stelligheid beweren dat we deze variatie volledig hebben weten af te dekken. Deze interviews werden aangevuld door de analyse van beleidsdocumenten, afkomstig van websites van VZVZ en RSO's, en observaties die zijn verricht op informatiebijeenkomsten georganiseerd voor projectmanagers en zorgverleners uit de eerste en tweede lijn. Het voordeel van deze observaties is dat we in de eerste plaats hebben kunnen waarnemen hoe er collectief werd gereflecteerd op problemen en uitdagingen en in de tweede plaats hoe zorgverleners in de praktijk worden benaderd. De dataverzameling vond plaats van september 2013 tot en met mei 2014.

Bij elk interview is een *topic list* afgelopen. We namen de ruimte om hiervan af te wijken door bijvoorbeeld dieper in te gaan op bepaalde onderwerpen die belangrijk bleken voor de respondent (vgl. Bryman 2008: 438-439). We begonnen de interviews met algemene vragen over een beschrijving van de organisatie waarvoor de respondent werkte en zijn of haar eigen functie hierin. Vervolgens vroegen we hoe de implementatie van het LSP verliep in hun regio, wat zij zagen als de meest effectieve

manier om zorgverleners te benaderen, wat zij ervoeren als de grootste moeilijkheden waar men tijdens de implementatie mee geconfronteerd werd, waar mogelijkheden voor verbetering liggen, of ze tevreden waren over de manier waarop de implementatie vorm kreeg en wat hun toekomstperspectieven waren voor het LSP. Al deze vragen leidden tot lange en intensieve gesprekken die gemiddeld tussen één en twee uur in beslag namen. De interviews zijn woord voor woord getranscribeerd. Met behulp van Atlas.ti versie 6.2 is zowel een thematische inhoudsanalyse uitgevoerd als ook ingezoomd op de discursieve constructie van implementatiestrategieën (Wetherell et al. 2001).

Het proces van analyseren en coderen van eerdere interviews en het afnemen van nieuwe gebeurde tijdens het veldwerk in veel gevallen gelijktijdig. Tijdens het coderen van de transcripties hebben wij specifieke aandacht besteed aan zogenoemde implementatietechnieken, werkwijzen die doelbewust worden gehanteerd door projectmanagers om huisartsen en apotheken te laten werken met het LSP. Daarnaast hebben we ook de onbedoelde, en vaak negatieve, externe effecten die het invoeringsproces met zich mee brengt in kaart gebracht. Eenzelfde methode is gebruikt voor de interviews met zorgverleners, waar we tijdens de analyse voornamelijk interesse hebben getoond voor twijfels, misvattingen en conflicten die tijdens het interview naar voren kwamen en die we als zodanig hebben gecategoriseerd. Vervolgens is geprobeerd om via axiaal coderen (Bernard en Ryan 2010; Charmaz 2006) tot een duidelijk verband te komen met de analytische concepten die eerder besproken zijn. In totaal hebben we 1620 tekstfragmenten gecodeerd in 32 interviews. Dit leverde 155 verschillende codes op, waarvan er 113 betrekking hebben op projectmanagers en 42 op zorgverleners. Tijdens de analyse hebben we 26 verschillende implementatietechnieken weten te traceren waarvan we de belangrijkste in het vervolg zullen bespreken.

## 4 Depolitiseren

In het empirische gedeelte van het artikel laten we zien hoe bij de implementatie van het LSP privacyrisico's van burgers afgewogen worden tegen institutionele risico's van VZVZ. We beschrijven hoe de verandering van beleid en implementatie naar governance-netwerken uitpakt en hoe machtsuitoefening over professionals en burgers in de concrete praktijken van het invoeringsproces in deze beleidsnetwerken gestalte krijgt. Een belangrijk kantelpunt in de beleidsvoering omtrent het landelijk EPD is de



afwijzing door de Eerste Kamer geweest. Doordat implementatie vanuit een hiërarchisch sturingsmodel niet gelukt is zagen ‘netwerkpartners’ zich gedwongen zelfstandig verder te gaan (NSOB 2012: 145-148). De politieke afwijzing heeft als een belangrijk leermoment voor de huidige beleidsmakers gefungeerd. Het heeft de VZVZ, de beroepsverenigingen van apotheken (KNMP), huisartsen (LHV) en ziekenhuizen (NVZ), die in samenwerking met RSO’s het LSP implementeren, genoodzaakt tot een meer reflexieve instelling ten aanzien van hun eigen rol en de rol van professionals en burgers in het implementatieproces.

Beleidsmakers zijn zich er sterk van bewust dat succesvol gebruik van het LSP in de nabije toekomst nog onzeker is, omdat het draagvlak fragiel is en risico op mislukking nog steeds op de loer ligt. Het onderstaande tekstfragment staat model voor hoe implementatiemanagers en projectleiders in de nieuwe situatie zorgverleners aanzetten om met het LSP te werken:

Maar de zwakte tegelijkertijd van een organisatie als deze [RSO] is [...] ik bedoel, je kan het niet verplichten. Je kunt het faciliteren, maar je kunt niet tegen een apotheek zeggen: nu wil ik dat je binnen nu en drie maanden zestig procent van jouw populatiebestand geopt-int hebt, dat kan niet. Dus je bent afhankelijk van de inzet van die apothekers, [...] en jouw niveau waarop jij kunt acteren is het niveau van *mindset*. Dat is dat je ze dus prikkelt om het te doen en om eventuele belemmeringen die er zouden zijn om het te doen, om dat dus weg te halen. (projectleider LSP)

Het uitgangspunt van de gehanteerde werkwijze is dat medewerking niet meer van bovenaf kan worden opgelegd, waardoor implementatiemanagers en projectleiders letterlijk via de mentaliteiten van zorgverleners zijn gaan werken. Dwang wordt nu op een andere, subtielere manier over zorgverleners uitgeoefend, maar dat wil niet zeggen dat zij hier niet aan kunnen ontsnappen. Als zorgverleners, maar ook burgers niet blijken mee te werken, om welke reden dan ook, dan zal het LSP nooit van de grond komen en ‘spoelen we dan gewoon tien jaar hard werken en een half miljard door het putje?’, zoals een medewerker van de LHV zich hardop afvroeg. Bezorgdheid hierover blijkt ook uit de risicoinventarisatie die is opgesteld door VZVZ (2012: 81-84). Hierin wordt een overzicht gegeven van de mogelijke risico’s en hun effecten die succesvolle implementatie in de weg kunnen staan. Het zijn, in de bewoordingen van Rothstein (2006), de institutionele risico’s waarmee VZVZ geconfronteerd zou kunnen worden. Het grootste risico voor VZVZ is politisering van het LSP en publieke aan-



dacht via de media, omdat dit volgens VZVZ en zijn partners een voedingsbodem kan zijn voor weerstand vanuit politiek en samenleving. Dit blijkt ook uit onze interviews:

Ik denk dat het LSP veel te veel te maken heeft met politiek en met landelijke stromingen, landelijk beleid, veel te voorzichtig af en toe moet zijn, gewoon vanuit die constructie al niet innovatief kan zijn. [...] Je kunt in de regio nog wel eens een beetje risico nemen, als je maar wel, en dat doen wij voortdurend, aan kunt tonen dat je privacy bijvoorbeeld wel heel erg serieus neemt, maar er kan misschien iets mis gaan. Nou dat kan het LSP, de landelijke organisatie zich al helemaal niet veroorloven. (directeur RSO)

We zullen in het vervolg van dit artikel aantonen dat de huidige implementatie van het LSP er op ingericht is om een dergelijk scenario te voorkomen. Ondanks dat vrijwillige deelname met het LSP formeel is vastgelegd zetten VZVZ en RSO's specifieke machtstechnieken in die zorgverleners en burgers beïnvloeden in hun keuze met als doel om hen met het LSP te laten werken.

#### 4.1 Hoe zorgverleners verleid worden

Het aansluiten van de informatiesystemen van huisartsen en apothekers op het LSP-netwerk is een tijds- en kostenintensief proces. Om de technische en administratieve handelingen die hierbij komen kijken te compenseren ontvingen zij een financiële tegemoetkoming van VZVZ. Deze bestaat uit een aansluitvergoeding en een zogeheten structurele vergoeding. Echter, zorgverleners hadden alleen recht op deze subsidies op het moment dat ze voldeden aan bepaalde voorwaarden. Er zat bijvoorbeeld een strikte deadline aan de aansluitvergoeding. Hierdoor nam de druk om aansluiting op het LSP te bewerkstelligen toe. Daarnaast moesten huisartsen voor het einde van 2013 ten minste dertig procent en apotheken ten minste tien procent van hun patiëntenpopulatie invoeren in de verwijzindex. Voor het einde van 2014 was dit voor beide al opgelopen tot veertig procent en in 2015 tot vijftig procent.<sup>4</sup> Een projectleider licht toe: 'er [werd] afgesproken voor 31 december 2013 als je dan zoveel opt-ins hebt dan krijg je de standaardvergoeding. Dat gaf nog even een boost, maar dat was meer als prikkel bedoeld'. Een andere projectleider vult aan: 'ik heb daar via de nieuwsbrieven erg veel aandacht aan besteed van, ook steeds die geldelijke vergoedingen [...] Nou, dat is bij apothekers ook wel een drive om dan toch dingen te doen. Dus ik zag wel langzamerhand dat qua aansluiting er beweging in zat te komen'.

Voor veel zorgverleners waren de subsidies ook daadwerkelijk een reden om in actie te komen, alhoewel onderstaande tekstfragmenten een pragmatische houding weergeven:

Dus het verzoek heeft te maken gehad dat gedurende een bepaalde tijd voor dit project subsidiegeld beschikbaar is. En dan kon je dus kijken wil je daarin meegaan of niet. En dat is met name de motor geweest voor de interne discussie. Want het is niet vanuit ons nou een primaire behoefte. (huisarts)

Nou ja, financiële ondersteuning heeft wel geholpen. Als het heel duur was geweest en we hadden geen financiële ondersteuning gehad dan was het misschien wat langer blijven liggen. Dus dat maakt wel dat je gedwongen wordt om een keuze te maken. Dat geeft een zekere urgentie, een soort deadline aan de besluitvorming. (huisarts)

Opvallend genoeg betekent het niet dat als een zorgverlener zijn praktijk heeft aangesloten op het LSP deze direct de toegevoegde waarde hiervan inziet en enthousiast met het systeem aan de slag gaat: 'ja, ze zijn aangesloten, dat wil niet zeggen dat ze er gebruik van maken. Dat zijn twee verschillende dingen. Ze hebben subsidie opgestreken, laat ik het maar zo zeggen', verzucht een RSO-directeur. Om zorgverleners echt met het LSP te laten werken is het inzetten van financiële verleidingstechnieken dus onvoldoende. Vandaar dat zorgverleners via regelmatig georganiseerde informatiebijeenkomsten, zogenaamde kennissessies en nieuwsbrieven voortdurend gewezen worden op nut en noodzaak van het LSP. Zorgverleners moeten zodoende overtuigd worden dat het LSP daadwerkelijk *de* oplossing biedt voor hun problemen. Zo worden er implementatiemanagers van VZVZ de regio in gestuurd om het 'juiste' en 'ongekleurde' verhaal over het LSP te vertellen om zodoende 'feitelijke onjuistheden', verspreid door media en internet, te corrigeren. Interessant genoeg presenteert VZVZ deze informatievoorziening naar zorgverleners als 'neutraal', 'objectief', en 'beschrijvend', zoals de implementatiemanager aangeeft: 'ik geef gewoon aan wat het mogelijk maakt, wat het is [...]. En dan is het aan hen om een keuze te maken of ze wel of niet willen aansluiten. En ja, natuurlijk zit er een klein beetje een verkoopverhaal in, maar je probeert het zo objectief mogelijk te brengen, natuurlijk.' Onderdeel van dit 'verkoopverhaal' is ook informatie over het LSP:

Als je een verandering wil bewerkstelligen dan heb je een aantal stappen die je moet gaan voordat je daar bent. Dat betekent [...] eerst moeten mensen weten dat het er is en vervolgens moeten ze begrijpen waar het over gaat en uiteindelijk moeten ze gebruik gaan maken van het ding dat je aanbied. Dus je zult heel veel moeten investeren vooral in het eerste traject, moeten uitleggen wat is het nou eigenlijk, wat doet het en waarom gebeurt dit? Als je die kennis op een gegeven moment bereikt hebt dan wordt het acceptabel om er ook iets mee te gaan doen, om die verandering ook daadwerkelijk te accepteren. (VZVZ-medewerker)

Een van de implementatietechnieken die VZVZ inzet is het verleiden van zorgverleners en het wegnemen van principiële bezwaren. Hiervoor maakt zij gebruik van retorische middelen die zorgverleners bewust moeten maken van de voordelen van het LSP. Daarnaast ontvangen zorgverleners onder bepaalde voorwaarden financiële tegemoetkomingen, waardoor zij wel over hun praktische bezwaren zullen heenstappen. Via deze berekende en op het eerste gezicht niet-dwingende maatregelen probeert VZVZ het LSP als een aantrekkelijk product in de markt te zetten en zorgverleners te verleiden om over te gaan op de aanschaf hiervan.

#### 4.2 Emotiemangement: hoe gevoelens van zorgverleners bewerkt worden

Het LSP is een landelijke infrastructuur. Dat wil zeggen dat een huisartsenpost in Zeeland in principe gegevens kan opvragen van een patiënt die staat ingeschreven bij een huisarts uit Groningen. Toch wordt het landelijke karakter van het LSP nu nog teniet gedaan, doordat er regionale schotten in het netwerk zijn geplaatst. De regionalisering van het LSP is een concessie naar critici die vinden dat het LSP te omvangrijk en massaal is. Door het LSP te verkleinen, beperkt men ook de mogelijke weerstand ertegen: 'De grootste angst was in feite dat het een landelijk systeem was. [...] Om in ieder geval die angst weg te nemen werd er gezegd van nou, ik wil wel dat je dat kleinschalig doet' (VZVZ-werknemer). Hier zien we dus hoe een specifieke beleidsinterventie gericht is op het managen of sturen van emoties van professionals en burgers in de door VZVZ gewenste richting (Bröer en Duyvendak 2009). Een klein LSP moet hen het geruststellende gevoel geven dat de elektronische uitwisseling van gegevens plaatsvindt in een vertrouwelijke en veilige omgeving.

Deze regionale schotten zorgen er namelijk voor dat elektronische gegevensuitwisseling tussen huisartsen en apotheken alleen mogelijk wordt binnen daartoe aangewezen regionale zones. Academische ziekenhuizen

kunnen wel uit alle delen van het land gegevens opvragen. Verscheidene respondenten, waaronder VZVZ, vertelden ons dat regionalisering een vereiste was van de Eerste Kamer voor de private doorstart, maar een medewerker van de NHG ontkrachtte deze stelling:

Nee [...], [VZVZ] is een private onderneming. Er zijn geen eisen, er zijn erupties en moties geweest in de Eerste Kamer. Dus het is een gevoel, een soort zelfcensuur, dat heb je ook wel in Rusland en andere enge landen, dat de VZVZ zoiets heeft van we moeten zorgen dat we onder het maaiveld blijven met onze neuzen dan kunnen ze ons [daar] in ieder geval niet op afmaken.

Deze opmerking attendeerde ons erop dat ook de regionalisering van het LSP een strategische keuze is geweest. Niet voor niets gebruikten de VZVZ en sommige projectleiders de metafoor van het 'vliegwiel' om de huidige aanpak te illustreren: 'als je het aan de gang wilt krijgen in het hele land dan heb je een heel groot vliegwiel waar je aan moet draaien. Dan zijn de eerste slagen heel erg zwaar, terwijl als je het regionaal aanpakt dan heb je kleinere vliegwielen en die krijg je veel gemakkelijker aan de gang' (VZVZ-medewerker). De invoering van het LSP wordt dus bewust vertraagd en verloopt in minutieuze stapjes om professionals en burgers niet tegen de borst te stuiten. Technisch gezien zou er namelijk al meer informatie uitgewisseld kunnen worden dan nu gebeurt en zouden er ook meer soorten zorgverleners, zoals de geestelijke gezondheidszorg (ggz), jeugdgezondheidszorg, verpleeg- en verzorgtehuizen en thuiszorginstellingen op het LSP kunnen worden aangesloten. Maar er wordt duidelijk voor een andere aanpak gekozen: 'Ik denk dat je niet teveel wil. Je moet goed voor ogen hebben wat je doel is, maar doe het stapsgewijs. Ga je te snel, dan verlies je een heleboel van je achterban, dat is niet verstandig, denk ik' (LSP-projectleider). Dit tekstfragment geeft duidelijk weer dat het risico op mislukking nog sterk voelbaar is voor beleidsmakers (Rothstein 2006). Het welslagen van de private doorstart is nog verre van zeker wat de betrokkenen bijgevolg dwingt tot voorzichtig en behoedzaam opereren.

Desalniettemin hebben we indicaties gekregen dat de verkleining van het LSP een voorlopige maatregel is, aangezien het LSP door respondenten met enige regelmaat wordt neergezet als een 'groeimodel':

Door de achterdeur komt het landelijk toch wel weer binnen. Dat weet ik zeker. [...] Die behoefte zal ook groeien. [...] Ik bedoel ja het is niet tegen te houden. Ik denk dat ze [VZVZ] het ook wel weten, maar dat ze denken we doen het

gewoon onschuldig eerst regionaal en dan schalen we het toch wel weer op.  
(projectleider LSP)

Maar de voorlopige regionalisering van de technologie en de gestage uitbreiding daarvan werkt ook onbedoelde gevolgen in de hand. Zo kan deze interventie het draagvlak onder professionals juist doen afnemen, zoals deze RSO-directeur uitlegt:

Maar hoe krijg je nu ooit nog de ggz erop? Hoe krijg je nu ooit nog informatie-uitwisseling op het gebied van ouderenzorg voor elkaar? Want jij hebt toch die mensen beloofd dat het klein bleef? [...] Als je nu, echt waar, [...] ook bij onze huisartsen en apothekers die zo voor informatie-uitwisseling zijn, als die horen dat GGZ Nederland, de koepel, een handtekening zou zetten en ook op het LSP mag dan gaan ze er massaal af.

Ondanks het invoeren van allerlei beperkende maatregelen om professionals gerust te stellen, is het draagvlak onder hen dus niet gegarandeerd. En het plaatsen van regionale schotten brengt nog een tweede neveneffect met zich mee. Zo is de regionalisering van het LSP met name bedoeld om tegemoet te komen aan bezwaren van huisartsen. Voor apothekers ligt deze kwestie anders. Vrijwel alle apotheken in Nederland maken reeds gebruik van elektronische gegevensuitwisseling op regionale schaal via zogenaamde OZIS-ringen.<sup>5</sup> Zij ervaren de stap naar het LSP door regionale zones en beperkingen in functionaliteit nog niet als een vooruitgang ten aanzien van OZIS, zoals deze apotheker uitlegt:

Dan voegt het [LSP] niet meer toe dan dat er OZIS was. Dus willen ze ervoor zorgen dat het iets beters, en de ander zegt: het moet toch een landelijk verhaal worden maar dat is natuurlijk die hele politieke discussie geweest, dat dat een beetje gevoelig lag. Maar wil je echt een goed functionerend systeem hebben dan kom je niet weg met een paar schotten.

Ondanks dat het in kleine stapjes invoeren van het LSP onderdeel is van een uitgekende strategie, laakten apothekers en een kleine meerderheid van de ondervraagde beleidsmakers de traagheid van het implementatieproces. Het was voor hen frustrerend dat de toegevoegde waarde van de nieuwe technologie nog niet direct zichtbaar was in de beroepspraktijk.

Er wordt op nog een manier een beroep gedaan op het gevoelsleven van professionals. Zo vertelde een bestuurder van de NHG dat er tussen beleidsmakers en zorgverleners een diepgaand 'taal-cultuurprobleem' be-

staat. De ideeën van de landelijke beleidsmakers komen volgens hem niet overeen met de ervaringen uit het werkveld: 'de beleidsmensen die praten vanuit het LSP als de oplossing.' Om dit probleem het hoofd te bieden zijn er enkele vooruitstrevende zorgprofessionals als 'ambassadeur' actief die vertrouwen moeten zien te wekken bij hun collega's en hun gevoelens van bezorgdheid moeten temperen. De NHG-bestuurder vervolgt:

Er zijn een aantal huisartsen die zijn in dit circuit actief en een aantal apothekers ook en die kunnen dat uitstekend. Die kunnen echt een hele zaal zo meekrijgen. Die zijn in vijf minuten verder dan een VZVZ-medewerker in een uur omdat ze gewoon weten wat er allemaal speelt in het veld, welke situaties je kan hebben.

Deze 'ambassadeurs' komen gezien hun beroepsstatus als huisarts of apotheker dus geloofwaardiger over bij hun collega's dan implementatiemanagers van VZVZ of projectleiders, waardoor zij uitermate geschikt worden geacht hen te motiveren om het LSP te gaan gebruiken. Ook verschijnen er op websites en in nieuwsbrieven zogeheten succesverhalen van prominente zorgverleners die het LSP aanprijzen. De kern van de strategie is dat het LSP niet verplicht wordt door overheid of verzekeraars maar dat zorgprofessionals elkaar aanspreken op hun eigen verantwoordelijkheid om, in het kader van de kwaliteit van zorgverlening, met het LSP aan de slag te gaan. Of, zoals een projectleider het verwoordde: 'uiteindelijk merk je toch dat ze elkaar enthousiasmeren en dat is de hele crux'. Een techniek van sociale controle van onderaf wordt dus geacht meer effect te sorteren dan het afdwingen van medewerking van bovenaf, zoals een VZVZ-medewerker uitlegt:

*R:* Ze moeten de toegevoegde waarde gaan zien. En dat je met elkaar inderdaad daar iets mee wil gaan doen en dat is echt een proces wat, dat moet men met elkaar gaan willen. Dat zie je in de regio's Nijmegen en Twente waarin gestaag inderdaad begonnen is, waar men elkaar nu ook aanspreekt op het moment dat men die gegevens niet gebruikt.

*I:* En men elkaar aanspreekt, dat zijn de zorgverleners?

*R:* De zorgverleners onderling. Of als je je dossier slecht op orde hebt, van hé, luister eens collega, met die gegevens kan ik niet werken. Nou, maar dat is echt, dan ben je heel ver in het proces, en de meeste regio's zijn zo ver nog helemaal niet.

Aangespoord door 'ambassadeurs' moeten zorgverleners onderling elkaar in de gaten houden of minder ondernemende collega's wel genoeg vorde-

ringen boeken. Dit zou tot een situatie moeten leiden waarbij het 'gênant is als je als huisarts of ziekenhuis eind 2015 nog niet bent aangesloten op het LSP', zoals we op een informatieavond te horen hebben gekregen. Huisartsen die het LSP niet gebruiken zouden zich eigenlijk moeten schamen, voor hun collega's en voor hun patiënten:

Over drie jaar hangt er op de huisartsenpost een lijstje voor patiënten voor de volgende tien huisartsen kunt u de gegevens nog steeds niet opvragen. Ja, daar hoeft je helemaal geen straf op te zetten, dat zeg ik ook overal, alsjeblieft doe dat nou niet, de laatste principieel mag de laatste principieel zijn, op een gegeven gaan z'n patiënten weglopen omdat ie het niet doet, vroeg of laat. [...] Maar dat is pas over drie jaar. En een deel van de tegenstanders zijn dus precies daar bang voor, wat ik nu zeg. Uiteindelijk gaan we gedwongen worden, ja niet door de zorgverzekeraars, want dat was heel stom, die ene zorgverzekeraar die dat opnam, daar waren we ook waanzinnig boos over dat ie dat gedaan had. Nee, uiteindelijk gaat de eigen beroepsgroep zichzelf schoonmaken. Dat hij zegt van ho, ja Jantje, dat kan niet, ik heb nou een patiënt gehad, ik ben een kwartier bezig geweest om uit te zoeken welke medicijnen hij gebruikt. (ambassadeur-huisarts)

We kunnen dus nu stellen dat deze niet-hiërarchische vorm van bestuur inzet op het beïnvloeden van mentaliteiten van zorgverleners door hun angst en bezorgdheid weg te nemen. Regionalisering speelt in op emoties van de zorgverleners en kan beschouwd worden als poging om *feeling rules* te veranderen teneinde het LSP in te kunnen voeren (Bröer en Duyvendak 2009). Door het cultiveren van hun intrinsieke motivatie om gebruik te maken van het LSP moeten zorgverleners bovendien het idee krijgen dat zij uit eigen beweging de meerwaarde in gaan zien van de technologie, en daarbij '[moeten] ze ook niet het gevoel hebben dat ze gedwongen worden', zoals een assistent-LSP-projectleider het treffend verwoordde.

#### 4.3 Hoe zorgverleners 'ontzorgd' worden

Op het moment dat zorgverleners de stap hebben gezet om aansluiting met het LSP te bewerkstelligen verandert ook de opstelling van VZVZ en RSO's. Waar zij eerst zorgverleners proberen te verleiden en prikkelen, presenteren beleidsmakers en projectleiders zich nu als een ondersteunende partij aan professionals. Een projectleider die actief is in een van de vele regio's legt het als volgt uit:



*I:* Wat ziet u als de meest effectieve manier om zorgverleners te benaderen of te informeren?

*R:* Felix kattenbrokken.

*I:* Felix kattenbrokken?

*R:* Ja, alles uitgekauwd, voorgekauwd, dat ze volgens een sjabloon kunnen werken. En meteen hulp bieden daar waar ze tegen iets aanlopen. Zorgen dat er geen financiële drempels zijn want in deze tijd is het slecht. Het is gewoon slecht. Er staan veel apotheken op omvallen, daardoor is er weinig personeel, daardoor zijn dit extra activiteiten [...] Dus alles zoveel mogelijk voor ze kant-en-klaar maken zodat ze een minimum aan werk hebben en een maximum aan rendement. Dat is mijn taak.

Een andere projectleider presenteerde namens een RSO op een informatiebijeenkomst voor regiobestuurders, georganiseerd door VZVZ en getiteld 'Succesvolle regionale aanpak', de grote vorderingen die zij hadden geboekt in het tijdsbestek van slechts enkele maanden door zich te committeren aan deze hulpverlenende rol. Zij hadden het 'ontzorgen' van zorgverleners uitgeroepen tot kernstrategie van hun projectaanpak en dit moest een lichtend voorbeeld zijn voor projectleiders in andere delen van het land. Dit 'ontzorgen' en individueel begeleiden van zorgverleners werd noodzakelijk geacht omdat zij vaak tegen verschillende problemen aanlopen tijdens de invoering. Zo zit iedere zorgverlener bijvoorbeeld in zijn eigen fase van het invoeringsproces en zijn er in Nederland diverse leveranciers van softwarepakketten voor huisartsen, apotheken en ziekenhuizen. Hierdoor moeten projectleiders met veel verschillende partijen samenwerken en moet ondersteuning 'op maat gesneden' zijn. De meest doeltreffende, maar tijdsintensieve manier om hier invulling aan te geven is een individuele aanpak, simpelweg door te

bellen. [...] Hoe staat het ermee? Lukt het je? En alleen al dat belletje maakt dat iemand het weer even van het stapeltje van de vijfde plek naar de tweede plek legt. Hè, dus het is constant ook voeden, herinneren, helpen, prikkelen en zeggen: waar loop je tegenaan, kunnen we helpen? En dat is gewoon heel concreet: bellen. (projectleider LSP)

Doordat RSO's wekelijks op de hoogte worden gehouden van de vorderingen van alle apotheken en huisartsen in hun regio zijn zij in staat om met name het toestemmingstraject, de opt-in van burgers, zeer intensief te monitoren:

[We] hebben dan zo'n lijst van VZVZ [gekregen], we [hebben] dan zo'n overzicht van waar zitten ze in het aansluitproces, want dat kan VZVZ precies zien. Hebben ze al certificaten aangevraagd, hebben ze al die UZI-pas ontvangen en als je dat weet dan kun je ze individueel gaan benaderen van goh: jij hebt alles al gedaan, maar jij hebt nog steeds geen patiënten aangemeld, hoe komt dat? Heb je geen opt-in verkregen? Of ben je er nog niet aan toegekomen, weet je niet hoe het moet? (RSO-directeur)

Aangezien RSO's te maken hebben met enkele honderden apotheken en huisartsen in hun regio is het voor hen erg belangrijk om te weten wie daadwerkelijk ondersteuning nodig heeft zodat er geen onnodige inspanning wordt geleverd. Om zorgverleners nog een zetje in de rug te geven kunnen zij bovendien 'opt-in-taarten' winnen, waarbij de winnaar een zichtbaar plekje verdient in de regionale nieuwsbrief.



Foto 1 De opt-in taart



Foto 2 De opt-in taart wordt door medewerkers van een huisartsenpraktijk enthousiast in ontvangst genomen

De maatregelen die in deze paragraaf beschreven zijn doen sterk denken aan marketingtechnieken en deze zijn blijkbaar nodig, omdat zorgverleners zelf geen initiatief nemen om het LSP te gebruiken. Medewerking met het LSP is dus geen gegeven, maar moet door projectleiders actief bewerkstelligd worden middels de hierboven besproken implementatietechnieken.

## 5 De georganiseerde afzijdigheid van burgers

Uit de voorgaande paragraaf blijkt dat de invoering van het LSP verloopt via de eerstelijns zorgverleners. Zoals in deze paragraaf blijkt worden burgers in het implementatieproces vooral als patiënten aangesproken. Minister Schippers van Volksgezondheid heeft vlak voor de private doorstart aan de Tweede Kamer te kennen gegeven dat burgers op een neutrale wijze geïnformeerd dienen te worden over wat de mogelijke risico's zijn van elektronische gegevensuitwisseling via het LSP.<sup>6</sup> Echter, VZVZ heeft er voor gekozen geen grootschalige informatiecampaigned op poten te zetten om burgers publiekelijk in te lichten over de toestemmingsprocedure, maar om huisartsen en apotheken hiervoor verantwoordelijk te maken. De strategie hierachter is dat publieke aandacht voor het LSP zou kunnen leiden tot weerstand:

Als er ergens een bittere nasmaak van is, dan moet je daar misschien niet meer te grote campagnes op gaan zetten. En ik denk dat door het hele EPD en alle perikelen dat mensen ook een beetje EPD-moe waren en dat je ze dan misschien weer gaat verliezen. Of dat er weer mensen gaan lopen op het verkeerde, omdat er weer iets in het nieuws misschien anders staat of dat – weet je wel, welke beerput trek je dan misschien open? Terwijl als je het wat, nou misschien wat langzamer doet en dan op een andere manier dan krijg je misschien mensen makkelijker mee. (projectleider LSP)

Daarom is besloten om de communicatie over de toestemmingsprocedure voor het LSP te laten verlopen via persoonlijke gesprekken bij de huisarts en de apotheek, zodat patiënten alleen geconfronteerd worden met de toestemmingsvraag op het moment dat zij zorg nodig hebben. Volgens VZVZ is de zorginstelling een vertrouwelijke omgeving waarin het gemakkelijker is 'om eventuele bezwaren en twijfels weg [te kunnen] nemen' bij patiënten.<sup>7</sup> Om dit soort gesprekken te stroomlijnen zijn er onder meer gespreksprotocollen in het leven geroepen. In een nieuwsbrief<sup>8</sup> staat: 'Zorg dat men het gespreksprotocol goed beheerst zodanig dat eventuele bezwaren en twijfels omgebogen kunnen worden en dat de patiënt direct tot een keuze komt'. Een projectleider geeft ons wat inzicht in deze communicatiestrategie:

En dan komen ze bij de huisarts en dan zijn hun gegevens niet beschikbaar en dan zijn ze ineens: shit, ja, dat is blijkbaar – en daarom moet je het met hun ook helemaal niet over LSP hebben, met burgers, maar gewoon over uitwisse-

ling van gegevens met de waarneming en uw gegevens zijn niet beschikbaar als u geen toestemming geeft, dat soort dingen en helemaal geen infrastructurele zaken willen communiceren.

Voorts worden patiënten alleen geïnformeerd over de mogelijke gezondheidsrisico's op het moment dat zij geen toestemming willen geven voor het elektronisch delen van hun medische gegevens. Veiligheid en privacyrisico's worden op dat moment als irrelevant gepresenteerd omdat voortdurend wordt benadrukt dat het LSP geen centrale database is waarin de gegevens worden opgeslagen. Als het aan VZVZ ligt wordt over het thema veiligheid verder niet gediscussieerd en elke associatie met het 'oude' EPD dient hierbij te worden vermeden. VZVZ is er ook op gebrand om de informatiestroom naar de patiënt te controleren en daarom ontmoedigen zij huisartsenpraktijken en apotheken om hun eigen nieuwsbrieven of toestemmingsformulieren te maken. Zorgverleners worden aangespoord om bestaande, door VZVZ ontwikkelde communicatiemiddelen te gebruiken zoals folders en posters, zodat er geen tegenstrijdige informatie verspreid wordt. Doordat VZVZ stuurt op de medewerking en inzet van professionals stellen we dus dat burgers zoveel mogelijk afzijdig worden gehouden tijdens het implementatieproces van het LSP. Zij verschijnen enkel als patiënt ten tonele.

Deze 'georganiseerde afzijdigheid' van de burger komt bijvoorbeeld ook tot uiting in de rol van patiëntenverenigingen. Categoriële patiëntenverenigingen lijken niet goed op de hoogte te zijn van wat het LSP is en betekent voor de zorgverlening van hun patiënten. Categoriële verenigingen zijn nauwelijks actief op dit dossier en verwezen ons structureel door naar de NPCF, de koepelvereniging, aangezien deze spreekbuis en belangenbehartiger is namens alle patiëntenverenigingen – en, niet onbelangrijk, ook deelnemer aan het convenant. We stellen dus dat de ambivalentie en de relatieve onwetendheid aan de kant van burgers een uitkomst is van het implementatieproces. Doordat de implementatie van het LSP buiten de publieke sfeer om vorm krijgt en burgers niet uitgenodigd worden om een actieve rol hierin te spelen vertraagt dit ook onbedoeld de invoering van het LSP. Kort gezegd blijft de burger als patiënt passief. Daar komt nog bij dat de media eerder worden gezien als een storende factor die niet teveel betrokken moeten worden bij de invoering:

Er hoeft maar een Radar-programma te zijn die een bepaalde beeldvorming weggeeft [...] en het kan maar zo zijn dat mensen de volgende dag bij de apotheek staan om hun toestemming terug te halen. En ik denk dat hierin echt

de voorlichting richting de burgers [en] de invloed van media hierop een behoorlijke bijdrage dan wel vertraging kan opleveren. (projectleider LSP)

Vandaar dat RSO's ook vrij voorzichtig zijn om het LSP onder de aandacht te brengen in de media, zelfs in regionale dagbladen. Net zoals de media met argusogen worden bekeken, moet ook de politiek op een afstand gehouden worden. Politici hebben jarenlang heftig gedebatteerd over het EPD. Politisering van de technologie kan onverhoeds de ondergang van het LSP betekenen, zoals deze RSO-directeur aangeeft:

Als het een politieke speelbal blijft, en er gaat een keer iemand zeggen: nu is mijn politieke doel om het te laten stoppen. Dat is natuurlijk gevaarlijk. Als Geert Wilders het dadelijk voor het zeggen krijgt en het is op dat moment echt een politiek issue, het is nu politiek niet echt mega-interessant, maar het kan met gemak opborrelen [...] en het komt op de agenda [...] en dat is best makkelijk te doen. Tover drie mensen die hun gegevens bij de verzekeraar hebben liggen en het staat weer boven in de krant. [...] Geert Wilders kan het killen. Dan zal het worden gekild en dat kan. De overheid kan zeggen: ik gelast het CBP [College Bescherming Persoonsgegevens] tot een onderzoek, dan doet het CBP ineens een onderzoek en dan zeggen ze: er zitten toch wel wat haken en ogen aan: killen.

Politieke stellingname en participatie wordt in bovenstaande tekstfragmenten geframed als populisme. Kritiek of bezorgdheid ten aanzien van het LSP wordt neergezet als irrationeel en dus als illegitiem. Er wordt in het implementatieproces geen ruimte gelaten voor burgers om via democratische organen mee te denken en te beslissen over hoe elektronische gegevensuitwisseling via het LSP het best vorm kan krijgen. Het verleden heeft uitgewezen dat debatten uiteindelijk niet tot een uitkomst leiden, maar eerder tot grotere meningsverschillen over kernthema's als veiligheid, privacy, aansprakelijkheid en kwaliteit van zorg. Het is dus in het belang van de VZVZ en het LSP om zich buiten het blikveld te bevinden van het democratische en controlerende oog van de openbaarheid. Alleen dan kan het zich veilig wanen.

## 6 Huisartsen en apothekers: hoe zij omgaan met ambivalentie

Uit onze data blijkt dat voor veel zorgverleners het LSP een ambivalent fenomeen is. Zij weten er relatief weinig van, hebben geen uitgesproken positie en twijfelen over de voors en tegens van het LSP. Deze ambivalentie is het product van de implementatiestrategie van VZVZ. Beleidsmakers en projectleiders zijn namelijk niet op zoek naar het creëren van consensus onder apothekers en huisartsen en vermijden meningsvormende debatten. Daarbij is het erg belangrijk om een onderscheid te maken tussen huisartsen en apotheken. In de eerste plaats zijn apothekers meer gewend aan automatisering en aan de elektronische uitwisseling van gegevens in hun dagelijks werk dan huisartsen. Ten tweede maken apothekers slechts gebruik van medicatiegegevens en kunnen zij niet, zoals huisartsen, het volledige medische dossier van de patiënt inzien. In het volledige dossier staat vaak informatie over het persoonlijke leven van de patiënt en maakt de arts ook aantekeningen van eigen overwegingen en interpretaties. Dit maakt de inhoud van het medisch dossier vaak gevoeliger dan het medicatiedossier. Dit zijn belangrijke factoren die van invloed zijn op de vaak tegenstrijdige wijze waarop huisartsen omgaan met de discussie omtrent het LSP. Doordat zij de bestuursrationaliteit afwegen tegen andere argumenten en ervaringen ontstaat er, in sommige gevallen, discursieve spanning. Het gebrek aan overeenstemming over de wenselijkheid van het LSP liet vier van de zeven huisartsen achter met een dilemma: wel of niet aansluiten op het LSP? De strategie die hierbij werd gehanteerd om de ervaren dissonantie op te lossen is om aansluiting uit te stellen (Bröer 2006), zoals deze twee huisartsen aangeven:

Wat ik als noodzaak zie is dat er wel onderling betere patiëntenoverdracht plaatsvindt. En of dat nou op LSP-niveau moet, ja daar ben ik niet uit, want ik zie ook wel de privacygevoelige nadelen daarvan. Dus ik vind wel dat, ik ben wel positief over alle ontwikkelingen. Maar ja, ik ben nog twijfelachtig of dat LSP het is. [...] Ik vind wel dat we met de ontwikkelingen mee moeten, dus als het blijkt dat dat de uitkomst is dan ga ik daar zeker ook op een gegeven moment actief aan mee doen.

Ik heb me er niet heel erg in verdiept, nog. Dus ik weet niet precies wat op dit moment aangeboden wordt en hoe dat – wat die stappen zijn allemaal. Dus wij zijn een beetje afwachtend, hè, tot er op een gegeven moment echt een duidelijke consensus is en dat het echt dwingend wordt ingevoerd.

In plaats van afzijdig of apathisch te blijven besloot een derde huisarts om op een andere manier met deze spanning om te gaan. Hij verwachtte dat hij binnenkort zou kunnen gaan werken met zogeheten schaduw dossiers die de arts alleen voor zichzelf bijhoudt en die niet geschikt zijn voor elektronische uitwisseling met collega's. Door een ingrijpende verandering in zijn beroepspraktijk probeert hij de discursieve spanning op te heffen. Een vierde huisarts meende uit principe niet met het LSP mee te willen doen, maar op zijn bureau stond wel een UZI-pas en er hing zelfs een VZVZ-poster in de wachtkamer! Ook hij gaf te kennen zich niet zo in de materie verdiept te hebben, maar heeft zijn praktijk blijkbaar onbewust en onbedoeld toch laten aansluiten op het LSP.

Er waren echter ook twee huisartsen die een consonante positie innamen in de discussie. Dit betekent dat zij de aannames die ten grondslag liggen aan de implementatie van het LSP onderschrijven:

Ik geloof ook dat zo'n soort houding [sceptisch] bepaalde vooruitgang enorm tegenhoudt. Vooruitgang die gaat komen, die nodig is ook, die zorgt voor veiligheid, vernieuwing en voor het creëren van weer andere vraagstukken en nieuwe kansen.

Een andere huisarts vult aan:

Angst is natuurlijk een slechte raadgever, en ik denk dat je het moet brengen zoals het is. Dit helpt ons verder in het voorkomen van medicatiefouten, het niet onderkennen van allergieën, van het doen van dubbel werk, het kan uiteindelijk allerlei voordelen gaan opleveren.

Dat het LSP uiteindelijk een verbetering van de zorgverlening betekent, staat voor hen buiten kijf.

In tegenstelling tot de geïnterviewde huisartsen hadden apothekers niet de neiging om een ambivalente positie te reproduceren. Vrijwel alle apothekers hadden bedenkingen tegen de technologie, maar niet zozeer vanwege principiële redenen. Vooral praktische bezwaren voerden de bovenaan, zoals ook een projectleider ervaart: 'Er zit geen verzet op het concept LSP, meer op die woede hoe dat met die UZI-passen loopt. Het moeten



doen, het werk. [...] Dus dat het goed is en dat het nuttig is, daar hoeven ze niet van overtuigd te worden.' Apothekers klaagden vooral over de omslachtigheid van het invoeringstraject en meenden dat de gebruiksvriendelijkheid te wensen overliet:

Op dit moment [maken wij] nog geen prioriteit [...] van het aanmelden op het LSP. En met name die hardware vind ik een enorme beperking. En ten tweede is het natuurlijk zo dat je een enorm bureaucratisch traject hebt met het aanvragen van passen en dergelijke en dat die wachttijden enorm zijn.

Privacyargumenten deden niet ter zake, aangezien deze in de interviews slechts vier keer werden aangehaald door apothekers en maar liefst eenentwintig keer door huisartsen. Bovendien werd het LSP voornamelijk in commerciële termen gedefinieerd. Apothekers bleken voorstander te zijn omdat zij geloofden dat gebruik van het LSP garant staat voor een betere service naar klanten en dat er zodoende kon worden voldaan aan de kwaliteitsnormen die werden opgelegd door de beroepsgroep. Opvallend was dat de enige apotheker die wel principiële bezwaren tegen het LSP bleek te hebben dit stoelde op overwegend commerciële argumenten:

Voor mij heeft het [LSP] als apotheker weinig toegevoegde waarde, want het faciliteert mijn potentiële concurrenten. [...] Ik denk echt dat grote verzekeraars chronische receptuur gewoon op hun eigen manier gaan distribueren. [...] Wij worden dus eigenlijk gewoon weggesaneerd.

Dit bezwaar is fundamenteel anders dan de meer normatieve argumenten die door huisartsen werden aangehaald. Over het algemeen hielden apothekers zich juist afzijdig vanwege technische mankementen, terwijl de terughoudendheid van huisartsen verklaart kan worden vanwege de discursieve spanning die zij ervaren (Bröer 2006: 59).

## 7 Conclusie en discussie

De invoering van een landelijk systeem om patiëntgegevens elektronisch uit te wisselen is, ondanks gebrek aan politieke legitimiteit, in volle gang. Nadat een eerdere versie (EPD) door de Eerste Kamer tegen is gehouden, hebben private partijen dit project (nu LSP) nieuw leven ingeblazen. Tot nu toe wordt dit door de regering op z'n beloop gelaten. Dit is geheel in lijn met de theorie dat risico's ertoe leiden dat politieke sturing zich steeds

meer verplaatst van de traditionele instituties naar een verscheidenheid aan beleidsnetwerken (Beck 1994; Hajer et al. 2004; Hajer en Versteeg 2005). Daarmee verschuift ook het probleem: waar eerst het privacyrisico van burgers voorop stond, staan nu de institutionele risico's van de netwerkpartners centraal (Rothstein 2006). In dit geval staat VZVZ onder grote maatschappelijke en politieke druk, juist omdat de voorloper mislukt is en er nu vrijwillige medewerking verkregen moet worden. Deze geradicaliseerde vorm van *neo-liberal governance* maakt democratische controle lastig.

We hebben in dit artikel in het bijzonder gekeken hoe de invoering van het LSP precies vorm krijgt. Dit gebeurt door de technologie op velerlei manieren te depolitiseren, door in te werken op gevoelens van professionals en door mensen vooral als patiënten en niet als burgers te benaderen. Vrijwilligheid en zelfbeschikking worden ingezet om een niet geëxpliciteerd doel te behalen. Verleiding, bewerken van gevoelens en het individueel 'ontzorgen' en monitoren zijn concrete machtstechnieken specifiek gericht op professionals om hen met de technologie te laten werken. Het gebrek aan politieke legitimiteit is dus niet opgelost door bijvoorbeeld een eenduidige visie op het LSP te formuleren, maar door in te zetten op een ogenschijnlijk apolitieke, marktgeoriënteerde strategie die een subtiele vorm van machtoefening over zorgverleners en burgers mogelijk maakt. Deze strategie geeft ruimte aan ambivalentie, en juist omdat het huidige commitment niet gedragen wordt door een politiek-maatschappelijk discours, blijken deze implementatietechnieken op het eerste gezicht effect te sorteren. De hoge aansluitingsgraad op het LSP van zowel huisartsen als apothekers zijn hiervoor een belangrijke indicatie.<sup>9</sup>

Het governmentality-perspectief, zoals we dit hier hebben ingezet, brengt aan het licht dat de implementatie van het LSP grotendeels verloopt in lijn met wat Walls et al. (2005) *neo-liberal governance* noemen. Een communicatiestrategie die correspondeert met dit perspectief is wat Wardman (2008: 1631) aanduidt als het *risk government model*. Volgens dit model worden risico's gecommuniceerd met als doel technologie zo geruisloos mogelijk te implementeren en niet zozeer om burgers hieromtrent op een neutrale wijze te voorzien van kennis of om burgers deel te laten hebben aan besluitvorming. We hebben het governmentality-perspectief echter zelf ook bevestigd: we hebben de vraag gesteld of subjectiviteit en bestuursrationaliteit elkaar wederzijds versterken en of alle tegenstand tegen het LSP onderdeel is van machtsuitoefening. In plaats van het governmentality-perspectief te veronderstellen, hebben wij de reikwijdte daarvan onderzocht. Daaruit komt naar voren dat met name huisartsen

dissonante posities innemen en geenszins vanzelfsprekend met de technologie aan de slag gaan. De specifieke wijze waarop huisartsen tegen het LSP ingaan leidt ook niet bij voorbaat tot een stabilisering van de machtspraktijk. Zo heeft de Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen (VPH) in 2014 een rechtszaak aangespannen tegen VZVZ en de huidige inrichting van het LSP, die zij overigens heeft verloren. VPH heeft het niet bij de uitspraak van de rechter gelaten en is in hoger beroep gegaan. Ook is onlangs in Amsterdam, met steun van de Huisartsen Kring aldaar, een alternatief uitwisselingssysteem gelanceerd.

De tegenstand van huisartsen zou, op het eerste gezicht, deel kunnen zijn van de subjectivering die deel uit maakt van de neoliberale bestuurstijl. Dat is bijvoorbeeld het geval waar huisartsen met schaduwdoSSIERS werken of aansluiting op het LSP uitstellen. Hiermee nemen zij weliswaar een op het eerste oog afwijkende positie in, maar op de lange termijn staat dit een uitrol van het LSP niet in de weg (zie Tonkens et al. (2013) voor voorbeelden van professionals die doen alsof ze meewerken aan marktwerking). Dit ligt anders voor professionals die daadwerkelijk niet meewerken of zich organiseren om het LSP tegen te houden. Kortom, depolitisering inzetten als strategie heeft niet noodzakelijkerwijs tot gevolg dat zorgverleners zich ook als apolitieke actoren gaan gedragen of hun verzet beperken, zoals het governmentality-perspectief wel veronderstelt. Het meer of minder expliciete verzet van hoogopgeleide, reflexieve professionals leert ons dat de machtstechnieken niet klakkeloos werken. De dissonantietheorie van Bröer (2006) attendeert dus op de uiteenlopende manieren waarop actoren zich verhouden tot de implementatiestrategieën en laat zien dat medewerking van professionals geen vanzelfsprekendheid is.

De intensieve betrokkenheid die van professionals in het implementatieproces verlangt wordt steekt schril af tegen de kortstondige en vluchtige rol van burgers. Mensen worden strategisch en onverwacht geconfronteerd met de vraag of zij toestemming willen verlenen op het moment dat zij zorg nodig hebben en kwetsbaar zijn. In deze situatie wordt de kans groot geacht dat zij ervoor kiezen om hun toestemming te verlenen voor het elektronisch delen van hun medische gegevens. De kwetsbare positie van de patiënt wordt dus in de machtsstrategieën bewust ingezet. De enige legitieme manier waarop de burger als patiënt zich kan laten gelden is in 'exit' praktijken – door te beslissen geen toestemming te geven aan de eerstelijns hulpverlener. De rol van de bezorgde burger die actief zijn stem wilt laten horen verschuift daardoor naar de achtergrond. Daar hoort ook bij dat er geen publiekscampagnes plaatsvinden en geen politie-

ke debatten worden gezocht. VZVZ doet immers wat nodig is om het LSP uit te rollen.

Maar ook hier geldt dat de machtstechnieken niet zonder meer effect sorteren. Ondanks jarenlange inspanning is nog niet duidelijk of burgers uiteindelijk op voldoende schaal zullen participeren. Momenteel heeft een kwart van de Nederlandse bevolking toestemming gegeven aan hun huisarts om hun medische gegevens te ontsluiten en ongeveer de helft van de mensen hebben dit toegezegd aan hun apotheek.<sup>10</sup> In de afgelopen twee jaar zit er weliswaar een gestage groei in het aantal aanmeldingen, maar in sommige regio's is te zien dat het aantal aanmeldingen langzaam tot stilstand komt. De weinig opzienbarende en haast ambivalente invoering van het LSP kan, in een governmentality-perspectief, als machtsstrategie worden beschreven, maar maakt wellicht ook dat burgers onvoldoende de noodzaak ervaren om mee te werken. Deze studie heeft aangetoond dat het door het neoliberalisme verworpen idee dat de overheid zich mag inmengen in private aangelegenheden door praktijken van governmentality alsnog worden bewaarheid. Dit vindt plaats op een nog ingrijpender manier dan voorheen, omdat nu de kwetsbare patiënt en niet de burger toestemming geeft.<sup>11</sup> Het valt dus te betwijfelen of de huidige aanpak de legitimiteit van de technologie kan herstellen. Er is in ieder geval bekendgemaakt dat er onder de convenantpartijen genoeg draagvlak is om het LSP ook vanaf 2016 voort te zetten. Of er ook voldoende draagvlak onder professionals is om het LSP daadwerkelijk te gaan raadplegen is een open vraag, nog los van de meer normatieve kwestie of de manier waarop het LSP momenteel ingevoerd wordt vanuit democratisch oogpunt gerechtvaardigd is.

## Noten

1. Wij willen graag Patrick Brown, evenals de anonieme beoordelaars, bedanken voor hun kritische blik en waardevolle commentaar tijdens het schrijfproces van dit artikel.
2. De formele aanduiding van de wet is de *Wijziging van de Wet gebruik burgerservice-nummer in de zorg in verband met elektronische informatie-uitwisseling in de zorg*, beter bekend als de EPD-wet.
3. Handelingen Eerste Kamer, 2010/2011, nr. 23/4, blz. 4-6.
4. Zie hiervoor: VZVZ-vergoedingenreglement, versie 7.3 en/of Nieuwsbrief LSP in de regio Twente.
5. De stichting OZIS (Openbaar Zorg Informatie Systeem) is een samenwerkingsverband van leveranciers van informatiesystemen in de zorg. Feitelijk kan OZIS beschouwd worden als de voorloper van het LSP.
6. Tweede Kamer, Vergaderjaar 2011-2012. Kamerstuk 27529, nr. 109.

7. Handreiking Opt-in Apotheken [naam RSO], versie 1.0, januari 2014.
8. Zie noot 7.
9. Op het moment van schrijven is 90% van de Nederlandse huisartsen aangesloten op het LSP. De aansluitingsgraad van apothekers ligt met 94% nog hoger (per 29 oktober 2015, vzzv.nl).
10. Op het moment van schrijven hebben 4,8 miljoen mensen toestemming gegeven aan hun huisarts en 8,9 miljoen mensen aan hun apotheek (per 29 oktober 2015, vzzv.nl).
11. We danken de reviewer voor deze opmerking en hebben deze, vanwege de scherpe formulering, daarom letterlijk overgenomen in de concluderende paragraaf.

## Literatuur

- Beck, U., A. Giddens en S. Lash (1994) *Reflexive modernization. Politics, Tradition and Aesthetics in the Modern Social Order*. Stanford: Stanford University Press.
- Bekkers, V., G. Dijkstra, A. Edwards en M. Fenger (red.) (2007) *Governance and the Democratic Deficit. Assessing the Democratic Legitimacy of Governance Practices*. Aldershot: Ashgate.
- Bernard, H.R. en G.W. Ryan (2010) *Analyzing Qualitative Data. Systematic Approaches*. Thousand Oaks: Sage.
- Bevir, M. (2011) Governance and governmentality after neoliberalism. *The Policy Press*, 39(4): 457-471.
- Bovens, M. (2005) De verspreiding van de democratie. *Beleid en Maatschappij*, 32(3): 119-127.
- Bröckling, U., S. Krasmann en T. Lemke (red.) (2010) *Governmentality. Current Issues and Future Challenges*. London: Routledge.
- Bröer, C. (2006) *Beleid vormt overlast. Hoe beleidsdiscoursen de beleving van geluid bepalen*. Amsterdam: Aksant.
- Bröer, C. en J.W. Duyvendak (2009) Discursive opportunities, feeling rules, and the rise of protests against aircraft noise. *Mobilisation: An International Journal*, 14(3): 337-356.
- Bryman, A. (2008) *Social Research Methods*. Oxford: Oxford University Press.
- Charmaz, K. (2006) *Constructing Grounded Theory. A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. Thousand Oaks: Sage.
- Foucault, M. (1982) The Subject and Power. *Critical Inquiry*, 8(4): 777-795.
- Foucault, M. (1991) Governmentality. In: G. Burchell, C. Gordon en P. Miller (red.) *The Foucault Effect*. Chicago: Harvester Wheatsheaf, 87-104.
- Graaff, M.B. de, C. Bröer en R.A. Wester (2015) Biomedical risks and citizenship: depoliticizing cell site deployment in the Netherlands and Southern California. *Journal of Risk Research*, doi: 10.1080/13669877.2015.1071864.
- Hajer, M.A., J.P.M. van Tatenhove en C. Laurent (2004) *Nieuwe vormen van Governance. Een essay over nieuwe vormen van bestuur met een empirische uitwerking naar de domeinen van voedselveiligheid en gebiedsgericht beleid*. Bilthoven: RIVM.
- Hajer, M.A. en W. Versteeg (2005) Performing governance through networks. *European Political Science*, 4: 340-347.
- Houdt, F. van (2009) 'Taking Foucault into the field'. Governmentality en besturen via veiligheid en criminaliteit. *Krisis*, 3: 117-126.
- Houdt, F. van (2014) *Governing Citizens. The government of citizenship, crime and migration in the Netherlands*. Rotterdam: Erasmus Universiteit, proefschrift.

- Klijn, E.H. (2008) Governance and governance networks in Europe. *Public Management Review*, 10 (4): 505-525.
- Lemke, T. (2001) 'The birth of bio-politics': Michel Foucault's lecture at the Collège de France on neo-liberal governmentality. *Economy and Society*, 30(2): 190-207.
- Mayntz, R. (2003) New challenges to governance theory. In: H.P. Bang (red.) *Governance as social and political communication*. Manchester: Manchester University Press, 27-40.
- NSOB (2012) *Het EPD voorbij? Evaluatie Besluitvormingsproces Kaderwet Elektronische Zorginformatie-uitwisseling*. Den Haag: Nederlandse School voor Openbaar Bestuur.
- Pierre, J. en B.G. Peters (2000) *Governance, Politics and the State*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Pluut, B. (2010) *Het Landelijk EPD als Blackbox. Besluitvorming en opinies in kaart*, webpublicatie nr. 45. Den Haag: WRR.
- Rhodes, R.A.W. (1996) The New Governance: Governing without Government. *Political Studies*, 44 (4): 652-667.
- Rhodes, R.A.W. (1997) *Understanding Governance. Policy Networks, Governance, Reflexivity and Accountability*. Philadelphia: Open University Press.
- Rose, N. & P. Miller (1992) Political power beyond the State: problematics of government. *British Journal of Sociology*, 43(2): 173-205.
- Rose, N., P. O'Malley en M. Valverde (2006) Governmentality. *Annual Review of Law and Social Science*, 2: 83-104.
- Rothstein, H. (2006) The institutional origins of risk: A new agenda for risk research. *Health, Risk & Society*, 8(3): 215-221.
- Sørensen, E. en J. Torfing (2005) The Democratic Anchorage of Governance Networks. *Scandinavian Political Studies*, 28(3): 195-218.
- Tonkens, E., C. Bröer, N. van Sambeek en D. van Hassel (2013) Pretenders and performers: Professional responses to the commodification of health care. *Social Theory & Health*, 11(4): 368-387.
- VZVZ (2012) *Businessplan VZVZ 2013-2016*. Verkregen op 29 oktober 2015, [www.vzvz.nl/uploaded/FILES/htmlcontent/Businessplan%20VZVZ%20DEF.pdf](http://www.vzvz.nl/uploaded/FILES/htmlcontent/Businessplan%20VZVZ%20DEF.pdf).
- Walls, J., T. O'Riordan, T. Horlick-Jones en J. Niewöhner (2005) The meta-governance of risk and new technologies: GM crops and mobile telephones. *Journal of Risk Research*, 8(7/8): 635-661.
- Wardman, J.K. (2008) The Constitution of Risk Communication in Advanced Liberal Societies. *Risk Analysis*, 28(6): 1619-1637.
- Wetherell, M., S. Taylor en S.J. Yates (red.) (2001) *Discourse as Data. A Guide for Analysis*. London: Sage.

## Over de auteurs

**Tim ten Ham** is junior docent en onderzoeksmedewerker bij de afdeling Sociologie aan de Universiteit van Amsterdam. In 2014 heeft hij de Research Master Social Sciences aan de Universiteit van Amsterdam afgerond. Momenteel is hij als onderzoeksassistent betrokken bij het evaluatie-onderzoek naar de Kinderfaculteit in de Rotterdamse probleemwijk Pendrecht.

E-mail: [t.tenham@uva.nl](mailto:t.tenham@uva.nl)

**Christian Bröer** doet onderzoek naar de relatie tussen politieke processen en problematiseringen in het dagelijkse leven, bijvoorbeeld wat betreft geestelijke gezondheid, gezondheidsrisico's en gezondheidsactivisme. Hij is ook bezig om software te ontwikkelen voor open online analyse van kwalitatieve data ([www.crowdedtheory.com](http://www.crowdedtheory.com)). Bröer is universitair hoofd-docent Sociologie aan de Universiteit van Amsterdam, hoofd van de groep Political Sociology, redacteur van *Sociologie* en lid van de international editorial board van *Health Risk and Society*.  
E-mail: [c.broer@uva.nl](mailto:c.broer@uva.nl)



