

Op weg naar betere informatie-uitwisseling in de langdurige zorg

Stand van zaken en aanbevelingen

Oktober 2018



Op weg naar betere informatie-uitwisseling in de langdurige zorg

Stand van zaken en aanbevelingen

Oktober 2018

Auteur

Lisanne van der Molen

Redacteur

Marijn van Zanten

Coauteur

Aisha Sie

Irene van Duijvendijk





Inhoud

Samenvatting	6
Inleiding	9
2 Informatielandschap caresector	10
2.1 Het Interoperabiliteitsmodel	10
2.1.1 Organisatie	11
2.1.2 Zorgproces	12
2.1.3 Informatie	13
2.1.4 Applicatie	15
2.1.5 Infrastructuur	18
2.2 Het informatielandschap: van uitdaging naar kans	20
3 Standaardisatie	21
3.1 Informatiestandaarden	21
3.2 (MedMij)informatiestandaarden en outcomedoelstellingen	24
3.3 Standaardisatie in de caresector naar een hoger level	26
4 Informatie-uitwisseling	27
4.1 Informatiestromen in de caresector	27
4.2 Definiëren gegevensset voor de cliënt	29
4.3 Verbeteren informatie-uitwisseling tussen zorgprofessionals	32
Conclusie en aanbevelingen	35
Referenties	38
Bijlage: de cliënt/zorgprofessional en informatie	39



Samenvatting

Informatie-uitwisseling in de gezondheidszorg staat al jaren hoog op de agenda van zorginstellingen, beleidsmakers en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Het toekomstige programma InZicht (een VIPP voor de caresector) beoogt de informatie-uitwisseling tussen zorgprofessional en cliënt, en tussen zorgprofessionals onderling in de caresector te verbeteren. Met het programma InZicht worden ouderen en gehandicapten gefaciliteerd om (waar mogelijk) meer regie over de eigen gezondheid te voeren.

Om informatie-uitwisseling in de praktijk te kunnen realiseren, is een goed ingericht informatielandschap, bestaande uit onder andere middelen, afspraken en ICT-voorzieningen, noodzakelijk. Binnen het informatielandschap maakt interoperabiliteit het mogelijk om informatie uit te wisselen. Hierbij zijn afspraken op vijf verschillende niveaus noodzakelijk: organisatie, zorgproces, informatie, applicatie en infrastructuur. Op organisatieniveau worden in de caresector voornamelijk werkafspraken en samenwerkingsovereenkomsten gemaakt. Het zorgproces wordt mede ingevuld door richtlijnen, zorgstandaarden en kwaliteitskaders. Het niveau van informatie voorziet in informatiestandaarden en afspraken omtrent het gebruik van taal en classificaties (bijvoorbeeld SNOMED CT). Op het gebied van applicaties spelen ECD's, portalen en PGO's een rol. Daarnaast kenmerkt de caresector zich door het gebruik van meerdere infrastructuren om informatie uit te wisselen (bijvoorbeeld ZorgMail, POINT en leveranciersspecifieke infrastructuren).

Voor informatie-uitwisseling tussen zorgprofessionals zijn meerdere informatiestandaarden gedefinieerd. Onder andere de Verpleegkundige overdracht in de care (eOverdracht), Medicatieveiligheid en de Basisgegevensset Zorg (BgZ) zijn toepasbaar in de caresector en worden (soms) al toegepast. Daarnaast zijn er meerdere informatiestandaarden (bijvoorbeeld Ketenzorg en Acute zorg) waarvan bepaalde gegevenselementen en/of zorginformatiebouwstenen (zibs) een toepassing in de caresector kunnen hebben. Om informatie-uitwisseling naar het PGO van de cliënt te kunnen realiseren, worden met het programma MedMij de bestaande informatiestandaarden aangevuld met een PGO use case, specifiek gericht op de informatie-uitwisseling tussen zorgprofessional en cliënt (bijvoorbeeld met BgZ 2017 en Medicatieveiligheid).

De caresector wordt gekenmerkt door een veelheid aan informatiestromen en daarmee mogelijk ook een grote (en specifieke) informatiebehoefte bij de cliënt. Om meer zicht te krijgen op de wensen en behoeften (ten aanzien van informatie) van de cliënt in de caresector is gestart met een verkenning. De eerste resultaten van deze verkenning laten zien dat cliënten op hoofdlijnen behoefte hebben aan drie categorieën gegevens: medisch/verpleegkundig (bijvoorbeeld medicatie en diagnose), welzijn (bijvoorbeeld agenda en geschiedenis) en 'hoe verder in zorg' (bijvoorbeeld levensvragen).

Gelet op het opgehaalde beeld met betrekking tot het informatielandschap, informatie-uitwisseling en standaardisatie in de caresector zijn er negen aanbevelingen om de caresector ten aanzien van deze onderwerpen verder op weg te helpen:

1. Zorg voor landelijke (en regionale) afstemming op thema's als gebruik van informatiestandaarden en leveranciersmanagement (organisatie);
 - a. Maak helder welke standaarden landelijk gebruikt moeten worden en zie erop toe dat deze ook daadwerkelijk worden gebruikt.
 - b. Zorg ervoor dat leveranciers aan de slag gaan met deze landelijk afgestemde informatiestandaarden en dat deze worden ingebouwd in de systemen. Zie daarnaast toe op de daadwerkelijke implementatie en in gebruik name van deze informatiestandaarden in de praktijk.
2. Optimaliseer de (door)ontwikkeling van richtlijnen, zorgstandaarden en kwaliteitskaders. Dit is noodzakelijk voor onder andere de inhoud van informatiestandaarden (proces);
 - a. Zie toe op de inrichting van een professioneel beheerproces voor richtlijnen, zorgstandaarden en kwaliteitskaders. Zodat deze up-to-date blijven en voldoen aan de meest actuele kennis. Geef hiermee feedback op deze richtlijnen, zorgstandaarden en kwaliteitskaders voortdurend een plek.



- b. Door de professionele inrichting van de doorontwikkeling van richtlijnen, zorgstandaarden en kwaliteitskaders kunnen de te ontwikkelen informatiestandaarden op de meest passende en actuele kennis gebaseerd worden.
3. Continueer het creëren van een breed draagvlak voor Eenheid van Taal, dit is noodzakelijk om informatiestandaarden in de praktijk geïmplementeerd te krijgen (informatie);
 - a. Deel actief kennis over Eenheid van Taal en help partijen verder die Eenheid van taal willen inzetten binnen hun zorgpraktijk.
 - b. Maak concrete afspraken over wanneer en hoe vaktermen worden gebruikt bij uitwisseling van informatie (leg dit vast in informatiestandaarden), zodat de onderliggende betekenis van de informatie voor alle betrokkenen duidelijk is. Sluit hierbij aan bij reeds bestaande initiatieven op dit vlak. Dit principe is van groot belang wanneer je informatie-uitwisseling tot een succes wilt maken.
4. Betrek leveranciers van ECD's en PGO's actief bij de ontwikkeling en implementatie van informatiestandaarden en maak een duidelijke keuze voor een uitwisselingsstandaard (bijvoorbeeld HL7 CDA of HL7 FHIR) (applicatie);
 - a. Betrek leveranciers vanaf het prille begin bij de ontwikkeling en later ook bij de implementatie van informatiestandaarden. Door vanaf begin af aan een actieve samenwerking te realiseren kunnen zij meedenken over de te maken keuzes en zullen de eindproducten beter aansluiten bij hun wensen en eisen.
 - b. Maak een duidelijke keuze voor één uitwisselingsstandaard die door alle samenwerkende partijen wordt gebruikt; hierdoor spreekt iedereen dezelfde 'technische taal' (naast de reeds gemaakte zorginhoudelijke afspraken, zie aanbeveling drie) wat uitwisseling van informatie mogelijk maakt.
5. Per informatiestroom (use case) is het kiezen voor één infrastructuur voor informatie-uitwisseling essentieel. Daarnaast is het koppelen van infrastructuren noodzakelijk voor zorgbrede informatie-uitwisseling (infrastructuur).
 - a. Ga in gesprek met samenwerkende partijen binnen een bepaalde informatiestroom over welke infrastructuren mogelijk bruikbaar zijn en maak hierin samen één duidelijke keuze om koppelingsproblematiek binnen één informatiestroom te voorkomen.
 - b. Mogelijk worden meerdere infrastructuren gebruikt over verschillende informatiestromen: stuur op koppelingen tussen deze infrastructuren voor zorgbrede uitwisseling.
6. Start informatie-uitwisseling met de cliënt met een minimale set aan gegevens. Op basis van een eerste verkenning werd de volgende informatie als startpunt gezien om te ontsluiten richting het PGO van de cliënt: medicatieoverzicht, diagnose, afspraken, wensen en behoeften, patiëntproblemen en agendafunctie (functionaliteit PGO);
 - a. Begin niet te groot: door met een minimale set te starten kan er redelijk snel gestart worden met uitwisselen van informatie in de praktijk. Op basis van deze praktijkervaringen kan deze minimale set verder doorontwikkeld worden.
 - b. Zorg wel voor een minimale set met zinvolle gegevens, welke voldoet aan de wensen van de gebruikers: wanneer deze aansluiting mist en daarom te weinig of enkel niet relevante informatie beschikbaar is, belemmert dat het gebruik.
7. Gebruik voor de informatie-uitwisseling tussen zorgprofessionals reeds bestaande standaarden (bijvoorbeeld Verpleegkundige overdracht in de care (eOverdracht) en Medicatieveiligheid) en gegevenssets (BgZ). Start daarnaast een inventarisatie gericht op 'gaps' bij informatie-uitwisseling;
 - a. Deze reeds bestaande standaarden zijn met grote zorgvuldigheid samen met professionals uit het zorgveld ontwikkeld, worden veelal al gebruikt in de praktijk en hebben zichzelf (deels) al bewezen.
 - b. Door reeds bestaande standaarden te gebruiken kan informatie-uitwisseling met andere sectoren makkelijker tot stand komen, omdat dezelfde definitie van informatie-elementen zal worden gebruikt.
 - c. Sector specifiek zullen er potentieel elementen ontbreken bij de reeds bestaande standaarden, hiervoor dienen aanvullingen te worden gedaan of zullen nieuwe delen van standaarden ontwikkeld moeten worden.
8. Werk aan een cross-over tussen cure en care – de informatie-uitwisseling tussen care en cure is essentieel. De wijkverpleging wisselt constant uit met ziekenhuizen, huisartsen, verpleeghuizen etc. Boven de



verschillende VIPP programma's is een verbinding van programma's (en daarmee informatiestromen) noodzakelijk;

- a. Verbetering van het informatiestelsel is veelal sector specifiek opgepakt, de reeds bestaande VIPP-programma's richten zich doorgaans op de verschillende sectoren. Het is van belang de oversteek van informatie-uitwisseling naar andere sectoren concreet te gaan maken. Zeker gezien het feit dat cliënten binnen de caresector doorgaans ook veelvuldig gebruik maken van zorg binnen de curesector.
 - b. Er is samenhang en verbinding tussen de bestaande VIPP-programma's nodig. Hierdoor kan informatie-uitwisseling binnen de zorgsector naar een hoge plan gebracht worden, doordat informatiestandaarden dan pas daadwerkelijk op elkaar aansluiten, wat uitwisseling van informatie over de sectoren heen bedient.
9. Benut kennis vanuit lopende initiatieven en bouw deze verder uit (bijvoorbeeld bij implementaties). Vanuit de brancheorganisaties ActiZ en VGN (versnellingskamers omtrent PGO's) en de beroepsorganisatie V&VN (regionale implementatie eOverdracht) lopen reeds verschillende initiatieven om informatie-uitwisseling tussen zorgprofessionals en tussen zorgprofessional en cliënt te versnellen. Kennis en kunde die voortkomt uit deze trajecten dient actief te worden ingezet binnen het InZicht programma.
10. Zoals in bovenstaande aanbevelingen beschreven dient een veelheid aan activiteiten uitgevoerd te worden om uitwisseling van informatie binnen en van en naar de caresector mogelijk te maken. Activiteiten van dergelijke omvang vragen om serieuze inzet van mensen en middelen, aanbevolen wordt dan ook om hier structureel prioriteit aan te geven.



Inleiding

De caresector (langdurige zorg) is al jaren speelveld van diverse ontwikkelingen. Onder andere de overheveling van de AWBZ naar de Wlz en Wmo, de toename van het aantal cliënten en de veranderende hulpvraag zijn hierbij kenmerkend voor de veranderingen in de langdurige zorg. In toenemende mate wordt de zorg ingericht met de cliënt als uitgangspunt, waarbij de cliënt (waar mogelijk) de regie voert over de eigen behandeling en gezondheid. Hierbij hoort ook het kunnen inzien van de eigen gezondheidsgegevens, bijvoorbeeld met behulp van een PGO. Naast de cliënt krijgt ook de zorgprofessional in de langdurige zorg in grotere mate te maken met zorgketens, netwerken en collega zorgprofessionals uit andere domeinen. Om de juiste zorg op de juiste plek te kunnen leveren en continueren is informatie-uitwisseling, met de cliënt en tussen zorgprofessionals, van groot belang.

Aan het beschikken over de eigen gezondheidsgegevens en digitale (gestandaardiseerde) informatie-uitwisseling wordt vandaag de dag nog hard gewerkt. In de dagelijkse praktijk lopen cliënten en zorgprofessionals tegen verschillende problemen aan: een actueel en volledig overzicht van gegevens behorende bij het zorgproces ontbreekt vaak, gegevens moeten worden overgetypt of opnieuw verteld, overdrachten komen regelmatig niet aan en de betekenis van informatie is niet altijd hetzelfde door het gebruik van verschillende taal- en classificatiesystemen. Door al deze problemen kan de cliënt moeilijk regie houden over de eigen gezondheid en de zorgprofessional moet regelmatig op basis van gebrekkige informatie bepalen wat passende zorg is.

Op verschillende manieren wordt beoogd om informatie-uitwisseling in de gezondheidszorg in brede zin verder op gang te brengen. Met diverse VIPP's (Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional) wordt beoogd de patiënt/cliënt meer inzicht in de eigen zorg te geven. Ook voor de caresector is een VIPP in de maak, onder de naam InZicht. Met het programma InZicht wordt beoogd de informatie-uitwisseling tussen zorgprofessional en cliënt in de caresector te verbeteren. Ook de informatie-uitwisseling tussen zorgprofessionals onderling is onderdeel van het programma InZicht. Met het programma InZicht worden ouderen en gehandicapten gefaciliteerd om (waar mogelijk) een betere regie over de eigen gezondheid te voeren. Daarmee beperkt het programma InZicht zich tot ouderen en gehandicapten die door een chronische beperking zorg, hulp en/of ondersteuning nodig hebben. Deze zorg, hulp en/of ondersteuning kan zowel thuis, in het verpleeghuis als in een gehandicapteninstelling worden geleverd.

Alvorens het eisenpakket voor het programma InZicht volledig kan worden gedefinieerd, heeft Nictiz aangeboden om een nulmeting te doen op het gebied van het informatielandschap, standaardisatie en informatie-uitwisseling in de caresector. De afgelopen maanden heeft Nictiz op basis van deskresearch en door het consulteren van diverse veldpartijen een nulmeting gedaan op de eerder genoemde thema's. Het doel van het onderzoek is, naast het in kaart brengen van het huidige informatielandschap, ook het in kaart brengen van de wensen en behoeften van de caresector ten aanzien van het programma InZicht. De wensen en behoeften zijn in dit rapport vertaald in algemene aanbevelingen om bij te dragen aan interoperabiliteit en specifieke aanbevelingen ten aanzien van (de aanloop naar) het programma InZicht.

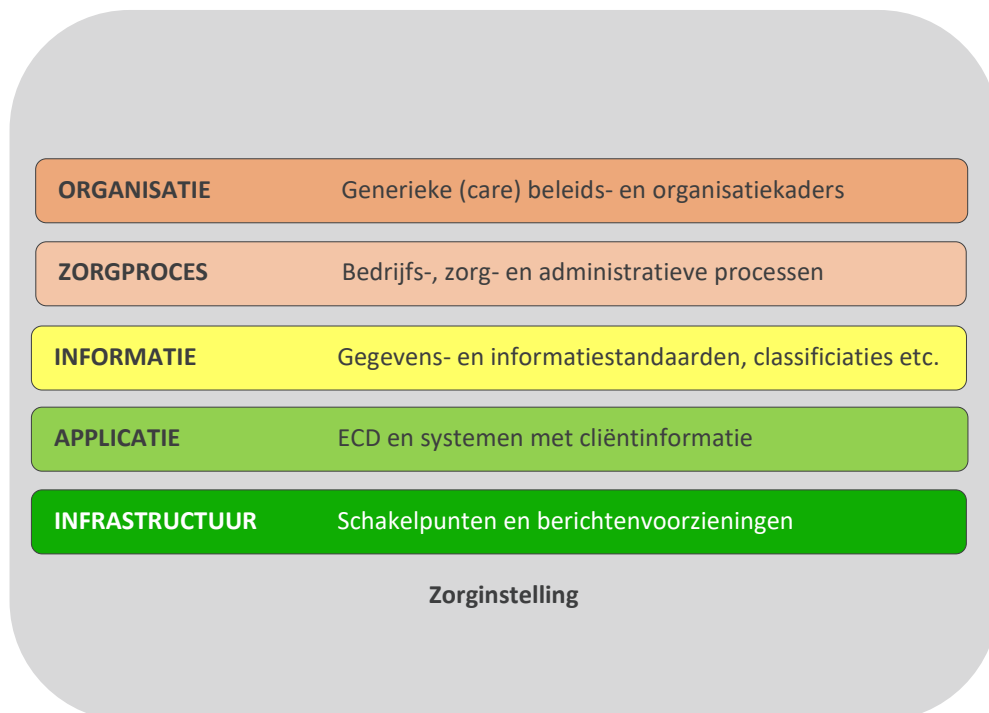


2 Informatielandschap caresector

Het informatielandschap in de caresector bestaat uit een verzameling van middelen, afspraken en ICT-voorzieningen waarbij cliënten, zorgaanbieders en zorgverleners met elkaar verbonden zijn¹. Binnen dit gezamenlijk kader kunnen toepassingen worden ontwikkeld en gebruikt die aansluiten op de behoeften van cliënten (bijvoorbeeld het PGO), zorgprofessionals en zorgaanbieders. Om het informatielandschap voor de caresector in kaart te brengen, wordt gebruik gemaakt van het Interoperabiliteitsmodel. Allereerst volgt een toelichting op de vijf lagen van het interoperabiliteitsmodel, waarna op iedere laag een verdere uitwerking plaatsvindt. Met behulp van de uitwerkingen op de vijf lagen worden de uitdagingen op het gebied van informatie-uitwisseling zichtbaar.

2.1 Het Interoperabiliteitsmodel

De gezondheidszorg, en voornamelijk de informatie die daarbinnen een rol speelt, is een complex geheel aan belangen en verantwoordelijkheden. Om het geheel aan middelen, afspraken en voorzieningen met betrekking tot informatie en informatie-uitwisseling in kaart te brengen, wordt gebruik gemaakt van het Interoperabiliteitsmodel. Interoperabiliteit maakt het voor verschillende eenheden, systemen, organisaties, partijen of individuen mogelijk om met elkaar te communiceren en informatie uit te wisselen. Binnen het Interoperabiliteitsmodel worden vijf verschillende lagen van elkaar onderscheiden: organisatie, zorgproces, informatie, applicatie en infrastructuur. Op alle lagen zijn afspraken nodig om interoperabiliteit in de praktijk te kunnen realiseren.



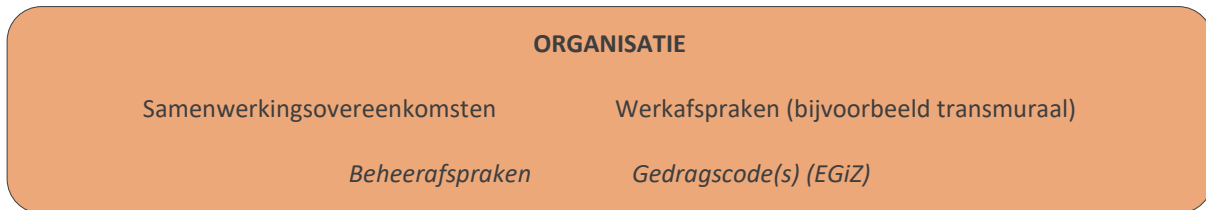
In de volgende subparagrafen wordt per laag een overzicht gegeven van de stand van zaken in de caresector. Bij de uitwerking gaat het om een inschatting van de huidige situatie in de caresector op hoofdlijnen. Door de omvang van een aantal elementen komen met regelmaat (veelvoorkomende) voorbeelden aan de orde. Vanzelfsprekend bestaan er meer voorbeelden uit de caresector die van toepassing kunnen zijn.

¹ Definitie uit 'Toekomstbeeld IZO 2020'



2.1.1 Organisatie

Onder 'organisatie' in het Interoperabiliteitsmodel wordt 'beleidsafstemming' verstaan, waarbij de organisatorische kant (en hierbij vaak ook samenwerking) een grote rol speelt. Onder andere vraagstukken met betrekking tot verantwoordelijkheden en bevoegdheden worden op dit niveau vastgelegd. De praktijk laat zien dat veel afspraken op dit niveau een regionale of lokale grondslag hebben.



Samenwerkingsovereenkomsten

In diverse samenwerkingsverbanden (vaak regionaal of lokaal) worden afspraken gemaakt over bestuurlijke samenwerking en netwerk/ketensamenwerking. Bekende samenwerkingsverbanden zijn de RSO's². Ook samenwerkingsverbanden buiten de RSO's komen op grote schaal voor (bijvoorbeeld tussen ziekenhuizen en care-instellingen waartussen regelmatig cliënten worden overdragen). De samenwerkingsovereenkomsten zijn vaak gericht op overkoepelende thema's, bijvoorbeeld:

- elektronische zorgoverdracht tussen ziekenhuis en VVT;
- transferproces;
- medicatie informatie keten.

Werkafspraken (bijvoorbeeld transmuraal)

Zorginstellingen maken (vaak regionaal of lokaal) regelmatig afspraken over de uitvoering van zorg. Zorgprofessionals uit verschillende zorginstellingen (bijvoorbeeld ziekenhuis, gehandicaptenzorg en huisarts) werken hierbij samen om de zorg voor een cliënt met een specifiek ziektebeeld of specifieke hulpvraag te organiseren en continueren, bijvoorbeeld omtrent:

- wondzorg;
- revalidatiezorg;
- ouderengeneeskunde;

Beheerafspraken

Het werken met informatiestandaarden en zibs (zie paragraaf 1.1.3) vraagt in de praktijk ook om beheerafspraken voor (veelal landelijke) partijen. De beheerafspraken bieden voor alle betrokken partijen inzicht op welke wijze aanpassingen in de informatiestandaard of nieuwe zibs gerealiseerd kunnen worden.

Gedragscode(s) (EGiZ)

In sterke relatie met het juridisch kader omtrent informatie-uitwisseling, is de gedragscode Elektronische Gegevensuitwisseling in de Zorg een goed voorbeeld van afspraken op landelijk niveau (onderschreven door de koepelorganisaties en regio-organisaties). EGiZ voorziet in een heldere en toepasbare set (gedrags)regels en bijbehorende normen voor gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders, onder andere op het gebied van informatie, toestemming, autorisatie, beveiliging en verantwoordelijkheden.

Uitdaging: landelijke afspraken

Beleidsafstemming ten aanzien van samenwerking en werkafspraken vindt in de praktijk vaak op regionaal niveau plaats. Met betrekking tot een aantal thema's is landelijke afstemming in de praktijk nog onvoldoende vormgegeven, bijvoorbeeld ten aanzien van het gebruik van informatiestandaarden. Daarnaast is (landelijke) afstemming van het leveranciersmanagement nog niet altijd voldoende geborgd. Met een landelijke koers en gebundelde vraag is beter vastleggen van afspraken mogelijk (en soms afgedwongen).

² Stichting GERRIT, IZIT, Sleutelnet, RZCC, RSO Haaglanden, REN West Brabant, Sigra/EZDA, TRIJN en RijnmondNet



2.1.2 Zorgproces

Het onderdeel zorgproces van het Interoperabiliteitsmodel gaat over de procesmatige kant van de samenwerking tussen zorgaanbieders/zorgprofessionals. Op hoofdlijnen gaat het hierbij over richtlijnen, zorgstandaarden en kwaliteitskaders.



Richtlijnen

Een richtlijn voorziet in aanbevelingen, adviezen en handelingsinstructies ter ondersteuning van de besluitvorming van zorgprofessionals en cliënten (gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek). Cliëntorganisaties, zorgverleners en zorgverzekeraars maken gezamenlijk afspraken over goede zorg, die vervolgens vertaald kan worden naar richtlijnen. Goedgekeurde richtlijnen worden opgenomen in het Register van het Zorginstituut Nederland. Er is op hoofdlijnen een onderscheid te maken tussen zorginhoudelijke richtlijnen en richtlijnen met een focus buiten primaire zorgverlening (bijvoorbeeld ten aanzien van verslaglegging). Een aantal voorbeelden van richtlijnen in de caresector zijn:

- Richtlijn diabetes mellitus type 2 bij ouderen (zorginhoudelijk).
- Richtlijn verpleegkundige en verzorgende verslaglegging (focus buiten het primaire proces), waarin verpleegkundigen en verzorgenden worden ondersteund bij het realiseren van goede kwaliteit van verslaglegging.

Zorgstandaarden

Een zorgstandaard beschrijft (op basis van wetenschappelijk onderbouwde inzichten) de multidisciplinair georganiseerde preventie en zorg voor een bepaalde ziekte of aandoening. Kenmerkend voor de caresector is een veelvoud aan zorgstandaarden door de brede cliëntpopulatie (VVT en gehandicaptenzorg). Een aantal voorbeelden van veelgebruikte zorgstandaarden zijn:

- ketenzorg;
- dementie;
- chronische aandoeningen, bijvoorbeeld – COPD en diabetes;

Kwaliteitskaders

Kwaliteitskaders bouwen voort op en geven meer concrete invulling aan wet- en regelgeving voor een bepaalde zorgsetting. De kwaliteitskaders zijn opgenomen in het Register van het Zorginstituut Nederland. Daarmee voorzien kwaliteitskaders onder andere in:

- Een beschrijving van wat cliënten en naasten mogen verwachten van de zorg.
- Opdracht voor zorgprofessionals om kwaliteit te verbeteren/lerend vermogen te versterken.
- Een kader voor extern toezicht en inkoop/contractering van zorg.

In de VVT-sector en gehandicaptensector zijn drie kwaliteitskaders van toepassing.

1. *Kwaliteitskader verpleeghuiszorg* – de visie op verpleeghuiszorg bestaat uit thema's omtrent kwaliteit en veiligheid en randvoorwaardelijke thema's³.

<i>Kwaliteit en veiligheid thema's</i>	<i>Randvoorwaardelijke thema's</i>
Persoonsgerichte zorg en ondersteuning	Leiderschap, governance en management
Wonen en welzijn	Personeelssamenstelling
Veiligheid	Gebruik van hulpbronnen (bijvoorbeeld ICT)

³ Het kwaliteitskader verpleeghuiszorg is opgenomen in het Register van het Zorginstituut Nederland



Leren en verbeteren van kwaliteit	Gebruik van informatie
-----------------------------------	------------------------

2. *Kwaliteitskader wijkverpleging* – de visie op wijkverpleging bestaat uit een drietal peilers⁴.

<i>Cliënt</i>	<i>Professionele kwaliteitseisen</i>	<i>Organisatorische randvoorwaarden</i>
Aansluitende en veilige zorg	Onderdeel van lokaal (zorg)netwerk	Leren en verbeteren
Kwaliteit van leven	Zorgverleners deel van team	Professionele kwaliteit
Vertrouwde zorgverleners	Zorgverleners vakbekwaam	Goede informatievoorziening
Gekwalificeerde zorgverleners	Cyclisch verpleegkundig proces	Kennisontwikkeling/opleiding
Vast en overzichtelijk team		Participatie in beleid
Veilige zorg		
Duidelijke/passende afspraken		
Inzage zorgplan en zorgdossier		

3. *Kwaliteitskader gehandicaptenzorg* – de visie op gehandicaptenzorg bestaat op hoofdlijnen uit 4 bouwstenen⁵.

<i>Zorgproces rond individuele cliënt</i>	<i>Onderzoek cliëntervaringen</i>	<i>Zelfreflectie in teams</i>	<i>Kwaliteitsrapport en visitatie</i>
Ondersteuningsplan: zelfredzaamheid, gezondheidsrisico's en wensen	Jaarlijks kwaliteitsrapport	Proces, kwaliteit van relatie, borging van veiligheid en kwaliteitsverbetering	Intern verbeteren en extern verantwoorden

De kwaliteitskaders besteden direct of indirect aandacht aan thema's als ICT en informatievoorziening.

Uitdaging: Toepassing richtlijnen, zorgstandaarden, kwaliteitskaders etc.

Nieuwe inzichten, onder andere vanuit wetenschappelijk bewijs en expertconsensus moeten zo snel mogelijk opgenomen worden in richtlijnen en zorgstandaarden, waarbij daadwerkelijke implementatie in de praktijk een belangrijk aandachtspunt is. Dit is in de praktijk echter een complex en langdurig proces, dat kan leiden tot verouderde richtlijnen en/of het gemis aan aansluiting tussen de klinische praktijk en richtlijnaanbevelingen. Het zorgproces vormt ook de basis voor de uitwerking op de interoperabiliteitslagen informatie, applicatie en infrastructuur. Zonder een (up-to-date) zorgstandaard is er geen (inhoud voor een) informatiestandaard.

2.1.3 Informatie

De informatielaag van het Interoperabiliteitsmodel heeft betrekking op het vastleggen en delen van informatie over het zorgproces bij overdrachtsmomenten. De afspraken binnen de informatielaag richten zich voornamelijk op inhoud en structuur. Enerzijds spelen inhoudelijke informatiecomponenten (bijvoorbeeld informatiestandaarden en zibs) hierbij een rol, anderzijds gaat de informatielaag ook over het gebruik van taal, ordeningsprincipes en classificatiesystemen (bijvoorbeeld SNOMED CT).

⁴ Het kwaliteitskader wijkverpleging is opgenomen in het Register van het Zorginstituut Nederland

⁵ Het kwaliteitskader gehandicaptenzorg is opgenomen in het Register van het Zorginstituut Nederland



INFORMATIE

Informatiestandaarden	Zorginformatiebouwstenen (zibs)	BgZ	Minimale Dataset	
NANDA/NIC/NOC	OMAHA System	ICD/ICPC/ICF	DSM	SNOMED CT

Informatiestandaarden

Informatiestandaarden slaan de brug tussen het zorgproces en ICT. In een informatiestandaard worden afspraken vastgelegd die ervoor zorgen dat zorginformatie op de juiste manier kan worden vastgelegd, opgevraagd, uitgewisseld, gedeeld en overgedragen. Een informatiestandaard wordt opgesteld met zorgpartijen en -professionals waarbij zorgrichtlijnen en/of zorgstandaarden als basis wordt gebruikt. Op deze manier kan eenduidige communicatie tussen zorgverleners worden bewerkstelligd. Informatiestandaarden zijn opgebouwd uit use cases (zorgsituaties), datasets die gekoppeld zijn aan code- en terminologiestelsels en communicatiestandaarden. Hoofdstuk 2 gaat verder in op beschikbare informatiestandaarden en het gebruik daarvan in de caresector.

Zorginformatiebouwstenen (zibs)

Zibs worden gebruikt om inhoudelijke (niet technische) afspraken vast te leggen voor het standaardiseren van informatie die wordt gebruikt in het zorgproces. De focus van zibs ligt op klinisch relevante concepten die in verschillende zorgsituaties (use cases) en daardoor voor verschillende informatiestandaarden herbruikbaar zijn (bijvoorbeeld NAW-gegevens, medicatie of bloeddruk). Een zib is een informatiemodel, waarin een dergelijk zorginhoudelijk concept wordt beschreven in termen van de gegevenselementen waaruit dat concept bestaat, onder andere met de datatypes van die gegevenselementen. Er zijn verschillende zibs ontwikkeld die ook relevant zijn voor gebruik in de caresector. Het daadwerkelijke gebruik van zibs in de caresector is momenteel laag, maar er vindt een opmars plaats.

Basisgegevensset Zorg (BgZ)

De BgZ is een set aan gegevens die bijna altijd nodig zijn om de continuïteit van zorg te waarborgen. De BgZ kan worden gezien als een 'patient summary' die volledig gebaseerd is op zibs en (gedeeltelijk) sectoroverstijgend kan worden ingezet. De gegevens die onderdeel zijn van de BgZ zijn soms al aanwezig in ECD's in de caresector, echter worden ze niet gestandaardiseerd vastgelegd en uitgewisseld. De BgZ bevat op hoofdlijnen een aantal relevante elementen voor de caresector, maar er zijn nog aanvullende gegevens nodig (uit andere informatiestandaarden). Het gebruik van (elementen van) de BgZ in de caresector is daarom minimaal.

Minimale Data Set (MDS)

In de zorg wordt met enige regelmaat (vaak sectorspecifiek) met minimale datasets gewerkt die bedoeld zijn voor cliëntgebonden gegevensverzameling, bestaande uit vaste vragen(lijsten). De gegevensverzameling in het kader van een MDS is voornamelijk voor het doen van onderzoek, maar levert in een breder kader inzicht in gegevens die worden geregistreerd. Voor de gehandicaptenzorg is een Minimale Data Set verstandelijke beperking vastgesteld. Deze MDS richt zich op vragenlijsten binnen een viertal domeinen: persoonlijke factoren, persoonlijke ontwikkeling, zelfbepaling en welbevinden.

SNOMED CT

SNOMED CT is een internationaal, medisch terminologiestelsel en bevat een grote verzameling aan standaardtermen met synoniemen en relaties tussen termen. SNOMED CT is onderdeel van de Grondplaat Eenheid van Taal. SNOMED CT is geschikt voor communicatie in de eerste, tweede en derde lijn en ook voor de communicatie richting de cliënt. In samenwerking met V&VN (beroepsvereniging verpleegkundigen en verzorgenden) is er binnen SNOMED CT een specifieke selectie gemaakt van veelvoorkomende verpleegkundige patiëntproblemen: de Nationale Kernset Patiëntproblemen. Deze kernset dient als eenduidig 'woordenboek' tussen de verschillende ordeningsstelsels en classificatiesystemen binnen de caresector.

NANDA/NIC/NOC

NANDA/NIC/NOC is een classificatie van verpleegkundige diagnoses, verpleegkundige interventies en verpleegkundige zorgresultaten. De NANDA/NIC/NOC classificatie wordt voornamelijk gebruikt binnen het



ziekenhuisdomein. Om informatie-uitwisseling te bevorderen is SNOMED CT via een mapping gekoppeld aan NANDA/NIC/NOC, onder andere met de Nationale Kernset Patiëntproblemen.

Omaha System

Omaha System is een structuur om bij een cliënt de problemen, onderzoeken, interventies en resultaten te documenteren. Het Omaha system gaat uit van 42 probleemgebieden en wordt voornamelijk gebruikt in de VVT-sector (wijkverpleging). Om informatie-uitwisseling te bevorderen is Omaha System via mapping gekoppeld aan SNOMED CT, onder andere met de Nationale Kernset Patiëntproblemen.

ICD-10/ICPC-2 (en NHG-tabellen)/ICF

- ICD-10 (de tiende editie van de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems): De ICD-10 is het internationaal gestandaardiseerde classificatiesysteem van diagnoses. De ICD-10 wordt breed gebruikt in de zorg (in de eerste, tweede en derde lijn). SNOMED CT is gekoppeld aan ICD-10;
- ICPC-2 (de International Classification of Primary Care): ICPC-2 is een classificatie voor het coderen en classificeren van klachten, symptomen en aandoeningen in de huisartspraktijk. SNOMED CT is ook gekoppeld met ICPC-2, net als met ICD-10 het geval is;
- NHG-standaarden: Naast de ICPC-2 geven de NHG-standaarden richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van veel aandoeningen die in de huisartsenpraktijk voorkomen. Elke NHG standaard richt zich op een bepaalde aandoening. De NHG-tabellen worden door de huisartsen gebruikt, waarbij de probleemlijst gebaseerd is op ICPC-1 (oudere versie van ICPC-2);
- De ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health): is een classificatie waarmee het mogelijk is het functioneren van de cliënt en de eventuele problemen die de cliënt daarbij ervaart te beschrijven. ICF wordt voornamelijk gebruikt in de paramedische wereld, door verpleegkundigen, huisarts en medisch specialist. SNOMED CT is op hoofdlijnen niet gekoppeld aan ICF, maar wel waar het de Nationale Kernset Patiëntproblemen betreft.

DSM

De DSM is een classificatie voor psychische aandoeningen, voornamelijk gebruikt in de GGZ. Met betrekking tot gehandicaptenzorg is voornamelijk verstandelijke beperking onderdeel van de DSM. Er is geen directe link tussen SNOMED CT en de DSM.

Uitdaging: Eenheid van Taal noodzakelijk voor betekenisvolle informatie-uitwisseling

Informatiestandaarden (al dan niet gebaseerd op zibs) gaan uit van het principe Eenheid van Taal. Dit principe gaat niet over één en dezelfde taal voor alle zorgprofessionals, maar over het maken van afspraken wanneer en hoe vaktermen worden gebruikt bij uitwisseling van informatie, zodat de onderliggende betekenis van de informatie voor alle betrokkenen duidelijk is. Met behulp van SNOMED CT kan deze Eenheid van Taal worden bewerkstelligd. Er zijn meerdere oplossingen om eenheid van taal te bereiken in gebruik. Dit is met name domein specifiek. Bijvoorbeeld de Nationale Kernset Patiëntproblemen binnen het verpleegkundige domein (gebaseerd op SNOMED CT met mappings naar ICF, Omaha en Nanda-I diagnoses). Over zorgdomeinen heen is nauwelijks Eenheid van Taal gerealiseerd. Dit kan in de praktijk leiden tot problemen met het uitwisselen en hergebruiken van informatie.⁶

2.1.4 Applicatie

De applicatielaag van het interoperabiliteitsmodel omvat het geheel van toepassingen (bijvoorbeeld systemen) om registratie van informatie en informatie-uitwisseling mogelijk te maken. Daarbij is ook de mogelijkheid tot het koppelen van systemen essentieel. Om informatie-uitwisseling tussen verschillende toepassingen te kunnen realiseren, spelen daarnaast ook uitwisselingsstructuren (zoals HL7 FHIR en HL7 CDA) een rol.

⁶ Het RIVM en Nictiz deden in 2018 een voorstel voor het verbeteren van Eenheid van Taal in de Nederlandse Zorg (van eenduidige informatie-uitwisseling tot hulpmiddel voor betere zorg)



APPLICATIE

ECD

PGO/Cliëntportaal

Overige applicaties voor mantelzorgers(/cliënt)

HL7 FHIR

HL7 CDA

Edifact

ECD

Het Elektronische Cliënten Dossier (ECD), synoniem van het EPD, is een zorginformatiesysteem waarbij gegevens omtrent het primaire proces van zorg- en dienstverlening worden vastgelegd en ondersteund. De verdeling van leveranciers op de ECD/EPD markt in de caresector is weergegeven in onderstaande tabel⁷. De top 2 van iedere categorie bedient een ruime meerderheid van de instellingen in de caresector.

<i>Gehandicaptenzorg (intramuraal en extramuraal)</i>	<i>Ouderenzorg (intramuraal en extramuraal)</i>
1. De Heer Software	1. Nedap
2. Nedap en Unit4 (<i>gedeelde plek</i>)	2. PinkRocade
3. PinkRocade	3. Ecare
4. Adapcare	4. Unit4
5. Overige	5. Cormel IT Services

Naast het ECD wordt ook in 41,5% van de instellingen in de ouderenzorg en in 14% van de gehandicaptenzorginstellingen gebruik gemaakt van het behandeldossier Ysis, een multidisciplinair elektronisch patiëntendossier voor zorgprofessionals in de chronische zorg. Het behandeldossier Ysis is te koppelen met ECD's.

Het gebruik van ECD's in de VVT-sector en de gehandicaptensector is steeds meer ingebed. Naast de ECD's van bovengenoemde leveranciers, wordt zowel in de VVT-sector als in de gehandicaptensector ook gewerkt met eigen (maatwerk)oplossingen. Ook werken enkele instellingen, zowel in de VVT-sector als in de gehandicaptensector, nog met een volledig papieren dossier.

Cliëntportaal en PGO

Een cliëntportaal is een website waar inzage in gezondheidsgegevens wordt gegeven aan de cliënt, met de mogelijkheid ook aanvullende faciliteiten te bieden (bijvoorbeeld het inzien van afspraken). Een persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) is een digitaal hulpmiddel om toegang tot gezondheidsgegevens voor de cliënt mogelijk te maken. De cliënt kan hiermee zijn gegevens verzamelen, beheren en delen. Onderstaande tabel geeft een overzicht van het aanbod van PGO's en cliëntportalen door VVT-instellingen en instellingen in de gehandicaptenzorg.⁸

<i>Cliëntportaal/PGO</i>	<i>Gehandicaptenzorg</i>	<i>Ouderenzorg</i>
Nee	35%	24%
Ja	50%	57%
Implementatie/pilot	8%	12%
Geen informatie bekend	8%	6%

Het aanbod van cliëntportalen en PGO's in VVT-instellingen en gehandicaptinstellingen is in 2018 ten opzichte van 2017 verder toegenomen. Het daadwerkelijke gebruik van het portaal/PGO door cliënten in de caresector blijft regelmatig achter. Onder andere Carenzorgt (Nedap), MijnCaress (PinkRocade) en Quli zijn spelers op de portaal/PGO markt in de caresector.

Overige applicaties voor mantelzorgers (/cliënt)

⁷ Inventarisatie van M&I Partners (2018) naar de huidige markt van elektronische cliëntendossiers (ECD's) en cliëntportalen onder de vijftig grootste organisaties in de ouderenzorg (VVT) en gehandicaptenzorg

⁸ Inventarisatie van M&I Partners (2017) naar de huidige markt van elektronische cliëntendossiers (ECD's) en cliëntportalen onder de vijftig grootste organisaties in de ouderenzorg (VVT) en gehandicaptenzorg



Naast het gebruik van ECD's, cliëntportalen en PGO's zijn er ook andere applicaties en toepassingen voor de mantelzorger/vertegenwoordiger van de cliënt (en in sommige gevallen ook de cliënt zelf). Een drietal van deze toepassingen, gebruikt in de VVT-sector en gehandicaptensector, zijn:

- *Familienet* – een applicatie die door meer dan 500 instellingen (waaronder een groot aantal VVT en gehandicaptenzorg) in Nederland en België wordt gebruikt. Met behulp van Familienet kunnen berichten over de cliënt worden gedeeld (vanuit zorgverleners), kan een agenda met afspraken worden ingezien/bijgehouden en wordt een levensboek over de cliënt bijgehouden;
- *eGPO* (Elektronisch Gestructureerd Patiënten Overleg) – is een samenwerkingstraject waarin met alle betrokken zorgprofessionals wordt gewerkt en de cliënt/familie volledig geïnformeerd is. Het eGPO is gemaakt voor en met zorgverleners om ervoor te zorgen dat communicatie en coördinatie van multidisciplinaire zorg verbetert en makkelijker wordt.
- *OZOverbindzorg* – is een functionaliteit bedoeld voor ouderen, hulpbehoevenden en kwetsbaren die zorg nodig hebben, zodat eigen regie kan worden nagestreefd en de cliënt langer thuis kan blijven wonen. De situatie van die cliënt kan inzichtelijk worden gemaakt door het stellen van vragen en afgeven van signalen. Met OZOverbindzorg kunnen vragen ook worden beantwoord en signalen met de juiste personen in het netwerk worden gedeeld. Ook familie kan op de hoogte blijven via internet.

Een groot aantal functionaliteiten van deze applicaties worden door cliënten en mantelzorgers in de caresector als zeer nuttig ervaren en zouden tevens onderdeel uit kunnen maken van/een verbinding kunnen hebben met het PGO (voornamelijk als zijnde functionaliteit).

HL7 FHIR

HL7⁹ FHIR is een (relatief nieuwe en in de praktijk ontwikkelde) internationale standaard om digitaal gegevens uit te wisselen binnen en tussen zorginstellingen. HL7 FHIR wordt in Nederland voornamelijk toegepast binnen het MedMij programma en in de VIPP programma's. De HL7 FHIR standaard is ontwikkeld gericht op mobiele platformen op basis van bewezen webtechnologieën. De berichten zijn bedoeld voor gebruik tussen systemen. De leveranciers in de caresector geven aan zich voornamelijk te willen richten op informatie-uitwisseling op basis van HL7 FHIR profielen.

HL7 CDA

HL7 CDA is een internationale standaard die gebruikt wordt bij het uitwisselen en opslaan van medische documenten die voornamelijk gericht is op menselijke leesbaarheid. De HL7 CDA berichten zijn bedoeld voor gebruik tussen systemen. HL7 CDA wordt in Nederland niet op grote schaal toegepast. Een aantal informatiestandaarden (bijvoorbeeld de nieuwste versie van acute zorg, ketenzorg en medicatieveiligheid) zijn voorzien van HL7 CDA berichten. In de praktijk worden de HL7 CDA berichten veelal gebruikt bij de infrastructuur XDS. In de caresector worden HL7 CDA berichten niet gebruikt.

Edifact

Edifact is een internationale standaard om berichten te definiëren. Het Edifact berichtenverkeer wordt binnen de gezondheidszorg gebruikt voor communicatie met en tussen eerste en tweede lijn. Het Edifact berichtenverkeer kan een generiek bericht bevatten, maar ook gespecificeerde berichten: specialistenbrief, laboratoriumrapport, receptbericht en overdrachtsbericht (bijvoorbeeld MEDVRI of MEDLAB berichten). Edifact wordt rechtstreeks geadresseerd en verstuurd naar een andere zorgprofessional.

Uitdaging: digitale informatie-uitwisseling

De afgelopen jaren is er een lichte stijging van digitale informatie-uitwisseling in de caresector. Echter, onderzoeken laten zien dat er nog een lange weg te gaan is voordat volledige digitale informatie-uitwisseling gerealiseerd is. De Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) deed onderzoek naar gegevensuitwisseling en overdracht in de gehandicaptensector. De belangrijkste knelpunten rond gegevensuitwisseling en overdracht zijn onder andere: gebruik van verschillende systemen (73,8%), het kost veel tijd (58,5%) en onvolledige informatie (47,7%). Bij het onderzoek werden meerkeuzevragen gebruikt waarbij meerdere antwoordmogelijkheden konden worden geselecteerd.

⁹ HL7 staat voor Health Level Seven: de wereldwijde standaard voor veilige en elektronische informatie-uitwisseling in de gezondheidszorg



Overdracht <u>versturen</u> naar andere zorgorganisatie in de gehandicaptensector	
Digitaal formulier verstuurd via (beveiligde) email	69,6%
Op papier en meegegeven aan cliënt/begeleider	62,3%
In ECD uitgewerkt, geprint en meegegeven aan cliënt/begeleider	30,4%
Op papier en verstuurd via fax	24,6%
Digitaal formulier in transfersysteem	14,5%
Van ECD naar ECD	11,6%

Overdracht <u>ontvangen</u> van andere zorgorganisatie in de gehandicaptensector	
Digitaal en formulier als bijlage geladen in ECD	69,1%
Op papier en vervolgens overgenomen in ECD	51,5%
Op papier en vervolgens overgeschreven in het dossier	32,4%
Digitaal, uitgeprint en overtypen in ECD	29,4%
Digitaal en informatie rechtstreeks geïmporteerd in ECD	23,5%
Digitaal, uitgeprint en overschrijven in het dossier	19,1%

N.B. een dergelijk onderzoek naar overdracht in de VVT-sector ontbreekt.

Een soortgelijk beeld bestaat bij de het versturen en ontvangen van de verpleegkundige overdracht. Nictiz en V&VN deden in 2017 onderzoek naar de verpleegkundige overdracht. De belangrijkste knelpunten bij de verpleegkundige overdracht zijn: onvolledige informatie (54,6%), geen verpleegkundige overdracht (39,6%), onduidelijke overdracht (9,9%) en gebruik van verschillende niet communicerende systemen (4,2%).

Verpleegkundige overdracht <u>versturen</u> naar andere zorgorganisatie (cure en care)	
Op papier en meegegeven aan patiënt	24,9%
In EPD/ECD uitgewerkt, geprint en meegegeven aan cliënt	24%
Digitaal formulier in transfersysteem	22,5%
Digitaal formulier verstuurd via (beveiligde mail)	9,6%
Op papier en verstuurd via fax	3,3%
Uit EPD/ECD naar EPD/ECD	2,7%

Verpleegkundige overdracht <u>ontvangen</u> van andere zorgorganisatie (cure en care)	
Op papier en overtypen in EPD/ECD	34,4%
Digitaal en formulier als bijlage geladen in EPD/ECD	18%
Op papier en vervolgens overgeschreven in het dossier	9%
Digitaal, uitgeprint en informatie overtypen in EPD/ECD	6%
Digitaal en informatie rechtstreeks geïmporteerd in EPD/ECD	4,2%
Digitaal, uitgeprint en overschrijven in het dossier	3,3%

De systemen van de toekomst moeten informatie-uitwisseling in brede zin kunnen ondersteunen. Op basis van een specifieke informatiestroom (use case) kan vervolgens worden besloten welke informatie naar de cliënt of een andere zorgprofessional gaat.

2.1.5 Infrastructuur

Onder infrastructuur wordt binnen het interoperabiliteitsmodel verstaan: een verzameling technische en organisatorische voorzieningen (bijvoorbeeld servers en netwerkverbindingen) en afspraken die de veilige en betrouwbare uitwisseling van gegevens tussen zorgverleners en patiënten/cliënten mogelijk maakt. Een infrastructuur in dit verband is open (niet gebonden aan één organisatie) en beschikbaar voor meerder soorten zorgprofessionals. Met een infrastructuur is het transport van gegevens mogelijk, maar er worden geen voorwaarden gesteld aan de inhoud van de informatie-uitwisseling. In de VVT- en gehandicaptensector zijn op hoofdlijnen zes verschillende infrastructuren te onderscheiden.



INFRASTRUCTUUR

Berichtendiensten (ZorgMail)
LSP
XDS

Zorgtoepassingen als infrastructuur (POINT/ZorgDomein)
Leverancier specifieke infrastructuren
Netwerken voor transport

Berichtendiensten (push)

Het digitaal berichtenverkeer is één van de langst bestaande werkende vormen van informatie-uitwisseling (met min of meer gestructureerde berichten) in de gezondheidszorg. Berichtendiensten faciliteren informatie-uitwisseling door toegang te bieden tot onder andere postbussen en adresboeken om daadwerkelijk (beveiligd en geauthentiseerd) informatie te kunnen uitwisselen. In de Nederlandse gezondheidszorg zijn diverse berichtendiensten operationeel, maar de bekendste en meest gebruikte berichtendienst is ZorgMail (op jaarbasis worden ongeveer 70 miljoen berichten uitgewisseld). Het gebruik van berichtendiensten neemt nog steeds toe en is geschikt voor meerdere uitwisselformaten. Hoewel ZorgMail voornamelijk gericht is op de eerstelijns gezondheidszorg, wordt er in de caresector gebruik gemaakt van diverse (andere) berichtendiensten.

Landelijk Schakel Punt (LSP)

Het LSP is een landelijk beschikbaar infrastructuur die door diverse zorgverleners wordt gebruikt. Aansluiting vindt voornamelijk plaats onder de gebruikersgroepen huisartsen, ziekenhuizen, apotheken en huisartsenposten. Het LSP is groeiende onder diverse gebruikersgroepen, maar het gebruik ervan in de caresector is nog minimaal. Slechts enkele VVT-instellingen en gehandicaptenzorginstellingen zijn aangesloten op het LSP.

XDS

XDS staat voor Cross-enterprise Document Sharing. XDS is een van de technische profielen van IHE¹⁰. Het IHE-XDS profiel bestaat sinds 2003 en heeft als doel om medische documenten en beelden tussen zorginstellingen te delen op een gestandaardiseerde infrastructuur. Infrastructuren op basis van XDS bestaan uit een IHE profiel of een ander profiel, waarmee infrastructuren voor informatie-uitwisseling opgezet kunnen worden. De profielen bieden mogelijkheid voor het afhandelen van patiënttoestemming, adressering en transport van gegevens. Dekking van XDS in het Nederlandse zorglandschap is voornamelijk regionaal, waarbij de caresector slechts in kleine getale aangesloten is bij enkele regionale XDS netwerken.

Zorgtoepassingen als infrastructuur

Verschillende zorgtoepassingen hebben het kenmerk van een zorginfrastructuur. Samenwerking en informatie-uitwisseling kunnen digitaal ondersteund worden tussen betrokken zorgprofessionals. Strikt genomen is er geen sprake van een zorginfrastructuur, maar in de caresector worden meerdere zorgtoepassingen als infrastructuur gebruikt. De belangrijkste twee zijn:

- *POINT* – een elektronisch transferdossier voor de transfer en overdracht van patiënten. In de praktijk wordt POINT onder andere gebruikt voor de verpleegkundige overdracht van ziekenhuis naar VVT (en andersom). Ook ongeveer 2000 huisartsen maken gebruik van de POINT functionaliteiten en/of modules;
- *ZorgDomein* – een digitaal platform waarop zorgverleners zorg vragen, aanbieden en op een snelle en veilige manier patiëntinformatie kunnen uitwisselen. Van de huisartsen is 91% aangesloten op ZorgDomein. Het gebruik in de VVT-sector en gehandicaptensector is een stuk lager. Slechts enkele zorgaanbieders zijn aangesloten op ZorgDomein.

Leverancierspecifieke infrastructuren

Leveranciers kunnen (eigen) omgevingen bouwen waar informatie-uitwisseling plaatsvindt. Binnen de grenzen van het systeem van de leverancier is deze omgeving een gebruikelijke oplossing, die niet automatisch ook buiten het eigen systeem werkt. Ook in de caresector wordt gebruik gemaakt van leverancier specifieke infrastructuren.

¹⁰ IHE (Integrating the Healthcare Enterprise) is een wereldwijd samenwerkingsverband tussen gebruikers en softwareleveranciers met het doel informatie-uitwisseling tussen computersystemen in de zorgsector te standaardiseren en harmoniseren



Netwerken voor transport

Voor alle bovenstaande netwerken voor informatie-uitwisseling is connectiviteit een basiseis. Vaak zijn aanvullende oplossingen, zoals (regionale) netwerken, Internet en mobiele netwerken, nodig om te kunnen spreken van informatie-uitwisseling via een zorginfrastructuur. Met netwerken van transport wordt ook aandacht besteed aan veilige uitwisseling van gegevens, datatransport en beschikbaarheid van informatie. Netwerken voor transport zijn een vereiste voor informatie-uitwisseling. Dit geldt ook in de caresector.

Uitdaging: de infrastructuur van de toekomst

Het bestaan van meerdere infrastructuren naast elkaar is op zichzelf niet problematisch. Er ontstaan in toenemende mate nieuwe vormen van samenwerking en informatiebehoeften. De PGO van de cliënt zal informatie vanuit meerdere infrastructuren nodig hebben. Slechts één infrastructuur voor alle vormen van samenwerking en informatie-uitwisseling is niet wenselijk. Per informatiestroom (use case) is het kiezen voor één infrastructuur wel essentieel om volledigheid van informatie te kunnen borgen (medicatiegegevens wil je bijvoorbeeld over één infrastructuur uitwisselen). Noodzakelijk hierbij is het realiseren van eenheid op het gebied van informatiestructuur en inhoud (standaardisatie). Standaardisatie staat hierbij los van de infrastructuur en maakt het bestaan van meerdere infrastructuren naast elkaar minder problematisch.

2.2 Het informatielandschap: van uitdaging naar kans

De diversiteit aan (samenwerkings)afspraken, richtlijnen en andere kaders, informatie, systemen en infrastructuren brengt naast diverse uitdagingen ook kansen met zich mee wanneer deze vijf onderdelen van interoperabiliteit samen worden gebracht. Een start kan hierbij worden gemaakt met het standaardiseren van informatie. In het volgende hoofdstuk worden de informatiestandaarden, MedMij standaarden en outcome doelstellingen uitgewerkt en met elkaar in verband gebracht.



3 Standaardisatie

Met het programma InZicht wordt beoogd de informatie-uitwisseling tussen zorgprofessionals onderling en de informatie-uitwisseling tussen zorgprofessional en cliënt in de caresector te verbeteren. Voor informatie-uitwisseling tussen zorgprofessionals bestaan reeds informatiestandaarden, maar voor de informatie-uitwisseling tussen zorgprofessional en cliënt moeten deze afspraken en informatiestandaard(en) in de caresector nog worden gemaakt. Alvorens de stap kan worden gezet naar een minimale gegevensset voor de cliënt in de caresector, wordt in dit hoofdstuk eerst beschreven welke informatiestandaarden reeds bestaan.

3.1 Informatiestandaarden

In de tabel hieronder volgt een overzicht van mogelijk relevante (direct of indirect) informatiestandaarden voor de caresector. In onderstaande tabel worden de informatiestandaarden van Nictiz en het Zorginstituut Nederland kort beschreven. Bij elke informatiestandaard wordt tevens weergegeven of deze geschikt is voor gebruik in de caresector en of de informatiestandaard al gebruikt wordt in de caresector.

Informatiestandaard	Omschrijving en gebruik in de caresector
Geboortezorg	<i>Out of scope voor InZicht</i>
Jeugdgezondheidszorg	<i>Out of scope voor InZicht</i>
Medicatieveiligheid <i>Medicatieveiligheid 6.12 Medicatieproces 9.0</i>	<p>De informatiestandaard medicatieveiligheid wordt zowel in de eerste, tweede als derde lijn gebruikt. Hierbij kan informatie worden uitgewisseld tussen de apotheek (zowel ziekenhuisapotheek als openbare apotheek) en de huisarts, medisch specialist of (wijk)verpleegkundige. De nieuwste versie van de informatiestandaard is opgebouwd uit een aantal processtappen, bestaande uit zibs:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Voorschrijven (medicatieafpraak en verstrekingsverzoek)2. Verstrekken (toedieningsafpraak en medicatieverstrekking)3. Toedienen (medicatie-toediening)4. Gebruiken (medicatiegebruik en medicatieverbruik) <p>In de informatiestandaard Medicatieveiligheid worden ook contra-indicaties en overgevoeligheden vastgelegd.</p> <p>Het gebruik van de informatiestandaard in de caresector is nog zeer beperkt. De informatie wordt uitgewisseld via het LSP en slechts enkele VVT-instellen en GHZ-instellingen zijn aangesloten op het LSP. Het LSP verwerkt wekelijks ongeveer zes miljoen berichten. Een groot deel hiervan betreft medicatiegegevens.</p>
Verpleegkundige overdracht in de care	<p>De informatiestandaard Verpleegkundige zorg (eOverdracht) wordt gebruikt voor informatie-uitwisseling tussen verpleegkundigen wanneer de patiënt/cliënt naar een andere zorginstelling/zorgsetting wordt overgeplaatst. Er zijn drie verpleegkundige overdrachtsberichten:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Kinderen 0-1 jaar (out of scope voor InZicht);2. Kinderen 1-18 jaar (out of scope voor InZicht);3. Volwassenen. <p>De nieuwste versie van de informatiestandaard Verpleegkundige overdracht (eOverdracht 3.0) bestaat volledig uit zibs (o.a. gegevens over mobiliteit, zelfzorg, voeding/vocht, zorgplan, uitscheiding, huid etc.)</p>



	<p>De nieuwste informatiestandaard Verpleegkundige overdracht wordt momenteel in de praktijk getest door middel van een pilot tussen o.a. ziekenhuizen en VVT-instellingen. Hierdoor wordt de informatiestandaard Verpleegkundige overdracht (eOverdracht 3.0) nog niet breed gebruikt in de praktijk. Echter, de standaard is ontworpen voor verpleegkundige informatie-uitwisseling in de caresector en is daarmee geschikt voor brede implementatie in de caresector.</p>
Acute zorg	<p>De informatiestandaard Acute zorg wordt gebruikt voor informatie-uitwisseling tussen huisartsen en huisartsenposten (HAP), (meldkamers) ambulancediensten en spoedeisende hulp (SEH). Er is een onderscheid in een tweetal berichten:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Informatieoverdracht van ambulance naar SEH (o.a. incidentgegevens, meldingsgegevens, meetwaarden, behandeling etc.)2. (Triage)verwijzingen van/naar/door de huisarts, HAP en SEH (o.a. toelichtingsgegevens, bestemmingsgegevens en triagegegevens) <p>De informatiestandaard Acute zorg wordt in de praktijk veel gebruikt. Voor de informatie-uitwisseling tussen ambulance en SEH worden jaarlijks meer dan één miljoen berichten verstuurd. De informatie-uitwisseling richting de huisarts vindt plaats met behulp van ZorgMail. Voor de informatie-uitwisseling met ambulance(diensten) wordt AmbuNet gebruikt. De berichten behorend bij (triage)verwijzingen zijn in opkomst. Gegevens uit de informatiestandaard kunnen betrekking hebben op cliënten in de caresector. Eventueel gebruik van de informatiestandaard in de caresector is relevant om verder te verkennen.</p> <p>N.B. de informatiestandaard Acute zorg bestaat (nog) niet volledig uit zibs.</p>
Laboratoria	<p>De informatiestandaard Laboratoria wordt gebruikt voor informatie-uitwisseling tussen huisartsen en laboratoria. De informatiestandaard Laboratoria is volledig gebaseerd op zibs. Er is een onderscheid in een viertal berichten:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Lab2Lab (gegevens uitbesteding lab opdracht)2. Lab2PublicHealth (resultaat lab rapportage ten behoeve van antibioticaresistentie)3. Lab2Zorg (opvragen lab resultaten ten behoeve van medicatiebewaking)4. Lab2Patiënt (MedMij) (patiënt, zorgverlener, organisatie en lab uitslag) <p>De informatiestandaard Laboratoria wordt in de praktijk veel gebruikt. Informatie-uitwisseling vindt plaats door middel van een Edifact bericht, waarbij de laboratoria standaard meer dan tientallen miljoenen keer per jaar gebruikt wordt. Gegevens uit de informatiestandaard kunnen betrekking hebben op cliënten in de caresector. Eventueel gebruik van de informatiestandaard in de caresector is relevant om verder te verkennen.</p>
Ketenzorg	<p>De informatiestandaard Ketenzorg wordt gebruikt voor informatie-uitwisseling ten behoeve van langdurige, chronische zorgverlening. Hierbij wordt voornamelijk informatie uitgewisseld tussen huisarts en ketenzorgpartners (POH, diëtist, paramedische zorgverlener). De informatiestandaard Ketenzorg is voorzien van één bericht met verschillende gegevenselementen (verwijzing, rapportage consult en actuele patiëntgegevens).</p>



	<p>De informatiestandaard Ketenzorg wordt in de praktijk nog niet veel gebruikt. Recent hebben er een aantal pilots gedraaid (op het LSP) en de informatiestandaard wordt nu verder uitgerold. Gelet op de gegevenselementen in het overdrachtsbericht ketenzorg, zou dit bericht ook gebruikt kunnen worden bij de informatie-uitwisseling tussen huisarts en verpleeghuis/verzorgingstehuis. Gebruik van de informatiestandaard in de caresector is relevant om verder te verkennen.</p> <p>N.B. de informatiestandaard Ketenzorg bestaat (nog) niet uit zibs.</p>
Huisartswaarneming	<p>De informatiestandaard Huisartswaarneming wordt gebruikt voor informatie-uitwisseling tussen huisartsenposten (HAP) en waarnemend huisartsen. De informatiestandaard bestaat uit een tweetal berichten:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Professionele samenvatting voor waarnemend huisarts (o.a. contra-indicaties, overgevoeligheden, medicatie, meetwaarden, contactmomenten etc.)2. Waarneemretourbericht voor huisarts (o.a. medicatie, meetwaarden etc.) <p>De informatiestandaard Huisartswaarneming wordt miljoenen keren per jaar gebruikt, waarbij de informatie-uitwisseling via het LSP gaat. Gegevens uit de informatiestandaard kunnen betrekking hebben op cliënten in de caresector. Eventueel gebruik van de informatiestandaard in de caresector is relevant om verder te verkennen.</p> <p>N.B. de informatiestandaard Huisartswaarneming bestaat (nog) niet uit zibs.</p>
Paramedische zorg	<p>De informatiestandaard Paramedische zorg is in beginsel ontworpen om informatie uit te wisselen tussen huisarts en fysiotherapeut. In de praktijk wordt de informatiestandaard Paramedische zorg echter niet gebruikt.</p> <p>N.B. de informatiestandaard Paramedische zorg bestaat (nog) niet uit zibs.</p>
i-Standaarden	<p>De i-Standaarden volgen cliënten in het zorg- of ondersteuningsproces van de Wlz, Wmo of Jeugdwet (out of scope voor InZicht): van indicatie via zorgtoewijzing en zorglevering tot de vaststelling van de eigen bijdrage en declaratie van zorg.</p> <p>iWlz</p> <ol style="list-style-type: none">1. Wachtlijstbericht – uitvoeringsgegevens Wlz zorg (AW317)2. Declaratiebericht (AW319)3. Toewijzing zorg van zorgkantoor naar zorgaanbieder (AW33)4. Aanvang zorg van zorgaanbieder naar zorgkantoor (AW35)5. Mutatie zorg van zorgaanbieder naar zorgkantoor (AW39)6. Aanvang zorg van zorgkantoor naar CAK (CA317)7. Mutatie zorg van zorgkantoor naar CAK (CA319)8. Indicatiebesluit van CIZ naar zorgkantoor (IO31)9. Toewijzing zorg van zorgkantoor naar zorgkantoor (ZK33)10. Aanvang zorg van zorgkantoor naar zorgkantoor (ZK35)11. Mutatie zorg van zorgkantoor naar zorgkantoor (ZK39) <p><i>N.B. bovenstaande iWlz berichten zijn allen ook voorzien van één of meerdere retourberichten (AW310, AW318, AW320, AW34, AW36, CA318, CA320, IO32, ZK310, ZK34 en ZK36).</i></p>



	<p>iWmo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Toewijzing Wmo-ondersteuning aan aanbieder (WMO301) 2. Specificatie declaratie/factuur Wmo-ondersteuning (WMO303) 3. Start levering Wmo-ondersteuning (WMO305) 4. Stop levering Wmo-ondersteuning (WMO307) 5. Aanvraag van toewijzing voor Wmo-ondersteuning (WMO315) <p><i>N.B. bovenstaande iWmo berichten zijn allen ook voorzien van een retourbericht (WMO302, WMO304, WMO306, WMO308 en WMO316).</i></p>
--	---

De informatiestandaarden zoals hierboven gepresenteerd, zijn primair ontworpen voor zorginhoudelijke uitwisseling tussen zorgprofessionals en/of ten behoeve van zorgadministratie (zoals de i-Standaarden). Met het programma MedMij worden deze bestaande informatiestandaarden aangevuld met een PGO use case, specifiek gericht op de informatie-uitwisseling tussen zorgprofessional en cliënt.

3.2 (MedMij)informatiestandaarden en outcomedoelstellingen

De gedefinieerde informatiestandaarden hebben een relatie met de MedMij informatiestandaarden en de outcome doelstellingen van het Informatieberaad Zorg. Binnen het Informatieberaad Zorg wordt door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) gewerkt aan een basis waarin zorggegevens veilig en betrouwbaar uitgewisseld kunnen worden. De leden (waaronder Actiz, VGN en V&VN) hebben zich door deelname gecommitteerd aan de doelstellingen.

De **outcome doelstellingen van het Informatieberaad Zorg** zijn:

1. *Medicatieveiligheid* – medicatierecepten worden op dezelfde manier uitgeschreven zodat overzicht en overdracht mogelijk is;
2. *Patiënt centraal* – patiënten kunnen medische gegevens inzien en koppelen aan eigen persoonlijke gezondheidsgegevens;
3. *Overdracht* – zorgverleners dragen gegevens digitaal en gestandaardiseerd over aan andere zorgverleners;
4. *Vastleggen* – gegevens worden maar één keer vastgelegd en daarna hergebruikt.

Het MedMij programma heeft als doel om iedere cliënt die dat wil beschikking te geven over zijn of haar eigen gezondheidsgegevens in één persoonlijke gezondheidsomgeving. Voor het uitwisselen van gezondheidsgegevens binnen het MedMij programma zijn twee partijen vereist: de cliënt met een app of website waarin gezondheidsgegevens verzameld en gebruikt kunnen worden en het zorginformatiesysteem van de zorgverlener waarin de gegevens van de cliënt opgeslagen worden. De MedMij standaarden worden nog niet in de praktijk gebruikt, omdat er nog geen PGO is dat conform het MedMij afsprakenstelsel informatie ontsluit. Op dit moment staat MedMij voor kwalificatie van standaarden (Nictiz) en rollen (VZVZ).

De eerder beschreven informatiestandaarden, de informatiestandaard behorend bij MedMij en de outcome doelstellingen van het Informatieberaad Zorg hebben een relatie tot elkaar. De relatie tussen de standaarden en outcome doelstellingen is in onderstaande tabel weergegeven.

Informatiestandaard	Informatiestandaard MedMij	Outcomedoelstellingen*
<p>Medicatieveiligheid</p> <p><i>Medicatieveiligheid 6.12</i> <i>Medicatieproces 9.0</i></p>	<p>MedMij ondersteunt versie 9.0 van de informatiestandaard Medicatieveiligheid. Daarnaast zijn er mappings gemaakt naar versie 6.12. De informatiestandaard Medicatieveiligheid binnen MedMij bestaat volledig uit dezelfde zibs als de informatiestandaard Medicatieveiligheid, echter aangepast naar use case patiënt.</p>	<p>Medicatieveiligheid</p> <p>Eenmalig vastleggen van gegevens</p> <p>Gestandaardiseerde informatie-uitwisseling</p>



Acute zorg	(Nog) niet beschikbaar in MedMij informatiestandaard	Enmalig vastleggen van gegevens Gestandaardiseerde informatie-uitwisseling
Laboratoria	De informatiestandaard Laboratoria heeft een connect met de informatiestandaard Lab-uitwisseling vanuit MedMij. Cliënt en huisarts krijgen dezelfde informatie (dezelfde zib), maar de manier waarop de informatie verstrekt wordt, verschilt.	Enmalig vastleggen van gegevens Gestandaardiseerde informatie-uitwisseling
Ketenzorg	De MedMij informatiestandaard GP data/huisartsgegevens ontleent enkele gegevens aan de informatiestandaard Ketenzorg. Formeel is deze relatie echter niet één op één en aangepast aan de use case cliënt.	Enmalig vastleggen van gegevens Gestandaardiseerde informatie-uitwisseling
Verpleegkundige overdracht in de care (eOverdracht 3.0)	De caresector is onderdeel van de MedMij roadmap voor 2018/2019. In gezamenlijkheid met partijen als Actiz, VGN en V&VN wordt een gegevensset voor de cliënt vormgegeven. Vermoedelijk behoort een groot gedeelte van de eOverdracht tot deze set.	Enmalig vastleggen van gegevens Gestandaardiseerde informatie-uitwisseling
Paramedische zorg	(Nog) niet beschikbaar in MedMij informatiestandaard.	-
Huisartswaarneming	De informatiestandaard GP data/huisartsgegevens is onderdeel van MedMij. Deze standaard ontleent gegevens aan de informatiestandaard Huisartswaarneming, maar dan gericht op use case cliënt.	Enmalig vastleggen van gegevens Gestandaardiseerde informatie-uitwisseling
BgZ 2017 <i>(Let op: de BgZ is een gegevensdienst, geen informatiestandaard)</i>	De BgZ 2017 is onderdeel van de MedMij informatiestandaarden. Deze is volledig opgebouwd uit zibs.	Gestandaardiseerde informatie-uitwisseling Enmalig vastleggen van gegevens
Indicatiebesluit <i>(Let op: niet het Wlz IO31 bericht)</i>	De brief waarin het indicatiebesluit staat vermeld zoals door het CIZ wordt verstuurd aan de cliënt en ontsloten door een PDF-A** richting het PGO van de cliënt (hiermee vindt momenteel een proef plaats in PROVES). De overige AW-berichten behorend bij de i-standaarden van het Zorginstituut zijn vooralsnog niet geschikt bevonden voor uitwisseling richting de cliënt omdat deze nog niet inspelen op een behoefte van de	Patiënt centraal



	markt en voornamelijk (zorg)administratie betreffen.	
	<p>Zelfmetingen</p> <p>Met de MedMij informatiestandaard zelfmetingen kan de cliënt zelfmetingen van vitale functies doen en verzamelen en delen door middel van een PGO. Op dit moment zijn zes zelfmetingen onderdeel van de MedMij informatiestandaard: bloeddruk, lichaamstemperatuur, lichaamsgewicht, lichaamslengte, O2Saturatie en hartfrequentie.</p>	Patiënt centraal
	<p>eAfspraken</p> <p>De MedMij informatiestandaard eAfspraken is onderverdeeld in drie delen:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Inzage in afspraken (reeds opgeleverd en beschikbaar: vanuit PGO richting zorgaanbieder)2. Aanvragen, wijzigen en verwijderen van afspraken uit het PGO (reeds opgeleverd en beschikbaar: vanuit PGO richting zorgaanbieder)3. Geheel van complexe samengestelde afspraken (voorlopig uitgesteld door complexe situatie voor zorgaanbieders, lage behoefte in de markt en nog geen ondersteuning vanuit MedMij afsprakenstelsel)	Patiënt centraal

* Outcomedoelstellingen van het Informatieberaad Zorg

** PDF-A is geen inhoudelijk informatiestandaard – PDF-A is een documentstandaard

3.3 Standaardisatie in de caresector naar een hoger level

Uit de voorgaande paragrafen kan geconcludeerd worden dat de mate van standaardisatie in de caresector (VVT en gehandicaptenzorg) nog beperkt is. Het gebruik van (bestaande) standaarden is minimaal, terwijl enkele standaarden of gegevens-elementen uit standaarden wel ruimte bieden om toegepast te worden in de caresector. Waar de informatie-uitwisseling tussen zorgprofessionals vormgegeven kan worden met onder andere de BgZ en de verpleegkundige overdracht, is er voor de informatie-uitwisseling met de cliënt weinig zicht op de wensen met betrekking tot gewenste informatie in het PGO. In het volgende hoofdstuk wordt een start gemaakt met een inventarisatie van de gewenste informatie-uitwisseling met de cliënt en tussen zorgprofessionals.

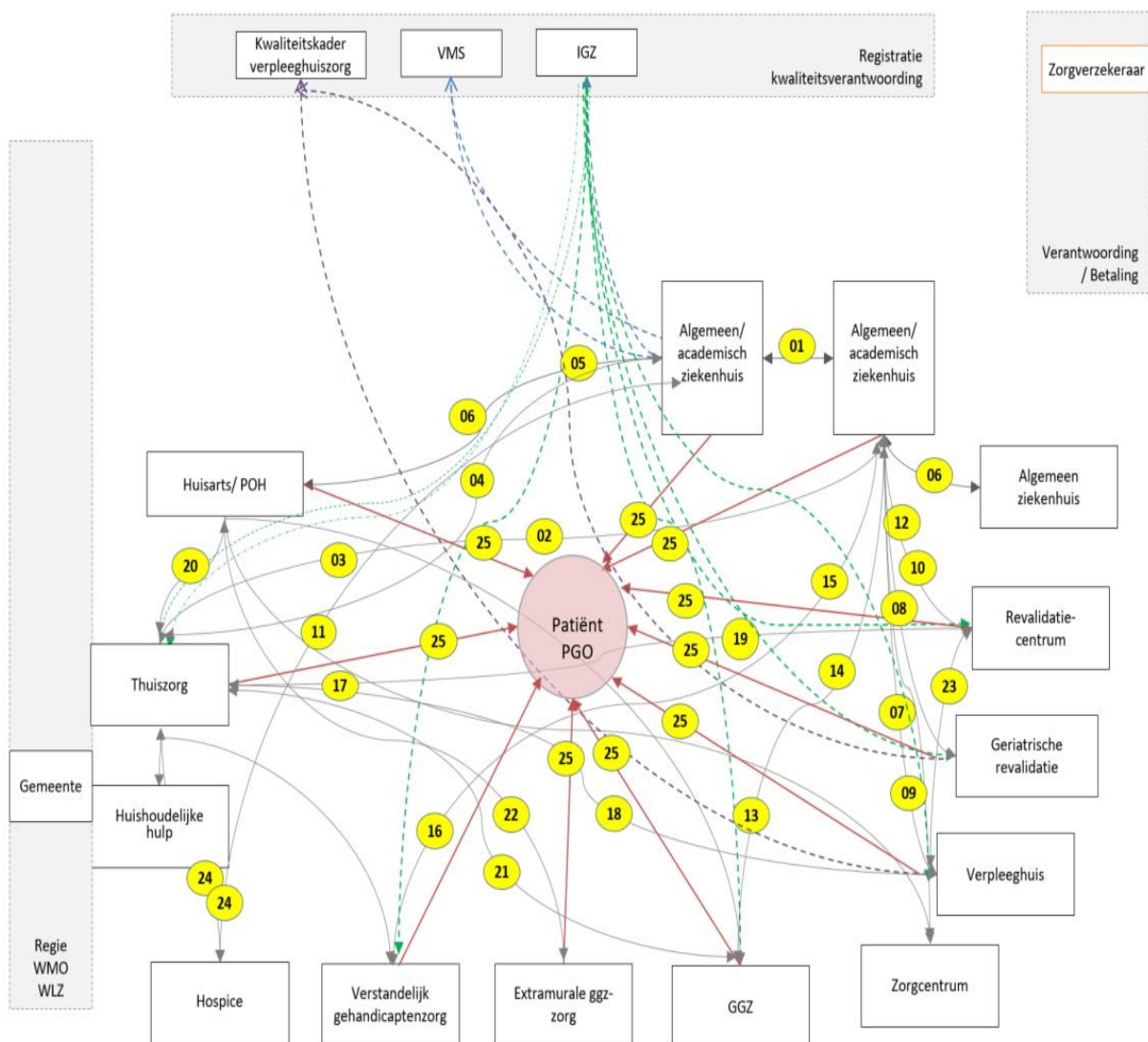


4 Informatie-uitwisseling

De cliënt in de langdurige zorg heeft vaak voor een groot deel van het leven of levenslang te maken met zorg en ondersteuning. Om deze zorg zo goed mogelijk te kunnen continueren is informatie-uitwisseling essentieel. Enerzijds gaat het hierbij om informatie-uitwisseling met de cliënt (bijvoorbeeld in het PGO), anderzijds gaat het om de informatie-uitwisseling tussen zorgprofessionals. In een eerste veldsessie is op hoofdlijnen een beeld opgehaald omtrent de wensen en behoeften met betrekking tot informatie-uitwisseling in de caresector. Alvorens de wensen en behoeften omtrent informatie-uitwisseling worden uitgewerkt, wordt eerst een overzicht gegeven van de (voornaamste) informatiestromen in de caresector.

4.1 Informatiestromen in de caresector

De invulling van zorg en ondersteuning in de caresector bestaat vaak uit een geheel aan zorgprofessionals die op enig moment onderdeel zijn van het zorgproces van de cliënt. Om zorg en ondersteuning zo goed mogelijk te kunnen leveren, is informatie-uitwisseling met verschillende zorgprofessionals essentieel. Onderstaande afbeelding schetst de meest voorkomende informatiestromen in het verpleegkundig domein, waarbij ook een daadwerkelijke gegevensoverdracht plaatsvindt of plaats hoort te vinden.





Nummer	Overdrachtmoment	Praktijkvoorbeeld
1	Tussen ziekenhuizen	Overplaatsing voor verdere behandeling/nazorg in een ander ziekenhuis
2	Van ziekenhuis naar wijkverpleging	Na ontslag heeft cliënt zorg/ondersteuning thuis nodig
3	Van ziekenhuis naar thuiszorg	Na ontslag heeft cliënt gespecialiseerde zorg thuis nodig (inclusief verwijzing specialist)
4	Van thuiszorg naar ziekenhuis	Opname vanuit thuissituatie in verband met behandeling/observatie in het ziekenhuis
5	Van ziekenhuis naar huisarts/POH	Na ontslag ontvangt cliënt zorg vanuit huisartsenpraktijk (huisarts of POH)
6	Van huisarts/POH naar ziekenhuis	Cliënt al onder behandeling bij huisarts of POH gaat voor opname naar ziekenhuis
7	Van ziekenhuis naar verpleeghuis	Cliënt heeft na opname in ziekenhuis continu zorg nodig (tijdelijk of permanent verblijf)
8	Van ziekenhuis naar geriatrische revalidatie	Cliënt heeft na opname in ziekenhuis continu zorg nodig voor kortdurende revalidatie
9	Van verpleeghuis naar ziekenhuis	Cliënt wordt opgenomen in ziekenhuis voor observatie/behandeling (bijv. complicatie)
10	Van ziekenhuis naar revalidatiecentrum	Cliënt gaat na opname in ziekenhuis naar gespecialiseerd revalidatiecentrum
11	Van ziekenhuis naar hospice	Cliënt (terminaal) gaat voor stervensfase naar hospice
12	Van revalidatiecentrum naar ziekenhuis	Cliënt wordt opgenomen in ziekenhuis voor observatie/behandeling (bijv. complicatie)
13	Van ziekenhuis naar GGZ	Cliënt heeft verdere observatie/behandeling nodig in de GGZ
14	Van GGZ naar ziekenhuis	Cliënt (opgenomen in GGZ) gaat voor observatie/behandeling naar ziekenhuis
15	Van ziekenhuis naar verstandelijk gehandicaptenzorg	Cliënt wordt na behandeling in ziekenhuis teruggeplaatst in VGHZ
16	Van verstandelijk gehandicaptenzorg naar ziekenhuis	Cliënt (wonend in VGHZ instelling) gaat voor observatie/behandeling naar ziekenhuis
17	Van verpleeghuis naar wijkverpleegkundige	Na ontslag heeft cliënt zorg/ondersteuning thuis nodig
18	Van wijkverpleegkundige naar verpleeghuis	Cliënt heeft continu zorg nodig (tijdelijk of permanent verblijf)
19	Van revalidatie naar wijkverpleegkundige	Na ontslag heeft cliënt zorg/ondersteuning thuis nodig
20	Van huisarts/POH naar wijkverpleegkundige	Cliënt wordt door huisarts/POH doorverwezen naar wijkverpleging
21	Van GGZ naar wijkverpleegkundige	Na ontslag heeft cliënt zorg/ondersteuning thuis nodig
22	Van GGZ naar ambulante GGZ (POH)	Na ontslag heeft cliënt psychische zorg/ondersteuning nodig
23	Van revalidatie naar verpleeghuiszorg	Cliënt wordt na revalidatie opgenomen voor (definitief) verblijf in verpleeghuis
24	Van wijkverpleegkundige naar hospice	Cliënt (terminaal) gaat voor stervensfase naar hospice
25	Naar PGO van cliënt	Cliënt ontvangt gegevens t.a.v. zorg en ondersteuning vanuit informatiestromen in PGO

Bovenstaande tabel is geen uitputtende lijst met informatiestromen, maar geeft een goed beeld van de veelheid aan informatie die ten behoeve van de cliënt in de langdurige zorg kan worden uitgewisseld.



Aanvullend op bovenstaande afbeelding en tabel is door de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) een verkenning gedaan op uitwisseling van gezondheidsgegevens in de sector. De belangrijkste overdrachtmomenten in de gehandicaptenzorg zijn:

1. overdracht met apotheek;
2. overdracht met externe dagbesteding;
3. overdracht met paramedici;
4. overdracht met huisarts;
5. overdracht met ziekenhuis;
6. overdracht met (medische) laboratoria.

Vanuit de VVT-sector worden, in willekeurige volgorde, als belangrijke overdrachtmomenten genoemd:

1. overdracht naar ziekenhuis (veelal verpleegkundig);
2. overdracht naar huisarts;
3. overdracht naar apotheek;
4. overdracht naar paramedici.

De belangrijkste overdrachtmomenten in de ziekenhuizen (vanuit het perspectief van de verpleegkundige overdracht) zijn:

1. overdracht naar thuiszorg;
2. overdracht naar verpleeghuis of verzorgingstehuis;
3. overdracht naar ander ziekenhuis;
4. overdracht naar revalidatie;
5. overdracht naar GGZ;
6. overdracht naar gehandicaptenzorg.

Het daadwerkelijk kunnen uitwisselen van informatie tijdens overdrachtmomenten betekent in de praktijk het definiëren van gegevenselementen (waar mogelijk in de vorm van zibs) voor informatie-uitwisseling. De focus hierbij ligt enerzijds op een gegevensset voor de cliënt en anderzijds op gegevenssets voor informatie-uitwisseling tussen zorgprofessionals. Hierbij worden eerst algemene aandachtspunten geformuleerd om op korte termijn van start te kunnen gaan, en wordt ook gekeken naar essentiële gegevenselementen als onderdeel van specifieke informatiestromen in en buiten de VVT-sector en gehandicaptensector.

4.2 Definiëren gegevensset voor de cliënt

Er zijn diverse gegevenssets en informatiestandaarden in/voor de gezondheidszorg gedefinieerd. Veel van deze standaarden zijn ontworpen om – mede op basis van richtlijnen en (zorg)standaarden – de informatie-uitwisseling tussen zorgprofessionals te realiseren. Veel van de huidige MedMij informatiestandaarden (gericht op de cliënt) zijn afgeleid van (duidelijk afgebakende) informatiestandaarden die worden gebruikt voor informatie-uitwisseling tussen zorgprofessionals. De caresector op zichzelf wordt gekenmerkt door een veelheid aan informatiestromen en daarmee mogelijk ook een grote – en specifieke – informatiebehoefte bij de cliënt. Om meer zicht te krijgen op de wensen en behoeften van de cliënt in de langdurige zorg is een eerste sessie met cliënten, cliëntvertegenwoordigers en mantelzorgers uit de VVT en gehandicaptensector georganiseerd. In deze sessie is gesproken over informatie die voor de cliënt (en waar nodig vertegenwoordiger of mantelzorger) relevant is om in het PGO te ontvangen.

De informatie verkregen uit de sessie is vergeleken met de informatie die reeds aanwezig is in zibs en met de onderdelen uit het zorgplan. De zorg voor ouderen, gehandicapten en chronisch zieken wordt gefinancierd vanuit een drietal wetten: de Wet langdurige zorg (Wlz), de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Eventueel kan de zorg of ondersteuning worden aangevuld met een persoonsgebonden budget (pgb). Binnen de Wlz, Zvw en Wmo is het opstellen van een zorgplan een vereiste. De Wlz voorziet in een aantal eisen omtrent het zorgplan.



Artikel 8.1.1 Wlz

De verzekerde aan wie een zorgaanbieder zorg verleent “...” heeft er recht op dat de zorgaanbieder vóór, dan wel zo spoedig mogelijk na de aanvang van de zorgverlening een bespreking met hem organiseert teneinde afspraken te maken over:

- a. de doelen die met betrekking tot de zorgverlening voor een bepaalde periode worden gesteld, en de wijze waarop de zorgaanbieder en de verzekerde de gestelde doelen trachten te bereiken;
- b. de zorgverleners die voor de verschillende onderdelen van de zorgverlening verantwoordelijk zijn, de wijze waarop afstemming tussen die zorgverleners plaatsvindt, en wie de verzekerde op die afstemming kan aanspreken;
- c. de wijze waarop de verzekerde zijn leven wenst in te richten en de ondersteuning die de verzekerde daarbij van de zorgaanbieder zal ontvangen;
- d. de frequentie waarmee en de omstandigheden waaronder een en ander met de verzekerde zal worden geëvalueerd en geactualiseerd.

Artikel 8.1.3 Wlz

1 De zorgaanbieder legt binnen zes weken na aanvang van de zorgverlening, onderscheidenlijk een evaluatie en actualisatie, de uitkomsten van de in artikel 8.1.1 bedoelde bespreking vast in een zorgplan en verstrekt terstond een afschrift van het zorgplan aan de verzekerde of aan de vertegenwoordiger.

2 Indien de verzekerde of diens vertegenwoordiger een persoonlijk plan als bedoeld in artikel 8.1.1, derde lid, heeft overhandigd, betreft de zorgaanbieder dit persoonlijk plan bij het opstellen van het zorgplan.

3 Voor zover de zorgaanbieder heeft vastgelegd dat de verzekerde niet in staat is te achten tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake van een onderdeel van de zorgverlening, legt hij dat in het zorgplan vast. “...”

4 Voor zover de verzekerde dan wel de vertegenwoordiger te kennen heeft gegeven geen toestemming te geven voor de zorgverlening, legt de zorgaanbieder dat in het zorgplan vast.

5 Voor zover de zorgaanbieder op grond van artikel 8.1.1, vierde of vijfde lid, geen gevolg geeft aan een weloverwogen wens van de verzekerde of vertegenwoordiger inzake de in artikel 8.1.1 genoemde onderwerpen, legt de zorgaanbieder dat in het zorgplan vast.

6 Indien de verzekerde dan wel de vertegenwoordiger niet tot de in artikel 8.1.1 bedoelde besprekingen bereid zijn, houdt de zorgaanbieder bij de vastlegging en bij de evaluatie of de actualisering van het zorgplan zoveel mogelijk rekening met de veronderstelde wensen en de bekende mogelijkheden en beperkingen van de verzekerde.

7 De zorgaanbieder verstrekt desgevraagd een afschrift van het zorgplan aan de verzekerde of aan een vertegenwoordiger.

De Wlz schrijft daarmee niet specifiek voor welke onderwerpen in het zorgplan behandeld moeten en/of kunnen worden. De richtlijn Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging (die momenteel wordt herzien) beschrijft vier onderdelen die deel uitmaken van het zorgplan.

Het **zorgplan** bestaat uit vier onderdelen:

1. *Cliëntproblemen* – gebaseerd op de verzamelde gegevens uit de anamnese op basis waarvan (meerdere) actuele cliëntproblemen vastgesteld kunnen worden. Cliëntproblemen geven de gezondheidstoestand van de cliënt weer (lichamelijk, geestelijk, functioneel of sociaal);

2. *Doelen* – gerelateerd aan vastgesteld(e) cliëntprobleem of cliëntproblemen, om vast te leggen welke resultaten worden nagestreefd. Een doel kan worden uitgedrukt in een gezondheidstoestand of met behulp van een meetwaarde;

3. *Interventies* – handelingen die worden uitgevoerd om een (in)directe verbetering of behoud van de gezondheidstoestand van de cliënt tot stand te brengen (ook wel beleid genoemd);

4. *Evaluatie* – bereikte zorgresultaten worden vergeleken met vastgestelde doelen. Tevens vindt er een eindevaluatie plaats aan het einde van het zorgtraject.

* Voorafgaand aan het vaststellen van cliëntproblemen vindt door de verpleegkundige of arts een gegevensverzameling plaats op grond waarvan de cliëntproblemen worden vastgesteld.

In de VVT wordt met regelmaat gebruik gemaakt van het zorgleefplan (bestaande uit de domeinen woon- en leefomstandigheden, participatie, mentaal welbevinden en autonomie en lichamelijk welbevinden en



gezondheid). Het zorgleefplan is een concrete invulling van het zorgplan, maar wordt niet in iedere setting als format voor het zorgplan gebruikt. Het zorgleefplan is vooral een ordening. In de gehandicaptensector wordt gebruik gemaakt van het ondersteuningsplan (op hoofdlijnen vaak bestaande uit wonen, leren en ontwikkeling, gezondheid, werk, belangenbehartiging en sociale relaties), wat – net als het zorgleefplan – ook een verdere concretisering van het wettelijk verplichte zorgplan is. Onderdeel van het ondersteuningsplan is ook een risicoanalyse. Vanwege de diversiteit van de doelgroepen is er niet één ondersteuningsplan. Er bestaan ondersteuningsplannen voor diverse doelgroepen. In het zorgplan kan op de verschillende onderdelen aandacht worden besteed aan de elementen uit het zorgleefplan en ondersteuningsplan.

Input cliëntsessie	Reeds bestaande zib(s) of gegevens-element in informatiestandaard	Onderdeel van het zorgplan
<u>Medisch/verpleegkundig</u>		
Medicatie (aangevuld met medicatie-alert in PGO)	Medicatieafpraak (BgZ) Toedieningsafspraken (BgZ) Medicatiegebruik2 (BgZ)	Gegevensverzameling wanneer huidige medicatie geïnventariseerd wordt, het voorschrijven van medicatie hoort bij interventies.
Labuitslagen (realtime)	LaboratoriumUitslag (BgZ)	Gegevensverzameling
Allergie	Allergietolerantie (BgZ en eOverdracht)	Gegevensverzameling
Diagnose	Probleem (BgZ en eOverdracht)	Cliëntproblemen
Afspraken (klinisch, poliklinisch en aangevuld met bijvoorbeeld tandarts en pedicure etc.)	Contact (BgZ en eOverdracht) OverdrachtGeplandeZorgActiviteit (BgZ en eOverdracht)	Interventies (onderdeel van beleid)
Patiëntproblemen	Probleem (eOverdracht)	Cliëntproblemen
Wensen en behoeften	Wensen en behoeften patiënt en/of naasten (eOverdracht: vrij tekstelement, geen zib)	Gegevensverzameling
Hulpmiddelen (bril of rollator)	MedischHulpmiddel (BgZ en eOverdracht) FunctieZien (eOverdracht) FunctieHoren (eOverdracht) Mobiliteit (eOverdracht)	Gegevensverzameling. Kan ook onderdeel zijn van 'interventies' op het moment dat hulpmiddelen moeten worden ingezet op basis van een actueel cliëntprobleem
Voorgeschiedenis	Probleem (BgZ en eOverdracht)	Gegevensverzameling (verpleegkundig) en medische voorgeschiedenis (medisch)
<u>Welzijn</u>		
Agenda (alle activiteiten van cliënt)	Functionaliteit van het PGO	-



Contactpersonen/vrijwilligers (aangevuld met taken) eventueel vormgegeven als netwerk en/of zorggemeenschap	Contactpersoon (BgZ en eOverdracht) HulpVanAnderen (eOverdracht)	Gegevensverzameling
Chat-functie (afstemming met zorgverlener over bezoek etc.)	<i>Functionaliteit van het PGO</i>	-
Levensverhaal (achtergrond en geschiedenis cliënt)	Nee	Gegevensverzameling (indeling in domeinen zorgleefplan kan hier helpen)
Mogelijkheid tot maken notitie	<i>Functionaliteit van het PGO</i>	-
Vermelding bezoeker + tijdstip van bezoek	<i>Functionaliteit van het PGO</i>	-
<u>Hoe verder in zorg</u>		
Contactpersoon voor levensvragen	Contactpersoon (BgZ en eOverdracht)	Gegevensverzameling
Wilsverklaring	Wilsverklaring (eOverdracht)	Gegevensverzameling
Euthanasiewens	Wilsverklaring (eOverdracht)	Gegevensverzameling
Reanimatieverklaring	Wilsverklaring (eOverdracht)	Gegevensverzameling
Behandelbeperking	Wilsverklaring (eOverdracht) Behandelaanwijzing (BgZ)	Doelen (als beperking van het behandeldoel).

De uitwerking in bovenstaande tabel is een eerste vertrekpunt voor een verdere analyse van een complete gegevensset voor (in het PGO van) de cliënt in de langdurige zorg. Op termijn is een verdere veldconsultatie in de vorm van werksessies noodzakelijk om een gegevensset te kunnen vaststellen. Afstemming met cliënten, cliëntvertegenwoordigers en mantelzorgers is in dit kader noodzakelijk – zowel vanuit betrokkenheid, patiëntenverenigingen als vanuit care-instellingen. Een brede vertegenwoordiging, waarbij zowel cliënten vanuit de VVT als vanuit de gehandicaptenzorg vertegenwoordigd zijn, is essentieel om een volledige gegevensset te kunnen definiëren en uiteindelijk te ontsluiten richting (het PGO van) de cliënt. In de praktijk betekent dit op hoofdlijnen: het definiëren van benodigde gegevens, het (mogelijk) maken en/of aanpassen van zibs, het vaststellen van een gegevensset of informatiestandaard en het voorzien van technische specificaties (inclusief kwalificaties) om uitwisseling richting het PGO van de cliënt mogelijk maken (conform het MedMij afsprakenstelsel).

4.3 Verbeteren informatie-uitwisseling tussen zorgprofessionals

Het geheel omtrent informatie-uitwisseling tussen zorgprofessionals in de caresector is complex. De sector kenmerkt zich door veel informatiestromen. Vaak over de diverse financieringsstromen heen en in sterke relatie met de cure-sector. Uit een eerste verkenning in het veld met onder andere zorgprofessionals en informatiemanagers werden de volgende algemene aandachtspunten geformuleerd:

- Uniformiteit, begrijpelijkheid en eenheid van taal zijn kernbegrippen bij informatie-uitwisseling tussen zorgprofessionals.



- Er wordt op teveel verschillende manier informatie gedeeld en ook de diversiteit aan systemen waar informatie in wordt verwerkt is enorm – de zorgprofessional ziet door de bomen het bos niet meer.
- Informatie-uitwisseling in de (zorg)keten is een belangrijk onderdeel van continuïteit van zorg en ondersteuning aan de cliënt.
- Quick wins ten aanzien van informatie-uitwisseling kunnen worden behaald in regio's – streef daarbij naar uniformiteit in plaats van versnippering.

In de sessie is daarnaast aandacht besteed aan de gegevens die in de caresector uitgewisseld moeten kunnen worden. Ten aanzien van zibs, gegevenssets en informatiestandaarden werden in de veldsessie de volgende aanbevelingen gedaan:

- Noodzaak voor het formuleren van een minimale set aan informatie voor de caresector.
- Informatie-uitwisseling is vaak domein (niet alleen caresector) overstijgend.
- Uitgangspunt is waar mogelijk gebruik te maken van bestaande informatiestandaarden en gegevenssets, zoals bijvoorbeeld de Verpleegkundige overdracht in de care (eOverdracht) en BgZ.

Tijdens de sessie zijn een aantal onderwerpen naar voren gekomen als aanvullende informatie – op basis van al bestaande zibs – om uit te wisselen. Na analyse blijken een aantal onderwerpen al vastgelegd te kunnen worden in bestaande zibs. Enkele onderwerpen behoeven een uitbreiding op een bestaande zib en voor sommige onderwerpen is in de toekomst mogelijk een nieuwe zib nodig. Daarnaast zijn er onderwerpen die niet als zib (gericht op zorgbrede generieke concepten), maar als apart gegevenselement (met name domein-specifieke of niet te structureren concepten) opgenomen kunnen worden. De precieze invulling van elk onderwerp vereist nadere definiëring en uitwerking. Onderstaande tabel – en voornamelijk de nieuwe onderwerpen – zullen het startpunt zijn van deze verdere verkenningen in de VVT en gehandicaptensector.

Onderwerp	Bestaande zib/wijziging/nieuw item
Levensverhaal (achtergrondinformatie over cliënt)	Nieuw item
Bejegening/benaderingswijze	Nieuw item
Gedrag/agogiek	Nieuw item
Zingeving/beleving	Nieuw item <i>N.B. een groot gedeelte van deze informatie kan verwerkt worden in de zib 'wensen en behoeften patiënt en/of naasten'. Dit is een vrij tekstveld in eOverdracht.</i>
Toekomstverwachting	Nieuw item
Financiële situatie	Nieuw item
Culturele achtergrond	Nieuw item <i>N.B. is te overwegen als wijziging op bestaande zib(s)</i>
Uitgevoerde zorgactiviteit	Kan in zib 'verpleegkundige interventie' (eOverdracht)
Historie van verleende zorg	Kan in zib 'verpleegkundige interventie' (eOverdracht) en in zib 'verrichting' (BgZ)
Betrokken zorgverleners	Kan in zib 'zorgverlener' (BgZ en eOverdracht)
Hobby's	Kan in zib 'participatie in maatschappij' (eOverdracht)
Gegevens over zelfmedicatie of alternatieve medicatie	Kan in zib 'medicatiegebruik' (BgZ)



De bestaande zibs en informatiestandaarden zijn in eerste instantie geanalyseerd vanuit een algemeen perspectief op informatie-uitwisseling in de caresector. Voor vervolgsessie(s) wordt beoogd om informatie-uitwisseling vanuit een specifieke informatiestroom in de caresector, zoals beschreven in paragraaf 3.1, te benaderen. Op deze manier kan per informatiestroom (en use case) worden bepaald welke informatie tussen zorgprofessionals moet worden uitgewisseld. De zorg in ketens en andere samenwerkingsverbanden zijn hierbij een essentieel onderdeel.



Conclusie en aanbevelingen

Gelet op het opgehaalde beeld met betrekking tot het informatielandschap, standaardisatie en informatie-uitwisseling in de caresector, kunnen een aantal aanbevelingen worden gedaan om de caresector ten aanzien van deze onderwerpen verder te helpen. Het informatielandschap van de caresector is geanalyseerd en uitgewerkt op basis van het interoperabiliteitsmodel. De diversiteit aan mogelijkheden om informatie-uitwisseling in de caresector in de praktijk te realiseren is momenteel groot. Verschillende beleidsafspraken, richtlijnen, informatiestandaarden, ECD's/PGO's/uitwisselingsstructuren en voorzieningen voor gegevenstransport vormen momenteel de basis van het informatielandschap in de caresector. Voortvloeiend uit de uitdagingen die bij de vijf lagen van dit model zijn gedefinieerd, kunnen een vijftal algemene aanbevelingen worden geformuleerd:

1. Zorg voor landelijke (en regionale) afstemming op thema's als gebruik van informatiestandaarden en leveranciersmanagement (organisatie);
 - a. Maak helder welke standaarden landelijk gebruikt moeten worden en zie erop toe dat deze ook daadwerkelijk worden gebruikt.
 - b. Zorg ervoor dat leveranciers aan de slag gaan met deze landelijk afgestemde informatiestandaarden en dat deze worden ingebouwd in de systemen. Zie daarnaast toe op de daadwerkelijke implementatie en in gebruik name van deze informatiestandaarden in de praktijk.
2. Optimaliseer de (door)ontwikkeling van richtlijnen, zorgstandaarden en kwaliteitskaders. Dit is noodzakelijk voor onder andere de inhoud van informatiestandaarden (proces);
 - a. Zie toe op de inrichting van een professioneel beheerproces voor richtlijnen, zorgstandaarden en kwaliteitskaders. Zodat deze up-to-date blijven en voldoen aan de meest actuele kennis. Geef hiermee feedback op deze richtlijnen, zorgstandaarden en kwaliteitskaders voortdurend een plek.
 - b. Door de professionele inrichting van de doorontwikkeling van richtlijnen, zorgstandaarden en kwaliteitskaders kunnen de te ontwikkelen informatiestandaarden op de meest passende en actuele kennis gebaseerd worden.
3. Continueer het creëren van een breed draagvlak voor Eenheid van Taal, dit is noodzakelijk om informatiestandaarden in de praktijk geïmplementeerd te krijgen (informatie);
 - a. Deel actief kennis over Eenheid van Taal en help partijen verder die Eenheid van taal willen inzetten binnen hun zorgpraktijk.
 - b. Maak concrete afspraken over wanneer en hoe vaktermen worden gebruikt bij uitwisseling van informatie (leg dit vast in informatiestandaarden), zodat de onderliggende betekenis van de informatie voor alle betrokkenen duidelijk is. Sluit hierbij aan bij reeds bestaande initiatieven op dit vlak. Dit principe is van groot belang wanneer je informatie-uitwisseling tot een succes wilt maken.
4. Betrek leveranciers van ECD's en PGO's actief bij de ontwikkeling en implementatie van informatiestandaarden en maak een duidelijke keuze voor een uitwisselingsstandaard (bijvoorbeeld HL7 CDA of HL7 FHIR) (applicatie);
 - a. Betrek leveranciers vanaf het prille begin bij de ontwikkeling en later ook bij de implementatie van informatiestandaarden. Door vanaf begin af aan een actieve samenwerking te realiseren kunnen zij meedenken over de te maken keuzes en zullen de eindproducten beter aansluiten bij hun wensen en eisen.
 - b. Maak een duidelijk keuze voor één uitwisselingsstandaard die door alle samenwerkende partijen wordt gebruikt; hierdoor spreekt iedereen dezelfde 'technische taal' (naast de reeds gemaakte zorginhoudelijke afspraken, zie aanbeveling drie) wat uitwisseling van informatie mogelijk maakt.
5. Per informatiestroom (use case) is het kiezen voor één infrastructuur voor informatie-uitwisseling essentieel. Daarnaast is het koppelen van infrastructuren noodzakelijk voor zorgbrede informatie-uitwisseling (infrastructuur).



- a. Ga in gesprek met samenwerkende partijen binnen een bepaalde informatiestroom over welke infrastructures mogelijk bruikbaar zijn en maak hierin samen één duidelijke keuze om koppelingsproblematiek binnen één informatiestroom te voorkomen.
- b. Mogelijk worden meerdere infrastructures gebruikt over verschillende informatiestromen: stuur op koppelingen tussen deze infrastructures voor zorgbrede uitwisseling.

Het overzicht van de beschikbare informatiestandaarden toont aan dat informatie-uitwisseling in de caresector reeds mogelijk is met onder andere (zibs of gegevenselementen uit) de Verpleegkundige overdracht in de care (eOverdracht), Medicatieveiligheid en de BgZ. Van andere informatiestandaarden kunnen mogelijk zibs of gegevenselementen worden gebruikt omdat deze belangrijk zijn in de informatie-uitwisseling met ketenpartners (bijvoorbeeld de huisarts). Een aantal informatiestandaarden zijn reeds ook beschikbaar gemaakt voor de informatie-uitwisseling met het PGO van de cliënt, hier betreft het onder andere de BgZ 2017 en medicatieveiligheid. Het gebruik van informatiestandaarden sluit tevens aan bij de outcomedoelstellingen van het Informatieberaad Zorg, waarbij met veel informatiestandaarden overdracht en eenmalig vastleggen van gegevens wordt bewerkstelligd. Daarnaast stellen de MedMij standaarden de patiënt centraal. Naast informatie-uitwisseling met de cliënt is ook het verbeteren van informatie-uitwisseling tussen zorgprofessionals een belangrijk doel van het programma InZicht. Om de informatie-uitwisseling binnen het programma InZicht verder vorm te geven zijn op hoofdlijnen een aantal specifieke aanbevelingen te formuleren:

6. Start informatie-uitwisseling met de cliënt met een minimale set aan gegevens. Op basis van een eerste verkenning werd de volgende informatie als startpunt gezien om te ontsluiten richting het PGO van de cliënt: medicatieoverzicht, diagnose, afspraken, wensen en behoeften, patiëntproblemen en agendafunctie (functionaliteit PGO);
 - a. Begin niet te groot: door met een minimale set te starten kan er redelijk snel gestart worden met uitwisselen van informatie in de praktijk. Op basis van deze praktijkervaringen kan deze minimale set verder doorontwikkeld worden.
 - b. Zorg wel voor een minimale set met zinvolle gegevens, welke voldoet aan de wensen van de gebruikers: wanneer deze aansluiting mist en daarom te weinig of enkel niet relevante informatie beschikbaar is, belemmert dat het gebruik.
7. Gebruik voor de informatie-uitwisseling tussen zorgprofessionals reeds bestaande standaarden (bijvoorbeeld Verpleegkundige overdracht in de care (eOverdracht) en Medicatieveiligheid) en gegevenssets (BgZ). Start daarnaast een inventarisatie gericht op 'gaps' bij informatie-uitwisseling;
 - a. Deze reeds bestaande standaarden zijn met grote zorgvuldigheid samen met professionals uit het zorgveld ontwikkeld, worden veelal al gebruikt in de praktijk en hebben zichzelf (deels) al bewezen.
 - b. Door reeds bestaande standaarden te gebruiken kan informatie-uitwisseling met andere sectoren makkelijker tot stand komen, omdat dezelfde definitie van informatie-elementen zal worden gebruikt.
 - c. Sector specifiek zullen er potentieel elementen ontbreken bij de reeds bestaande standaarden, hiervoor dienen aanvullingen te worden gedaan of zullen nieuwe delen van standaarden ontwikkeld moeten worden.
8. Werk aan een cross-over tussen cure en care – de informatie-uitwisseling tussen care en cure is essentieel. De wijkverpleging wisselt constant uit met ziekenhuizen, huisartsen, verpleeghuizen etc. Boven de verschillende VIPP programma's is een verbinding van programma's (en daarmee informatiestromen) noodzakelijk;
 - a. Verbetering van het informatiestelsel is veelal sector specifiek opgepakt, de reeds bestaande VIPP-programma's richten zich doorgaans op de verschillende sectoren. Het is van belang de oversteek van informatie-uitwisseling naar andere sectoren concreet te gaan maken. Zeker gezien het feit dat cliënten binnen de caresector doorgaans ook veelvuldig gebruik maken van zorg binnen de curesector.
 - b. Er is samenhang en verbinding tussen de bestaande VIPP-programma's nodig. Hierdoor kan informatie-uitwisseling binnen de zorgsector naar een hoge plan gebracht worden, doordat informatiestandaarden dan pas daadwerkelijk op elkaar aansluiten, wat uitwisseling van informatie over de sectoren heen bedient.
9. Benut kennis vanuit lopende initiatieven en bouw deze verder uit (bijvoorbeeld bij implementaties). Vanuit de brancheorganisaties ActiZ en VGN (versnellingskamers omtrent PGO's) en de beroepsorganisatie V&VN



(regionale implementatie eOverdracht) lopen reeds verschillende initiatieven om informatie-uitwisseling tussen zorgprofessionals en tussen zorgprofessional en cliënt te versnellen. Kennis en kunde die voortkomt uit deze trajecten dient actief te worden ingezet binnen het InZicht programma.

10. Zoals in bovenstaande aanbevelingen beschreven dient een veelheid aan activiteiten uitgevoerd te worden om uitwisseling van informatie binnen en van en naar de caresector mogelijk te maken. Activiteiten van dergelijke omvang vragen om serieuze inzet van mensen en middelen, aanbevolen wordt dan ook om hier structureel prioriteit aan te geven.



Referenties

- ActiZ-Advisaris (2017). Rapport marktonderzoek Applicatielandschap VVT
- IZO Platform (2018). Toekomstbeeld 2020
- M&I Partners (2017). ECD-onderzoek 2017
- M&I Partners (2018). ECD-onderzoek 2018
- Nictiz (2017). Onderzoeksrapport Verpleegkundige overdracht
- RIVM en Nictiz (2018). Notitie Eenheid van Taal in de Zorg
- VGN (2018). Factsheet gegevensuitwisseling en -overdracht: opgehaald beeld
- V&VN et al. (2011 en momenteel in revisie). Richtlijn Verpleegkundige en Verzorgende verslaglegging
- Zorginstituut Nederland (2017). Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022
- Zorginstituut Nederland (2017). Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg – samen leren en verbeteren
- Zorginstituut Nederland (2018). Kwaliteitskader Wijkverpleging

Geraadpleegde websites:

- <https://www.egpo.nl/>
- <https://www.familienet.nl/>
- <https://www.hl7.nl/>
- <https://www.ihe-nl.org/>
- <https://www.informatieberaadzorg.nl/outcomedoelen>
- <https://informatiestandaarden.nictiz.nl/wiki/Hoofdpagina>
- https://modellen.istandaarden.nl/wlz/iwz1_2/index.php/Berichten
- https://modellen.istandaarden.nl/wmo/iwmo2_1/index.php/Berichten
- <https://www.medmij.nl>
- <https://www.nictiz.nl/>
- <https://www.ozoverbindzorg.nl/>



Bijlage: de cliënt/zorgprofessional en informatie

Informatiemomenten omtrent de zorg voor Jaap

Jaap is 85 jaar en sinds tien jaar diabetespatiënt. Hij woont nog zelfstandig in Enschede en breekt een heup. De vrouw van Jaap is vijf jaar geleden overleden en zijn drie kinderen wonen aan de andere kant van het land. Jaap belt met de huisarts naar aanleiding van pijn in de heup en wordt verwezen naar het ziekenhuis. Daar blijkt de verwijsbrief van de huisarts niet aangekomen te zijn en moet Jaap alles opnieuw vertellen. Jaap wordt opgenomen op de afdeling Orthopedie en krijgt een heupprothese. De operatie is echter niet zonder complicaties verlopen. Al vrij snel na de operatie blijkt dat Jaap erg in de war is. De medisch specialist constateert dat Jaap een delier heeft en schrijft medicatie voor. Jaap verblijft nog één dag op de verpleegafdeling Orthopedie. Vervolgens wordt Jaap overgeplaatst naar een revalidatieafdeling van het verpleeghuis in de buurt. Saskia, de dochter van Jaap (wettelijk vertegenwoordiger), bezoekt haar vader vlak voordat hij wordt overgeplaatst naar de revalidatieafdeling. Eenmaal aangekomen in het ziekenhuis wordt Saskia van het kastje naar de muur gestuurd wanneer zij op zoek is naar een zorgprofessional met meer informatie, terwijl Jaap steeds meer verward raakt. Uiteindelijk komt de transferverpleegkundige Saskia vertellen dat Jaap wordt overgeplaatst naar de revalidatieafdeling van het verpleeghuis. Verpleegkundige Karin neemt Jaap na zijn heupoperatie op in het verpleeghuis. Bij binnenkomst van Jaap vindt Karin een A4'tje met de naam en geboortedatum van Jaap en diagnose (heupfractuur met bijkomend delier) tussen zijn spullen. Meer informatie is niet beschikbaar. Verbaasd vraagt Karin aan Saskia wat er met Jaap in het ziekenhuis is gebeurd. Saskia kan de vragen van Karin niet beantwoorden. Ook niet met betrekking tot het medicatiegebruik van haar vader. De revalidatiearts bezoekt Jaap en vraagt zich af welke dosering medicatie in het ziekenhuis werd gebruikt. Na een week zijn de ergste perikelen van het delier voorbij en wil Jaap graag weten wat er de afgelopen week allemaal is gebeurd.

Bovenstaande casus geeft het belang van goede informatie voor de cliënt en zorgprofessional in de caresector weer. Anno 2018 is het beschikken over de eigen gezondheidsgegevens en digitale informatie-uitwisseling tussen zorgprofessionals nog geen realiteit. Zoals de casus over Jaap laat zien, zijn er veel momenten waarop (ontbrekende) informatie voor de cliënt en zorgprofessionals overgedragen moet worden. In de casus ontbreekt het zowel voor cliënt als zorgprofessional aan informatie-uitwisseling. Dit leidt er in de dagelijkse praktijk toe dat:

- Een volledig overzicht van het zorgproces en de voortgang van het zorgproces ontbreekt. Hiermee is de informatievoorziening richting cliënt/zorgprofessional onvolledig;
- Cliënt/zorgprofessional moeten continu (mondeling, op papier of digitaal) informatie opvragen en checken bij elkaar;
- Doordat zorgprofessionals onvoldoende informatie overdragen, moet de cliënt meerdere malen hetzelfde verhaal vertellen;
- Waardevolle informatie van de cliënt kan op dit moment (in de meeste gevallen) niet digitaal gedeeld worden met de zorgprofessional (bijvoorbeeld zelfmetingen en het bijhouden van eigen medicatie);
- Informatie over de cliënt is vaak versnipperd over meerdere zorgprofessionals, waarbij het risico bestaat dat betrokken zorgprofessionals informatie missen;
- Overplaatsing van een cliënt vereist een overdracht. In de praktijk ontbreekt deze regelmatig, is onvolledig of vereist overtypen/overschrijven met veel verlies van tijd en risico op fouten;
- Informatie die overgedragen wordt, kan onduidelijk zijn omdat de betekenis van informatie niet altijd hetzelfde is, bijvoorbeeld door gebruik van verschillende classificatiesystemen;

Door al deze problemen kan de cliënt moeilijk regie houden over de eigen gezondheid en de zorgprofessional kan moeilijk bepalen wat de best passende zorg is. In de praktijk ontbreekt het aan afspraken over hoe, met wie en wanneer informatie moet worden uitgewisseld. Wanneer deze afspraken worden gemaakt, wordt informatie-uitwisseling mogelijk en beschikken cliënt en zorgprofessionals op het juiste moment over de juiste informatie voor de juiste zorg.

Nictiz

Postbus 19121
2500 CC Den Haag
Oude Middenweg 55
2491 AC Den Haag

070-3173450
info@nictiz.nl
www.nictiz.nl

Nictiz  Betere gezondheid
door betere informatie