

10.2.e

**Van:** 10.2.e )  
**Verzonden:** vrijdag 6 juli 2018 13:24  
**Aan:** 10.2.e - NFU'; 10.2.e@erasmusmc.nl'  
**Onderwerp:** Input David en 10.2.e diner 10 juli  
**Bijlagen:** Info diner met ziekenhuisbestuurders 20180710 - kopie.docx

Beste 10.2.e en David,

Hierbij het door ons voorgestelde programma van aanstaande dinsdag.  
Graag hoor ik of er van jullie nog op- of aanmerkingen zijn.

Mocht David voor hem zelf een rol zien; graag!  
Erik verzorgt inleiding, allicht kan / wil David een rol spelen als gespreksleider.

Mochten jullie een concrete casus hebben, aangaande dit onderwerp, dan ontvangen we die ook graag (kort, half A4).

Tot dan en dank jullie wel!

Met vriendelijke groet,

10.2.e



10.2.e | Beleidsmedewerker I-samenwerking in de zorg |  
Directie Informatiebeleid/CIO | Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport |  
Parnassusplein 5 | 2511 VX | Den Haag | Postbus 20350 | 2500 EJ | Den Haag |  
☎ 06-10.2.e | 4e verdieping |  
✉ 10.2.e@minvws.nl | [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl) |

10.2.e

**Van:** 10.2.e  
**Verzonden:** zondag 8 juli 2018 20:33  
**Aan:** 10.2.e; Roozendaal, R. (Ron); 10.2.e; 10.2.e@minvws.nl  
**Onderwerp:** FW: Diner  
**Bijlagen:** Accelerating Innovation in Health IT nejmp1606884.pdf

Beste allen,

Hierbij het artikel waar 10.2.e naar refereert in zijn casus.

Gr 10.2.e

Verzonden met BlackBerry Work  
(www.blackberry.com)

**Van:** 10.2.e <10.2.e@erasmusmc.nl>  
**Datum:** donderdag 05 jul. 2018 8:42 AM  
**Aan:** 10.2.e ) <10.2.e@minvws.nl>  
**Onderwerp:** Diner

10.2.e,

Indirect bereikte me de 2 vragen ter voorbereiding op het gesprek dinsdag. De beantwoording kan ik het beste doen aan de hand van bijgaand tamelijk recent artikel.

- Een innovatie moet je doen in nauwe samenspraak tussen gebruikers (zorgverleners en patiënten) en IT ontwikkelaars met een focus op ondersteuning van het zorgproces, en op uniforme data, niet op systemen.
- Dit betekent dus:
  - o Betrokkenheid van multidisciplinaire teams van "echte" gebruikers met een adequate evaluatie
  - o Focus op de behoefte van de gebruikers
  - o Herontwerp zorgprocessen met gebruikers en IT applicaties, niet aanpassing van de 1 aan de ander.
  - o IT ontwikkelaars kunnen de behoeften van de gebruikers beter ondersteunen wanneer ze innovatieve "speelruimte" hebben. Letterlijk en figuurlijk ruimte om klinische settings te simuleren.

Kind regards,

10.2.e

10.2.e

Dpt of Public Health

**Erasmus MC**  
 University Medical Center Rotterdam



P.O. Box 2040, 3000 CA Rotterdam, The Netherlands, internal postal address Na2401

Visiting address: office 10.2.e, Dr. Molewaterplein 40, 3015 GD Rotterdam, The Netherlands

Email 10.2.e@erasmusmc.nl | Telephone +31 10.2.e | Telephone +31 6 10.2.e

www.erasmusmc.nl



10.2.e

**Van:** 10.2.e  
**Verzonden:** maandag 9 juli 2018 12:48  
**Aan:** 10.2.e 10.2.e Roozendaal, R. (Ron)  
**Onderwerp:** Diner 10 juli  
**Bijlagen:** 1.2 Info Erik diner met ziekenhuisbestuurders 20180710 1,1 WR.docx

Beste allen,

Hierbij de meest recente indeling van morgen avond, met daarin:

- David verzorgt de inleiding (kan hiervoor tekst van Erik gebruiken)
- Erik begeleidt de bespreking van de casussen en oplossingen (wijze waarop vermeld in document)
- Annoteren door alle VWS betrokkenen, eventueel met flip-overs
- De casussen zijn verdeeld in drie categorieën
- Deze worden toegelicht door de inbrengers van de ziekenhuizen (zij worden door 10.2.e ingelicht)

Openstaande actiepunten:

1. 10.2.e stemt met David af dat hij inleiding verzorgt (hiervoor kan hij tekst voor Erik gebruiken)
2. 10.2.e stemt met Erik af (vandaag 13:15u)
3. 10.2.e mailt laatste versie naar Erik
4. 10.2.e licht per mail de inbrengers van casussen in; wanneer en hoe hun input gevraagd wordt (pitch en toelichting).
5. 10.2.e geeft indeling tafels etc. door aan DinerThuis
6. We horen via 10.2.e nog of Mark van Houdenhoven er toch wel bij is

Veel dank voor jullie hulp!

Met vriendelijke groet,

10.2.e



10.2.e | Beleidsmedewerker I-samenwerking in de zorg |  
 Directie Informatiebeleid/CIO | Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport |  
 Parnassusplein 5 | 2511 VX | Den Haag | Postbus 20350 | 2500 EJ | Den Haag |  
 ☎ 06-10.2.e | 4e verdieping |  
 ✉ 10.2.e@minvws.nl | [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl) |



Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

Secretaris Generaal / plv.  
Secretaris Generaal  
Directie Informatiebeleid /  
CIO  
Cluster Informatiebeleid

Bezoekadres:  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34

www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij  
10.2.e  
(Senior) Beleidsmedewerker  
10.2.e @minvws.nl

Datum  
26 juni 2018

Aantal pagina's  
13

# memo

## Diner met ziekenhuisbestuurders en CMIO / CIO

- Aanwezigen: 23 vertegenwoordigers ziekenhuizen (RVB, CMIO, CIO)  
(zie lijst als bijlage)  
+ Erik Gerritsen  
+ Ron Roozendaal (Directie Informatiebeleid)  
+ 10.2.e (Directie Informatiebeleid)
- Tijd: 18:00uur tot (uiterlijk) 22:00u (indeling programma tot 21.30u)  
Start programma rond 18:15uur
- Locatie: Diner Thuis; afgesloten ruimte; drie tafels  
Drie tafels, VWS verdeeld over de tafels; die bordjes al neerzetten.  
Tafelindeling ieder zelf laten bepalen bij binnenkomst.
- Praktisch: Naamkaartjes zetten aanwezig dus zelf op de tafels.  
10.2.e verder geen dieetwensen van  
anderen.

### Doel

In gesprek met bestuurders CMIO's en CIO's van gedachten wisselen over de vastlegging en uitwisseling van patiëntgegevens in de ziekenhuiszorg. Meer specifiek over de belangrijke rol die ICT-leveranciers binnen de ziekenhuiszorg spelen, wat de ontwikkelingen op dit terrein binnen de ziekenhuizen zijn en hoe ieder elkaars inspanningen kan versterken.

We (VWS en aanwezigen) willen leren van elkaars ervaringen. We komen tot actiepunten voor zowel ziekenhuizen, IT leveranciers en VWS.

Het programma geeft ruimte voor:

- Delen ervaringen middels use cases
  - Drie stuks (we ontvangen er nog 1 van 10.2.e)
  - Voorbeeld van macht leverancier, belemmering bij innovatie of juist positief voorbeeld
- Leren van elkaar, dus ruimte voor vragen
- Opstellen van gezamenlijk actieplan



**Secretaris Generaal / plv.  
Secretaris Generaal**  
Directie Informatiebeleid /  
CIO  
Cluster Informatiebeleid

**Datum**  
26 juni 2018

**Agenda en indeling**

**18:00uur**

Inloop

**18:15uur**

- |                               |            |       |
|-------------------------------|------------|-------|
| 1. Welkomstwoord en inleiding | Erik/David | 5 min |
|-------------------------------|------------|-------|

< 18:30u Gegrilde coquille Saint Jacques op zwarte risotto met saffraan saus  
Vegetarisch: Salade met venkel, noten, zongedroogde tomaten en zoete  
aardappel>

**18:30uur**

- |   |       |        |
|---|-------|--------|
| 2. Open bespreking van verwachtingen<br>'Gespreksleiding' door Erik en David<br>(zie tekst hieronder)<br>Doel is diverse mensen aan het woord te<br>laten en concrete voorbeelden te horen. | Allen | 15 min |
|---|-------|--------|

**18:45uur**

- |   |       |        |
|---|-------|--------|
| 3. Use cases bespreken (plenair)              | Allen | 60 min |
| a. Inleiding door Erik (zie tekst hieronder)  |       |        |
| b. Casussen ingedeeld in drie categorieën     |       |        |
| c. Casus inleiden door inbrenger              |       |        |
| d. Eerste reacties en doorvragen op casus     |       |        |
| e. Soort van intervisie                       |       |        |
| f. Mogelijke oplossingen met elkaar bespreken |       |        |

< 19:30u Zeeduivel met ratatouille van tomaat en venkel met Pastis  
Vegetarisch: Taart van Venkel en Tomaat>

**19:50**

Even korte pauze voor toilet, bellen etc. 10 min

**Secretaris Generaal / plv.  
Secretaris Generaal**  
Directie Informatiebeleid /  
CIO  
Cluster Informatiebeleid

**Datum**  
26 juni 2018

< 20:15u Gemarineerd rood fruit met sabayon en citroen roomijs>

**20:00uur**

- |                                     |      |        |
|-------------------------------------|------|--------|
| 4. Brainstorm mogelijke oplossingen | Erik | 30 min |
| Begeleiding door Erik               |      |        |

Eerst open vragen;  
daarna eventueel sturen op onderstaande punten;

- a. Plenair bespreken mogelijke oplossingen
- b. Welke instrumenten hebben we tot onze beschikking?
- c. Welke rollen zien we voor de betrokken partijen?
- d. Welke rol zouden bijvoorbeeld koepels hierbij kunnen spelen?
- e. Welke ondersteuning is hierbij nodig?
- f. Hoe kunnen we dit gesprek voeren met de leveranciers?

**20:30uur**

- |  |        |
|--|--------|
| 5. Maken van actielijst en verantwoordelijkheden | 15 min |
|--|--------|

Zo mogelijk houden 10.2.e acties bij op flipover, deze met elkaar onder leiding van Erik checken en aanvullen.

<Koffie en thee>

**20:45uur**

- |  |       |        |
|--|-------|--------|
| 6. Rondvraag   | Allen | 15 min |
| Zijn er nog vragen?  |       |        |
| Zijn er nog dingen niet gezegd die nog met elkaar gedeeld moeten worden? |       |        |

**21:00uur**

- |                               |      |        |
|-------------------------------|------|--------|
| 7. Afsluiting                 | Erik | 15 min |
| a. Hoe komen we hierop terug? |      |        |
| i. Vervolg overleggen         |      |        |
| ii. Overleg met leveranciers  |      |        |
| b. Opvolgen van actiepunten.  |      |        |
| c. vervolgstap                |      |        |

**Welkomstwoord door Erik**

- Welkom allemaal!
- Via de NFU en NVZ hebben jullie een uitnodiging ontvangen om hierbij te zijn.
- Vanavond gaan we met elkaar in gesprek over de vastlegging en uitwisseling van patiëntgegevens in de ziekenhuiszorg.
- We willen graag open met elkaar in gesprek, om van elkaar te leren, elkaar te kunnen versterken en te verkennen wat mogelijke oplossingen zijn.
- Via het Informatieberaad Zorg, koepels en ook zeker in de diverse ziekenhuizen wordt er ontstellend veel werk verricht om die gegevens uitwisseling beter te laten verlopen.
- Tijdens de HIMSS, waar enkelen van jullie ook aanwezig waren, hebben we hier nog meer doorbraken voor gerealiseerd.
- Een daarvan is het gezamenlijke doel van zowel FMS, NFU als NVZ; om in elk ziekenhuis een zogeheten Chief Medical Information Officer aan te stellen.
- De rol van die CMIO is een lastige; want je bent medisch leider, actief dokter, moet ook nog IT bewust zijn, bestuurlijk sterk. En dat allemaal in 1 FTE.
- Bovendien hebben CMIO's geen of weinig ondersteuning.
- Kortom; goed dat we in Sitges hebben bepaald de Chief Medical Information Officers te kunnen helpen.
- Hierbij roepen we nogmaals op, om een CMIO te benoemen en deze te betrekken bij implementatie en bij de outcome doelen.
- Vandaag horen we graag, van jullie, meer over ieders ervaringen met IT leveranciers, en meer specifiek over de uitwisseling van patiëntgegevens.
- Omdat we snel met jullie tot de kern willen komen, zullen we aan de hand van casussen werken tot mogelijke oplossingen en actiepunten.
- Erg veel dank aan degene die een casus hebben ingeleverd. Een drietal casussen zal worden behandeld, dus helaas niet alle.
- In de andere onderdelen van vanavond komt de inbreng van de anderen ook zeker aan bod.
- Wij zien dit diner als een begin en aan het einde van de avond bepalen we met elkaar onze vervolgstap. (als Mark van Houdenhoven er niet is: zoals jullie wel weten heeft Mark al aardig zijn nek uitgestoken, hij vindt het erg jammer vanavond niet aanwezig te kunnen zijn en wil zeker bij ons vervolg betrokken zijn.)

**Secretaris Generaal / plv.**  
**Secretaris Generaal**  
Directie Informatiebeleid /  
CIO  
Cluster Informatiebeleid

**Datum**  
26 juni 2018



**Inleiding bij bespreking casussen**

Secretaris Generaal / plv.  
Secretaris Generaal  
Directie Informatiebeleid /  
CIO  
Cluster Informatiebeleid

**Datum**  
26 juni 2018

- We hebben van vele van jullie casussen mogen ontvangen,
- heel erg veel dank daarvoor!
- Omwille van de tijd kunnen we niet alle casussen even uitgebreid behandelen.
- Toch hebben de casussen veel raakvlakken, die voor ieder van jullie hier herkenbaar zullen zijn, dus maak je geen zorgen.
- We hebben de casussen in drie groepen verdeeld.
- Aan het einde en pas na de pauze komen we tot oplossingen!
- Per onderwerp vragen we één of twee van jullie een casus toe te lichten.
- De drie onderwerpen die we als rode draad terug zien in de casussen:

**1. Koppelen en koppelbaar maken van systemen**

Er klinkt een oproep om de leveranciers te verplichten om hun systemen open te moeten stellen. Innovaties worden hierdoor tegengewerkt, terwijl er zo veel mooie en patiëntgerichte initiatieven zijn.

Laurentius (10.2.e) aan het woord laten

**2. Gegevens eenmalig registreren**

Doordat gegevens niet uitgewisseld kunnen worden tussen systemen, zijn de werkprocessen alles behalve optimaal. Moet er worden afgedwongen dat bijvoorbeeld ZIB's en BGZ worden gebruikt?

UMCG (10.2.e) aan het woord laten

**3. Krachten bundelen en gezamenlijk optrekken**

Een veel gehoorde opmerking is, dat de leveranciers zo veel macht hebben. Kunnen en moeten we in het veld dan niet ook die krachten bundelen? Samen kunnen beter en meer we eisen stellen.

LUMC (10.2.e) aan het woord laten

Tijdens discussie kan gevraagd worden naar:

- Wie herkent deze problemen?
- Wat komt hier nog meer bij kijken? Wat vergeten we nog?
- Heeft iemand hier oplossingen voor gezien?
- Afsluiting door Erik;
- We zitten hier om zaken wél mogelijk te maken.
- We moeten elkaar helpen om wel te gaan koppelen, inter-operabel te worden en open om te gaan met gegevens,

## Inbreng casussen

## 1. Koppelen en koppelbaar maken van systemen

Secretaris Generaal / plv.  
Secretaris Generaal  
Directie Informatiebeleid /  
CIO  
Cluster Informatiebeleid

Datum  
26 juni 2018

<b>Laurentius, 10.2.e</b>
Ziekenhuizen zien om het ziekenhuis heen veel innovatie en zeer goede patiëntgerichte apps. Echter is het zeer moeilijk deze te koppelen aan het EPD. ChipSoft geeft hier niet of nauwelijks mogelijkheden voor. Dit staat echte innovatie in de weg.
<b>UMCU, 10.2.e</b>
Oproep om leveranciers voor te schrijven dat ze verplicht hun epd systeem open moeten stellen voor interactie om zo innovatie binnen zorg door anderen te stimuleren

## 2. Gegevens eenmalig registreren

<b>MUMC, 10.2.e</b>
Er worden dagelijks vaak data handmatig overgetypt. Oproep is om IT leveranciers te verplichten om standaarden te gebruiken zodat gegevensuitwisseling geautomatiseerd kan plaatsvinden.
<b>UMCG, 10.2.e</b>
Zorginformatie wordt vastgelegd in epd's door zorgverleners. Ict leveranciers zouden er voor moeten zorgen dat de zorgverleners hun informatie volgens standaarden en intuïtief tijdens de workflow kunnen vastleggen. Oproep: Dit betekent dat de leveranciers de standaarden zoals zibs en de bgz altijd in hun producten moeten aanbieden. Daarnaast zou de vastgelegde zorginformatie zonder barrière gedeeld moeten kunnen worden in de zorgketen en met patiënten ongeacht onderliggend systeem.

## 3. Krachten bundelen en gezamenlijk optrekken

<b>ErasmusMC, 10.2.e</b>
We ontvangen nog een artikel van <sup>10.2.e</sup> , nog onduidelijk waar belemmering zit, meer oproep om innovatie te doen in nauwe samenspraak tussen gebruikers (zorgverleners en patiënten) en IT ontwikkelaars met een focus op ondersteuning van het zorgproces, en op uniforme data, niet op systemen.
<b>LUMC, 10.2.e</b>
<sup>10.2.e</sup> roept op om landelijke werkgroepen op thema's te maken en vanuit de zorg eisen aan de leveranciers te stellen (ipv andersom)

Nr.	Naam	Functie	Organisatie	Contact via	plv.
1	David Voetelink	RvB	ErasmusMC	Secretaris Generaal Directie Informatiebeleid / CIO	
2	Mirjam van Velthuizen	RvB	Umc utrecht	10.2.e @umcutrecht.nl	
3	10.2.e	10.2.e	Umc utrecht	10.2.e @umcutrecht.nl Datum 26 juni 2018	
4	10.2.e	10.2.e	Wilhelmina Kinderziekenhuis	10.2.e @umcutrecht.nl	
5	Cees Buren	Lid RvB	Radboud universitair medisch centrum	10.2.e @radboudumc.nl	
6	10.2.e	10.2.e	Radboud universitair medisch centrum	10.2.e @radboudumc.nl	
7	10.2.e	10.2.e	CMIO Erasmus MC	10.2.e@erasmusmc.nl	
8	10.2.e	10.2.e	Laurentius Ziekenhuis	10.2.e @lzt.nl	
9	10.2.e	10.2.e	UMCG	10.2.e @umcg.nl	
10	10.2.e	10.2.e	UMCG	10.2.e @umcg.nl	
11	Gerard Hoogvliet	Lid RvB	Merem	10.2.e @merem.nl	
12	Hans den Hollander	Voorzitter RvB	Tergooi	10.2.e @tergoot.nl	
13	10.2.e	10.2.e	tergoot	10.2.e @tergoot.nl	
14	10.2.e	10.2.e	Amsterdam umc	10.2.e@amc.nl	
15	10.2.e	10.2.e	Maastricht UMC	10.2.e @mumc.nl	
16	10.2.e	10.2.e	Maastricht UMC	10.2.e @mumc.nl	
17	10.2.e	10.2.e	LUMC	10.2.e @lumc.nl	
18	10.2.e	10.2.e	LUMC	10.2.e @lumc.nl	
19	10.2.e	10.2.e	LUMC	10.2.e@lumc.nl	
20	10.2.e	10.2.e	OLVG	10.2.e @olvg.nl	
21	10.2.e	10.2.e	Rivasgroep (o.a. Beatrix ziekenhuis)	10.2.e @rivas.nl	
22	Huib Wieleman	RvB	Reinier Haga Groep		
23	10.2.e	10.2.e	Haga Ziekenhuis		
24	Ron Roozendaal	Directie Informatiebeleid VWS	VWS		
25	10.2.e	Directie Informatiebeleid VWS	VWS		
26	Erik Gerritsen	Secretaris Generaal VWS	VWS		



Casus 1 – UMCU

Secretaris Generaal / plv.  
Secretaris Generaal  
Directie Informatiebeleid /  
CIO  
Cluster Informatiebeleid

Beste 10.2.e, hierbij een antwoord op de gestelde vraag :

Voorbeeld waar innovatie wordt geremd door leverancier :

Datum  
26 juni 2018

We hebben een AI oplossing gemaakt tijdens de hackathon vorig jaar, waarmee we vanuit het EPD voor de arts direct de beste suggestie doen voor de DOT, waarbij de arts (zeker als die in opleiding is) zo'n 2 tot soms wel 9 minuten kan besparen tijdens het consult. Het terugschrijven naar Hix staat Chipsoft echter niet toe, dus we hebben een work-around moeten maken om het werkbaar te krijgen.

Mogelijkheid tot oplossen

Wij hebben al diverse malen bij Chipsoft aangegeven dat ze hun systeem meer open moeten maken dmv API's. Het zou helpen als het ministerie, net zoals dat bv bij banken is gebeurd via PSD2, de leveranciers zou voorschrijven dat ze verplicht zijn hun EPD systeem open te stellen voor interactie om zo innovatie binnen de zorg door kleine, healthtech bedrijven en door anderen te stimuleren.

Andere voorbeelden

Koppelen van meters aan Hix, zodat verpleegkundigen niets hoeven over te kloppen (verminderen registratielast), apps waarmee patiënten zichzelf monitoren die alleen via moeilijke en dure Zorgplatform interface kan worden ontsloten

Met vriendelijke groet,

10.2.e



10.2.e

Universitair Medisch Centrum Utrecht | Kamernummer Matthias van Geunsgebouw 10.2.e |  
Huispostnummer FAC 10.2.e | Postbus 85500 | 3508 GA UTRECHT  
T: +31 88 10.2.e | M: +31 6 10.2.e | [www.umcutrecht.nl](http://www.umcutrecht.nl)

Casus 2 – ErasmusMC

10.2.e

ter voorbereiding op het gesprek dinsdag.

De beantwoording kan ik het beste doen aan de hand van bijgaand tamelijk recent artikel.

- Een innovatie moet je doen in nauwe samenspraak tussen gebruikers (zorgverleners en patiënten) en IT ontwikkelaars met een focus op ondersteuning van het zorgproces, en op uniforme data, niet op systemen.
- Dit betekent dus:
  - Betrokkenheid van multidisciplinaire teams van “echte” gebruikers met een adequate evaluatie
  - Focus op de behoefte van de gebruikers
  - Herontwerp zorgprocessen met gebruikers en IT applicaties, niet aanpassing van de 1 aan de ander.
  - IT ontwikkelaars kunnen de behoeften van de gebruikers beter ondersteunen wanneer ze innovatieve “speelruimte” hebben. Letterlijk en figuurlijk ruimte om klinische settings te simuleren.

10.2.e

Dpt of Public Health



P.O. Box 2040, 3000 CA Rotterdam, The Netherlands, internal postal address Na2401

Visiting address: office 10.2.e, Dr.Molewaterplein 40, 3015 GD Rotterdam, The Netherlands

Email 10.2.e@erasmusmc.nl | Telephone +31 10.2.e | Telephone +31 6 10.2.e

[www.erasmusmc.nl](http://www.erasmusmc.nl)



Secretaris Generaal / plv.  
Secretaris Generaal  
Directie Informatiebeleid /  
CIO  
Cluster Informatiebeleid

Datum  
26 juni 2018

## Casus 3 – LUMC 10.2.e

Secretaris Generaal / plv.  
Secretaris Generaal  
Directie Informatiebeleid /  
CIO  
Cluster Informatiebeleid

**Hoe wordt innovatievermogen huidige grote software leveranciers ervaren?**

- Over het algemeen is CS betrokken en geïnteresseerd in innovatie. Maar kiest het specifiek de ziekenhuizen uit waarmee dat wordt gedaan. Niet gekoppeld aan wat 'de zorg' belangrijk vindt, maar wat CS belangrijk vindt. En soms spoort dat wel, maar vaak niet. Potentiële concurrenten worden zoveel mogelijk buitengesloten, aansluiting onmogelijk gemaakt.
- Houding van Chipsoft met betrekking tot integratie van andere systemen is zeer moeizaam

**Datum**  
26 juni 2018

**Hoe wordt samenwerking aan de gebruikerskant ervaren, binnen bv gebruikersgroepen?**

- Bij innovatie met het eigen (LUMC) ziekenhuis is samenwerking met Chipsoft goed. Intern moet wel georganiseerd worden dat het samen met de zorgverleners wordt ingezet.
- Chipsoft heeft gebruikersgroepen op diverse thema's die gericht zijn op standaard content. Niet standaard content huizen (zoals LUMC) worden daar bijna expliciet geweerd, en is geen input mogelijk maar worden ook consequenties van wijzigingen voor ons niet meegewogen. Dit levert potentieel gevaarlijke situaties op – recent medicatie-toediening.

**Welke barrières in de (functionaliteit of opzet) systemen belemmeren het halen van de outcome-doelen van het informatieberaad?**

- Chipsoft EPD is een set van losse (los gekoppelde) dossiers en niet opgezet om de outcome-doelen te ondersteunen. Dat doet het ook niet. Maar ook de outcome-doelen zijn niet opgezet met in gedachte hoe de huidige EPD's functioneren. En de structuur van EPD's (van losse dossiers naar een geïntegreerd beeld op patiëntniveau) is niet eenvoudig te wijzigen.

**Waar zijn jullie tevreden mee ?**

- Stiptheid. Een afgegeven planning wordt bijna altijd waargemaakt.

**Wat moeten we morgen doen om wat te veranderen?**

- Landelijke werkgroepen op thema's – onafhankelijk van leveranciers – die vanuit de zorg eisen aan de leveranciers gaan stellen i.p.v. andersom
- De achterliggende (patiënt) database moet verplicht opengesteld worden en transparant beschreven koppelvlakken hebben.
- (onafhankelijke) Controle op regelgeving en gestelde eisen, zodat een leverancier niet vrijuit gaat bij onvolledige informatieverstrekking aan klanten, bij uitstel van de gevraagde certificering of bij bewust laten zitten van fouten (op punt patiëntveiligheid). Dus actiever en eerder inzetten van instrumenten als het zorginstituut (om af te kunnen dwingen).
- Opstellen van een toetsbare gedragscode voor leveranciers, met consequenties bij non-compliance
- Evaluatie van de besteding van (bijv.) de VIPP-subsidies, om te voorkomen dat leveranciers bij subsidieregelingen een onevenredig groot en irreëel deel claimen.



## Casus 4 – MUMC

Naar aanleiding van onderstaande kunnen wij u alvast van de volgende informatie voorzien.

**Secretaris Generaal / plv.  
Secretaris Generaal**  
Directie Informatiebeleid /  
CIO  
Cluster Informatiebeleid

Belangrijke ICT leveranciers in het MUMC+ in het kader van patiëntengegevens zijn SAP en Cerner. Echter, aangezien wij nog niet over een geïntegreerd EPD beschikken worden patiëntgegevens ook in diverse andere EPD's (van diverse andere leveranciers) opgeslagen. Daarnaast gaat het ook nog om leveranciers van diagnostische en therapeutische randapparatuur. Dagelijks worden er veel verschillende systemen gebruikt en dienen daarvan vaker data handmatig te worden overgetypt in het EPD.

**Datum**  
26 juni 2018

Een belangrijke stap vooruit zou zijn als (bovengenoemde) IT leveranciers verplicht zouden worden om standaarden te gebruiken zodat gegevensuitwisseling geautomatiseerd kan plaatsvinden.

Daarnaast zijn wij als MUMC+ – in het kader van vastleggen van gegevens - druk doende met registratie aan de bron (implementatie van ZorgInnovatieBouwstenen) en de registratie van de BasisGegevensset Zorg.

Mede namens 10.2.e

Met vriendelijke groet,

Namens Maastricht UMC+:

10.2.e

Stafdirectoraat Medische Instrumentatie en Informatie Technologie (MIT)  
Bezoekadres: P. Debyelaan 25 | 6229 HX Maastricht  
Locatie: 10.2.e  
Postadres: Postbus 5800 | 6202 AZ Maastricht  
Maastricht UMC+ is een handelsnaam van azM, KvK-nr.:14124959

E 10.2.e @mumc.nl | T +31(0)43 10.2.e M +31(0)6-10.2.e  
I [www.mumc.nl](http://www.mumc.nl) | [www.gezondidee.mumc.nl](http://www.gezondidee.mumc.nl)  
Volg ons op [twitter](#), [facebook](#) en [linkedin](#)

Casus 5 – UMCG

Een reactie vanuit UMCG:

Veel van de zorginnovaties betreffen ontwikkelingen met gebruik van zorginformatie. Zorginformatie is alleen dan bruikbaar voor innovatie als die informatie eenduidig en herbruikbaar is. Zorginformatie wordt vastgelegd in epd's door zorgverleners. Ict leveranciers zouden er voor moeten zorgen dat de zorgverleners hun informatie volgens standaarden en intuïtief tijdens de workflow kunnen vastleggen. Dit betekent dat de leveranciers de standaarden zoals zibs en de bgz altijd in hun producten moeten aanbieden. Daarnaast zou de vastgelegde zorginformatie zonder barrière gedeeld moeten kunnen worden in de zorgketen en met patiënten ongeacht onderliggend systeem. Omdat er twee dominante EPD-leveranciers voor de UMC's zijn, nl EPIC en Chipsoft (goed gespeld?), is er sprake van een onvolkomen markt (relatief veel macht bij 2 leveranciers). Daarom is extra regulering noodzakelijk. Die regulering is met name noodzakelijk voor de standaarden, zoals ZIB's, die leveranciers in hun pakket moeten toepassen. Extra regelgeving op dit punt versnelt de toepassing van standaarden aanzienlijk en maakt het mogelijk ook goedkoper (want in 1x in het pakket geïmplementeerd voor alle afnemers).

Er zou gebruik gemaakt kunnen worden van certificeren van dergelijke producten om de leveranciers te stimuleren hiertoe over te gaan

Met vriendelijke groeten,

10.2.e (UMCG)

Mede namens 10.2.e (UMCG)

**Secretaris Generaal / plv.  
Secretaris Generaal**  
Directie Informatiebeleid /  
CIO  
Cluster Informatiebeleid

**Datum**  
26 juni 2018

Casus 6 – Laurentius

Secretaris Generaal / plv.  
 Secretaris Generaal  
 Directie Informatiebeleid /  
 CIO  
 Cluster Informatiebeleid

Datum  
 26 juni 2018

### Beschrijving problematiek uitwisseling van patiëntgegevens met patiënten

Er is een toenemende behoefte aan uitwisseling van informatie tussen de patiënt en het ziekenhuis, waarbij voldaan moet worden aan Zorginformatiebouwstenen (ZIB's) en de richtlijnen die opgenomen zijn in het VIPP programma. Het ontwikkelen van een portaal is voor ons de aangewezen weg om de patiënt de gegevens zelf te laten registreren (digitaal consult) of gegevens vanuit zijn Persoonlijke Gezondheidsomgeving (PGO) in te lezen. Andersom zal de patiënt gegevens uit zijn dossier digitaal moeten kunnen ontvangen dan wel moeten kunnen inlezen in zijn eigen Persoonlijke Gezondheidsomgeving (PGO).

Een belangrijke nieuwe ontwikkeling is de veelheid aan nieuwe App's die in dit proces van informatie uitwisseling een prominente rol innemen. Deze worden door veel verschillende leveranciers aangeboden maar de koppelbaarheid aan het EPD van het ziekenhuis is vaak een probleem. De gegevens moeten echter vanuit deze app's doorgestuurd kunnen worden naar het PGO van de patiënt en/of het EPD van het ziekenhuis.

### Rol van de leveranciers bij innovatie

Leverancier van App's zijn zeer innovatief en in staat om patiëntvriendelijke app's te ontwikkelen bv IBD coach van sananet

### Beschrijving problematiek uitwisseling van patiëntgegevens tussen zorgverleners

Veilige informatie-uitwisseling tussen zorgverleners is uit oogpunt van multidisciplinaire samenwerking in de keten steeds belangrijker. Op dit moment vindt dat zeer gefragmenteerd plaats en laat de interoperabiliteit van informatie en systemen te wensen over. We maken op dit moment gebruik van zorgdomein, veilige mail en Evocs voor het sturen van informatie naar andere zorgverleners (push) en LSP, XDS en zorgverlenersportaal om zorgverleners de gelegenheid te bieden zelf informatie op te halen (pull). Ook in dit domein is er een toename van App's die in dit proces van informatie uitwisseling een vereenvoudiging mogelijk maken ware het niet dat de koppelbaarheid met ons EPD nog niet tot de mogelijkheden behoort met als gevolg overtypen van gegevens en dus een verzwaring van de registratielast.

### Rol van de leveranciers bij innovatie

De informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist kan met de Beterdichtbij app of de zorgdomein patiëntenoverleg app een innovatieve impuls krijgen. Voor de informatie uitwisseling tussen ziekenhuizen heeft onze leverancier Chipsoft een nieuwe module ontwikkeld CS-zorgplatform waarmee het mogelijk wordt informatie uit een ander ziekenhuis conform de ZIB's op te halen.

### Visie Laurentius Ziekenhuis

Zoveel mogelijk gebruik maken van de innovatiekracht van de diverse leveranciers waarbij met name Chipsoft voor ons de belangrijkste speler is. Het is van groot belang dat met name deze leverancier op alle koppelvlakken een innovatieslag maakt en de interoperabiliteit tussen de vele systemen en applicaties mogelijk maakt.

Tot morgen

10.2.e | T 0475 10.2.e | M 06 10.2.e | E

10.2.e @lzt.nl |

Aanwezig op maandag t/m donderdag van 7:30 – 16:30 en vrijdag tot 12:30



Nr.	Naam	Functie
1	David Voetelink	RvB
2	Mirjam van Velthuisen	RvB
10.2.e		
5	Cees Buren	Lid RvB
10.2.e		
11	Gerard Hoogvliet	Lid RvB
12	Hans den Hollander	Voorzitter RvB
10.2.e		
20	Huib Wieleman	RvB
21	Ron Roozendaal	Directie Informatiebeleid VWS
10.2.e		Directie Informatiebeleid VWS
23	Erik Gerritsen	Secretaris Generaal VWS
10.2.e		Directie Informatiebeleid VWS
10.2.e		Directie Informatiebeleid VWS
26	Mark Janssen	RvB
27	Marjolein Tasche	voorzitter RvB
10.2.e		
	Mark van Houdenhoven	voorzitter RvB
	Vincent Buitendijk	RvB

Organisatie	Contact via	Epd leverancier
Erasmus	10.2.e @erasmusmc.nl	Chipsoft
Umc utrecht	10.2.e @umcutrecht.nl	Chipsoft
Umc utrecht	10.2.e @umcutrecht.nl	Chipsoft
Wilhelmina Kinderziekenhuis	10.2.e @umcutrecht.nl	Chipsoft
Radboud universitair medisch centrum	10.2.e @radboudumc.nl	Epic
Radboud universitair medisch centrum	10.2.e @radboudumc.nl	Epic
CMIO Erasmus MC	10.2.e @erasmusmc.nl	Chipsoft
Laurentius Ziekenhuis	10.2.e @lzt.nl	Chipsoft
UMCG	10.2.e @umcg.nl	Epic
UMCG	10.2.e @umcg.nl	Epic
Merem	10.2.e @merem.nl	-
Tergooi	10.2.e @tergooi.nl	Chipsoft
tergooi	10.2.e @tergooi.nl	Chipsoft
Maastricht UMC	10.2.e @mumc.nl	Cerner/SAP
LUMC	10.2.e @lumc.nl	Chipsoft
LUMC	10.2.e @lumc.nl	Chipsoft
LUMC	10.2.e @lumc.nl	Chipsoft
OLVG	10.2.e @olvg.nl	Epic
Rivasgroep (o.a. Beatrix ziekenhuis)	10.2.e @rivas.nl	Chipsoft
Reinier Haga Groep	10.2.e @rdgg.nl	Chipsoft
VWS	10.2.e @minvws.nl	-
VWS	10.2.e @minvws.nl	-
VWS	10.2.e @minvws.nl	-
VWS	10.2.e @minvws.nl	-
VWS	10.2.e @minvws.nl	-
Franciscus Gasthuis & Vlietland	raadvanbestuur@franciscus.nl	Chipsoft
Franciscus Gasthuis & Vlietland	raadvanbestuur@franciscus.nl	Chipsoft
Amsterdam UMC	10.2.e @amc.nl	Epic
MUMC	10.2.e @mumc.nl	Cerner/SAP
Sint Maartenskliniek	10.2.e @maartenskliniek.nl	Chipsoft
Libra	10.2.e @libranet.nl	

Persoonlijke mail

10.2.e @erasmusmc.nl

10.2.e @umcutrecht.nl

10.2.e @umcutrecht.nl

10.2.e @umcutrecht.nl

10.2.e @radboudumc.nl

10.2.e @radboudumc.nl

10.2.e @erasmusmc.nl

10.2.e @lze.nl

10.2.e @umcg.nl

10.2.e @umcg.nl

10.2.e @merem.nl

10.2.e @tergooi.nl

10.2.e @tergooi.nl

10.2.e @mumc.nl

10.2.e @lumc.nl

10.2.e @lumc.nl

10.2.e @lumc.nl

10.2.e @olv.nl

10.2.e @rivas.nl

10.2.e @rdgg.nl

10.2.e @minvws.nl

10.2.e @minvws.nl

10.2.e @minvws.nl

10.2.e @minvws.nl

10.2.e @minvws.nl

raadvanbestuur@franciscus.nl

raadvanbestuur@franciscus.nl

10.2.e @amc.uva.nl

10.2.e @mumc.nl

10.2.e @maartenskliniek.nl

10.2.e @libranet.nl

10.2.e

**Van:** 10.2.e  
**Verzonden:** vrijdag 26 oktober 2018 13:43  
**Aan:** Boer, F. (DKP); Vincent Buitendijk (10.2.e@libranet.nl);  
 10.2.e@radboudumc.nl; 10.2.e (ICT); 10.2.e  
 10.2.e@vumc.nl; 10.2.e@umcutrecht.nl; 10.2.e  
 10.2.e@umcutrecht.nl; 10.2.e@erasmusmc.nl; 10.2.e@lumc.nl;  
 10.2.e@rdgg.nl  
**CC:** prio@minvws.nl; 10.2.e  
 Roozendaal, R. (Ron)  
**Onderwerp:** Stukken t.b.v. 30 oktober; diner ziekenhuisbestuurders  
**Bijlagen:** diner leden RvB ziekenhuizen CIO's en CMIO's10juli2018.pdf; DEF algemene  
 annotatie diner ziekenhuisbestuurder 20181030.docx; Werkgroep 1 - 170314\_339455\_bijlage 1\_Notitie instellen tijdelijke data raad v 9 februari 2017.docx; Werkgroep 1 -Regie op implementatie v0.4 concept.docx; Werkgroep 2 en 3 - 20180914 Voorloper IB beelduitwisseling.pdf; Werkgroep 2 en 3 - Agendapunt 6. 20180920 Pitch TWIN Aczie - v2.pdf; Werkgroep 2 en 3 - Indiening IHE model-implementatie beelduitwisseling.pdf; Werkgroep 2 en 3 - Inleiding.docx; Werkgroep 2 en 3 - Kaders - Advies uitwisselingsstandaarden VWS.pptx; Werkgroep 4 - Stip op de horizon definitief.docx; Werkgroep 5 - Advies alternatief VWS.pptx; Werkgroep 6 - Data.pptx

Beste allen,

Goed dat we elkaar aanstaande dinsdag weer treffen!

We zien u graag om uiterlijk 18:00u tegemoet bij Diner Thuis te Den Haag (<https://goo.gl/maps/4qKPtdJ8KXG2>).  
 Parkeren dient, evenals de vorige keer, te gebeuren in de wijk.

Hierbij de stukken ter voorbereiding, met daarbij het verzoek om deze door te nemen, zodat we dinsdag snel verder kunnen.

Oproep aan de (vertegenwoordigers van de) werkgroepen:

- Stel tijdens de korte introductie van jullie thema, wat je van de aanwezigen dinsdag wilt weten!
- Welke besluiten, initiatieven en invloed willen we bereiken?!

Eventuele dieetwensen ontvangen we graag.

Tot dinsdag!

Met vriendelijke groet,

10.2.e



10.2.e | Senior Beleidsmedewerker I-samenwerking in de zorg |  
 Directie Informatiebeleid/CIO | Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport |  
 Parnassusplein 5 | 2511 VX | Den Haag | Postbus 20350 | 2500 EJ | Den Haag |  
 ☎ 06-10.2.e | 4e verdieping |  
 ✉ 10.2.e@minvws.nl | [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl) |



## **Diner leden RvB, CIO's en CMIO's ziekenhuizen op 10 juli 2018**

*Kort verslag met vervolgacties en data*

### **Bedoeling diner**

In gesprek met leden RvB, CMIO's en CIO's is van gedachten gewisseld over de vastlegging en uitwisseling van patiëntgegevens in de ziekenhuiszorg. Meer specifiek ging het gesprek over de belangrijke rol die ICT-leveranciers binnen de ziekenhuiszorg spelen, wat de ontwikkelingen op dit terrein zijn binnen de ziekenhuizen en hoe ieder elkaars inspanningen kan versterken.

De passie en betrokkenheid van alle aanwezigen is duidelijk merkbaar tijdens het diner. Maar is het '5 voor 12' of al '5 over 12'? Een ding is helder: alle aanwezigen willen zich inzetten voor (gezamenlijk) opdrachtgeverschap naar EPD leveranciers.

### **Voorstellen en verwachtingen deelnemers diner**

Na een voorstelronde van alle aanwezigen en hun verwachtingen van de avond is ook gelijk duidelijk dat leveranciers hard nodig zijn. Iedereen ziet daarvan het belang: als we niet zwaar innoveren dan is de zorg over een paar jaar onbetaalbaar geworden. Daarnaast onthouden we dan patiënten goede zorg. Dat lukt alleen als we de infrastructuur niet op orde hebben. Tot slot: hoe zorgen we ervoor dat de burger/patiënt optimaal regie kan houden?

Overige opmerkingen zijn:

- Maak ook een connectie met het programma Regeldruk
- Samenwerking in regio's is belangrijk. Het is van belang dat uitwisseling van gegevens goed tot stand komt.
- Echt met elkaar een stap zetten om de patiënt regie over eigen data te laten hebben. Dan is ook af en toe een zetje van VWS nodig. Er moet een meer integrale aanpak komen.
- We hopen dat alle organisaties in de zorg zich gaan richten op een gezamenlijke aanpak voor de patiënt.
- Zou het mogelijk en verstandig zijn een Health (zorg)platform in NL te realiseren?
- Dit staat of valt met Registratie aan de Bron en de noodzaak om dit soort standaarden in de toekomst te gaan omarmen.
- Denk aan medicatie. Er ontstaat heel veel onveiligheid als medicatiegegevens van patiënten niet kloppen. Veilige zorg kunnen we bereiken door de rug recht te houden en te reguleren.
- Iets meer afdwingen wat moet worden geleverd door leveranciers
- Ambitie om systemen los te koppelen. Vanavond een begin maken met transitie om leveranciers mee te nemen zodat wij in regie komen.
- Bij het vastleggen van zorginformatie en het uitwisselen graag de basis goed kunnen leveren aan patiënten. Met elkaar een uniform appél doen richting de leveranciers om een EPD weer een EPD te maken.

### **Via casussen werken naar actiepunten**

Om snel met elkaar tot de kern te komen is er aan de hand van ingediende casussen gewerkt aan mogelijke oplossingen en actiepunten.

De drie onderwerpen die als rode draad terug te zien zijn in de casussen, zijn:

1. Koppelen en koppelbaar maken van systemen
2. Gegevens eenmalig registreren
3. Krachten bundelen en gezamenlijk optrekken

#### *Koppelen en koppelbaar maken van systemen*

Er klinkt een oproep om de leveranciers te verplichten om hun systemen open te moeten stellen. Innovaties worden anders tegengewerkt, terwijl er zo veel mooie en patiëntgerichte initiatieven zijn.

#### *Gegevens eenmalig registreren*

Doordat gegevens niet uitgewisseld kunnen worden tussen systemen, zijn de werkprocessen alles behalve optimaal. Moet er worden afgedwongen dat bijvoorbeeld ZIB's en BGZ worden gebruikt? En als we in de zorg één taal spreken, kunnen we 'torens van babel' bouwen tot aan de hemel.

### *Krachten bundelen en gezamenlijk optrekken*

Een veel gehoorde opmerking is, dat de leveranciers veel macht hebben. Kunnen en moeten we in het veld dan niet ook onze krachten bundelen? Samen kunnen we beter, eenduidiger en meer eisen stellen. Het is van belang om prioritering aan te brengen in onze wensenlijst aan de leveranciers. En wat te denken van een 'eigen implementatie' bijvoorbeeld met Apple? Als we echt een signaal af willen geven...

Er is nu helaas geen alternatief. Velen zijn blij als zij samen met VWS de leveranciers kunnen uitnodigen om te zeggen: 'jullie moeten dit zo implementeren'.

### **Reminders voor iedereen**

- Maak zo nodig gebruik van de SG, Erik Gerritsen, om hem als 'boeman' in te zetten om zaken te versnellen of op te schalen.
- En als het echt nodig is, is er mogelijkheid om wetgeving in te zetten. Hierbij wel van belang om de afweging van '5 voor 12' te maken omdat dit een langdurig traject is en dan met elkaar beslissen dat een en ander nu moet gebeuren.
- En kunnen we niet ook eisen stellen aan de manier van openstellen van ICT-systemen in de zorg? Bijvoorbeeld door verplichting van API's (zie bijvoorbeeld <http://argonautwiki.hl7.org/>)

### **Contouren oplossing**

Als vertrekpunt stemt iedereen in met de boodschap van 10.2.e dat we zouden moeten komen tot 'de X geboden voor informatievoorziening in de zorg'. We gaan na de zomer een afgestemde inhoudelijke visie en daaruit voortvloeiende geboden formuleren waar iedereen in het zorgveld (en dus ook de leveranciers) zich aan gaan houden.

Het gaat hier om geboden voor de informatievoorziening in de zorg in brede zin (afspraken over zowel inhoud en vorm van de informatie als de informatiedragers). Dat doet een inclusief appèl op zowel het veld als de leveranciers en creëert een sterker gevoel van gezamenlijkheid. Met alleen een aanpassing van de leveranciers zijn we er namelijk nog niet concluderen we.

### **Vervolgacties**

De oproep van de SG, Erik Gerritsen, is om vooral 'groot te blijven denken en kleine stapjes met elkaar te zetten. Een olifant eet je immers ook niet in een keer.'

We hebben een contour van de next-step: we nodigen alle grote leveranciers uit en de ziekenhuizen uit dan hun verwachtingen en wensen.

Uit te werken thema's:

1. **Registratiestandaarden**  
Komen tot lijst van gereed zijnde registratiebouwstenen (inhoudelijke, semantische standaarden) ZIB's BGZ, en bv gebruik van snomed,  
door werkgroep:  
10.2.e
2. **Interoperabiliteit; API's**  
Technische voorwaarden voor een open systeem creëren (de stekkers, komen tot lijst van api's)  
door werkgroep:  
10.2.e en CIO platform.
3. **Uitwisselingsstandaarden**  
Komen tot lijst van uitwisselingsstandaarden  
door werkgroep:  
10.2.e
4. **Stip op de horizon**  
Transformatie naar een daadwerkelijk EPD, dus patiënt gecentreerd vastleggen ipv discipline georiënteerd.  
door werkgroep:  
10.2.e



5. **Alternatief**

Op zoek naar een alternatief voor bestaande systemen door werkgroep:

10.2.e

6. **Platform voor uitwisseling**

Onderzoeken DHD (Dutch Hospital Data) als platform voor gestandaardiseerde uitwisseling als "laag" over systemen door werkgroep

10.2.e

Met 10.2.e is afgesproken dat zij een opzet maakt voor een visie en de hieruit voortvloeiende geboden nadat zij zich heeft laten voeden door de output van alle werkgroepen inclusief 'haar eigen' deel 4. Als we helder verwoorden wat de noden van 'de zorg van nu' en 'stip op de horizon' zijn, moeten de geboden daar in principe 'vanzelfsprekend' uit voortvloeien. Zo komen we dan tot een mooi 'rond verhaal' op basis waarvan we in oktober het gesprek met de leveranciers aan kunnen gaan.

De werkgroepen werken deze thema's in maximaal twee A4 uit en mailen dit begin oktober aan de postbus: [informatieberaadzorg@minvws.nl](mailto:informatieberaadzorg@minvws.nl), uiterlijk 5 oktober.

**Actie werkgroepen:**

**uiterlijk 5 oktober twee A4 mailen aan postbus: [informatieberaadzorg@minvws.nl](mailto:informatieberaadzorg@minvws.nl)**

Op basis van de informatie uit de werkgroepen maakt 10.2.e de X geboden. In de week van 15 oktober ontvangen jullie alle informatie over de themagroepen en deze geboden voor het overleg van 30 oktober.

**Vervolgafspraken:**

We spreken af dat we elkaar in het najaar weer zien. De werkgroepen hebben dan hun twee A4's ingeleverd, iedereen heeft deze ontvangen en dan bespreken we die met elkaar door voordat we met de drie grote leveranciers afspreken.

1. Op de vervolgbijeenkomst bespreken we de voorstellen van de werkgroepen met elkaar dit wordt:

**30 oktober van 18uur tot circa 21.30 net als op 10 juli weer bij Diner Thuis, Raamweg 18 in Den Haag.**

Op 30 oktober bereiden we met elkaar de bijeenkomst met de leveranciers voor.

2. Bijeenkomst waar we ook de drie grootste leveranciers bij uitnodigen dit wordt op:

**26 november vanaf 16.30 uur bij het ministerie van VWS met een buffet Ministerie VWS, Parnassusplein 5, Den Haag. Zorg ervoor dat je, je kunt legitimeren met rijbewijs of paspoort.**

Wij kijken terug op een constructieve avond, wensen jullie veel succes met het uitwerken van de thema's en zien jullie in ieder geval graag op 30 oktober!

Voor nu een fijne zomer!

Vriendelijke groeten,

David Voetelink en Erik Gerritsen



Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

**Secretaris Generaal / p.v.**  
**Secretaris Generaal**  
Directie Informatiebeleid /  
CIO

**Bezoekadres:**  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34

[www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl)

**Inlichtingen bij**  
**10.2.e**  
(Senior) Beleidsmedewerker  
**10.2.e** @minvws.nl

**Datum**  
30 oktober 2018

**Aantal pagina's**  
9

# memo

## **Diner met ziekenhuisbestuurders en CMIO / CIO**

**Aanwezigen:** 17 vertegenwoordigers ziekenhuizen (RVB, CMIO, CIO)  
(zie aanwezigheidslijst als bijlage)  
+ Erik Gerritsen  
+ Ron Roozendaal (Directie Informatiebeleid)  
+ 10.2.e (Directie Informatiebeleid)  
+ 10.2.e (Directie Informatiebeleid)  
+ 10.2.e (Directie Informatiebeleid)

**Tijd:** 30 oktober 2018 van 18:00u tot (uiterlijk) 21:30u  
Start programma rond 18:05u

**Locatie:** Diner Thuis;

**Praktisch:** Er wordt gezorgd voor naamkaartjes op de tafels met indeling.  
Dieetwensen ontvangen we graag.

Deze annotatie bevat:

- Aanleiding en doel van deze bijeenkomst
- Agenda en indeling van de avond
- Input vanuit de werkgroepen
- Voorstel voor een welkomstwoord

Bijgaande stukken:

- Stukken van alle werkgroepen
- Aanwezigheidslijst
- Een verslag van de vorige bijeenkomst

**Aanleiding en doel van deze bijeenkomst**

Op 10 juli jl. hebben we in vrijwel dezelfde samenstelling (helaas zijn er ditmaal enkele Bestuurders afwezig) gesproken over hoe te komen tot betere gegevensuitwisseling en de macht van EPD leveranciers hierbij. De oproep na deze vorige keer was; 'groot te blijven denken en kleine stapjes met elkaar te zetten. Een olifant eet je immers ook niet in een keer.'

**Secretaris Generaal / plv.  
Secretaris Generaal**  
Directie Informatiebeleid /  
CIO

**Datum**  
30 oktober 2018

Op dinsdag 30 oktober gaan we weer in gesprek met Bestuurders CMIO's en CIO's. We bouwen voort op de zes werkgroepen die we de vorige keer hebben gevormd. De vertegenwoordigers hiervan zullen hun bevindingen delen, waarna we zo snel mogelijk verder gaan met het scherp krijgen hiervan en concrete ambitieuze nieuwe doelen stellen. Het diner op 30 oktober dient zo ter voorbereiding op 26 november; wanneer we met de ziekenhuisbestuurders én de EPD leveranciers een bijeenkomst hebben bij VWS.

Het programma geeft ruimte voor:

- Delen voortgang werkgroepen (kort!).
- Scherp krijgen van deze voortgang, gewenste nieuwe stappen en roadmap.
- Opstellen van gezamenlijke lijn naar de EPD leveranciers op 26 november.
  - Gezamenlijk een format bepalen voor de 26<sup>e</sup> nov.
  - Bestuurders van Cerner, Nexus, Chipsoft en Epic zullen er bij zijn.

**Agenda en indeling**

Hieronder de voorgestelde agenda.  
Evenals de vorige keer is er veel te bespreken.

Secretaris Generaal / plv.  
Secretaris Generaal  
Directie Informatiebeleid /  
CIO

Tijd	Wat	Wie	Toelichting	Datum
18:00-18:10	Inloop	Allen	-	30 oktober 2018
18:10-18:15	Inleiding	Erik	Aanleiding Doel van vandaag	
18:15-18:30	Regie VWS	Ron	Toelichting op uitspraken Bruins en oproep tot regie VWS	
18:30	<i>Voorgerecht</i>			
18:30-19:00	Werkgroepen	Allen	Korte pitch per groep. 5 x 5 minuten (per groep). Wat was ook alweer het doel? Hoe zijn jullie aan de slag gegaan? Wat is nu de status?  Door vertegenwoordiger(s): 1. 10.2.e 2. 10.2.e 3. (samengevoegd met groep 2) 4. 10.2.e 5. 10.2.e 6. 10.2.e	
19:00-19:30	Hoe willen we de leveranciers op 26 nov bevragen en tegemoet treden?  Samen bespreken en scherper maken.	David en Vincent	Analyse en bevragen: - Wat vragen we dan aan de leverancier? - Staan we hier allemaal achter? - Wat levert het op?  - Wat willen we met de aanwezigen vandaag bereiken? - Wat vinden aanwezigen van voortgang en wat mist er? - Welke knelpunten zien we hierbij? - Wat mist er nog? - Wie doet wat? - Kritische gespreksleiding. - Flip overs bijhouden door 10.2.e.	
19:30	<i>Hoofdgerecht</i>			
19:00-19:45	Hoe doorpakken?	David en Vincent	Brainstorm over vervolgacties. Doorpakken met elkaar. Welke acties zetten we uit? Welke tijdlijn hangen we hieraan?	
19:45-20:00	Korte pauze	Allen	-	
20:00-20:30	Vertaling naar bijeenkomst met leveranciers	David en Vincent	Wat bespreken we op 26 nov.? Op welke manier? Wat gaan we bespreken met leveranciers Hoe pakken we dit aan? Wie doet dan het woord? Rol koepels (NVZ, NFU, etc.) 'Tien geboden' van 10.2.e	

Programma gaat verder op volgende pagina...



20:30	<i>Nagerecht + Koffie en Thee</i>		
20:30-20:45	Actielijst	Allen	Maken van actielijst en verantwoordelijkheden
20:45-21:00	Rondvraag / W.v.t.t.k.	Allen	-
21:00-21:15	Samenvatting en afsluiting	Erik, David, 10.2.e	Hoe komen we hierop terug? Opvolgen van actiepunten. Vervolgstap
21:15-21:30	Uitloop en borrel	Allen	-
21:30	Einde	Allen	-

**Secretaris Generaal / plv. Secretaris Generaal**  
Directie Informatiebeleid / CIO

**Datum**  
30 oktober 2018

**Ingebracht door werkgroepen**

De zes werkgroepen die we op 10 juli hebben gevormd, hebben allen wat ingeleverd. Werkgroepen 2 en 3 hebben besloten samen te gaan, gezien de grote overlap in onderwerp.

In de bijlagen zijn alle door de werkgroepen gezonden stukken te vinden.

Samengevat is deze input als volgt:

Secretaris Generaal / plv.  
Secretaris Generaal  
Directie Informatiebeleid /  
CIO

Datum  
30 oktober 2018

*1. Registratiestandaarden; Komen tot lijst van gereed zijnde registratiebouwstenen (inhoudelijke, semantische standaarden) ZIB's BGZ, en bv gebruik van SNOMED,*

Leden werkgroep: 10.2.e

**Vertegenwoordiger:** 10.2.e

Het advies namens de werkgroep is instelling van een implementatie team, met als focus een eenduidige en gestandaardiseerde implementatie in alle huizen om eenduidig taalgebruik te waarborgen.

Om in de hele zorgketen de uitwisseling van informatie te borgen zullen alle partijen die betrokken zijn bij het vastleggen van zorginformatie gebruik moeten maken van registratiestandaarden. De registratiestandaarden moeten eenduidig en herbruikbaar zijn. Dat betekent dat in de EPD's de registratiestandaarden zoals door de zorgprofessional benoemd, "ingebouwd" moeten worden om eenduidig zorginformatie uitwisseling en hergebruik (PGO, onderzoek, kwaliteit, bedrijfsvoering) mogelijk te maken.

Het succes van een traject waarbij in alle huizen de BgZ wordt geïmplementeerd in de verschillende EPD's zal afhankelijk zijn van de gestandaardiseerde manier van implementeren van de goed gedefinieerde informatiemodellen (ZIB's). Om voor eenduidig taalgebruik te zorgen bij de implementatie wordt geadviseerd om een landelijk gecoördineerd team met deze focus de verschillende huizen te ondersteunen om op die manier eenduidig taalgebruik te waarborgen.

De afgesproken lijst met concrete registratiebouwstenen is te vinden in de bijlage registratiestandaarden; in groene kader een tabel met een kolom: Zib. De elementen in die kolom zijn de bouwstenen. De technische gegevens van de bouwsteen zitten "daarachter". In dit Word document kan je niet "dieper" in de lijst kijken. De technische gegevens liggen ook bij de DHD.

Vragen hierbij vanuit ons zijn..:

- Er mist hier de discussie of degenen die moeten gaan registreren conform de zorgstandaarden zich in deze standaarden herkennen en ook de meerwaarde ervan voor henzelf inzien? Met andere woorden 'what's in it for me?' Vastleggen volgens registratiestandaarden om uitwisseling mogelijk te maken is een prima doel, maar voor de zorgverlener die aan het begin van dat proces zit (de

registratie) kan het gestructureerd vastleggen als een forse belasting worden ervaren en de voordelen liggen bij 'derden'. Hoe hier mee om te gaan?

- Een landelijk team om 'eenduidig taalgebruik' te waarborgen bij de implementaties is op zichzelf een goed plan. Gezien de omvang van het aantal huizen en de verschillende karakteristiek, kan één team dit wel realiseren?
- Wie bemant dat implementatieteam?
- Wat is de vraag aan de leverancier?
- Als dat team er morgen zou zijn, wat doet het dan als eerste?
- Wat wil je hiervan met de leveranciers precies bespreken?

Secretaris Generaal / plv.  
Secretaris Generaal  
Directie Informatiebeleid /  
CIO

Datum  
30 oktober 2018

2. Interoperabiliteit; API's Technische voorwaarden voor een open systeem creëren (de stekkers, komen tot lijst van api's)

3. Uitwisselingsstandaarden; Komen tot lijst van uitwisselingsstandaarden door werkgroep:

Leden werkgroep: 10.2.e

Vertegenwoordigers: 10.2.e en 10.2.e

Het voorstel van beide werkgroepen is om werkgroepen 2 en 3 samen te voegen.

De geleverde input bestaat uit de kaders én de invulling daarvan.

Hoe kunnen we de uitwisselingsstandaarden in de zorg sneller implementeren, voor alle ziekenhuizen in één keer en daarmee kosten efficiënt?

De werkgroep roept op tot enkele acties; keuzes maken voor bepaalde uitwisselingsstandaarden, opnemen hiervan in regelgeving (VWS), gezamenlijk opdrachtgeverschap.

Vragen hierbij vanuit ons zijn:

- De markt is voor de curatieve zorg wat groter dan 2 genoemde umc leveranciers (Nexus, Cerner (SAP en Soarian), CSC, Vital Health, VIR). Deze leveranciers hebben relatief klein aandeel in de EPD markt met dito inkomsten vanuit onderhoud. Dat is wel een knelpunt.
- EPIC: er is al sprake van gezamenlijk opdrachtgeverschap vanuit EPIC huizen als het gaat om invulling geven aan RADB.
- Chipsoft: het eigen business model staat dit in de weg. Ze investeren als ze een kans zien en slaan dit naar rato om naar gebruikers die module met betreffende functionaliteit willen aanschaffen.
- Het afkopen van realiseren van uitwisselingsstandaarden bij leveranciers is overigens niet nieuw. ZN heeft hier ervaring mee.
- VWS: Door standaarden op te nemen in wet- en regelgeving kunnen leveranciers contractueel gedwongen worden door gebruikers deze te ontwikkelen. In overeenkomsten staat namelijk dat leverancier wet- en regelgeving moet volgen. Bekostiging hiervan vanuit onderhoudsgelden.
- Welke API's hebben we het precies over?
- Hoe zorgen dat ziekenhuizen achter de lijst staan?
- Vorige keer besproken dat er een concrete lijst van benoemde standaarden zou zijn. Welke zijn dat?



4. Stip op de horizon; Transformatie naar een daadwerkelijk EPD, dus patiënt gecentreerd vastleggen ipv discipline georiënteerd. door werkgroep: 10.2.e

Secretaris Generaal / plv.  
Secretaris Generaal  
Directie Informatiebeleid /  
CIO

Datum  
30 oktober 2018

Vertegenwoordiger: 10.2.e

In het huidige nadenken over het vastleggen van patiëntengegevens ten behoeve van zorg wordt nog veel te veel uitgegaan van de beperkingen van de huidige organisatie van zorg (specialisme- en instellingsgericht) en van de huidige EPD's (idem). Nieuwe EPD's zouden veel meer rondom de patiënt moeten worden ontworpen. Uitgangspunten hierbij kunnen zijn:

- Patiëntengegevens moeten in een logische verband rondom de patiënt vastgelegd worden en niet per specialisme of ziekenhuis gegroepeerd zijn.
- Gegevens moeten in logische verbanden, los van instellingen of specialismen op te roepen zijn zodat op alle plekken waar zorg verleend wordt een integraal beeld mogelijk is.
- Patiëntengegevens moeten eenduidig en waar mogelijk eenmalig vastgelegd worden. Tevens moeten ze goed vindbaar zijn en moet er uitwisseling mogelijk zijn (analoog aan principes Registratie aan de bron/FAIR)
- Een gegevensdrager moet patiëntengegevens op een door de zorg ingegeven logische wijze weer kunnen geven.
- Een gegevensdrager moet alle zorgverleners toegang verschaffen tot relevante patiëntengegevens.
- Een gegevensdrager moet naadloze uitwisseling van informatie faciliteren.
- Een gegevensdrager moet de patiënt in staat stellen gegevens in te zien en toe te voegen.

Vragen hierbij vanuit ons zijn:

- We kunnen ons allen vast vinden in het verhaal, maar probleem is inderdaad dat huidige EPD's niet volgens deze principes zijn ontwikkeld. De horizon ligt relatief ver weg derhalve.
- In een discussie met partijen als Google kwam naar voren dat het PGO zich wellicht ontwikkeld tot het EPD 3.0. Als patiënten hun eigen gezondheidsgegevens gaan bewaren en beheren zou de noodzaak voor het ziekenhuis om een eigen EPD aan te houden weg kunnen vallen, de patiënt geeft zorgverlener toegang tot zijn data en data die zorgverlener produceert wordt direct vastgelegd in PGO. Dus de vraag is 'is het PGO niet de stip op de horizon?'
- Wat gaan we met deze uitgangspunten precies doen?
- Moeten die nog een slag verder uitgewerkt worden om iets concreet te kunnen vragen aan en van de leverancier?

---

*5. Alternatief; Op zoek naar een alternatief voor bestaande systemen.*

Leden werkgroep: 10.2.e

**Vertegenwoordiger:** 10.2.e

**Secretaris Generaal / plv.  
Secretaris Generaal**  
Directie Informatiebeleid /  
CIO

**Datum**  
30 oktober 2018

Alternatief introduceren voor huidige leveranciers, om klantgerichtheid (op terrein van gegevensuitwisseling) te vergroten. Het is een gegeven dat er een onvolkomen markt is met 2 dominante leveranciers, met als doelstelling het verhogen van de klantgerichtheid (op terrein van gegevensuitwisseling). Is er een alternatief ZIS voorhanden zodat de klantgerichtheid van de leveranciers toeneemt? Dat moet zich uiten in makkelijker gegevensuitwisseling tussen patiënt – zorgverlener – andere betrokkenen. Huidige situatie voor Chipsoft en EPIC is verschillend, respectievelijk minder en meer klantgericht / open voor gegevensuitwisseling.

Conclusies en advies zijn: Geen snel alternatief voor ZIS zelf voorhanden. Druk van 'buitenaf' op ZIS blijven stimuleren: ontwikkelingen rondom ZIS'en blijven stimuleren voor gegevensuitwisseling en PGO's. Is toch introductie van nieuwe spelers op het veld, zoals Apple en Philips die heel fors investeren. Die druk geven druk op ZIS om opener te worden en standaards te volgen. Onderzoek mogelijkheden van koppeling tussen Chipsoft / EPIC en Apple (PGO)

Vragen hierbij vanuit ons zijn:

Kan veel discussie opleveren vanuit idee toch maar een Landelijk EPD?

---

---

6. Platform voor uitwisseling; Onderzoeken DHD (Dutch Hospital Data) als platform voor gestandaardiseerde uitwisseling als "laag" over systemen.

Leden werkgroep: 10.2.e

Secretaris Generaal / plv.  
Secretaris Generaal  
Directie Informatiebeleid /  
CIO

Datum  
30 oktober 2018

Vertegenwoordiger: 10.2.e

Een landelijke infrastructuur voor kwaliteitsregistraties is dringend gewenst. Zorgverzekeraars Nederland heeft in 2016 het initiatief genomen voor een Landelijke Infrastructuur Kwaliteitsregistraties. NFU en NVZ onderzoeken of dit initiatief een vervolg kan krijgen, en of het mogelijk is dat DHD de dataverzamelaar kan zijn.

DHD kan de centrale 'dataverzamelaar' zijn. Dit kan leiden tot: minder koppelingen vanuit ziekenhuis: lagere kosten en minder administratieve last; Voldoen aan AVG: zicht en controle op data; Niet hoeven "terugkopen" van eigen data van een ander. ZIB's zijn hiervoor wel basisvoorwaarde, evenals goede governance.

Een mogelijk pad zou kunnen zijn om in 2019 te starten met planvorming en opbouw, om vervolgens in 2020 te starten met het verleggen van de dataverzameling van één bestaande registratie.

Vragen hierbij vanuit ons zijn:

- Principe van DHD als de centrale dataverwerker is correct. Mogelijk knelpunt is wel dat we een nieuwe monopolist creëren, waarbij de prikkels ontbreken om te presteren. Hoe dit te voorkomen?
- De zib's zijn een belangrijke voorwaarde in het proces, echter we moeten er vanuit gaan dat het implementeren van de huidige set gedefinieerde zib's, een proces van jaren zal zijn. Hoe krijgen we dit in de versnelling?
- Er moet nog een forse slag worden gemaakt om de registraties voor zover mogelijk te baseren op zib's. Partijen moeten mogelijk inleveren op hun dataset. Welke spelregels spreken we hier af?

---

**Bijlage - verslag vorige bijeenkomst**

**Bijlage - aanwezigheidslijst**

**Bijlage - input van alle werkgroepen**



## Registratiestandaarden

Auteurs: 10.2.e

Om in de hele zorgketen de uitwisseling van informatie te waarborgen zullen alle partijen die betrokken zijn bij het vastleggen van zorginformatie gebruik moeten maken van registratiestandaarden. De registratiestandaarden moeten eenduidig en herbruikbaar zijn.

Vastleggen van zorginformatie vraagt afspraken met de zorgverleners die de zorginformatie vastleggen om dat op een eenduidige manier te doen. De techniek moet het eenduidig vastleggen van zorginformatie ondersteunen en zo makkelijk mogelijk maken.

Dat betekent dat in de EPD's de registratiestandaarden zoals door de zorgprofessional benoemd, "ingebouwd" moeten worden om eenduidig zorginformatie uitwisseling en hergebruik mogelijk te maken. Bij hergebruik wordt dan aan gebruik door de patiënt in zijn/haar PGO gedacht maar ook hergebruik door andere zorgverleners in de keten en voor onderzoek en bedrijfsvoering binnen de huizen gedacht.

Zorginformatiebouwstenen (ZiB's) zijn informatiemodellen van minimale klinische concepten, die elk meerdere gegevens in zich herbergen met een afgesproken inhoud, structuur en onderlinge relatie. Op dit moment zijn ruim 100 ZiB's beschreven.

De Basisgegevensset Zorg is de minimale set van patiëntgegevens die specialisme-, ziektebeeld- en beroepsgroep overstijgend relevant is en van belang voor de continuïteit van zorg. De Basisgegevensset Zorg is gedefinieerd met behulp van zorginformatiebouwstenen (zib's).

**De eerste stap** om te komen tot gestructureerde zorginformatie uitwisseling tussen alle betrokkenen in zorgverlening en patiënten is het **implementeren van de BgZ** op basis van de ZiB's in alle EPD's

Het succes van een traject waarin in alle huizen de BgZ wordt geïmplementeerd in de verschillende EPD's zal afhankelijk zijn van de gestandaardiseerde manier van implementeren van de goed gedefinieerde informatiemodellen (ZiB's). Om er voor eenduidig taalgebruik te zorgen bij de implementatie wordt geadviseerd om een landelijk gecoördineerd team met deze focus de verschillende huizen te ondersteunen om op die manier eenduidig taalgebruik te waarborgen.



## Basisgegevensset Zorg:

#	Sectie	#	BgZ onderdeel	Inhoud	Zib	Versie
1	Demografie en identificatie	1.1	Patiëntgegevens	NAW gegevens, BSN, geboortedatum, geslacht, overlijdensinformatie, contactgegevens van de patiënt	<a href="#">Patiënt</a>	v3.1
		1.2	Burgerlijke staat	Laatst bekende burgerlijke staat	<a href="#">BurgerlijkeStaat</a>	v3.0
2	Financiële informatie	2.1	Verzekeringsgegevens	De verzekeringsgegevens van de patiënt	<a href="#">Betalen</a>	v3.1
3	Behandelrestricties	3.1	Behandelaanwijzingen	Bekende behandelaanwijzingen	<a href="#">BehandelAanwijzing</a>	v3.1
		3.2	Wilsverklaring	Bekende wilsverklaring	<a href="#">Wilsverklaring</a>	v3.1
4	Contactpersonen	4.1	Contactpersoon	Eerste relatie/contactpersoon	<a href="#">Contactpersoon</a>	v3.1
5	Functionele status	5.1	Functionele/mentale status	Laatst bekende functionele/mentale status	<a href="#">FunctioneleOfMentaleStatus</a>	v3.1
6	Klachten en diagnoses	6.1	Problemen (incl. diagnoses)	Bekende problemen van alle probleemttypen	<a href="#">Probleem</a>	v4.0
7	Sociale anamnese	7.1	Woonsituatie	Laatst bekende woonsituatie	<a href="#">Woonsituatie</a>	v3.1
		7.2	Drugsgebruik	Bekend drugsgebruik	<a href="#">Drugsgebruik</a>	v3.1
		7.3	Alcoholgebruik	Bekend alcoholgebruik	<a href="#">Alcoholgebruik</a>	v3.1
		7.4	Tabakgebruik	Bekend tabakgebruik	<a href="#">Tabakgebruik</a>	v3.1
		7.5	Voedingsadviezen	Bekende voedingsadviezen	<a href="#">Voedingsadvies</a>	v3.1
8	Waarschuwingen	8.1	Alerts	Bekende alerts	<a href="#">Alert</a>	v3.1
9	Allergieën	9.1	Allergie-intoleranties	Bekende allergieën	<a href="#">AllergieIntolerantie</a>	v3.1

#	Sectie	#	BgZ onderdeel	Inhoud	Zib	Versie
10	Medicatie	10.1	Medicatieafspraken	Bekende medicatieafspraken	<a href="#">Medicatieafspraken</a>	v1.0
		10.2	Toedieningsafspraken	Bekende toedieningsafspraken	<a href="#">ToedieningsAfspraak</a>	v1.0
		10.3	Medicatiegebruik	Bekend medicatiegebruik	<a href="#">MedicatieGebruik2</a>	v1.0
11	Medische hulpmiddelen	11.1	Medische hulpmiddelen	Bekende medische hulpmiddelen	<a href="#">MedischHulpmiddel</a>	v3.1
12	Vaccinaties	12.1	Vaccinaties	Bekende vaccinaties	<a href="#">Vaccinatie</a>	v3.1
13	Vitale functies	13.1	Bloeddruk	Laatst bekende bloeddruk	<a href="#">Bloeddruk</a>	v3.1
		13.2	Lichaamsgewicht	Laatst bekende lichaamsgewicht	<a href="#">Lichaamsgewicht</a>	v3.1
		13.3	Lichaamslengte	Laatst bekende lichaamslengte	<a href="#">Lichaamslengte</a>	v3.1
14	Uitslagen	14.1	Laboratoriumuitslagen	Bekende klinische chemie bepalingen, laatste uitslag	<a href="#">LaboratoriumUitslag</a>	v4.0
15	Verrichtingen	15.1	Verrichtingen	Bekende operatieve verrichtingen	<a href="#">Verrichting</a>	v4.0
16	Contacten	16.1	Contacten	Bekende ziekenhuisopnames (niet poliklinische contacten)	<a href="#">Contact</a>	v3.1
17	Zorgplan	17.1	Geplande zorgactiviteiten	Bekende geplande zorgactiviteiten (medicatie-toediening, voorgenomen verrichtingen, voorgenomen verpleegkundige acties, voorgenomen vaccinaties, afspraken, gewenste medische hulpmiddelen, overige)	<a href="#">OverdrachtGeplande-ZorgActiviteit</a>	v3.1
18	Zorgverleners	18.1	Huisarts	De gegevens van de huisarts	<a href="#">Zorgverlener</a>	v3.1

## Regie op implementatie van zorg-ICT oplossingen.

### Samenvatting

Het is van belang om in Nederland te komen tot meer regie op de implementatie van zorg-ICT oplossingen. Het belang daarvan is om te komen tot opschaling, samenhang, efficiency en versnelling van concrete implementaties. Voor elke implementatie en bijbehorende use case is het noodzakelijk om afspraken te maken langs de verticale as van het lagenmodel dat de basis vormt voor het model van uitwisseling. Dat betekent afspraken op het niveau van beleid, zorgproces, informatie, applicaties en IT-infrastructuur. Op het niveau van informatie, applicaties en infrastructuur betekent dat, dat er keuzes gemaakt moeten worden waarbij gestandaardiseerd maatwerk het uitgangspunt is door gebruik te maken van bouwstenen die toegelaten zijn om te komen tot een duurzame informatieoplossing voor de zorg. Regie op implementatie vraagt om afspraken op horizontaal niveau, over meerdere use cases en over functionele toepassingsgebieden, regionale gebieden en/of domeinen heen. Die afspraken op horizontaal niveau noemen we regieafspraken. Elke regieafpraak heeft een bepaalde scope of werkingsgebied. De scope bepaalt voor welke verzameling van use cases de afspraken gelden. De scope bepaalt ook welke stakeholders betrokken zijn bij de afspraken en zich aan de afspraken verbinden.



## Achtergrond

De noodzaak om op eenvoudige en betrouwbare wijze gegevens te kunnen delen tussen zorgaanbieders, zorgverleners en patiënten/cliënten en om aanlevering van gegevens aan registraties gemakkelijker te maken wordt steeds groter. Toch stagneert de concrete implementatie van zorg-ICT oplossingen in de praktijk. Er is onvoldoende samenhang in de keuzes die gemaakt (moeten) worden voor de praktische oplossingen en op verschillende plekken wordt het wiel opnieuw uitgevonden.

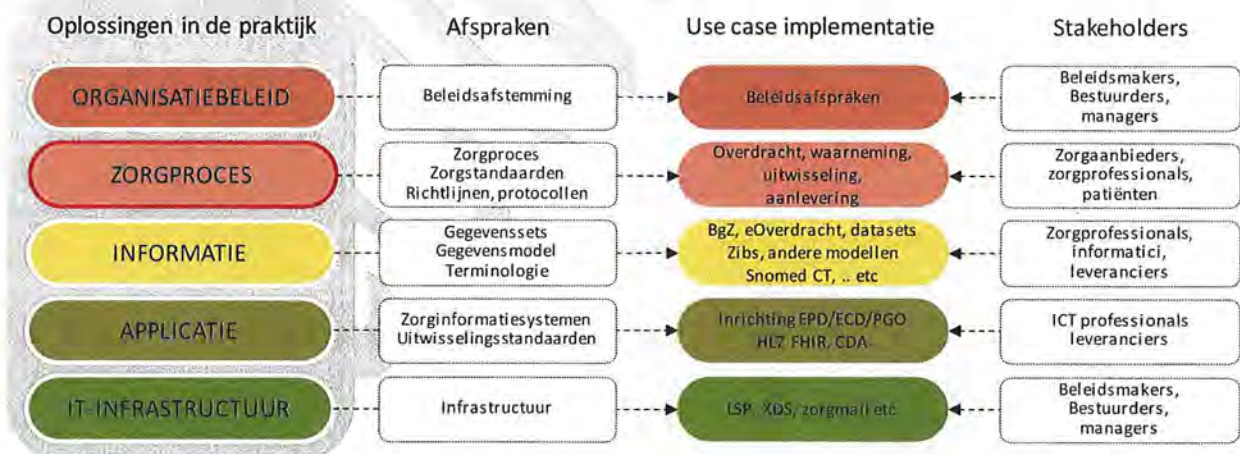
De vraag komt op, hoe we in Nederland meer regie kunnen voeren over de daadwerkelijke implementatie van zorg-ICT oplossingen met als doel:

- Concrete implementaties, in de praktijk werkend en gebruikt (informatie-uitwisseling patiënt-professional, ondersteuning van het zorgproces en overdracht van informatie voor continuïteit van zorg, aanlevering aan (kwaliteits)registraties, aanlevering in het kader van onderzoek)
- Opschaling (verbreding van het gebruik van de gerealiseerde oplossingen)
- Samenhang (waar nodig, waar gewenst, met name daar waar uitwisseling tussen domeinen noodzakelijk is)
- Efficiency (zowel in de resources die nodig zijn om de implementaties te realiseren als in de kosten die gemaakt worden, inclusief de kosten voor benodigde software)
- Snelheid (versnelling van het gebruik van de gerealiseerde oplossingen)

In dit document wordt beschreven op welke wijze in Nederland een stap gezet kan worden op dit vlak.

## Model van uitwisseling

Uitgangspunt is het model van uitwisseling op basis van het lagenmodel<sup>1</sup> van Nictiz. Dat model beschrijft dat er op een vijftal niveaus afspraken gemaakt moeten worden om een zorg-ICT oplossing in de praktijk te kunnen implementeren. Dat geldt voor elke praktijkimplementatie, of het nu gaat om de uitwisseling van gegevens tussen patient (pgo) en huisarts (his), of een overdracht van een patient van een ziekenhuis (epd) naar een verpleeghuis (ecd). De kern van dat model is weergegeven in figuur 1.



Figuur 1 - Het lagenmodel is de basis voor het model van uitwisseling

De kern van het model is dat voor het implementeren van zorg-ICT oplossingen in de praktijk afspraken gemaakt moeten worden op de vijf lagen die zijn weergegeven in de eerste kolom. De tweede kolom laat zien waarover dan concreet afspraken gemaakt moeten worden. In de vierde kolom is aan

<sup>1</sup> [https://www.nictiz.nl/wp-content/uploads/2018/09/Rapport\\_elektronische\\_informatie\\_voor\\_gezondheid\\_en\\_zorg.pdf](https://www.nictiz.nl/wp-content/uploads/2018/09/Rapport_elektronische_informatie_voor_gezondheid_en_zorg.pdf)



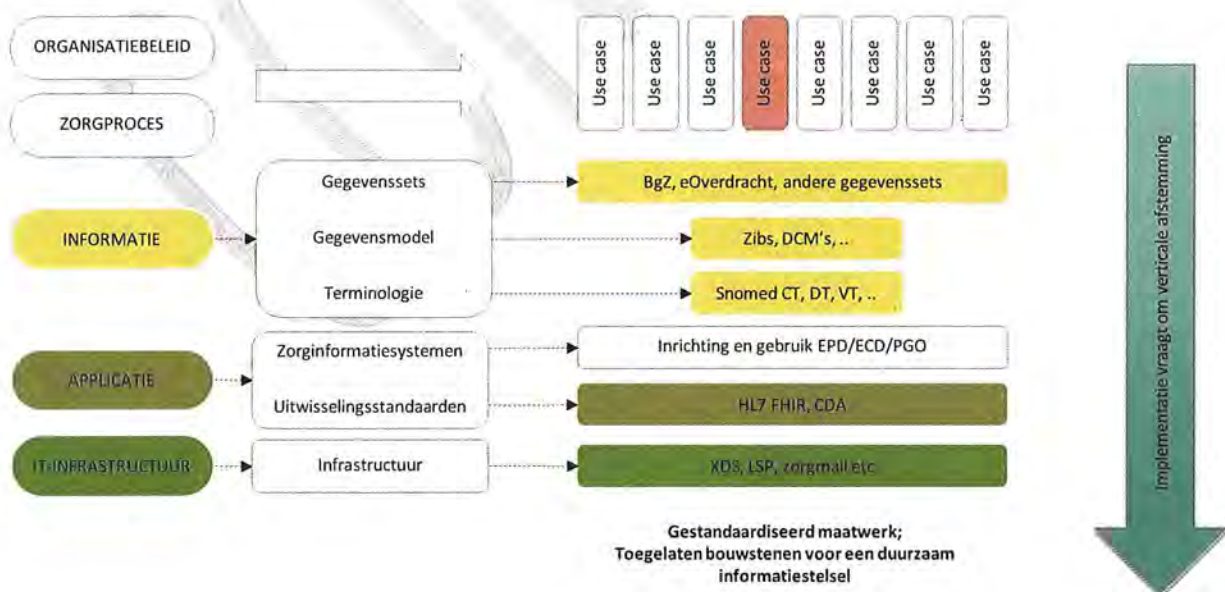
gegeven welke stakeholders betrokken zijn bij het maken van de afspraken. In de derde kolom is te zien wat de afspraken voor een concrete implementatie inhouden. Die afspraken moeten altijd per use case worden gemaakt.

#### Afspraken per use case

Een praktijkimplementatie is altijd gerelateerd aan een bepaalde use case (of een groep van use cases). Voorbeelden van use cases zijn: het uitwisselen van informatie door een patiënt middels een pgo met een ziekenhuis, het verwijzen van een patiënt door de huisarts naar een ziekenhuis, de overdracht van een patiënt van een ziekenhuis naar een verpleeghuis, de aanlevering van gegevens door een ziekenhuis aan een kwaliteitsregistratie etc. Om tot een praktijkimplementatie te komen moeten allereerst voor elke use case beleidsafspraken gemaakt worden (o.a. over scope en doel van de informatie-uitwisseling, verantwoordelijkheden, financiering etc.). Dat geldt zowel voor het geval van informatie-uitwisseling tussen patiënt en zorginstelling als voor uitwisseling tussen zorgaanbieders als aanlevering aan een registratie of onderzoeksinstituut. Vervolgens moeten op het niveau van het zorgproces heldere afspraken gemaakt worden tussen betrokken zorgaanbieders of zorgprofessionals onderling of met de patiënt hoe voor de specifieke use case het zorgproces (of mogelijk zorgstandaard of gehanteerde richtlijnen of protocollen) er precies, welke stappen worden gevolgd, wie doet wat, wanneer, welke gegevens worden er wanneer uitgewisseld, etc. Het niveau van het zorgproces is de essentie van de use case, daar gaat het om. De rest, het beleidsniveau, maar ook de onderliggende niveaus van informatie, applicatie en IT-infrastructuur zijn daaraan ondersteunend. Maar voor elk van die niveaus moeten, om tot een praktijkimplementatie te komen wel concrete keuzes gemaakt worden. En juist op de onderste drie niveaus van informatie, applicatie en infrastructuur blijkt het moeilijk om tot samenhangende keuzes te komen en lijkt het vaak of die keuzes voor elke use case weer opnieuw en op arbitraire wijze gemaakt worden.

#### Keuzes die gemaakt moeten worden per implementatie

We zoomen wat verder in op de keuzes die gemaakt moeten worden op de onderste drie lagen aan de hand van figuur 2.



Figuur 2 – Implementatiemodel; keuzes moeten worden gemaakt op de verschillende lagen



In deze figuur is aan de bovenkant gevisualiseerd dat er een groot aantal verschillende use cases te definiëren is, die (onderdelen van) zorgprocessen ondersteunen. De onderste drie lagen (informatie,

**Implementatie van zorg-ICT oplossingen vraagt om het maken van afspraken langs de verticale as van het implementatiemodel zoals weergegeven in figuur 2.**

applicatie en IT-infrastructuur zijn verder uitgewerkt om duidelijk te maken op welk vlak er keuzes gemaakt moeten worden.

Op informatieniveau moet allereerst bepaald worden welke gegevensset er voor de use case wordt gebruikt. Dat kan een bestaande gegevensset zijn (zoals de BgZ) maar er kan ook een nieuwe gegevensset gedefinieerd worden. Impliciet onderdeel van de keuze en de definitie van de gegevensset is de keuze voor het onderliggende gegevensmodel waarop de gegevensset wordt gebaseerd, bijvoorbeeld het model van de zibs. Een essentieel onderdeel is vervolgens de keuze voor de gebruikte terminologiestelsels zoals bv Snomed CT. Alhoewel er een sterke relatie ligt tussen de keuze voor de gegevensset, de onderliggende gegevensmodellen en terminologiestelsels zijn het in principe expliciete keuzes. Deze keuzes, m.n. die voor de gebruikte gegevensmodellen en terminologiestelsels hebben belangrijke gevolgen zowel voor de inrichting van de onderliggende zorginformatiesystemen als voor de gebruikers van de systemen in de dagelijkse praktijk. Dat is weergegeven in de figuur in de uitwerking van de applicatielaag. Zodra er naast het vastleggen van gegevens in de systemen ook sprake is van uitwisseling tussen de systemen, is het ook van belang om op applicatieniveau een keuze te maken voor de uitwisselingsstandaard die gebruikt zal worden zoals HL7 FHIR of HL7 CDA. Die uitwisselingsstandaard definieert als het ware de envelop waarin de gegevensset wordt verstuurd. Tenslotte moet een keuze gemaakt worden voor de infrastructuur die gebruikt wordt voor de uitwisseling van de gegevens, zoals bv. een bestaande XDS omgeving voor document exchange. Belangrijk is om vast te stellen dat de keuzes die gemaakt worden op de verschillende lagen in principe los staan van elkaar; zo zegt de keuze voor CDA als uitwisselingsstandaard niet direct iets over de keuze voor de te gebruiken infrastructuur.

#### **Gestandaardiseerd maatwerk.**

Het aantal keuzes dat gemaakt kan worden is eindig. In Nederland kiezen we bij voorkeur uit een set van toegelaten bouwstenen om te komen tot een duurzaam informatiestelsel voor de zorg<sup>2</sup>. In bijlage 1 zijn de keuzemogelijkheden en vrijheidsgraden verder uitgewerkt en van een discussie voorzien.

#### **Regie op implementatie**

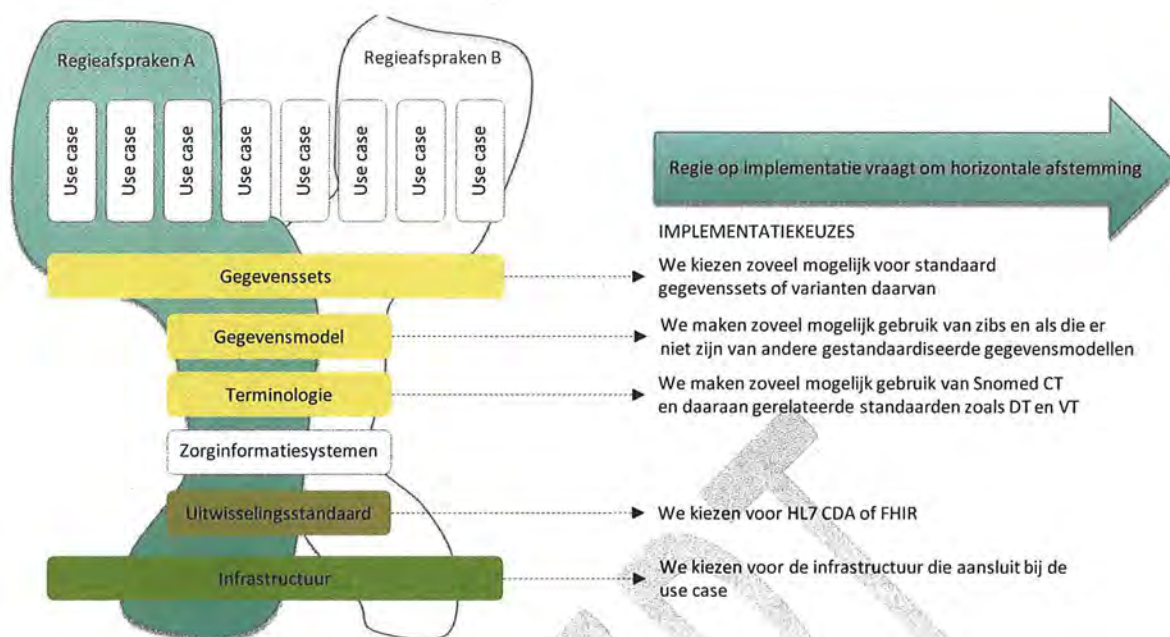
Het maken van afspraken per implementatie is niet voldoende. Om te komen tot regie op implementatie is het van belang om ook afspraken te maken over verschillende implementaties heen.

**Regie op implementatie** betreft de mate waarin stakeholders er, vrijwillig of afgedwongen, in slagen om voor meerdere use cases (over functionele toepassingsgebieden, regionale gebieden en/of domeinen heen) (regie)afspraken te maken betreffende de implementatiekeuzes op de verschillende lagen.

Hoe beter we er in Nederland in slagen om hierover gezamenlijke afspraken te maken, hoe meer regie we ook gezamenlijk voeren over implementatie. Dat leidt tot het regiemodel dat is weergegeven in figuur 3.

<sup>2</sup> <https://www.informatieberaadzorg.nl/duurzaam-informatiestelsel>





Figuur 3 – Model voor regie op implementatie

Voor elke implementatie gelden de implementatiekeuzes die weergegeven zijn aan de rechterkant van de figuur. De uitdaging is nu om niet voor elke implementatie afzonderlijke keuzes te maken maar om binnen de implementatiekeuzes die er zijn, afspraken te maken over meerdere use cases.

Implementatie vraagt om afspraken op verticaal niveau.

Regie op implementatie vraagt om afspraken op horizontaal niveau

Die afspraken op horizontaal niveau noemen we regieafspraken. Elke regieafpraak heeft een bepaalde scope of werkingsgebied. De scope bepaalt voor welke verzameling van use cases de afspraken gelden. De scope bepaalt ook welke stakeholders betrokken zijn bij de afspraken en zich aan de afspraken verbinden. Regieafspraken voor een bepaalde scope kunnen betrekking hebben op één of meerdere lagen.

Een aantal voorbeelden van regieafspraken is weergegeven in de tabel op de volgende pagina.



Scope	Uitwisseling BgZ tussen ziekenhuizen	Uitwisseling BgZ tussen ziekenhuizen en patient	Uitwisseling eOverdracht tussen ziekenhuis en verpleeghuis	Het vastleggen van problemen en verrichtingen in alle ziekenhuizen	Uitwisseling van gegevens in een regionale setting
Use cases	o.a. regionale uitwisseling Radboud / JBZ	Zie VIPP	Overdracht patiënt van ziekenhuis naar verpleeghuis	Alle use cases waarin het vastleggen van problemen en verrichtingen een rol speelt	Alle use cases waarin uitwisseling van gegevens binnen een regionaal samenwerkingsverband een rol speelt
Gegevensset	BgZ 2017	BgZ 2017	eOverdracht	Facultatief	Facultatief
Gegevensmodel	Zib	Zib	Zib	Facultatief	Facultatief
Terminologie	Snomed CT DT, VT	Snomed CT DT, VT	Snomed CT DT, VT	Snomed CT DT, VT	Facultatief
Informatie-systemen	Inrichting epd's compliant met gekozen standaarden	Inrichting epd's en pgo's compliant met gekozen standaarden	Inrichting epd's en ecd's compliant met gekozen standaarden	Inrichting epd's compliant met gekozen standaarden	alle betrokken systemen zijn in staat om gegevens uit te wisselen met de gekozen infrastructuur-oplossing
Uitwisselings-standaard	HI7 CDA	HI7 FHIR	HI7 FHIR	Facultatief	Facultatief
Infrastructuur	Facultatief	Compliant met MedMij	Facultatief	Facultatief	IHE XDS regionale infrastructuur
Stakeholders	Ziekenhuizen Epd leveranciers	Patiënten Ziekenhuizen Epd en pgo leveranciers	Ziekenhuizen Verpleeghuizen Epd en ecd leveranciers	Ziekenhuizen Epd leveranciers	Betrokken regionale zorgaanbieders Leveranciers van betrokken zorginformatiesystemen, Regionale samenwerkingsorganisatie (RSO)

Tabel 1 - Voorbeelden van regieafspraken



# BIJLAGE 1 - Keuzemogelijkheden en vrijheidsgraden; gestandaardiseerd maatwerk

Onderdeel	Standaarden/oplossingen	Discussie
Gegevenssets (ook wel genoemd datasets)	BgZ, eOverdracht, Medicatieproces, LROI aanlevering, .....	Bij elke use case en daarmee bij elke implementatie, of het nu gaat om het vastleggen, uitwisselen, delen of aanleveren van informatie, is er sprake van een gegevensset. Dat kan een standaard gegevensset zijn, zoals de BgZ <sup>3</sup> of eOverdracht, maar ook een gegevensset die gedefinieerd is voor het specifieke doel van de use case. Het heeft de voorkeur om altijd eerst te kijken in hoeverre een standaard gegevensset gebruikt kan worden omdat er dan in de praktijk gebruik gemaakt kan worden van bestaande standaard oplossingen. Het is in dat geval altijd mogelijk om af te wijken doordat bepaalde onderdelen van de standaard niet nodig zijn en weggelaten kunnen worden of door extra gegevens-elementen toe te voegen.
Gegevensmodel (het model van de klinische concepten waaruit een gegevensset wordt opgebouwd)	Zib, dcm, (IKNL, Palga), ...	Voor het model van de gegevens waaruit een gegevensset wordt opgebouwd is het model van de zorginformatiebouwstenen (zibs) <sup>4</sup> zorgbreed van toepassing verklaard. Dat betekent dat afgesproken is dat als er voor een klinisch concept een model in de vorm van een zib bestaat, dat dan dat model gebruik wordt. Dat betekent niet dat er in alle gevallen een zib gebruikt kan en moet worden. Zie ook het document "Richtlijnen bij afwezigheid zibs" <sup>5</sup> . Het kan ook zijn dat er voor bepaalde klinische concepten domein specifieke modellen gebruikt worden zoals bijvoorbeeld ontwikkeld door IKNL of Palga.
Terminologie	Snomed CT, DT, VT, ..	Het is essentieel om bij de definitie van de gegevensmodellen afspraken te maken over de onderliggende terminologie. In Nederland kiezen we daarbij voor Snomed CT als basisterminologie. Dat moet ook zijn beslag krijgen in daarop gebaseerde standaarden waaronder de Diagnose Thesaurus (DT) en de Verrichtingen Thesaurus (VT). .... ....
Zorginformatiesystemen	Inrichting en gebruik EPD/ECD/PGO/..	De keuze voor een informatiesysteem is in het algemeen niet direct gekoppeld aan één specifieke use case en wordt op een ander moment gemaakt. Maar de implementatie van bepaalde use case stelt wel degelijk eisen aan de inrichting en de functionaliteit van de systemen (implementatie gegevenssets, gegevensmodellen, terminologiesystemen, uitwisselingsstandaarden, koppeling met infrastructuur etc.
Uitwisselingsstandaarden	HL7 FHIR, HL7 CDA	Bij uitwisseling moet er een keuze gemaakt worden voor de uitwisselingsstandaard die wordt gebruikt. In Nederland wordt in het algemeen de keuze gemaakt uit HL7 FHIR of HL7 CDA. Een aantal overwegingen betreffende die keuze is te vinden in bijlage 2 van dit document.
Infrastructuur	XDS, LSP, Zorgmail, ..	Er moet een keuze gemaakt worden voor het netwerk of de infrastructuur die gebruikt wordt voor de uitwisseling. Daaraan kunnen verschillende argumenten ten grondslag liggen. Zo kan het bijvoorbeeld bij uitwisselingen op regionale schaal voor de hand liggen om gebruik te maken van een regionale oplossing in de vorm van een bestaand XDS netwerk, terwijl de wens voor landelijke uitwisseling bijvoorbeeld kan leiden tot de keuze voor Zorgmail of het LSP. Daarnaast zijn er diverse andere oplossingen beschikbaar in de praktijk beschikbaar.

<sup>3</sup> Verwijzen naar ...

<sup>4</sup> Verwijzen naar ...

<sup>5</sup> [https://www.nictiz.nl/wp-content/uploads/2018/04/Richtlijnen\\_bij\\_afwezigheid\\_zibs\\_V1\\_00-1.pdf](https://www.nictiz.nl/wp-content/uploads/2018/04/Richtlijnen_bij_afwezigheid_zibs_V1_00-1.pdf)



## BIJLAGE 2 – Implementatie in HL7 CDA en FHIR.

Om de gegevensset te kunnen uitwisselen in de context van de gedefinieerde use case moet er een technische specificatie gemaakt worden op basis van de uitwisselingsstandaard die voor de uitwisseling gekozen wordt. In Nederland wordt daar in het algemeen een van de volgende standaarden voor gebruikt:

- HL7 CDA
- HL7 FHIR

Bij de keuze voor een van beide standaarden kunnen verschillende argumenten een rol spelen zoals:

- De geschiktheid van de standaard voor de use case waarvoor de uitwisseling wordt gedefinieerd. Zo ligt het bij de ontsluiting van epd systemen voor mobiele toepassingen voor de hand om FHIR te gebruiken.
- Het feit of oplossingen gebaseerd op een bepaalde standaard al eerder in de systemen zijn geïmplementeerd (door een leverancier)
- De ervaring die een leverancier heeft met de implementatie van een bepaalde communicatiestandaard
- De verwachte complexiteit van de implementatie
- De investering (in kennis, tijd, geld) die nodig is voor de implementatie
- De verwachte toekomstvastheid van de gekozen oplossing

Om uitwisseling van gegevens tussen twee systemen mogelijk te maken is de meest logische oplossingsrichting dat voor de betrokken systemen gekozen wordt voor dezelfde communicatiestandaard, d.w.z. HL7 CDA of HL7 FHIR.

In principe<sup>6</sup> is het ook mogelijk dat er in het ene systeem gekozen wordt voor HL7 CDA en het andere voor HL7 FHIR, maar dan moet er gebruik gemaakt worden van een "vertaaldienst" die de documenten vertaalt van de ene naar de andere standaard. Dat betekent dat die dienst gespecificeerd en ook geïmplementeerd en als dienst aangeboden moet worden door een derde (?) partij. Dat betekent extra beheer last en ook extra operationele kosten.

<sup>6</sup> Bewust wordt hier gesproken over "in principe". Er is op dit moment geen ervaring met dit soort oplossingen en het is ook niet volledig uit te sluiten dat er in het vertaalproces bepaalde (detail)gegevens verloren kunnen gaan.

Toelichting ter consultatie



## Nationale aanpak implementatie beelduitwisseling

### 1 Inleiding

Om te groeien naar een duurzaam informatiestelsel voor elektronische beelduitwisseling is overeenstemming nodig over de ontwikkeling en het gebruik van standaarden en de daaropvolgende implementaties.

Om te komen tot de implementatie van standaarden, (infrastructurele) diensten en implementatieprojecten voor het elektronisch uitwisselen van medische beelden hebben IHE Nederland, RSO Nederland, NVZ, NFU en Nictiz een traject geschetst.

In bijgaande nota vragen wij om besluitvorming voor het eerste deel van dit traject.

Met deze voorloper willen genoemde partijen de Informatieberaad inzage geven in hun voorstel voor de aanpak en samenhang van een landelijke gedegen oplossing die toegankelijk is voor alle leveranciers, zorginstellingen, samenwerkingsverbanden (o.a. RSO's) en kenniscentra.

### 2 Aanpak

De aanpak kent drie verschillende delen, waarbij deel 2 en 3 parallel kunnen oplopen.

- 1) Vaststellen van standaarden waaraan de elektronische uitwisseling van medische beelden moet voldoen.
- 2) Implementatie van het uitwisselen van medische beelden bij zorginstellingen die zowel lid zijn van een RSO als van instellingen waar (nog?) geen RSO operationeel is.
- 3) Inrichten van een landelijke infrastructuur inclusief afsprakenstelsel, diensten en een eerste implementatie van een of twee zorgtoepassingen.

Deel 1 wordt onder verantwoordelijkheid van IHE Nederland ingediend bij het Informatieberaad. Deze is beschreven in bijgaand beslisdocument. Samen met de indienende partijen is IHE NL tot deze lijst van bewezen en reeds geïmplementeerde standaarden gekomen. Gelijk met deze voorloper wordt het Informatieberaad gevraagd deze standaarden vast te stellen en toe te voegen aan het duurzame informatiestelsel voor de zorg (standaard IHE XDS.i is reeds een onomstreden bouwsteen). Eigenaarschap en financiering van de standaarden zijn onderdeel van de governance van IHE, inclusief genormeerd test- en acceptatiecyclus.<sup>1</sup>

In deel 2 vervolgt RSO Nederland installatie van infrastructuur op regionaal en lokaal niveau en starten implementatieprojecten om

<sup>1</sup> Deze zijn bekend over de jaarlijks in Europa gehouden Connectathon, die afgelopen april is medegeorganiseerd door VWS en EZ in Den Haag

DATUM

OPGESTELD DOOR  
IHE Nederland  
AFGESTEMD MET  
RSO Nederland  
NVZ  
NFU  
Nictiz

BIJLAGE(N)

---

elektronische uitwisseling van medische beelden te implementeren bij zorginstellingen. In de afgelopen jaren zijn diverse succesvolle vergelijkbare regionale implementaties afgerond (o.a. st. GERRIT, EZDA, IZIT, Trijn en Rijnmondnet).

RSO Nederland zorgt voor regie, samenhang en inbreng van kennis aangevuld met expertise bij de vele implementatieprojecten. Zij zorgt zelf voor aanvullende financiering door eigen leden en VWS. Eén van de lopende initiatieven in deze stap is het doorbraakproject "Weg met de cd/dvd" waarover RSO Nederland reeds in gesprek is met het ministerie van VWS.

Bij deel 3 levert een niet-commerciële organisatie aanvullende infrastructuur op voor interregionale informatie-uitwisseling, die vergelijkbaar is en gekoppeld met het Landelijk Schakelpunt. Tevens wordt een afsprakenstelsel over aansluiten en onderhoud opgeleverd.

Daarnaast lopen diverse andere initiatieven om te komen tot een landelijk architectuur, zoals de position paper van Zorgverzekeraars Nederland (ZN)<sup>2</sup>, en kaders voor een duurzaam informatiestelsel in de zorg, zoals de Architectuur community (gefaciliteerde door ZINL ten behoeve van het Informatieberaad Zorg). Beide ontwikkelingen zetten in op landelijke vrij toegankelijke voorzieningen gebaseerd op (internationale) standaarden.

---

<sup>2</sup> Visie op samenhang in de zorginfrastructuur in Nederland, opgesteld in samenwerking met VZVZ, KNMP, VECOZO, Nictiz en een kleine groep mensen uit het zorgveld (ziekenhuizen en ICT-leveranciers).



# Programma TWIN

**Aczie overleg  
21 september 2018**



10.2.e

## Context



Gegevens-  
uitwisseling



Landschap  
gefragmenteerd



Regionale &  
lokale invulling



Landelijk neutrale  
voorziening



Landelijke visie,  
regie en sturing



Businesscase  
financiering

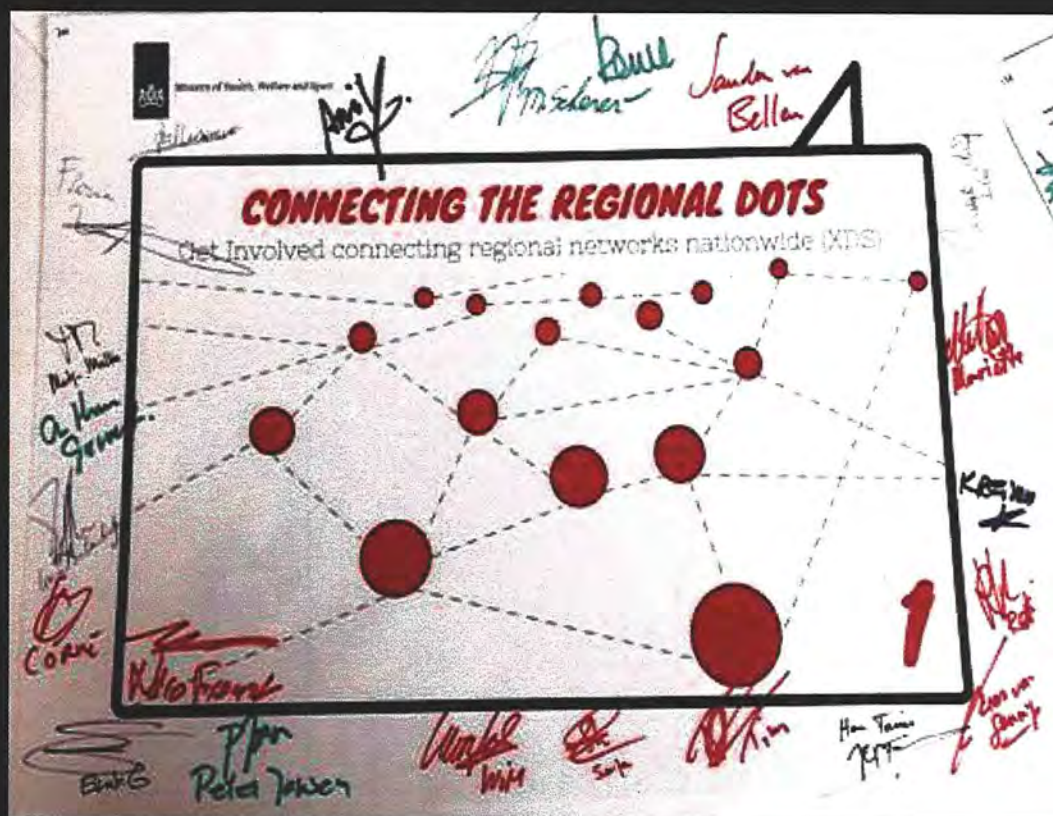
## Veel lopende initiatieven





## Doorbraakproject: Landelijk dekkend XDS

Himss Europe 18



## Programma TWIN



Interoperabiliteit voor beelden, discrete data (dossiers) en werkprocessen door realisatie van een landelijk dekkende infrastructuur voor informatie-uitwisseling in de zorg. Uitgangspunt is dat de infrastructuur wordt gebaseerd op IHE, inclusief de daarbij behorende IHE profielen. De infrastructuur zal daarnaast een brugfunctie naar andere infrastructuren zoals de regionale XDS Infrastructuren en het LSP moeten ondersteunen.



VZVZ is gevraagd om, gezamenlijk met RSO NL en alle betrokken partijen, hiervoor een programmaplan uit te werken. Dit programmaplan geeft aan op welke wijze realisatie plaats van een landelijk dekkende infrastructuur plaats kan vinden en welke financiering daarvoor benodigd is.



Het plan is mede bedoeld om het draagvlak te onderschrijven bij de relevante zorgpartijen zodat toekomstige financiers ook de zekerheid geboden wordt dat de infrastructuur daadwerkelijk in gebruik genomen zal worden.





## **Projectdoelstelling**

Het faciliteren van meerdere zorgprocessen door realisatie van een landelijk dekkende infrastructuur die wordt gebruikt



Juiste informatie op juiste moment op de juiste  
plek voor juiste zorgverlener (en burger)



## **Uitgaande van de functionele behoefte**

“ Kijk naast het interoperabiliteits-niveau 'infrastructuur en techniek' ook naar de bovenliggende interoperabiliteits-niveaus; hierbij dient de gebruiker niets te merken van de onderliggende infrastructuur (of systemen en informatie standaarden), maar *dient de gebruiker ondersteund te worden bij de uitvoering in de oefening van het zorgproces.* ”

Advies van AcZie (2013)





Nederlandse Vereniging voor  
**Radiologie**

## Wat is de visie van de radioloog/NVvR?

...inzicht en  
overzicht ...

Beeldvorming maakt integraal deel uit van het gehele zorgproces (1e, 2e en 3e lijn). De radioloog biedt toegevoegde waarde in de vorm van kwaliteit en continuïteit van beeldvorming voor de behandelend arts en voor de patiënt. Dit betreft zowel de keuze als uitvoering van radiologisch onderzoek op elk moment in het zorgproces, als het inzicht en overzicht van beschikbare beeldvorming over een patiënt in de tijd, de interpretatie daarvan en de communicatie daarover.



De rol van de radioloog  
in 2020

Strategische visie Nederlandse Vereniging voor Radiologie

...over de  
grenzen van  
zorginstellingen...

Via standaardisering en automatisering kan radiologische expertise over de grenzen van individuele zorginstellingen toegankelijk worden gemaakt. Dit betekent dat radiologische zorg 24/7 en onafhankelijk van de locatie voor iedere patiënt bereikbaar wordt. Door samenwerking in regionale verbanden, eventueel aangevuld met landelijke expertisecentra of -netwerken, kan passende en specialistische zorg worden geboden en ontsloten voor alle patiënten in de regio, ongeacht het ziekenhuis waar iemand binnenkomt. Dit



En daardoor ook  
de behandelaar

## Wat omvat de visie van de NVvR?

“Binnen 3 jaar heeft elke radioloog in zijn eigen werkomgeving (RIS/PACS) beschikking over de volledige relevante beeld-historie (verslagen en beelden) van een naar hem/haar verwezen patiënt.”

Vijf situaties uit de dagelijkse praktijk van de patiëntenzorg:

- patiënt (trauma, IAT, etc.) wordt met spoed overgeplaatst en beelden moeten mee c.q. door het ontvangende centrum beoordeeld kunnen worden
- er vindt (regionaal) multidisciplinair overleg (MDO) plaats, waarbij beelden nodig zijn om de diagnostische bevindingen te bespreken en behandelbesluiten te kunnen nemen
- radioloog wil zeldzame/complex casuïstiek overleggen met collega in een expertisecentrum
- bij beoordeling van een onderzoek is vergelijken met eerder (elders) uitgevoerd onderzoek wenselijk
- patiënt neemt (selectie van) eigen beelden mee op CD/DVD bij overplaatsing/doorverwijzing



Nederlandse Vereniging voor  
**Radiologie**



### Functioneel

- Radiologen
- Behandelaars



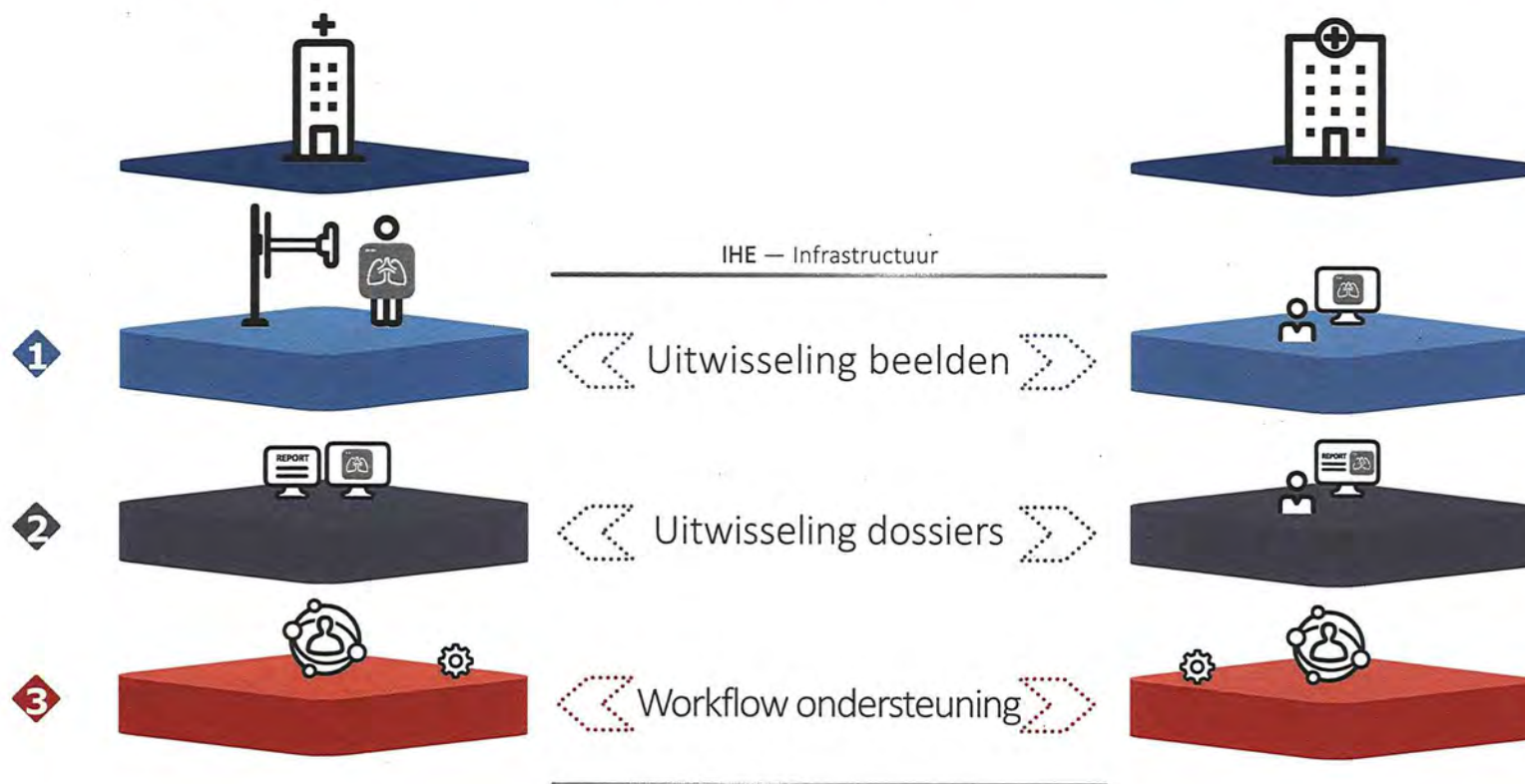
### Technisch

- Ontwikkelaars
  - Leveranciers
-

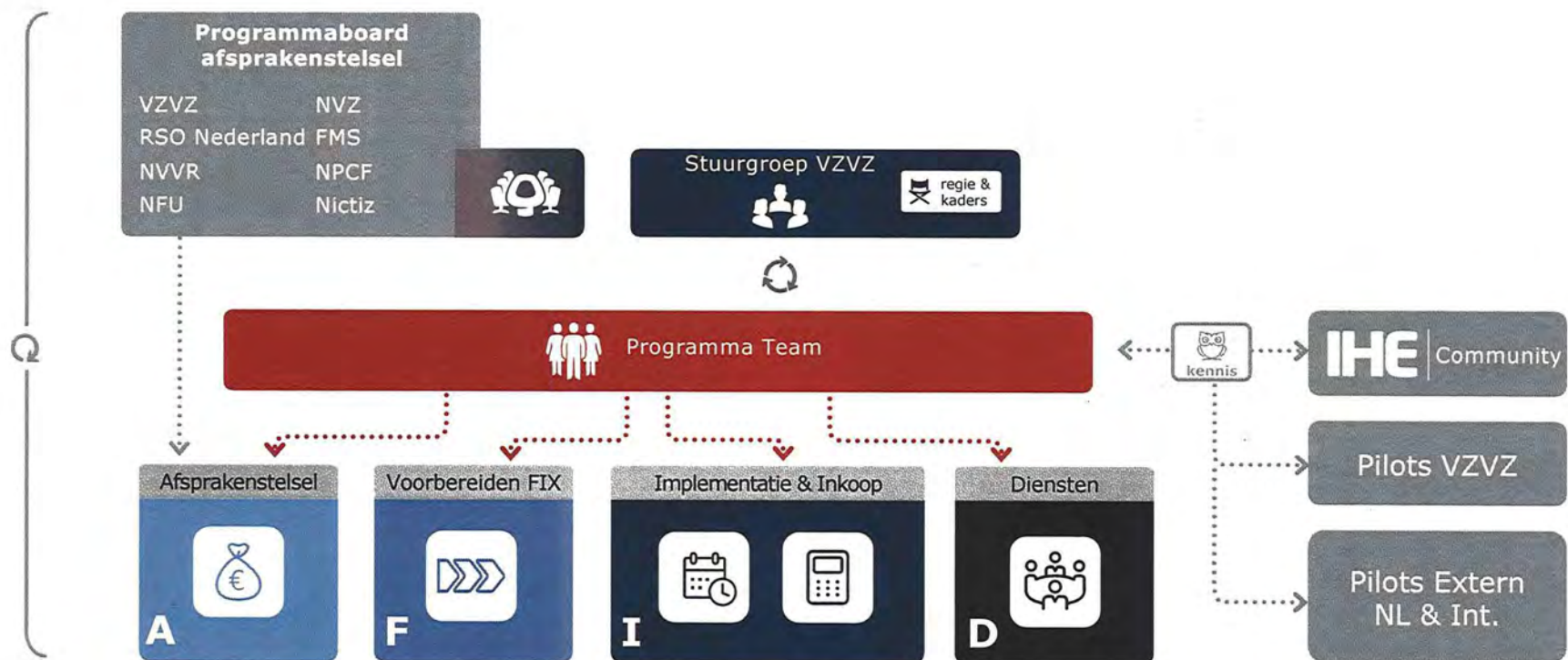
# **Programma aanpak**



# Zorgtoepassingen - groeimodel



# Organisatie



## Deliverables

**IHE**  
 Basis IHE infrastructuur  
 Inkoop & implementatie  
 Drie aantoonbare werkende use cases  
 Gereed voor uitbreiding & opschaling



### Diensten

Diensten VZVZ  
 Diensten RSO NL  
 Diensten van derden

### Afsprakenstelsel

Juridisch  
 Functioneel/Technisch  
 Semantisch  
 Organisatorisch



### FIX

Uitbreiden en opschalen  
 Subsidie  
 Financiering  
 Audit

Plan  
 Act Do  
 Check







- < Omarmt AcZie TWIN initiatief?
- < Hoe samenwerking?
- < Vertegenwoordiging vanuit NFU?
  - < CIO
  - < CMIO
  - < Citrien/Oncologie
  - < Radiologen
  - < ...



## NOTA TER BESLUITVORMING

Voorstel voor vaststellen van standaarden elektronische uitwisseling van medische beelden (XDS en ondersteunende profielen)

IHE Nederland, RSO Nederland, NVZ, NFU en Nictiz leggen het volgende besluit voor

### 1 Inleiding

Zorginstellingen streven naar betere samenwerking en de daarvoor essentiële goede informatie-uitwisseling om daarmee kwalitatief goede en patiëntgerichte zorg te kunnen leveren, op basis van standaarden die zowel regionaal, landelijk en bij voorkeur zelfs internationaal erkend zijn. Een groot aantal initiatieven en organisaties is hierin actief. Het heeft als resultaat een hoge mate van digitalisering van de zorg en veel voorbeelden van succesvolle regionale en landelijke uitwisselingen. Er zijn echter ook veel voorbeelden van stokkende innovatie, informatie die nog niet gedeeld wordt, onbenut potentieel en lokale implementaties die niet zijn gebaseerd op standaarden. Gebrek aan eenheid van taal, verkoking van infrastructuur, ontbrekende regie, etc. zijn oorzaken hiervan. Maar ook het onvoldoende leren van elkaar en inzetten van oplossingen die zich bewezen hebben.

Bewezen oplossingen en best practices zijn er weldegelijk. Deze vereisen gezamenlijke keuzes, inrichting van sturing, verbetering van de samenwerking, het maken van afspraken, verdere standaardisatie, actieve kennisdeling etc.

Daarom stellen IHE Nederland, RSO Nederland, NVZ, NFU en Nictiz dat samenwerking moet worden gezocht bij het vaststellen van bewezen standaarden en bij het maken van gezamenlijke keuzes over implementaties. Daarnaast bestaat behoefte aan kennisdeling en gezamenlijke meerjareninnovatie om bestaande oplossingen toepasbaar te maken in de praktijk aan de hand van concrete casuïstiek, zoals in onderstaande casus van beelduitwisseling.

De gewenste aanpak is gericht op implementatie van bewezen oplossingen in alle relevante aspecten van de zorginformatievoorziening: beleid, proces, informatie, applicatie en techniek. Dus méér dan alleen afspraken maken over op zichzelf staande standaarden of infrastructuur. Deze nota richt zich op het vaststellen van standaarden waarna implementatie van regionale en landelijke projecten kan starten.

In deze nota beschrijven de indieners deze aanpak, toegespitst op de casuïstiek van beelduitwisseling<sup>1</sup> in de zorg.

Stap één is het vaststellen van standaarden.

Concreet doel: stel standaarden vast die nodig zijn om beelden veilig en



#### DATUM

10-000-0000

#### OPGESTELD DOOR

IHE Nederland

#### AFGESTEMD MET

RSO Nederland

NVZ

NFU

Nictiz

#### BIJLAGE(N)

<sup>1</sup> Het betreffen medische beelden, zoals radiologie, cardiologie, MDL en medische fotografie (ook bekend als PACS-I en PACS-II beelden).

efficiënt uit te wisselen, passend binnen het bestaande duurzame informatiestelsel. Met deze standaarden kan vervolgens in alle regio's direct gestart worden met elektronisch uitwisselbaar maken van alles wat nu nog vaak per cd/dvd wordt uitgewisseld, zoals medische beelden en (radiologie-) verslagen.

Nota bene: deze standaarden zijn bruikbaar voor diverse vormen van elektronische uitwisseling van medische gegevens, zoals (laboratorium-) uitslagen, verslagen en zorginformatiebouwstenen.

## 2 Beslispunten voor het Informatieberaad

De indieners stellen voor om in de eerste fase alle standaarden die benodigd zijn voor een eenvoudige en efficiënte beelduitwisseling (zie hoofdstuk 4) deel uit te laten maken van de basisinfrastructuur. Deze standaarden stellen leveranciers in staat de benodigde ontwikkelingen te realiseren (indien nog niet gedaan), de werking aan te tonen tijdens een Connectathon met andere leveranciers en vervolgens deze standaarden te implementeren bij zorginstellingen.

Met het vaststellen van deze standaarden door het Informatieberaad worden de bouwstenen aan het duurzame informatiestelsel toegevoegd. Hiermee wordt duidelijk waaraan leveranciers moeten voldoen. Dit geeft enerzijds zorginstellingen de mogelijkheid selectietrajecten te vereenvoudigen en anderzijds geeft dit richting aan het strategisch overleg met bestaande leveranciers.

**Besispunt: kunt u instemmen met de in hoofdstuk 4 genoemde standaarden ten behoeve van beelduitwisseling voor opname in het duurzame informatiestelsel in de zorg?**

Met het vaststellen van deze standaarden heeft het Informatieberaad een middel in handen om te sturen op specificaties en eisen van interoperabiliteit en compatibiliteit.

## 3 Digitalisering beelduitwisseling in vogelvlucht

- Al sinds 2004 zijn IHE-standaarden beschikbaar voor het uitwisselen van beelden tussen diverse radiologiesystemen. De eerste pilots startten in Amsterdam vanaf 2007 en in het noorden van Nederland worden momenteel jaarlijks meer dan 300.000 onderzoeken uitgewisseld tussen 12 ziekenhuizen in de regio Friesland, Groningen en Drenthe. Ook in Rijnmond, Amsterdam, Utrecht, Eindhoven en Breda lopen projecten en/of productie op basis van XDS. De bestaande standaarden zijn toereikend om tot een landelijke en zelfs mondiale dekking te komen.
- Enkele jaren geleden zijn wet- en regelgeving rondom elektronische gegevensuitwisseling in de zorg aangescherpt, waardoor diverse bestaande applicaties en het regulier versturen van cd/dvd's niet meer



voldoen aan bijvoorbeeld de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). De voorgestelde standaarden, aangevuld met landelijke en regionale implementatie richtlijnen, ondersteunen de implementatie en handhaving van de strenge wet- en regelgeving.

- Diverse standaarden worden momenteel tot een nieuw profiel gevormd als invulling van de architectuur voor Gespecificeerde Toestemming Structuur (GTS). Hierbij wordt de door de patiënt vastgelegde toestemming in LSP- en XDS-infrastructuren getoetst aan de IHE-standaarden. Hiervoor worden o.a. DSUB en XCPD gebruikt. De infrastructuur van GTS wordt nu geïntegreerd met de uitwisselingssystemen van XDS en getest in een Proof of Concept binnen Proves<sup>2</sup>.
- De standaarden zijn gratis en vrij beschikbaar en kunnen worden toegevoegd aan bestaande applicaties voor zorgverleners, waarmee zij vanuit hun eigen systemen beelden kunnen raadplegen die beschikbaar zijn gesteld door ketenpartners.
- De standaarden worden ook gedeeld met MedMij (IHE-MHD profiel<sup>3</sup>), waarmee PGO's de mogelijkheid krijgen beelden weer te geven. Hiermee kunnen patiënten aan zorgverleners inzage geven in beschikbare onderzoeken, daarmee regie nemen en mogelijke herhaalonderzoeken voorkomen.
- De grootste drempels zijn momenteel het achterblijven van ontwikkelingen bij diverse PACS en xIS leveranciers. De verwachting is dat leveranciers zullen volgen, zodra de vraag naar interoperabiliteit op basis van standaarden vanuit de zorginstellingen toeneemt. We verwachten een afname van het aantal implementaties met maatwerkoplossingen die niet zijn gebaseerd op standaarden. Dit resulteert in meer budgetten en resources voor duurzame ontwikkelingen en implementaties. Door het nemen van regie over het vaststellen van standaarden, wordt bij zowel leveranciers als zorginstellingen efficiënter gebruikt gemaakt van budgetten en resources.
- Gebruik van internationale standaarden zijn voor internationale leveranciers van grote toegevoegde waarde; ze hoeven immers niet voor ieder land andere standaarden te ontwikkelen en daarmee voor Nederland ongewenst maatwerk realiseren.
- Beheer (zoals het afhandelen van wijzigingsverzoeken afkomstig van implementatieprojecten), ontwikkeling van nieuwe profielen en het toetsen van de kwaliteit van de ontwikkelde profielen zijn geborgd in het ISO gecertificeerde proces van IHE (zie paragraaf 6).

#### 4 Standaarden en profielen

IHE heeft diverse profielen die gebruikt worden voor het elektronisch uitwisselen van medische beelden. Deze profielen zijn ook toepasbaar voor het elektronisch uitwisselen van andere informatiebouwstenen

<sup>2</sup> Meer informatie: <https://www.vzvv.nl/proves>

<sup>3</sup> Profiel voor mobile devices  
[https://wiki.ihe.net/index.php/Mobile\\_access\\_to\\_Health\\_Documents\\_\(MHD\)](https://wiki.ihe.net/index.php/Mobile_access_to_Health_Documents_(MHD))



(uiteraard m.u.v. XDS-I.b).

1. IHE XCPD: Cross-Community Patient Discovery
2. IHE XCA: Cross-Community Access
3. IHE CT: Consistent Time
4. IHE ATNA: Audit Trail and Node Authentication
5. IHE BPPC: Basic Patient Privacy Consents
6. IHE APPC: Advanced Patient Privacy Consents
7. IHE XUA: Cross-Enterprise User Assertion
8. IHE PIX: Patient Identifier Cross-Referencing
9. IHE PDQ: Patient Demographics Query
10. IHE XDS.b: Cross-Enterprise Document Sharing
11. IHE XDS-I.b: Cross-Enterprise Document Sharing for Imaging
12. IHE PIR: Patient Information Reconciliation
13. IHE DSUB: Document Subscription
14. IHE XDM: Cross-enterprise Document Media Interchange

XDS.b, XDS-I.b, CT, BPPC, ATNA, XCA en XUA worden op grote schaal in Nederland toegepast. Alle XDS implementaties gebruiken deze profielen en afhankelijk van extra toepassingen worden aanvullende profielen gebruikt voor workflow ondersteuning (DSUB) of acute zorg (PIR of PIX). XDM profiel wordt sinds kort gebruikt in Nederland als tussenfase voor de implementatie van XDS en ondersteunende profielen.

*IHE XCPD: Cross-Community Patient Discovery*

Profiel voor het zoeken van patiënten tussen diverse affinity domains<sup>4</sup>. Dit profiel is nodig als de primaire sleutel BSN niet beschikbaar is, (zoals bij acute zorg) en kan daarmee patiënten op basis van zoektermen aan elkaar koppelen.

*IHE XCA: Cross-Community Access*

Profiel voor het koppelen van affinity domains, zoals tussen diverse RSO's, zorginstellingen met eigen affinity domain met een RSO of tussen diverse zorginstellingen met een eigen affinity domain. Nictiz en RSO Nederland hebben een handreiking met onder andere implementatie richtlijnen en adviezen.

*IHE CT: Consistent Time*

Met dit profiel hebben alle aangesloten servers dezelfde systeemtijd en zijn daarmee consistent.

*IHE ATNA: Audit Trail and Node Authentication*

Het ATNA profiel logt alle handelingen van het registreren en raadplegingen van beelden en documenten binnen het affinity domain. Deze logging kan beschikbaar worden gesteld aan zowel beheerafdelingen als patiënten. ATNA is NEN7513 compliant.

*IHE BPPC: Basic Patient Privacy Consents*

<sup>4</sup> Juridische en technische samenwerking van één of meerdere zorginstellingen met een verwijzindex

---

Profiel voor het vastleggen van (eenvoudige) toestemmingen van de patiënt. Tijdens het raadplegen van documenten en beelden wordt het BPPC getoetst en krijgt de gebruiker alleen te zien wat is vastgelegd in de toestemming.

*IHE APPC: Advanced Patient Privacy Consents*

Profiel voor het vastleggen van toestemming van de patiënt met een uitgebreider en complexer profiel, zoals een combinatie met meerdere zorgverlenerscategorieën, informatiebouwstenen en/of rollen voor raadplegen.

*IHE XUA: Cross-Enterprise User Assertion*

Met XUA vindt autorisatie plaats tijdens het raadplegen door een gebruiker. Per affinity domain worden rollen en bevoegdheden afgesproken die door XUA worden 'geforceerd'.

*IHE PIX: Patient Identifier Cross-Referencing*

Met PIX kunnen patiënten worden gezocht binnen een affinity domain met vooraf opgegeven criteria, zoals de combinatie achternaam – geboortedatum.

*IHE PDQ: Patient Demographics Query*

Met PDQ kunnen patiënten worden gezocht binnen één affinity domain.

*IHE XDS.b: Cross-Enterprise Document Sharing*

XDS.b is het bekendste profiel van IHE waarbij het registeren en raadplegen van documenten is vastgelegd.

*IHE XDS-I.b: Cross-Enterprise Document Sharing for Imaging*

XDS-I.b is het profiel is vergelijkbaar met XDS.b en specifiek gemaakt voor medische beelden, doorgaans voor (hele) grote bestanden.

*IHE PIR: Patient Information Reconciliation*

PIR stelt systemen in staat verkeerd geïdentificeerde of ongevalideerde patiënten te vinden.

*IHE DSUB: Document Subscription*

DSUB maakt het mogelijk op basis van metadata notificaties te sturen naar geconfigureerde abonnees.

*IHE XDM: Cross-enterprise Document Media Interchange*

XDM transporteert beelden, documenten en metadata met behulp van cd/dvd, USB sticks of mailbijlagen, gestandaardiseerd en veilig.

Meer informatie is te vinden op de IHE-wiki website:  
[https://wiki.ihe.net/index.php/Main\\_Page](https://wiki.ihe.net/index.php/Main_Page)

## 5 Over IHE Nederland

IHE Nederland is de Nederlandse tak van de – belangeloze – internationale IHE-organisatie, opgericht in 2004 door en voor gebruikers en leveranciers van IT in de Nederlandse gezondheidszorg. IHE Nederland richt zich op de procesgang en integratie van IT-systemen in ziekenhuizen en alle aspecten van integratie rond het EPD (Elektronisch Patiënten Dossier).

### Missie

De missie van IHE is het promoten van het internationale IHE-raamwerk ten behoeve van veilig, doelmatig en efficiënt verzamelen, integreren en uitwisselen van klinische patiënt- en procesinformatie. Met als doel een efficiënt en effectief zorgproces en een optimale medische zorg voor de cliënt/patiënt te bevorderen. Deze doelstelling is opgenomen in de statuten van de stichting IHE Nederland.

### Doelstelling

IHE stelt praktische oplossingen voor workflow en systeemintegratie beschikbaar, gebaseerd op wereldwijde standaarden als DICOM voor de PACS-omgeving en HL7 voor de RIS/ZIS-omgeving. IHE biedt deze oplossingen, zogenaamde profielen, voor de verschillende domeinen binnen de gezondheidszorg. IHE definieert per domein integratieprofielen die verzameld worden in Technical Frameworks. Deze integratieprofielen zijn bouwstenen voor geïntegreerde oplossingen waarbij interoperabiliteit tussen de verschillende deelsystemen gegarandeerd wordt.

IHE Nederland tracht haar doel onder andere te verwezenlijken door het samenbrengen en informeren van belanghebbenden en het stimuleren van praktische toepassingen, gebaseerd op het IHE-raamwerk. Hiermee krijgt de zorgverlener toegang tot relevante patiëntgegevens op de juiste plaats, op het juiste moment. De zorgverlener wordt zo ondersteund in optimale besluitvorming en efficiëntie in de zorgverlening. Het IHE-raamwerk is de basis voor een te ontwikkelen Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) ten behoeve van de Nederlandse gezondheidsinstellingen.

## 6 Het ontwikkelproces

Sinds 1998 vinden de IHE-ontwikkelingen plaats volgens een strak gedefinieerde cyclus met een vaste doorlooptijd. Elk jaar verschijnen nieuwe IHE-integratieprofielen, gericht op actuele vraagstukken en getest door leveranciers in grootschalige testsessies (Connectathons<sup>5</sup>). Voor het ontwikkelen van integratieprofielen werkt IHE volgens een gedefinieerd en gecoördineerd proces, gecertificeerd met ISO 28380-1:2014.

<sup>5</sup> Zie <https://www.ihe-nl.org/over-ihe/het-proces/connectathon>



### **De vier stappen van het ontwikkelproces zijn:**

#### *Identificeren van interoperabiliteitsproblemen*

Clinici en IT-specialisten werken samen om veel voorkomende interoperabiliteitsproblemen, op het gebied van de toegankelijkheid van informatie, de klinische werkschema's en beheer en identificatie van de onderliggende infrastructuur, te definiëren.

#### *Omschrijven van het integratieprofiel*

IT-specialisten met ervaring in de gezondheidszorg identificeren standaarden waarmee problemen kunnen worden aangepakt. Ze maken specifieke keuzes en leggen deze vast in een IHE integratieprofiel.

#### *Testen tijdens een Connectathon*

Leveranciers implementeren een of meer IHE integratieprofielen in hun producten. Ze testen de onderlinge interoperabiliteit van hun systemen tijdens een van de jaarlijkse Connectathons; technische sessies die onder auspiciën van IHE North America, IHE Europe en IHE Asia worden georganiseerd. Resultaten van de Connectathon zijn publiekelijk inzichtelijk, zodat zorginstellingen kunnen zien welke profielen de (beoogde) leverancier ondersteunt<sup>6</sup>.

#### *Publiceren van verklaringen en gebruik van RFP's (offerteaanvragen)*

Leveranciers publiceren IHE-integratieverklaringen om aan te geven welke IHE-integratieprofielen door hun producten worden ondersteund. Gebruikers kunnen de IHE-integratieprofielen bij offerteaanvragen als referentie gebruiken. Zo wordt de gewenste functionaliteit en interoperabiliteit eenduidig vastgelegd. Uiteindelijk leidt dit tot efficiënte en soepele integratie bij implementatie.

## **7 Implementatie**

Implementatie van beelduitwisseling wordt projectmatig aangepakt, waarbij doorgaans de afdeling radiologie de opdrachtgever is en de afdeling ICT de uitvoerder. Projecten behelzen alle vijf lagen van interoperabiliteit: techniek, applicatie, informatie, proces en beleid. Daarom is de naam 'XDS-project' ook geen gelukkig gekozen naam: het doet suggereren dat de focus ligt op de techniek.

Implementatie van XDS-projecten gebeurt regionaal, waarbij twee of meerdere zorginstellingen, use case gestuurd, de implementatie gezamenlijk uitvoeren. Indien een Regionale Service Organisatie (RSO) actief is in de regio, ligt regie doorgaans bij de RSO. Onderdeel van de implementatie is het maken van afspraken over onder andere invulling van toestemming patiënt, audits op logging en rollen en bevoegdheden. RSO's bieden ook ondersteuning bij architectuur, delen kennis en maken gezamenlijke afspraken met leveranciers.

RSO Nederland werkt momenteel aan een nieuwe versie van de (XDS-)

<sup>6</sup> Zie <https://connectathon-results.ihe.net/>

handreiking interoperabiliteit waarbij landelijke afspraken worden gemaakt over architectuur, metadata, testen, toestemming en rollen en bevoegdheden. Deze handreiking beperkt de complexiteit bij implementaties en geeft advies en richting bij aansluiting van nieuwe regio's en zorginstellingen.

## 8 Programma Implementatie Europese Zorgdiensten

ICTU en Nictiz voeren in opdracht van het ministerie van VWS een verkenning uit naar de behoefte bij zorginstellingen aan medische informatie-uitwisseling over de grens. Tijdens deze verkenning wordt geïnterviewd welke Nederlandse zorginstellingen (ziekenhuizen, SEH, HAP's) willen participeren in het Programma Implementatie Europese Zorgdiensten (PIEZO). Dit programma is in eerste instantie gericht op EU-inwoners die in Nederland ongeplande zorg nodig hebben. Bij het verlenen van zorg kunnen artsen een patiëntsamenvatting opvragen bij het land van herkomst.

Voor PIEZO zijn de volgende profielen vereist:

1. IHE XCPD: Cross-Community Patient Discovery\*
2. IHE XCA: Cross-Community Access\*
3. IHE XCF: Cross-community Fetch
4. IHE CT: Consistent Time\*
5. IHE ATNA: Audit Trail and Node Authentication\*
6. IHE BPPC: Basic Patient Privacy Consents\*
7. IHE XUA: Cross-Enterprise User Assertion\*
8. IHE XDR: Cross-Enterprise Document Reliable Interface

\* Profiel wordt ook gebruikt voor beelduitwisseling

Bovenstaand programma geeft aan dat profielen internationaal toepasbaar zijn en herbruikbaar bij verschillende zorgtoepassingen. Dit helpt bij het ontwerpen van dergelijke programma's en verminderd de impact bij (internationale) leveranciers.

**2. Interoperabiliteit; API's Technische voorwaarden voor een open systeem creëren (de stekkers, komen tot lijst van api's) door werkgroep: 10.2.e en CIO platform.**

**3. Uitwisselingsstandaarden Komen tot lijst van uitwisselingsstandaarden door werkgroep: 10.2.e**

Input is binnen via 10.2.e en 10.2.e

**Voorstel is om items 2 en 3 als één onderwerp te behandelen**

De input bestaat uit:

- de kaders en vraagstelling
- én de (mogelijke) oplossingen en invulling hiervan.

In kader van TWIN komen we niet alleen met de benodigde profielen, maar zeker ook met de detail beschrijving, de lokalisatie van de profielen en een testomgeving van IHE waarin dit door de leveranciers getoetst kan/moet worden.

De profielen die genoemd worden zijn allemaal ITI (infrastructuur) profielen die veel leveranciers zo kunnen leveren. Waar met name Chipsoft en Epic zich op moeten gaan richten is de contentprofielen zoals bijvoorbeeld XDS-MS (de medische samenvatting die wij BGZ noemen) en XD-Lab (CDA met labuitslag) en bijvoorbeeld in kader perinatologie/babyconnect de reguliere overdracht (PWD dataset). In de Europese set staan daarom ook een aantal content profielen: [https://www.ihe-europe.net/sites/default/files/Flyer\\_27\\_profile.pdf](https://www.ihe-europe.net/sites/default/files/Flyer_27_profile.pdf)

M.a.w. focus vooral op inbouwen van content en die laten uitwisselen via de genoemde IHE profielen.

We denken daarbij aan een vergelijkbare opzet als in Zwitserland. Zie daarvoor bijgaande link naar profielen: <https://www.e-health-suisse.ch/technik-semantik/epd-projectathon/programmierhilfen-epd/relevante-spezifikationen.html>

Dit gaan we binnen TWIN wel opleveren, maar die zijn er nu nog niet.

Tot zover een "snel antwoord". De echte invulling pakken we op, maar is nog niet klaar.



# **Uitwisselingsstandaarden**

Oktober 2018



**umcg**

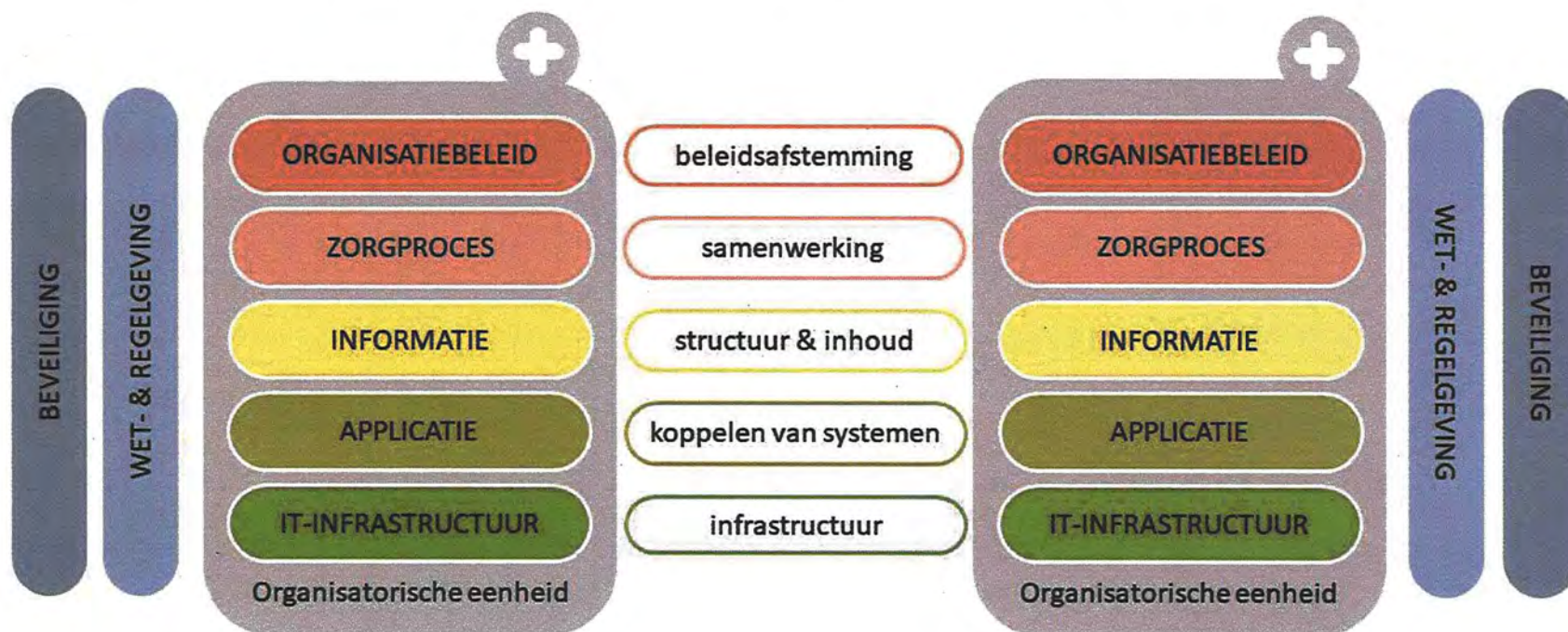
# Vraagstelling

- Huidige situatie: onvolkomen markt met 2 dominante leveranciers
  - 1) Hoe kunnen we de uitwisselingsstandaarden in de zorg sneller implementeren?
  - 2) Hoe kunnen we dit voor alle ziekenhuizen in één keer en daarmee kosten efficiënt doen?
- Deelvragen:
  - welke uitwisselingsstandaarden zijn er?
  - Welke daarvan al geïmplementeerd?
  - Welke nog niet? Of ten dele?
  - Welke adviezen omdat alsnog snel en tegen zo laag mogelijke kosten toe te passen?

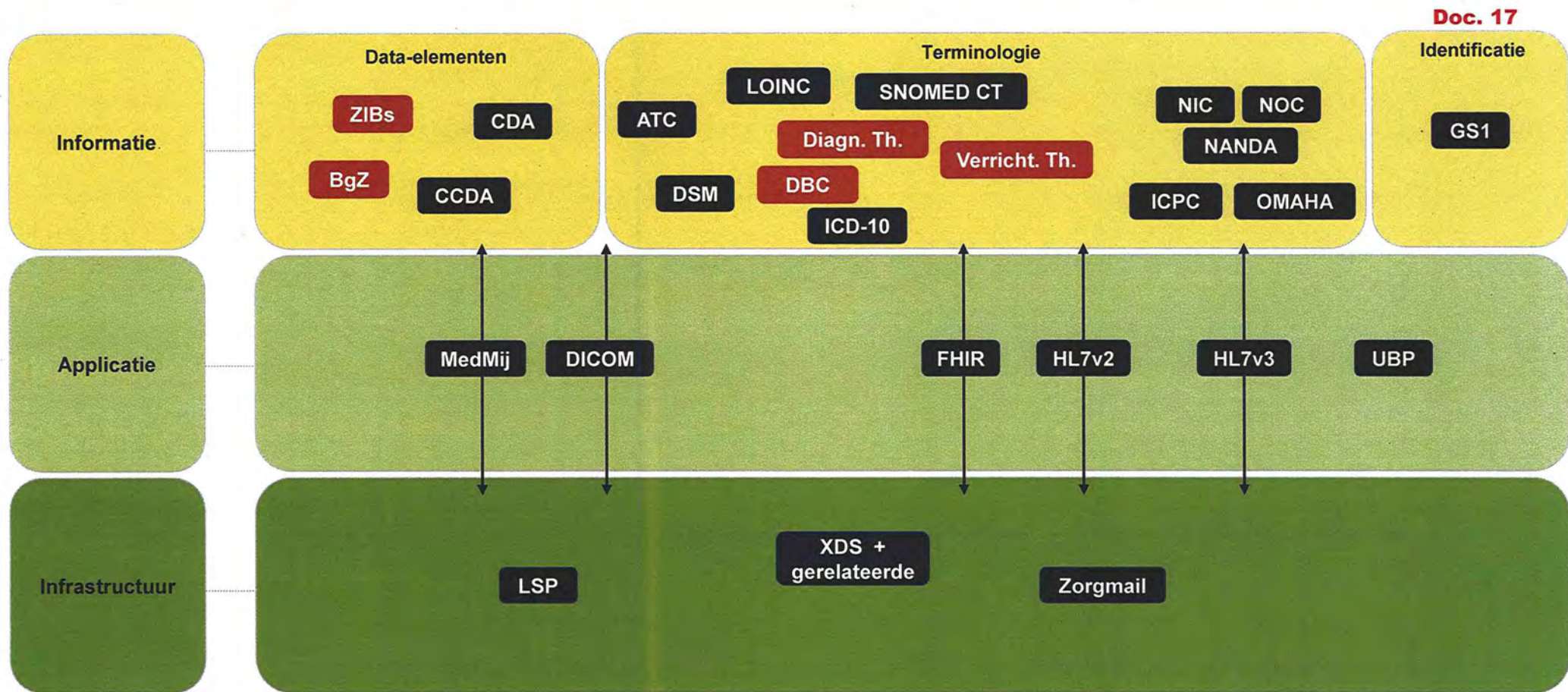


# Welke uitwisselingsstandaarden zijn er?

## Adhv. 5-lagen model Nictiz - interoperabiliteit







**umcg**

Nog verder uit te werken voor uitwisselingsstandaarden:

- Welke daarvan al geïmplementeerd?
- Welke nog niet? Of ten dele?
- Welke adviezen omdat alsnog snel en tegen zo laag mogelijke kosten te doen?





## Mogelijke adviezen (nog work-in-progress)

1. Versterking gezamenlijk opdrachtgeverschap richting Chipssoft om versnelling te bewerkstelligen
  2. Versterking gezamenlijk opdrachtgeverschap richting Epic om versnelling te bewerkstelligen
  3. Min van VWS: net als Engelse regering de vereiste toepassing van open standaarden in regelgeving opnemen. Ook omdat standaarden nog steeds in ontwikkeling zijn en zullen blijven
- ....
  - Doorgaan met harmoniseren standaarden  
Zet initiatieven voort om keuzes maken te maken voor bepaalde standaarden om dubbelingen te voorkomen (zoals het terminologiecentrum nu doet voor terminologiestandaarden) en uniformiteit/interoperabiliteit te bevorderen
  - .....





## **Stip op de horizon**

# **Transformatie naar een zorg ondersteunende wijze van elektronisch patiëntengegevens vastleggen**

### **Waarom is een stip op de horizon nodig?**

In het huidige nadenken over het vastleggen van patiëntengegevens ten behoeve van zorg wordt nog veel te veel uitgegaan van de beperkingen van de huidige organisatie van zorg (specialisme- en instellingsgericht) en van de huidige EPD's (idem). Om de noden rondom het vastleggen van patiëntengegevens duidelijk te formuleren is het nodig los te komen van de huidige denkkaders en technische mogelijkheden en te beschouwen waar de zorg naar toe gaat en hoe daar op aan te sluiten. Deze notitie wil daar een aanzet toe doen.

### **De zorg en het EPD, de status quo**

De zorg voor patiënten wordt steeds meer multidisciplinair vorm gegeven. Dit zien we binnen instellingen, maar daarnaast bestaat er ook een toenemende behoefte aan instelling overstijgende zorg, waar ook zorg die de patiënt thuis ontvangt onder valt. Ook wensen steeds meer patiënten zich op een actieve manier tot hun gezondheidsinformatie te verhouden. Zij moeten daarvoor gelijkwaardig geïnformeerd zijn. Dit vereist een integrale informatievastlegging rondom de patiënt, iets dat momenteel niet gerealiseerd wordt. 'De Elektronische Patiënten dossiers (EPD's) zijn vrijwel zonder uitzondering instellingsgebonden en daarbinnen wordt, conform de organisatie van de zorg, veelal per (sub-)specialisme vastgelegd mede ten behoeve van financieel administratieve afhandeling. De informatie raakt daardoor zowel versnipperd binnen de muren van één instelling als over de muren heen en bevat veel herhalingen maar ook hiaten, hetgeen het overzicht voor zowel patiënt als zorgverlener niet ten goede komt. Deze onoverzichtelijkheid creëert potentieel nadelige gevolgen voor de geleverde zorg. Het zorgt er tevens voor dat er in de zorg nog frequent patiënten informatie op ouderwetse manier wordt gedeeld per fax of op andere niet digitale wijze.

### **Uitgangspunten voor het vastleggen van patiëntengegevens**

Hoe kunnen we patiëntengegevens zo vastleggen dat ze patiënt en hulpverlener ondersteunen gezamenlijk de beste zorg te realiseren. En waar moeten gegevensdragers aan voldoen om dit mogelijk te maken? Dit zijn de cruciale vragen die we ons moeten stellen, waarbij het de kunst is niet

de (on)mogelijkheden van de huidige EPD's als uitgangspunt te nemen, maar echt te exploreren wat de zorg nodig heeft. Met deze twee vragen in ons achterhoofd kunnen we de volgende uitgangspunten formuleren. Deze zijn vanzelfsprekend (nog) niet in steen gehouwen, maar vormen de opmaat voor de discussie:

- Patiëntengegevens moeten in een logische verband rondom de patiënt vastgelegd worden en niet per specialisme of ziekenhuis gegroepeerd zijn.
- Gegevens moeten in logische verbanden, los van instellingen of specialismen op te roepen zijn zodat op alle plekken waar zorg verleend wordt een integraal beeld mogelijk is.
- Patiëntengegevens moeten eenduidig en waar mogelijk eenmalig vastgelegd worden. Tevens moeten ze goed vindbaar zijn en moet er uitwisseling mogelijk zijn (analoog aan principes Registratie aan de bron/FAIR)
- Een gegevensdrager moet patiëntengegevens op een door de zorg ingegeven logische wijze weer kunnen geven.
- Een gegevensdrager moet alle zorgverleners toegang verschaffen tot relevante patiëntengegevens.
- Een gegevensdrager moet naadloze uitwisseling van informatie faciliteren.
- Een gegevensdrager moet de patiënt in staat stellen gegevens in te zien en toe te voegen.

Bij de (door)ontwikkelingen van de informatievoorziening in de zorg in brede zin (EPD, PGO etc) kunnen bovenstaande uitgangspunten als leidraad en toetssteen dienen.

Alternatief introduceren voor huidige leveranciers,  
om klantgerichtheid (op terrein van gegevensuitwisseling) te vergroten  
(werkgroep 5)

Oktober 2018



# Vraagstelling

- Vraagstelling:  
gegeven een onvolkomen markt met 2 dominante leveranciers,  
met als doelstelling het verhogen van de klantgerichtheid (op  
terrein van gegevensuitwisseling):  
is er een alternatief ZIS voorhanden zodat de klantgerichtheid van  
de leveranciers toeneemt? Dat moet zich uiten in makkelijker  
gegevensuitwisseling tussen patiënt – zorgverlener – andere  
betrokkenen.
- Huidige situatie voor Chipsoft en EPIC is verschillend, respectievelijk  
minder en meer klantgericht / open voor gegevensuitwisseling

# Alternatieven voor ZIS? Rondom ZIS?

- Voor het ZIS zelf:
  - Niet direct een alternatief al beschikbaar
  - Er is fors geïnvesteerd in bestaande oplossingen, waardoor niet op korte termijn een overgang mogelijk is zonder enorme transitiekosten
  - Idee van ZIS bestaande uit losse modules, gekoppeld via open standaarden:
    - Vergt nog lange doorlooptijd
    - Integratieprobleem van modules is groter dan binding aan één leverancier → is dit wel de gewenste oplossing?
- Rondom het ZIS
  - Veel ontwikkelingen van PGO's
    - Zoals Quly, IkDus, Apple, Philips, ... die fors investeren
  - Schil om Hix heen, zoals Maartenskliniek doet (data export uit Hix om daarbuiten te verrijken, data kan niet terug naar Hix tenzij zorgplatform aangeschaft)
  - Gegevensuitwisseling met XDS, bijv:
    - Samenwerking in Rijnmondse Regio met Hix, XDS
    - Samenwerking in Noorden met XDS (St. Gerrit)

# Conclusie / advies

- Geen snel alternatief voor ZIS zelf voorhanden
- Druk van 'buitenaf' op ZIS blijven stimuleren:  
ontwikkelingen rondom ZIS'en blijven stimuleren voor  
gegevensuitwisseling en PGO's:
  - Is toch introductie van nieuwe spelers op het veld, zoals Apple en Philips die heel fors investeren
  - Die druk geven druk op ZIS om opener te worden en standaards te volgen
- Onderzoek mogelijkheden van koppeling tussen Chipsoft / EPIC en Apple (PGO)
- ....



# Werkgroep 6 Diner Thuis

Platform voor uitwisseling

Onderzoeken DHD (Dutch Hospital Data) als platform voor gestandaardiseerde uitwisseling als “laag” over systemen

## Een landelijke infrastructuur voor kwaliteitsregistraties is dringend gewenst

- Zorgverzekeraars Nederland heeft in 2016 het initiatief genomen voor een Landelijke Infrastructuur Kwaliteitsregistraties (zie figuur op dia 5)
- NFU en NVZ onderzoeken of dit initiatief een vervolg kan krijgen, en of het mogelijk is dat DHD de dataverzamelaar kan zijn:
  - Registratie aan de bron – in het EPD. Geen / minimale bijkomende registratielast
  - Sterke reductie van het aantal organisaties dat patiëntgegevens vanuit ziekenhuizen verzamelt en bewaart
  - Geen de facto verplichte contracten met commerciële partijen; geen belemmeringen op doorlevering van patiëntgegevens in opdracht aan duidende partijen
  - Tijdige beschikbaarheid van de informatie die de duidende partijen genereren voor dokters, ziekenhuizen, zorgverzekeraars en transparantiekalender.

## Voorstel 'nutsvoorziening'

### Uitgangspunten

1. Zorgaanbieders verantwoordelijk
2. Best practices
3. Financiering centraal
4. Governance

### Randvoorwaarden

1. Beperkte registratielast
2. Adequate feedback
3. Uitkomstindicatoren zijn kern indicatorenset

### Ontwerp

1. Centraal 'schakelpunt'
2. Centrale data infrastructuur
3. Centraal beheer, bewerking, analyses (casemix!)
4. Centrale financiering
5. Adequate governance
6. Koppelingen mogelijk (ketenregistraties, comorbiditeit)
7. Continue verbetering individuele registraties

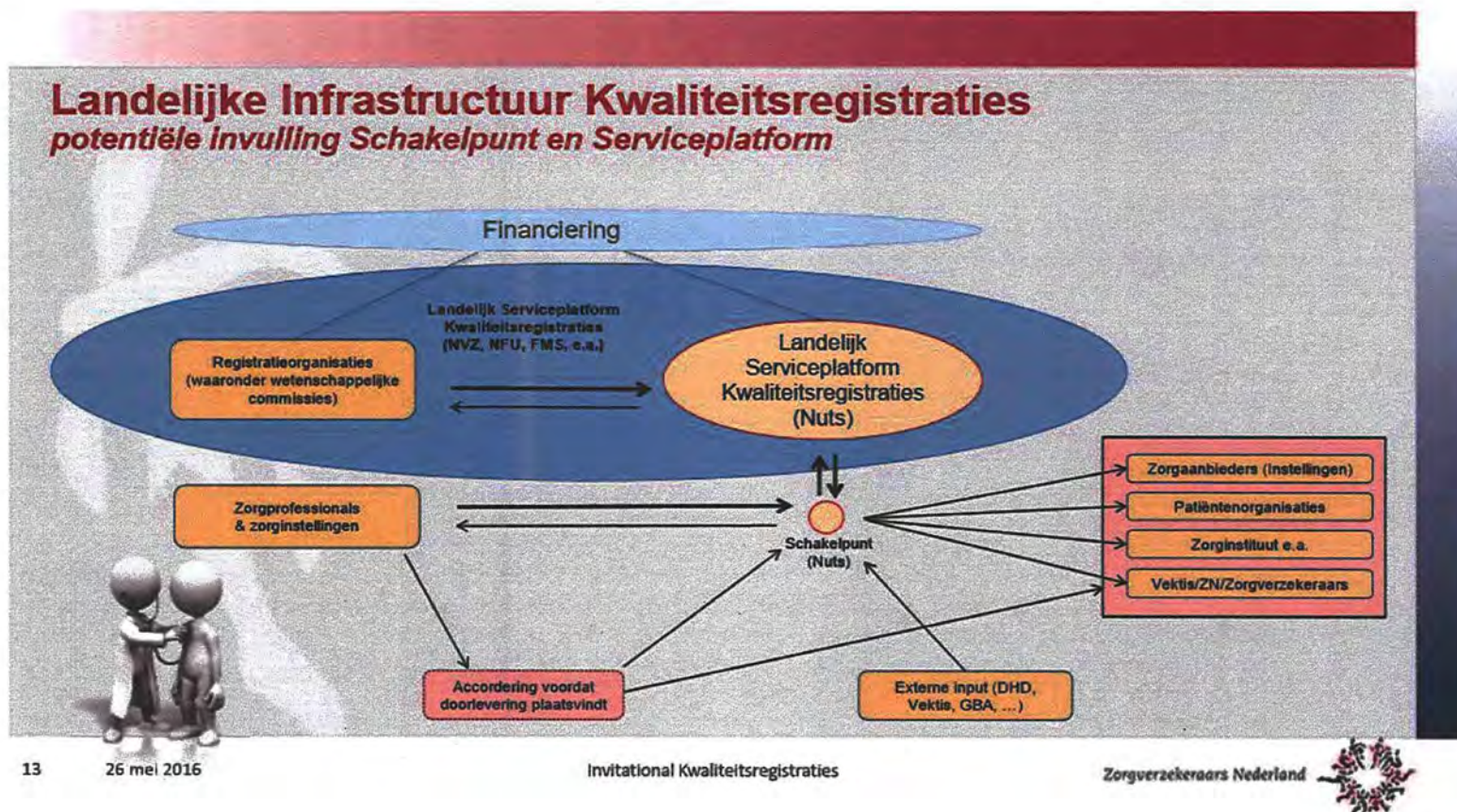




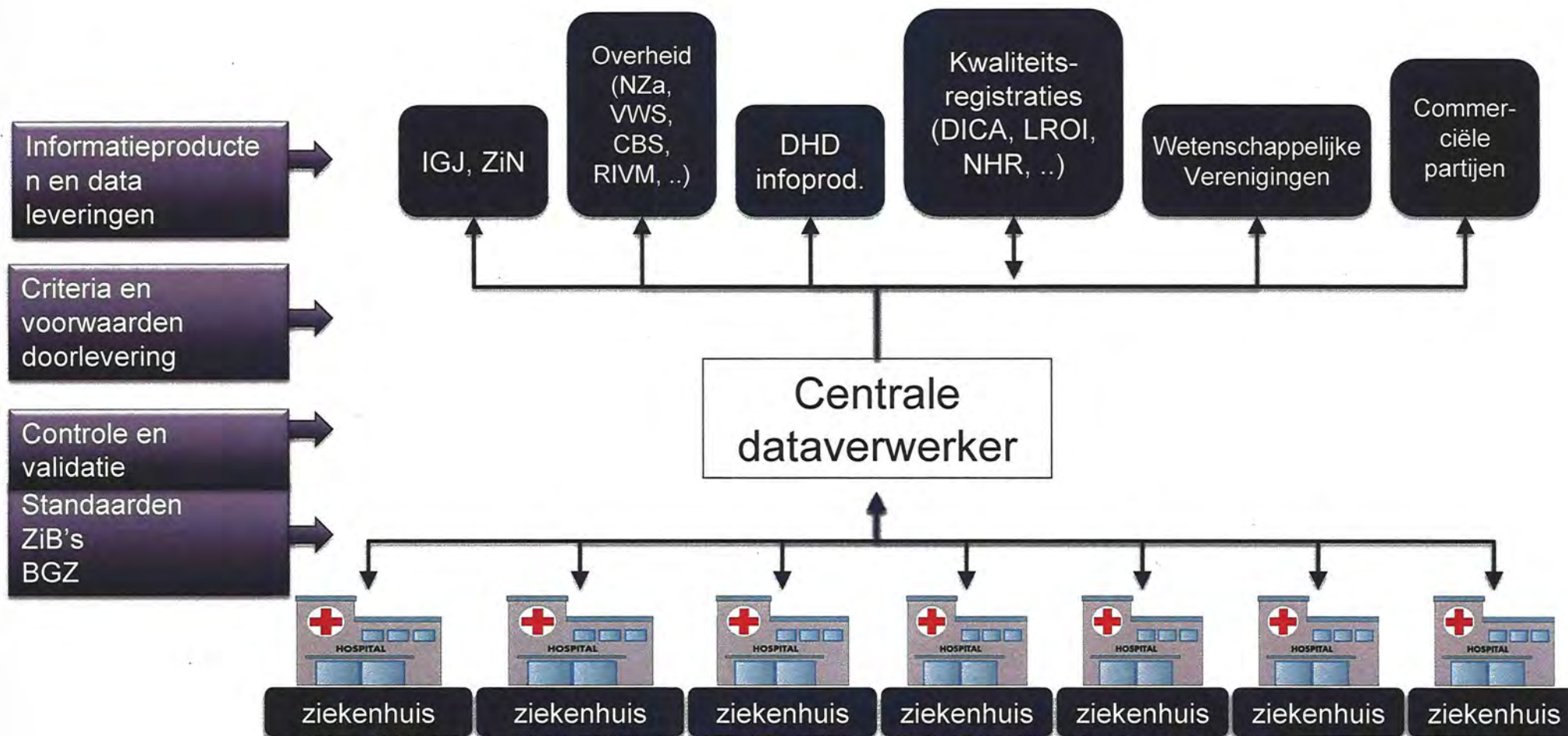
**In het proces van data naar informatie te komen kunnen de volgende stappen worden onderscheiden:**

- Definitie** – vastleggen van de exacte betekenis en het formaat van de data
- Registratie** – vastleggen van de data conform de definitie, bij voorkeur in het EPD
- Verzameling** – ontvangen en in een database opslaan
- Schoning** – controleren t.o.v. de definitie, terugkoppelen en doen corrigeren
- Validatie** – beoordelen juistheid en volledigheid
- Rapportage** – opstellen van overzichten en analyses ten behoeve van de duiding
- Duiding** – toekennen van betekenis aan de data
- Publicatie** – openbaar maken van rapportages en duiding

Zo werd een landelijk platform in 2016 al door ZN gepresenteerd, beter verzamelen en basisverwerking “in 1” Doc. 20









## Dit levert voor de volgende voordelen op:

- Minder koppelingen vanuit ziekenhuis: lagere kosten en minder administratieve last;
- Voldoen aan AVG: zicht en controle op data;
- Niet hoeven “terugkopen” van eigen data van een ander;
- Duidelijke afspraken over toegang, bv:
  - Wie mag welke gegevens ontvangen (nader bepalen)
  - Data doorleveren of informatie? Bewerking door DHD en alleen eindresultaat doorgeven? Altijd terugontvangen informatie? (nader bepalen)
- Doorlevering aan derden (IGJ, ZiN, informatieproductenmakers,...) centraal geregeld, tegen betaling of neutraal model;

## Overgangspad:

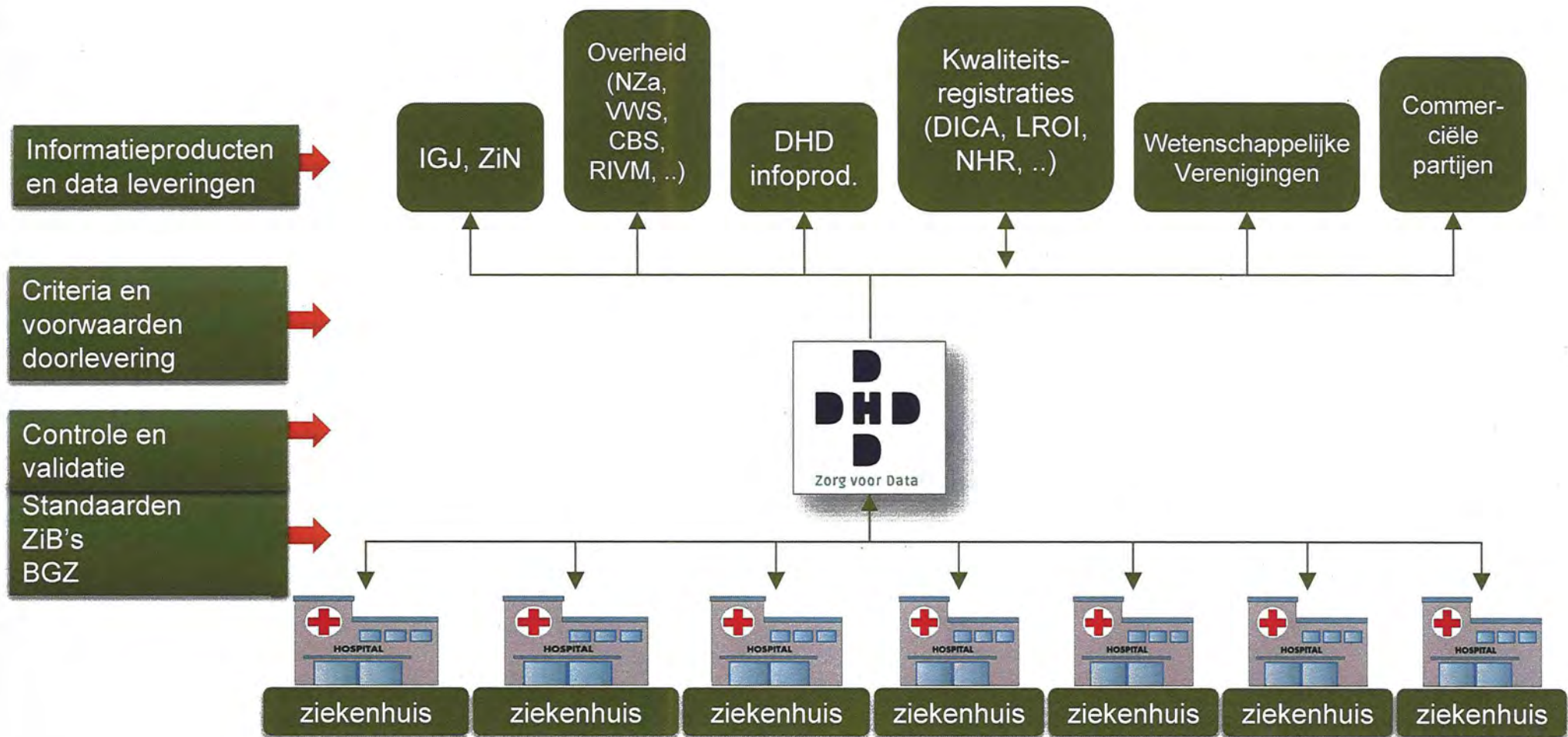
- Per ziekenhuis (zodra EPD is ingericht op ZiB's)
- Per registratie (afhankelijk van eigenaar/opdrachtgever/gebruiker)
- Pm: op den duur samenvoegen met data Vektis?

## Stand van zaken/mogelijk vervolg

- Besproken met ZN en in besturen NVZ en NFU: strategie wordt netjes opgeschreven en is mogelijk dan aanleiding maken businesscase (NFU/NVZ/FMS)

Pad zou kunnen zijn:

- Draagvlak van ZN en VWS:
- Definieren goede governance (samenspraak ZN en VWS);
- Ontwerpstappen zetten, opbouw voorzieningen en personeel (2019)
- 2020: Start met het verleggen van de dataverzameling van één bestaande registratie
  - Aantonen dat dit voldoet aan eisen en wensen van ziekenhuizen, dokters, verzekeraars, beleidsmakers
  - Evaluatie lasten en kosten in vergelijking met andere registraties
- Tussentijds geen bekostiging verdere versnippering bij nieuwe registraties
- Alert zijn op en voorkomen van data-monopolisatie vanuit commercie







Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

**Secretaris Generaal / plv.  
Secretaris Generaal**  
Directie Informatiebeleid /  
CIO

**Bezoekadres:**  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34

[www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl)

**Inlichtingen bij**

10.2.e  
(Senior) Beleidsmedewerker

T 06-10.2.g  
10.2.e@minvws.nl

**Datum**  
9 november 2018

*Correspondentie uitsluitend  
richten aan het retouradres  
met vermelding van de datum  
en het kenmerk van deze  
brief.*

# uitnodiging

Omschrijving	Bijeenkomst ziekenhuizen
Datum	26 november 2018
Tijd	16:30
Plaats	VWS; Parnassusplein 5 te Den Haag

Geachte mevrouw 10.2.e en de heer Mulder,

Hierbij willen we u en uw collega's graag nogmaals uitnodigen voor een diner bij VWS op maandag 26-11, vanaf 16:30u.

Tijdens dit diner hopen we te spreken over gegevens uitwisseling in met name de ziekenhuiszorg, welke knelpunten worden ervaren en welke uitdagingen er zijn. Dit doen we met ziekenhuisbestuurders en bestuurders van enkele grotere EPD leveranciers.

Andere genodigden hierbij zijn de heer Gerritsen (SG VWS), de heer Voetelink (NFU), de heer Buitendijk (NVZ) en diverse bestuurders van ziekenhuizen (RvB, CIO's en CMIO's).

We horen graag voor 16 november wie we van jullie mogen verwelkomen.

Datum: Maandag 26-11  
Tijd: 16:30u-19:30u  
Locatie: VWS; Parnassusplein 5, Den Haag

Indien u nog vragen heeft, horen wij dat graag.

Namens Erik Gerritsen,

Met vriendelijke groet,

10.2.e

(Senior) Beleidsmedewerker  
Directie Informatiebeleid VWS  
10.2.e@minvws.nl

10.2.e

**Van:** 10.2.e  
**Verzonden:** donderdag 22 november 2018 17:50  
**Aan:** 10.2.e @maartenskliniek.nl'; 10.2.e@lumc.nl';  
 10.2.e @erasmusmc.nl'; 10.2.e @libranet.nl'; 10.2.e @rdgg.nl';  
 10.2.e  
 10.2.e  
**CC:** 10.2.e  
**Onderwerp:** Maandag 26 november  
**Bijlagen:** Gespreksagenda 26 november 2018.docx  
**Urgentie:** Laag

Beste allen,

Maandag aanstaande delen jullie namens de ziekenhuizen de visie en eisen aan de EPD leveranciers.

Zoals met jullie per mail en telefonisch besproken, hierbij de agenda.

Allicht is het goed om maandag vooraf nog een en ander voor te bespreken, dat laat ik aan jullie.

Aan jullie allen dus de taak om er voor te zorgen dat het gesprek strak verloopt en we met concrete acties de deur uitlopen.

Wij kijken er naar uit!

Dank voor jullie hulp!

Bel of mail gerust voor tips of vragen.

Met vriendelijke groet,

10.2.e



10.2.e | Senior Beleidsmedewerker I-samenwerking in de zorg |  
 Directie Informatiebeleid/CIO | Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport |  
 Parnassusplein 5 | 2511 VX | Den Haag | Postbus 20350 | 2500 EJ | Den Haag |  
 ☎ 06-10.2.e | 4e verdieping |  
 ✉ 10.2.e@minvws.nl | [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl) |

## Gespreksagenda 26 november 2018

1. Inleiding (Vincent Buitendijk en David Voetelink):
  - a. Aanleiding en traject tot nu toe
  - b. Doel van vandaag
  - c. Wie zijn "wij" en wie vertegenwoordigen we?
  - d. Voostel ronde
2. Update over wettelijke verplichting en ontwikkelingen (Ron Roozendaal).
3. Gezamenlijke eisen (Vincent Buitendijk en David Voetelink): Een combinatie van een stip op de horizon (transitie naar een zorg/patiënt georiënteerd zorginformatiesysteem), en direct te regelen voorzieningen.
4. Elk punt behandelen, door inbrenger:
  - a. Stip op de horizon; 10.2.e
  - b. Realisatie van daadwerkelijke uitwisselingsfunctionaliteit; 10.2.e
  - c. Systeem en database MOET open; 10.2.e
  - d. XDS koppeling, op basis van IHE (XDS=IHE); 10.2.e
5. Discussie (Vincent en David)
6. Afspraken
7. Actiepunten
8. Afsluiting en uitkomsten van gesprek



**Aanwezigen namens ziekenhuizen**

#	Naam	Functie	Organisatie	Toevoeging
1	10.2.e	10.2.e	LUMC	Registratie aan de Bron
2	David Voetelink	RvB	ErasmusMC	NFU
3	Vincent Buitendijk	Voorzitter RvB	Libra	NVZ
4	10.2.e	10.2.e	Maartenskliniek	10.2.e
5	Huub Wieleman	RvB	RDGG	
6	Marc Janssen	RvB	Franciscus Gasthuis & Vlietland	vz ICT adviesraad SRZ/Rijnmond
7	10.2.e	10.2.e	UMC Utrecht	Directie Informatie Technologie / CIO

**Aanwezigen namens leveranciers**

Naam	Organisatie
Cor Rumping	Cerner
10.2.e	Cerner

Naam	Organisatie
10.2.e	Nexus

Naam	Organisatie
Hans Mulder	Chipsoft
Gerrit Mulder	Chipsoft
10.2.e	Chipsoft
10.2.e	Chipsoft
10.2.e	Chipsoft

Naam	Organisatie
10.2.e	Epic
10.2.e	Epic

Naam	Organisatie
10.2.e	SAP
10.2.e	SAP

10.2.e

**Van:** 10.2.e  
**Verzonden:** vrijdag 23 november 2018 13:20  
**Aan:** 10.2.e; 10.2.e@chipsoft.nl  
**CC:** 10.2.e@chipsoft.nl  
**Onderwerp:** Uitnodiging bijeenkomst ziekenhuiszorg VWS 26-11  
**Bijlagen:** Gespreksagenda EPD leveranciers 26 november 2018.docx; 20181110 Open maken Zorg ICT-systemen.docx

Beste 10.2.e en Hans,

Bijgaand de agenda en stukken voor aanstaande maandag.

We zien jullie graag maandag 26 november hier bij VWS.  
 Voor een dinerbuffet is gezorgd.

26 november vanaf 16.30 uur bij het ministerie van VWS  
 Ministerie VWS, Parnassusplein 5, Den Haag.  
 Zorg ervoor dat je, je kunt legitimeren met rijbewijs of paspoort.  
 Met vriendelijke groet,

10.2.e



10.2.e | Beleidsmedewerker I-samenwerking in de zorg |  
 Directie Informatiebeleid/CIO | Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport |  
 Parnassusplein 5 | 2511 VX | Den Haag | Postbus 20350 | 2500 EJ | Den Haag |  
 ☎ 06-10.2.e | 4e verdieping |  
 ✉ 10.2.e@minvws.nl | [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl) |

## Open maken Zorg ICT-systemen

### Aanleiding

Diverse ziekenhuizen (topklinisch, academisch, regionaal) spreken de wens uit gezamenlijke eisen te stellen aan zorgsystemen, teneinde de gewenste uitwisseling van gegevens te realiseren.

Voorliggend stuk geeft uitwerking aan de nadrukkelijke wens tot open systemen en open databases. Twee kanten op!

### Definities

Zorgsystemen: alle systemen waarin patiëntgegevens worden vastgelegd in het kader van (verplichte) dossiervoering zoals bepaald in de WGBO, die in gebruik zijn bij 1e, 2e en 3e lijn zorgaanbieders (HIS, EPD, apotheken, diagnostische centra - LIS en PACS, verpleeg- en verzorgingshuizen etc.).

Bij alle eisen die hierna worden geformuleerd, geldt dat moet worden voldaan aan de kaders die wet- en regelgeving stellen (WGBO, Cliëntrechten, AVG), met name die op het gebied van expliciete toestemming van de patiënt voor het uitwisselen van gegevens.

### Eisen aan de zorgsystemen

1. Alle patiënt gerelateerde gegevens in een zorgsysteem moet volledig ontsloten kunnen worden inclusief de metadatering van die gegevens. Dit geldt zowel voor gestructureerde- als de ongestructureerde data die in die systemen wordt opgeslagen. (Voorbeeld: gestructureerd – medicatie, ongestructureerd – tekstuele verslagen van diagnostiek en brieven).
2. De zorgsystemen moeten de standaarden voor gegevensuitwisseling in de zorg ondersteunen en up-to-date houden. Dit geldt voor alle standaarden op de verschillende niveaus van het interoperabiliteitsmodel [I, II], t.w.:
  - a. Gegevens- en informatiestandaarden (registratiestandaarden), waaronder: de Zorginformatiebouwstenen (ZIB's), Medicatie, de Basisgegevensset Zorg (BgZ), de eOverdracht, Geboortezorg en de daarbij gebruikte terminologiestandaarden: SNOMED CT, LOINC, GS1 e.a.;
  - b. Uitwisselingsstandaarden, waaronder: CDA, FHIR, DICOM, PDF-A
  - c. API-standaarden om aan te sluiten op de Landelijke Zorginfrastructuur (i.o.), waaronder: het LSP, XDS en gerelateerde IHE-profielen, FHIR
3. Ontsluiting van de gegevens in zorgsystemen moet mogelijk zijn o.b.v. web-services/API's (minimaal FHIR) voor tweerichtings dataverkeer:
  - a. Lezen (pull verkeer) resp. verzenden (push verkeer) van zorggegevens uit een zorgsysteem;
  - b. Ontvangen, opslaan en verwerken van zorggegevens in een zorgsysteem;
4. Toon binnen twee jaar, dus voor 1-1-2021, daadwerkelijke aan dat de EPD-XDS oplossing voor connectiviteit tussen zorgverleners gecertificeerd is voor de relevante IHE profielen, zoals bepaald door IHE Nederland. Bij afgestemde profielen, is uiteindelijk het mechanisme van XDS relatief eenvoudig te implementeren.
5. De ontsluiting van gegevens in de zorgsystemen (o.b.v. API's) moet mogelijk zijn voor verschillende toepassingen en doeleinden, zoals:
  - a. de patiënt zelf om te kunnen beschikken over een digitaal afschrift van de eigen gegevens in bijvoorbeeld een PGO;



- b. eHealth toepassingen zoals thuismetingen en monitoring;
  - c. de bij de zorg betrokken zorgverleners in het kader van (instelling overstijgende) zorgverlening (verwijzingen, overdracht, ketenzorg, netwerkzorg, shared care etc.);
  - d. real time zorgtoepassingen zoals beslissingsondersteuning;
  - e. medical intelligence toepassingen en dashboards;
  - f. data-portabiliteit (AVG) bijvoorbeeld bij migraties;
  - g. kwaliteitsregistraties in de zorg;
  - h. wetenschappelijk onderzoek.
6. De zorgsystemen moeten aansluiten op de Landelijke Zorginfrastructuur en gebruik maken van de daarin voorziene generieke functionele componenten voor o.a.: identificatie, authenticatie en autorisatie van zowel zorgverleners als patiënten, toestemmingsregister, zorgadresboek en toegangslogging. (De Landelijke Zorginfrastructuur wordt momenteel gedefinieerd en uitgewerkt en een aantal lopende initiatieven [o.a.: IV, V].
  7. Bij het ontvangen van gegevens moeten deze op de juiste plek en in het juiste formaat opgeslagen worden in het zorgsysteem, zodat die door de zorgverleners eenduidig zijn te vinden en raadplegen. (Bijvoorbeeld: een brief of pathologieverslag wordt in het ontvangende zorgsysteem als brief resp. pathologieverslag opgeslagen).  
Indien de ontvangen gegevens gestructureerd en gecodeerd conform de landelijke standaarden (bv. ZIB's) worden overgedragen, dan heeft een zorgverlener de mogelijkheid deze ook als gestructureerde gegevens in het eigen dossier over te nemen (reconciliatie). (Bijvoorbeeld: het kunnen overnemen van een allergie of medicatie).
  8. Alle zorgsystemen en de software moeten door een onafhankelijke organisatie worden gecertificeerd voor conformance aan de eerder genoemd standaarden voor gegevensuitwisseling in de zorg [III].

#### Geraadpleegde bronnen

1. Interoperabiliteitsmodel Nictiz, <https://www.nictiz.nl/standaardisatie/interoperabiliteit/>
2. Advies implementatie standaarden, VWS werkgroep uitwisselingstandaarden, UMCG, 24 oktober 2018.
3. Realisatie van uitwisselingsfunctionaliteit met daadwerkelijk bewezen overdracht binnen 2 jaar, concept, 10.2.e Wolterink, Nictiz, November 2018.
4. Visie op samenhang in de zorginfrastructuren in Nederland, Consultatiedocument, 15 oktober 2018, op initiatief van ZN, VZVZ, Nictiz en vertegenwoordigers van de ziekenhuizen en ICT leveranciers.
5. TWIN – een landelijk dekkende infrastructuur voor de zorg, initiatief van o.a. RSO NL, VZVZ, NfU



# agenda

Betreft	Ziekenhuisbestuurders en EPD leveranciers
Vergaderdatum en -tijd	26 november 2018 16:30
Vergaderplaats	Appollozaal, Ministerie van VWS
Aanwezig	10.2.e David Voetelink Vincent Buitendijk Mark van Houdenhoven 10.2.e  Cor Rumping Cerner 10.2.e Cerner 10.2.e Nexus Hans Mulder ChipSoft Gerrit Mulder ChipSoft 10.2.e ChipSoft 10.2.e ChipSoft 10.2.e ChipSoft 10.2.e Epic 10.2.e Epic 10.2.e SAP 10.2.e SAP  Ron Roozendaal VWS 10.2.e VWS 10.2.e VWS

Directie Informatiebeleid /  
CIO

**Bezoekadres:**  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34

[www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl)

**Inlichtingen bij**  
10.2.e  
(Senior) Beleidsmedewerker

T 06-10.2.e  
10.2.e @minvws.nl

**Datum**  
26 november 2018

**Aantal pagina's**  
2

*Correspondentie uitsluitend  
richten aan het retouradres  
met vermelding van de datum  
en het kenmerk van deze  
brief.*

De afgelopen maanden hebben meerdere bijeenkomsten plaatsgevonden met ziekenhuisbestuurders, CMIO's en CIO's. Hierin is gesproken over hoe te komen tot betere gegevensuitwisseling binnen de ziekenhuiszorg en hoe de EPD leveranciers hier beter bij te betrekken. De oproep blijft 'groot te blijven denken en kleine stapjes met elkaar te zetten. Een olifant eet je immers ook niet in een keer.'

Op deze maandag 26 november vindt een volgende stap in dit traject plaats, met diverse ziekenhuisbestuurders en bestuurders van EPD leveranciers.

Namens de ziekenhuizen wordt een visie en een eisenpakket gepresenteerd. Bijgaand zijn deze stukken te vinden. Samengevat behelst dit:

Directie Informatiebeleid /  
CIO

1. Realisatie van daadwerkelijke uitwisselingsfunctionaliteit; hoe zorgen we er voor dat de BGZ wordt ingebouwd en leidt tot een daadwerkelijk bewezen overdracht.
2. Systeem en database MOET open!
3. XDS koppeling, op basis van IHE (XDS=IHE),
4. Context van eindplaatje uitgewerkt; (visie op langere termijn)

**Datum**  
26 november 2018

Hiermee willen we komen tot gezamenlijke actiepunten, tijdlijn en afspraken!

Tijd	Onderwerp	Toelichting	Wie
16:30 – 16:45	Inloop	-	Allen
16:45 – 17:00	Inleiding	Aanleiding en voorstellen	David Voetelink Vincent Buitendijk
17:00 – 17:15	Update wettelijke verplichting	Inclusief ruimte voor vragen	Ron Roozendaal
17:15 – 17:30	Stip op de horizon	transitie naar een zorg/patiënt georiënteerd zorginformatiesysteem	10.2.e
17:30 – 17:45	Realisatie van daadwerkelijke uitwisselingsfunctionaliteit	-	10.2.e
17:45 – 18:00	Systeem en database MOET open	hoe zorgen we er voor dat de BGZ wordt ingebouwd en leidt tot een daadwerkelijk bewezen overdracht?	10.2.e
18:00 – 18:15	XDS koppeling	op basis van IHE (XDS=IHE),	10.2.e
18:15 – 18:30	Uitloop voor discussie	Verhelderende vragen	David Voetelink Vincent Buitendijk
18:30 – 19:00	Eten (halen)	-	Allen
19:00 – 19:30	Actiepunten en afsluiting	Wat doen we morgen, volgende week en volgende maand?	Ron Roozendaal David Voetelink Vincent Buitendijk





Directie Informatiebeleid /  
CIO  
Cluster Informatiebeleid

**Bezoekadres:**  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34

[www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl)

**Inlichtingen bij**  
10.2.e  
(Senior) Beleidsmedewerker

T 06 10.2.e  
10.2.e @minvws.nl

**Datum**  
28 november 2018

**Aantal pagina's**  
3

*Correspondentie uitsluitend  
richten aan het retouradres  
met vermelding van de datum  
en het kenmerk van deze  
brief.*

## verslag

Betreft	Gegevensuitwisseling ziekenhuiszorg
Vergaderdatum en -tijd	26 november 2018 16:30
Vergaderplaats	Appollozaal, Ministerie van VWS
Aanwezig	10.2.e David Voetelink Vincent Buitendijk Mark van Houdenhoven 10.2.e Cor Rumping Cerner 10.2.e Cerner 10.2.e Nexus Hans Mulder ChipSoft Gerrit Mulder ChipSoft 10.2.e ChipSoft 10.2.e ChipSoft 10.2.e ChipSoft 10.2.e Epic 10.2.e Epic 10.2.e SAP 10.2.e SAP Ron Roozendaal VWS 10.2.e VWS 10.2.e VWS

Op maandag 26 november spraken ziekenhuisbestuurders, CMIO's en CIO's met EPD leveranciers, waarin afspraken zijn gemaakt om te komen tot betere gegevensuitwisseling binnen de ziekenhuiszorg. Namens de ziekenhuizen is een gezamenlijke visie en een gezamenlijk eisenpakket gepresenteerd. Samen met de EPD leveranciers wordt deze de komende maanden uitgewerkt.

Bijgaande stukken gaan dieper in op deze afgesproken drie doelen:

Directie Informatiebeleid /  
CIO  
Cluster Informatiebeleid

**Datum**  
28 november 2018

1. Samen is afgesproken dat alle leveranciers uitwisseling van de BGZ en zoveel mogelijk andere ZIB's voor eind 2019 aantoonbaar geregeld hebben. Ook is afgesproken om een daadwerkelijke overdracht en uitwisselingsfunctionaliteit te bewijzen.
  - Testen middels 'connectathons' kan een optie zijn;
  - Over de info die wordt vastgelegd als niet-gestructureerde data wordt verder gesproken.
  - Dit is een nadrukkelijke wens van 70 ziekenhuizen; mede hierdoor zal er vrijwel geen risico (opslag) ingebouwd dienen te worden door de leveranciers (ook in de prijs). Ook hierover spreken ziekenhuizen en leveranciers over verder.
2. Systeem en database MOET open! Ziekenhuizen willen dat de EPD leveranciers het mogelijk maken dat andere toepassingen en andere partijen gegevens uit systemen kunnen halen en er ook weer in kunnen stoppen met behulp van zogenaamde "open api's". Dit zal de innovatie binnen de sector enorm doen toenemen.
  - Ziekenhuizen en leveranciers spreken verder over de prioriteiten en volgorde in het open stellen. Ziekenhuizen bepalen welke API's het eerste nodig zijn. Gezamenlijk zullen we de komende weken use-cases identificeren.
  - De sector en de leveranciers hebben goede afspraken nodig omtrent het borgen van de veiligheid van data.
  - De te verwachten toenames in (wettelijke) plicht tot openstellen van data, zal leiden tot meer plicht tot innovatie; kijk bijvoorbeeld naar de bankensector.
  - Scheiding van data en functie is de toekomst. De technische beperkingen hiervoor zijn er amper; instellingen kunnen data onttrekken uit de databases. Om deze transitie sneller te maken, zullen we andere en goede incentives moeten inbouwen. Toegevoegde waarde voor alle stakeholders. Degene die dichtbij die data zitten en werken, kunnen bepalen wat mooie toepassingen zijn voor die data.
3. Alle ziekenhuizen vragen gezamenlijk aan hun leveranciers er voor te zorgen dat aansluiting op regionale en gestandaardiseerde XDS-infrastructuren mogelijk wordt.

**Afspraken**

De komende weken en maanden volgen diverse vervolgspraken teneinde de belangrijke gegevensuitwisselingen in de ziekenhuiszorg stapsgewijs volledig digitaliseren. Er is de intentie uitgesproken een "Ziekenhuis EPD-akkoord" te presenteren tijdens de eHealth-week in januari 2019. Vervolgspraken om dit handen en voeten te geven zijn ter plekke gemaakt. VWS zal met NVZ en NFU blijven faciliteren en voorbereiden.

Directie Informatiebeleid /  
CIO  
Cluster Informatiebeleid

**Datum**  
28 november 2018

Deadline	Wat	Wie	Toelichting
3-12	Namens Informatieberaad Zorg een bericht publiceren hierover.	VWS NFU en NVZ	-
20-12	Leveranciers geven aan wie afvaardiging vormt.	Leveranciers	Voor o.a. vervolg afspraken en communicatie
11-01	Aanleveren top 10 use cases bij VWS.	Namens de ziekenhuizen: <ul style="list-style-type: none"> <li>10.2.e (namens CMIO's)</li> <li>10.2.e (namens CMIO's)</li> <li>10.2.e</li> <li>10.2.e</li> <li>10.2.e</li> </ul>	Ziekenhuizen en leveranciers leveren aansprekende voorbeelden en use cases van gegevensuitwisselingen; die passen bij top 10 meest patiënt veiligheidsrisico beïnvloedende gegevensuitwisselingen. Leveranciers en ziekenhuizen bepalen samen waar te beginnen, door gezamenlijke kennis en gegevens.
21-01	start eHealth week 2019	Allen	Hier dragen we uit dat we dit aan het doen zijn
29-01	Vervolg bijeenkomst	alleen ziekenhuisbestuurders	
??-02	vervolg bijeenkomst met leveranciers én ziekenhuisbestuurders	Ziekenhuizen en leveranciers	In vrijwel dezelfde samenstelling; use cases bespreken en prioriteiten stellen





# agenda

Betreft	Informatie uitwisseling in de ziekenhuiszorg
Vergaderdatum en -tijd	29 januari 2019 18:00
Vergaderplaats	Diner Thuis

1. Welkomstwoord
2. Korte kennismaking
3. Update wettelijke verplichting en brieven (Ron)  
Ron Roozendaal zal ons bijpraten over de actuele ontwikkelingen rondom "regie door VWS" en de te verschijnen brieven in het voorjaar en voor de zomer.
4. Update namens de ziekenhuizen over voortgang sinds vorige diner  
Zijn jullie in staat geweest de afspraken die we maakten met de leveranciers te vertalen in nieuwe en concrete stappen met jullie leveranciers?  
Update over de use case van het JBZ en Radboud  
Vorbereiding; alle deelnemers delen status
5. Evaluatie aanpak tot nu toe  
Omdat dit traject ieders verantwoordelijkheid is, is het goed te vragen naar wie op welke manier zaken beter kan oppakken.  
Vorbereiding; alle deelnemers bepalen evt. aanmerkingen
6. Top 3 high impact overdrachten in en rond ziekenhuizen  
VWS heeft deelnemende bestuurders eerder gevraagd om aansprekende voorbeelden preciezer te maken; welke passen erbij de meest patiënt veiligheidsrisico beïnvloedende gegevensuitwisselingen? Waar dienen we te beginnen, volgens onze gezamenlijke kennis. Welke overdrachten zien de ziekenhuizen als prioritair, om de komende jaren aan te pakken?  
Vorbereiding; alle deelnemers leveren aansprekende voorbeelden en use cases van gegevensuitwisselingen; die passen bij meest patiënt veiligheidsrisico beïnvloedende gegevensuitwisselingen.
7. Vervolg stappen; Brainstorm en actiepunten opstellen. Hoe verder te komen met leveranciers?

Directie Informatiebeleid /  
CIO

**Bezoekadres:**  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34

[www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl)

**Inlichtingen bij**  
10.2.e

(Senior) Beleidsmedewerker

M +31(0)6-10.2.e  
10.2.e@minvws.nl

**Datum**

23 januari 2019

**Aantal pagina's**

1

*Correspondentie uitsluitend  
richten aan het retouradres  
met vermelding van de datum  
en het kenmerk van deze  
brief.*

10.2.e

**Van:** 10.2.e  
**Verzonden:** maandag 28 januari 2019 17:31  
**Aan:** Gerritsen, E. (Erik)  
**CC:** 10.2.e@minvws.nl; 10.2.e; 10.2.e; Roozendaal, R. (Ron)  
**Onderwerp:** Nazending  
**Bijlagen:** Nazending annotatie diner ziekenhuisbestuurders.docx

Beste Erik,

Hierbij zenden we nog informatie na, t.b.v. het diner met ziekenhuisbestuurders morgen (di 29-01 vanaf 18u). De nazending bevat een visie van de CMIO's op wat er gebeurt en een reactie van EPIC. Ik heb toegevoegd wat wij hierbij kunnen adviseren.

ChipSoft zendt vanavond of morgen ochtend hun visie op de JBZ casus na.

- ChipSoft zit donderdag as. al bij JBZ.
- Hierna ontvangen wij ook een verslag van dit gesprek.
- Het initiatief voor dit overleg had ChipSoft zelf al geïnitieerd bij JBZ.

Tot morgen!

Met vriendelijke groet,

10.2.e



10.2.e | Beleidsmedewerker I-samenwerking in de zorg |  
Directie Informatiebeleid/CIO | Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport |  
Parnassusplein 5 | 2511 VX | Den Haag | Postbus 20350 | 2500 EJ | Den Haag | 8e verdieping |  
06-10.2.e  
10.2.e@minvws.nl | [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl) | [www.informatieberaadzorg.nl](http://www.informatieberaadzorg.nl)

## Nazending annotatie

Diner ziekenhuisbestuurders 20190129

Zoals eerder gesteld, zenden we nog informatie na, t.b.v. het diner met ziekenhuisbestuurders morgen (di 29-01 vanaf 18u). Deze informatie zal door de inzenders dinsdag ook weer worden gedeeld. De belangrijkste aspecten hebben we hier op pagina 1 op een rij gezet, met enkele adviezen.

N.B.:

- Reactie van ChipSoft op de ontwikkelingen bij JBZ en Radboud volgen morgen (di) ochtend.
- Zij hebben vanavond (ma 28-01) 'spoed' overleg hierover.
- Zij stellen wel donderdag aanstaande een overleg met JBZ te hebben over het stopzetten van de initiatieven.

## Samenvatting en adviezen

Onderstaande informatie is nog nagezonden door de CMIO's.

- De CMIO's van de Academische huizen zullen een visie met ons delen (10.2.a) maar ook hun rol in dit en andere trajecten (zie hieronder). Zij stellen o.a.:
  - CMIO's stellen dat belangrijk blijft te denken vanuit een integraal informatiebeeld rondom de patiënt, keten overstijgend. En daar op terug blijven grijpen!
  - Informatie inzage moet een technische conditio sine qua non zijn dat die gegevens instelling overstijgend geraadpleegd en hergebruikt kunnen worden.
  - Gezamenlijkheid samen met leveranciers is voorwaarde.
- Oppakken met en de rol van RSO's in deze willen zij graag dinsdag bespreken.
- Radboud MC zal bij de discussie over mogelijke vervolgstappen de mogelijke hulp van het TWIN project en IHE opperen.

**ADVIES aan Erik;** Erik vraagt; hoe zien de CMIO's dan hoe de conditie van open systemen bereikt dient te worden?

Deze gedachtegang over rol van TWIN en IHE is op zich goed. De door de ziekenhuizen 'gekozen' standaarden worden echter ook door IHE al aangeraden.

Rol van CMIO's en RSO's beide bespreken dinsdag. Als groep concretiseren wat CMIO netwerk (niet alleen namens academische huizen) gaat doen en wat RSO rol zou kunnen zijn.

Onderstaande informatie is nog nagezonden door EPIC.

- EPIC ziet geen veranderingen in contacten met en eisen van de ziekenhuizen, sinds het vorige EPD overleg in november
- Ook haar ziekenhuizen met succes de BGZ en ZIB's inbouwen en slagen voor de VIPP regelingen.
- Ook zij weten natuurlijk van stopzetten van uitwisseling tussen Radboudumc (Epic) en Jeroen Bosch (Chipsoft). Er wordt gekeken of er een andere partij is die deel kan nemen.

**ADVIES aan Erik;** We vragen de ziekenhuizen dinsdag om met hun leverancier concrete plannen te maken voor uitwisseling. Dus willen we meer use cases gaan zien als JBZ, Radboud en MCL (Epic) en Tjongerschans (Chipsoft).



Ingezonden stukken namens Radboud, Leiden en EPIC.

---

#### **Radboud MC**

10.2.e

Vanuit het Radboudumc hebben we de volgende inbreng voor het overleg as morgen.

- Als we de afgesproken standaarden (met leveranciers, ziekenhuizen) dmv use cases willen implementeren dan zou het goed zijn om daar IHE bij te betrekken. Zij kunnen de feitelijk toets doen vooral tav het goed gebruik van BGZ / ZIB's en XDS. We zullen moeten bekijken of daar dan kosten aan verbonden zijn, echter een 'onafhankelijk' instituut inschakelen lijkt ons belangrijk.
  - Het TWIN program beoogd implementatie van dezelfde standaarden, met namen punten 1 (BGZ / ZIB) en 3 (XDS / IHE). Het TWIN is geïnitieerd door ZN en is door VZVZ opgesteld. Dit programma is voorgesteld aan het Informatie Beraad echter het is onduidelijk of zij dit ondersteunen of alleen ter info hebben ontvangen. Het zou niet goed zijn als TWIN via de RSO's een 'concurrerend programma' uitrollen. Moeten we niet de handen in een slaan?
  - In het TWIN programma worden nu de RSO gepositioneerd om standaardisatie te realiseren. We moeten de waarde van RSO's bepalen in het realiseren van de afspraken. In de regio Nijmegen is niet zo'n RSO en de 'kracht & macht' van RSO in de regio's verschilt nogal. We zouden een standpunt moeten innemen of RSO's belangrijk zijn in de uitvoer van de 3 punten standaardisatie en wat doen we met de regio's waar geen RSO of een slecht functionerende RSO is.
- 

#### **LUMC**

10.2.e

##### **N.a.v. de brief**

Ik ben op zich verheugd dat er zowel in ons overleg als in de kamerbrief twee problemen onderscheiden worden: ontbreken van eenheid van taal en ontbreken van het technisch faciliteren van uitwisseling.

Dit zijn natuurlijk twee omvangrijke deelgebieden waar nog heel wat op moet gebeuren, die mening deel ik met <sup>10.2.e</sup>/FMS.

Ik lees in de brief niet zo zeer dat de bal volledig bij het zorgveld wordt gelegd, maar dat er tav eenheid van taal een sterk appel gedaan wordt op het zorgveld snap ik wel. Ik denk dat we daar als CMIO's een belangrijke rol kunnen spelen door kaders aan te geven en zo te komen tot zinnige 'gegevenssets waar meer zeker niet altijd beter is.

Het appel tav het technisch faciliteren wordt in de brief mijns inziens wel gelegd bij de Zorg-ict leveranciers, maar ik denk dat er voorbij gegaan wordt aan het feit dat veld en ICT heel nauw zullen moeten optrekken de komende jaren om te zorgen dat er niet langer een technologie push is die het

veld overkomt, waarna we inderdaad met gebruiksonvriendelijke systemen zitten die ook nog eens niet kunnen waar pt en zorgprofessional behoefte aan hebben, namelijk voorzien in een integraal informatiebeeld. Ik denk dat hier veel werk in gaat zitten en een enorme mind switch vraagt van alle betrokkenen. Mijn ervaring is dat zeker de EPD leveranciers nu vaak de financiële man/vrouw van de RvB en de directeur ICT als aanspreekpunt hebben en hier zit wat mij betreft een weeffout die hersteld moet worden.

Het wordt in de kamerbrief nu inderdaad beetje afgedaan als hup hup hup, maar dat doet geen recht aan wat er moet gebeuren.

### **Hoe dan verder, VWS/EPD overleg en rol CMIO's**

Na de kamerbrief heb ik de notulen en andere doc van het VWS/EPD overleg opnieuw gelezen en ik denk dat we veel scherper moeten zijn in wat daadwerkelijk beoogd wordt en dat is niet uitwisseling (dat is een middel), maar het creëren van betekenisvolle inzagemogelijkheden in de zorggegevens door zowel pt als relevante zorgverleners teneinde de zorg beter en veiliger te maken. We moeten steeds terug blijven grijpen naar dit uitgangspunt waar nu in de kamerbrief de nadruk ligt op prioritaire processen en in de notulen van het EPD overleg op use cases. Ik denk dat we radicaler redesign moeten bepleiten van de inhoud en wijze waarop we nu vastleggen en het moet inderdaad een technische conditio sine qua non zijn dat die gegevens instellings/etc overstijgend geraadpleegd en hergebruikt kunnen worden.

De rol van de CMIO ligt voor mij enerzijds in het oproepen/initiëren van het creëren van eenheid van taal, zowel tav generieke medische gegevens waar de BGZ een fraai begin is als tav ziektebeeldspecifieke gegevens. En anderzijds in het scherp houden van het 'zorgICT veld dat er ontwikkeld wordt in de geest van integrale inzage van informatie ipv een uitwisseling hier en een uitwisseling daar.

*Kort aangeven wat jullie als belangrijkste zien om te delen en bespreken?*

*Wat ik dus het belangrijkste vindt is om te blijven benadrukken dat alles dat ontwikkeld wordt moet leiden tot een integraal informatiebeeld rondom de pt, keten overstijgend. Ik ben bang dat als we het over use cases/prioritaire processen gaan hebben, we een nieuw lappendeken creëren, waardoor het integrale informatiebeeld dat onontbeerlijk is om zorg te leveren nog steeds niet haalbaar is. Ik zou dus meer inzetten op het beschikbaar hebben/ontsluiten van informatie zodat alle relevante ketenpartners (denk aan alles dat in de prioritaire processes/use cases genoemd wordt): pt, ambulancedienst, apotheek, etc etc, inzage kunnen hebben in de relevante info. Door die informatie in goed afgebakende onderdelen aan te bieden (BGZ goed startpunt) kan dit denk ik gerealiseerd worden. EPD leveranciers moeten er voor zorgen dat de info die in hun systemen gaat goed te ontsluiten en te hergebruiken is. Zorgverleners moeten toewerken naar eenheid van taal ipv huidige proza.*

*(bijvoorbeeld; evaluerende punten, hoe leveranciers verder te bespelen, strategie voor de komende maanden, etc.)*

*Ik zou de roadmap hier naar toe (naar het integrale informatiebeeld, wat is daar voor nodig op alle lagen van het ICT informatiemodel!!!) in gezamenlijkheid met de leveranciers willen ontwikkelen en denk dat de informatiearchitecten die betrokken zijn bij het informatieberaad hier een goede rol in zouden kunnen spelen en CMIO's/CIO's ook. Maar dus nadrukkelijk een gemêleerd gezelschap van zorg, informatiearchitectuur en ICT leveranciers.*



Weet dat wij binnen de groep CMIO's van de UMC's ook druk bezig zijn onze rol hierin te definiëren, zullen we 29<sup>e</sup> ook toelichten.

### **LUMC en ChipSoft**

En nog even ter aanvullende info: ChipSoft is bij LUMC op bezoek geweest en ik heb met hen ook nadrukkelijk vanuit de inhoud van zorg gesproken, dus wat heeft de zorg van vandaag en morgen nodig van een EPD zowel aan voor- als achterkant. Ik ben bijvoorbeeld niet tevreden over hun nieuwe consult 2.0 module op basis van zorginhoudelijke argumenten. Ik merk dat er traditioneel erg vanuit de technologie push wordt geredeneerd en dit leidt niet tot goed werkbare producten en een weinig constructieve relatie met de leveranciers in de zin dat zkh en leveranciers tegenover elkaar staan en elkaar niet begrijpen. Zowel in LUMC als landelijk wil ik een bijdrage leveren om effectiever en beter samen te werken.

---

### **EPIC**

#### **10.2.e**

We hebben geen significante veranderingen ervaren in de afgelopen periode. Wel zien we de volgende ontwikkelingen:

- **VIPP**
  - Twee van onze ziekenhuizen, het Amphia in Breda en het St Jansdal in Harderwijk, zijn recentelijk geslaagd voor, respectievelijk, de modules B2 (Medicatievooraankondiging) en A3 (Patientenportaal).
  - We hebben onze ontwikkelingen voor de BGZ uitwisseling afgerond. Op 11 maart organiseren we een bouw-dag met al onze ziekenhuizen om gezamenlijk de configuratie en mapping van deze BGZ data binnen de ziekenhuisomgevingen uit te bouwen. Onder het motto 'vele handen maken licht werk'.
- **Gegevensuitwisseling**
  - MCL (Epic) en Tjongerschans (Chipsoft) zijn gestart met het uitdenken van de technische set-up en beginnen binnenkort aan het testen.
  - Via Registratie aan de Bron hebben we vernomen dat plannen voor uitwisseling tussen Radboudumc (Epic) en Jeroen Bosch (Chipsoft) zijn stopgezet. Er wordt gekeken of er een andere partij is die deel kan nemen.

We horen graag of je nog andere interessante geluiden vanuit de gemeenschap hoort.



10.2.e

**Van:** 10.2.e  
**Verzonden:** woensdag 30 januari 2019 17:44  
**Aan:** prio@minvws.nl  
**CC:** 10.2.e  
**Onderwerp:** Mail bestuurders  
**Bijlagen:** AVG en delen van patientinformatie\_1548794928.pdf; kamerbrief-over-elektronische-gegevensuitwisseling-in-de-zorg.pdf; Uitnodiging+Consultatiesessies+Roadmap+Prioritaire+Zorgprocessen.pdf; DEF actielijst bijeenkomst gegevensuitwisseling ziekenhuiszorg 20190129.....docx; RSVP bestuurders 20190129 2.xlsx

Ha 10.2.e,

Graag onderstaande mail verzenden via de prio.  
 Naar alle mail adressen in de Excel, onder tabblad "werkbestand allemaal" (Excel zelf niet mee sturen)  
 Wel inclusief alle andere bijlagen.

Graag in de cc:  
 Erik, ron, 10.2.a, 10.2.e en mijzelf

Geweldig dat je dit wilt doen!  
 ☺

Thanks!

---

Geachte ziekenhuisbestuurders, CMIO's en CIO's,

Nogmaals veel dank voor ieders aanwezigheid gisteravond.  
 We hebben afspraken gemaakt om te komen tot betere gegevensuitwisseling binnen de ziekenhuiszorg.  
 Bijgaand vindt u een actielijst.

Graag ontvangen we, zoals afgesproken, uiterlijk vrijdag 1 februari een reactie via [prio@minvws.nl](mailto:prio@minvws.nl).  
 Voor verdere vragen en aanvullingen zijn we uiteraard te bereiken via 10.2.e@minvws.nl.

Ook namens Erik Gerritsen en Ron Roozendaal,

Met vriendelijke groet,

10.2.e

---


 10.2.e | Beleidsmedewerker I-samenwerking in de zorg |  
 Directie Informatiebeleid/CIO | Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport |  
 Parnassusplein 5 | 2511 VX | Den Haag | Postbus 20350 | 2500 EJ | Den Haag | 8e verdieping |  
 ☎ 06-10.2.e  
 ✉ 10.2.e@minvws.nl | [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl) | [www.informatieberaadzorg.nl](http://www.informatieberaadzorg.nl)



Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

# verslag

---

Betreft	Gegevensuitwisseling ziekenhuiszorg
Vergaderdatum en -tijd	29 januari 2019 18:00
Vergaderplaats	Diner Thuis, Den Haag
Aanwezig	Zie bijlage
Kopie aan	NVZ, NFU

---

Directie Informatiebeleid /  
CIO

**Bezoekadres:**  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34

[www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl)

**Inlichtingen bij**  
**10.2.e**  
(Senior) Beleidsmedewerker

M 06**10.2.e**  
**10.2.e**@minvws.nl

**Datum**  
30 januari 2019

**Aantal pagina's**  
5

Voorliggende notulen bevat:

1. Afspraken voor ziekenhuisbestuurders CMIO's en CIO's
2. Afspraken voor leveranciers
3. Vervolg afspraak
4. Kamerbrief
5. Privacy en toepassing AVG
6. Eerdere uitwisselingsafspraken
7. Aanwezigen op 29 januari 2019

### 1. Bijeenkomst gegevensuitwisseling ziekenhuiszorg

Op dinsdag 29 januari 2019 maakten ziekenhuisbestuurders, CMIO's en CIO's afspraken om te komen tot betere gegevensuitwisseling binnen de ziekenhuiszorg.

Directie Informatiebeleid /  
CIO

**Datum**  
30 januari 2019

VWS werkt aan verdere wettelijke verplichting rondom standaardisatie en gegevensuitwisseling. Deze wettelijke verplichting betekent niet dat de zorg en haar bestuurders achterover kunnen gaan leunen. Er dient nog veel te gebeuren! Bovendien is het voor ons allen belangrijk om, mede door goede gegevens uitwisseling, ook de administratieve lasten te verlagen en om zo werken in de zorg aantrekkelijk te houden

We spreken nogmaals met elkaar af, dat we samen blijven optrekken bij de onderhandelingen, bij de inkoop en bij het formuleren en stellen van eisen.

### Acties voor bestuurders, CMIO's en CIO's

Uiterlijk op 1 februari verwachten we van jullie allen een reactie op :

1. We spreken elkaar en alle ziekenhuis bestuurders aan op het belang van deze zaak en op ieders verantwoordelijkheid. In ieders bestuur, vereniging of gremium.
  - o We roepen de huizen op, om samen op te trekken, zodat er voor generieke zaken als BGZ, andere ZIB's en API's, één samenhangende vraag aan de leveranciers ligt.
  - o Dit leidt o.a. ook tot minder financieel risico voor de leveranciers en beter inzicht in kosten die hieruit volgen. De kosten dienen voor de zorg voorspelbaar te zijn. Meer volume, meer gegevensuitwisseling, meer standaardisering door meer zorginformatiebouwstenen moet niet leiden tot hogere prijzen en tot hogere kosten.
  - o Namen en rugnummers van huizen die niet gezamenlijk eisen stellen aan leveranciers.
2. We ontwikkelen met alle ziekenhuizen een strategie, voor de middellange termijn, als alternatief voor de EPD monopolie. Zo kan de komende jaren, stap voor stap, een alternatief worden gerealiseerd. Bijvoorbeeld door elementen te laten vervangen door innovatieve(re) partijen. Voorbeeld hiervan zijn de health platforms die in de VS en elders in de EU worden ontwikkeld.
3. We werken, met de leveranciers, verder toe naar een EPD akkoord, met hierin een tijdspad en een roadmap. In het volgend overleg met de leveranciers worden deze elementen duidelijk. Op een nader te bepalen moment volgt een persmoment, handtekeningen en foto met de minister.

### Use cases

Voor 1 april 2019 stellen we met de zorgsectoren en alle betrokkenen een roadmap samen van de geprioriteerde zorgprocessen. Een proces dat we graag samen met jullie invulling geven.

De drie prioritaire use cases die we voor de ziekenhuiszorg hebben bepaald, zijn:

- Medicatieproces (AMO),
- Spoedzorg,
- Beelden via aansluiting op XDS (incl. verslag bij beelden).



Deze use cases worden meegenomen in de consultatie sessies die de komende weken volgen. We nodigen u nogmaals uit mee te denken!

Directie Informatiebeleid /  
CIO

Hiervoor zijn diverse mogelijkheden. Zie voor meer informatie de website van het Informatieberaad Zorg:

**Datum**  
30 januari 2019

- <https://www.informatieberaadzorg.nl/actueel/nieuws/2018/12/27/uitnodiging-consultatie-prioritaire-zorgprocessen-en-gegevensuitwisseling>

## 2. Acties voor leveranciers

VWS, NFU en NVZ zullen, namens alle ziekenhuizen, vragen aan de leveranciers:

1. Wat is er, sinds het vorige overleg in november, gebeurd aangaande de realisatie van de drie overeengekomen doelen?
  - o Open systemen en databases, middels open API's;
  - o Aantoonbare uitwisseling van BGZ in 2019;
  - o Uitwisseling via en aansluiting op regionale en gestandaardiseerde XDS-infrastructuren;
 Wanneer is een eerste demo en test van deze doelen? (XDS, BGZ, API's)
2. Deze eerder genoemde doelen zijn de nadrukkelijke wens van meer dan 70 ziekenhuizen. Wat is jullie prijs model voor het realiseren van deze uitwisselingen (zowel met API's als BGZ)?
3. Zijn jullie bereid toe te werken naar en ondertekenen van een écht EPD akkoord?
  - o Met hierin tijdspad en roadmap.
  - o Ondertekening en persmoment;
  - o Met alle leveranciers, alle ziekenhuizen, koepels en VWS.

Bovenstaande acties moeten leiden tot inzicht in de prijzen, een roadmap, tijdspad en nog meer commitment bij de leveranciers.

## 3. Vervolg afspraak

Binnen 4-6 weken vindt een vervolg plaats, met de EPD leveranciers. De ziekenhuizen worden hierin vertegenwoordigd door een kleiner comité. We geven hier de voorkeur aan, om de kwaliteit van het overleg te borgen en om op inhoud een juist gesprek met hen te kunnen voeren. Hiervoor benaderen wij enkelen van jullie. Uiteraard houden we elkaar op de hoogte.

## 4. Kamerbrief

VWS werkt, in concrete stappen, toe naar wettelijke verplichting. VWS wil dat zorgproces voor zorgproces wordt gedigitaliseerd op basis van verplichte, eenduidige afspraken over taal en techniek. We praatten u bij over de kamerbrieven over gegevensuitwisseling. Bijgaand een link naar de besproken kamerbrief:

- <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2018/12/20/kamerbrief-over-elektronische-gegevensuitwisseling-in-de-zorg>

## 5. Privacy en toepassing AVG

Bijgaand een link naar de AVG helpdesk en een artikel dat toelicht hoe de AVG en privacy wetgeving toegepast kan worden:

- <https://www.avghelpdeskzorg.nl/>
- [https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/privacywet-onnodig-streng-uitgelegd.htm?mailkey=&utm\\_medium=email&utm\\_source=mc\\_nieuwsbrief](https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/privacywet-onnodig-streng-uitgelegd.htm?mailkey=&utm_medium=email&utm_source=mc_nieuwsbrief)

## **6. Eerdere uitwisselingsafspraken**

De drie eerder overeengekomen doelen met de leveranciers:

Directie Informatiebeleid /  
CIO

**Datum**

30 januari 2019

1. Alle leveranciers hebben uitwisseling van de BGZ en zoveel mogelijk andere ZIB's voor eind 2019 aantoonbaar geregeld.
  - Te bewijzen middels een daadwerkelijke overdracht en uitwisselingsfunctionaliteit.
  - Testen middels 'connectathons' kan een optie zijn;
  - Pricing: dit is een nadrukkelijke wens van meer dan 70 ziekenhuizen; mede hierdoor zal er vrijwel geen risico (opslag) ingebouwd dienen te worden door de leveranciers in de prijs.
2. Systeem en database MOET open! Het moet mogelijk worden om op eenvoudige wijze toegang te hebben tot de database en gegevens. Het moet ook mogelijk zijn dat andere toepassingen en andere partijen, veilig, gegevens kunnen gebruiken, met behulp van zogenaamde "open api's". Dit zal de innovatie binnen de sector enorm doen toenemen.
  - De te verwachten toename in (wettelijke) plicht tot openstellen van data, zal leiden tot meer plicht tot innovatie; zoals bijvoorbeeld in de bankensector.
  - De sector en de leveranciers maken goede afspraken omtrent het borgen van de veiligheid van (gebruik van) data.
  - Ziekenhuizen en leveranciers de prioriteren het open stellen, welke API's het eerste nodig zijn en welke use-cases we identificeren.
3. Alle ziekenhuizen willen aansluiting op regionale en gestandaardiseerde XDS-infrastructuren.

## 7. Aanwezigen op 29 januari 2019

Aanwezig	Afwezig	Achternaam	Tussenvoegsel	Voornaam	Organisatie	Mail	
1		Buren		Cees	Radboud	RvB	10.2.e@radboudumc.nl
1		10.2.e		10.2.e	Radboud	10.2.e	10.2.e@radboudumc.nl
1		10.2.e		10.2.e	Erasmus MC	10.2.e	10.2.e@erasmusmc.nl
1		Janssen		Mark	Franciscus Gasthuis & Vlietland	RvB	raadvanbestuur@franciscus.nl
1		10.2.e		10.2.e	UMC Utrecht	10.2.e	10.2.e@umcutrecht.nl
1		10.2.e		10.2.e	UMC Groningen	10.2.e	10.2.e@umcg.nl
1		10.2.e		10.2.e	LUMC	10.2.e	10.2.e@lumc.nl
1		10.2.e	10.2.e	10.2.e	Rivas Zorggroep	10.2.e	10.2.e@rivas.nl
1		10.2.e		10.2.e	EMC	10.2.e	10.2.e@erasmusmc.nl
1		10.2.e		10.2.e	Amsterdam UMC	10.2.e	
1		10.2.e		10.2.e	Amsterdam UMC	10.2.e	10.2.e@vumc.nl
1		10.2.e		10.2.e	lumc	10.2.e	10.2.e@lumc.nl
1		10.2.e		10.2.e	JBZ	10.2.e	10.2.e@jbz.nl
1		Visser		Marcel	JBZ	RvB	RvBSecretariaat@jbz.nl
1		10.2.e	de	10.2.e	Amphia	10.2.e	
1		10.2.e		10.2.e	Saxenburgh groep	10.2.e	10.2.e@sxb.nl
1		10.2.e	den	10.2.e	Haaglanden MC	10.2.e	10.2.e@haaglandenmc.nl
	1	Houdenhoven	van	Mark	Maartenskliniek	RvB	
	1	Voetelink		David	Erasmus MC	RvB	
	1	Buitendijk		Vincent	Libranet	RvB	
1		Gerritsen		Erik			
1		Roozendaal		Ron			
1		10.2.e		10.2.e			
1		10.2.e		10.2.e			





## programma Elektronische Gegevensuitwisseling in de Zorg

---

Beste collega,

Goede en tijdige informatie-uitwisseling met de patiënt en tussen zorgverleners is nodig voor goede kwaliteit van zorg. Er is nog geen zicht op volledige digitalisering van alle zorgprocessen. Om die reden stuurde het ministerie van VWS op 20 december 2018 een [brief naar de Tweede Kamer](#) over de stapsgewijze verplichte digitalisering van prioritaire transmurale zorgprocessen en bijbehorende elektronische gegevensuitwisseling. Dit past bij de vraag van het veld en van de Tweede Kamer aan VWS om meer regie te nemen. Een proces dat we graag samen met jullie invulling geven.

---

### *Roadmap met geprioriteerde zorgprocessen*

Voor 1 april 2019 stellen we met de zorgsectoren en alle betrokkenen een roadmap samen van de geprioriteerde zorgprocessen. Voor de zomer volgt informatie over een programma met regie op uitvoering van deze roadmap. Wij rekenen op jullie steun en betrokkenheid voor de in de [brief](#) geschetste lijn en bijdrage aan de roadmap. Ook nodigen we je van harte uit om zelf met eigen achterbannen concrete voorstellen te doen voor deze roadmap.

### *Vier sessies*

Vanuit VWS organiseren we drie consultatiesessies in Utrecht (en een vierde terugkoppelsessie in Den Haag) waarbij alle betrokkenen uitgenodigd zijn: zorgsectoren, regionale samenwerkingsorganisaties, zorgnetwerken, zorg ICT-leveranciers, Nictiz, overheid en alle anderen. We doen dit bewust integraal en met alle betrokkenen en belangen aan tafel. Het kan ook zijn dat er collega's van vakbladen uit de zorgsector in de zaal zitten. De consultatiesessies zijn op de volgende momenten:

- woensdag 6 februari | 09.00 - 13.30 uur  
bij de Social Impact Factory aan de Vredenburg 40 in Utrecht, inclusief lunch
- woensdag 13 februari | 12.30 - 17.00 uur  
bij de Social Impact Factory aan de Vredenburg 40 in Utrecht, inclusief lunch
- dinsdag 19 februari | na werktijd  
in Utrecht of directe omgeving, inclusief (lichte) maaltijd

We nodigen je van harte uit om eigen voorstellen te 'pitchen'. Geef daarbij graag ook aan:

1. Op welke dag je een eigen voorstel presenteert
2. Jouw tweede optie/alternatieve datum voor de pitch
3. De na(a)m(en) van collega's die erbij zijn: om samen met jou te pitchen of als deelnemer in de zaal zitten bij één of meerdere consultatiesessies

Meer informatie over het format voor de pitch lees je in de bijlage, op de laatste pagina van deze uitnodiging.

### *Vervolgproces*

De uitkomsten (voorstellen, vragen en antwoorden) van deze consultaties publiceren we op de website van het Informatieberaad en zijn input voor de eerder genoemde Roadmap met de te digitaliseren prioritaire zorgprocessen en bijbehorende elektronische gegevensuitwisseling. Ook komt er een vierde bijeenkomst met toelichting op de uitkomsten en verdere stappen voor alle betrokkenen:

- woensdag 20 maart | 15.00 - 17.00 uur  
bij VWS in Den Haag met aansluitend borrel

*Erbij zijn*

Gezien het grote belang van deze consultaties vertrouwen we op een brede opkomst. Stuur ons jouw aanmelding voor één of meer van de vier sessies, per email aan [informatieberaadzorg@minvws.nl](mailto:informatieberaadzorg@minvws.nl). Geef daarbij duidelijk aan of je een presentatie wilt geven (en zo ja, op welke van de drie data), of aansluit als deelnemer in de zaal. Mocht je niet kunnen op een van de consultatiesessies, kun je tot uiterlijk 14 februari a.s. je bijdrage digitaal insturen.

*Meer weten*

Voor meer informatie kun je terecht bij 10.2.e via (06)10.2.e en 10.2.e@minvws.nl.

Met vriendelijke groet,

Ron Roozendaal

Directeur Informatiebeleid / CIO | Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

## Format voor een presentatie | pitch

### Zaken die wij graag vooraf ontvangen

#### *Korte beschrijving*

- Een korte beschrijving vanuit jouw sector c.q. eigen perspectief van het te digitaliseren prioritaire transmurale (delen van het) zorgproces.

#### *Twee opmerkingen*

Nictiz heeft in haar rapport over Zorginfrastructuur uit 2017 in paragraaf 3.3 generieke vormen van transmurale samenwerking beschreven.

Als criteria voor prioritair verstaan we transmurale zorgprocessen met tenminste

- een groot medisch belang c.q. hoge risico's voor verantwoorde zorg,
- in grote volumes, en
- die een forse bijdrage levert aan doelmatigheid - bijvoorbeeld voorkoming van onnodige en belastende dubbele diagnostiek - , en
- door patiënten zelf als van grote meerwaarde beoordeeld

Licht deze criteria toe voor jullie prioritaire zorgproces(sen).

#### *Presentatie*

- Bereid een (powerpoint)presentatie/pitch voor van maximaal 10 minuten.
- Beantwoord de volgende vragen in je presentatie:
  - een beschrijving of visualisatie van de informatieuitwisseling tussen samenwerkende zorgverleners in het betreffende transmurale zorgproces
  - welke informatie is relevant voor de patiënt om te ontvangen en om te delen?
  - welke risico's bestaan er voor de patiënt?  
Bijvoorbeeld | niet-actuele informatie, ontbrekende informatie, cruciale informatie voor beslismomenten qua diagnosestelling, behandeling en nazorg
  - wat zijn de beschikbare relevante veldnormen of richtlijnen en informatiestandaarden (over taal en techniek)?

### Stuur je bijdrage op tijd in

Jouw (powerpoint)presentatie en korte beschrijving van het zorgproces kun je tot uiterlijk vijf werkdagen voor de consultatiesessie sturen aan 10.2.e@minvws.nl.


### Op de dag zelf | 6, 13 of 19 februari

Je krijgt van ons zo snel als mogelijk bericht of je bent ingepland.

Op de dag zelf heb je 10 minuten om jouw zorgproces toe te lichten, gevolgd door 10 minuten voor vragen uit de zaal.

versie 15 januari 2019



 nog niet geantwoord

Aanwezig	Afwezig	Achternaam	Tussenvoegsel	Voornaam
		10.2.e		10.2.e
		10.2.e		10.2.e
		1 Buitendijk		Vincent
	1	Buren		Cees
	1	10.2.e		10.2.e
		1 10.2.e		
		1 Houdenhoven	van	Mark
	1	Janssen		Mark
		10.2.e <sup>2e</sup>		
		10.2.e		
		1 10.2.e		
		10.2.e		
		1 Voetelink		David
	1	10.2.e		
	1	10.2.e		
	1	10.2.e		
	1	10.2.e		
	1	Gerritsen		Erik
	1	Roozendaal		Ron
	1	10.2.e		
	1	10.2.e		
	1	10.2.e		



1 10.2.e  
1 10.2.e  
1 10.2.e

10.2.e

Aanwezig	Afwezig	
22	18	Totaal

# Organisatie

MUMC+	
LUMC	Hoofd zorginnovatie
Tergooi	10.2.e
Libranet	
Radboud	RvB
Radboud	CIO
UMC Groningen	CIO
LUMC	
Erasmus MC	10.2.e
Wilhelmina Kinderzkh	10.2.e
Tergooi	RvB
Merem	RvB
Maartenskliniek	RvB
Franciscus Gasthuis & Vlietland	RvB
Amsterdam UMC	
Amsterdam UMC	
OLVG	10.2.e
	CIO
UMC Utrecht	CIO
Rivas	10.2.e
NVZ	
UMC Groningen	10.2.e
Laurentius	10.2.e
Franciscus Gasthuis & Vlietland	RvB
Merem	
UMC Utrecht	
MUMC	10.2.e
Erasmus MC	RvB
LUMC/Registratie aan de Bron	10.2.e
Reinier Haga	Rvb
Rivas Zorggroep	CIO
EMC	CIO
Amsterdam UMC	10.2.e
Amsterdam UMC	Adjunct Directeur
Iumc	10.2.e
JBZ	CIO
JBZ	RvB
Amphia	10.2.e
Saxenburgh groep	10.2.e
Haaglanden MC	10.2.e





Mail	Eventuele tweede mail
10.2.e [redacted]@mumc.nl	
10.2.e [redacted]@lumc.nl	
10.2.e [redacted]@tergooi.nl	10.2.e [redacted]@tergooi.nl
10.2.e [redacted]@libranet.nl	
10.2.e [redacted]@radboudumc.nl	
10.2.e [redacted]@radboudumc.nl	10.2.e [redacted]@radboudumc.nl
10.2.e [redacted]@umcg.nl	
10.2.e [redacted]@lumc.nl	
10.2.e [redacted]@erasmusmc.nl	
10.2.e [redacted]@umcutrecht.nl	
10.2.e [redacted]@tergooi.nl	10.2.e [redacted]@tergooi.nl
10.2.e [redacted]@merem.nl	
10.2.e [redacted]@maartenskliniek.nl	
10.2.e [redacted]@franciscus.nl	
10.2.e [redacted]@amc.nl	
10.2.e [redacted]@vumc.nl	
10.2.e [redacted]@rdgg.nl	Gestopt
10.2.e [redacted]@lumc.nl	
10.2.e [redacted]@umcutrecht.nl	
10.2.e [redacted]@rivas.nl	
10.2.e [redacted]@nvz-ziekenhuizen.nl	
10.2.e [redacted]@umcg.nl	
10.2.e [redacted]@lzf.nl	
raadvanbestuur@franciscus.nl	
10.2.e [redacted]@merem.nl	
10.2.e [redacted]@umcutrecht.nl	
10.2.e [redacted]@mumc.nl	
10.2.e [redacted]@erasmusmc.nl	
10.2.e [redacted]@lumc.nl	
10.2.e [redacted]@rdgg.nl	
10.2.e [redacted]@rivas.nl	
10.2.e [redacted]@erasmusmc.nl	
10.2.e [redacted]@vumc.nl	
10.2.e [redacted]@lumc.nl	
10.2.e [redacted]@jbz.nl	
RvBSecretariaat@jbz.nl	
10.2.e [redacted]@sxb.nl	
10.2.e [redacted]@haaglandenmc.nl	



**Toelichting**

10.2.e komt ipv

10.2.e komt namens Rivas

ipv 10.2.e

**Vegetarisch**

Uit zijn mail 20-1 om 23.08 begrijp ik dat hijzelf niet komt. 10.2.e is toegevoegd

Nieuw in gezelschap

Nieuw in gezelschap

Nieuw in gezelschap

Nieuw in gezelschap



10.2.e

**Van:** 10.2.e  
**Verzonden:** vrijdag 22 maart 2019 16:34  
**Aan:** 10.2.e @umcutrecht.nl; 10.2.e @amc.uva.nl;  
 10.2.e @vumc.nl; 10.2.e @erasmusmc.nl; 10.2.e @radboudumc.nl;  
 10.2.e @nvz-ziekenhuizen.nl; 10.2.e @erasmusmc.nl;  
 10.2.e @rivas.nl; 10.2.e @lumc.nl; 10.2.e @jzbz.nl;  
 10.2.e @jzbz.nl; 10.2.e @erasmusmc.nl;  
 10.2.e @maartenskliniek.nl; 10.2.e @NFU.nl;  
 10.2.e @haaglandenmc.nl; 10.2.e @umcg.nl  
**CC:** 10.2.e  
**Onderwerp:** EPD diner 26 mrt  
**Bijlagen:** VWS Meeting March 25 - Epic Interoperability Vision.pdf; DEF Samenvatting reacties huizen en leveranciers 20190326.docx; DEF Reacties leveranciers op eisen ziekenhuizen 20190326.docx; DEF Eisen aan gegevensuitwisseling ziekenhuiszorg - maart 2019.docx; DEF agenda 20190326.docx

Beste allen,

Dinsdag ontvangen we u bij VWS voor een bijeenkomst over gegevensuitwisseling in de ziekenhuiszorg.

Locatie: VWS; Parnassusweg 5

Tijdstip: Inloop vanaf 17:45u

Start om 18:15u

Bijgaand treft u de stukken:

- Agenda.
- Eisen van de ziekenhuizen.
- Reacties van de leveranciers hierop.

Namens de ziekenhuizen voeren die avond de volgende personen het woord:

- 10.2.e (Universitair Medisch Centrum Groningen) – BGZ.
- 10.2.e (Radboud Universitair Medisch Centrum) – XDS.
- 10.2.e (Universitair Medisch Centrum Utrecht) - API's.
- Mark van Houdenhoven (Sint Maartenskliniek) – Pricing.

Van u verwachten we:

- Tot aan 26 mrt; eventuele feedback op de beschreven eisen en reacties.
- Op 26 mrt; eventueel bijspringen van de woordvoerders.

Voor eventuele vragen en/of opmerkingen kunt u bij mij terecht.

Tot dinsdag!

Met vriendelijke groet,  
Ook namens Erik,

10.2.e



10.2.e | Senior Beleidsmedewerker I-samenwerking in de zorg |  
Directie Informatiebeleid/CIO | Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport |  
Parnassusplein 5 | 2511 VX | Den Haag | Postbus 20350 | 2500 EJ | Den Haag | 8e verdieping |  
☎ 06-10.2.e  
✉ 10.2.e@minvws.nl | [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl) | [www.informatieberaadzorg.nl](http://www.informatieberaadzorg.nl)

# Epic

## Vision on Interoperability

VWS – 25 March 2019





# **Our Vision**

**Get the *right* information  
To the *right* person  
At the *right* time**



# 3.7 Million Patient Records Exchanged Daily Worldwide

Doc. 39

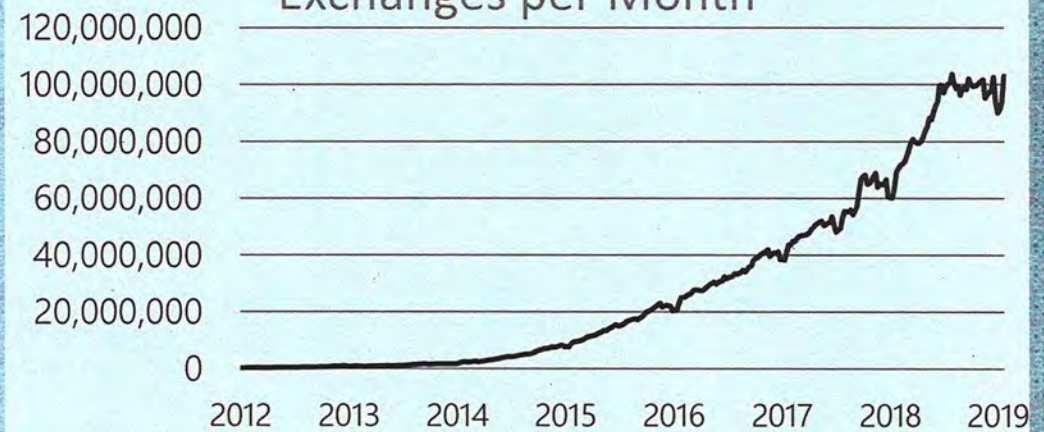
via standards-based exchange of CCD/C-CDA documents to EHRs, government agencies, HIEs, & HSPs


## Impact of electronic health information exchange in the Emergency Department

- 2.5% fewer CT scans
- 1.6% fewer MRIs
- 2.4% fewer radiographs
- 2.4% lower admission rate
- \$1,187 reduced charges per patient
- 58.5 minutes faster access to outside information

Source: Journal of the American Medical Informatics Association, Volume 24, Issue e1, 1 April 2017, Pages e103–e110

## Epic-Community Total Patient Record Exchanges per Month



99% Connect with Another Vendor's System using  Care Everywhere



Australia • Canada • England • Lebanon • The Netherlands • UAE • USA

Live

Onboarding



Saudi Arabia



# How?

- ✦ **Follow IHE & HL7 standards whenever possible**
- ✦ **Advance standards to allow clinicians to be more effective**



# BGZ

- ✦ **Allow time for practical implementation of BGZ. Aggregate lessons learned**
  - ✦ Consistency of language is critical at the specialty/domain level
  - ✦ Plan enough time for mapping and testing
  
- ✦ **Support a comment and review period for proposed updates to the BGZ**



# XDS



- **Standards-based**
  - XDS: Connect to regional exchanges
  - CDA: Standardized content
- **Encourage regional exchange networks to take the leading role to facilitate exchange in a region**
  - Stichting GERRIT
- **Advocate for a light-touch consent model**
  - Make it easy for patient to opt-in
  - Make consent as general (that is, non-fragmented) as possible
- **Champion international standards**
  - Reduce technical and functional efforts to adapt. Less costly



# API's

## App Orchard

platform where developers can learn about and access Epic's APIs

## Open.epic.com

public access to our specifications for certain open APIs like HL7



App  
Orchard

# HIGHLIGHTS

380<sup>+</sup> vendors

1249 developers  
who use App Orchard

715<sup>+</sup> apps x sites

2 billion<sup>+</sup> monthly  
API messages



# API's

## ⚙️ **APIs don't live in a vacuum**

- ⊛ Our philosophy is to review each use case and dive into the (technical) details to determine the right means
- ⊛ Interpret the API data point in the broader sense of the EPD

## ⚙️ **International standards to ensure shared language and communication**

- ⊛ Simplifies interoperability between vendors
- ⊛ Eliminates risk of vendor lock-in
- ⊛ Reduces barrier to entry



# Pricing & Financing

- ✦ **Vendors should be allowed to reasonably charge their own clients for building and maintaining their platforms and software**
- ✦ **Avoid “tollbooths” to charge regional partners on other platforms**



# What has happened since November?



# Activities

- ✧ **Basisgegevensset CDA document development delivered**
  - ✧ Design done in close collaboration with Epic hospitals
- ✧ **UMCG – MCL exchange**
  - ✧ 21.000 records exchanged in 2018
  - ✧ Automation of consent is key to success
- ✧ **Kicked-off MCL-Tjongerschans (Epic-ChipSoft) exchange project**
- ✧ **Annual Interoperability Forum with customers**
  - ✧ Desire to have more specific collaborative events to make agreements as Epic hospitals in the Netherlands
- ✧ **Working with hospitals to prioritize upcoming roadmap programs**



# On the horizon

## ✧ **Start with a targeted and reasonable scope of data exchange**

- ✧ Determine most important use cases (reference The Roadmap from Minister Bruins)
- ✧ Add additional ZIBs in future phases

## ✧ **Put the experts in a room to move forward with the details**

## ✧ **Agree on realistic timelines for development and implementation**

- ✧ Healthcare software benefits from multiple rounds of expert testing and quality assurance
- ✧ One error is one too many



**What do we want to achieve with these meetings?**



# Goals of this group

- ✦ **Monitor process**
- ✦ **Set timelines to adopt and adjust**
- ✦ **Provide an escalation path**
- ✦ **Navigate the privacy vs practicality discussions**



# Our Vision

Get the *right information*  
To the *right person*  
At the *right time*







XDS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uitwisseling/ connectiviteit op basis van IHE (XDS gebaseerde) profielen</li> <li>- Conform een samen af te spreken roadmap van te implementeren profielen</li> <li>- En koppeling van (bestaande) regionale XDS netwerken naar een landelijk XDS netwerk.</li> </ul>	Cerner ChipSoft  Epic Nexus SAP	- roadmap en tijdlijn.
API	<ul style="list-style-type: none"> <li>- EPD leveranciers dienen kosteloos API's beschikbaar te stellen en zorginstellingen besluiten zelf welke API's zij wanneer gebruiken.</li> <li>- Deze API's dienen toegang te geven tot alle in het ZIS/ EPD vastgelegde (patiënt) data, zowel via</li> </ul>	Cerner    ChipSoft	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Omdat we ook snappen dat niet alles tegelijk kan, willen we graag hun voorstel voor een roadmap horen. Waar openen ze als eerste hun systeem met APIs en wat doen ze later</li> <li>- (voorzet : begin met eHealth, PGO uitwisseling, daar snappen ze heel goed dat dat toch moet en als volgende aansluiting expert-AI-systemen om ze te dwingen om te interfacen met innovatieve andere</li> </ul>

10.1.c

	push als via pull, zowel lezen als schrijven.		10.1.c	systemen die echt het verschil kunnen gaan maken en hun marktmacht kunnen verminderen)
		Epic		
		Nexus		
		SAP		
Pricing	- de data is niet van de leverancier	Cerner		- Ziekenhuizen willen ook discussie over prijsstelling.



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- gegevensuitwisseling zou kosteloos moeten zijn.</li> <li>- dient dus mogelijk te zijn de data op een andere manier te kunnen inzetten/ gebruiken/ delen.</li> <li>- leveranciers mitigeren risico's op vendor lock-in, juichen innovatie en samenwerking met kleinere partijen toe.</li> </ul>		10.1.c	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ziekenhuizen zouden het mooi vinden als er een oproep klinkt om 'maatschappelijk verantwoord' te ondernemen, zeker als het gaat over interoperabiliteit.</li> <li>- Helpt het als de huizen gezamenlijk commitment afgeven dat we bv met 30 huizen het gaan aanschaffen. Of een structuur waarbij de prijzen lager worden naarmate er meer wordt gekocht.</li> <li>- Gezamenlijke inkoop kunnen afspreken.</li> </ul>
		ChipSoft		
		Epic		
		Nexus		
		SAP		

## Ziekenhuizen en ICT-leveranciers slaan de handen ineen

2018 en 2019

### Aanleiding

Voor artsen en verplegend personeel is het belangrijk om snel over de juiste gegevens van patiënten te beschikken. Zo kunnen zij mensen die zorg nodig hebben sneller en beter behandelen. Op dit moment beschikken artsen en verpleegkundigen nog niet vanzelf over alle digitale gegevens van patiënten in het eigen ziekenhuis en ook niet van andere ziekenhuizen. Verschillende bestuurders van ziekenhuizen, Chief Medical Information Officers, IT-experts en ICT-leveranciers hebben met elkaar afgesproken om actief samen te werken om de digitale gegevensuitwisseling binnen en tussen ziekenhuizen technisch te realiseren. Dit met als doel om de vraag van ziekenhuizen en het aanbod van ICT-leveranciers bij elkaar te brengen.

Alle ziekenhuizen (academisch, topklinisch, regionaal) stellen gezamenlijk eisen aan EPD leveranciers, teneinde de gewenste uitwisseling van gegevens te realiseren. Voorliggend stuk geeft uitwerking aan de gemeenschappelijke visie en programma van eisen voor de gegevensuitwisseling. Dit programma wordt samen met ICT-leveranciers verder uitgewerkt en vertaald naar concrete afspraken tussen ziekenhuizen en leveranciers.

### Hoofdpunten

1. Realisatie van daadwerkelijke bewezen uitwisselingsfunctionaliteit, middels BGZ (10.2.e)
2. Systeem en database MOET open, middels API's (10.2.e)
3. XDS koppeling, op basis van IHE (10.2.e)
4. Pricing (Mark van Houdenhoven)

### 1. Realisatie van uitwisselingsfunctionaliteit met daadwerkelijk bewezen overdracht 10.2.e

Alle ziekenhuizen vragen gezamenlijk aan hun leveranciers om het inbouwen van de Basisgegevensset Zorg (BGZ) en de zorginformatiebouwstenen. Hierdoor kunnen gegevens eenmalig worden geregistreerd en daarna worden uitgewisseld en hergebruikt. ICT-leveranciers moeten er voor zorgen dat de uitwisseling van de BGZ én zoveel mogelijk van de andere zorginformatiebouwstenen voor het einde van 2019 aantoonbaar werken; via de voorkeurs standaarden van XDS.

Ieder item uit de BGZ is dan als bronvraag in het EPD ingebouwd. BGZ en ZIB's gaan nog over relatief "algemene" patiënten kenmerken en is goed om daar mee te starten.

Uitwisseling van zorginformatie moet georganiseerd worden op basis van landelijk afspraken die regionaal nageleefd worden. We maken bij de regionale coördinatie dus alleen gebruik van de landelijk vastgestelde standaarden. Regionale coördinatie zal zodanig georganiseerd moeten worden dat aan alle 5 lagen van het model voor uitwisseling van zorginformatie invulling gegeven wordt. We moeten zorgen dat alleen zorginformatiesystemen op de Nederlandse markt aangeboden mogen worden waarin de BGZ ingebouwd is. Onderhoud en doorontwikkeling moeten in de jaarlijkse fees verwerkt zijn.

### Functionele doelstelling

De functionele doelstelling is om binnen twee jaar, dus voor 1-1-2021, daadwerkelijke uitwisseling van de Basisgegevensset Zorg (BgZ) en de bijbehorende Zorginformatiebouwstenen (Zibs) in de praktijk mogelijk te maken.

- tussen alle ziekenhuizen onderling.
- van alle ziekenhuizen met andere zorgaanbieders (niet-ziekenhuizen) waarvan de systemen de uitwisseling van de BgZ op vergelijkbare wijze ondersteunen. (Dus feitelijk de Vipp A2 doelstelling maar dan met als extra eis systeem-systeem communicatie waar Vipp uitgaat van systeem - patiënt - systeem)



#### Eisen aan de systemen en de software

De zorginformatiesystemen (epd's) die door de ziekenhuizen gebruikt worden:

- moeten in staat zijn om gegevens conform de definitie van de zibs, die onderdeel zijn van de BgZ, in de systemen vast te leggen en weer op te leveren; dat geldt voor alle zibs en gegevens(onderdelen) van de zibs, die in de verschillende instellingen vastgelegd en gebruikt worden in het zorgproces.
- moeten de gebruikers van de systemen in staat stellen om de gegevens die zij als onderdeel van het zorgproces gebruiken en waarvoor een zib als onderdeel van de BgZ bestaat, conform de definitie van de zibs, inclusief alle gegevenselementen van de zibs die in het zorgproces gebruikt worden, in de schermen vast te leggen en uit te lezen.

Om de uitwisseling op brede schaal mogelijk te maken zal zowel uitwisseling op basis van HL7 CDA (Clinical Document Architecture) als HL7 FHIR (Fast Healthcare Interoperability Resources) ondersteund moeten worden. Dus naar zowel de Nederlandse én Amerikaanse standaard.

De zorginformatiesystemen (epd's) die door de ziekenhuizen gebruikt worden:

- moeten in staat zijn om de BgZ en bijbehorende zibs in de vorm van een HL7 CDA document conform de landelijke standaard te verzenden, te ontvangen en (per veld) te verwerken.
- moeten in staat zijn om de BgZ en bijbehorende zibs in de vorm van HL7 FHIR resources conform de landelijke standaard te verzenden, te ontvangen en (per resource) te verwerken.
- Voor zowel de HL7 CDA als de HL7 FHIR implementatie geldt dat het zendende systeem in staat moet zijn om de gegevens(elementen) van alle zibs van de BgZ die in het zorgproces in de instelling gebruikt worden moeten kunnen versturen.
- Voor zowel de HL7 CDA als de HL7 FHIR implementatie geldt dat het ontvangende systeem in staat moet zijn om de gegevens(elementen) van alle zibs van de BgZ moet kunnen ontvangen en verwerken.

#### Kwalificatie van de systemen en de software

Alle systemen en de software moeten door een onafhankelijke instelling worden gekwalificeerd voor de uitwisseling van de BgZ op basis van landelijke standaard als zendend en ontvangend systeem:

- voor HL7 CDA
- voor HL7 FHIR

#### Implementatieafspraken

Afspraken worden gemaakt op basis van de volgende uitgangspunten:

- Alle ziekenhuizen komen eenmalig met een uniform eisenpakket op basis van landelijke standaarden.
- Op basis daarvan worden er, in een van te voren afgestemde periode, in overleg met de gebruikersraden redelijke afspraken gemaakt over de prijs.
- Betaling vindt plaats als daadwerkelijke uitwisseling op basis van gekwalificeerde systemen is gerealiseerd.
- In de licentie van de standaardversies van de systemen is de beschreven functionaliteit en de technische implementatie en kwalificatie een integraal onderdeel.

#### Wettelijke verplichting

- Gezien de wenselijkheid wordt dit initiatief ondersteund door een (nader uit te werken) wettelijke verplichting via het ministerie van VWS.

Ter verduidelijking,

ZIB's zijn duidelijk gedefinieerde zorginformatie producten opgebouwd uit verschillende zorgdata elementen. De zorgdata elementen worden gestructureerd vastgelegd in het EPD. Zorgdata elementen kunnen afkomstig zijn uit vastgelegde standaard tabellen. Met mapping van de zorgdata elementen op de ZIB's worden de ZIB's "gevuld". Leveranciers en de huizen zijn samen verantwoordelijk voor de mapping van zorgdata elementen op de ZIB. De BGZ is samengesteld uit ZIB's. Zorginformatie uitwisseling tussen zorgverleners gebeurt op basis van ZIB's. Leveranciers zijn verantwoordelijk voor de inbouw van de ZIB's in de BGZ, van andere ZIB's en ZIB's die nog in ontwikkeling zijn. De leveranciers moeten faciliteren wanneer er meer/andere zorgdata elementen gemapt moeten worden op een bepaalde ZIB. Vervolgens wordt de technische koppeling (XDS) tussen de instellingen door de leveranciers zo geïmplementeerd dat informatie conform IHE profielen uitgewisseld kan worden in het zorginformatiesysteem.

Dat levert twee eisen op:

1. Functionele inbouw van ZIB's te beginnen bij de ZIB's van de BGZ en vervolgens de nu bestaande ZIB's en de ZIB's die nog in ontwikkeling zijn.

Wat betreft BGZ ZIB's kunnen we een tijdsafspraken maken wanneer en een proces afspraak om de functionaliteit vast te stellen

2. Samenwerking in mapping van de zorgdata elementen op de ZIB's waarin de leveranciers faciliteren in dit proces.

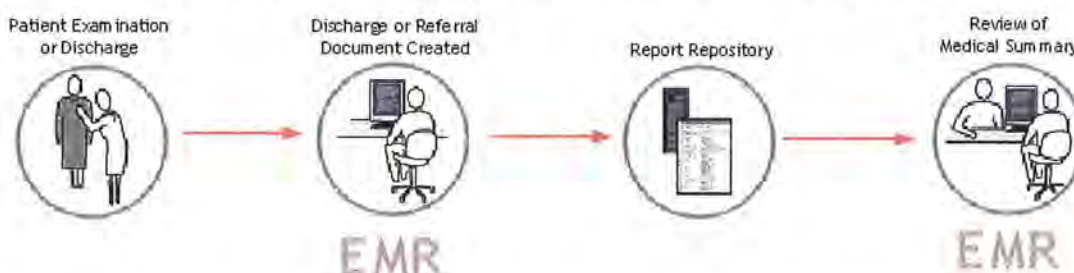
Dat geldt voor de BGZ maar ook voor alle andere ZIB's of aanpassing op bestaande ZIB's

## 2. XDS koppeling, op basis van IHE (10.2.e)

De organisatie IHE (Integrating the Healthcare Enterprise, zie <http://ihe.net>), is een internationaal en wereldwijd samenwerkingsverband tussen gebruikers en leveranciers van ICT in de zorgsector opgericht in 1998 in de V.S. IHE promoot het gecoördineerd gebruik van gevestigde zorg- en ICT **standaarden** zoals DICOM en HL7 om specifieke klinische behoeften ten aanzien van optimale patiëntenzorg in te vullen. Hierbij gaat het vooral om de zorgprocessen, waarbij informatie-uitwisseling onontbeerlijk is, zonder problemen te laten verlopen (zowel binnen als tussen organisaties). Systemen ontwikkeld overeenkomstig IHE communiceren beter met elkaar, zijn eenvoudiger te implementeren en maken het zorgverleners mogelijk om informatie effectiever te gebruiken. IHE heeft voor veel voorkomende zorgprocessen een gestructureerd stappenplan opgesteld, zgn IHE profielen. Deze profielen beschrijven de benodigde actoren, systemen en transacties daar tussen. Ook voor de uitwisseling van medische gegevens bestaan IHE profielen. Voor de regie van het uiteindelijke transport wordt vaak gebruik gemaakt van aparte applicaties, die de veilige aansluiting van systemen faciliteren, ook weer conform deze IHE profielen. Een bekend profiel is het 'Cross Enterprise Document Sharing' profiel, afgekort als XDS<sup>1</sup>.

Als systemen voldoen aan de eisen van een profiel, dan worden zij daarvoor door IHE gecertificeerd door onafhankelijke beoordelaars in een zogenaamd connectathon. Deze worden drie maal per jaar, wereldwijd verspreid gehouden. Naast het toetsen van de (software)systemen, kunnen ook bedrijven zich certificeren (IHE Conformity Assessment), wanneer zij in geheel conform de IHE methodiek opereren.

Een klip en klaar voorbeeld is het profiel Cross-Enterprise Sharing of Medical Summaries (XDS-MS)



Het gaat hier eenvoudig weg om de beschikbaarstelling van een verwijzing of bezoeksamenvatting. Het EPD/ZIS systeem heeft afwisselend de rol van Content Creator (zender) of Content Consumer

<sup>1</sup> Hoewel vaak alleen de term 'XDS' gebruikt wordt, bestaat een goed functionerend platform op basis van deze standaard uit meerdere (sub)profielen.



(ontvanger). IHE beschrijft ook hoe die Content technisch in elkaar zou kunnen zitten. Technisch, maar niet semantisch.

De lijst van relevante profielen voor medische gegevensuitwisseling binnen het Nederlandse zorgstelsel is door IHE Nederland opgesteld, echter er zal een groeipad van implementatie nodig zijn. Daarom is het vereist om op regionaal, maar liefst op nationaal niveau regie te voeren op de te implementeren profielen. Nu gebeurt het vaak, dat zorgverleners veel geld en tijd steken in een XDS platform, echter met leveranciers & partners te maken krijgen, die niet aan de landelijke IHE profielen willen of kunnen voldoen.

De voorwaarde is dan : toon aan dat de EPD-XDS oplossing voor connectiviteit tussen zorgverleners gecertificeerd is voor de relevante IHE profielen, zoals bepaald door IHE Nederland. Bij afgestemde profielen, is uiteindelijk het mechanisme van XDS relatief eenvoudig te implementeren.

Samenvattend moet er het volgende gebeuren:

- het ontbreken van goede afspraken rondom het gebruik en toepassing van de IHE profielen, vraagt om een landelijk afsprakenstelsel;
- de realisatie van de daadwerkelijke inrichting van het EPD/ZIS conform bovengenoemde BGZ / ZIB standaards door de relevante leveranciers is cruciaal en de basis voor uitwisseling (dus het mogelijk maken om content te creëren of te consumeren).
- Vervolgens wordt de technische koppeling (XDS) tussen de instellingen door de leveranciers zo geïmplementeerd dat informatie conform IHE profielen uitgewisseld kan worden.
- Tenslotte dienen de regionale XDS samenwerkingen dan nog aan elkaar gekoppeld te worden voor een landelijk XDS.

Noot; speciaal aandacht moet er zijn voor de wijze waarop toestemming van de patiënt voor uitwisseling van gegevens wordt vastgelegd en doorgegeven aan alle betrokken uitwisselingspartners. Een te strikte interpretatie van huidige wetgeving lijkt praktische toepassing binnen de huidige en in ontwikkeling zijnde zorgconstructen te blokkeren.

### **3. Laat data stromen! Gebruik van API's (10.2.e )**

De "api-vraag" voor de leveranciers; Open API's: hoe kunnen we informatie in de keten uitwisselen (huisarts, verpleeghuis, paramedici) met ons EPD zonder dure oplossingen aan te moeten schaffen?

Zonder open API's is geen goede uitwisseling mogelijk. Om zelfstandig zonder de EPD leveranciers gegevens te kunnen uitwisselen moet er van API's gebruik worden gemaakt, dan kunnen zowel kleine startups, als leveranciers van bijv. wearables en thuismeet-apparatuur gemakkelijker data op een goede en veilige manier uitwisselen. En ze zijn ook nodig om er voor te zorgen dat innovatieve toepassingen van derden patiëntgegevens gestructureerd kunnen lezen uit en toevoegen aan EPD-systemen.

Wij zien dit als eis aan de EPD's:

Doel: het veilig, snel, zowel periodiek als real time gestructureerd uit kunnen wisselen van data (in hun context) met andere systemen d.m.v. bijvoorbeeld API's (Application Programming Interface). Voor deze uitwisseling geldt dat het zowel van "buiten de muren van het ziekenhuis" moet kunnen (PGO, thuismeet-apparatuur) als "binnen de muren" (metingen in ziekenhuis, aansluiting AI-systemen), waarbij aan de eerste andere (zwaardere) security eisen zullen worden gesteld dan aan de tweede:

- Alle in het EPD/ZIS vastgelegde data betreffende de zorg of zorglogistiek dient via API's (webservices, push berichten) ontsloten te kunnen worden.
- Ook import van gegevens via API's (systeem interfaces), anders dan via gebruikersinterfaces (schermen) dient mogelijk te zijn.
- Gaat verder dan alleen de BGZ (Basis Gegevens Set Zorg): de landelijk gedefinieerde data set voor overdracht...echter in EPD/ZIS staat veel meer (on) gestructureerde data waarvoor geen

- landelijke standaarden bestaan....en wil je ook kunnen uitwisselen zowel intern tussen applicaties als met externe systemen van partners in het zorgnetwerk
- Zorginstellingen moeten zelf kunnen bepalen welke gegevens op gestandaardiseerde wijze met welke systemen kunnen worden uitgewisseld (zowel intern tussen applicaties als met externe systemen).
  - Zowel gestructureerd opvragen als gestructureerd terug schrijven
  - Zowel push als pull gestuurd
  - Via de "API/koppeling" wordt gebruik gemaakt van de volledige business logica (t.b.v. integriteit, kwaliteit en continuïteit van gegevens) van het betreffende systeem/EPD en de beveiliging van data binnen het betreffende EPD.
  - EPD leveranciers leveren deze API als onderdeel van hun standaard dienstverlening (zonder additionele kosten)
    - Met een dergelijke API doorbreken we de 'lock in' van de leverancier, wat in de kern een bedreiging is van hun business model. Dat ze een dergelijke API gratis gaan leveren – tenzij om de collega dwars te zitten – lijkt mij niet waarschijnlijk. Beschikking hebben over een goed functionerende API is zeker wat geld waard.

De ontsluiting van gegevens in de zorgsystemen (o.b.v. API's) moet mogelijk zijn voor verschillende toepassingen en doeleinden, zoals:

- a. de patiënt zelf om te kunnen beschikken over een digitaal afschrift van de eigen gegevens in bijvoorbeeld een PGO;
- b. eHealth toepassingen zoals thuismetingen en monitoring;
- c. de bij de zorg betrokken zorgverleners in het kader van (instelling overstijgende) zorgverlening (verwijzingen, overdracht, ketenzorg, netwerkzorg, shared care etc.);
- d. real time zorgtoepassingen zoals beslissingsondersteuning;
- e. medical intelligence toepassingen en dashboards;
- f. data-portabiliteit (AVG) bijvoorbeeld bij migraties;
- g. kwaliteitsregistraties in de zorg;
- h. wetenschappelijk onderzoek.

#### **4. Pricing (Mark van Houdenhoven)**

Dit is een essentiële. Eigenlijk zou gegevens uitwisseling kosteloos moeten zijn. Uitwisseling moet out of the box kunnen, met diverse en nieuwe partijen.

Uitwisseling moet open kunnen. Dat bevordert ook die uitwisseling. De markt neigt er echter naar om een fee voor data uitwisseling te vragen, naast een implementatie fee en een onderhoud fee voor bijv. extra modules.

Het is onduidelijk van wie de data zijn. Daar is een grote juridische discussie over. De kans dat de data eigendom zijn van de leverancier is nul. Vanuit dit uitgangspunt redeneren we. Dat betekent dat wanneer wij als ziekenhuis/ zorgverlener de data op een andere manier willen inzetten/ gebruiken/ delen met andere zorgverleners dit maximaal zonder aanvullende kosten dient te worden mogelijk gemaakt in belang van continuïteit en kwaliteit van de zorg.

Ziekenhuizen die gebruik maken van een specifieke leverancier verenigen zich in een vereniging welke volwaardige gesprekspartner is voor die betreffende leverancier.

Leveranciers hebben net als zorgaanbieders een maatschappelijke verantwoordelijkheid voor adequate, effectieve en efficiënte zorg. Dit onderschrijven zij als een soort licence to operate. Juist omdat ze werkzaam mogen zijn in de zorgverlening.

Als er landelijke (wettelijke) afspraken worden gemaakt over ZIB's, BGZ, nieuwe standaarden, API's enz dan zijn daar voor de centra geen kosten aan verbonden. Dit valt onder de wettelijke aanpassingen. Daarvoor betalen we een fee voor, VIPP is een goed voorbeeld voor.

Er kan geen sprake zijn van koppelverkoop. Dus als er API's komen, nieuwe wettelijke verplichtingen kan dat niet verplicht worden gekoppeld aan andere producten.



Leveranciers bieden een transparante prijs structuur/ opbouw voor hun klanten.

Nieuw ontwikkelde producten komen meteen beschikbaar voor andere ziekenhuizen en worden zonder aanvullende kosten geïntegreerd in bestaande implementaties.

Leveranciers zijn zich bewust van de vendor lock-in en werken vanuit dit gegeven mee met zorgaanbieders en samenleving om de potentiële negatieve effecten hiervan te mitigeren. Dit betekent dat ze aan dezelfde transparantieplichtingen dienen te voldoen als de sector waarvoor ze werken. De tekst die ik tegenkom in een jaarverslag van een leverancier is daar een uiting van in negatieve zin.



"Our strategy is based on a highly resilient business model with high margins and high proportion of recurring revenue from software maintenance and related services combined **with high costs for customers to switch and technological barriers preventing competitors to enter the market**"

- CompuGroup Medical SE Annual Report 2017



Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

# agenda

---

Betreft	Gegevensuitwisseling ziekenhuiszorg
Vergaderdatum en -tijd	26 maart 2019 vanaf 18:00
Vergaderplaats	VWS, Parnassusplein 5, Den Haag
Aanwezig	Ziekenhuisbestuurders Vijf grootste EPD leveranciers VWS

---

1. Welkom en opening bijeenkomst (Erik Gerritsen) 18.15-18.30
2. Programma "Gegevensuitwisseling" (10.2.e + Ron Roozendaal) 18.30-18.45
  - a. 2e Brieft aan de Tweede Kamer over Gegevensuitwisseling
  - b. concept Roadmap, Eerste Editie
3. Presentaties door EPD leveranciers 18.45-19.30
  - a. Cerner,
  - b. ChipSoft,
  - c. Epic,
  - d. Nexus,
  - e. SAP
4. Reactie van werkgroepen, namens de ziekenhuizen 19.30-20.30
  - a. BGZ
  - b. XDS
  - c. Open API's
  - d. Pricing en financiering
5. Concrete afspraken maken 20.30-21.00
6. W.v.t.t.k.



**Afspraken tussen EPD leveranciers en Nederlandse ziekenhuizen** 26 maart 2019

Zorg verlenend personeel dient op het juiste moment, op de juiste plek, over de juiste gegevens van patiënten te beschikken, om goede zorg te kunnen verlenen.

Mede daarom slaan de ziekenhuizen en EPD leveranciers de handen ineen en realiseren gezamenlijk dat...

**BGZ**

- voor 1-1-2020 alle zorginformatie bouwstenen (ZIB's) van de Basis Gegevenset Zorg (BGZ) zijn ingebouwd in de ziekenhuis EPD's.
- de uitwisseling van de BGZ mogelijk is tussen alle ziekenhuizen onderling. Alle ziekenhuizen kunnen de BGZ verzenden, ontvangen en verwerken in de dossiervoering.
- de (informatie in de) BGZ functioneel en bruikbaar is voor zorgverleners.

**XDS**

- voor 1-1-2020 beelden en patiëntgegevens conform IHE profielen over XDS uitgewisseld worden.
- hiermee de uitwisseling (zenden en ontvangen) mogelijk is tussen alle ziekenhuizen onderling.
- zij met een afvaardiging in een werkgroep, deze voorstellen verder uitwerken.
- zij hierbij, indien nodig, ook de andere relevante XDS leveranciers betrekken.

**Open API's <sup>1</sup>**

- alle data uit hun systemen eenvoudig en gebruiksvriendelijk, zonder verlies van bestaande leveranciersondersteuning, voor hergebruik beschikbaar is voor de ziekenhuizen.
- er een veilige, gedocumenteerde en gestructureerde mogelijkheid is, waarmee derden via innovatieve toepassingen kunnen lezen uit en toevoegen aan EPD-systemen. Dit kan via bijvoorbeeld een afgesproken standaarden voor systeemtoegang en open API's.
- zij samen optrekken bij het vervaardigen van API's en er naar streven om eind 2019 tenminste twintig APIs operationeel te hebben in alle EPD systemen.
- zij met een afvaardiging in een werkgroep, deze voorstellen verder uitwerken.
- zij het VNO-NCW manifest "samen naar een duurzame digitale samenleving" ondertekenen. Hiervoor kan contact worden opgenomen met [10.2.e](mailto:10.2.e@vnoncw-mkb.nl) van VNO-NCW, via [10.2.e](mailto:10.2.e@vnoncw-mkb.nl) [@vnoncw-mkb.nl](mailto:10.2.e@vnoncw-mkb.nl)

**Pricing**

- zij principiële afspraken maken met elkaar, als basis voor de (kosten van de) dienstverlening.
- er transparantie in beprijzing tot stand komt.
- het mogelijk is met meerdere ziekenhuizen een prioriteit in de releaseplanning aan te brengen.
- eisen aan gegevensuitwisseling gezamenlijk door alle ziekenhuizen kunnen worden gesteld, en er daarmee dus geen 'risico op beperkte afname' in de prijsstelling hoeft te worden meegenomen.
- de vragen en eisen via de verschillende gebruikersverenigingen gebundeld kunnen worden.
- zij met een afvaardiging in een werkgroep, deze voorstellen verder uitwerken.

<sup>1</sup> Afspraken / standaarden voor systeemtoegang door applicaties en systemen voor lezen en toevoegen.

Deelnemende ziekenhuizen bij gesprekken rondom EPD akkoord

- Amphia
- Amsterdam UMC
- Erasmus MC
- Franciscus Gasthuis & Vlietland
- Haaglanden MC
- Jeroen Bosch Ziekenhuis
- Laurentius
- Libranet
- LUMC
- Sint Maartenskliniek
- Maasstadziekenhuis
- Maastricht UMC
- Merem
- MUMC+
- OLVG
- Radboudumc
- Reinier Haga
- Rivas Zorggroep
- Saxenburgh groep
- Tergooi
- UMC Groningen
- UMC Utrecht
- Wilhelmina Kinderzkh



Aanmeldingen 10 juli

naam	org	Contact via
10.2.e [redacted] [redacted]	Umc utrecht	10.2.e [redacted]@umcutrecht.nl
10.2.e [redacted]	Umc utrecht	10.2.e [redacted]@umcutrecht.nl
10.2.e [redacted]	Wilhelmina Kinderziekenhuis	10.2.e [redacted]@umcutrecht.nl
C.J.H. (Cees) Buren MBA RC	Radboud universitair medisch centrum	10.2.e [redacted]@radboudumc.nl
10.2.e [redacted] [redacted]	Radboud universitair medisch centrum	10.2.e [redacted]@radboudumc.nl
10.2.e [redacted]	CMIO Erasmus MC	10.2.e [redacted]@erasmusmc.nl
10.2.e [redacted]	Laurentius Ziekenhuis	10.2.e [redacted]@lizr.nl
10.2.e [redacted]	UMCG	10.2.e [redacted]@umcg.nl
10.2.e [redacted]	UMCG	10.2.e [redacted]@umcg.nl
10.2.e [redacted]	Merem	10.2.e [redacted]@merem.nl
10.2.e [redacted]	Tergooi	10.2.e [redacted]@tergooi.nl
10.2.e [redacted]	tergooi	10.2.e [redacted]@tergooi.nl
10.2.e [redacted] [redacted]	Amsterdam umc	10.2.e [redacted]@amc.nl
10.2.e [redacted]	Maastricht UMC	10.2.e [redacted]@mumc.nl
10.2.e [redacted]	Maastricht UMC	10.2.e [redacted]@mumc.nl
10.2.e [redacted]	LUMC	10.2.e [redacted]@lumc.nl
10.2.e [redacted]	LUMC	10.2.e [redacted]@lumc.nl
10.2.e [redacted]	NFU	10.2.e [redacted]@NFU.nl