



programma Elektronische Gegevensuitwisseling in de Zorg

toelichting criteria en proces Roadmap

Veel voorstellen uit het veld

Digitalisering van de zorg leeft! Bij de professionals in het veld, haar leveranciers en andere betrokkenen zoals patiënten, koepelorganisaties en dienstverleners. Aan de oproep om voorstellen te doen voor met prioriteit te digitaliseren gegevensuitwisselingen werd dan ook massaal gehoor gegeven. In vier consultatiesessies op 6, 13, 19 en 21 februari werden 34 voorstellen gepitcht en in aanvulling daarop ontvingen wij nog 11 schriftelijke voorstellen. Deze 45 voorstellen overlappen deels met de in de [eerste brief](#) van 20 december 2018 ter illustratie genoemde gegevensuitwisselingen zoals voorgesteld door het Nictiz. En vullen ze soms ook aan. Alle voorstellen zijn terug te lezen via de [speciale pagina's](#) op de website van het Informatieberaad.

Het afwegingsproces: de criteria

Na bundeling van op elkaar lijkende voorstellen bleef iets minder dan de helft aan concrete gegevensuitwisselingen over die in aanmerking komen voor versnelde digitalisering en plaatsing op de concept Roadmap. Om binnen dit aantal tot een goede afweging te komen welke als eerste vast te pakken - en welke uiteindelijk een definitieve plek krijgen in de eerste editie - is gekeken naar drie hoofdcriteria:

Toegevoegde waarde voor de zorg

Voorop staat de toegevoegde waarde voor zorgprofessionals en voor burgers: het gezondheidsbelang. Door digitalisering moet bijvoorbeeld het risico op vermijdbare fouten kleiner worden. Denk aan de beschikbaarheid van medicatie- of allergie-informatie bij spoedeisende hulp. Daarbij is ook volume belangrijk, namelijk het aantal patiënten dat direct gezondheidsvoordeel heeft van de elektronische gegevensuitwisseling. Ook doelmatigheid is belangrijk. Digitalisering moet daadwerkelijk bijdragen aan een vermindering van (administratieve) lasten voor zorgprofessionals en instellingen. Tot slot moet het gaan om verbeteringen waar de patiënt ook echt iets van merkt. Zo moet de digitalisering onder meer altijd aansluiten op de MedMij-standaarden zodat de gegevens die worden uitgewisseld tussen zorgverleners - als de zorggebruiker dat zelf ook wil - kunnen worden opgehaald in persoonlijke gezondheidsomgevingen.

Realiseerbaarheid

Digitalisering moet als tweede ook realiseerbaar zijn. Dat wordt het als professionals afspraken hebben gemaakt over het zorgproces en daarin onder meer hebben afgesproken welke informatie wordt uitgewisseld. Ze moeten daarbij ook gekomen zijn tot eenheid van taal. De daarvoor benodigde informatiebouwstenen moeten beschikbaar zijn, in systemen zijn ingebouwd en de infrastructuur voor uitwisseling moeten landelijk dekkend zijn. Daarbij moet ook duidelijk zijn wat de benodigde activiteiten bij alle betrokkenen zijn, wat de risico's zijn, in hoeverre stimuleringsprogramma's al hebben bijgedragen aan de beoogde digitalisering en wat de business case is. Het digitaliseren van gegevensuitwisselingen zal naast de huidige stimuleringsprogramma's en tegen de bestaande tarieven binnen de reguliere bedrijfsvoering van zorginstellingen worden gerealiseerd.

Draagvlak

Tot slot zijn ook draagvlak, betrokkenheid en volharding bij alle betrokkenen in het veld cruciaal om merkbaar verschil te gaan maken. Een wettelijke verplichting is, hoe belangrijk ook om digitalisering onvermijdelijk te maken, slechts het sluitstuk van veel werk door zorgprofessionals, instellingen, ICT-leveranciers en alle andere betrokkenen.

Omdat wij zo transparant als mogelijk te werk wilden gaan en teleurstellingen achteraf wilden voorkomen, ontvingen alle sprekers de beoordelingscriteria vooraf en zijn ze ook gepubliceerd op de [website](#). Het toetsen van de voorstellen aan de criteria was niet in alle gevallen even eenvoudig.

Zo waren ze niet altijd direct af te leiden uit de sheets die wij voorafgaand aan de consultatiesessies ontvingen, of uit de pitch op het moment zelf, dan wel uit de schriftelijke voorstellen die later binnen kwamen. Om zoveel als mogelijk informatie over een voorstel te krijgen, zijn veel van de sprekers nagebeld: voor aanvullingen en detailvragen, en ook om eerste indrukken en formuleringen te toetsen.

Eerste editie met 13 gegevensuitwisselingen

De verplichting tot elektronische dossiervoering en gegevensuitwisseling zal stapsgewijs worden ingevoerd. Op basis van een eerste grove toetsing van vooral realiseerbaarheid zijn de volgende 13 nog te preciseren gegevensuitwisselingen opgenomen op de concept Roadmap van met prioriteit te digitaliseren gegevensuitwisselingen (herkenbaar aan de groen gearceerde koppen):

- Acute Ambulanceoverdracht naar Spoedeisende Hulp
- Medicatieoverzicht en digitaal receptenverkeer
- Medicatie verstrekken en toedienen
- Overdracht tussen ziekenhuizen van de Basisgegevensset Zorg
- Verpleegkundige overdracht van ziekenhuis naar instelling of thuiszorg
- Ketenzorg rondom Diabetes
- GGZ overdracht van een basis gegevensset
- Acute overdracht verloskundige naar gynaecoloog
- Beelduitwisseling tussen ziekenhuizen
- Beelduitwisseling pathologie
- Multidisciplinair Overleg Oncologie
- Triage verwijzing - gegevensoverdracht van huisartsenpost naar meldkamer en SEH
- Elektronische gegevensuitwisseling tussen geboortezorg en jeugdgezondheidszorg

Vervolgproces

Tweede Brief | concept Roadmap, eerste editie

Op maandag 4 maart deelde minister Bruins de eerste inzichten met de leden van het Informatieberaad Zorg. Een paar weken later, op 20 maart, waren alle indieners van presentaties en andere belangstellenden welkom voor de terugkoppelsessie.

Op 25 maart tenslotte spraken alle leden van het Informatieberaad Zorg hun steun uit voor de eerste editie van de concept Roadmap en ging de toegezegde vervolgbrief begin april 2019 naar de Tweede Kamer.

Derde Brief | definitieve Roadmap, eerste editie

De eerste selectie is nog niet definitief. De concept Roadmap wordt de komende maanden samen met het zorgveld verder uitgewerkt en beoordeeld. Qua planning, maakbaarheid en draagvlak, en natuurlijk een juridische en financiële analyse. De dan verzamelde detailinzichten houden we nogmaals tegen het licht en zullen leiden tot een meer uitgewerkt overzicht. Daaruit volgt de definitieve eerste editie van de Roadmap die we voor de zomer communiceren in de derde brief aan de Tweede Kamer. Bij deze brief zit ook de programmatische aanpak waarmee VWS het zorgveld gaat ondersteunen om de komende jaren tot digitalisering te komen.

Editie

Het liefste zouden we met elkaar alles in één keer oplossen. Tegelijkertijd weten we allemaal ook dat dit niet haalbaar is. Niet in de tijd, niet in de financiën, en omdat sommige dingen randvoorwaardelijk zijn voor het succes van andere. Daarom krijgt de Roadmap edities. We starten met de set gegevensuitwisselingen uit de eerste editie. Zodra er daarvan een uitwisseling goed loopt, of kan worden overgedragen aan het veld, kan de volgende inschuiven. Zo ontstaat een meerjarenagenda.

Prioritaire uitwisselingen

Veel voorstellen uit het veld

Digitalisering van de zorg leeft! Bij de professionals in het veld, haar leveranciers en andere betrokkenen zoals patiënten, koepelorganisaties en dienstverleners. Aan de oproep om voorstellen te doen voor met prioriteit te digitaliseren gegevensuitwisselingen werd dan ook massaal gehoor gegeven. In vier consultatiesessies op 6, 13, 19 en 21 februari werden 34 voorstellen gepitcht en in aanvulling daarop ontvingen wij nog elf schriftelijke voorstellen. Deze 45 voorstellen overlappen deels met de in de eerste brief (ook wel de 'Regiebrief' genoemd) van 20 december vorig jaar ter illustratie genoemde gegevensuitwisselingen zoals die door Nictiz 'door de oogharen heen' werden genoemd. En vullen ze soms ook aan.

Een (concept) eerste editie met 13 uitwisselingen

Alle voorstellen zijn terug te lezen via de [speciale pagina's](#) op de website van het Informatieberaad. Na bundeling van op elkaar lijkende voorstellen bleef iets minder dan de helft aan concrete gegevensuitwisselingen over die in aanmerking komen voor versnelde digitalisering en plaatsing op de concept Roadmap. Deze zijn op hoofdlijnen uitgewerkt op de navolgende pagina's.

De verplichting tot elektronische dossiervoering en gegevensuitwisseling zal stapsgewijs worden ingevoerd. Op basis van een eerste grove toetsing van vooral realiseerbaarheid zijn de volgende 13 nog te preciseren gegevensuitwisselingen opgenomen op de eerste editie van de concept Roadmap van met prioriteit te digitaliseren gegevensuitwisselingen - ze zijn vanaf pagina vijf herkenbaar aan de groene balk bovenin:

- Acute Ambulanceoverdracht naar Spoedeisende Hulp
- Medicatieoverzicht en digitaal receptenverkeer
- Medicatie verstrekken en toedienen
- Overdracht tussen ziekenhuizen van de Basisgegevensset Zorg
- Verpleegkundige overdracht van ziekenhuis naar instelling of thuiszorg
- Ketenzorg rondom Diabetes
- GGZ overdracht van een basis gegevensset
- Acute overdracht verloskundige naar gynaecoloog
- Beelduitwisseling tussen ziekenhuizen
- Beelduitwisseling pathologie
- Multidisciplinair Overleg Oncologie
- Triage verwijzing - gegevensoverdracht van huisartsenpost naar meldkamer en SEH
- Elektronische gegevensuitwisseling tussen geboortezorg en jeugdgezondheidszorg

Deze eerste editie van de concept Roadmap gaat mee met de tweede brief naar de Tweede Kamer. De eerste set van gegevensuitwisselingen wordt nog voor de zomer tot in detail uitgewerkt. Qua planning, maakbaarheid en draagvlak, en natuurlijk een juridische en financiële analyse. De dan verzamelde detailinzichten houden we nogmaals tegen het licht en zullen leiden tot een uitgewerkter overzicht. Daaruit volgt de definitieve eerste editie van de Roadmap die we voor de zomer communiceren in de derde brief aan de Tweede Kamer.

Inhoud

A. EEN (CONCEPT) EERSTE EDITIE MET 13 GEGEVENSUITWISSELINGEN (IN GROEN WEERGEGEVEN)

1. Acute Zorg
 1. Ambulanceoverdracht naar SpoedEisende Hulp (SEH)
 2. Triage verwijzing - gegevensoverdracht van huisartsenpost (HA/HAP) naar meldkamer (MKR) en SEH
2. Medicatieproces
 1. Medicatieoverzicht en digitaal receptenverkeer
 2. Medicatie verstrekken en toedienen
 3. Medicatieoverzicht inclusief labresultaten en intoleranties, contra-indicaties en allergieën (ICA)
3. Ziekenhuiszorg
 1. Overdracht tussen ziekenhuizen van de Basisgegevensset Zorg
 2. Beelduitwisseling tussen ziekenhuizen
 3. Beelduitwisseling pathologie
4. Verpleegkundige overdracht
 1. Verpleegkundige overdracht van ziekenhuis naar instelling of thuiszorg
5. MDO: Multidisciplinair overleg
 1. MDO Oncologie
 2. Ketenzorg rondom Diabetes
6. GGZ
 1. GGZ overdracht van een basis gegevensset
7. Jeugd: Geboortezorg en Jeugdgezondheidszorg
 1. Acute overdracht verloskundige naar gynaecoloog
 2. Elektronische gegevensuitwisseling tussen geboorte- en jeugdgezondheidszorg
8. Eerstelijnszorg/Huisartsenzorg
 1. Huisartswaarneemgegevens
 2. Verwijzing huisarts naar specialist
 3. Ketenzorg
9. Patiënt
 1. Dossiergegevens digitaal delen met patiënt
 2. Patientinformatie ketenzorg

B. PITCHES EN SCHRIFTELIJKE DEELNAME

De groen weergegeven voorstellen (gepitch of schriftelijk ingediend) komen geheel of gedeeltelijk terug in de eerste editie van de concept Roadmap.

6 FEBRUARI 2019 | SIF UTRECHT, 'S OCHTENDS

1. Ambulancezorg | uitwisseling HA-HAP-MK-AMB-SEH
2. Palga | beelduitwisseling pathologie
3. NFU | transplantatienefroloog - medicatie
4. Saltro | apotheek - labgegevens naar apotheek - medicatie
5. CEO-raad | multidisciplinaire samenwerking
6. IKNL | MDO oncologie
7. Patiëntenfederatie | top 10
8. Actiz-Sensire | uitwisseling huisarts - wijkverpleegkundige en apotheker
9. GGZ | BgZ+ en medicatie

13 FEBRUARI 2019 | SIF UTRECHT, 'S MIDDAGS

1. Nierstichting | nierveilig medicijngebruik - medicatie
2. Borstkankerzorg | eenheid van taal
3. Connect4Care | integraal zorgoverzicht
4. MedMij
5. IVM & VISMA | verantwoord medicijngebruik - medicatie
6. MDO IHE-profielen
7. NHG & VZVZ | huisartsenoverdracht - medOVD naar ZIBs
8. RSO NL | regio+regie=versnelling top 10
9. VZVZ | medicatieproces 9.0 - medicatie

19 FEBRUARI 2019 | UMC UTRECHT, 'S AVONDS

1. FMS | regie en versnelling (BgZ)
2. NCJ | elektronische gegevensuitwisseling tussen geboorte- en jeugdgezondheidszorg
3. NVvR | landelijke beschikbaarheid van beelden (met verslagen) voor radioloog, behandelend arts en patiënt
4. KNGF | Elektronische gegevensuitwisseling in de Zorg

5. Enovation | Niet lullen, maar poetsen
6. GeriMedica
7. ChipSoft | gezamenlijk behandelen als norm
8. V&VN | eOverdracht, onmisbaar in doelmatige zorg

21 FEBRUARI 2019 | VWS DEN HAAG, 'S AVONDS

1. NVZ | informatie-uitwisseling BgZ, medicatie
2. Drechtzorg
3. AptaVivar (Dalfsen) | zorg eco systeem
4. Dementienetwerk West-Brabant
5. Erasmus | medische gegevens patient op meerdere plaatsen, vormen samen Het Medisch Dossier
6. OIZ | van chaos naar gestructureerde samenwerking & implementatie
7. RZCC | medicatieveiligheid: eLab
8. ZKN | prioritering voor digitale uitwisseling in de regio Nederland

SCHRIFTELIJK

1. RZCC | Regionaal Zorgcommunicatie Platform (RZP)
2. Lareb | bijwerkingen van geneesmiddelen
3. KNMP & NedAIS | medicatieproces 9.x
4. Whitebox | standaardisering van decentrale autorisaties
5. NVZA | visie medicatieoverdracht en e-Health
6. Ineen | gegevensuitwisseling voor zorg thuiswonende kwetsbare ouderen
7. BabyConnect | veilig, betrouwbaar, snel en betaalbaar digitaal delen van informatie in de geboortezorg in Nederland
8. Lygature | FAIR en Personal Health Train
9. VGN | gegevensoverdracht tussen professionals
10. VGN | gegevensuitwisseling met client - PGO
11. VGN | medicatie toedieningsregistratie

A. Een (concept) eerste editie van 13 uitwisselingen

Van alle geprioriteerde gegevensuitwisseling zijn de 13 met een groene balk bovenin voorzien in de eerste editie van de concept Roadmap. Deze concept Roadmap gaat mee met de tweede brief naar de Tweede Kamer. De eerste set van gegevensuitwisselingen wordt nog voor de zomer tot in detail uitgewerkt. Qua planning, maakbaarheid en draagvlak, en natuurlijk een juridische en financiële analyse. De dan verzamelde detailinzichten houden we nogmaals tegen het licht en zullen leiden tot een uitgewerkter overzicht. Daaruit volgt de definitieve eerste editie van de Roadmap die we voor de zomer communiceren in de derde brief aan de Tweede Kamer.

Prioritaire uitwisseling		A1.1 Acute Ambulanceoverdracht naar Spoedeisende Hulp (SEH)
Domein	Acute zorg	
Issue/probleemstelling	Een groot deel van de ziekenhuizen heeft deze gegevensuitwisseling nog niet geïmplementeerd in het EPD (ZIS).	
Beschrijving	Onderdeel van de acute keten: huisarts/HAP > meldkamer > ambulance > spoedeisende hulp. Sturen van gegevens (vooraankondiging, beloop en interventies, overdracht) van de patiënt vanuit de ambulance naar de SEH.	
Context	Patiënt in levensnood uit ongeval moet naar SEH met capaciteit en juiste behandelmogelijkheden. SEH moet zich kunnen voorbereiden op direct leveren van de juiste zorg op de juiste plaats voor de spoedpatiënt. Huidige situatie is dat gegevens vanuit ambulances vooral eindigen op een webportaal waar de SEH kan inloggen en de gegevens kan zien die patiënten betreffen die naar de SEH worden vervoerd. De wenselijke situatie is dat deze gegevens worden doorgezeten direct naar de SEH. Gegevens komen gestructureerd in het EPD terecht en zijn beschikbaar voor hergebruik op andere afdelingen van het ziekenhuis.	
Gezondheidsbelang	Hoog, levensreddend doordat de patiënt direct kan worden gestuurd naar de juiste plek voor de juiste zorg in het ziekenhuis. De SEH-zorgverleners hebben informatie voordat de patiënt in de SEH is. Dit zijn gegevens over de medische situatie, zoals meetwaarden en hartfilmpjes.	
Volume	> 1 miljoen overdrachtberichten per jaar.	
Doelmatigheid	Gegevens zijn direct beschikbaar in EPD en beschikbaar voor zorgverleners, er is geen noodzaak tot overtypen waardoor eventuele fouten worden voorkomen, en gegevens kunnen ook gebruikt worden voor kwaliteitsverbetering.	
Meerwaarde patiënt	Gegevens over beloop en interventie tijdens ambulance vervoer zijn tijdig op de juiste plaats.	
Landelijke voorzieningen	Alle ambulancediensten in Nederland sturen de gegevens naar het systeem 'Landelijke Service Digitale Vooraankondiging' (LSDV) van Ambulancezorg Nederland. Vandaar worden de gegevens doorgestuurd naar webportalen of zoals gewenst naar de EPDs van ziekenhuizen.	
Actuele pilots/projecten/proeftuinen	Voorbeelden van operationele implementaties zijn bij Martini ziekenhuis (Groningen) en Elkerliek Ziekenhuis (Helmond).	
	Huidige situatie	Te doen
1 - Wet- en regelgeving		Kwalificatie-eis is wenselijk. Verplichte aansluiting ziekenhuizen (SEH).
2 – Organisatie	SEH kan via webportaal de gegevens inzien. Ambulancezorg NL is actieve geïmplementeerde partij. Alle ambulancediensten doen mee.	Ziekenhuizen informeren over het elektronisch ontvangen van het bericht. Ziekenhuizen sluiten EPDs aan via infrastructuur van AZN voor het direct elektronisch ontvangen van de ambulanceoverdracht.
3 – Zorgproces	Kwaliteitskader Spoedzorgketen (2018). Dit Kwaliteitskader verwijst naar de richtlijn 'Gegevensuitwisseling tussen huisarts, huisartsenpost, ambulancedienst en spoedeisende hulp' voor het delen van informatie. Het Kwaliteitskader geeft als norm voor het uitwisselen van gegevens de informatiestandaard Acute Zorg.	Zorgstandaard moet geïmplementeerd worden en implementatie van de elektronische ambulanceoverdracht naar het EPD moet prioriteit krijgen bij ziekenhuizen, en ziekenhuizen moeten het ontvangen van de ambulancegegevens opnemen in hun processen.
4 – Informatie	Informatiestandaard Acute zorg beschikbaar. Deze is in lijn met de richtlijn. Er is een nieuw ambulance-SEH-bericht (HL7 CDA template) beschikbaar. ZIBs worden gebruikt voor de data-elementen. SNOMED-CT wordt gebruikt voor de communicatie van gegevens vanuit de ambulance.	Gebruik nu het huidige bericht voor de gegevensoverdracht. De nieuwe berichten (HL7 CDA ¹) zijn beschikbaar en ICT-leveranciers worden geïnformeerd over het nieuwe bericht. Na de implementatie van het bericht in de systemen wordt gewerkt aan nieuw bericht op basis van FHIR-profielen.
5 – Applicatie	100% ingebouwd in ambulance. 90% SEH kunnen gegevens inzien via het webportaal. 10% SEH gegevens direct in EPD (10 ChipSoft, EPIC, anderen volgen dan).	Voor nieuw bericht wordt kwalificatie ingericht en vereist bij Nictiz. ICT-leveranciers kunnen voor nieuw HL7 CDA-bericht kwalificeren vanaf 1 april 2019. ICT-leveranciers van ambulance- en ziekenhuisinformatiesystemen moeten nieuw bericht inbouwen. Dit heeft tijd nodig en verwachte duur is 1 tot 1.5 jaar.
6 – Infrastructuur	Ambulancezorg Nederland heeft eigen infrastructuur waarop alle ambulancediensten zijn aangesloten. Beheer en onderhoud uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van AZN.	Infrastructuren moeten voldoen aan verbinding met andere infrastructuren en aantoonbaar de gegevens veilig en voor de ontvanger ondubbelzinnig leesbaar transporteren.

¹ Twee jaar geleden is op verzoek van leveranciers gekozen voor HL7-CDA. Naar verwachting ontwikkelt zich dit op termijn door naar FHIR.

Prioritaire uitwisseling		A1.2 Triage verwijzing - gegevensoverdracht van huisartsenpost (HA/HAP) naar meldkamer en SEH
Domein	Acute zorg	
Issue/probleemstelling	Het zijn nieuwe berichten waar meer bekendheid voor gegeven moet worden, zodat organisaties ze gaan implementeren.	
Beschrijving	Onderdeel van de acute keten: huisarts/HAP > meldkamer > ambulance > spoedeisende hulp. Sturen van medische gegevens van HAP naar Meldkamer Ambulancedienst in geval van een aanvraag van een ambulance om de patiënt te vervoeren naar SEH. Sturen van medische gegevens van HAP naar SEH voor het geval de patiënt zelf naar de SEH gaat.	
Context	Patiënt in levensnood uit ongeval of rampgebied moet naar SEH met juiste behandel mogelijkheden. MKA kan met informatie beter (sneller) bepalen welke zorg nodig is voor de patiënt en naar welk ziekenhuis de ambulance gestuurd wordt. SEH kan met informatie beter (sneller) voorbereiden op direct leveren en regelen van de juiste zorg op de juiste plaats in het ziekenhuis.	
Gezondheidsbelang	Hoog: gegevens essentieel voor tijdige inzet juiste expertise en behandeling.	
Volume	Potentieel > 500.000 overdrachtsberichten per jaar.	
Doelmatigheid	Meldkamer Ambulancedienst kan op basis van de gegevens de patiënt direct met een ambulance laten vervoeren naar de juiste SEH, waar de juiste zorg beschikbaar is. Verbetering logistiek bij rampsituaties omdat locatie van patiënten eenduidig wordt geregistreerd. SEH krijgt direct de medische gegevens van de HAP, zodat ze zich op de komst van de patiënt kunnen voorbereiden. Dit scheelt veel tijd voor het behandelen van de patiënt. Het SEH-team is al samengesteld voordat de patiënt er is.	
Meerwaarde patiënt	Patiënt komt bij juiste locatie en krijgt direct de juiste zorg.	
Landelijke voorzieningen	Het Acut Zorgportaal kan aanvullend toegevoegde waarde leveren voor het direct bepalen van de beschikbare capaciteit in het ziekenhuis.	
Actuele pilots/projecten/proeftuinen	Topicus heeft in drie regio's in eigen applicaties de overdracht van HAP naar meldkamer operationeel. VZVZ wil een pilot gaan houden voor de triage-verwijzingen van HAP naar SEH over de infrastructuur van VZVZ. Chipsoft en Topicus willen eerst zonder de infrastructuur van VZVZ een pilot organiseren.	
	Huidige situatie	Te doen
1 - Wet- en regelgeving		Kwalificatie-eis is wenselijk. Verplichte aansluiting HAPs, ziekenhuizen (SEHs) en Meldkamers.
2 – Organisatie	Weinig afstemming tussen organisaties om uitwisseling te implementeren.	HAPs, Ziekenhuizen (SEHs) en Meldkamers informeren over het elektronisch uitwisselen van de berichten.
3 – Zorgproces	Kwaliteitskader Spoedzorgketen (2018). Dit Kwaliteitskader verwijst naar de richtlijn 'Gegevensuitwisseling tussen huisarts, huisartsenpost, ambulancedienst en spoedeisende hulp' voor het delen van informatie. Het Kwaliteitskader geeft als norm voor het uitwisselen van gegevens de informatiestandaard Acute Zorg.	Zorgstandaard moet geïmplementeerd worden en implementatie van de elektronische overdrachten moet prioriteit krijgen bij HAPs, ziekenhuizen en meldkamers. HAPs, ziekenhuizen en meldkamers moeten het uitwisselen van (triage)verwijzingen opnemen in hun processen.
4 – Informatie	Informatiestandaard Acute zorg beschikbaar. Deze is in lijn met de richtlijn. Er zijn HL7 CDA templates beschikbaar. ZIBs worden gebruikt voor de data-elementen.	De nieuwe berichten (HL7 CDA ²) zijn beschikbaar en ICT-leveranciers worden geïnformeerd over het nieuwe bericht. Na de implementatie van het bericht in de systemen wordt gewerkt aan nieuw bericht op basis van FHIR-profielen.
5 – Applicatie	Zeer beperkte implementatie. Kwalificatie van applicatie beschikbaar bij Nictiz.	Voor nieuw bericht is kwalificatie ingericht en vereist bij Nictiz. ICT-leveranciers kunnen voor nieuw HL7 CDA-bericht kwalificeren vanaf 1 april 2019. ICT-leveranciers moeten nieuwe berichten inbouwen. Dit heeft tijd nodig. Verwachte duur is 1 tot 1.5 jaar.
6 - Infrastructuur	Proprietary oplossing van de leverancier (Topicus). VZVZ wil een pilot doen over hun infrastructuur.	Infrastructuren moeten voldoen aan verbinding met andere infrastructuren en aantoonbaar de gegevens veilig en voor de ontvanger ondubbelzinnig leesbaar transporteren.

² Twee jaar geleden is op verzoek van leveranciers gekozen voor HL7-CDA. Naar verwachting ontwikkelt zich dit op termijn door naar FHIR.

Prioritaire uitwisseling		A2.1 Medicatieoverzicht en digitaal receptenverkeer	
Domein	Medicatieproces zorgbreed		
Issue/probleemstelling	Zorgverleners en patiënt hebben alleen logistieke informatie over wat is voorgeschreven, stops en wijzigingen zijn niet bekend - ook niet bij de apotheek, patiënt en zorgverlener kunnen gebruik niet delen, het receptenverkeer dat digitaal is, is sterk verouderd en foutgevoelig.		
Beschrijving	<ul style="list-style-type: none"> • Medicatieoverzicht voor zorgverleners voor medicatieverificatie én voor de patiënt op basis van therapeutische informatie (Medicatieafpraak/MA en Medicatiegebruik/MGB, inclusief stops en wijzigingen). • Patiënt kan zorgverleners informeren over Medicatiegebruik van voorgeschreven medicatie en zelfzorgmiddelen. • Digitaal receptenverkeer van voorschrijver naar verstrekker (MA en Verstrekingsverzoek/VV, incl. stops en wijzigingen en vervanging deel Edifact Medrec en 6.12 vooraankondiging). 		
Context	<p>NU: Tom de Gooij van 78 woont thuis, heeft diabetes en gebruikt hiervoor medicijnen. Door een gezonde leefstijl kan Tom stoppen met zijn medicatie. De huisarts stopt de medicatie, maar deze informatie komt niet bij de apotheek. Tom valt met sporten en wordt met een hersenschudding met spoed opgenomen. In het ziekenhuis vraagt men de verstrekkingen van de apotheek op en ziet de diabetesmedicatie in de oorspronkelijke dosering. Deze medicatie wordt in het ziekenhuis weer gegeven. Tom krijgt een hypo.</p> <p>STRAKS: Alle wijzigingen in medicatie worden door de zorgverleners digitaal, gestructureerd en vrijwel realtime gecommuniceerd met andere zorgverleners en de patiënt zelf. Tom kan in zijn PGO zien welke medicatie voor is geschreven en houdt zelf bij hoe hij de medicatie gebruikt en welke aanvullende zelfzorgmiddelen hij gebruikt. Bij opname vraagt het ziekenhuis alle medicatie-informatie op bij andere zorgverleners en de patiënt en krijgt zo een compleet beeld van de actuele medicatie van Tom.</p>		
Gezondheidsbelang	Hoog, uit divers onderzoek blijkt dat medicatieproblematiek veel voorkomt en leidt tot vele onnodige ziekenhuisopnames en mogelijk overlijden.		
Volume	Hoog, schatting tientallen miljoenen berichten per jaar.		
Doelmatigheid	Voorkomen van medicatiecomplicaties en daaruit volgend medisch handelen + efficiëntie in het samenstellen van een actueel medicatieoverzicht (fax kan weg).		
Meerwaarde patiënt	Voorkomen van medicatiecomplicaties en daaruit volgend leed.		
Landelijke voorzieningen	Interoperabele infrastructuur zonder regioschotten (zorgbreed), toestemming patiënt voor pull-verkeer, identificatie zorgverleners, ZAB, autorisatieprotocol, mappings tussen CDA en FHIR.		
Actuele pilots/projecten/proeftuinen	Programma Medicatieproces. Medicatieafpraak, Verstrekingsverzoek en Medicatiegebruik zijn en worden verder getest door OmniHis (huisarts), Promedico (huisarts), CGM (apotheek), FarMedvisie (GGZ/verpleging), Nexus (ziekenhuis), Chipsoft (ziekenhuis), ASolutions (trombosedienst) Zorgdoc (patiënt). Demo op 20 maart NedHIS-dag. In Proves 2 Medicatieafpraak van zorgverlener naar PGO getest.		
	Huidige situatie	Te doen	
1 - Wet- en regelgeving	VIPP-regelingen stimuleren aandacht voor medicatieveiligheid, stimuleren implementatie Mp 9.0 (zeer) beperkt.	Wettelijke verplichting gebruik bouwstenen MA, VV en MGB. Nieuwe VIPP-programma's gaan uit van implementatie MA, VV en MGB.	
2 – Organisatie	Huidige zorgstandaard niet geïmplementeerd door onvoldoende ICT-ondersteuning. Apothekers leveren verstrekingsinformatie op, 1 ^e lijn gebruik Edifact Medrec voor digitaal receptenverkeer, ziekenhuizen bezig met uitrol 6.12 vooraankondiging vanwege VIPP (= zonder stops en wijzigingen).	Instemmen met zorgstandaard en opstellen van/verantwoordelijkheid nemen voor implementatieplan zorg- en informatiestandaard: afspreken van en committeren aan roadmap, planning en financiering.	
3 – Zorgproces	Zorgstandaard is klaar: Richtlijn overdracht van medicatiegegevens in de keten. Wordt uiterlijk 1 juli met implementatieplan aangeboden bij ZIN.	Afspraken tussen en binnen sectoren over werkprocessen en verantwoordelijkheden.	
4 – Informatie	Onderliggende informatiestandaard Medicatieproces (Mp) is klaar (inclusief ZIBs). Onderdelen van Mp worden ook gebruikt in standaarden BgZ, MedMij, Ketenzorg, Acute zorg en dossieroverdracht huisarts. Mapping tussen CDA en FHIR en tussen Mp 6.12 en Mp 9 is klaar.	Codestelsels op elkaar aansluiten (met name tussen 1 ^e en 2 ^e lijn). Toegankelijkheid van informatie faciliteren.	
5 – Applicatie	Applicaties zijn gebouwd op logistiek proces en gebruiken oude standaarden.	Scheiding therapeutische en logistieke informatie ondersteunen en MA, VV en MGB inbouwen.	
6 - Infrastructuur	Voorname LSP, soms lokale en/of regionale uitwisselinginfrastructuren.	Infrastructuren moeten voldoen aan verbinding met andere infrastructuren en aantoonbaar de gegevens veilig en voor de ontvanger ondubbelzinnig leesbaar transporteren.	

Prioritaire uitwisseling		A2.2 Medicatie verstrekken en toedienen	
Domein	Medicatieproces zorgbreed		
Issue/probleemstelling	<ul style="list-style-type: none"> Toedieners werken met papieren toedienlijsten en krijgen last minute wijzigingen niet door. Daar waar gewerkt wordt met toedienregistratie apps werkt de wijkverpleegkundige met veel verschillende apps omdat de keuze afhankelijk is van de apotheek. De thuiszorg levert toedieninformatie aan andere zorgverleners en de patiënt. Het medicatieoverzicht wordt compleet als ook de verstrekkinginformatie op therapeutische informatie is gebaseerd. Het receptenverkeer dat digitaal is, is sterk verouderd en foutgevoelig. 		
Beschrijving	Toedieners krijgen toedienlijst en ontvangen last minute updates (thuiszorg kan zelf middel toedienregistratie kiezen). Zorgverleners en de patiënt kunnen Medicatietoediening opvragen. Medicatieoverzicht voor zorgverleners voor medicatieverificatie én voor de patiënt op basis van therapeutische informatie (Medicatieafspraak/MA, Toedieningsafspraak/TA en Medicatiegebruik/MGB) (incl. stops en wijzigingen). Digitaal receptenverkeer van verstrekker naar voorschrijver (TA, Medicatieverstrekking/MV, Voorstelmedicatieafspraak/VMA en Voorstelverstrekkingverzoek/VVV, (incl. vervanging overige Edifact Medrec berichten en 6.12 medicatieverstrekkingen).		
Context	<p>NU: Anna van 84 woont zelfstandig en krijgt hulp van wijkverpleegkundige Roos bij de toediening van medicatie. In het weekend komt de huisarts van de huisartsenpost langs en constateert een luchtweginfectie. De huisarts schrijft een antibioticumkuur voor en de dienstapotheek levert die af bij Anna. De antibioticumkuur staat niet op de toedienlijst van de openbare apotheek voor de thuiszorg en Anna vergeet dit zelf te zeggen tegen Roos. Roos is daarom niet op de hoogte van de antibioticumkuur en geeft Anna de antibioticumkuur niet met als gevolg dat Roos zieker wordt en opgenomen moet worden in het ziekenhuis.</p> <p>NIEUW: Doordat alle medicatiegegevens digitaal en gestructureerd uitgewisseld worden tussen alle zorgverleners en met de patiënt, krijgt Roos deze wijziging a la minute door. Anna kan het actuele medicatieoverzicht ook zien in haar PGO: wat heeft de arts voorgeschreven, wat heeft de apotheek geleverd en zij kan zelf haar gebruik toevoegen.</p>		
Gezondheidsbelang	Hoog, uit divers onderzoek blijkt dat medicatieproblematiek veel voorkomt en leidt tot vele onnodige ziekenhuisopnames en mogelijk overlijden.		
Volume	Hoog, schatting tientallen miljoenen berichten per jaar.		
Doelmatigheid	Voorkomen van medicatiecomplicaties en daaruit volgend medisch handelen + efficiëntie doordat wijkverpleegkundige met één toedienregistratie kan werken.		
Meerwaarde patiënt	Voorkomen van medicatiecomplicaties en daaruit volgend leed + zelf wijzigingen in medicatie kunnen voorstellen aan voorschrijver.		
Landelijke voorzieningen	Interoperabele infrastructuur zonder regioschotten (zorgbreed), toestemming patiënt voor pull-verkeer, identificatie zorgverleners, ZAB, autorisatieprotocol, mappings tussen CDA en FHIR.		
Actuele pilots/projecten/proeftuinen	Programma Medicatieproces.		
1 - Wet- en regelgeving	VIPP-regelingen stimuleren aandacht voor medicatieveiligheid, stimuleren implementatie Mp 9.0 (zeer) beperkt.	Wettelijke verplichting gebruik bouwstenen TA, MV, MT, VMA en VVV. Nieuwe VIPP-programma's verplichten implementatie deze bouwstenen.	
2 – Organisatie	Huidige zorgstandaard niet geïmplementeerd door onvoldoende ICT-ondersteuning. Apothekers leveren verstrekkinginformatie op, 1 ^e lijn gebruik Edifact Medrec voor digitaal receptenverkeer, ziekenhuizen bezig met uitrol 6.12 voorankondiging vanwege VIPP (= zonder stops en wijzigingen). Wijkverpleegkundigen gebruiken meerdere toedienregistratieapps vanwege afhankelijkheid keuze apothekers.	Instemmen met zorgstandaard en opstellen van/verantwoordelijkheid nemen voor implementatieplan zorg- en informatiestandaard: afspreken van en committeren aan roadmap, planning en financiering.	
3 – Zorgproces	Zorgstandaard is klaar: Richtlijn overdracht van medicatiegegevens in de keten. Wordt uiterlijk 1 juli met implementatieplan aangeboden bij ZIN.	Afspraken tussen en binnen sectoren over werkprocessen en verantwoordelijkheden.	
4 – Informatie	Onderliggende informatiestandaard Medicatieproces (Mp) is klaar (inclusief ZIBs). Onderdelen van Mp worden ook gebruikt in standaarden BgZ, MedMij, Ketenzorg, Acute zorg en dossieroverdracht huisarts. Mapping tussen CDA en FHIR en tussen Mp 6.12 en Mp 9 is klaar.	Toegankelijkheid van informatie faciliteren.	
5 – Applicatie	Applicaties zijn gebouwd op logistiek proces en gebruiken oude standaarden.	TA, MV, MT, VMA en VVV inbouwen.	
6 - Infrastructuur	Voornamelijk LSP, soms lokale en/of regionale uitwisselinginfrastructuren	Infrastructuren moeten voldoen aan verbinding met andere infrastructuren en aantoonbaar de gegevens veilig en voor de ontvanger ondubbelzinnig leesbaar transporteren.	

Prioritaire uitwisseling	A2.3 Medicatieoverzicht inclusief labresultaten, contra-indicaties en overgevoeligheden	
Domein	Medicatieproces: medicatiebewaking, diagnostiek, medicatievoorziening	
Issue/probleemstelling	Door het ontbreken van labresultaten, contra-indicaties en overgevoeligheden krijgt de patiënt geen goede medicatiebewaking.	
Beschrijving	Opvragen van laboratoriumuitslagen uit laboratoria door zorgverleners voor medicatiebewaking; in eerste instantie van apotheek bij huisartslaboratoria. Uitwisselen van contra-indicaties en overgevoeligheden.	
Context	De apotheek moet bij uitgifte van geneesmiddelen medicatiebewaking kunnen uitvoeren. Hierbij is naast kennis over de reeds gebruikte medicatie ook kennis over het effect van de medicatie noodzakelijk. Laboratoriumresultaten en contra-indicaties en overgevoeligheden geven inzicht in lichamelijke functies bij de patiënt die beoordeling van dosering van medicatie mogelijk maken. Als door een lever- of nierfunctiestoornis, contra-indicatie of overmedicatie anders verwerkt wordt door een patiënt, kan een 'standaard' dosering ernstige consequenties hebben.	
Medisch belang	Hoog: gegevens zijn essentieel voor juiste medicatiebewaking.	
Volume	Prevalentie van onder andere nierschade, diabetes en hartklachten bij 5 miljoen chronische patiënten, waaronder 1,7 miljoen mensen met verminderde nierfunctie (0,7 miljoen daarvan weet het niet) (bron: nierstichting). Voorkomen van medicatiefouten en onnodige bijwerkingen door onbekendheid met contra-indicaties en overgevoeligheden. Tientallen miljoenen gegevensuitwisselingen per jaar.	
Doelmatigheid	Adequate medicatiebehandeling voorkomt onnodige medicatiecomplicaties en daaruit volgend medisch handelen. Voorkomen van overtypen van gegevens uit laboratoriumwebportaal. Door rechtstreekse ontvangst van gecodeerde labresultaten, contra-indicaties en overgevoeligheden kunnen AI-toepassingen worden ingezet voor medicatiebewaking.	
Meerwaarde patiënt	Adequate medicatiebehandeling voorkomt onnodige medicatiecomplicaties en daaruit volgend leed voor de patiënt.	
Landelijke voorzieningen	Interoperabele infrastructuur is noodzakelijk. Toestemmingsregister noodzakelijk.	
Actuele pilots/projecten/proeftuinen	Pilot Lab2Zorg wordt voorbereid.	
	Huidige situatie	Te doen
1 - Wet- en regelgeving	Wettelijke regels inzage apothekers in labresultaten aanwezig.	Realiseren handhaving.
2 – Organisatie	Bepaalde afspraken tussen zorgaanbieders. Dwingende noodzaak wordt niet gevoeld.	Afspraken maken over het gebruik van de uitwisselingsstandaard.
3 – Zorgproces	Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten. Richtlijn 'Gegevensuitwisseling e-Lab'.	
4 – Informatie	Informatiestandaard Labuitwisseling heeft het bericht Lab2Zorg. Deze is gebaseerd op richtlijn, HL7CDA en de zib Labuitslag. Eenheid van Taal van labgegevens ontbreekt. Huidige standaard contra-indicaties en overgevoeligheden wordt met name gebruikt door 1 ^e lijn.	Lab: eenheid van taal laboratoriumgegevens vaststellen tussen 1 ^e en 2 ^e lijn. Hiervoor wordt gewerkt aan de Nederlandse Labcodeset ³ door NVKC, NVMM, RIVM en Nictiz. Contra-indicaties en overgevoeligheden: uitbreiding gebruik huidige standaard naar 2 ^e lijn (als bron) en doorontwikkeling (verfijning) van model.
5 – Applicatie	MedLab (EDIFACT) is deels ingebouwd maar sterk verouderd. Lab2Zorg HL7CDA is niet ingebouwd. Huidige standaard contra-indicaties en overgevoeligheden huid is deels ingebouwd.	Applicaties aanpassen naar actuele Informatiestandaarden. Kwalificatie is vereist.
6 - Infrastructuur	Nationale, mogelijk tijdelijk regionale, afspraken moeten nog gemaakt worden.	Infrastructuren moeten voldoen aan verbinding met andere infrastructuur en aantoonbaar de gegevens veilig en voor de ontvanger ondubbelzinnig leesbaar transporteren.

³ Labcodeset goedgekeurd in het Informatieberaad van 19 januari 2019. Van belang is de opmerking daar gemaakt in de oplegger: Voor de medisch microbiologische laboratoria wordt de Labcodeset middels het project Eenheid van Taal in Antibioticaresistentie toegepast. Voor de overige laboratoria en zorgbrede toepassing (ook buiten de laboratoria) is een aanvullende inspanning nodig. Een aantal lopende subsidieprogramma's voorzien wel in het verplicht gebruik van LOINC en SNOMED CT voor laboratoriuminformatie, maar stellen niet de eis dat deze ook bij de bron (dus in het laboratorium) al worden ingevoerd. Dit is een punt van aandacht.

Prioritaire uitwisseling		A3.1 Overdracht tussen ziekenhuizen van de Basisgegevensset Zorg	
Domein	Ziekenhuiszorg: tweede- en derdelijnszorg		
Issue/probleemstelling	Lokale implementaties belemmeren oplevering standaard BgZ. Geen kwalificatie BgZ. Geen landelijke infrastructuur. Geen verplichting voor ziekenhuizen. BgZ is gepositioneerd als de set van gegevens die men (vanuit 2 ^{de} lijn perspectief) als relevante set wil hebben om basiszorg te kunnen leveren. Voor specifieke zaken is altijd meer nodig, maar de gedachte is dat die zibs aanvullend op de BgZ worden uitgewisseld. De BgZ is dan een goed startpunt.		
Beschrijving	Sturen van meest relevante gegevens over de patiënt bij overdracht van de patiënt van het ene naar het andere ziekenhuis.		
Context	Patiënt wordt overgeplaatst naar een ander ziekenhuis en de belangrijkste medische gegevens worden overgedragen zodat het ontvangende ziekenhuis de patiënt adequaat kan ontvangen en de juiste medische zorg kan worden verstrekt. Dit omvat alle overdrachten tussen ziekenhuizen. Dit betreft zowel overplaatsing als verwijzing naar derde lijn (complexe zorg) als specialistische verwijzing (in toenemende mate netwerkzorg bijvoorbeeld kankeroncologie).		
Gezondheidsbelang	Voor gewone overdracht gemiddeld. Voor specialistische of netwerkzorg noodzakelijk zodat de juiste gegevens tijdig op de juiste plaats beschikbaar zijn.		
Volume	< 50.000. Wel groeiend door toenemende netwerkzorg waarbij specialisten op verschillende locaties aanwezig zijn (bijvoorbeeld kankeroncologie).		
Doelmatigheid	Voorkomen overbodige diagnostiek. Goede logistieke voorbereiding ontvangende ziekenhuis op betreffende patiënt.		
Meerwaarde patiënt	Voorkomen onnodige diagnostiek en belasting. Effectief logistiek zorgpad.		
Landelijke voorzieningen	Interoperabele infrastructuur is noodzakelijk. Toestemmingsregister noodzakelijk.		
Actuele pilots/projecten/proeftuinen			
	Huidige situatie	Te doen	
1 - Wet- en regelgeving	Basis voor BgZ is Internationale patiënt Summary (IPS).		
2 – Organisatie	Informatiestandaard BgZ in IB vastgesteld.	Afspraak maken over verplicht gebruik BgZ bij overdracht tussen ziekenhuizen. Governance BgZ formaliseren.	
3 – Zorgproces	Geen zorgstandaard.	Toepassing van de BgZ expliciet maken. Formaliseren van de gegevensregistratie in EPD en opleveren van die gegevens in de BgZ.	
4 – Informatie	Basisgegevensset Zorg gereed, gebaseerd op ZIBs. Op basis van use case selectiecriteria en inhoud van de BgZ aanvullen met relevante andere ZIBs.	ZIB beheer en onderhoud. Ontwikkelen van ZIBs naar behoefte. Kwalificatie ontwikkelen en beschikbaar stellen.	
5 – Applicatie	Geen kwalificatie wel noodzakelijk. ZIBs die basis zijn voor BgZ worden ingebouwd. Pilots voor inbouwen BgZ in gang gezet.	ZIBs inbouwen in applicaties. Kwalificatie vereist.	
6 - Infrastructuur	Er wordt van verschillende lokale, regionale en landelijke infrastructuren gebruik gemaakt.	Infrastructuren moeten voldoen aan verbinding met andere infrastructuren en aantoonbaar de gegevens veilig en voor de ontvanger ondubbelzinnig leesbaar transporteren.	

Prioritaire uitwisseling		A3.2 Beelduitwisseling tussen ziekenhuizen	
Domein	Ziekenhuiszorg: radiologische/echoscopische diagnostiek. Start met radiologie, uit te breiden naar alle beelden (en tijdlijnfunctie onderzoeken).		
Issue/probleemstelling	Gesleep met CD's tussen ziekenhuizen. Ziekenhuizen en leveranciers zijn onvoldoende gemotiveerd om deze gegevensuitwisseling te implementeren.		
Beschrijving	Uitwisselen van radiologiebeelden incl. verslagen tussen ziekenhuizen. Uitbreidbaar naar alle specialistische beelden. Nader onderzoek naar alle beelden in tijdlijn patient.		
Context	Indien een patiënt uit wens of noodzaak verhuist naar ander ziekenhuis, kunnen beelden beschikbaar worden gesteld voor opvraging en door ontvangende ziekenhuis worden bekeken en beoordeeld. Er hoeft niet meer een CD/DVD gebrand worden en door de patiënt afgeleverd in het ontvangende ziekenhuis. NB: de vraagstelling beperkt zich tot beelduitwisseling tussen ziekenhuizen, en bestrijkt niet de hele zorgketen. Voor veel ziekenhuizen de is XDS de defacto standaard, maar is het maar de vraag of dit voor de overige usecases ook de ideale standaard is.		
Gezondheidsbelang	Hoog, beelden nodig voor bepalen juiste behandeling.		
Volume	250.000 per jaar.		
Doelmatigheid	Grote tijdwinst en gegevens zijn tijdig bij het ontvangende ziekenhuis. Geen afhankelijkheid van de patiënt.		
Meerwaarde patiënt	Geen verantwoordelijkheid voor gegevensoverdracht. Tijdige beschikbare informatie en voorkomen van onnodig onderzoek met (stralings)belasting voor patiënt.		
Landelijke voorzieningen	Interoperabele infrastructuur is noodzakelijk. Toestemmingsregister noodzakelijk.		
Actuele pilots/projecten/proeftuinen			
	Huidige situatie	Te doen	
1 - Wet- en regelgeving			
2 – Organisatie	'Handreiking interoperabiliteit tussen zorginstellingen' gereed. Huidige uitwisseling regionaal op basis van RSOs. Zowel de positie als de financiering van de RSOs kent een grote mate van diversiteit, waardoor de mate van uitwisseling per regio verschilt. Uitwisseling buiten de regio op basis van commerciële oplossingen of traditionele media-uitwisseling (CD/DVD).	Vaststellen van standaarden waaraan de elektronische uitwisseling van medische beelden moet voldoen (Structured Reporting). Komen tot een landelijke standaard en beheerorganisatie voor alle beelduitwisseling in de hele zorgketen, inclusief PGO's. (Centrale financiering?).	
3 – Zorgproces	Momenteel ziekenhuisdiagnostiek ondersteund, geen andere zorgprocessen in de keten.	Beelduitwisseling niet beperken tot ziekenhuizen, maar bezien vanuit de gehele keten. Op basis daarvan informatiestandaard bepalen.	
4 – Informatie	DICOM/XDS, maar ook behoefte aan andere 'beeldformaten' bijvoorbeeld ECG's en 'zichtbaar licht'. Denk ook aan MedMij standaard voor beelduitwisseling tussen patiënt en arts. Uitwisseling nu veelal gebaseerd op transport en replicatie van data tussen systemen.	Komen tot een set van standaarden voor alle usecases met beelduitwisseling. Uitgaande van Primair inzage, secundair transport.	
5 – Applicatie	Diverse IHE profielen beschikbaar: XDS en ondersteunende profielen zoals XCPD, XCA, ATNA, BPPC, XUA, XDM, XDR, XDW, MHD. Meeste PACS/Ris ondersteunen IHE profielen. Dit geldt niet voor alle Echo- en zichtbaar licht applicaties. Nog niet overal aangesloten op XDS netwerk. IHE kwalificatie via IHE Connectathons en projectathons. Toetsingskader gereed.	Toetsingskader uitbreiden met zichtbaar licht en andere vormen van beelduitwisseling. Leveranciers moeten gaan voldoen aan het toetsingskader.	
6 - Infrastructuur	Geen landelijk dekkende infrastructuur. Regionale infrastructuur van wisselende dekking en kwaliteit, en in hoofdzaak beperkt tot ziekenhuizen, en niet uitgebreid naar andere zorgaanbieders (tandartsen, fysiotherapie).	Infrastructuren moeten voldoen aan verbinding met andere infrastructuren en aantoonbaar de gegevens veilig en voor de ontvanger ondubbelzinnig leesbaar transporteren.	

Prioritaire uitwisseling		A3.3 Beelduitwisseling pathologie	
Domein	Ziekenhuiszorg: pathologische diagnostiek		
Issue/probleemstelling	Niet alle pathologen zijn aangesloten op landelijk platformvoor beelduitwisseling.		
Beschrijving	Het niet standaard digitaal delen van pathologiebeelden verhoogt het risico op stress bij de patiënt (diagnose duurt langer), en werkt onjuiste diagnose (en dus geen optimale behandeling), en niet tijdige diagnose (en dus te late behandeling) in de hand.		
Context	Landelijke uitwisseling tussen pathologie laboratoria zonder barrières, op een gestandaardiseerde en veilig manier.		
Usecase	Patiëntje Jeroen uit Ede 11 jaar werd via de huisarts doorgestuurd naar de internist in Gelre wegens nachtzweeten vermoedheid en koorts sinds 4 weken; snel groeiende vergrote lymfklier in de hals; ouders erg verontrust. Hematopatholoog uit Gelre: "Lastige diagnose. Graag snel expert opinie in UMC Utrecht." woensdag digitale beelden voor digitaal consult van Gelre Ziekenhuis naar expert hematopatholoog UMC Utrecht. donderdag definitieve diagnose digitaal van UMC Utrecht terug naar Gelre. Vrijdag start behandeling. Heden: patiënt maakt het goed.		
Gezondheidsbelang	Kans op genezing vermindert bij langer wachten.		
Volume	Consult: 10.000 per jaar, Revisie: 30.000 per jaar, Expert panel: 6.000 per jaar.		
Doelmatigheid	Landelijk platform maakt beelden en verslagen digitaal beschikbaar voor consultaties, revisies en expertpanels. Sneller een hoog kwalitatieve diagnose door de juiste expert onafhankelijk van tijd en plaats. First time Right.		
Meerwaarde patiënt	Langer wachten veroorzaakt ernstige ongerustheid bij patiënten. Faciliteert een betere en snellere diagnose. Maakt snellere start van de behandeling mogelijk.		
Landelijke voorzieningen	Nader onderzoeken		
Actuele pilots/projecten/proeftuinen			
	Huidige situatie		Te doen
1 - Wet- en regelgeving			De gegevens (verslagen en beelden) uit pathologie moeten in het zorgproces beschikbaar zijn, inclusief het MDO.
2 – Organisatie			Via informatieberaad regelen dat alle stakeholders aan tafel zitten om MDO processen en registratie aan de bron te faciliteren door te sturen op implementaties.
3 – Zorgproces	Diagnostiek protocollen	Digitalisering van pathologie laboratoria moet verder gestimuleerd worden, zodat beelden beschikbaar kunnen komen in de hele diagnostische keten (met name relevant voor oncologie).	
4 – Informatie			Verder uitwerken van standaarden en hun implementatie door leveranciers (DICOM voor pathologie staat nog in de kinderschoenen).
5 – Applicatie	Pathology Image Exchange (PIE) is een schaalbaar platform (hogere volumes en naar andere disciplines) gebaseerd op internationale Zorg-ICT standaarden (DICOM, IHE XDS-i).		Blijvende ontwikkeling.
6 - Infrastructuur			Infrastructuren moeten voldoen aan verbinding met andere infrastructuren en aantoonbaar de gegevens veilig en voor de ontvanger ondubbeltzinnig leesbaar transporteren.

Prioritaire uitwisseling		A4.1 Verpleegkundige overdracht van ziekenhuis naar instelling of thuiszorg	
Domein	Verpleegkundige zorg: ziekenhuiszorg, verpleeghuiszorg, revalidatie, GGZ, gehandicaptenzorg, thuiszorg, etc.		
Issue/probleemstelling	Uitwisseling van verpleegkundige gegevens vindt niet gestandaardiseerd en niet altijd digitaal plaats. Informatiestandaard is nog niet ingebouwd. Geen landelijke infrastructuur.		
Beschrijving	Sturen van verpleegkundige gegevens van de patiënt bij overdracht van de patiënt van ziekenhuis naar VVT, etc., en omgekeerd.		
Context	Patiënt wordt overgeplaatst en de verpleegkundig noodzakelijke gegevens over bijzonderheden van de patiënt (onder andere situatie, verpleegkundige problemen, fysieke of geestelijke (on)mogelijkheden, etc.) die van belang zijn voor het inrichten van noodzakelijke zorg. Met de verpleegkundige overdracht kan de instelling of thuiszorg zich voorbereiden op de noodzakelijk zorgverlening en deze waar nodig continueren of aanpassen aan de nieuwe omgeving.		
Gezondheidsbelang	Gemiddeld, essentieel voor continuïteit van zorg.		
Volume	> 300.000 verpleegkundige overdrachten per jaar.		
Doelmatigheid	Noodzakelijke zorg kan worden voorbereid en logistiek adequaat ingepland. Administratieve lasten bij het overdragen verminderen met 25 minuten door het werken met de eOverdracht, daarnaast geen gegevens meer overtypen en minder kans op fouten in de overdracht.		
Meerwaarde patiënt	Overplaatsing is belastend voor de patiënt en een goed voorbereide zorg vermindert stress en complicaties.		
Landelijke voorzieningen	Interoperabele infrastructuur is noodzakelijk.		
Actuele pilots/projecten/proeftuinen	Proeftuin (pilot) eOverdracht (versie 3.0) in Amsterdam (samenwerking SIGRA, V&VN en Nictiz) als onderdeel van het programma InZicht. Met meerdere RSOs en andere regionale samenwerkingsverbanden worden gesprekken gevoerd om als nieuwe potentiële proeftuin te starten. Betrokken instellingen in Amsterdam zijn: Cordaan, Evean, Zonnehuisgroep Amstelland, Amsterdam UMC, BovenIJ en ziekenhuis OLVG. De informatiestandaard eOverdracht is onderdeel van het programma InZicht (VIPP Langdurige Zorg).		
	Huidige situatie	Te doen	
1 - Wet- en regelgeving			
2 – Organisatie	Er zijn binnen regio's (soms) afspraken over transfers en proces daaromheen maar nauwelijks over uitwisseling van gegevens (soms via infrastructuur POINT).	Concrete afspraken over uitwisseling tussen samenwerkende zorginstellingen noodzakelijk, o.a. over werkwijzen, gebruik systemen en transferprocessen.	
3 – Zorgproces	Diverse zorgstandaarden. Richtlijn Verpleegkundige verslaglegging.	Richtlijn Verpleegkundige verslaglegging wordt herzien.	
4 – Informatie	Informatiestandaard Verpleegkundige overdracht , gebaseerd op ZIBs en richtlijn. SNOMED als basis gekozen, mappings gereed (Kernset patiëntproblemen (subset van SNOMED) is gemapt naar Nanda en Omaha en ICF).	Geen actie noodzakelijk.	
5 – Applicatie	ZIBs zijn niet ingebouwd. Niet alle noodzakelijke informatie is reeds aanwezig in dossiers. Verpleegkundige overdracht op basis van FHIR profielen (gefaseerde oplevering volgens groeimodel, volledige eOverdracht in FHIR gereed na Q2 2019)	Informatiestandaard moet worden ingebouwd in applicaties. Kwalificatie noodzakelijk, wordt ontwikkeld en opgeleverd samen met de FHIR profielen. Bij de pilot implementatie is een kwaliteitstoets uitgevoerd als voorloper voor kwalificatie.	
6 - Infrastructuur	Nationale, mogelijk tijdelijk regionale, afspraken moeten nog gemaakt worden. In de huidige praktijk blijkt de voorkeur veelal XDS, waarop de ziekenhuizen al zijn aangesloten.	Infrastructuren moeten voldoen aan verbinding met andere infrastructuren en aantoonbaar de gegevens veilig en voor de ontvanger ondubbelzinnig leesbaar transporteren.	

Prioritaire uitwisseling		A5.1 Multidisciplinair Overleg (MDO) Oncologie	
Domein	MDO: ziekenhuis, oncologie		
Issue/probleemstelling	MDO proces vraagt om standaardisatie, bestaande uit agendering, voorbereiding, uitvoering en nabewerking. Standaardisatie van de informatiegegevens: <ul style="list-style-type: none"> • Gegevens over het MDO zoals samenstelling MDO, voorzitter, datum, etc. • Zorginhoudelijke gegevens als input voor het MDO zoals, diagnostiek, radiologie, pathologie, operatieverslag, etc. • Zorginhoudelijke gegevens als resultaat van de bespreking en als basis voor stapsgewijs beleid. 		
Beschrijving	In toenemende mate zijn bij de diagnostiek, beoordeling en behandeling van oncologische medische problematiek vele verschillende specialismen betrokken. Teneinde een samenhangend en effectief beleid vast te stellen, wordt gebruik gemaakt van een MDO waarbij de relevante zorgverleners zijn betrokken en de input uit verschillende sectoren wordt besproken.		
Context	Oncologie MDO is een voorbeeld van MDO. MDO neemt een steeds belangrijker plaats in bij de behandeling van patiënten omdat in toenemende mate verschillende zorgverleners op vaak verschillende locaties bij de behandeling zijn betrokken. Gemeenschappelijke beoordeling en beleidsbepaling is essentieel. Het MDO faciliteert dit overleg. Van belang is dat gedurende het MDO nieuwe inzichten en daarmee feitelijk nieuwe informatie ontstaat waarvan in het proces moet worden vastgesteld wie daarvan de beheerder is, ofwel de bron bij opvragen of verzenden van deze informatie.		
Gezondheidsbelang	Het snel en correct beschikbaar hebben van alle noodzakelijke input voor het MDO bepaalt de kwaliteit van de uitkomst.		
Volume	200.000 tot 300.000 oncologische MDOs per jaar.		
Doelmatigheid	Gestructureerde beschikbaarheid van de benodigde gegevens maakt snelle en hoogwaardige beoordeling mogelijk en versnelt de instelling van adequate behandeling en betere resultaten.		
Meerwaarde patiënt	De verzamelde gegevens kunnen sneller en effectiever worden beoordeeld en de patiënt kan sneller op de hoogte worden gesteld van de diagnose en het behandelplan. Onzekerheid wordt hiermee zo kort mogelijk gemaakt.		
Landelijke voorzieningen			
Actuele pilots/projecten/proeftuinen	Citien 2 – regionale oncologienetwerken. NABON.		
	Huidige situatie		Te doen
1 - Wet- en regelgeving			
2 – Organisatie			Afstemming tussen zorgaanbieders, primair regionaal, maar op basis van landelijke standaarden.
3 – Zorgproces	Ontwikkelingen in uitwerking van MDO proces zijn op verschillende plaatsen bezig.		Zorgstandaard MDO oncologie moet worden uitgewerkt.
4 – Informatie	Ontwikkelingen rond ZIBs zijn gaande. Kandidaat ZIB MDO.		Informatiestandaard formaliseren.
5 – Applicatie			Inbouwen van de standaarden in applicaties.
6 - Infrastructuur			Infrastructuren moeten voldoen aan verbinding met andere infrastructuren en aantoonbaar de gegevens veilig en voor de ontvanger ondubbelzinnig leesbaar transporteren.

Prioritaire uitwisseling		A5.2 Ketenzorg rondom Diabetes	
Domein	Chronische zorg in eerste lijn en zorggroepen		
Issue/probleemstelling	Zorgverleners in ketenzorg hebben nog geen gestructureerde uitwisseling.		
Beschrijving	Uitwisseling van gegevens tussen huisarts en ketenzorgverleners (POH, diëtist, fysiotherapeut, etc.).		
Context	Het betreft chronische zorg voor patiënten, vaak, -maar niet altijd- ouderen, die vooral in de eerstelijns worden begeleid, maar te maken hebben met vele verschillende zorgverleners in eerste en tweede lijn. Uitwisseling van gegevens tussen deze zorgverleners is cruciaal. Jonge zorg-bekwame patiënten fungeren vaak zelf als doorgeefluik, maar de kwetsbare oudere kan dat niet.		
Gezondheidsbelang	Hoog, adequate behandeling vereist kennis van de huidige situatie en door de betrokkenheid van vele zorgverleners zorgvuldige uitwisseling van gegevens.		
Volume	> 1 miljoen chronische patiënten in Nederland ⁴ .		
Doelmatigheid	Gegevens zijn direct beschikbaar in EPD en beschikbaar voor ketenzorgverleners. Geen noodzaak tot overtypen.		
Meerwaarde patiënt	De ketenzorgverlener kan direct verder met de behandeling van de patiënt. Patiënt hoeft zelf niet de gegevens van de huisarts mee te nemen. Ze zijn gewoon beschikbaar bij de ketenzorgverlener.		
Landelijke voorzieningen	Interoperabele infrastructuur is noodzakelijk. Toestemmingsregister noodzakelijk.		
Actuele pilots/projecten/proeftuinen	Pilots/ontwikkeling in ketenzorgproject VZVZ, Nictiz en leveranciers.		
	Huidige situatie	Te doen	
1 - Wet- en regelgeving			
2 – Organisatie	<p>Informatiestandaard opnemen in kwaliteitsregister en vaststellen.</p> <p>Verplicht gebruik van de standaard.</p>	Bredere uitrol noodzakelijk.	
3 – Zorgproces	Zorgstandaard Diabetes .	Zorgstandaard Netwerkgang is noodzakelijk. Specialisaties voor specifieke usecases als COPD, Diabetes, Kwetsbare ouderen.	
4 – Informatie	Informatiestandaard ketenzorg , gebaseerd op richtlijnen, niet op ZIBs.	Verandertraject, zodat de overdracht gebaseerd is op ZIBs.	
5 – Applicatie	Alle HIS-leveranciers behalve PharmaPartners hebben het ingebouwd. KISsen hebben het allemaal ingebouwd.	De nieuwe versie van de standaard implementeren in de systemen van de zorgverleners (HIS en KIS). Met name lab en medicatieafspraken zijn gewijzigd. Kwalificatietraject van de ICT-leveranciers.	
6 - Infrastructuur	Via LSP en verschillende regionale netwerken.	Infrastructuren moeten voldoen aan verbinding met andere infrastructuren en aantoonbaar de gegevens veilig en voor de ontvanger ondubbelzinnig leesbaar transporteren.	

⁴ In 2016 hadden 5,1 miljoen mensen contact met hun huisarts voor chronische aandoening(en). Van dit aantal waren er in 2015 1,35 miljoen met een chronische aandoening die ook beperkingen in het functioneren en een minder goede gezondheid ervoeren. Bron: StaatVenZ (<https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/chronische-aandoening-jaarprevalentie-huisartsbezoek>). Daarbij is een 'chronische ziekte' gedefinieerd als een ziekte waarbij over het algemeen geen uitzicht is op volledig herstel. Dit cijfer geeft een schatting voor het zorggebruik in de huisartsenpraktijk voor een chronische ziekte. De diagnose kan gesteld zijn door de huisarts of de diagnose kan overgenomen zijn van een andere zorgverlener.

Prioritaire uitwisseling		A6.1 GGZ overdracht van een basis gegevensset	
Domein	GGZ		
Issue/probleemstelling	Op dit moment is er geen sprake van gestructureerde gegevensuitwisseling.		
Beschrijving	Vorm geven aan gestructureerde gegevensuitwisseling gebaseerd op concrete standaarden en uitwisselingsmethodiek op basis van BgZ Plus essentiële GGZ-gegevens.		
Context	Basisgegevens GGZ zijn gebaseerd op de BgZ en eOverdracht aangevuld met juridische status als nieuwe losse ZIB. In dit kader wordt nu nagedacht over nieuwe ZIBs dan wel aanpassingen zoals de composities behandelplan, crisisplan. Niet de bedoeling om een nieuwe BgZ te creëren maar aanvullende voor GGZ essentiële gegevens te definiëren, en deze samen met de BgZ actief in te zetten: BgZ Plus dus.		
Gezondheidsbelang	Gestructureerde registratie en uitwisseling faciliteert een beter zorgproces. Gegevens kunnen worden uitgewisseld met cliënten (en/of gemachtigden).		
Volume	Betreft alle cliënten van de GGZ.		
Doelmatigheid	Effectiviteit, compleetheid en werkbaarheid van de overdracht neemt sterk toe door gestructureerde registratie en overdracht.		
Meerwaarde patiënt	Inzage in de eigen gegevens.		
Landelijke voorzieningen	Authenticatie en machtiging.		
Actuele pilots/projecten/proeftuinen			
	Huidige situatie	Te doen	
1 - Wet- en regelgeving			
2 – Organisatie		Geen actie vereist.	
3 – Zorgproces	45 inhoudelijke zorgstandaarden.	Uitwisseling moet ingebed worden in GGZ werkproces.	
4 – Informatie	Basisgegevens GGZ binnen MedMij gedefinieerd.	Geen actie vereist.	
5 – Applicatie		Basisgegevens GGZ moeten worden ingebouwd op basis van FHIR.	
6 - Infrastructuur		Infrastructuren moeten voldoen aan verbinding met andere infrastructuren en aantoonbaar de gegevens veilig en voor de ontvanger ondubbelzinnig leesbaar transporteren.	

Prioritaire uitwisseling		A7.1 Acute overdracht verloskundige naar gynaecoloog	
Domein	Jeugd: Geboortezorg en Jeugdgezondheidszorg Geboortezorg		
Issue/probleemstelling	Geen gestructureerde overdracht van verloskundige naar gynaecoloog. Veel verschillende niet-uitwisselbare oplossingen.		
Beschrijving	Uitwisseling van verloskundige naar gynaecoloog in ziekenhuis in een acute situatie.		
Context	Sturen van gegevens over de zwangere, ongeboren vrucht en zwangerschap indien door onverwachte complicatie een acute overdracht van de zwangere van verloskundige naar gynaecoloog moet plaatsvinden.		
Gezondheidsbelang	Hoog, in deze acute situaties is het tijdig beschikbaar hebben van de informatie noodzakelijk om voor te bereiden en de juiste zorg te kunnen leveren.		
Volume	Naar schatting < 50.000 overdrachten bij geboortezorg.		
Doelmatigheid	Op basis van de beschikbare gegevens kan juiste zorg worden voorbereid en wordt onnodige wachttijd en onderzoek voorkomen.		
Meerwaarde patiënt	Gegevens zijn direct beschikbaar bij de gynaecoloog en er kan direct de juiste zorg worden gegeven. Zwangere wordt niet onnodig belast.		
Landelijke voorzieningen	Interoperabele infrastructuur is noodzakelijk. Toestemmingsregister noodzakelijk.		
Actuele pilots/projecten/proeftuinen	Pilot project Amsterdam/Hoorn (BabyConnect). In landelijk BabyConnect programma zullen vele regionale projecten actief zijn.		
	Huidige situatie	Te doen	
1 - Wet- en regelgeving		Verplichting voor zorgaanbieders en ICT-leveranciers om de ontwikkeling van informatiestandaarden te volgen en te implementeren, te controleren middels kwalificatie, certificering en contractering.	
2 – Organisatie	Regionale organisatie in Verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV) en Integrale geboortezorg organisaties (IGO). Er zijn diverse regionale oplossingen. Landelijk programma BabyConnect zal starten.	Programma BabyConnect biedt stimuleringssubsidie voor regionale implementatie van deze uitwisseling. Landelijke afspraken over Uniformeren VSVs nodig voor wat betreft verantwoordelijkheden en bevoegdheden.	
3 – Zorgproces	Zorgstandaard Integrale geboortezorg v1.1, CPZ, 28-6-2016 in Register ZIN.	Geen actie vereist	
4 – Informatie	Informatiestandaard Geboortezorg gereed, niet gebaseerd op ZIBs, wel gebaseerd op zorgstandaard. IT leveranciers hebben deels ontwikkeld, maar geen eensgezindheid over versies en uitwisselvorm en dus niet interoperabel.	Aanpassing informatiestandaard zodat deze ZIB of perinatale datamodellen gebaseerd zijn. Ontwikkelingen in BabyConnect, JGZ, RIVM en PWD stroomlijnen zodat eenheid van taal geborgd wordt. Dit geldt niet alleen voor de functionele datamodellen, maar ook voor de technische formaten (V3, CDA, FHIR). Kwalificatie inrichten. Roadmap voor versies van dataset en interacties moet verplichtend zijn.	
5 – Applicatie	Informatiestandaard bij 80% verloskundige systemen ingebouwd. 0% bij ziekenhuizen. Diverse oplossingen (alles in EPD ziekenhuis, viewer voor ziekenhuis, Zorgdomein, etc.) die niet interoperabel zijn. Geen kwalificatie ingericht wel noodzakelijk.	Applicaties moeten zich confirmeren aan de roadmap voor de PWD versie en kwalificeren voor de betreffende versie van de informatiestandaard. Voor landelijke dekking moeten IT leveranciers wel additionele functionaliteit ontwikkelen zoals ZAB, GTS.	
6 - Infrastructuur	Grote diversiteit: Zorgmail (pdf), zorgdomein (vooral reguliere verwijzing). BabyConnect-viewer: perinatologie.nl, proef met XDS.	Infrastructuren moeten voldoen aan verbinding met andere infrastructuren en aantoonbaar de gegevens veilig en voor de ontvanger ondubbelzinnig leesbaar transporteren.	

Prioritaire uitwisseling	A7.2 Elektronische gegevensuitwisseling tussen geboortezorg en jeugdgezondheidszorg	
Domein	Jeugd: Geboortezorg en Jeugdgezondheidszorg Publieke gezondheid, relatie geboortezorg	
Issue/probleemstelling	<p>Door zeer beperkte elektronische gegevensuitwisseling:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Worden vermijdbare fouten gemaakt. • Moeten mensen steeds opnieuw hun verhaal vertellen. • Moeten zorgverleners steeds opnieuw informatie intypen. • Doordat eenduidige informatie over het kind ontbreekt, kan de jeugdgezondheidszorg niet altijd de juiste begeleiding bieden. 	
Beschrijving	Realisatie standaardisatie gegevensset (ZIBs), binnen 2 jaar digitaal (transmuraal) te delen, afhankelijk van beschikbare kennis, mensen en middelen.	
Context	Realiseren van transmurale digitale uitwisseling tussen professionals betrokken bij geboortezorg is van groot medisch en psychosociaal belang en heeft betrekking op grote volumes (170.000 geboortes per jaar), is doelmatig en voorkomt onjuiste of vertraagde preventieve zorg voor jeugdigen. Bij de realisatie van de transmurale digitale uitwisseling kan gebruik worden gemaakt van wat er al is.	
Gezondheidsbelang	“De eerste 1.000 dagen van een kind (inclusief de zwangerschap) zijn cruciaal voor een goede start. De gezondheid van een kind voor, tijdens en na de geboorte blijkt een belangrijke voorspeller te zijn van problemen - zowel fysiek als mentaal - op latere leeftijd.”	
Volume	170.000 geboortes per jaar. Het aantal overdrachten van informatie is veel groter omdat er per kind meer dan 1 overdracht van informatie plaatsvindt.	
Doelmatigheid	Moeder hoeft verhaal niet meerdere keren te vertellen en professionals beschikken over dezelfde informatie.	
Meerwaarde patiënt	Tijdige en effectieve preventieve zorg voor jeugdigen.	
Landelijke voorzieningen	Zorginformatiebouwstenen (ZIBs).	
Actuele pilots/projecten/proeftuinen		
	Huidige situatie	Te doen
1 - Wet- en regelgeving	Publieke gezondheidszorg wetten, o.a. vaccinaties.	
2 – Organisatie	JGZ valt onder publieke zorg, geboortezorg niet. Wijze van bekostiging is verschillend.	Geen actie noodzakelijk.
3 – Zorgproces	Gegevensrichtlijn hielprik proces aanwezig. Dekkingsgraad geboortemeldingen echter laag.	Geen actie noodzakelijk.
4 – Informatie	De datamodellen van JGZ voor bevalling zijn gebaseerd op die van geboortezorg, maar doordat er op verschillende fronten ontwikkeld worden, zijn deze niet meer gesynchroniseerd. In praktijk worden gegevens nu handmatig overgenomen (mondeling of via document).	Gegevensset overdracht verloskundig zorgverleners en kraamzorg naar jeugdgezondheidszorg. Basisdataset JGZ gebruiken geen ZIBs. Zie ook bij geboortezorg over de verZIBbing van de dataset van geboortezorg en de roadmap hiervoor. JGZ wil graag participeren bij de klankbordgroep voor BabyConnect.
5 – Applicatie	Systemen maken een uitdraai en deze wordt overgetypt.	JGZ IT leveranciers en Verloskundige systemen moeten zich confirmeren aan een roadmap om de ontwikkelingen te volgen.
6 - Infrastructuur	JGZ instellingen zijn aangesloten op LSP. Geboortezorg hebben diverse infrastructuren.	Protocollen nodig om via infrastructuur voor geboortezorg, o.a. XDS te communiceren met instellingen op het LSP. Dit moet op termijn leiden tot een vrije infrastructuurkeuze met infrastructuur onafhankelijke gegevensuitwisseling. Infrastructuren moeten voldoen aan verbinding met andere infrastructuren en aantoonbaar de gegevens veilig en voor de ontvanger ondubbelzinnig leesbaar transporteren.

Prioritaire uitwisseling	A8.1 Huisartswaarneminggegevens	
Domein	Eerstelijns zorg / Huisartsenzorg	
Issue/probleemstelling	Wisselend enthousiasme bij huisartsen en dito mate van stimulering van patiënt om toestemming te geven. Informatiestandaard moet vernieuwd en verZIBd worden.	
Beschrijving	De waarnemend huisarts vraagt bij consult de professionele samenvatting (PS) op bij de huisarts van de patiënt en stuurt een verslag (waarnemretourbericht) naar deze huisarts.	
Context	Patiënt met (potentieel) meervoudige problematiek wordt gezien door een waarnemend huisarts die de patiënt naar alle waarschijnlijkheid niet kent. De PS bevat alle noodzakelijke gegevens om de juiste zorg te kunnen leveren. Niet raadplegen van de PS kan ernstige gevolgen hebben als geen rekening wordt gehouden met een al lopend of chronisch zorgproces.	
Gezondheidsbelang	Hoog, PS bevat in relevante situaties essentiële gegevens. Huisarts krijgt beeld van de context van de patiënt.	
Volume	Miljoenen overdrachten per jaar.	
Doelmatigheid	Waarnemend huisarts kan beter aansluiten bij bestaand beleid, doelmatigheid in triage en diagnose doordat belangrijke informatie aanwezig is waardoor minder doorverwijzingen naar SEH en 2e lijn.	
Meerwaarde patiënt	Patiënt hoeft niet historie te vertellen en er is een duidelijk professioneel beeld over de medische situatie. Het maakt betere diagnose en behandeling mogelijk door beschikbaarheid van juiste informatie op juiste tijd op juiste plek.	
Landelijke voorzieningen	De waarnemend huisarts kan alleen de PS opvragen als de patiënt toestemming heeft gegeven om gegevens via het LSP op te vragen. LSP toestemmingsregister is beschikbaar.	
Actuele pilots/projecten/proeftuinen		
	Huidige situatie	Te doen
1 - Wet- en regelgeving	Er is geen verplichtende regelgeving.	Verplichting voor zorgaanbieders en ICT-leveranciers om de ontwikkeling van informatiestandaarden te volgen en te implementeren, te controleren door kwalificatie, certificering en contractering.
2 – Organisatie	Gebruik is afhankelijk van keuze individuele huisarts en toestemming door patiënt. Dit laatste mede afhankelijk van inzet van de huisarts. Huidige overdracht kan vrijwel landelijk worden gebruikt.	Huisartsen stimuleren HWG te gebruiken en patiënten stimuleren toestemming te geven.
3 – Zorgproces	Richtlijn 'Gegevensuitwisseling huisarts-centrale huisartsenpost' is aanwezig en in gebruik.	Geen actie noodzakelijk.
4 – Informatie	Informatiestandaard Huisartswaarneming, gebaseerd op richtlijn, nog niet gebaseerd op ZIBs.	Een nieuwe, ZIB-gebaseerde informatiestandaard is noodzakelijk. Hieraan wordt gewerkt, verwacht in 2020, inclusief kwalificatie.
5 – Applicatie	Bestaande informatiestandaard ingebouwd bij 100% van de huisartsenposten, bij 90% van de HISsen.	Aanpassing applicatie aan nieuwe informatiestandaard. Applicatie moet gekwalificeerd zijn.
6 - Infrastructuur	Voornamelijk LSP, soms lokale en/of regionale uitwisselinginfrastructuren.	Infrastructuren moeten voldoen aan verbinding met andere infrastructuren en aantoonbaar de gegevens veilig en voor de ontvanger ondubbelzinnig leesbaar transporteren.

Prioritaire uitwisseling	A8.2 Verwijzing huisarts naar specialist		
Domein	Eerstelijnszorg, tweedelijnszorg		
Issue/probleemstelling	Verwijzing is niet gebaseerd op informatiestandaard.		
Beschrijving	Sturen van medische gegevens door de huisarts aan de specialist bij het verwijzen van de patiënt.		
Context	Een patiënt wordt in overleg met de huisarts verwezen naar een specialist. De gegevens noodzakelijk voor een adequate behandeling van de vraag door de specialist worden door de huisarts in een verwijsbericht meegegeven.		
Gezondheidsbelang	Hoog, relevante informatie direct beschikbaar.		
Volume	10 miljoen aanvragen over Zorgdomein per jaar.		
Doelmatigheid	Gegevens van de verwijzing zijn direct beschikbaar in het EPD van de specialist. Overtikken is niet nodig.		
Meerwaarde patiënt	Specialist kan met de gegevens direct de juiste zorg leveren. Patiënt hoeft bijvoorbeeld de ingewikkelde namen van medicatie en de doseringen ervan niet te noemen.		
Landelijke voorzieningen	Interoperabele infrastructuur is noodzakelijk. Toestemmingsregister noodzakelijk.		
Actuele pilots/projecten/proeftuinen	Pilot uitwisseling huisarts naar ziekenhuis op basis van BgZ in voorbereiding		
	Huidige situatie	Te doen	
1 - Wet- en regelgeving			
2 – Organisatie	Marktleider commerciële partij, biedt meer dan verwijzen.	Besluiten door betrokken zorgaanbieders over implementatie i.v.m. marktpositie en business model van marktleider.	
3 – Zorgproces	Richtlijn 'Informatie-uitwisseling tussen Huisarts en Specialist' (HASP) .	Geen actie noodzakelijk	
4 – Informatie	Informatiestandaard beschikbaar, niet gebaseerd op ZIBs.	Informatiestandaard op basis van ZIBs ontwikkelen. Tevens kwalificatie.	
5 – Applicatie	91% huisartsen maken gebruik van Zorgdomein, 1.000 zorglocaties.	Implementatie informatiestandaard bij applicaties.	
6 - Infrastructuur	Nu vooral Zorgdomein .	Infrastructuren moeten voldoen aan verbinding met andere infrastructuren en aantoonbaar de gegevens veilig en voor de ontvanger ondubbelzinnig leesbaar transporteren.	

Prioritaire uitwisseling	A8.3 Ketenzorg	
Domein	Chronische zorg in eerste lijn en zorggroepen	
Issue/probleemstelling	Zorgverleners in ketenzorg hebben nog geen gestructureerde uitwisseling.	
Beschrijving	Uitwisseling van gegevens tussen huisarts en ketenzorgverleners (POH, diëtist, fysiotherapeut, etc.).	
Context	Het betreft chronische zorg voor patiënten, vaak - maar niet altijd - ouderen, die vooral in de eerstelijns worden begeleid, maar te maken hebben met vele verschillende zorgverleners in eerste en tweede lijn. Uitwisseling van gegevens tussen deze zorgverleners is cruciaal. Jonge zorg-bekwame patiënten fungeren vaak zelf als doorgeefluik, maar de kwetsbare oudere kan dat niet.	
Gezondheidsbelang	Hoog, adequate behandeling vereist kennis van de huidige situatie en door de betrokkenheid van vele zorgverleners zorgvuldige uitwisseling van gegevens.	
Volume	> 1 miljoen chronische patiënten in Nederland. ⁵	
Doelmatigheid	Gegevens zijn direct beschikbaar in EPD en beschikbaar voor ketenzorgverleners. Geen noodzaak tot overtypen.	
Meerwaarde patiënt	De ketenzorgverlener kan direct verder met de behandeling van de patiënt. Patiënt hoeft zelf niet de gegevens van de huisarts mee te nemen. Ze zijn gewoon beschikbaar bij de ketenzorgverlener.	
Landelijke voorzieningen	Interoperabele infrastructuur is noodzakelijk. Toestemmingsregister noodzakelijk.	
Actuele pilots/projecten/proeftuinen	Pilots/ontwikkeling in ketenzorgproject VZVZ, Nictiz en leveranciers.	
	Huidige situatie	Te doen
1 - Wet- en regelgeving		
2 – Organisatie	Informatiestandaard opnemen in kwaliteitsregister en vaststellen. Verplicht gebruik van de standaard.	Bredere uitrol noodzakelijk.
3 – Zorgproces	Zorgstandaard Diabetes. Zorgstandaard COPD. Zorgstandaard CVRM.	Geen actie noodzakelijk.
4 – Informatie	Informatiestandaard ketenzorg , gebaseerd op richtlijnen, niet op ZIBs.	Verandertraject, zodat de overdracht gebaseerd is op ZIBs.
5 – Applicatie	Alle HIS-leveranciers behalve PharmaPartners hebben het ingebouwd. KISsen hebben het allemaal ingebouwd.	De nieuwe versie van de standaard implementeren in de systemen van de zorgverleners (HIS en KIS). Met name lab en medicatieafspraken zijn gewijzigd. Kwalificatietraject van de ICT-leveranciers.
6 - Infrastructuur	Via LSP en verschillende regionale netwerken.	Infrastructuren moeten voldoen aan verbinding met andere infrastructuren en aantoonbaar de gegevens veilig en voor de ontvanger ondubbelzinnig leesbaar transporteren.

⁵ In 2016 hadden 5,1 miljoen mensen contact met hun huisarts voor chronische aandoening(en). Van dit aantal waren er in 2015 1,35 miljoen met een chronische aandoening die ook beperkingen in het functioneren en een minder goede gezondheid ervoeren. Bron: StaatVenZ (<https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/chronische-aandoening-jaarprevalentie-huisartsbezoek>). Daarbij is een 'chronische ziekte' gedefinieerd als een ziekte waarbij over het algemeen geen uitzicht is op volledig herstel. Dit cijfer geeft een schatting voor het zorggebruik in de huisartsenpraktijk voor een chronische ziekte. De diagnose kan gesteld zijn door de huisarts of de diagnose kan overgenomen zijn van een andere zorgverlener.

Prioritaire uitwisseling	A9.1 Patiëntinformatie - Dossiergegevens digitaal delen met patiënt		
Domein	Patiënt Zorgbreed		
Issue/probleemstelling	Zorgaanbieders zijn vaak niet ingericht en gemotiveerd om dossiergegevens digitaal te delen met patiënten. Attitudeprobleem en technisch probleem.		
Beschrijving	Verzamelen van verschillende medische gegevens door de patiënt: bij de huisarts, bij ziekenhuis en over medicatie (respectievelijk huisartswaarneming, BgZ en medicatiegegevens). Daarnaast sturen van zelf gemeten waarden door de patiënt aan zijn zorgverlener.		
Context	Patiënt/cliënt/burger krijgt en neemt in toenemende mate regie over eigen medische situatie en zorg. Hiertoe verzamelt hij zelf gegevens over de eigen gezondheid die hij wil delen met zorgverleners en vraagt hij gegevens op bij zorgaanbieders die een dossier over hem hebben. Deze gegevens moeten veilig en correct kunnen worden verzameld en gedeeld.		
Gezondheidsbelang	Gemiddeld, situatie afhankelijk. Het digitaal beschikbaar maken van dossiergegevens aan de patiënt heeft naar verwachting een kwalitatief verhogend effect op het dossier. Het dossier zal zorgvuldiger worden gevuld en gebruikt.		
Volume	Momenteel zeer beperkt, maar naar verwachting sterk stijgend.		
Doelmatigheid	Verwachting is dat betrokkenheid van de patiënt leidt tot hogere motivatie en behandeltrouw. Tevens beschikt de patiënt over unieke informatie over zijn situatie. Kwantitatieve gegevens niet beschikbaar.		
Meerwaarde patiënt	Om effectief regie te kunnen voeren over de eigen zorg en gezondheid is het beschikbaar hebben van medische gegevens noodzakelijk.		
Landelijke voorzieningen	Identificatiemiddel op substantieel nog niet beschikbaar. Interoperabele infrastructuur is noodzakelijk. Toestemmingsregister noodzakelijk.		
Actuele pilots/projecten/proeftuinen			
	Huidige situatie	Te doen	
1 - Wet- en regelgeving		Wettelijk patiëntgeheim (recht op geheimhouding door patiënt) is wenselijk.	
2 – Organisatie	MedMij afsprakenstelsel gereed.	Zorgaanbieders/XIS-leveranciers stimuleren tot ontwikkeling om content aan te leveren (in VIPP niet voldoende).	
3 – Zorgproces	Geen zorgstandaard.	Uitwerken integratie in proces en systeem van door patiënt aangeleverde gegevens.	
4 – Informatie	MedMij informatiestandaarden gebaseerd op ZIBs (Huisartswaarneming, Zelfmetingen, Medicatiegegevens en BgZ).	Vertaling naar patiënt-begrijpelijke taal moet als dienst kunnen worden aangeboden.	
5 – Applicatie	PGOs in ontwikkelfase, Informatiesystemen van zorgaanbieders (XIS) zeer beperkt.	PGO moeten ontwikkelen en kwalificeren. Informatiesystemen van zorgaanbieders moeten standaarden voor MedMij inbouwen.	
6 - Infrastructuur	Voorwaarden deels vastgelegd in afsprakenstelsel. Zo nodig keuze maken per informatiestandaard en op basis van beschikbaarheid van gegevens.	Infrastructuren moeten voldoen aan verbinding met andere infrastructuren en aantoonbaar de gegevens veilig en voor de ontvanger ondubbelzinnig leesbaar transporteren.	

Prioritaire uitwisseling	A9.2 Patiëntinformatie - usecase A: Ketenzorg	
Domein	Ketenzorg, PGO	
Issue/probleemstelling	Zorgverleners in ketenzorg hebben nog geen gestructureerde uitwisseling. Patiënt kan niet standaard digitaal gegevens aanleveren aan zorgverleners. PGOs zijn nog in ontwikkeling.	
Beschrijving	Gemotiveerde chronische patiënt die zijn/haar ziekte wil managen met e-health.	
Context	Chronische patiënt heeft te maken met verschillende zorgaanbieders (huisarts/POH, onafhankelijke eerstelijns paramedici, ziekenhuizen) en wil inzicht in medische gegevens van zorgaanbieders en eigen diagnostiek en opmerking kunnen delen met zorgaanbieders. De patiënt gebruikt hiervoor verschillende apps en in de toekomst bij voorkeur de PGO.	
Gezondheidsbelang	De patiënt is een unieke bron van informatie inzake het ziekteproces.	
Volume	> 1 miljoen chronische patiënten in Nederland ⁶ .	
Doelmatigheid	Verwachting is dat betrokkenheid van de patiënt leidt tot hogere motivatie en behandeltrouw. Tevens beschikt de patiënt over unieke informatie over zijn situatie. Kwantitatieve gegevens niet beschikbaar.	
Meerwaarde patiënt	Patiënt krijgt de mogelijkheid zijn zorgproces mede te managen en daarmee meer grip op de chronische aandoening en hoe daarmee om te gaan in het dagelijks bestaan.	
Landelijke voorzieningen	Identificatiemiddel op substantieel nog niet beschikbaar. Interoperabele infrastructuur is noodzakelijk. Toestemmingsregister noodzakelijk. Apps moeten voldoen aan standaarden om met informatiesystemen van zorgaanbieders of PGO te kunnen communiceren. Medische terminologie moet in patiëntvriendelijke taal kunnen worden gepresenteerd.	
Actuele pilots/projecten/proeftuinen		
	Huidige situatie	Te doen
1 - Wet- en regelgeving		Wettelijk patiëntgeheim (recht op geheimhouding door patiënt) is wenselijk.
2 – Organisatie	MedMij afsprakenstelsel gereed.	Ketenzorgpartners moeten ook digitaal samenwerken en de patiënt als bron en medezorgverlener aanvaarden.
3 – Zorgproces	Geen zorgstandaard.	Uitwerken integratie in proces en systeem van door patiënt aangeleverde gegevens.
4 – Informatie	MedMij informatiestandaarden gebaseerd op ZIBs (Huisartswaarneming, Zelfmetingen, Medicatiegegevens en BgZ).	Vertaling naar patiënt-begrijpelijke taal moet als dienst kunnen worden aangeboden.
5 – Applicatie	PGOs in ontwikkelfase, Informatiesystemen van zorgaanbieders (XIS) zeer beperkt.	PGO moeten ontwikkelen en kwalificeren. Informatiesystemen van zorgaanbieders moeten standaarden voor MedMij inbouwen.
6 - Infrastructuur	Voorwaarden deels vastgelegd in afsprakenstelsel. Zo nodig keuze maken per informatiestandaard en op basis van beschikbaarheid van gegevens.	Infrastructuren moeten voldoen aan verbinding met andere infrastructuren en aantoonbaar de gegevens veilig en voor de ontvanger ondubbelzinnig leesbaar transporteren.

⁶ In 2016 hadden 5,1 miljoen mensen contact met hun huisarts voor chronische aandoening(en). Van dit aantal waren er in 2015 1,35 miljoen met een chronische aandoening die ook beperkingen in het functioneren en een minder goede gezondheid ervaarden. Bron: StaatVenZ (<https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/chronische-aandoening-jaarprevalentie-huisartsbezoek>). Daarbij is een 'chronische ziekte' gedefinieerd als een ziekte waarbij over het algemeen geen uitzicht is op volledig herstel. Dit cijfer geeft een schatting voor het zorggebruik in de huisartsenpraktijk voor een chronische ziekte. De diagnose kan gesteld zijn door de huisarts of de diagnose kan overgenomen zijn van een andere zorgverlener.

Afkortingen

Afkorting	Omschrijving
BgZ	BasisGegevensset Zorg
CDA	Clinical Document Architecture
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CPZ	College Perinatale Zorg
CVRM	CardioVasculair RisicoManagement
DICOM	Digital Imaging and Communications in Medicine
EPD	Elektronisch PatiëntenDossier
FHIR	Fast Health Interoperability Resources
GGZ	Geestelijke GezondheidsZorg
HAP	HuisArtsenPost
HASP	Huisarts Specialist
HIS	HuisartsInformatieSysteem
HL7	Health Level 7
ICA	Intoleranties, Contra-indicaties en Allergieën
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IGO	Integrale Geboortezorg Organisaties
IHE	Integrating the Healthcare Enterprise
IPS	International Patient Summary
JGZ	JeugdGezondheidsZorg
KIS	KetenInformatieSysteem
Lab	Laboratoria
LSP	Landelijk SchakelPunt
MDO	MultiDisciplinair Overleg

MKa	Meldkamer
NVKC	Nederlandse Vereniging Klinische Chemie
NVMM	Nederlandse Vereniging Medische Microbiologie
PA	Pathologie
PACS	Picture Archiving and Communication System
PGO	Persoonlijke GezondheidsOmgeving
POC	Proof of Concept
POH	Praktijk Ondersteuner Huisarts
PS	Professionele Samenvatting
RIS	Radiologie Informatie Systeem
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RSO	Regionale Samenwerkings Organisatie
SEH	SpoedEisende Hulp
SNOMED CT	Systematized Nomenclature of Medicine -- Clinical Terms
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
VSV	Verloskundige samenwerkingsverbanden
VZVZ	De Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie
WPG	Wet Publieke gezondheid
XDS	Cross Document Sharing
XIS	Elk Informatiesysteem
ZIB	ZorgInformatieBouwstenen
ZIN	ZorgInstituut Nederland