

Fundament digitalisering en gegevensuitwisseling

Verdiepend document

Versie 1.0, 15 december 2023

Bijlage behorend bij:



Inleiding

In het in oktober 2022 afgesloten Integraal Zorgakkoord (IZA) krijgen digitalisering, samenwerking in de regio en gegevensuitwisseling een belangrijke plek. Regionale samenwerking wordt genoemd als belangrijke voorwaarde voor de juiste zorg op de juiste plek. En via digitalisering moet de toegankelijkheid van zorg gewaarborgd blijven en de druk op de professionals afnemen. Dit fundament is voorwaardelijk voor het realiseren van de IZA-doelstellingen in onze regio.

Het IZA is een akkoord tussen beroeps- en brancheorganisaties over de 'integrale' aanpak van de gezondheidszorg in de periode 2023 t/m 2026. Digitalisering en gegevensuitwisseling heeft daarin een belangrijke plek. Later volgt nog een prioritering in urgentie, tijdsplanning en wordt gekeken naar wat passend is bij de beschikbare middelen, waaronder de incidentele middelen die het coalitieakkoord ter beschikking stelt.

Doelstellingen en afspraken worden gemaakt over de volgende onderdelen:

1. Elektronische gegevensuitwisseling is de standaard in de zorg ([zie ook basis op orde](#)).
 - a. Regie op gegevensuitwisseling via een landelijk dekkend netwerk van ICT-infrastructuren en –systemen.
 - b. Standaardisatie.
 - c. Generieke functies.
 - d. Toestemming voor het delen van gegevens en privacy.
2. Inwoners van Nederland hebben in 2025 digitaal toegang tot en de beschikking over hun eigen zorggegevens (via een PGO). [Zie ook netwerkzorg](#).
3. Om de zorg toegankelijk, kwalitatief en betaalbaar te houden is transformatie nodig naar [hybride zorg](#).
 - a. Bekostiging/financiering van hybride zorg.
 - b. Hybride zorg en richtlijnen/kwaliteitsstandaarden.
 - c. Digitale en veranderkundige vaardigheden.
4. Data wordt digitaal, eenduidig en gestandaardiseerd geregistreerd in het zorgproces en beschikbaar gesteld voor diverse secundaire doelen ([zie ook basis op orde](#)).

De visie van de regio(partners) op digitalisering sluit hierop aan. We gaan als partijen in de regio intensiever met elkaar samenwerken, de eerstelijnszorg wordt versterkt en er wordt ingezet op preventie. Verregaande samenwerking tussen de regio's en de verschillende domeinen, zoals het sociaal domein, de huisartsenzorg, de ggz, gemeentes en de ziekenhuizen is één van de uitgangspunten. Digitalisering gaat deze ontwikkelingen ondersteunen en verder brengen. Met behulp van het regioplan zullen we ons als samenwerkende partijen inzetten op beschikbare oplossingen versneld te implementeren.

In dit document vindt de uitwerking plaats van het Fundament Digitalisering. In dit fundament gaan we in op de landelijke ontwikkelingen en de betekenis daarvan voor de regio. De (inter)regionale fundament-opgave bestaat uit twee thema's: elektronische gegevensuitwisseling, toegankelijkheid en registratie én transformatie naar hybride zorg. In de (inter)regionale fundamentopgave grijpen we terug op de landelijke thema's.



Penvoering van het regioplan ligt in dit voorstel in principe bij de fundamentcoalitie Digitalisering. De fundamentcoalitie digitalisering bestaat uit RSO Trijn, Zilveren Kruis, Gemeenten Utrecht en Nieuwegein.

Doelgroepen

In dit fundament wordt geen onderscheid tussen de verschillende doelgroepen gemaakt. Immers digitalisering en gegevensuitwisseling moet ondersteunend zijn voor alle doelgroepen.

IZA-doelgroepen:

- Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden
- Ouderen met een kwetsbare gezondheid
- Mensen met psychische klachten / mentaal kwetsbaren
- Mensen met (risico op) kanker
- Mensen met (risico op) hart- en vaatziekten
- Jeugd
- Sociaal kwetsbaren
- Zorgverleners
- Informele zorgverleners en mantelzorgers
- Vrijwilligers / actieve bewoners en/of...
- Overig

Sector(en): alle sectoren hebben direct of indirect voordeel. Daarmee is dit fundament van invloed op alle segmenten en segment overstijgend.

Samenvatting

(Inter)Regionaal						
		Doelstelling	Impact (kader impactvolle transities zijn de criteria die impact bepaald)	IST	SOIL	Werkagenda
Netwerkgorg	RTA's basis (pag. 22-24)	9 extra RTA's zijn ontwikkeld, vastgesteld en in de regio geïmplementeerd. Alle professionals en patiënten van leden van Trijn werken hiermee. De ambitie is er ook voor niet-leden. Zij worden op een slimme manier meegenomen.	We schatten in hiermee 5-10% onnodige zorg op te vangen.	Er zijn in de regio 14 RTA's en werkspraken geïmplementeerd.	9 extra RTA's zijn geïmplementeerd in de regio. Ook de zorgpaden Zorg bij jou van Santeon zijn geïmplementeerd in de regio.	RTA's ontwikkelen, vaststellen en implementeren op basis van de roadmap. We plotten per jaar hoeveel en welke RTA's we gaan ontwikkelen en implementeren. Niet-leden van Trijn nemen we mee.
	Netwerkgorg platform (pag. 24-26)	Onze doelstelling is dat professionals en inwoners in onze regio's via één netwerkorgtoegang geïntegreerd in de eigen werkomgeving toegang hebben tot alle relevante gegevens uit verschillende gegevensbronnen uit verschillende domeinen.	Impact groei hoeveel % vangen we op? 1. Het opvangen van de 22,5% bevolkingsgroei; 0% toename chronische aandoeningen en 6% vergruiping en het dalende percentage informele zorg van 10% naar 4 %. 2. We verwachten dat deelnemende professionals in 2026 een reductie van 35% ervaren ten aanzien van administratie lasten en uitzoekwerk. 3. We verwachten dat met goede netwerkgorg dat het percentage van doorverwijzingen naar de tweede lijn afneemt. Onze ambitie is deze met 7% de komende jaren te reduceren.	In de regio worden verschillende netwerkgorg-platformen gebruikt.	Het einddoel is om stap voor stap te convergeren naar één netwerkgorgplatform.	Op basis van een visie op digitale netwerkgorg en een roadmap met use cases, implementeren we een netwerkgorgplatform. Dit is een eerste aanzet voor een langer traject dat doorloopt na 2026. In de komende periode worden plannen gemaakt over hoe dit er na 2026 uit gaat zien.
	Digitale en zorg communicatie (pag. 26-29)	Onder de Trijn leden gaat iedereen het meedenkonsult gebruiken. De ambitie is er ook voor niet-leden. Zij worden op een slimme manier meegenomen. De doelstelling is om een uniforme, regionale basisinfrastructuur neer te zetten voor digitale communicatie binnen het totale (zorg)netwerk, met goede koppelingen met de dossiers. Uitgangspunt: we sluiten aan bij de 4-doelstellingen van het quadruple aim model.	Meer eenheid in de verschillende processen waardoor productiviteit met 7,5-10% verhoogd kan worden. Hulpverleners zijn op de hoogte van elkaars interventies en dat bevordert de kwaliteit van zorg. Daarnaast ook de ervaring van de inwoner/patiënt. Deze ervaart meer regie op het eigen behandelproces. Dit laatste wordt positief beoordeeld in een enquête. - We verwachten dat deelnemende professionals in 2024 en 2025 een reductie van 35% ervaren ten aanzien van administratie lasten en uitzoekwerk. Dit geldt vooral voor de zorg. - We verwachten dat met goede netwerkgorg dat het percentage van doorverwijzingen naar de tweede lijn afneemt. Onze ambitie is deze met 7% de komende jaren te reduceren.	Monodisciplinair en op kleine schaal georganiseerd.	Als onderdeel van netwerkgorg (multidisciplinair) realiseren we het meedenkonsult, het digitaal verwijzen en tweewegcommunicatie.	Op basis van een plan van aanpak maken we een keuze voor een oplossing. Op basis van een pilot zal de oplossing geïmplementeerd worden in de regio. Verdere ontwikkeling van de oplossing zal onderdeel zijn.
	Hybride Zorg telemonitoring, telebehandeling en zorgpaden (pag. 29-31)	Onze ambitie is dat de functie van telemonitoring en telebehandeling regionaal voor ten minste 65% wordt ondergebracht in een medisch regie centrum (MRC). Zorgpaden/zorgprocessen zijn transmurale en sectoraal uniform hybride geïmplementeerd. De uitwerking van een regionaal MRC ligt in eerste plaats bij de vier ziekenhuizen in onze regio (zie voor details de MSZ opgave). Dit plan heeft de ambitie om tot één MRC voor de regio te komen. Uitgangspunt hierbij is om zaken niet dubbel te doen en te gebruiken wat al bewezen goed werkt. Zoals Santeon Zorg bij jou. Dit kan echter niet zonder samenwerking met de huisartsen, GGZ en VVT. In eerste instantie voor medische (planbare) zorg en vervolgens richting preventie en gezondheid. Onderzocht zal worden hoe ook ongeplande zorg hier een plek krijgt.	25% reductie reguliere zorgactiviteiten door de inzet van telemonitoring.	Op dit moment is de functie van MRC ondergebracht bij twee ziekenhuizen in onze regio: het UMC Utrecht (medisch regiecentrum UMCU) en het Sint Antonius ziekenhuis (Zorg bij jou). Partijen organiseren ieder voor zich telemonitoring in de vorm van werkprocessen en een bijbehorende een toepassing. Dat wil zeggen: sectorale telemonitoring initiatieven en hybridisering van zorgpaden/zorgprocessen.	In de regio naar één MRC en uniforme werkwijze van hybride zorgpaden/zorgprocessen.	Aandacht voor onderstaande: De uitwerking van het regionaal MRC ligt in eerste plaats bij de vier ziekenhuizen in onze regio. Dit kan echter niet zonder samenwerking met de 1e en 3e lijn.
Basis op orde	Infrastructuur en koppelingen (pag. 31)	Doelstelling is de implementatie van standaarden en inzet van gemeenschappelijke voorzieningen voor generieke functies zodat informatie beschikbaar, interpreteerbaar, deelbaar en uitwisselbaar wordt.	Alle plannen zijn niet realiseerbaar zonder dit te realiseren.	Zie IST plaat pagina 35.	Zie platen soll 1 en 2 pagina 35 en 36.	Op basis van projectplannen zullen de verschillende onderdelen van de basis op orde geïmplementeerd worden.
	Informatie-standaarden (pag. 31-32)	Alle 5 de Wegij standaarden zijn volgens de planning van Wegij geïmplementeerd en worden toegepast door alle leden van Trijn. De ambitie is er ook voor niet-leden. Zij worden op een slimme manier meegenomen. Dit loopt tot na 2026.				
	Registratie van gegevens (pag. 32)	We zullen organisaties informeren over het belang van het goed en eenduidig registreren van gegevens. We zullen bevoornden dat via de gangbare taken per sector geregistreerd wordt. Landelijk beschikbare bovenliggende ontologieën/vertalingen kunnen dan eenvoudiger worden geïmplementeerd.				
	Generieke functies (pag. 32)	De nationale visie en strategie (NVS) van het ministerie van VWS vragen om implementatie van generieke functies: adressering, toestemmingenregister, identificatie, authenticatie, autorisatie, localisatie en logging. In onze regio starten we met adressering en toestemming.				
Regionale data/doelarchitectuur	Regionale applicatie-, data- en doelarchitectuur (pag. 34-42)	Om de netwerkgorg in onze regio echt te kunnen faciliteren, willen we met elkaar (in Trijn-verband) een regionale applicatie- en data-architectuur vaststellen en realiseren. Deze data-architectuur zorgt voor interoperabiliteit tussen toepassingen en data. Dit draagt bij aan plateau 1 van de NVS. We beviden een transitiearchitectuur voor die ons voorbereid op plateau 2 van de NVS.	Behalen quadruple aim. Bij de realisatie van de use cases willen we de effecten op het gebied van voorkomen van stapeling en verhoging van werkplezier meten. Onze verwachting is dat 75% van de betrokken huisartsen hier een positieve beoordeling aan geeft. Ten aanzien van de use case lade verwijfsunctie in de regio verwachten we dat de zorg toegankelijker wordt en meer snelheid brengt in de verschillende processen en dus ook in de ervaring van inwoners en patiënten. Er is meer tijd voor professionals omdat onnodige administratie, uitzoekwerk en herstelwerk voorkomen worden. We verwachten dat deelnemende professionals in 2026 een reductie van 35% ervaren ten aanzien van administratie, uitzoekwerk en handmatig overzetten van informatie.	IST plaat pagina 35.	Zie uitwerking regionale applicatie- en data-architectuur pagina 39.	Op basis van een transitieplan wordt stap voor stap de transitie gemaakt naar de nieuwe regionale architectuur. Ontwikkelingen zullen ook na 2026 nog plaatsvinden.

1 Wetgeving en landelijk beleid

Gegevensuitwisseling in de zorg verloopt vaak nog niet elektronisch. De overheid stimuleert de elektronische gegevensuitwisseling met wetgeving en landelijk beleid. We beschrijven hier de belangrijkste ontwikkelingen op het gebied van wetgeving waar we in de regio mee te maken krijgen. Deze zijn meer expliciet op de zorg gericht. Daarnaast beschrijven we de voor de digitaliseringsopgave belangrijkste ontwikkelingen in het landelijk beleid.

1.1 Wegiz

Met de Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz) zetten het zorgveld en de overheid samen belangrijke stappen om gegevensuitwisseling beter te laten verlopen. In de Wegiz staat dat gegevensuitwisseling tussen zorgverleners in veel gevallen digitaal moet verlopen. De Tweede Kamer heeft in oktober 2022 het wetsvoorstel aangenomen. Het wetsvoorstel ligt nu voor behandeling en stemming bij de Eerste Kamer. In de regio zetten we in op de geprioriteerde Wegiz-standaarden ([basis op orde](#)).

In de Wegiz staat dat gegevensuitwisseling tussen zorgverleners in veel gevallen digitaal moet verlopen. De zorg en de leveranciers worden verplicht om data intern, extern, nationaal en internationaal op digitale wijze uit te wisselen. De wet geldt voor alle zorgverleners, zorgaanbieders en ICT-leveranciers in de zorg. De aanwijzing van verplichte digitale uitwisseling gebeurt met een Algemene Maatregel van bestuur (AMvB). De AMvB verwijst naar kwaliteitsstandaarden en NEN-normen. Een NEN-norm kan vervolgens weer verwijzen naar een informatiestandaard, bijvoorbeeld de Informatiestandaard Medicatieproces 9.0.

Waar worden afspraken over gemaakt?

- Afspraken over een gemeenschappelijke taal: zorgverleners moeten eenduidig registreren, onder gebruik van codes en minder vrije tekst.
- Afspraken over techniek: leveranciers moeten hun ICT-producten laten certificeren om aan te tonen dat zij voldoen aan de eisen die zijn vastgelegd in NEN-normen.
- Zorgaanbieders mogen alleen ICT-producten gebruiken die voorzien zijn van een certificaat.

De Wegiz is sinds juli 2023 in werking getreden. Voor het zorgveld zijn er 2 fasen in de aanloop naar een wettelijk verplichting van digitale gegevensuitwisseling. In de ontwikkelfase kan een zorgaanbieder nog invloed uitoefenen door inspraak op een concept-AMvB en door deel te nemen aan de ontwikkeling van de NEN-norm. Is de norm vastgesteld, dan is duidelijk hoe de gegevens moeten worden uitgewisseld. Voor het zorgveld begint dan de implementatiefase. Die duurt tot de inwerkingtredingsdatum. Vanaf die datum moet iedereen zich houden aan de AMvB en de norm.

De eerste AMvB treedt in 2024 in werking en gaat over medicatieoverdracht. Dat is de eerste gegevensuitwisseling die verplicht digitaal plaatsvindt. De gegevensuitwisseling van de Basisgegevensset Zorg (BgZ) volgt vanaf juli 2025. Het tijdstip van verplichtingen rond verpleegkundige overdracht, beeldbeschikbaarheid en acute zorg zijn nog onbekend.

De doelen en systematiek van de Wegiz sluit grotendeels aan op het voorstel voor de European Health Data Space (EHDS).

Impact?

- Informatie die nodig is voor de behandeling van patiënten komt sneller en met minder kans op fouten bij de ontvangende zorgverlener aan.
- Papier dossiers, fax en cd-rom zijn dan niet meer nodig.
- Wegiz helpt de markt te standaardiseren en dwingt achterblijvers te volgen.

1.2 EHDS

Op Europees niveau wordt gewerkt aan wetgeving voor elektronische gegevensuitwisseling en secundair gebruik van data. Het Europese voorstel voor de European Health Data Space (EHDS) kan ook helpen om een versnelling op nationaal niveau te realiseren. In de regio houden we de ontwikkelingen nauwlettend in de gaten. Data beschikbaar krijgen voor de regio is een cruciale factor bij het slagen van [netwerkzorg](#).

De European Health Data Space (EHDS) is een voorstel van de Europese Commissie met als doel om medische gegevens makkelijk en snel te kunnen uitwisselen en burgers toegang te geven tot hun gezondheidsdata. Het voorstel bestaat uit 3 onderdelen:

1. Het voorstel voor het primaire gebruik van zorgdata geeft burgers rechten waarmee zij controle en zeggenschap krijgen op de toegang en het gebruik van hun digitale gezondheidsgegevens voor de levering van zorg.
2. Het secundaire gebruik van zorgdata behelst het gebruik van digitale gezondheidsgegevens voor onderzoek, innovatie en maatschappelijke interventies.
3. De ontwikkeling van een eenvormige Europese markt voor digitale gezondheidsproducten en -diensten, zoals elektronische medische dossiersystemen.

De commissie wil de regels voor (product)veiligheid, beveiliging en interoperabiliteit binnen de EU op elkaar afstemmen zodat schaling van producten op EU-niveau mogelijk wordt. Dat helpt om kosten te verlagen en innovaties te stimuleren.

Wanneer EHDS in werking treedt is onduidelijk. Het ministerie van VWS geeft schattingen dat dit gebeurt in een tijdbestek tot 2027. Daarna moeten de verschillende Europese standaarden nog samengebracht en ontwikkeld worden. Eerste resultaten worden pas in 2026 verwacht. VWS doet nu eerst een impact-analyse.

De impact op het zorgveld is behoorlijk.

- Geeft burgers meer controle en zeggenschap over hun eigen gezondheidsgegevens
- Reguleert de markt voor EPD-systemen zodat ze met elkaar kunnen communiceren.
- Vergroot de beschikbaarheid van gegevens (grensoverschrijdend) voor wetenschappelijk onderzoek, innovatie en beleid.
- Meer maatregelen omtrent het secundair gebruik van gezondheidsgegevens.

De Europese Unie omarmt het principe van Self Sovereign Identities (SSI) en werkt aan een eIDAS-compatibel European Self-Sovereign Identity Framework (ESSIF). Dit zijn innovatieve technieken die nog niet gebruikt worden.

1.4 Wonen, ondersteunen en Zorg voor ouderen (WOZO)

Het WOZO-programma draagt bij aan een brede maatschappelijke beweging en de transitie in wonen, ondersteuning en zorg voor ouderen. Zelfstandig als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan. Deze norm hanteren we eveneens in het IZA. De beweging van het IZA versterkt de beweging van het WOZO en andersom.

Er is geen duidelijke tijdlijn met deadlines uitgezet in het WOZO. Impact op het zorgveld In tegenstelling tot het IZA heeft WOZO geen financiële paragraaf voor digitalisering of gegevensuitwisseling. Investerings in digitalisering zijn vooral gericht op technologie voor arbeidsbesparende maatregelen en/of het vergroten van zelfstandig wonen. De impact van WOZO op het zorgveld is binnen het kader van deze agenda gering.

1.5 Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA)

Het doel van het GALA is om samen met gemeenten de beweging naar mentale en fysieke gezondheid en preventie kracht bij te zetten.

Doelen zijn:

1. terugdringen gezondheidsachterstanden;
2. een gezonde fysieke leefomgeving die uitnodigt tot bewegen en ontmoeten;
3. versterken van (de verbinding met) de sociale basis;
4. een gezonde leefstijl;
5. versterken van de mentale weerbaarheid en mentale gezondheid;
6. vitaal ouder worden;
7. domeinoverstijgende inzet vanuit een regionale preventie infrastructuur.

Het GALA geeft nadere invulling aan de afspraken die in het IZA zijn gemaakt over de regionale samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten. Op het terrein van gezondheidsbevordering en preventie en de inrichting van ketenaanpakken die meerdere domeinen beslaan (Wet publieke gezondheid, Wet maatschappelijke ondersteuning, Zorgverzekeringswet en Jeugdwet).

Het GALA geeft uitvoering aan de afspraak in het IZA dat zorgverzekeraars en gemeenten uiterlijk 1 januari 2025 niet-vrijblijvende regionale samenwerkingsafspraken hebben gemaakt over gezondheidsbevordering. Dit betreft onder meer een werk- en mandaatstructuur, voorwaarden waaraan de regionale afspraken over preventie en gezondheidsbevordering moeten voldoen, en passende bekostiging van coördinatiekosten.

GALA bevat geen financiële paragraaf voor digitalisering of gegevensuitwisseling. Dat wordt geregeld in het IZA. De impact van GALA op het zorgveld is binnen het kader van deze agenda (gegevensuitwisseling) daarom nog ongewis. Uitvoering Als het gaat om gegevensuitwisseling volgt GALA de uitvoering van IZA.

1.6 Nationale visie en strategie

Het ministerie van VWS heeft samen met Nictiz, ZN en VZVZ deze landelijke visie op het zorginformatiestelsel opgesteld. Deze visie en strategie bouwt onder andere voort op IZA, WOZO (Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen) en GALA (Gezond en Actief Leven Akkoord). In 2023 heeft de Tweede Kamer ingestemd met de visie en strategie. De digitaliseringsopgave van de regio ondersteunt bij het realiseren van de nationale visie en strategie.

Het gezondheidsinformatiestelsel heeft tot doel om de informatievoorziening die noodzakelijk is voor een goede werking van het zorgstelsel te realiseren, te onderhouden en door te ontwikkelen. Centraal staat dat alle betrokkenen bij elk zorgproces gebruik kunnen maken van de data en informatie die nodig zijn voor een goede invulling van hun rol of taak binnen een daarvoor passende wet- en regelgeving. Dit beperkt zich daarom niet tot een bepaald zorgdomein, een bepaalde sector, een primair of secundair proces. Het omvat het geheel van informatievoorziening gerelateerd aan (het ondersteunen van) gezondheid.

Om de visie concreet te maken is er een voorgenomen kortetermijnstrategie uitgewerkt. Die strategie kent 3 plateaus:



Uit 'Visualisering Nationale Visie en Strategie op het gezondheidsinformatiestelsel' 6-4-2023, ministerie van VWS.

Anders dan hierboven aangegeven zijn precieze activiteiten en tijdslijnen nog in ontwikkeling.

De visie en strategie geven samen meer richting en regie aan de implementatie van gegevensuitwisseling op nationaal niveau. Hierdoor weten zorgorganisaties en aanpalende organisaties beter waar ze aan toe zijn. Zoals het ernaar uitziet moet er een landelijk dekkend netwerk van data-uitwisselingsplatformen komen die onderling verbonden zijn.

Partijen zijn landelijke overlegtafels aan het opzetten die de strategie verder moeten invullen met activiteiten. Ook is er mogelijk sprake van de start van een centrale landelijke implementatieorganisatie.

2 Landelijke prioriteiten

In 2019 zijn door het Informatiebeeraad Zorg zogenaamde 'outcomedoelen' vastgesteld. Het gaat om:

- Medicatieveiligheid;
- Patiënt centraal;
- Gestandaardiseerde uitwisseling en eenmalig vastleggen en hergebruik van gegevens.

Deze outcomedoelen vormen een leidraad voor de landelijke programma's, projecten en activiteiten binnen de zorg. De focusprogramma's geven invulling aan de uitwisseling van specifieke gegevens:

- Programma Twiin ([zie afsprakenstelsels](#))
- Programma MedMij ([zie afsprakenstelsels](#))
- Programma Medicatieoverdracht - [medicatieproces 9.0](#) (MP9)
- Programma Samen werken aan [eOverdracht](#)
- Programma [Met spoed beschikbaar](#)
- Programma [Faexit](#)
(de regio verwacht uiterlijk medio 2024 alle faxverkeer gestopt te hebben, daarmee vormt deze prioriteit geen onderdeel van het onderdeel (inter)regionale ontwikkelingen in deze fundamentopgave)
- [PGO](#)
- [Basisgegevensset zorg](#)

De focusprogramma's zijn verbonden met de VIPP-regelingen omdat zij standaarden ontwikkelen die binnen de VIPP-programma's worden geïmplementeerd.

2.1 Programma Medicatieoverdracht

Het programma Medicatieoverdracht werkt aan een goede, complete elektronische overdracht van medicatiegegevens. Het doel is een actueel en compleet medicatieoverzicht voor iedere zorgverlener en iedere patiënt.

De scope van het programma bestaat uit 2 onderdelen:

1. Het verbeteren van de zorginhoud; het implementeren van de richtlijn Overdracht van de medicatiegegevens in de keten.
2. De implementatie van de informatiestandaarden Medicatieproces 9.0, Labwaarden en Contra-indicaties- en Overgevoeligheden.

Bijna alle zorgsectoren werken mee aan het programma. In 10 stappen werken alle partijen samen aan een actueel en compleet overzicht van medicatiegegevens: voor zorgverlener en patiënt. Daarnaast nemen sectoren in hun plan op hoe zij de standaarden uitwerken, in software laten inbouwen, testen en in gebruik nemen. Belangrijk daarbij is de bovensectorale afstemming en samenwerking.

Het programma start met een tweejarige kickstart in de regio's Rijnmond en Friesland. Deze regio's implementeren de nieuwe informatiestandaard Medicatieproces 9 in combinatie met de richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten. Op basis van deze praktijkervaring wordt de informatiestandaard bijgesteld en vervolgens landelijk geïmplementeerd. Voor nu is de voorbereidingsfase afgerond.

De komende maanden wordt zorgvuldig getoetst of de functioneel ontwerpen in de praktijk leiden tot systemen die doen wat de bedoeling is. Begin 2024 gaan de deelnemers aan de kickstart echt digitaal medicatiegegevens met elkaar uitwisselen.

De te verwachten impact op het zorgveld:

- Veilige en efficiënte medicatieoverdracht
- Verminderen van (her)opnames en medicatie-incidenten
- Uitbreiding van het digitaal receptenverkeer
- Actueel en compleet medicatieoverzicht is beschikbaar voor alle zorgverleners
- De toedieningslijst wordt gedigitaliseerd

2.2 Programma Samenwerken aan eOverdracht

Het programma Samenwerken aan eOverdracht' richt zich op een veilige en eenduidige elektronische gegevensuitwisseling door verpleegkundigen in de (langdurige) zorg. Het programma wordt aangestuurd door de beroepsgroep Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN).

De eOverdracht is een verzameling afspraken over de inhoud en techniek van de verpleegkundige digitale verslaglegging en uitwisseling van verpleegkundige gegevens tussen zorginstellingen. De Informatiestandaard eOverdracht is gebaseerd op de richtlijn verpleegkundige verslaglegging. De standaard omschrijft welke informatie op welke manier in de bestaande elektronische patiëntendossiers moet worden vastgelegd, zodat deze systemen gegevens direct met elkaar kunnen uitwisselen. Deze standaard wordt de komende jaren in alle bestaande EPD-/ ECD-systemen ingebouwd.

Het streven is dat er in 2026 met de eOverdracht gewerkt wordt. De inhoud van de eOverdracht bestaat uit 57 zorginformatiebouwstenen (zibs). De Informatiestandaard wordt landelijk in 3 fasen uitgerold. Voor elke fase wordt een handleiding geschreven. Een aantal organisaties is binnen samenwerkingsverbanden al aan de slag met de implementatie van de eOverdracht.

Met name voor kleine organisaties in bijvoorbeeld de wijkzorg, is dit een wezenlijke verandering van de manier van werken. Het voordeel is dat je als zorgprofessional je gegevens nog maar één keer vast hoeft te leggen. Je kunt ze daarna steeds hergebruiken. Als patiënt of cliënt hoef je nog maar één keer je verhaal te doen en de kwaliteit van zorg wordt beter omdat iedereen op elk moment toegang heeft tot de juiste gegevens. Het grootste verschil met de huidige situatie is dat gegevens overal op dezelfde manier vastgelegd worden. Hierdoor begrijpen de systemen elkaar en hoef je als zorgprofessional geen gegevens meer over te typen.

2.3 Programma Met spoed beschikbaar

Het programma Met spoed beschikbaar is op 1 juli 2023 beëindigd. De implementatie van digitale gegevensuitwisseling volgens de Richtlijn Gegevensuitwisseling acute zorg is echter nog niet klaar. Vanuit het IZA is de gegevensuitwisseling Acute Zorg toegevoegd aan de MJA Wegiz. Acute Zorg is daarmee nu ook een geprioriteerde gegevensuitwisseling. Het doel van aanwijzen van deze gegevensuitwisseling onder de Wegiz is om de implementatie verder te verbeteren en af te ronden. In onze regio gaan de organisaties hiermee verder onder coördinatie van RSO Trijn.

De landelijke branche- en beroepsorganisaties van de betrokken aanbieders van spoedzorg, Patiëntenfederatie Nederland, ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland, VZVZ en Nictiz werkten in het programma samen om de digitale gegevensuitwisseling in de spoedzorgketen te realiseren.

De richtlijn 'gegevensuitwisseling huisarts - huisartsenpost - ambulancevoorziening - afdeling spoedeisende hulp' omvat in totaal 24 uitwisselingen van gegevens tussen de zorgaanbieders in de spoedzorg. Het programma is gestart met de volgende uitwisselingen:

- Het verbeteren van de beschikbaarheid van gegevens van de huisarts, de huisartsenpost en de ambulancevoorzieningen bij de SEH.
- De inzage in een samenvatting van de gegevens van de huisarts voor de ambulance.
- De digitale overdracht van de huisartsenpost naar de meldkamer.
- Rapportages van de SEH en ambulance richting de huisarts.
- Impact op het werkveld.

Door betere gegevensuitwisseling worden zorgverleners beter ondersteund in hun werk, waardoor de patiënt sneller de juiste zorg ontvangt. Dit leidt tot:

- betere gezondheidsuitkomsten;
- efficiënter en sneller (keten)zorgproces;
- meer werkplezier voor zorgverleners;
- kwaliteitsverbetering van het zorgproces.

2.4 Programma Faexit

De fax als technologie is onveilig, achterhaald en kostbaar. Toch is de fax nog steeds op grote schaal onderdeel van de dagelijkse praktijk in de zorg. Het programma Faexit biedt landelijke ondersteuning bij de gedragsverandering die nodig is om afscheid te nemen van de fax in de zorg.

Het doel is om te stoppen met deze techniek die niet toekomstbestendig is voor gestructureerde gegevensuitwisseling. Het is hierbij belangrijk het faxproces uit te faseren in de gehele keten. In het programma worden met een toolkit alternatieven voor de fax geboden. Het programma wordt regionaal georganiseerd.

Faexit maakt overzichtelijk welke werkbare alternatieven er zijn voor de fax. Het aanbod is onafhankelijk; er valt te kiezen in wat past binnen de eigen systemen, de reeds bestaande oplossingen en de samenwerking in de keten. De alternatieve gegevensuitwisseling is minimaal elektronisch en herbruikbaar en gestructureerd waar mogelijk. Daarnaast zorgt Faexit voor oplossingen zodat het vinden van de juiste adressen geen belemmering vormt.

Faexit start bij de grootverbruikers van de fax, ziekenhuizen, huisartsen en apotheken. Het programma is gestart in januari 2022. Uiterlijk eind 2024 is de fax de zorg uit.

Het gebruik van veilige, elektronische alternatieven voor de fax, maakt de zorg veiliger. Het risico dat met het gebruik van de fax gevoelige informatie niet goed overkomt of op de verkeerde plaats terecht komt is onaanvaardbaar groot als men wil voldoen aan de huidige normen qua informatiebeveiliging en privacy.

2.5 PGO

Met een PGO (persoonlijke gezondheidsomgeving) heeft de patiënt alle gezondheidsgegevens bij elkaar in een app of op een website. De patiënt heeft zelf het overzicht over zijn gezondheid en kan gegevens delen met al zijn zorgverleners. Steeds meer zorgverleners kunnen dit al en doen dit via MedMij.

MedMij is de Nederlandse standaard voor het veilig uitwisselen van medische gegevens. De PGO's én de systemen van de zorgverleners moeten aan deze standaard voldoen voordat ze veilig met elkaar kunnen verbinden. Met een PGO-alliantie van ruim 50 patiënten-, branche-, consumenten- en welzijnsorganisaties wordt gewerkt aan het bekender maken van PGO's onder zorgverleners en burgers, onder leiding van de Patiëntenfederatie Nederland. Hierbij worden toegankelijkheid, ondersteuning en gebruiksvriendelijkheid voor mensen, ook voor mensen met minder vaardigheden, uitdrukkelijk in beschouwing genomen.

De versnellingsprogramma's helpen zorgaanbieders om hun data ter beschikking te stellen aan de patiënt via een PGO. Daardoor kunnen burgers een samenvatting van hun huisartsendossier ophalen en zijn organisaties – zoals ggz-instellingen en ziekenhuizen – in staat om patiëntendata te ontsluiten naar een PGO. Ondertussen zijn in de loop van 2023 koppelingen vanuit de verschillende sectoren beschikbaar gekomen. Nu is het zaak om de PGO's ook echt te gaan vullen en om bewustwording te creëren. In februari is er een landelijke visie uitgebracht.

De impact van PGO's:

- PGO's dragen bij aan beter geïnformeerde patiënten wat leidt tot betere zorg en het ontzorgen van de professional.
- PGO's bieden meerwaarde, maar voor het breder gebruik zijn er op dit moment nog knelpunten die moeten worden opgelost.

2.6 Basisgegevensset Zorg (BgZ)

De Basisgegevensset Zorg (BgZ) is de minimale verzameling van patiëntgegevens die specialisme-, ziektebeeld- en beroepsgroepoverstijgend relevant is en van belang is voor de continuïteit van zorg. Deze gegevensverzameling kan uitgewisseld worden tussen instellingen en patiënten. In MedMij bijvoorbeeld wordt de BgZ gebruikt voor het raadplegen in een PGO – en tussen instellingen onderling.

De BgZ is dus ontwikkeld om de uitwisseling van informatie tussen zorgverleners te verbeteren en te zorgen voor een eenduidige registratie van gegevens. Hierdoor kunnen zorgverleners beter samenwerken en wordt de kwaliteit van de zorg verbeterd. De VIPP-regelingen verplichten het gebruik van de BgZ.

De BgZ maakt gebruik van een aantal zibs (zorginformatiebouwstenen). Zibs zijn gestandaardiseerde bouwstenen voor het uitwisselen van zorginformatie tussen verschillende zorgverleners en zorginstellingen.

De BgZ kent verschillende zibs, waaronder:

- Zib Patiënt: NAW-gegevens, BSN, geboortedatum, geslacht, overlijdensinformatie, contactgegevens van de patiënt.
- Zib Betaler: de verzekeringsgegevens van de patiënt.
- Zib Medicatieafpraak: alle bekende medicatieafspraken, indien beschikbaar.
- Zib Probleem: alle bekende problemen van alle probleemttypen.
- Zib verrichting: alle bekende verrichtingen, indien beschikbaar.
- Zib Contact: alle bekende contacten, indien beschikbaar.
- Zib Bloeddruk: laatst bekende bloeddruk, indien beschikbaar.
- Zib Lichaamsgewicht: laatst bekende lichaamsgewicht, indien beschikbaar.

De BgZ zorgt ervoor dat gegevens op een eenduidige en gestandaardiseerde manier worden vastgelegd en uitgewisseld, waardoor de kwaliteit van de zorg wordt verbeterd en zorgverleners efficiënter samenwerken. De BgZ kan bijvoorbeeld worden gebruikt in de volgende situaties:

- Delen van medische gegevens tussen verschillende zorgverleners, zoals huisartsen, specialisten en ziekenhuizen.
- Opstellen van behandelplannen en het monitoren van de gezondheidstoestand van patiënten.
- Aanvragen van vergoedingen en declaraties bij zorgverzekeraars.
- Bijhouden van kwaliteitsindicatoren en prestatie-indicatoren in de zorg.

De BgZ wordt momenteel voornamelijk gebruikt in Nederland, maar de principes van gestandaardiseerde gegevensuitwisseling worden ook in andere landen toegepast.

3 VIPP programma's

VIPP staat voor Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt & Professional. Het ministerie van VWS heeft voor verschillende sectoren VIPP-programma's ingericht, bijvoorbeeld voor de ziekenhuizen, ggz, huisartsen en geboortezorg.

De belangrijkste doelstelling van deze programma's is het uitwisselen van gestandaardiseerde informatie tussen de zorginstelling en de patiënt, waar mogelijk via een MedMij-gecertificeerd PGO. Alle VIPP-programma's werken hieraan. We behandelen achtereenvolgens:

- VIPP 5 voor ziekenhuizen, UMC's en zelfstandige klinieken;
- VIPP OPEN voor huisartsen;
- VIPP InZicht;
- VIPP Geboortezorg Babyconnect;
- VIPP Farmacie.

3.1 VIPP 5

VIPP 5 is een implementatieprogramma. Door het VIPP-programma kunnen instellingen van medisch specialistische zorg en audiologische centra extra stappen zetten in de digitale informatie-uitwisseling met de patiënt en tussen instellingen onderling. Belangrijkste uitgangspunten zijn de uitwisseling van medische gegevens tussen instellingen en het daadwerkelijk hergebruik van deze gegevens en de uitwisseling met de patiënt via de persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO).

VIPP 5 legt de basis voor gestandaardiseerde digitale informatie-uitwisseling met de patiënt via een PGO. De patiënt kan via de PGO de eigen medische gegevens van bijvoorbeeld de huisarts, de verloskundige of de apotheek delen met zorgverleners. Zo krijgt de zorgverlener een completer beeld van de gezondheidssituatie van de patiënt. En de patiënt kan zelf de regie houden op de eigen gezondheid.

VIPP 5 richt zich daarnaast op het uitwisselen van medische gegevens tussen instellingen onderling. Het daadwerkelijk hergebruik van deze informatie, waarbij eenmalig vastleggen en meervoudig gebruik het uitgangspunt is. Dit betekent dat de zorgverlener de informatie niet meer hoeft over te typen, eerder beschikt over de juiste medische gegevens en dat de patiënt niet bij elke zorgverlener hetzelfde verhaal hoeft te vertellen.

3.2 VIPP Open (gesloten in maart 2023)

OPEN is het vierjarig versnellingsprogramma van InEen, LHV en NHG om huisartsen te helpen bij het veilig online delen van medische gegevens met hun patiënt.

OPEN ondersteunt huisartsen en huisartsenorganisaties om online inzage voor patiënten mogelijk te maken, via een portaal of persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO).

OPEN zorgt voor landelijke afstemming van de ICT-aanpassingen in de huisartsinformatiesystemen, en biedt huisartsen en praktijkmedewerkers scholingsmogelijkheden en informatiemateriaal om patiënten voor te lichten.

OPEN werkt samen met regionale coalities om huisartsen te helpen bij de online inzage van medische gegevens voor hun patiënten. Een regionale coalitie bestaat uit minimaal 2 (huisartsen)organisaties: zorggroep, koepel van gezondheidscentra, huisartsencoöperatie of LHV-huisartsenkring.

In onze regio wordt nog gewerkt aan de laatste invullingen van VIPP open.

3.3 VIPP InZicht (gesloten in juli 2023)

VIPP InZicht langdurige zorg stimuleert gestandaardiseerde, elektronische gegevensuitwisseling tussen zorgorganisaties in de care (VVT, ggz-instellingen, gehandicaptenzorg) en met zorgorganisaties in de cure zoals ziekenhuizen en huisartsen.

Door het elektronisch toegankelijk maken en uitwisselen van gegevens wordt het samen beslissen met de cliënt of mantelzorger ondersteund. Ook vermindert de administratieve last voor de zorgprofessional.

InZicht bestaat uit 2 modules:

- Ontsluiting naar een PGO.
- Module eOverdracht.

De VIPP-regeling InZicht liep tot eind juni 2023. Dit betekent dat het subsidietraject is gestopt. Omdat de ambitie –een minimale eOverdracht realiseren waar de verpleegkundige waarde in ziet en die het werk vereenvoudigt – overleefd blijft, is er een initiatief gestart waarbij het samenwerkingsverband samen met Bureau eOverdracht verder kan werken aan de minimale eOverdracht (MeO). Onze regio heeft hier via RSO Trijn een verzoek toe gedaan.

3.4 VIPP Geboortezorg Babyconnect

Babyconnect is een versnellingsprogramma voor informatie-uitwisseling tussen patiënt/cliënt en professional voor instellingen in de geboortezorg.

Het doel is naadloos aansluitende zorg voor moeder en kind(eren) rond de zwangerschap en geboorte. Dit is inclusief de overdracht naar andere zorgverleners van de cliënt en haar kind, waaronder de jeugdgezondheidszorg, kinderarts en huisarts.

Babyconnect is gericht op ICT-aanpassingen, biedt praktische ondersteuning en versterkt de kennis van zorgverleners over digitale informatie-uitwisseling.

De regeling bestaat uit projectsubsidies aan (de penvoerders van) regionale partnerschappen. Deze partnerschappen begeleiden en ondersteunen de aangesloten zorgverleners en organisaties bij de totstandkoming van regionale samenwerking. Regionale partnerschappen die de subsidie hebben aangevraagd zijn aan de slag met de implementatie. In onze regio is ROS Raedelijk de penvoerder vanuit de subsidiekant. RSO Trijn werkt nauw samen om het project uit te voeren en later in beheer te nemen.

3.5 VIPP Farmacie

VIPP Farmacie richt zich op openbare apotheken, poliklinische apotheken en dienstapotheken en is in nauwe samenhang opgezet met het programma Medicatieoverdracht. Binnen het programma Medicatieoverzicht vindt eerst een kickstart plaats met twee regio's met alle betrokken sectoren. Vervolgens start het programma VIPP Farmacie met openbare farmacie en poliklinische apotheken.

Het programma omvat de volgende scope:

- Module 1: in gebruik nemen van de standaarden voor medicatieoverdracht door apotheken: Medicatieproces 9, Lab2Zorg en Contra-indicatie en Overgevoeligheden (CIO)
- Module 2: ontsluiten van medicatiegegevens naar de persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) van patiënten.
- Module 3: implementeren van een nieuw medicatiebewakingssysteem (medisch farmaceutische beslisregels).

Tijdslijn De verwachting is dat in 2023 de AIS-leveranciers beginnen met het inbouwen van de standaarden in hun systemen. Wanneer vervolgens de beleidsregel VIPP Farmacie door VWS wordt gepubliceerd (nog onbekend wanneer dat is), start de inschrijving voor apotheken via het inschrijfportaal van DUS-I. Een apotheek kan deelnemen via een regionaal samenwerkingsverband van apotheken (RSOA). De eerste fase bestaat uit de implementatie van de informatiestandaard MP9, inclusief ontsluiting naar PGO en Medicatiebewaking. De informatiestandaarden Lab en CIO volgen later.

De impact is:

- Vergroten van de medicatieveiligheid voor patiënten.
- Efficiëntie van dossieroverdracht door een goede overdracht van medicatiegegevens.
- Uitbouwen van de rol van apothekers als de medicatiespecialist.
- Voorkomen van verstrekkingen met verkeerde doseringen.
- Vermijden van medicatie-interacties.

4 Afsprakenstelsels

Een afsprakenstelsel is een verzameling afspraken tussen partijen over de onderlinge gegevensuitwisseling. De afspraken hebben onder meer betrekking op te hanteren definities, de momenten van uitwisseling, informatieveiligheid en de te gebruiken techniek. Ook worden afspraken gemaakt over hoe uitvragende partijen gebruikmaken van de gegevens en hoe zij de leverende partijen een terugkoppeling hiervan geven. Een afsprakenstelsel vormt de kapstok om het geheel te kunnen besturen en om toezicht te organiseren. Een afsprakenstelsel bevat de spelregels waar je je als leverancier aan moet houden om mee te mogen doen, en om een product of dienst te mogen leveren. Als gebruiker kun je hierop rekenen en vertrouwen, als je dat product of die dienst afneemt.

Binnen een afsprakenstelsel zijn veel partijen betrokken. Meestal zijn de volgende rollen te onderscheiden:

- De leveranciers (serviceproviders): dit zijn de bedrijven die zich moeten houden aan de afspraken om diensten/ producten te mogen leveren.
- De afnemers: dit zijn de klanten (gebruikers) van de diensten die op basis van het afsprakenstelsel worden aangeboden.
- De toezichthouder: een partij die onafhankelijk bewaakt dat de betrokkenen zich aan de afspraken houden en die middelen heeft om naleving af te dwingen.
- Een beheerorganisatie: deze organisatie draagt zorg voor de ondersteuning van de besturing van het afsprakenstelsel en voor de gemeenschappelijke voorzieningen en generieke communicatie.
- De besturing (ook wel governance): partij die bepaalt en beslist wat de koers is van het stelsel en de verandering organiseert.

Voorbeelden van afsprakenstelsels zijn:

- Twiin (niet te verwarren met het Twiin Portaal)
- MedMij
- BabyConnect
- Nuts
- AORTA
- Koppeltaal

4.1 Twiin afsprakenstelsel

Twiin realiseert een afsprakenstelsel op alle lagen van het interoperabiliteitsmodel om veilig en betrouwbaar gegevens te delen in de zorg. Het afsprakenstelsel beschrijft hoe de beschikbaarheid van gegevens voor landelijke zorgtoepassingen werkt. Door bestaande zorgnetwerken – zoals XDS, LSP – leveranciers-netwerken en gemeenschappelijke voorzieningen in samenhang te verbinden. In onze regio verkennen we de komende periode hoe we via het Twiin afsprakenstelsel de verschillende overdrachten die we hebben beschreven onder [de basis op orde](#) kunnen realiseren.

Het Twiin Afsprakenstelsel bestaat uit een set van afspraken, procedures en regels op het gebied van organisatie, besturing, toezicht, beheer, architectuur, toepassingen en techniek. Daarnaast beschrijft het stelsel hoe verschillende deelnemende zorgaanbieders met elkaar samenwerken en welke verantwoordelijkheden daarbij komen kijken. Naast afspraken over de governance bevat het afsprakenstelsel ook een architectuur. Deze bevat uitgangspunten, modellen, concepten, ontwerpen en implementatiewijzers zodat ook zelf aan de slag gegaan kan worden met de beproeving van het Twiin Afsprakenstelsel.

Binnen het afsprakenstelsel zijn de zorgtoepassingen 'Beeldbeschikbaarheid' en 'BGZ Basisgegevensset Zorg' uitgewerkt. Ook wordt onderzocht of de zorgtoepassing eOverdracht kan worden opgenomen in het afsprakenstelsel.

Een zorgaanbieder kan zich via een Gekwalificeerd Twiin Knooppunt (GTK) aansluiten bij Twiin. Op dit moment zijn er 3 tools beschikbaar voor gebruik: een samenwerkingsovereenkomst, Twiin Portaal en het vertrouwensmodel Twiin. De komende tijd komen er meer tools beschikbaar. Een tijdslijn wordt (nog) niet aangegeven.

Regionale samenwerkingsorganisaties (RSO's) kunnen een Twiin Knooppunt zijn maar zorgaanbieders kunnen dat ook worden. Hiervoor is een toolkit beschikbaar met een model samenwerkingsovereenkomst en een checklist. Wanneer een zorgaanbieder aangesloten is bij Twiin, kunnen verschillende zorgaanbieders veilig en betrouwbaar patiëntgegevens uitwisselen over bestaande zorgnetwerken, platformen en voorzieningen heen.

4.2 MedMij afsprakenstelsel

MedMij is dé Nederlandse standaard voor het veilig uitwisselen van gezondheidsgegevens tussen zorggebruiker en zorgprofessional. Deze uitwisseling vindt plaats via een PGO, een persoonlijke gezondheidsomgeving. In onze regio wordt conform het MedMij afsprakenstelsel uitgewisseld met PGO's.

Met een PGO kunnen zorggebruikers hun gezondheidsgegevens op één plek verzamelen, beheren en delen. Zo weten patiënten beter wat er speelt en krijgen zorgverleners een completer beeld, waardoor je samen tot de best passende zorg kan komen.

MedMij maakt de spelregels voor deze uitwisseling. Alle MedMij-deelnemers moeten zich aan deze spelregels houden. Het betekent dat zij op een door MedMij goedgekeurde manier gegevens met elkaar uitwisselen en veilig en betrouwbaar met deze gegevens omgaan.

Via de VIPP-regelingen wordt de digitale uitwisseling tussen zorgprofessionals en patiënt gestimuleerd. VIPP 5 ziekenhuizen kunnen vanaf 1 oktober 2022 gegevens ontsluiten naar PGO's; het gebruik groeit in het eerste half jaar met 200%. Ook via VIPP InZicht neemt in 2023 het gebruik van PGO's toe. Door middel van een toolkit kan een zorgaanbieder aansluiten bij MedMij.

Voor zorgverleners betekent aansluiten bij MedMij dat je erop kunt vertrouwen dat het beschikbaar stellen van gezondheidsinformatie aan je patiënten op een veilige en betrouwbare manier plaatsvindt, zonder het risico dat deze gegevens in de verkeerde handen terechtkomen. Als je patiënten hiervoor toestemming verlenen, kun je als zorgverlener ook beschikken over de gezondheidsgegevens die je patiënten zelf verzamelen. Als zorgaanbieder ben je volgens de AVG en de Wet cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens in de zorg verplicht een digitaal afschrift van het dossier beschikbaar te stellen aan je patiënten. Met MedMij voldoe je hieraan.

4.3 Afsprakenstelsel Interoperabiliteit Geboortezorg (Babyconnect)

Het Afsprakenstelsel 'Interoperabiliteit Geboortezorg' geeft kaders en randvoorwaarden om digitale gegevensuitwisseling in de praktijk te brengen. Het afsprakenstelsel beschrijft de afspraken, architectuur en technische specificaties die nodig zijn om interoperabiliteit in de geboortezorg te bereiken. In onze regio wordt Babyconnect conform het afsprakenstelsel geïmplementeerd.

Veilige digitale gegevensuitwisseling zorgt ervoor dat de cliënt en zorgverlener de juiste informatie op het juiste moment beschikbaar hebben. Zo wordt naadloos de aansluitende zorg voor moeder en kind(eren) rond de zwangerschap en geboorte gerealiseerd

Het VIPP-programma Babyconnect loopt tot eind december 2024 en maakt gebruik van het afsprakenstelsel Interoperabiliteit Geboortezorg. Het afsprakenstelsel is nog in ontwikkeling en wordt samen met de deelnemers van Babyconnect verder uitgewerkt. Om ervoor te zorgen dat de geboortezorg ook na VIPP Babyconnect stappen blijft zetten, is gewerkt aan de Innovatie- en beheercyclus Gegevensuitwisseling Geboortezorg. Hierin zijn afspraken gemaakt over innovaties en het beheer ervan vastgesteld.

Wat betekent het voor de praktijk? In het Afsprakenstelsel Interoperabiliteit Geboortezorg zijn verschillende methoden beschreven waardoor op korte termijn kan worden gestart met het duurzaam delen van gegevens tussen cliënt en zorgverlener, en tussen zorgverleners onderling.

4.4 Nuts afsprakenstelsel

Stichting Nuts is een samenwerkingsverband tussen partijen (leveranciers). Nuts zorgt ervoor dat zorgverleners digitaal kunnen samenwerken. Als basis presenteert Nuts een set uitgangspunten, het Nuts-manifest. Iedere partij die zich vindt in deze uitgangspunten kan zich aansluiten bij Nuts. Op basis van deze uitgangspunten worden open standaarden voor samenwerking verzameld en ontwikkeld. De organisaties in de langdurige zorg

hebben een grote wens om het Nuts afsprakenstelsel regiobreed te implementeren. Dit moet een plek krijgen in de activiteiten van RSO Trijn.

Het Nuts-initiatief bestaat uit een stichting en een opensourcesoftware-community. Het doel van de stichting is een decentraal communicatienetwerk in de zorg te realiseren waarbij gegevens gemakkelijk, veilig en snel uitgewisseld kunnen worden tussen alle Nederlandse zorgverleners.

Het behelst:

- De Nuts-standaarden beschrijven 'hoe Nuts werkt'. Het zijn de afspraken over hoe IT-leveranciers gegevens kunnen uitwisselen op basis van Nuts.
- De Nuts-node is de referentie-implementatie van de Nuts-standaarden. De documentatie van de Nuts-node beschrijft hoe de Nuts-node werkt, hoe je deze kunt draaien, configureren en monitoren en hoe je hieraan als developer kunt bijdragen.
- Bolt is de term voor een concrete toepassing van het Nuts-gedachtengoed en de Nuts-standaarden om een tastbare usecase in de zorg mogelijk te maken. Hier worden afspraken gemaakt over data-inhoudelijke standaarden, zoals FHIR, CDA, zibs, OpenEHR etc.

Op dit moment wordt een aantal usecases zoals eOverdracht uitgewerkt en beproefd. Samen met de leveranciers van de Taskforce Samen Vooruit (TSV) is er voor eOverdracht een technische afsprakenset uitgewerkt die gebaseerd is op de Nuts-standaarden. De betrokken leveranciers bij eOverdracht hebben een intentieverklaring getekend dat zij de Nuts-eOverdrachtstandaarden in hun software opnemen.

Door open standaarden en de technologie van Nuts te gebruiken, kun je als leverancier veel gemakkelijker en goedkoper een koppeling realiseren. Zowel de patiënt als de zorgmedewerker zal niet direct met Nuts werken.

- De patiënt behoudt zijn patiëntportaal of persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO, zie [MedMij](#)).
- Ook de zorginstelling blijft gewoon zelf een softwareleverancier kiezen voor procesondersteuning.

Op de achtergrond worden gegevens tussen deze systemen in toenemende mate uitgewisseld met Nuts. De gebruiker merkt daar vaak weinig van, behalve dat de processen meer uniform worden, koppelingen sneller gerealiseerd worden en met meer organisaties kan worden samengewerkt.

4.5 AORTA

De uitwisseling van medische gegevens is omgeven met tal van technische en organisatorische maatregelen en afspraken die zijn vastgelegd in het afsprakenstelsel AORTA. Nagenoeg alle organisaties die curatieve zorg leveren zijn in onze regio aangesloten op het LSP conform dit afsprakenstelsel.

Het beschrijft alle afspraken en regels die gelden voor de infrastructuur van het Landelijk Schakelpunt (LSP) en het gebruik daarvan. Het afsprakenstelsel komt tot stand dankzij intensieve samenwerking van alle betrokken partijen in het zorgveld en onder coördinatie van Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie (VZVZ).

AORTA bevat daarnaast een stelsel van landelijk dekkende netwerken die gezamenlijk het Zorgnet vormen (een privaat, beveiligd, niet vanaf internet te benaderen domein). Zorgaanbieders kunnen aansluiten op dit besloten netwerk om veilig medische gegevens van hun patiënten digitaal met elkaar te delen - 24 uur per dag, 7 dagen per week. Het LSP regelt voor deze uitwisseling de controle op rechtmatig gebruik (autorisatie en authenticatie), het vinden van relevante bronnen (verwijsindex), het vastleggen van het controlespoor (logging) en beveiliging van het verkeer (encryptie).

AORTA, met de voorzieningen uit het LSP bestaat al sinds 2012 en is in beheer bij de VZVZ.

Wat betekent het? Voordat gebruik gemaakt kan worden van het Landelijk Schakelpunt, moet het zorginformatiesysteem (ZIS) van een zorgaanbieder op het LSP worden aangesloten. Dit vindt plaats op basis van AORTA. De huisarts en de apotheker houden elk een dossier over hun patiënten bij. Zij kunnen bepaalde informatie daaruit delen met andere zorgverleners. Dat gebeurt via het LSP. Bijna alle openbare en poliklinische apotheken, huisartsenpraktijken, huisartsenposten en ziekenhuizen in Nederland zijn daarop aangesloten.

4.6 Koppeltaal

Koppeltaal is een landelijke integratie- en informatiestandaard voor betere blended en digitale behandelingen van zorgaanbieders en hun patiënten. Het is een 'stekkerdoos' die zorgt dat verschillende talen van systemen samen één taal spreken: Koppeltaal. In onze regio speelt Koppeltaal vooral een rol in de GGZ.

Daarnaast biedt Koppeltaal een infrastructuur waarop je veilig en gericht berichten en gegevens tussen EPD-, eHealth- en ROM-systemen kunt uitwisselen binnen de muren van een organisatie.

Rol van Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie (VZVZ):

- zorgt voor beheer en doorontwikkeling van afsprakenstelsel en infrastructuur van Koppeltaal;
- stimuleert en verbindt organisaties aan vraag- en aanbodzijde en voert de ledenadministratie;
- zorgt voor uitvoering van alle operationele processen, en voert ketenregie over kwaliteit en veiligheid van zorgcommunicatie en ketensamenwerking in de gebruiksfase.

Versie 2.0 van koppeltaal is beschikbaar. Deze versie is sneller, goedkoper en eenvoudiger te implementeren dan de voorgaande. Impact Steeds meer zorgverleners maken bij de behandeling van cliënten gebruik van verschillende digitale interventies, ter aanvulling of zelfs ter vervanging van hun behandeling.

Met Koppeltaal worden deze digitale interventies op een eenvoudige en snelle manier beschikbaar voor behandelaar en cliënt. Verschillende leveranciers hebben Koppeltaal al ontwikkeld en zijn daarmee startklaar om zorgaanbieders direct te ondersteunen. Koppeltaal maakt dat een zorgaanbieder snel en flexibel kan beschikken over een breed aanbod van eHealth-applicaties van verschillende leveranciers. Behandelaars kunnen eHealth makkelijker toepassen in hun behandelproces en daarmee hun cliënten nog meer maatwerk bieden.

5 Landelijke diensten

Voor een duurzame digitale gegevensuitwisseling in de zorg zijn gemeenschappelijke voorzieningen en diensten nodig. Door deze gezamenlijk te ontwikkelen:

- zijn basisvoorzieningen sneller en efficiënter toegankelijk (zoals BSN,- of UZI-registers);
- is de toestemmingsverlening beter georganiseerd;
- wordt de vindbaarheid van zorgaanbieders vergroot.

Verschillende van deze oplossingen worden vaak apart van elkaar bedacht, terwijl ze in verschillende uitwisselingsprocessen een rol spelen. Door oplossingen gemeenschappelijk in te zetten, geven we vorm aan een duurzaam informatiestelsel.

Vanuit het informatieberaad is in 2020 ingestemd met 4 voorstellen:

- Voorstel voor toestemming en lokalisatie: Mitz (in samenwerking met Nuts).
- Voorstel voor adressering: ZORG-AB.
- Het voorstel voor identificatie en authenticatie: projectmatige aanpak met VWS in de lead, gescheiden identificatie- en authenticatiemiddel.
- Het voorstel autorisatie: projectmatige aanpak, landelijke afspraken voor autorisatie(tabel), maar nog geen 'centrale autorisatie dienst'.

Daarnaast zijn er nog andere landelijke voorzieningen beschikbaar, zoals het LSP en het Twiin Portaal en wordt er gewerkt aan een verbeterde versie van de UZI-pas: ZORG-ID.

5.1 LSP

Het Landelijk Schakelpunt (LSP) is een zorginfrastructuur, een netwerk waar zorgaanbieders op kunnen aansluiten. Via dit netwerk kunnen zorgaanbieders medische gegevens over hun patiënten met elkaar uitwisselen. 24 uur per dag, 7 dagen in de week. Het LSP is hier speciaal voor ontwikkeld en beveiligd.

Via het LSP kunnen medische gegevens gedeeld worden. Verschillende zorgtoepassingen kun je over de infrastructuur van AORTA-LSP uitwisselen:

- Huisartswaarneemgegevens.
- Medicatiegegevens.
- Vooraankondiging medicatievoorschriften.
- LSP Ketenzorg.
- Jeugdgezondheidszorgtoepassingen.
- Opvragen professionele samenvatting RAV & SEH.
- Spoedverwijzing HAP-SEH.
- Basisgegevensset zorg (BgZ).
- BgGGZ.

Het LSP is in gebruik. Het overgrote deel van de huisartsenpraktijken in Nederland is erop aangesloten. Via dit 'netwerk' delen zij de professionele samenvatting van het huisartsdossier met de huisartsenpost en in de nabije toekomst ook met andere zorgaanbieders in de spoedzorg zoals de RAV en SEH.

- Via het LSP zijn gedeelde medische gegevens direct beschikbaar, 24 uur per dag, 7 dagen per week.
- Huisartsen kunnen de professionele samenvatting van het patiëntendossier delen met waarnemend huisartsen, bijvoorbeeld op de huisartsenpost.
- Apothekers kunnen het medicatiedossier delen met huisartsen, andere apothekers en artsen in ziekenhuizen en andere instellingen.

5.2 ZORG-AB

Verschillende landelijke zorginitiatieven, zoals de invoering van de landelijke toestemmingsvoorziening Mitz en de ontwikkelingen binnen MedMij, vragen om één digitaal adresboek van beschikbare zorgaanbieders. ZORG-AB is daarvoor ontwikkeld en beschikbaar: een effectieve en (kosten)efficiënte oplossing. In onze regio is in 2023 gestart met het kwartiermakerschap rondom ZORG-AB via RSO Trijn. Tegelijkertijd is bijgedragen aan de ontwikkeling van ZORG-AB. Eind 2023 is het mogelijk om ZORG-AB op kleine schaal te implementeren en vervolgens vanaf 2024 op te schalen.

ZORG-AB is beschikbaar binnen de zorginfrastructuur van het Landelijk Schakelpunt, maar ZORG-AB kun je ook gebruiken voor andere vormen van (infrastructuren voor) zorgcommunicatie.

Belangrijk is dat alle zorgaanbieders, instellingen en faciliterende dienstverleners zelf verantwoordelijk zijn en blijven voor hun data. VZVZ integreert en verzorgt het datamanagement van ZORG-AB, zodat altijd actuele, integere, complete en hanteerbare data voorhanden is.

Een XIS-leverancier kan het ZORG-AB al implementeren. Het aansluitproces wordt in gang gezet via VZVZ. VZVZ trekt de verdere ontwikkeling van ZORG-AB. Hiermee kunnen op den duur alle relevante bronnen worden toegevoegd aan ZORG-AB.

ZORG-AB voorziet in de behoefte aan één betrouwbare en actuele bron met alle gedetailleerde (digitale) adresgegevens van zorgaanbieders en zorgverleners in Nederland. ZORG-AB bevat naast de noodzakelijke contactinformatie ook allerlei technische informatie om computers en applicaties met elkaar te verbinden.

5.3 Mitz

Voor het elektronisch delen van medische gegevens is veelal toestemming van de patiënt noodzakelijk. Het uitvragen en vastleggen van die toestemming gebeurt nu op veel verschillende manieren en plekken. Het gevolg is dat de patiënt geen regie heeft en geen goed overzicht heeft over welke toestemming waar gegeven is. Onze regio start onder coördinatie van RSO Trijn met de voorbereiding van de organisatie van toestemmingen via de combinatie Mitz en Nuts.

Samen met de zorg is daarom een nieuw proces voor het registreren van deze toestemmingskeuzen ontwikkeld, waarbij iedere Nederlander zelf zijn keuzes kan invoeren en beheren via de onlinevoorziening Mitz. Mitz is een generieke voorziening waar de toestemmingskeuzen van iedere Nederlander voor alle zorgsectoren worden vastgelegd.

Mitz kan gebruikt worden bij alle systemen die digitaal medische gegevens uitwisselen. Het Informatieberaad Zorg heeft besloten om de online toestemmingsvoorziening Mitz de komende 5 jaar op te nemen als bouwsteen – (informatie) standaard of verzameling van afspraken – in het informatiestelsel in de zorg. Daarbij is wel gezocht de complementairheid en samenwerking met Nuts mee te nemen.

Mitz is klaar om in gebruik genomen te worden. De ervaringen zijn nog beperkt. Het aansluiten van het LSP is een eerste stap naar de landelijke werking van de gemeenschappelijke toestemmingsvoorziening Mitz. Met de leveranciers van XIS'en en andere US'en worden gesprekken gevoerd over de benodigde aanpassingen en planning daarvan.

De impact van Mitz kan als volgt gedefinieerd worden:

- Eén portaal waar burgers zelf regie voeren over de uitwisseling van hun gegevens door hun toestemmingskeuze vast te leggen en te beheren.
- Mitz maakt het registreren van toestemmingen van patiënten voor de zorgaanbieder eenvoudiger, arbeidsbesparend en kostenefficiënt.
- Mitz voldoet aan alle geldende wet- en regelgeving (AVG, WGBO en Wabvzp). De toestemmingsvoorziening is juridisch afgestemd en groeit mee met nieuwe of aanvullende wet- en regelgeving.

Voor zorgaanbieders is Mitz een eenvoudige voorziening, waarmee zij de toestemmingskeuzes van hun patiënt kunnen controleren.

5.4 Twiin portaal

Landelijk dekkend netwerk tussen zorginstellingen waardoor het radiologisch onderzoek gemakkelijk verzonden kan worden naar andere zorgverleners en patiënten. Voor het uitwisselen van beelden en verslagen. Niet te verwarren met het Twiin Afsprakenstelsel.

Vanaf 1 oktober 2021 is het VZVZ Servicecentrum beheerder van de functionaliteit Twiin Portaal. De software en de technische ondersteuning wordt geleverd door Alpatron Medical Systems. VZVZ en Alpatron Medical Systems hebben hiertoe een overeenkomst afgesloten.

Ziekenhuizen en zelfstandige klinieken kunnen zich aanmelden voor aansluiting. Er zijn verschillende integratieniveaus:

- Geen integratie met eigen systemen.
- Integratie in het eigen PACS-systeem.
- Volledige integratie in het eigen PACS-systeem.

Sinds 2021 zijn alle ziekenhuizen in Nederland bereikbaar voor het uitwisselen van beelden en verslag, maar ook de verwijfsbrief en de BgZ (Basisgegevensset Zorg). Op dit moment sluiten steeds meer zelfstandige klinieken aan.

Impact voor het werkveld:

- Het radiologisch onderzoek kan gemakkelijk verzonden worden naar andere zorgverleners en patiënten via het Twiin Portaal.
- Het Twiin Portaal zorgt ervoor dat essentiële medische gegevens veilig, sneller, efficiënter en goedkoper bij de ontvangende zorgverlener zijn.

5.5 ZORG-ID

Met een UZI-pas (Unieke Zorgverlener Identificatie) kunnen zorgverleners zich identificeren en authenticeren in de zorg. Om dit proces eenvoudiger, sneller en veiliger te maken, is ZORG-ID ontwikkeld als authenticatieplatform. Het platform wordt geïntegreerd in het zorginformatiesysteem (XIS-applicatie), zodat zorgverleners zich op die manier kunnen laten identificeren en authenticeren, bijvoorbeeld om veilig patiëntgegevens op te halen.

ZORG-ID is operationeel. Aansluiten op ZORG-ID wordt geregeld via de leverancier van het zorginformatiesysteem. De leverancier integreert ZORG-ID in de XIS-applicatie.

De impact van ZORG-ID is een snellere, eenvoudige en veiliger manier van inloggen met de UZI-pas.

5.6 Aansluiting Toegang VerleningService (TVS)

ToegangVerleningService maakt het voor overheidsorganisaties eenvoudig om via inlogmiddelen zoals eHerkenning en DigiD un digitale dienstverlening te ontsluiten voor ondernemers en burgers.

Voor zorgorganisaties die TVS gebruiken, worden de beschikbare identificatiemiddelen (onder andere eHerkenning en DigiD) aangeboden waarmee zij zich digitaal kunnen identificeren.

Het gebruik van de routeringsvoorziening TVS is niet verplicht. Het gebruik van inlogmiddelen op het juiste betrouwbaarheidsniveau is dat al wel. De AVG is immers reeds van kracht en de AP kan hierop handhaven. Met het bekrachtigen van de Wdo (wet digitale overheid) wordt ook het gebruik van erkende inlogmiddelen verplicht. Het blijft altijd een keuze van de zorgaanbieder zelf of hij een aansluiting hierop via de TVS realiseert of kiest voor een directe aansluiting.

Vooralsnog is TVS alleen beschikbaar voor (rijks)overheidsorganisaties en zorgaanbieders. Dit wordt later mogelijk uitgebreid. Op dit moment wordt TVS al gebruikt op verschillende portalen. Ook bij ziekenhuizen, tandartsen en andere zorgverleners is de service in gebruik.

Impact voor het werkveld:

- Naast DigiD is via TVS ook de machtigingsvoorziening beschikbaar. Dit is een nieuwe functionaliteit waarmee patiënten hun zorgzaken veilig door een ander persoon kunnen laten regelen.
- Daarnaast is ook E-herkenning via TVS beschikbaar. Hoewel niet inzetbaar als inlogmiddel voor patiënten, is dit mogelijk wel een handige functionaliteit voor organisaties.
- Er volgen nieuwe functionaliteiten voor ouderlijk gezag en overige vertegenwoordiging.
- Door nu alvast aan te sluiten op een routeringsvoorziening als TVS kan ook gebruik gemaakt worden van andere (toekomstige) functionaliteiten dan alleen DigiD.

6 (Inter)regionale ontwikkelingen

Voor de invulling van hoofdstuk (inter)regionale ontwikkelingen hebben we drie pijlers gedefinieerd:

- Netwerkgang;
- Basis op orde;
- Regionale data-architectuur.

Deze zullen we per thema verdiepend uitwerken.

6.1 Netwerkgang

Onder netwerkgang verstaan we het onderling kunnen samenwerken om inwoners gezond en gelukkig te houden. Die onderlinge samenwerking vindt plaats tussen professionals in de wijk, het sociaal- en zorgdomein, informele zorg en vrijwilligers. Vaak worden deze organisaties in tekst gemist, maar ook de revalidatie-, acute- en ambulance zorg maken onderdeel van dit netwerk. In dit netwerk hebben inwoners een actief participerende rol.

Netwerkgang kent voor de inrichting twee perspectieven die samenkomen. Het perspectief van de inwoner en de professional. Het draait om de inwoner en het netwerk om hem heen. Vanuit de gedachte van community care zullen formele en informele betrokkenen samen werken.

De inwoner en/of degene die voor hem mag handelen willen kunnen communiceren in het netwerk. Inwoners hebben een omgeving nodig waarmee zij, desgewenst via hun PGO, hun netwerk kunnen beheren, de professionals kunnen vinden, met hen kunnen communiceren, activiteiten kunnen plannen, informatie kunnen inzien en input kunnen geven. Zij kunnen daar hun behandelwensen in kenbaar maken, een cruciaal onderdeel van bijv. levenslange- en acute zorg vraagstukken. Ook willen zij weten wat valide informatie en apps zijn die zij kunnen gebruiken. Voor de jeugd begint de regio met gezondheid en gezondheidsvaardigheden in de vorm van apps. Opschaling van de actieve rol van inwoners is een belangrijk onderdeel van de implementatie van netwerkgang. Wijkcoördinatoren (ook wel dorpsondersteuners of buurtverbinders) zijn een belangrijke schakel in de actieve rol van inwoners, het kunnen omgaan met de digitale voorzieningen en de samenwerking met het professionele netwerk.

De professionals in het netwerk moeten met elkaar kunnen werken. Zo werken we toe naar een situatie waarin we rollen, taken en verantwoordelijkheden dynamisch kunnen inrichten en verplaatsten. In de regio willen we dat een inwoner met een vraag direct op de juiste manier kan worden geholpen. Het idee van de 'first time ride'. Het organiseren van integrale teams met een integrale aanpak in de wijk, maar ook regionaal in de vorm van zorg coördinatie en het medisch regio centrum ondersteunen daarbij. Het sociaal domein, acute en ambulante zorg maken hier onderdeel van uit. Wat is nodig om netwerkgang vorm te kunnen geven in de regio? Het begint bij goede samenwerkingsafspraken zoals de RTA's, werkafspraken en zorgpaden/zorgprocessen. Stappen richting harmonisatie en vereenvoudiging van werkprocessen en digitale toepassingen zijn van groot belang voor de samenwerking en het werkplezier van zorgprofessionals. Daarnaast is een digitaal netwerkplatform nodig, waar professionals gezamenlijke dossiervoering kunnen doen via bijv. een viewer. Het platform heeft essentiële functies zoals (integraal) triëren (met in tweede instantie een robot die meeschrijft en op basis van AI een voorstel doet bij meldkamer en HAP), verwijzen, routeren, overdragen en overleggen (o.a. meedenktconsult).

Transmuraal Incident Melden (TIM) en kwaliteitsmanagement vinden hier eveneens hun plek. Vanuit de melding van incidenten kunnen we leren van de fouten die gemaakt worden en de afspraken aanpassen en verbeteren. Monitoring van incidenten is daarbij essentieel.

Ook de transformatie naar meer zorg op afstand en hybride zorg is geholpen met een netwerkgangplatform waar verschillende functies als het ware in geprikt kunnen worden. Zo zetten we als eerste in op telemonitoring en daarna op telebehandeling. Daarbij gebruiken we de kennis en ervaring die in de regio is opgedaan met 'Zorg bij jou'.

Met de netwerkzorg kunnen we een aantal concrete vraagstukken oppakken:

- Concentratie en spreiding: wie doet wat, slimmer organiseren en technisch thuiszorg team regionaal (medicatie en verpleegkundige handelingen uit concurrentie d.m.c. white label organisatie): samenwerken, gezamenlijke dossiervoering, integratie van verschillende dossiers;
- Organiseren van randvoorwaarden zodat mensen langer thuis kunnen blijven wonen: integraal triëren, breed verwijzen, de inzet van zorgtechnologie (gezamenlijke afspraken en keuzes), eisen aan techniek over waarmee gewerkt gaat worden;
- Direct inzetbare wijkverpleging: netwerkzorgplatform, gezamenlijke dossiervoering via een viewer;
- Herontwerpen netwerkzorgpaden/zorgprocessen voor ouderen: huisarts, VVT, ziekenhuis (bijv. Parkinson): via de RTA structuur;
- Betere doorstroom van ziekenhuizen naar VVT: transfer en overdracht (alle typen).

Ambitie

Onze ambities liggen bij onderstaande punten:

1. Regionale transmurale afspraken (RTA's) vormen de basis¹.
2. Realiseren van een netwerkzorgplatform.
3. Digitale (zorg)communicatie met inwoners en patiënten, en professionals onderling ter ondersteuning van netwerkzorg.
4. Hybride zorg.

6.1.1 RTA's vormen de basis

Regionaal moeten goede RTA's worden gemaakt, waarop de digitalisering kan worden geplot. RTA's zijn inhoudelijke zorgafspraken tussen professionals van verschillende disciplines in de regio van Trijn. Voor de in onze regio vastgestelde en geïmplementeerde RTA's verwijzen we naar rsotrijn.nl/rta.

Samenwerking tussen verschillende sectoren is niet nieuw. Oorspronkelijk maakten alleen de eerste en tweede lijn afspraken over samenwerking. In RTA's gebeurt dat inmiddels breder. Dit past bij het Integraal Zorgakkoord (IZA), dat verdergaande afspraken vereist.

6.1.1.1 RTA structuur

Onze *aanpak* is dat we hiervoor gebruik maken van de structuur die regionaal al is ingericht.

Platform RTA

In dit platform nemen transmuraal managers vanuit de verschillende sectoren deel. Op dit moment nog erg gericht op het zorgdomein, maar dit zal uitgebreid moeten worden. RTA's komen altijd tot stand op basis van wensen, behoeften en signalen van professionals en ook patiënten en inwoners van de regio. Deze worden besproken in het platform RTA.

Het platform definieert een roadmap voor te ontwikkelen (doorontwikkelen/vernieuwen) RTA's. Het gaat dus om zowel het herzien van bestaande RTA's als het ontwikkelen van nieuwe. De prioritering geschiedt op basis van een afwegingskader. Dit afwegingskader helpt bepalen op basis van noodzaak/urgentie, aansluiting op het regioplan, impact op de doelgroep en benodigde ruimte voor uitvoering.

De gemiddelde duur voor het ontwikkelen van een RTA is ongeveer een half jaar. De implementatie en nazorg kost even zoveel tijd. De meeste tijd zit in het bijeen brengen van de juiste experts, het op één lijn krijgen en het afstemmen met de eigen organisaties.

Expertgroepen

Expertgroepen formuleren de RTA's. Deze worden afgestemd met de achterbannen. Daarna worden RTA's ondertekend door alle relevante partijen en aangeboden ter vaststelling.

Vaststelling

In de ALV van Trijn worden de RTA's- formeel vastgesteld.

¹ Onder RTA's vatten we voor het gemak de zorgpaden/zorgprocessen, regionale transmurale afspraken en (netwerkzorg) werkafspraken.

Publicatie en implementatie

Vastgestelde RTA's worden regionaal gepubliceerd en zijn via een website en webapp voor mobile devices beschikbaar.

De deelnemende organisaties zijn zelf verantwoordelijk voor de implementatie van de RTA's. Trijn biedt hierbij wel ondersteuning. Voor de scholing wordt gebruik gemaakt van bestaande scholingsstructuren.

6.1.1.2 Resultaten en opbrengsten (*impact*)

Het doel is ervoor te zorgen dat er uniforme afspraken komen tussen de sectoren over bijvoorbeeld diagnostiek, behandeling, consultatie, berichtgeving, verwijzing en terugverwijzing. De professionals kunnen zo eenduidig helpen te bepalen welke inwoner waar moet worden gezien en behandeld. Bovendien is behandel- en ondersteuningsaanbod op elkaar afgestemd en wordt naar verwachting 5-10% onnodige zorg voorkomen. Daarbij vormen RTA's in grote mate de basis voor digitalisering.

6.1.1.3 Planning en KPI's

De planning is in onderstaand overzicht uitgewerkt.

Planning	2024				2025				2026			
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
RTA's												
Roadmap uitgewerkt en vastgesteld												
1 RTA Wondzorg												
2 RTA GGZ												
3 RTA/Werkafpraak meedenkconsult												
4 RTA/Werkafpraak Palliatieve zorg												
5 RTA/Werkafpraak gezamenlijke dossiervoering												
6 Werkafpraak gezamenlijke triëring												
7 Werkafpraak gezamenlijke routing												
8 Werkafpraak overdracht												
9 Werkafpraak regionale labfunctie												
Publicatie en implementatie zorgpaden Zorg bij jou (Santeon)												
Publicatie en implementaties			1	1, 2 en 3	2,3, 4 en 5	4, 5, 6 en 7	6 en 7	Uitloop				

KPI's:

- De roadmap RTA's is eind 2023 uitgewerkt en vastgesteld incl. planning en betrokkenheid professionals in expertgroepen. Ook de aansturing van de expertgroepen zoals voorzitterschap en procesondersteuning is bepaald.
- Elke geplande RTA en werkafpraak zijn conform format uitgewerkt.
- In totaal 9 extra RTA's zijn formeel door het bestuur van Trijn vastgesteld conform planning.
- De vastgestelde RTA's en werkafspraken worden via de Trijn website gepubliceerd.
- Alle RTA's zijn aangevuld met een concreet implementatieplan.
- De RTA's en werkafspraken worden geïmplementeerd conform het implementatieplan.
- Concrete activiteiten zijn te herkennen in de regio. Via een nader uit te werken onderzoeksmethode wordt de herkenning van de activiteiten onderzocht en resultaten worden via een dashboard inzichtelijk gemaakt voor betrokken partijen.
- De Zorg bij jou zorgpaden/zorgprocessen zijn in regionaal verband afgestemd, draagvlak voor gecreëerd, formeel vastgesteld en geïmplementeerd.
- Alle leden van Trijn werken op deze manier. De ambitie is er ook voor niet-leden. Zij worden op een slimme manier meegenomen via gremia als de IZA bestuurlijke netwerktafel, de HHU en de regionale koepels en netwerken.

6.1.1.4 Inwonerbetrokkenheid

Het is belangrijk dat inwoners, zeker in de rol van ervaringsdeskundige of mantelzorgers betrokken zijn bij het opstellen van RTA's en bij de beoordeling van opgesteld RTA's. Dit geven we vorm in de vorm van klankbord en spiegelgesprekken.

6.1.1.5 Professionalbetrokkenheid

Professionals spelen een belangrijke rol in de tot standkoming van RTA's. Experts op de betreffende gebieden worden vanuit de verschillende organisaties uitgenodigd om deel te nemen aan de expertgroepen ter uitwerking van de RTA's. Hier wordt ondersteuning bij geboden, bijv. in de vorm van een projectleider om het proces te faciliteren en organiseren. De ervaring leert dat experts gemotiveerd zijn om deel te nemen.

6.1.2 Netwerkgplatform

De zorg rondom complexere patiënten verloopt nog vaak moeizaam. Patiënten zijn in zorg bij diverse partijen en gaan van zorgverlener naar zorgverlener, zonder dat er daadwerkelijk iemand de regie voert over het hele netwerk. Zo kunnen gaten in de zorg ontstaan met risico op terugval of verslechtering van de algehele situatie. Om netwerkgplatform goed te laten verlopen is het van belang dat de netwerkleden weten wie er betrokken zijn bij de zorg en dat zij op een veilige wijze informatie kunnen delen en kunnen communiceren.

Onze doelstelling is dat professionals en inwoners in onze regio's via één netwerkgplatformtoepassing geïntegreerd in de eigen werkomgeving toegang hebben tot alle relevante gegevens uit verschillende gegevensbronnen uit verschillende domeinen. Dat wil zeggen: gezondheid en sport, welzijn, sociaal en (jeugd-) (wijk) (acute) zorg. Op dit moment wordt in de regio gewerkt met meerdere netwerkgplatforms. Deze platforms zijn veelal gericht op bepaalde samenwerkingen. Bijv. binnen de eerste lijn, tussen eerste lijn en wijk- en thuiszorg, geboortezorg of MDO oncologie. We werken toe naar reductie van netwerkgplatforms met als einddoel één gemeenschappelijk netwerkgplatform. Waarin op basis van de juiste toestemmingen en vanuit de inwoner en diens netwerken gericht samengewerkt wordt. Dat betekent dat eveneens keuzes gemaakt zullen worden voor het gebruik van toepassingen (bijv. voor verwijzen, triëren of overdragen). Sommige zullen verdwijnen en andere zullen worden opgeschaald. Rode draad is dat deze ontsloten worden via het regionale netwerkgplatform.

Voor de professionals willen we toe naar een toepassing waardoor over sectoren heen inzicht is in de gegevens en met elkaar gewerkt kan worden rondom een persoon. Belangrijk hierbij is de landelijke ontwikkelingen met betrekking tot de netwerkgplatforms bijvoorbeeld MDO support, CumuluZ (zowel platform als Digizorg en Zorgviewer) en Zorg bij jou te blijven volgen. Ook hierbij beogen we een stapsgewijze situatie waarin we toewerken naar convergentie. Dus het kan zijn dat bijvoorbeeld voor de kortere termijn voor ouderenzorg en sociaal domein gekozen wordt voor een platform (dat zijn er nu vier), voor medische zorg (MRC en DDMN bijv.) andere platforms en voor geboortezorg weer een ander platform. Die wel zoveel mogelijk geïntegreerd werken met de eigen werkomgeving en waar over een aantal jaar weer een convergentieslag in wordt gedaan.

Voor de inwoners realiseren we in de regio een omgeving waardoor ze via een catalogus inzicht krijgen in organisaties werkzaam in de gezondheid-, welzijn en zorgdomeinen. Via één loginmethode en SSO krijgen inwoners toegang tot hun netwerk dat ze ook zelf kunnen beheren. En tot relevante gegevens. Hierdoor kunnen inwoners (en/of hun vertegenwoordigers) beter regie voeren. Bovendien is dit de vindplaats voor valide gezondheids- en zelfhelp apps, ehealth toepassingen, keuzehulp etc. In het geval van een acute situatie kunnen inwoners bijvoorbeeld gebruik maken van digitale zelftriage. Deze omgeving kan koppelen met de PGO's.

De regionale data-architectuur zal leidend zijn voor de opbouw van de functies die nodig zijn om netwerkgplatform te leveren. We zien de functies als modules die ingeprikt en makkelijker vervangen kunnen worden. Het zorgnetwerkgplatform zal zorgvuldig per use case opgebouwd worden. Voor een use case zijn meerdere functies nodig. We maken hierbij de stap naar de ondersteuning van hybride zorgpaden/zorgprocessen.

6.1.2.1 Resultaten en opbrengsten (*impact*)

Stappen richting harmonisatie en vereenvoudiging van werkprocessen en digitale toepassingen zijn van groot belang voor de samenwerking en ook het werkplezier van professionals. De inwoner heeft een omgeving waarmee die (desgewenst via diens PGO) de professionals kan vinden, met hen kan communiceren, activiteiten kan plannen, informatie kan inzien en input kan geven.

Digitalisering is een belangrijke randvoorwaarde voor de realisatie van preventie, passende zorg, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. We vangen de vraag vanuit demografische groei op door met behulp van digitalisering sneller, beter en tegen lagere kosten in te zetten op gezondheid en welzijn.

Hiermee moet de toegankelijkheid van zorg gewaarborgd blijven en de druk op de zorgprofessional is zodanig afgenomen dat administratieve lasten geen reden meer zijn om de zorg te verlaten.

6.1.2.2 Planning en KPI's

In 2023 ontwikkelen we onder Trijn:

- Visie op digitale netwerkzorg.
- Plan van aanpak voor opschaling in de regio.
- Visie op aansluiting op de PGO's.
- Voorstel voor duurzame financiering.

2024-2026 realiseren we in de regio:

- Regionale werkspraken.
- Opschaling cultuurverandering 'levering digitale netwerkzorg'.
- Programma van eisen voor een netwerkzorgplatform.
- Leverancierselectie.
- Implementatie netwerkzorgplatform op basis van de 'roadmap use cases' en benodigde functies.
- Het opvangen van de 12,5% bevolkingsgroei, 9% toename chronische aandoeningen en 6% vergrijzing én het dalend percentage informele zorg van 10% naar 4 %.
- Realiseren van 'one time right'.
- Voorkomen van onnodige zorg en onnodige of onjuiste verwijzing.
- Bijdragen aan preventie.
- Inwoners worden in staat gesteld langer thuis te kunnen blijven wonen.
- Het convergeren naar minder toepassingen: op basis van afgestemde programma's van eisen worden keuzes gemaakt.
- Slimmer organiseren waardoor doorstroom, concentratie en spreiding beter vormgegeven kan worden.
- Wijkverpleging en thuiszorg kan sneller en effectiever ingezet worden.
- Alle leden van Trijn werken op deze manier. De ambitie is er ook voor niet-leden. Zij worden op een slimme manier meegenomen via gremia als de IZA bestuurlijke netwerktafel, de HHU en de regionale koepels en netwerken. Dit is een eerste aanzet voor een langdurig traject (strekt verder dan 3 jaar): in de komende periode worden plannen gemaakt over hoe dit er na 2026 uit gaat zien.

Planning

	2024				2025				2026			
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
Netwerkzorgplatform												
Projectplan uitwerken												
Inrichten projectorganisatie												
Professionalkant												
Werkafspraak gezamenlijke dossiervoering	zie paragraaf RTA's											
Werkafspraak gezamenlijke triering	zie paragraaf RTA's											
Werkafspraak gezamenlijke routing (voortborduren op afspraken CZZ)	zie paragraaf RTA's											
Opschalen cultuurverandering	fase 1				monitoren en bijstellen				monitoren en bijstellen			
Programma van eisen opstellen (voortborduren op PVE data-architectuur en meedenkconsult)												
Leverancierselectie												
Ontwikkeling roadmap doorontwikkeling												
implementatie			eerste omgevingen			opschaling 1			opschaling 2			opschaling 3
Betrekken brede professionalgroep												
Inrichten beheer												
Inwonerkant												
Plan voor doorontwikkeling Zorg4 concept												
SSD login												
Aansluiten op wijkplatforms (samenwerking GRCZ en wijken)												
Training wijkcoördinatoren (buurtverbinders/dorpsondersteuners)						herhaling			herhaling			herhaling
Betrekken inwoners												
Vaststelling en publicatie												

Impact en KPI's:

- Oplevering en vaststelling visie op digitale netwerkzorg
- Oplevering en vaststelling visie op aansluiting op de PGO's
- Oplevering en goedkeuring van een plan van aanpak, incl. implementatieplan voor opschaling in de regio met een ingerichte projectorganisatie (waarin ook besluitvorming is georganiseerd).
- Op basis van de werkafspraken een aangepaste werkwijze en cultuurverandering 'levering digitale netwerkzorg'.
- Een opgesteld programma van eisen voor een netwerkzorgplatform
- Een afgerond selectieproces met een goedgekeurd advies voor de gekozen oplossing.
- Een vastgestelde roadmap voor doorontwikkeling.
- Op basis van een vooraf opgesteld plan zijn inwoners betrokken bij de ontwikkelingen en de in gebruik name van oplossingen.
- Een uitgevoerde implementatie conform het implementatieplan.
- Meer snelheid in de verschillende processen waardoor productiviteit met 7,5-10% verhoogd kan worden. Hulpverleners zijn op de hoogte van elkaars interventies en dat bevordert de kwaliteit van zorg. Daarmee ook de ervaring van de inwoner/patiënt. Deze ervaart meer regie op het eigen behandelproces. Dit laatste wordt positief beoordeeld in een enquête.
- Meer tijd voor professionals omdat onnodige administratie, uitzoekwerk en herstelwerk voorkomen worden.
- We verwachten dat deelnemende professionals in 2026 een reductie van 35% ervaren ten aanzien van administratie lasten en uitzoekwerk. Als gevolg hiervan kunnen onnodige handelingen vervangen worden voor zorglevering. Dit levert kwalitatief betere zorg op en wordt ook zo ervaren door professionals (zeker ook daar waar het continuïteit van zorg betreft. Hun werkplezier neemt toe wat terugkomt in een tevredenheidsonderzoek.
- We verwachten dat met goede netwerkzorg dat het percentage van doorverwijzingen naar de tweede lijn afneemt. Onze ambitie is deze met 7% de komende jaren te reduceren.

6.1.2.3 Inwonerbetrokkenheid

Het is belangrijk dat inwoners meer regie gaan ervaren ten aanzien van hun eigen gezondheid. Informatie is hiervoor belangrijk. Om de beoogde resultaten voor inwoners te realiseren, is betrokkenheid essentieel. Dit begint al bij het toetsen van de use cases en het input kunnen leveren op een programma van eisen. Dit zullen we organiseren in de vorm van klankbordsessies. Bij de implementatie van de oplossing zullen gebruikerservaringen getoetst worden en leiden tot input voor verdere ontwikkeling.

6.1.2.4 Professionalbetrokkenheid

Professionals worden betrokken bij het opstellen van de visie op netwerkzorg in de vorm van deelname aan de werkgroep/stuurgroep. Bovendien worden de CXIO's van de verschillende organisaties gevraagd om tegen te lezen en feedback te geven. Bij het opstellen van de werkafpraak zijn inhoudelijk experts aan zet om hun inhoudelijke input te geven door deel te nemen aan de expertgroep. Ook bij het opstellen van het programma van eisen en de leveranciersselectie zullen professionals betrokken worden. De leden van Trijn dragen zorg voor een goede afvaardiging.

6.1.3 Digitale en (zorg)communicatie met inwoners en patiënten, en professionals onderling ter ondersteuning van netwerkzorg

Onderdeel van netwerkzorg is ook de realisatie van digitale communicatie tussen huisarts en specialist, het zogenoemde meedenk-consult gecombineerd met het digitaal verwijzen. Op dit moment wordt al gewerkt met meedenkconsulten, maar veelal monodisciplinair en op kleine schaal. De doelstelling is multidisciplinair en op grote schaal.

Teleconsultatie is een toepassing die al even in gebruik is. Inmiddels is de gehanteerde term meedenkconsult. De toepassing is echter door ieder voor zich in gebruik. Met het programma dat in 2023 onder Trijn is gestart, maken we op regionaal niveau werkafspraken over hoe we met meedenkconsulten omgaan, zodat ze laagdrempelig en breed kunnen worden ingezet. De zorgverzekeraar is nog zoekende naar de voorwaarden voor declaratie van de meedenkconsulten. Gezamenlijke afspraken van zorgaanbieders over een uniforme werkwijze geven zorgverzekeraars meer richting om de voorwaarden vorm te geven. Om voor zorgprofessionals de drempel te verlagen, willen we op regionaal niveau de werkwijze harmoniseren en een keuze voor een digitaal platform voor communicatie en verwijzing maken.

De doelstelling is om een uniforme, regionale basisinfrastructuur neer te zetten voor digitale communicatie binnen het totale zorgnetwerk, met goede koppelingen met de dossiers. De communicatie tussen huisarts en specialist is binnen het zorgnetwerk cruciaal om patiënten goede, passende en doorlopende zorg te geven. Maar in een goed functionerend zorgnetwerk is het minstens even belangrijk dat onder anderen de kaderhuisarts, specialist ouderenzorg (SO) of psychiater met patiënten communiceren en afstemmen. Meedenkconsulten kunnen een sleutel zijn om de kwaliteit van de diagnostiek en behandeling te verhogen en onnodige verwijzingen te voorkomen. Met de regionale inzet van uniforme digitale hulpmiddelen bij meedenkconsulten willen we bereiken dat zorgprofessionals in de regio de consulten laagdrempelig en op uniforme wijze kunnen uitvoeren. We willen alle beschikbare medische expertise slim en doelmatig verbinden.

We hanteren deze uitgangspunten:

- We houden oog voor de patiënt: die hoort de juiste zorg op de juiste plek te krijgen;
- De basisinfrastructuur is duurzaam en bestendig om uit te bouwen, zowel op technisch vlak als in de samenwerking;
- We werken vanuit een collectief regionaal belang.
- We sluiten hiermee aan bij de 4 doelstellingen van het quadruple aim model.

6.1.3.1 Onderdelen

Meedenkconsult

- A. Inrichten van meedenkconsult tussen huisarts en specialist. Dit bij alle drie de regionale huisartsenorganisaties, in verbinding met Huisartsen Eemland, en met de vier ziekenhuizen, inclusief alle specialismen. Hierbij nemen we de acute zorg in tweede instantie mee.
- B. Horizontaal verwijzen en consulteren huisarts en kaderhuisarts.
- C. Toevoegen overige eerstelijnsprofessionals: verloskundige, fysiotherapeut, apotheker etc.
- D. Toevoegen van VVT, GGZ (SO en psychiater), en specialist en huisarts.

De stappen kunnen deels parallel lopen. Stap 1A is het fundament, en daarmee onontbeerlijk om met andere deelprojecten en -stappen te kunnen starten.

Doorontwikkeling meedenkconsult

- A. Triëren van verwijzingen en overleg hierover.
- B. Tweerichtingscommunicatie in meedenkconsult.
- C. Ombuigen van verwijzing naar meedenkconsult: beide kanten uit.

Opzetten MDO vanuit een consultvraag

Multidisciplinaire beantwoording van een complexe zorgvraag.

6.1.3.2 Resultaat en opbrengsten

Een eenduidig werkproces voor digitaal overleg waarin onnodige verwijzingen worden voorkomen, ondersteund door een toepassing die integreerbaar is in de eigen werkomgeving. Meedenkconsulten kunnen een belangrijke rol spelen in het verbeteren van de kwaliteit van de diagnostiek en behandeling, en het voorkomen van onnodige verwijzingen. Door de regionale inzet van uniforme digitale hulpmiddelen bij meedenkconsulten willen we bereiken dat zorgprofessionals in de regio de consulten

Regionale digitale samenwerking leidt tot...



Vanuit quadruple aim
(<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4226781/>)

laagdrempelig en op uniforme wijze kunnen uitvoeren. We willen alle beschikbare medische expertise slim en doelmatig verbinden.

6.1.3.3 Planning en KPI's

In 2024 voorzien we implementatie op kleine schaal, opschaling van de eerst gestarte use cases en daarna verbreding. Bijvoorbeeld naar consultatie van professionals in de GGZ, de arts ouderengeneeskunde, de VG-arts en deskundigen uit het sociaal domein.

In 2024 wordt het digitaal consult tussen patiënt en professional opgepakt. Eerst zal een werkafpraak geformuleerd, vastgesteld en geïmplementeerd worden. Implementatie zal in 2025 plaatsvinden. De digitale toepassing wordt zo nodig op basis van de functionele wensen conform de werkafpraak aangepast.

Planning	2023		2024				2025				2026			
	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
Project digitale comm. huisarts & specialist														
Aanstellen projectteam	■													
Update plan van aanpak en planning														
Uitvoering opdracht centrale werkgroep		■												
Contractering leverancier		■												
Opstellen implementatieplan		■	■											
Vorbereiding pilot			■	■										
Training en communicatie				■	■									
Eerste implementaties en evaluatie					■	■								
Brede implementatie						■	■	■	■					
Nazorg en evaluatie							■	■	■	■				
Verdere ontwikkeling en verbreding inzet								■	■	■	■			
Implementatie digitaal consult patiënt en professional								■	■	■	■			

Impact en KPI's:

- Een actueel plan van aanpak inclusief planning, implementatieplan en ingerichte projectorganisatie.
- Een uitgewerkte opdracht voor de centrale werkgroep voor de selectie van een oplossing en leverancier.
- Een uitwerkt en goedgekeurd advies voor de keuze voor een oplossing.
- Een voorbereide oplossing die gereed is voor in gebruik name.
- Een voorbereide en uitgevoerde pilot met een advies voor implementatie als afronding.
- Uitgevoerde eerste implementatie en evaluatie.
- Een uitgevoerde brede implementatie inclusief nazorg en evaluatie.
- Een roadmap voor verdere ontwikkeling en implementatie digitaal consult patiënt en professional
- Meer snelheid in de verschillende processen. Hulpverleners zijn op de hoogte van elkaars interventies en dat bevordert de kwaliteit van zorg. Daarmee ook de ervaring van de inwoner/patiënt. Deze ervaart meer regie op het eigen behandelproces. Dit laatste wordt positief beoordeeld in een enquête.
- Niet passende verwijzingen worden omgebogen, hiermee wordt onnodige zorg voorkomen. En daarmee kosten voorkomen of wel gereduceerd.
- Meer tijd voor professionals omdat onnodige administratie, zoekwerk en herstelwerk voorkomen worden.
- We verwachten dat deelnemende professionals in 2024 en 2025 een reductie van 35% ervaren ten aanzien van administratie lasten en zoekwerk. Als gevolg hiervan kunnen onnodige handelingen vervangen worden voor zorglevering. Dit levert kwalitatief betere zorg op en wordt ook zo ervaren door professionals (zeker ook daar waar het continuïteit van zorg betreft). Hun werkplezier neemt toe wat terugkomt in een tevredenheidsonderzoek. Of deze cijfers één op één overgenomen kunnen worden voor het sociaal domein moet nog blijken.
- We verwachten dat met goede netwerkzorg dat het percentage van doorverwijzingen naar de tweede lijn afneemt. Onze ambitie is deze met 7% de komende jaren te reduceren.
- Alle leden van Trijn werken op deze manier. De ambitie is er ook voor niet-leden. Zij worden op een slimme manier meegenomen via gremia als de IZA bestuurlijke netwerktafel, de HHU en de regionale koepels en netwerken.

6.1.3.4 Inwonerbetrokkenheid

Wanneer we het werkproces in de basis hebben beschreven, bevragen we een dwarsdoorsnede van de samenleving over hoe dit proces aansluit op hun behoeften en wensen. Zodra een keuze voor de ondersteunende toepassing is gemaakt, consulteren we deze groep opnieuw. Na implementatie zetten we een enquête uit onder patiënten om te onderzoeken of ze verbetering ervaren. Dit doen we met de regionale inwonerstafel van HHU.

6.1.3.5 Professionalbetrokkenheid

Professionals betrekken is voorwaardelijk voor een goede implementatie. We doen dat via de verschillende platforms. Naast participatie in de werkgroepen, is er een klankbordgroep met een brede vertegenwoordiging van professionals die meedenken en de inhoud en haalbaarheid toetsen. Ook inventariseren we in de pilotfase ervaringen van professionals om in te zetten bij de verdere implementatie. Bijvoorbeeld ervaringen op het gebied van instructie en scholing.

6.1.4 Hybride zorg

Als we het hebben over hybride zorg denken we in eerste instantie aan:

- Telemonitoring en telebehandeling (zorg op afstand)
- Digitalisering van zorgpaden/zorgprocessen

6.1.4.1 Uitwerking hybride zorg in de regio

Het regionale uitgangspunt is digitaal waar het kan. Alle partijen in de regio zien kansen op het gebied van hybride zorg met de inzet van specifiek telemonitoring. Met als gevolg dat partijen ieder voor zich telemonitoring organiseren in de vorm van werkprocessen en een bijbehorende een toepassing. Dat wil zeggen: sectorale telemonitoring initiatieven en hybridisering van zorgpaden/zorgprocessen. Telemonitoring wordt veelal toegepast vanuit multidisciplinaire diagnostiek. Hierdoor moeten zorgprofessionals weten wie met welk werkproces en bijbehorende toepassing werkt en zich al deze vormen eigen maken. Wij willen regionaal aansturen op harmonisatie van zowel werkprocessen (uniforme werkwijze) als toepassingen (transmurale inzet van telemonitoring).

Onze ambitie is dat de functie van telemonitoring regionaal voor ten minste 65% wordt ondergebracht in een medisch regie centrum (MRC). Op dit moment is de functie van MRC ondergebracht bij twee ziekenhuizen in onze regio: het UMC Utrecht (medisch regiecentrum UMCU) en het Sint Antonius ziekenhuis (Zorg Bij Jou). De vier ziekenhuizen in onze regio werken binnen het onderdeel passende MSZ een plan uit dat de ambitie heeft om tot één MRC voor de regio te komen. Uitgangspunt hierbij is om zaken niet dubbel te doen en te gebruiken wat al bewezen goed werkt. Zoals Santeon Zorg bij jou, Safe@home UMC en Covered Utrecht. Deze uitwerking kan echter niet zonder samenwerking met onder andere de huisartsen, GGZ en VVT. Zij hebben ook al veel ervaring opgedaan. De inzet en invulling van medisch specialistische telemonitoring verschilt veelal van die in de eerstelijns, zoals ook de zorg zelf tussen MSZ en eerstelijns verschilt. Daar waar de patiënt tussen MSZ en eerstelijns beweegt, is het van cruciaal belang dat de eerstelijns betrokken is bij en op de hoogte is van afspraken over telemonitoring vanuit de medisch specialistische zorg. We onderzoeken in hoeverre telemonitoring via een MRC voor eerstelijns patiënten zonder behandelaar in het ziekenhuis relevant is.

Vanuit het oogpunt van netwerkzorg is het vanzelfsprekend om het MRC zoveel mogelijk integraal in te richten. In eerste instantie voor medische (planbare) zorg en vervolgens richting preventie en gezondheid. Onderzocht zal worden hoe ook ongeplande zorg hier een plek krijgt. Ook in de acute zorg is onderzocht of telemonitoring zou passen. Hierbij is geconcludeerd dat telemonitoring reguliere zorg betreft en vooral substantieel kan bijdragen aan het voorkomen van een acute zorgvraag.

Wanneer regionaal zo'n MRC staat, kan toegewerkt worden naar telebehandeling.

De digitalisering van zorgpaden/zorgprocessen volstaat niet met telemonitoring en telebehandeling. Gedacht moet worden aan bijv. het noteren van zorgpaden/zorgprocessen en richtlijnen in de Decision Model & Notation (DMN) standaard. Hiermee kan de uitwerking van de conditionering van beslissingen gedaan worden en met de inzet van AI suggesties worden gedaan als hulp in het proces van de professionals.

De nadere detaillering van de digitaliseringsopgave volgt in samenwerking tussen de projectgroep, die een en ander uitwerkt, en Trijn.

Ook met betrekking tot de digitaliseringsopgave ter ondersteuning van hybride zorg nemen wij in onze regio bij voorkeur over wat al bewezen werkt. [De data-architectuur](#) die we in onze regio willen realiseren maakt

mogelijk dat met verschillende dataplatforms kan worden gewerkt. Voor deze wijze van samenwerking zijn vele integraties nodig. Deze maken eveneens uit van onze regionale data-architectuur. Ook [het netwerkzorgplatform](#) wordt hiervoor voorzien. Dat komt overeen met wat we in onze regio willen realiseren.

Om snel te kunnen schakelen beogen we voor de digitalisering van zorgpaden/zorgprocessen eveneens zoveel mogelijk gebruik te maken van wat elders al werkt. Zo weten we dat bijvoorbeeld in Santeon-verband verschillende zorgpaden al zijn uitgewerkt die zich goed lenen voor hybride zorg.

Dat zijn in willekeurige volgorde:

- COVID/Influenza
- Astma
- COPD
- CVA
- Hartalen
- Diabetes Gravidarum
- Diabetes type 1

De meeste daarvan zijn al onderdeel de RTA's in onze regio. Die daardoor wellicht op korte termijn aangescherpt kunnen worden voor die specifieke toepassing.

6.1.4.1.1 Resultaten en opbrengsten

Een regionale werkwijze om monitoring binnen organisaties en over organisaties heen toe te passen. Hierdoor werken we toe aan een situatie van meer eenduidigheid en harmonisatie, en ook betere integratie in de werkomgevingen. We baseren ons op bewezen toepassingen en werkwijzen. Op deze manier hoeven we het wiel niet opnieuw uit te vinden. Bovendien werken veel organisaties in de regio bovenregionaal.

De winst zit vooral in tijdwinst voor professionals die niet hoeven na te denken over hoe te werk te gaan per patiënt of casuïstiek. Daarnaast zit de winst in een kwaliteitsverbetering. Op dit moment gaat het om stabiele patiënten. Wanneer ook de acute groep in de toekomst wordt meegenomen, vraagt dit om een 24/7 benadering. Dit leidt tot een duurdere bezetting. Samenwerken en harmonisatie van zorgpaden/zorgprocessen maken het goedkoper.

De harmonisatie van werkprocessen en toepassingen maakt de stap naar bundeling van deze functie in een mogelijk toekomstig regionaal (telemonitoring) medisch centrum makkelijker mogelijk. Daarnaast verwachten we dat telemonitoring kan leiden tot verplaatsing van tweede- naar eerstelijns zorg. Bovendien valt de patiënt niet meer onder de directe behandeling van de arts/specialist. Deze blijft vaak wel de regiebehandelaar. De inzet kan verlegd worden naar POH, specialistisch verpleegkundigen of anders.

Ook aspecten als opleiding (door inzet studenten) en onderzoek (van bijv. 'health-impact' van het werken met e-health en een regionaal MRC) worden meegenomen. Het regionaal MRC kan daarnaast een belangrijke rol spelen in het uitrollen van innovaties.

6.1.4.1.2 Planning en KPI's

In 2023 is een begin gemaakt met de verkenning van initiatieven van partijen, het delen van ervaringen en de voorbereiding van een regionale initiatie.

Planning	2024				2025				2026			
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
Hybride zorg												
Projectplan uitwerken												
Aanstellen projectteam												
Professionalkant												
Invoegen zorgpaden in RTA governance	zie paragraaf 2.1.4.1											
Uitbreiden zorgpaden	zie paragraaf 2.1.4.1											
Cultuurverandering	fase 1				monitoren en bijstellen				monitoren en bijstellen			
Betrekken brede professionalgroep												
Inwonerkant												
Training wijkcoördinatoren (buurtverbinders/dorpsondersteuners)					herhaling				herhaling			herhaling
Betrekken inwoners												
Vaststelling en publicatie												

In 2024 en 2025 worden de zorgpaden/zorgprocessen gevoegd en uitgebreid in de RTA governance en publicatie. Zij zijn dan voor alle professionals toegankelijk.

KPI's:

- Een uitgewerkt projectplan inclusief ingerichte projectorganisatie.
- Zorgpaden/zorgprocessen zijn sectoraal en transmuraal uniform en hybride.
- Op basis van de zorgpaden/zorgprocessen een aangepaste werkwijze en cultuurverandering zichtbaar in de werkwijze.
- Helder overzicht van oplossingen voor telemonitoring en telebehandeling die worden ingezet.
- Geïmplementeerde oplossingen waarbij aandacht is voor training voor gebruik.
- Op basis van een vooraf opgesteld plan zijn inwoners betrokken bij de ontwikkelingen en de in gebruik name van zorgtoepassingen.
- 25% reductie van reguliere zorgactiviteiten.
- We weten uit de data van ziekenhuizen dat het aantal fysieke policonsulten daalt. Ook lijkt het erop dat de inzet van monitoring leidt tot een daling van ligdagen van patiënten.
- Minimaal 4 zorgtoepassingen (regionaal afgestemde zorgpaden/zorgprocessen) worden in de regio breder ingezet dan alleen bij het ziekenhuis waar het gebruik gestart is. Dit leidt tot een reductie van minimaal 4.500 consulten in de specialistische zorg.
- Daarnaast staat in het IZA dat sectoren onderzoeken welke zorgpaden/zorgprocessen geschikt zijn voor digitale en/of hybride zorg. Van deze geschikte zorg komt 70% digitaal of hybride beschikbaar. Van alle zorg die hybride wordt aangeboden, streven we naar een inclusie van c.q. het gebruik door minimaal 50% van de patiëntenpopulatie waarvoor de hybride zorgpaden/zorgprocessen geschikt zijn.
- Alle leden van Trijn werken op deze manier. De ambitie is er ook voor niet-leden. Zij worden op een slimme manier meegenomen via gremia als de IZA bestuurlijke netwerktafel, de HHU en de regionale koepels en netwerken.
- Dit is een eerste aanzet voor een langdurig traject (strekt verder dan 3 jaar): in de komende periode worden plannen gemaakt over hoe dit er na 2026 uit gaat zien.

6.1.4.1.3 Inwonerbetrokkenheid

Als het werkproces in de basis is beschreven, wordt een dwarsdoorsnede van de samenleving bevroegd over hoe dit proces aansluit op hun behoeften en wensen. Na implementatie van het werkproces volgt een enquête onder de patiënten om te onderzoeken of zij verbetering ervaren. Zodra de toepassingen geharmoniseerd worden, zullen we de inwoners weer betrekken. Hierbij werken we samen met de Regionale inwonerstafel van Health Hub Utrecht (HHU).

6.1.4.1.4 Professionalbetrokkenheid

Professionals betrekken is een belangrijke voorwaarde voor goede implementatie. De professionals worden via de verschillende platforms meegenomen. Een klankbordgroep met een brede vertegenwoordiging van professionals denkt mee en toetst op inhoud en haalbaarheid.

6.2 Basis op orde

Om te kunnen transformeren is het belangrijk eerst de basis op orde te hebben. Doelstelling is de implementatie van standaarden en inzet van gemeenschappelijke voorzieningen voor generieke functies zodat informatie beschikbaar, deelbaar en uitwisselbaar wordt. Hierbij denken we aan de landelijke infrastructuren (zoals LSP, XDS en de datastations), landelijke afsprakenstelsels (zoals Twiin en Nuts), FHIR-standaarden voor de koppelingen (waar nodig open EHR), de Wegiz-standaarden voor de meest cruciale overdrachten en de standaarden voor de acute- en ambulance zorg. Het gaat hierbij ook om standaarden voor privacy en informatieveiligheid.

Om met elkaar gegevens uit te kunnen wisselen, moeten we ook zorgen voor juiste registratie van gegevens (gestandaardiseerd en gestructureerd) en dat de gegevens vindbaar, interpreteerbaar, benaderbaar en reproduceerbaar (FAIR) zijn. Het werken met gemeenschappelijke voorzieningen voor generieke functies is voor bijvoorbeeld adressering en toestemmingen voorwaardelijk. Hier zetten we in de regio vol op in.

6.2.1 Landelijke infrastructuren, afsprakenstelsels en koppelingen

Om te kunnen transformeren naar netwerkzorg, maar ook onze data-architectuur te realiseren, moeten we bij gegevens kunnen. In eerste instantie zal dat nog via het LSP en de XDS-infrastructuur zijn, maar steeds meer via de bronnen en/of datastations die regionaal ontstaan ten behoeve van een landelijk dekkend netwerk. Ontsluiting gebeurt via het landelijk vertrouwensmodel en de verschillende landelijke afsprakenstelsels en koppelingen tussen gegevensbronnen via open internationale standaarden.

6.2.2 Informatiestandaarden

We richten ons op de implementatie van de vijf prioritaire Wegiz-standaarden en de acute zorgstandaarden:

- Basisgegevensset zorg
- eOverdracht
- Medicatieoverdracht
- Beeldbeschikbaarheid
- Acute Zorg

We richten ons eveneens op de implementatie van de standaarden voor de acute zorg:

- In navolging van MSB de standaarden implementeren voor gegevensuitwisseling in de acute zorg in samenwerking met landelijke organisaties: berichten 1 t/m 22 implementeren (in 2023 is gestart met de implementatie van berichten 8, 9, 10 en 15, 16)
- Bericht tussen ambulance en HAP

6.2.3 Registratie van gegevens

We zullen organisaties informeren over het belang van het goed en eenduidig registreren van gegevens. We zullen bevorderen dat via de gangbare talen per sector geregistreerd wordt. Landelijk beschikbare bovenliggende ontologiën/vertalingen kunnen dan eenvoudiger worden geïmplementeerd.

6.2.4 Generieke functies

De nationale visie en strategie (NVS) van het ministerie van VWS vragen om implementatie van generieke functies:

- Adressering
- Toestemmingenregister
- Identificatie
- Authenticatie
- Autorisatie
- Localisatie
- Logging

De implementatie van generieke functies verloopt via de regio's.

Onduidelijk is nog of hier gewerkt gaat worden met decentrale oplossingen of centrale oplossingen of een combinatie ervan. In de regio starten we in elk geval met de kleinschalige implementatie van ZorgAB voor de adressering en met de combinatie Mitz en Nuts voor de toestemmingen. Wanneer meer duidelijkheid verstrekt wordt, zullen we opschalen en starten met de overige functies.

6.2.5 Resultaten en opbrengsten (*impact*)

Met de basis op orde creëren we een situatie waarbij gegevens beschikbaar, interpreteerbaar, deelbaar en uitwisselbaar zijn. Werken met gemeenschappelijke voorzieningen voor generieke functies (adressering, toestemming, localisatie, etc.) is voordelig en zetten we in de regio op in. Voor professionals resulteert dit in een vlot lopend proces waarbij iedere professional op het juiste moment beschikt over de juiste gegevens en weet welke stappen gezet moeten worden. Hiermee bereiken we dat de patiënt in zowel een planbare als een acute situatie op de juiste plek met de juiste zorg terecht komt. Bovendien realiseren we hiermee dat gegevens makkelijker beschikbaar, deelbaar en uitwisselbaar worden met de PGO's.

Door betere gegevensuitwisseling worden zorgverleners beter ondersteund in hun werk, waardoor de patiënt sneller de juiste zorg ontvangt. Dit leidt tot:

- Betere gezondheidsuitkomsten;
- Efficiënter en sneller (keten)zorgproces;
- Minder onnodige herhalingen van onderzoek;
- Afname van de administratieve last;
- Meer werkplezier voor zorgverleners;
- Kwaliteitsverbetering van het zorgproces.

Specifiek voor BGZ en eOverdracht

Met name voor kleine organisaties in bijvoorbeeld de wijkzorg, is dit een wezenlijke verandering van de manier van werken. Het voordeel is dat je als zorgprofessional je gegevens nog maar één keer vast hoeft te leggen. Je kunt ze daarna steeds hergebruiken. Als patiënt of cliënt hoef je nog maar één keer je verhaal te doen en de kwaliteit van zorg wordt beter omdat iedereen op elk moment toegang heeft tot de juiste gegevens. Het grootste verschil met de huidige situatie is dat gegevens overal op dezelfde manier vastgelegd worden. Hierdoor begrijpen de systemen elkaar en hoef je als zorgprofessional geen gegevens meer over te typen. Er zijn inmiddels meer dan 10 gekwalificeerde leveranciers met werkende software en er wordt in andere regio's inmiddels ervaring opgedaan met registratie middels zibs (14 van de 57 zibs zijn ingebouwd). Als regio maken we graag gebruik van de ervaring uit de andere regio's.

Specifiek voor medicatieoverdracht

- Verminderen van (her)opnames en medicatie-incidenten;
- Uitbreiding van het digitaal receptenverkeer;
- Actueel en compleet medicatieoverzicht is beschikbaar voor alle zorgverleners;
- De toedienlijst is gedigitaliseerd en hoeft niet te worden overgenomen/kan hergebruikt worden. Dit leidt tot verminderen van toedienfouten;

Specifiek voor beeldbeschikbaarheid

Bij behandeling van patiënten wordt heel vaak gebruik gemaakt van beeldvormende diagnostiek. Regelmatig is het nodig om die beelden en de bijbehorende verslagen beschikbaar te stellen aan andere ziekenhuizen of instellingen. Denk bijvoorbeeld aan een multidisciplinair overleg of bij acute overdracht. Het doel van deze gegevensuitwisseling in de regio is te zorgen dat bij een verwijzing binnen de medisch-specialistische zorg of Bevolkingsonderzoek (BVO) beelden elektronisch worden verzonden. Elektronische uitwisseling zorgt ervoor dat de beelden veel sneller en effectiever bij de andere zorgverlener komen. En dat de beelden en verslagen ook elektronisch beschikbaar zijn voor een zorgverlener die werkt bij een andere instelling voor medisch-specialistische zorg.

Specifiek voor de acute zorg

- De belangrijkste patiëntgegevens inzichtelijk en beschikbaar maken voor het acute zorgnetwerk.
 - o Het NAZMN heeft al gekeken naar deze vraag. De volgende gegevens zijn aangemerkt als standaard en altijd van belang om te delen in het geval van aan acute zorgvraag:
 - Hulpvraag patiënt en/of collega zorgverlener
 - Vitale functies
 - Behandelbeleid en -wens
 - 72 uur voorgeschiedenis
 - Actieve problemenlijst
 - o De gegevensuitwisseling tussen ziekenhuizen.
 - o De beelduitwisseling inclusief onderzoeksgegevens en rapportage (tijdlijn conform Wegiz).

6.2.6 Planning en KPI's

Voor elk onderdeel zal een projectplan opgesteld worden. Voor zover deze nog niet beschikbaar zijn, worden deze eind 2023 en begin 2024 opgesteld.

Planning	2024				2025				2026			
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
Basis op orde												
Professionalkant												
Werkafpraak overdracht	zie paragraaf RTAs											
Registratie												
registratie bevorderen												
Informatiestandaarden												
Projectplan uitwerken	overdrachten											
Aanstellen projectteam												
Twijn afsprakenstelsel implementeren	Voorbereiding	Uitvoering										
Basisgegevensset zorg	Light variant 1e omgevingen		Light variant opschaling		full variant 1e omgevingen		full variant opschaling					
eOverdracht	Light variant		Light variant opschaling		full variant 1e omgevingen		full variant opschaling					
Medicatieoverdracht			Light variant		Light variant opschaling		Light variant opschaling		full variant 1e omgevingen		full variant opschaling	
Projectplan uitwerken												
Aanstellen projectteam												
Beeldbeschikbaarheid						full variant 1e omgevingen		full variant opschaling		full variant opschaling		
Projectplan uitwerken	uitloop 2023											
Aanstellen projectteam												
Acute zorg												
Generieke functies												
ZORG-AB	eerste omgevingen		opschaling 1		opschaling 2		opschaling 3					
MITZ / Nuts			eerste omgevingen		opschaling 1		opschaling 2		opschaling 3			
Inwonerkant												
Training wijkcoördinatoren (buurtverbinders / dorpsondersteuners)												
Betrekken inwoners												
Vaststelling en publicatie												

KPI's:

- Vastgestelde projectplannen per onderdeel inclusief een ingerichte projectorganisatie.
- Geïmplementeerde informatiestandaarden conform projectplan en planning.
- Geïmplementeerde generieke functies conform projectplan en planning.
- Op basis van een vooraf opgesteld plan zijn inwoners betrokken bij de ontwikkelingen en de in gebruik name van oplossingen.
- Het realiseren van de quadruple aim doelstellingen.
- Met minimaal 3 huisartsenorganisaties, betrokken apotheken, betrokken thuis- en verpleegzorg, een revalidatievoorziening en specialisten vindt in 2024 de overdracht digitaal plaats.
- De patiënt en diens omgeving ervaart meer snelheid en kwaliteit. De overdracht hoeft niet meer op papier mee en is eenvoudig digitaal toegankelijk. Minimaal 2500 overdrachten vinden in 2024 en 2025 op deze wijze plaats en worden positief beoordeeld door patiënten in een enquête.
- Zorgverleners ervaren betere samenwerking. Dit resulteert in minder onnodige tijdsbesteding als het gaat om nabellen, controleren en herstellen. Dit geven zij aan in een evaluatiegesprek.
- In 2024 en 2025 wordt conform standaarden acute zorg in VVT en GGZ gewerkt. Tevens zijn de retourberichten concreet geïmplementeerd. Professionals worden gerouteerd naar de juiste gegevens op de juiste plek, waarmee zij eenvoudig inzicht hebben en weten welke stappen gezet moeten worden. Hierdoor is zorg doeltreffend, worden fouten voorkomen en is overtypen niet meer nodig. Hiermee bereiken we dat de patiënt in de een acute situatie op de juiste plek met de juiste zorg terecht komt.
- Alle leden van Trijn werken op deze manier. De ambitie is er ook voor niet-leden. Zij worden op een slimme manier meegenomen via gremia als de IZA bestuurlijke netwerktafel, de HHU en de regionale koepels en netwerken.
- Dit is een eerste aanzet voor een langdurig traject (strekt verder dan 3 jaar): in de komende periode worden plannen gemaakt over hoe dit er na 2026 uit gaat zien.

6.2.7 Inwonerbetrokkenheid

Inwoners zullen ervaren dat zij ontzorgd worden in het zorgproces. Er hoeft bijv. geen papieren overdracht meer mee, de zorgprofessional is beter op de hoogte van belangrijke informatie en je hoeft je verhaal niet steeds opnieuw te doen. Na implementatie van de implementatie van de standaarden, volgt een enquête onder de patiënten om te onderzoeken of zij verbetering ervaren. Zodra de toepassingen geharmoniseerd worden, zullen we de inwoners weer betrekken. Hierbij werken we samen met de Regionale inwonerstafel van Health Hub Utrecht (HHU).

6.2.8 Professionalbetrokkenheid

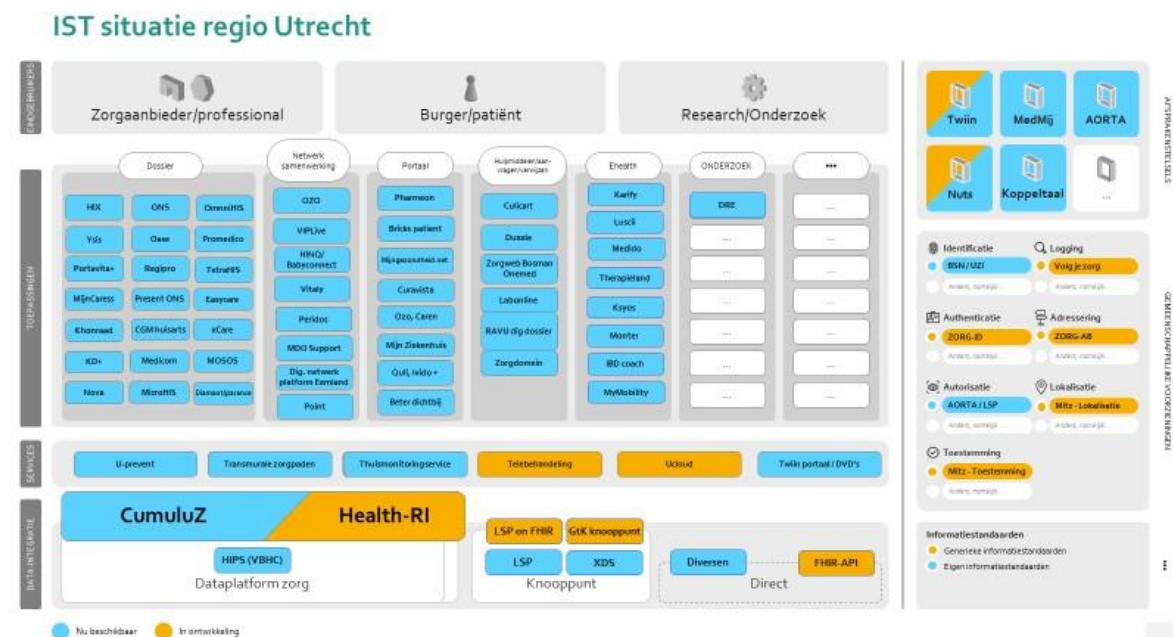
Professionals betrekken is voorwaardelijk voor een goede implementatie van de verschillende onderdelen. Zij zullen in de voorbereidings- tot aan de implementatiefase betrokken moeten zijn. Tijdens kleinschalige implementaties zullen gebruikerservaringen opgehaald worden om verbeteringen door te kunnen voeren. Dit zijn belangrijke voorwaarden voor de beoogde resultaten.

6.3 Regionale applicatie- en data-architectuur

Om de netwerkzorg in onze regio echt te kunnen faciliteren, willen we met elkaar (in Trijn-verband) een regionale applicatie- en data-architectuur vaststellen en realiseren. Deze architectuur zorgt voor interoperabiliteit tussen toepassingen en data. Dit draagt bij aan plateau 1 van de NVS.

Op dit moment wordt vooral met puntoplossingen gewerkt die slechts één use case of samenwerking in beperkte zin ondersteunen (puntoplossingen). Van die situatie willen we af. Dit kan alleen als we de applicatie- en data-architectuur aanpassen. De overgang naar deze architectuur verloopt makkelijker als de basis op orde is.

Landelijk is men voornemens om een doelarchitectuur te ontwikkelen. Wij verwachten dat deze niet zal afwijken van de principes waarop in onze regio gewerkt wordt met o.a. Cumuluz, Data Delen Midden-Nederland, Health-RI en Babyconnect (HINQ). In onze regio kunnen we voortborduren op de kennis en ervaring

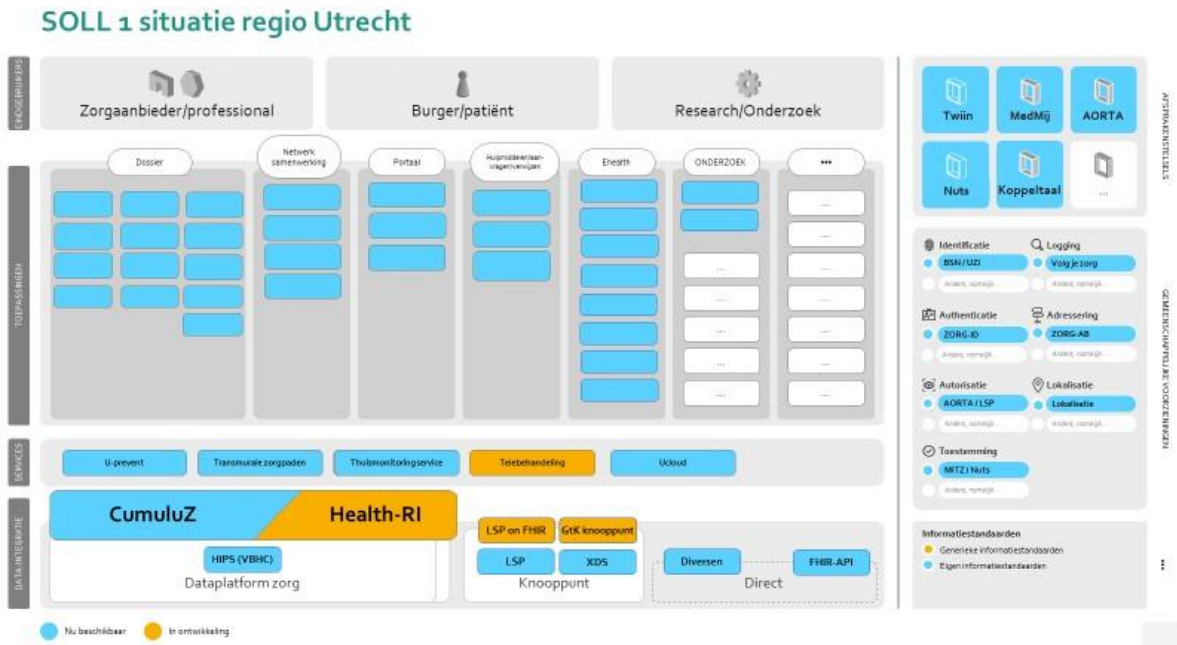


die we op hebben gedaan in deze ontwikkelingen. Onze transitie-aanpak is om stapsgewijs een moderne data-architectuur beschikbaar te maken voor netwerkzorg en implementeren die in onze regio. Om deze transitie-aanpak goed neer te zetten, is het belangrijk om inzicht te hebben in de huidige situatie in de regio. Dit noemen we ook wel de IST-situatie:

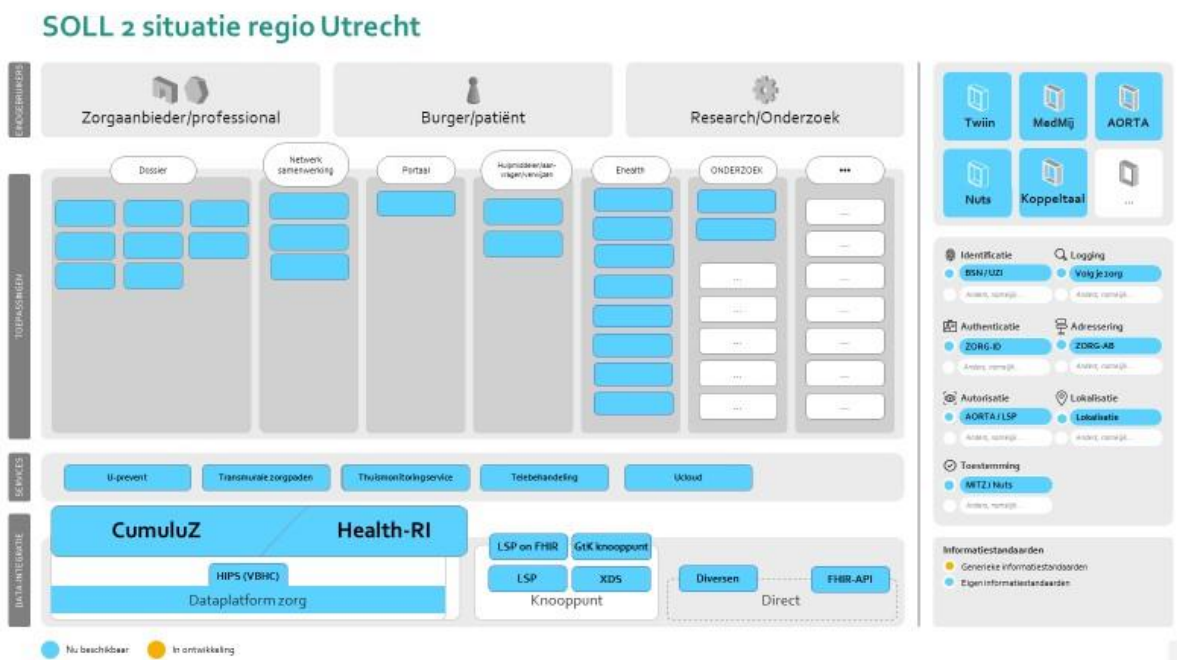
Het IZA zet in op samenwerken in het totale netwerk met als doel 'passende zorg leveren'. In de regio is succesvol gewerkt aan transformatie van oncologische zorg met behulp van digitalisering en databeschikbaarheid in Data Delen Midden-Nederland (DDMN): Onco-Mid. DDMN, maar ook BabyConnect met HINQ, is een goed voorbeeld van netwerksamenwerking voor passende zorg met een data-architectuur en -

infrastructuur die past bij de nationale visie en strategie op het gezondheidsinformatiestelsel van VWS, het IZA, en bij landelijke ontwikkelingen. Deze goede voorbeelden verdienen opschaling. In de regio willen we toe naar een data-architectuur en -infrastructuur die in de eerste plaats uitgaat van de behoefte van inwoners en patiënten en ook de professionals optimaal ondersteunt. Deze opzet is in lijn met landelijke initiatieven zoals CumuluZ. Onze wens is om in onze regio te komen tot een reductie van systemen. Hier werken we stapsgewijs naartoe.

Stap 1:



Stap2:



Om dit te bereiken zien we in de regio een verbindend fundament voor ons. We noemen dat verbindend fundament een dataplatform zorg. Het is een platform dat een slimme routeermachine is die werkt op de verschillende infrastructures, zoals XDS, Fhir, en het LSP. Het kan omgaan met verschillende bronssystemen via standaarden en een datamodel, met e-healthtoepassingen en met generieke functies zoals lokalisatie, logging,

adressering en toestemming. Het dataplatform zorg werkt federatief en datacentrisch waar dit mogelijk is. Hiermee werken we toe naar platform- en systeemafhankelijk gegevens kunnen uitwisselen in de regio, met behulp van open internationale en landelijke standaarden.

Dit zijn de uitgangspunten voor de gewenste data-architectuur:

- Inwoners en patiënten zijn centraal en leidend;
- Netwerksamenwerking staat voorop, individuele organisatie is van ondergeschikt belang;
- Data die als levensloopdossier komen, zijn vrij beschikbaar via sets van open standaarden en API's;
- Het is zo eenvoudig mogelijk voor organisaties om aan te sluiten;
- Gegevensuitwisseling is op basis van (*notified*) *pull*- in plaats van *push*-verkeer, tenzij het niet anders kan;
- Het stimuleert datasamenwerking: partijen werken samen in netwerken in wisselende samenstellingen;
- Er is flexibiliteit om snel op elkaar volgende veranderingen versneld en wendbaar te kunnen ondersteunen;
- De architectuur is makkelijk te integreren, sleutelwoorden zijn 'open', 'standaard' 'koppelvlakken' en 'uitwisselstandaarden';
- De architectuur is toekomstbestendig, opschaalbaar en gebruikt nieuwe technologieën;
- Belangrijk uitgangspunt is 'generiek waar het moet en specifiek waar strikt noodzakelijk'.

6.3.1 Bouwen aan de toekomst

De zorgbehoefte neemt toe en de zorgvraag verandert. Tegelijkertijd kampt de zorg met een personeelstekort. Daarnaast missen professionals op dit moment vaak cruciale informatie. Hoe kan ons zorgstelsel nu én in de toekomst goed functioneren? In de regio gaan we voor de juiste digitale informatie op de juiste plek. Zodat voor iedereen in de regio Midden-Nederland de juiste zorg en welzijn op het juiste moment beschikbaar is. Door nauwe samenwerking in de regio en de inzet van juiste digitale middelen en ondersteuning maken we impact en krijgen inwoners de best passende zorg en wordt voorkomen dat (dure) zorg nodig is.

In de *visie* van de regio kunnen alle partijen betrokken bij de gezondheid, zorg en het welzijn van inwoners met elkaar samenwerken o.b.v. datagedreven werken. Netwerkgorg naar behoefte in steeds wisselende samenstellingen. Daarvoor is nodig dat de juiste informatie beschikbaar en inzichtelijk is en dat elke professional naar nut en noodzaak componenten in de eigen systemen kan zetten.

Om deze doelen te bereiken is het nodig om een strategie op het gebied van applicatie- en data-architectuur te hebben. Deze gaat in de eerste plaats uit van de behoefte van de inwoner/patiënt. Daarnaast ondersteunt de strategie bij het voorkomen van dubbeldiagnostiek of stapeling, bij het leveren van passende zorg en vereenvoudigt het werk van professionals. Daarmee zetten we in op een gezonde regio en proberen we in de regio Utrecht de zorg toegankelijk, betaalbaar en van kwaliteit te houden.

Zorg voor de burger of de patiënt vindt steeds meer plaats in een wisselend samenspel tussen de burger en zorgverleners. Deze ontwikkeling stelt nieuwe eisen aan de beschikbaarheid van medische gegevens. De zorggebruiker, zorgverleners, mantelzorgers en informele zorgverleners willen informatie hebben op het moment dat het nodig is; de juiste informatie, op het juiste moment op de juiste plek. Dit voor elkaar krijgen vraagt om eisen stellen aan hoe we samenwerken in de zorg en in de digitale wereld waarin we leven, maar ook aan hoe we de digitalisering van de zorg willen vormgeven.

Tijdige beschikbaarheid van volledige en betrouwbare informatie leidt in het primaire proces tot betere kwaliteit van zorg en verbetert de mogelijkheden tot zeggenschap van burgers in dat proces. De beschikbaarheid van data voorkomt langere doorlooptijden voor de patiënt (o.a. door het voorkomen van dubbele diagnostiek), vermindert administratieve- en registratielasten en verbetert daarmee de efficiëntie in zorgprocessen. Innovatieve toepassingen zijn behulpzaam bij registratie, zodat de administratieve lasten verminderen en de kwaliteit van de registratie verbetert. Daarnaast ondersteunen innovatieve toepassingen het besluitvormingsproces op basis van beschikbare data en toegankelijke wetenschappelijke kennis.

De visie op het gezondheidsinformatiestel schetst een duidelijk toekomstbeeld richting het jaar 2035. Er is dan sprake van passende hybride zorg, waarbij databeschikbaarheid tot stand is gekomen op basis van vertrouwen en waarbij de regie stevig in handen is voor het gehele gezondheidsinformatiestelsel.

6.3.1.1 Vertrouwen

Burgers, zorgverleners, wetenschappers en de overheid hebben vertrouwen in elkaar en in het zorgvuldig gebruik van data. We werken in vertrouwen met elkaar samen om op een efficiënte manier passende zorg en ondersteuning te leveren. Er zijn afspraken om dit vertrouwen te borgen. Vertrouwen in elkaar en betrouwbaarheid van data zijn het vertrekpunt van deze visie.

6.3.1.2 Hybride zorg

Gezondheid en preventie moeten in 2035 centraal staan. De inzet van bewezen effectieve digitale toepassingen, technologie en beschikbare data maken onderdeel uit van passende hybride zorgprocessen. De zorg:

- Is toegankelijk, van goede kwaliteit en betaalbaar
- Is persoonsgericht en maatwerk-ondersteunend
- Omarmt het uitgangspunt: zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan

6.3.1.3 Databeschikbaarheid

In 2035 kunnen burgers meebeslissen over voor hen passende zorg en hebben alle informatie beschikbaar om dat te kunnen doen. Zorgverleners kunnen met de juiste data en inzichten daaruit betere zorg leveren en hebben meer mogelijkheden om gezondheid te bevorderen. Zorgaanbieders sturen op efficiënte inzet van hun schaarse personele capaciteit. Onderzoekers en beleidsmakers kunnen met de beschikbare data kennis vergroten en gefundeerd effectief sturen op doelen ten aanzien van zorg, preventie en gezondheid. Gestandaardiseerde en beschikbare data zorgen ervoor dat ontwikkelaars en aanbieders toepassingsgericht innoveren en daarmee waardevolle hulpmiddelen bieden om burgers en professionals te ondersteunen in hun zorg en gezondheid.

6.3.1.4 Domeinen

Als basis voor de data architectuur onderscheiden we vier domeinen. Deze domeinen geven weer waar Trijn op regionaal niveau invulling aan geeft, samen met diverse partijen in de regio. Met de toepassing van digitale oplossingen kunnen we de juiste informatie op de juiste plek bieden.

Hiermee maken we impact en ontvangen bewoners de best passende zorg.

1. Preventieve zorg
 - a. GROZ
 - b. Populatiemanagement
2. Patiënt gestuurde zorg
 - a. Psychische zorg
 - b. Zelf- & thuiszorg
3. Transmurale- en netwerkzorg
 - a. Regionale oplossingen faciliteren DDMN, Babyconnect
 - b. Samenwerking tussen HA, VVT, APO, ZKHS-en, etc. bevorderen
 - c. Regionaal medisch regiecentrum
4. Acute zorg
5. ROAZ
6. Zorgcoördinatie Centrum

We creëren een brug naar landelijke initiatieven namens de regio.

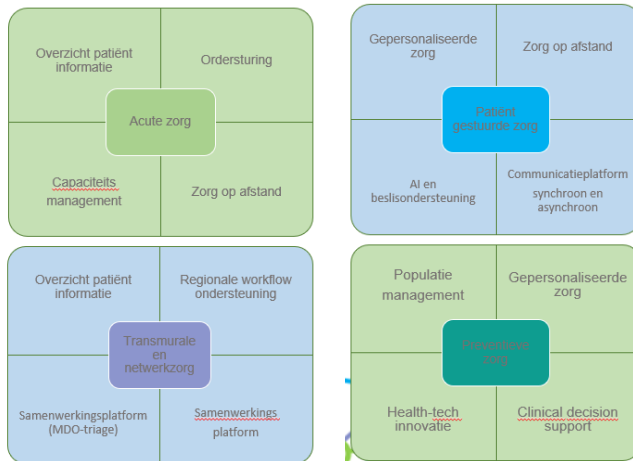
6.3.2 Architectuurmodel als kapstok

Het architectuurmodel dat Trijn ontwikkelt voor de regio is een kapstok waarmee we focus aan kunnen brengen in welke ontwikkelingen we in gang zetten en een kader waarbinnen we dit doen. Het model sluit daarmee aan bij ons beeld van de toekomst en maakt de verbinding met waar we nu staan.

Het model bestaat uit 4 lagen:

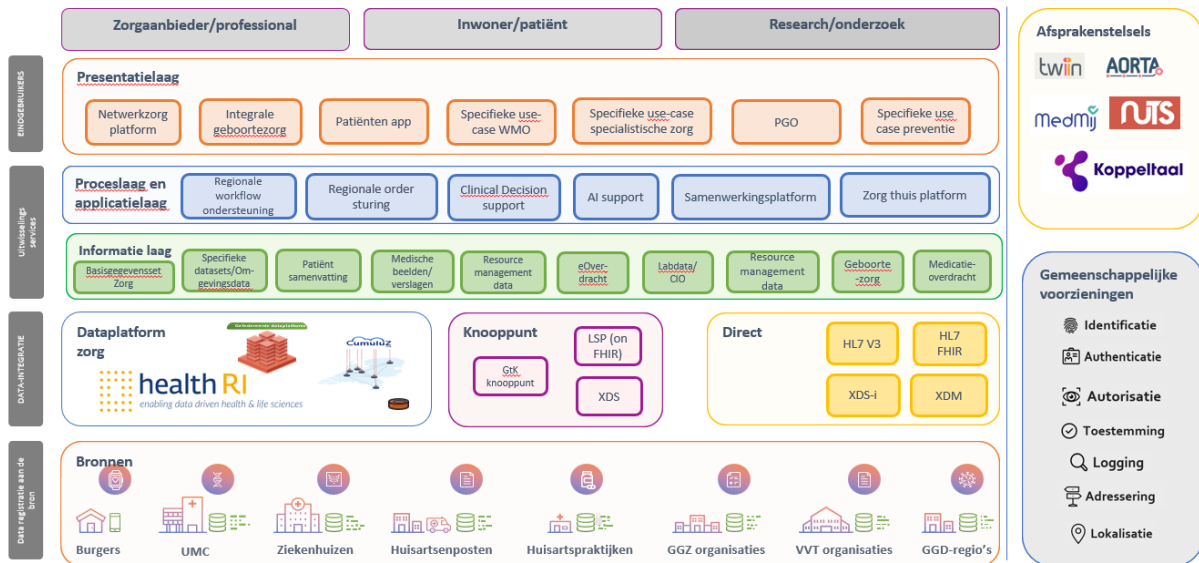
1. Dataregistratie aan de bron
2. Data-integratielaag
3. Informatie- en proceslaag met verschillende datasets
4. Presentatielaag

In onderstaand model zijn de domeinen van het architectuurmodel weergegeven. Deze vier domeinen zijn op dit moment actueel. In de toekomst kunnen deze uitgebreid worden met andere domeinen. Binnen de huidige domeinen onderscheiden we verschillende functionaliteiten. In zogenaamde use cases gaan we de gedetailleerde processen uitwerken en komen de functionaliteiten terug. Hierbij maken we gebruik van wat al ontwikkeld en beschikbaar is. Zo zijn we bijvoorbeeld inmiddels gestart met een inhoudelijke werkgroep en hebben we de use case ongeplande zorg uitgewerkt. Door de uses cases uit te werken en vorm te geven, komt ook het architectuurmodel feitelijk tot stand.



6.3.3 Architectuurplaten en toelichting lagen

Hieronder is schematisch de uitwerking van de regionale architectuur weergegeven.



Op het niveau van de *presentatielaag* vind je verschillende toepassingen en oplossingen. Het is de laag die de relevante informatie presenteert naar de o.a. de burger, de patiënt en zorgverlener. Een gezamenlijk portaal voor patiënten en zorgverleners is een belangrijk onderdeel. Andere toepassingen kunnen zijn een specifieke app in te zetten bij een bepaald ziektebeeld, een oplossing voor digitale monitoring en de persoonlijke gezondheidsomgeving van de burger.

Op het niveau van de *proceslaag* toont het model toepassingen die processen ondersteunen zoals workflowondersteuning. Deze laag maakt gebruik van de data die beschikbaar wordt gesteld vanuit de bronsystemen via de integratielaag. De *applicatielaag* biedt functionaliteiten aan de verschillende use cases, over de bronnen van de aangesloten zorgaanbieders heen. Verschillende functies kunnen aangeboden worden vanuit de regionale infrastructuur om een use case zo adequaat en efficiënt mogelijk te ondersteunen. De *informatielaag* zorgt dat de juiste set aan informatie wordt aangeboden aan de verschillende use cases die gebruik maken van de regionale infrastructuur. De *data-integratielaag* ontsluit de diverse bronnen van de aangesloten zorgaanbieders op basis van internationale standaarden.

6.3.4 Transitieplan

Het is een utopie om de applicatie- en data-architectuur ineens neer te zetten. Daarom voorzien we dat stapsgewijs naar het resultaat wordt toegewerkt. Daarmee bedoelen we dat snel te realiseren functies via use cases worden bepaald op basis van patiëntreizen en daarna uitgebreid. Aanvankelijk worden de verschillende platforms ontsloten om vervolgens toe te werken naar beperking van platforms. We werken toe naar een transitiearchitectuur die we eind 2024 opleveren, met een mogelijke uitloop op details. De transitiearchitectuur zal een convergentieslag visualiseren zoals geduid in de platen soll 1 en soll 2. In de transitiearchitectuur zal echter wel duidelijk worden met welke toepassingen en technologieën zal worden gewerkt. Daarop gaan we verder richting het ontwikkelen van een doelarchitectuur voor de periode na 2027. Dit loopt gelijk met plateau 2 uit de NVS. Zodat we die slag voorbereid hebben in de regio.

Uitgangspunten bij de realisatie:

- Kleine stappen met grote impact, de focus ligt op de korte, middellange en langere termijn;
- Relatief eenvoudig implementeerbaar;
- De behoefte van inwoners en patiënten staat centraal;
- Vereenvoudiging voor zorgprofessionals vergroot hun werkplezier.

Het zou zo kunnen zijn dat voor specifieke use cases een apart platform in de lucht blijft, maar dat zal dan ongemerkt volledig integratief met de preferente werkomgeving zijn. Het dataplatform zorg biedt één ingang voor professionals, en dat zoveel mogelijk via hun eigen werkomgeving. Het heeft ook één ingang voor inwoners via hun PGO, en als ze dat niet hebben: een portaalfunctie.

Per use case bouwen we de functionaliteiten conform de principes, uitgangspunten en een programma van eisen. De gerealiseerde functionaliteiten vervangen de bestaande oplossingen in de regio. We houden daarbij aansluiting op de geprioriteerde gegevensuitwisselingen.

Hierbij onderzoeken we nader of het verstandig is om een fasering aan te brengen in het ontwikkelperspectief (deze fasering kan parallel plaatsvinden aan de opschaling van use cases):

1. Inzien en/of raadplegen van zorginformatie middels een viewer, waarbij de zorginformatie in de bron blijft opgeslagen en dus niet in de zorgviewer of ergens anders centraal (tenzij hier gemotiveerd van wordt afgeweken). Een zorgprofessional heeft daarbij toegang tot zorginformatie van (een) andere zorgaanbieder(s) die betrokken is/zijn bij de zorg rondom dezelfde patiënt op basis van toestemming van de patiënt en/of samenwerkingsafspraken tussen zorgaanbieders/zorgprofessionals.
2. Overnemen en hergebruiken van zorginformatie (selectief) ook wel het kunnen verwerken van zorginformatie uit de beschikbaar gestelde datasets (informatiestandaarden) door de ontvangende organisatie. De professional beoordeelt de gegevens en bepaalt of en hoe de gegevens worden opgeslagen en hergebruikt in het lokale zorgdossier.
3. Verrijken/toevoegen van zorginformatie op basis van interactie en bi-directionele uitwisseling van gegevens.

6.3.5 Governance

De governance voor de realisatie van de applicatie- en data-architectuur en de rol van Trijn in samenwerking met de leden, is in onderstaand overzicht uitgewerkt. We willen aan de delivery kant vooral de verbinding leggen met landelijke ontwikkelingen. Daarnaast zetten we in op de ontwikkeling en realisatie van de use cases, in samenwerking met de leden van Trijn.



6.3.6 Resultaten en opbrengsten

Door nauwe samenwerking in de regio en de inzet van juiste digitale middelen en ondersteuning maken we impact en krijgen inwoners de best passende zorg en wordt voorkomen dat (dure) zorg nodig is.

- Ondersteunt bij gezond en wel zijn en blijven, wat voorkomt dat zorg of dure zorg nodig is;
- Voorkomt dubbeldiagnostiek of stapeling;
- Juiste en passende zorg op de juiste plek;
- Vereenvoudigt het werk van professionals en brengt werkplezier terug;
- Maakt de zorg toegankelijker;
- Meer snelheid in de verschillende processen en dus ook in de ervaring van inwoners en patiënten.
- Meer tijd voor professionals omdat onnodige administratie, uitzoekwerk en herstelwerk voorkomen worden;
- Minder administratieve capaciteit;
 - Meer zorgcapaciteit doordat onnodige handelingen vervangen kunnen worden voor zorglevering;
 - Kwalitatief betere zorg.

6.3.7 Planning en KPI's

De realisatie van de regionale data-architectuur is een groot programma dat opgeknipt zal worden in verschillende plannen van aanpak. Vanuit de visie op data-architectuur zal de technische realisatie worden uitgewerkt. Zoals eerder beschreven vormen de use cases belangrijke inhoudelijke onderleggers. De planning is in onderstaand overzicht globaal uitgewerkt.

Planning	2023		2024				2025				2026			
	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
Regionale data architectuur														
Opzet data architectuur														
Afstemmen met architecten regio Utrecht														
Uitwerking eerste use case														
Data architectuur en use case verbinden														
Onderzoek toepassingen														
Selectie passende toepassing														
Toepassing realiseren in regio														
Implementatie use case 1														
Onderzoek nieuwe use cases														
Implementatie nieuwe use cases														

KPI's:

- Ingerichte programma organisatie en opgestelde plannen van aanpak.
- Uitgewerkte en goedgekeurde beschrijving van de regionale applicatie- en data-architectuur.
- Uitgewerkte use cases benodigd voor de realisatie.
- Uitgevoerd onderzoek naar mogelijkheden op het gebied van techniek en toepassingen, inclusief goedgekeurd advies over beoogde oplossing voor het fundament.
- Een technisch gerealiseerde oplossing voor het fundament.
- Geïmplementeerde use case in de regio.
- Opgestelde roadmap voor verdere ontwikkeling.
- We verwachten dat de realisatie van een regionale data-architectuur en daarmee informatie uitwisseling, ondersteunt bij gezond en wel zijn en blijven, wat voorkomt dat zorg of dure zorg nodig is. Het kan dubbeldiagnostiek of stapeling van zorg voorkomen. Het vereenvoudigt het werk van professionals en brengt werkplezier terug.
- We starten met de uitwerking van 2 use cases: ongeplande zorg en de brede verwijfsfunctie in de regio. Bij de realisatie van deze use cases willen we de effecten op het gebied van voorkomen van stapeling en verhoging van werkplezier meten. Zo is in de use case ongeplande zorg de huisarts veel beter in staat de regiefunctie te behouden doordat hij of zij toegang heeft tot relevante informatie. Onze verwachting is dat 75% van de betrokken huisartsen hier een positieve beoordeling aan geeft.
- Ten aanzien van de use case brede verwijfsfunctie in de regio verwachten we dat de zorg toegankelijker wordt en meer snelheid brengt in de verschillende processen en dus ook in de ervaring van inwoners en patiënten. Er is meer tijd voor professionals omdat onnodige administratie, zoekwerk en herstelwerk voorkomen worden. We verwachten dat deelnemende professionals in 2026 een reductie van 35% ervaren ten aanzien van administratie, zoekwerk en handmatig overzetten van informatie.
 - Alle leden van Trijn werken op deze manier. De ambitie is er ook voor niet-leden. Zij worden op een slimme manier meegenomen via gremia als de IZA bestuurlijke netwerktafel, de HHU en de regionale koepels en netwerken.
 - Dit is een eerste aanzet voor een langdurig traject (strekt verder dan 3 jaar): in de komende periode worden plannen gemaakt over hoe dit er na 2026 uit gaat zien.

6.3.8 Inwonerbetrokkenheid

Zodra er concrete resultaten zijn, wordt een dwarsdoorsnede van de samenleving gevraagd om mee te denken over het effect dat ons verbindend fundament op hun behoeften en wensen heeft. Bijvoorbeeld hoe zorgprofessionals met elkaar samenwerken, welke informatie sowieso uitgewisseld moet worden, en hoe zij zelf zouden willen kunnen meekijken en -doen in hun zorg- of gezondheidsproces. Daarna zullen nog minimaal twee momenten worden gepland om inwoners te betrekken. Dit doen we met de Regionale inwonerstafel van Health Hub Utrecht (HHU).

6.3.9 Professionalbetrokkenheid

Professionals betrekken bij de uitwerkingen is een voorwaarde voor een goede implementatie van de data-architectuur. Dat gebeurt via de verschillende platforms. Bij de uitwerking van de use cases worden professionals met werkpraktijkervaring betrokken. Ook toetsen de professionals opgeleverde resultaten op praktische toepasbaarheid.

7 Doelarchitectuur

Verbetering van informatievoorziening en gegevensuitwisseling in de zorg gaat vaak langzamer dan gewenst, omdat duidelijke en samenhangende keuzen over de oplossingsrichtingen en ontwikkelpaden tot op heden ontbreken. Dit zorgt onder meer voor onduidelijkheid en onzekerheid bij zorgaanbieders en IT-leveranciers.

Een doelarchitectuur kan richting geven aan belangrijke keuzen die gemaakt moeten worden binnen landelijke programma's en projecten. Dit wordt zowel landelijk als regionaal opgepakt.

Tegen het licht van de NVS en het Landelijk Vertrouwensmodel (LVM) is VWS een initiatief gestart om te komen tot een doelarchitectuur. Met een doelarchitectuur en de kennis over de huidige situatie kan een migratieplan gemaakt worden om te komen tot de gewenste situatie: de doelarchitectuur. Ermee rekening houdend dat in de tijd de doelarchitectuur waarschijnlijk ook nog aanpassing behoeft, bijvoorbeeld door nieuwe wetgeving of technologische ontwikkelingen.

In onze regio is onder coördinatie van RSO Trijn een [applicatie- en data-architectuur](#) opgesteld die lenig is. Dat wil zeggen dat deze gemakkelijk aan te passen is aan bijvoorbeeld een op te leveren doelarchitectuur. Omdat de regionale applicatie- en data-architectuur geënt is op grote landelijke ontwikkelingen zoals Cumuluz, Babyconnect (HINQ), Health-RI en Data Delen Midden Nederland (gedachtengoed overgenomen door MDO support) verwachten we dat onze architectuur in overeenstemming zal zijn met de landelijk op te leveren doelarchitectuur.

8 Secundair gebruik van data

Om optimaal gebruik te maken van inwoner- en patiëntgegevens moeten deze goed beschikbaar, bereikbaar en voor primair en secundair gebruik herbruikbaar zijn voor andere professionals in het netwerk van de inwoner en/of patiënt. En voor de inwoner en/of patiënt zelf via een persoonlijke gezondheidsomgeving.

Secundair gebruik van data betekent het beschikbaar stellen van data voor gebruik wat niet ligt in het primaire proces van zorgverlening aan individuele patiënten. Secundaire doelen zijn onder andere wetenschappelijk toepast onderzoek, zorginkoop, zorgcoördinatie, kwaliteitsevaluatie, procesverbeteringen, gepersonaliseerde zorg, management- en stuurinformatie en (medisch-technische) innovaties in de breedste zin van het woord, waaronder AI-toepassingen.

In onze regio zijn reeds initiatieven ingezet om het secundair gebruik van data te bevorderen. Het UMC Utrecht is bezig met de ontwikkeling van U-Cloud (een grote database met gegevens vanuit de regio). Daarnaast is onze regio ook betrokken bij Health RI (ontwikkeling van afspraken voor en realisatie van een infrastructuur om secundair datagebruik goed toe te kunnen passen). Daarnaast is onder coördinatie van RSO Trijn een onderzoek naar datagedreven werken in de langdurige zorg en het kwartiermakerschap voor de implementatie daarvan middels KIK-V gestart.

8.1 AI-toepassingen

Artificial intelligence is een veelbelovende technologie, en een veelgehoorde term in de gezondheidszorg. Er wordt veel gesproken over de potentie ervan en je ziet dat zorgorganisaties initiatieven nemen om meer AI meer in het zorgproces te gebruiken. In onze regio zijn de verschillende kennisinstellingen gezamenlijk aan het experimenteren met AI in de gezondheidszorg: AI-labs. Onder coördinatie van RSO Trijn zal samen worden gekeken naar kansrijke beproevingsen in de praktijk in het kader van deze fundamentopgave.

Om artificial intelligence nuttig te laten zijn in de zorg zijn heel veel medische gegevens nodig. AI biedt kansen om de gezondheid van de bevolking te bevorderen en de toenemende druk op het Nederlandse zorgstelsel te verlichten. De Nederlandse AI Coalitie (NL AIC) zet zich in om AI-ontwikkelingen in Nederland te versnellen en AI-initiatieven met elkaar te verbinden. Binnen de NL AIC is een werkgroep Gezondheid en zorg actief. Binnen de werkgroep werken deelnemers samen om op het terrein van gezondheid en zorg de grootste kansen en uitdagingen voor AI te identificeren, samenwerkingspartners te verbinden en te werken aan een programma.

Binnen de werkgroep Gezondheid en zorg worden teams samengesteld die met verschillende onderwerpen aan de slag gaan en het volgende willen bereiken:

- In 2025 hebben Nederlandse AI-innovaties een positieve meetbare maatschappelijke impact op het gezondheid en zorgsysteem.
- In 2025 zijn de in 2020 gedefinieerde randvoorwaarden ingevuld, zodat de weg voor groei voor alle waardevolle AI-innovaties openstaat.
- In 2025 wordt Nederland op tenminste één gezondheid- en zorggebied internationaal herkend als een van de voorlopers op AI.
- In 2025 zijn ten minste 21 waardevolle AI-innovaties landelijk breed geïmplementeerd en internationaal actief. In 2025 is de NL AIC G&Z uitgegroeid tot een effectief ecosysteem met minimaal 300 deelnemers met alle vertegenwoordigers van deelgebieden van de gezondheid en zorg.

Impact Toepassing van AI voor de gezondheidszorg is breed, bijvoorbeeld:

- AI-modellen kunnen een trendverschuiving teweegbrengen van een reactief naar een proactief gezondheidszorgsysteem (preventie).
- AI kan leiden tot snellere en betere diagnoses en voor de individuele patiënt geoptimaliseerde behandelingen. AI kan ook inzichten opleveren die beter zelfmanagement van chronische ziekten ondersteunen.
- Op landelijke of zelfs internationale schaal kan AI ingezet worden om sneller inzicht te krijgen in, en om in te spelen op epidemieën.
- Met meerdere toepassingen kan AI ook bijdragen aan [triagering](#) en de juiste zorg op de juiste plek op het juiste moment.

9 Governance

Om met elkaar in de regio te komen tot een duurzame digitale integratie hebben we met elkaar heldere afspraken gemaakt en zullen we ook nog heldere afspraken moeten maken. Voor integratie van digitalisering ten behoeve van de samenwerking tussen de aanbieders van zorg, welzijn en gezondheid hanteren we zowel landelijk als regionaal het Nictiz vijf lagen model als leidraad.

Het Nictiz-vijf lagen model beschrijft op vijf lagen wat er moet worden afgestemd tussen zorgaanbieders om te komen tot duurzame digitale integratie (interoperabiliteit). Op deze wijze ontstaat zowel verticaal als horizontaal afstemming van afspraken en borging van de gerealiseerde diensten. Dit is de logica en de kracht van het Nictiz-model.

In de regio Utrecht is in samenwerking met de leden door RSO Trijn een digitaliseringsagenda opgesteld. Deze agenda sluit aan op de organisatiestrategie van de verschillende leden. Ook al zijn er organisatie specifieke thema's die op het gebied van digitalisering spelen, de hiervoor beschreven thema's worden gezien als belangrijke thema's waar gezamenlijke inspanning op moet worden geleverd en waarop commitment is afgegeven door de leden en op bestuurlijk niveau.

Samenwerking op het niveau van de zorgprocessen zien we terug bij het opstellen en implementeren van de RTA's. Dit is een belangrijke basis voor de informatie die we tussen de partijen willen delen en uitwisselen. Ook zijn landelijke richtlijnen zoals de HASP hiervoor een belangrijke basis. Wanneer landelijke richtlijnen beschikbaar zijn, zetten we die zeker in.

Waar het de structuur van de informatie en de integratie van systemen betreft, zijn we eerste grote stappen aan het zetten. Deze eerste stappen (denk aan Oncomid, Cumulus, Babyconnect etc.) vormen een belangrijke basis voor vervolgonwikkelingen. Hierbij dienen we duidelijk vast te leggen wat iedere partij zelf moet regelen en welke afspraken onderling zijn gemaakt over interoperabiliteit, en met betrokken ICT-leveranciers. Waar we nu nog met punt oplossingen werken, zetten we met dit plan in op de regionale basis infrastructuur die generieke informatie uitwisseling mogelijk maakt, los van (maar wel aansluitend op) de infrastructuur die ingericht is in de organisaties.

Voor een aantal diensten levert RSO Trijn de beheerfunctie, waaronder leveranciers- en servicemanagement. Deze beheerfunctie zal uitgebreid worden. Hiervoor vinden de eerste activiteiten plaats in 2023 en opschaling in Q1 2024.

