

WIE, WAT WAAR?

ZORGEN OVER VOOR GOEDE ADRESINFORMATIE

VERKENNING ZORGADRESINFORMATIE

DR. JOHAN POSSETH MMC, FEBRUARI 2020

Samenvatting

1. Deze verkenning geeft inzicht in de huidige en gewenste praktijk.
2. Er is dringende behoefte aan *bruikbare* zorgadresinformatie.
3. Het huidige aanbod is te versnipperd en te beperkt.
4. De crux is 1 keer invoeren, vaak gebruiken.
5. Drie stappen om dit te bereiken.

1. Deze verkenning geeft inzicht in de huidige en gewenste praktijk.

- 1.1 De zorg staat voor grote uitdagingen; sleutel is dat het zorgaanbod aansluit op de vraag (i.p.v. andersom).
- 1.2 Dit veronderstelt dat zorgaanbieders en zorgverleners goed en gemakkelijk te vinden en te bereiken zijn.
- 1.3 Zorgadresinformatie is essentieel om dit mogelijk te maken.
- 1.4 Deze verkenning richt zich op de behoeften en ervaringen van eindgebruikers.
- 1.4 Gekozen is voor een iteratieve aanpak, samen met stakeholders uit het veld.

1.1 De zorg staat voor grote uitdagingen; sleutel is dat het zorgaanbod aansluit op de vraag (i.p.v. andersom).

Kosten stijgen, zorginstellingen vallen om en grote personeelstekorten

De Nederlandse zorgsector staat voor grote uitdagingen. De kosten blijven stijgen en lopen sneller op dan de groei van de Nederlandse economie. In nog geen twintig jaar zijn de kosten verdubbeld van zo'n EUR 50 naar EUR 100 miljard. En mede door de vergrijzing neemt de zorgvraag alleen maar toe.

Door de druk op de budgetten blijkt het voor zorginstellingen (ziekenhuizen, jeugdzorg, thuiszorg) steeds lastiger om het hoofd boven water te houden. De afgelopen periode zijn verschillende instellingen omgevallen. Vooral in het sociaal domein (Jeugdzorg, Wmo) zijn de vooruitzichten somber. De verwachting dat tientallen organisaties in de gevarenzone zitten.

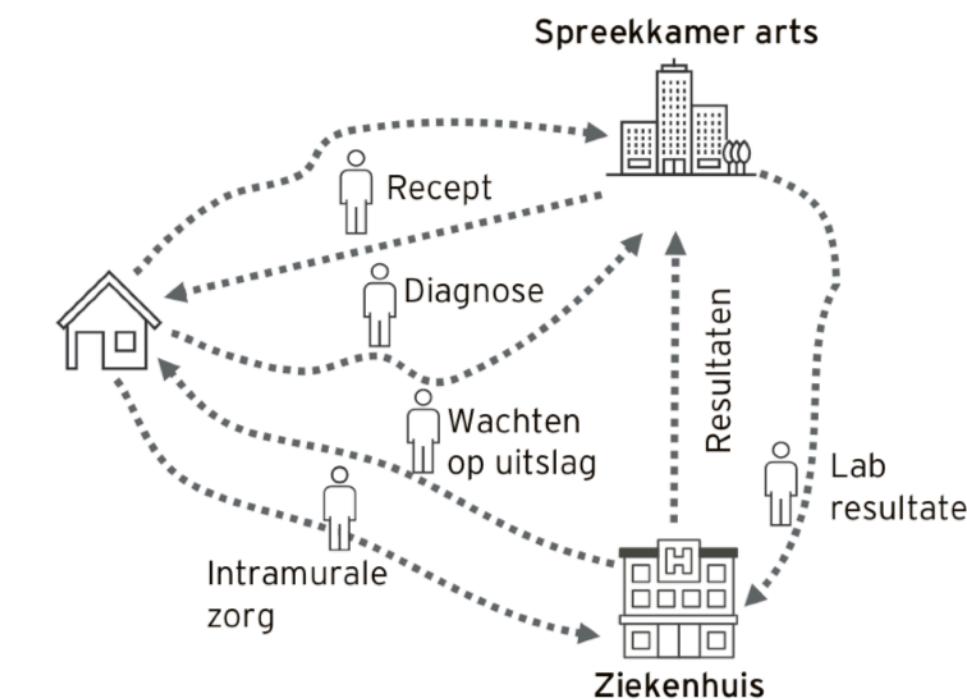
Tot slot kampt de sector met grote personeelstekorten. Het lukt niet om de forse patiëntengroei bij te benen. Op dit moment zijn er ruim 30.000 vacatures. De verwachting is dat dit de komende jaren oploopt tot meer dan 100.000.*

*Tot en met 2040 neemt de zorgvraag naar verwachting met zo'n 3% per jaar toe. Bij voortzetting van de productiviteitstrend van de afgelopen vijf jaar (0,4% productiviteitsgroei per jaar), zijn er in 2040 bijna 170.000 ziekenhuismedewerkers meer nodig (+57%), ING , Economisch Bureau, oktober 2019

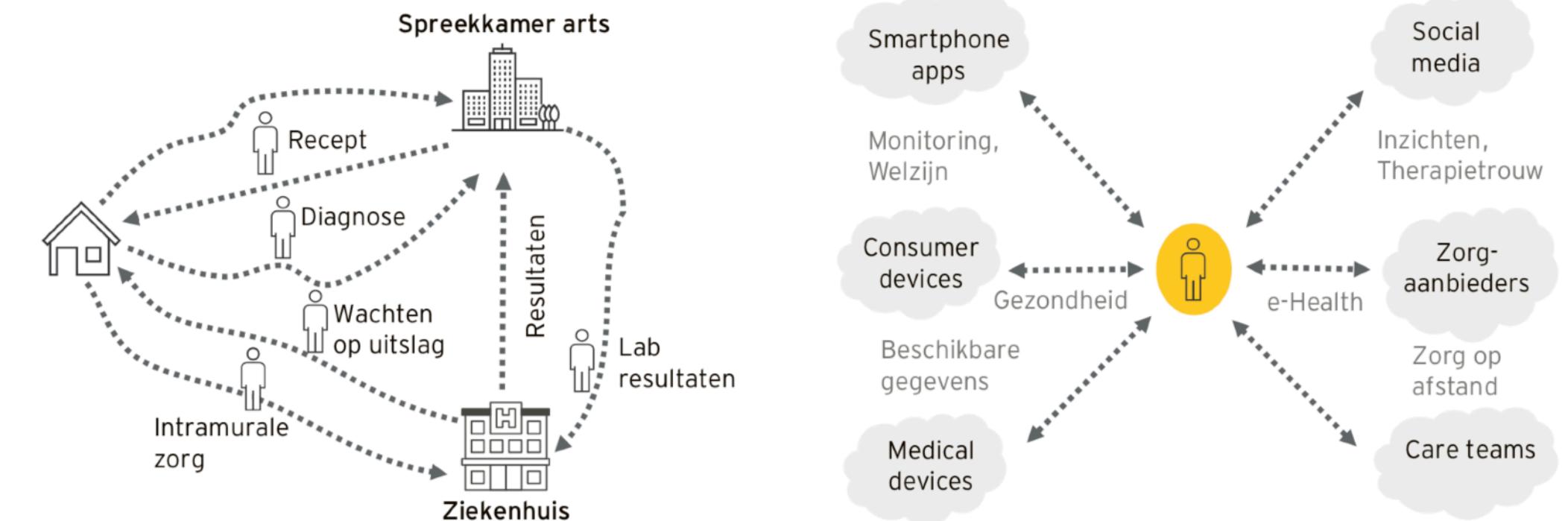
Passende zorg op de juiste plek op het juiste moment

Om de zorg ook in te toekomst te kunnen betalen, is een betere aansluiting van het zorgaanbod op de zorgvraag essentieel. (Nog) meer centraal moet staan wat een patiënt (echt) nodig heeft, in plaats van wat de sector kan bieden. Dit betekent niet alleen dat betere keuzes gemaakt worden door een transparanter zorglandschap. In de toekomst worden burgers zelfs actief en preventief geïnformeerd over welke zorg op dat moment het beste past, afgestemd op de persoonlijke situatie.

Vandaag
Episodisch en ondoorzichtig



Morgen
Continu en transparant



Connected care: hoe realiseer je een betere patiëntervaring, EY Next Wave Health, 2016

1.2 Dit veronderstelt dat zorgaanbieders en zorgverleners goed en gemakkelijk te vinden en te bereiken zijn.

Waarom is goede zorgadresinformatie belangrijk?

Actuele en betrouwbare zorgadresinformatie is een noodzakelijke voorwaarde om processen en voorzieningen die voor goede en betaalbare zorg cruciaal zijn, mogelijk te maken:

- Het is essentieel dat mensen goede zorg krijgen. Door gebrekkige (elektronische) gegevensuitwisseling in de zorg worden vermijdbare fouten gemaakt, moeten mensen steeds weer opnieuw hun verhaal vertellen, moeten zorgverleners gegevens steeds opnieuw intypen ten koste van de tijd voor patiënten en worden onderzoeken onnodig herhaald. Het is dus cruciaal dat zorgprofessionals elkaar snel en gemakkelijk kunnen vinden en veilig patiëntgegevens kunnen overdragen, fysiek en elektronisch. Dit lukt niet zonder adequate adresinformatie. Met de herinrichting van de zorg, zoals de verplaatsing van 2e lijns- naar 1e lijnszorg, en het toegenomen multidisciplinaire karakter neemt het belang hiervan alleen maar toe.
- Een groot deel van de Nederlandse bevolking wil meer regie hebben op de eigen zorg. Bovendien gaan patiënten bewuster om met zorg als zij meer inzicht hebben in de kosten. In de praktijk blijkt het niet eenvoudig om zelf een goede keuze te maken omdat de gewenste informatie niet beschikbaar is. Zo is niet van alle aanbieders informatie beschikbaar en ontbreekt

informatie, bijvoorbeeld over specialismen en ervaring, de tevredenheid van patiënten en ook praktische informatie, zoals locaties en openingstijden.

- Innovatie is een belangrijke driver om de zorg ook in de toekomst te kunnen bekostigen. E-health toepassingen bieden tal van mogelijkheden voor slimmere zorg. Denk aan een videoconsult tussen patiënt en zorgverlener of zorgprofessionals onderling, het op afstand kunnen monitoren van patiënten met chronische aandoeningen of preventie, bijvoorbeeld door het gebruik van wearables. Zonder goed functionerende adresinformatie zijn deze vernieuwingen niet breed toepasbaar.
- Voor het (continu) verbeteren van de kwaliteit van de zorg en het functioneren van de gezondheidszorg is het van belang om inzicht te hebben in het effect van zorg. In een behandeltraject zijn vaak verschillende organisaties en zorgverleners betrokken. Zorgdata wordt veelal versnipperd, in eigen systemen, geregistreerd door de verschillende betrokkenen. De schakels ontbreken om data van verschillende zorgaanbieders op een verantwoorde manier te combineren. Adresinformatie is een belangrijke voorwaarde om deze koppeling te kunnen leggen.

1.3 Zorgadresinformatie is essentieel om dit mogelijk te maken.

Wat is zorgadresinformatie?

Zorgadresinformatie is alle informatie die nodig is voor het vinden en bereiken van zorgaanbieders en/of zorgverleners, ofwel: WIE, WAT, WAAR. Het gaat zowel om fysieke als digitale vindbaarheid. Dit klinkt eenvoudiger dan het is:

- In de praktijk blijken er allerlei knelpunten en complicaties te zijn waardoor onduidelijk is wie de geadresseerde moet zijn en wat het juiste adres is (zie hoofdstuk 2).
- Enkel een naam en adres is vaak niet afdoende voor de vele en uiteenlopende toepassingen van adresinformatie in de zorg.
- Adresinformatie is niet statisch: allerlei relevante aspecten (kunnen) veranderen, zoals locaties, kwalificaties, relaties/dienstbetrekkingen, e-mailadressen, etc.

In deze verkenning kiezen we daarom voor een ruime definiëring. Het goed, gemakkelijk en veilig vinden en bereiken van zorgaanbieders en zorgverleners veronderstelt namelijk bepaalde zekerheden die de kwaliteit van de informatie borgen.

Met andere woorden: het gaat niet alleen om adresgegevens maar om het geheel van activiteiten die zorgen voor het zorgvuldig, logisch, slim en veilig organiseren van zorgadresinformatie.



Daarbij is het van belang om onderscheid te maken in:

- Zorgaanbieders: organisaties (of organisatielagen) die op enigerlei manier bij het zorgproces of daaraan verwante processen betrokken zijn*, zoals bijvoorbeeld een ziekenhuis, een GGZ-instelling of een huisartsenpraktijk.
- Zorgverleners: personen die op enigerlei manier bij het zorgproces of daaraan verwante processen betrokken zijn, zoals bijvoorbeeld een huisarts, een fysiotherapeut of een verpleegkundige.
- Relaties tussen zorgaanbieders en zorgverleners.

1.4 Deze verkenning richt zich op de behoeften en ervaringen van eindgebruikers.

Behoeften en ervaringen van eindgebruikers

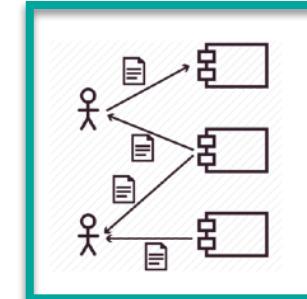
Deze verkenning heeft als doel inzicht te krijgen in de behoeften, verwachtingen en de huidige ervaren knelpunten van gebruikers en leveranciers van zorgadresinformatie. Centrale vraag is:

Wat moet er gebeuren om de vindbaarheid en bereikbaarheid van zorgaanbieders en zorgverleners te verbeteren?

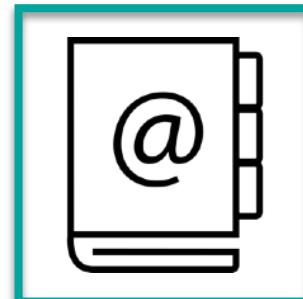
De volgende onderwerpen staan hierin centraal:



1. De ervaringen en behoeften van eindgebruikers



3. De gewenste situatie



2. Het huidige aanbod van zorgadresinformatie



4. De stappen om daar te komen

Eerste beeld meerwaarde zorgadresinformatie-stelsel

Daarnaast is het onderzoek erop gericht een eerste beeld te krijgen van de effectiviteit en haalbaarheid van de totstandkoming van een zorgadresinformatie-stelsel. Het zogenaamde ZAI-stelsel is een structureel bestuurde en beheerde samenhangende set van afspraken en standaarden. Deze afspraken op juridisch, organisatorisch, informatie-inhoudelijk en technisch gebied dragen zorg voor de kwaliteit, de interoperabiliteit en de betrouwbaarheid en veiligheid van de zorgadresinformatievoorziening.*

Achterliggende gedachte van het ZAI-stelsel is flexibiliteit. Door stelselafspraken te maken moet het aanbod van adresinformatie duurzaam kunnen meebewegen met de veelvormige en veranderlijke vraag naar adresinformatie en tegelijk ruimte laten voor eigen afweging binnen de kaders van de gemaakte afspraken omtrent interoperabiliteit, kwaliteit en veiligheid.

1.5 Gekozen is voor een iteratieve aanpak, samen met stakeholders uit het veld.

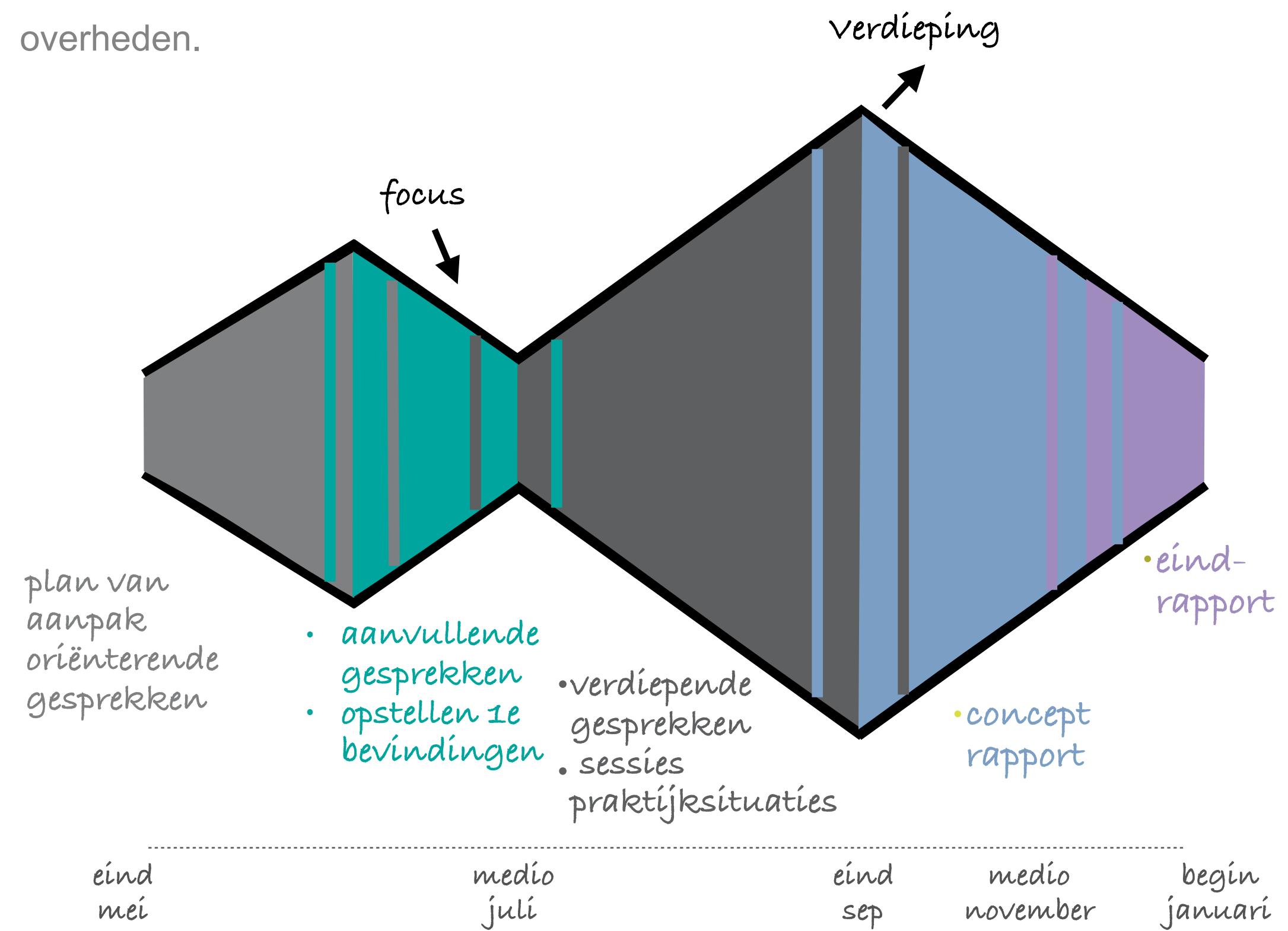
De zorg is groot en divers. Het gaat om huisartsen, ziekenhuizen, langdurige zorg, wijkverpleging, jeugdzorg en heel veel meer. En ook in de behoefte aan zorgadresinformatie bestaat een grote variëteit. Het gaat om allerlei soorten adressen voor allerlei kanalen, voor allerlei gebruikers en aanbieders (mensen, organisaties, systemen, apparatuur). Bovendien staat de behoefte de ene keer op zichzelf (Ik zoek een adres), maar maakt zij de andere keer deel uit van een grotere vraag (Ik wil mijn dossier inzien).

Daarom is gekozen voor een iteratieve aanpak waarbij stapsgewijs, op basis van voortschrijdend inzicht, keuzes zijn gemaakt over de verdere afbakening. Na een eerste beeldvorming op basis van oriënterende gesprekken en documentstudie is ervoor gekozen om de focus te leggen op twee praktijksituaties:

- Zorgcommunicatie tussen huisartsen en specialisten
- Het lokaal aanbod Wmo en Jeugdzorg (sociaal domein)

De zorgcommunicatie is relevant omdat de huisarts spil in de eerstelijnszorg en

Zo houden zij “digitaal” de meeste dossiers van patiënten in Nederland bij (meer dan 90% van alle Nederlanders, NICTIZ 2018). Het sociaal domein is relevant omdat het een divers en complex samenspel is van zorgaanbieders en overheden.



2. Er is dringende behoefte aan *bruikbare zorgadresinformatie*.

- 2.1 Praktijkervaringen maken duidelijk dat er een grote en groeiende behoefte is aan bruikbare zorgadresinformatie.
- 2.2 De diversiteit in toepassingen is enorm, goede adresinformatie is essentieel maar vaak niet voldoende.
- 2.3 Zorgconsumenten willen vooral meer gemak door digitaal contact.
- 2.4 Zorgprofessionals ervaren dagelijks de belemmeringen van gebrekkige adresinformatie en gesloten systemen.
- 2.5 Praktijkvoorbeelden onderstrepen de urgentie van de problematiek.
- 2.6 Impact op de zorg: kans op fouten, minder tijd voor zorg en niet de beste keuze.

2.1 Praktijkervaringen maken duidelijk dat er een grote en groeiende behoefte is aan bruikbare zorgadresinformatie.

Algehele beeld uit praktijkervaringen is dat er een brede behoefte is aan bruikbare zorgadresinformatie.

- In alle verkeer tussen individuen (consumenten/patiënten, zorgverleners), organisaties en systemen in de zorg is zorgadresinformatie een noodzakelijke randvoorwaarde. Met de verdere veranderingen in het zorglandschap, waaronder verplaatsing en digitalisering, neemt het belang van bruikbare adresinformatie alleen maar toe.
- Sec adresinformatie is bijna nooit voldoende. Het gaat vrijwel altijd om de combinatie van adresgegevens en aanvullende gegevens. Wat dit is, verschilt per toepassing. Een consument wil bijvoorbeeld niet alleen op locatie zoeken maar ook op gecontracteerde zorg. Een specialist wil niet alleen weten waar z'n collega werkt die dezelfde patiënt in behandeling had maar ook hoe en wanneer hij/zij te bereiken is. etc.
- Ondanks de grote variëteit in het aanbod van zorgadresinformatie, waaronder landelijke registers (zie hoofdstuk 3), voorziet dit onvoldoende in de behoefte. De beschikbare adresgegevens zijn meestal alleen voor een specifieke toepassing geschikt en kunnen niet of beperkt worden gebruikt voor andere doeleinden omdat de daarvoor benodigde gegevens niet

opgenomen zijn. Zo biedt bijvoorbeeld het Handelsregister primair gegevens over bedrijfsactiviteiten en niet over medische kwalificaties. Wat ook kan meespelen zijn contractuele beperkingen. De informatie is er wel, maar mag conform afspraken met de leverancier van de applicatie niet voor andere doeleinden gebruikt worden (niet vrij-uitwisselbaar). Dit is bij een groot aantal zorgapplicaties het geval, zoals bijvoorbeeld adresgegevens in een HIS (huisartsinformatiesysteem) of ZIS (ziekenhuisinformatiesysteem) voor mail-of verwissapplicaties.

- Het is tijdrovend en kostbaar om zelf adresinformatie te verzamelen en te beheren. Bij gebrek aan beter wordt inferieure informatie hergebruikt, worden (lokaal) eigen lijstjes samengesteld of wordt gegooglet (wat regelmatig sneller een oplossing biedt dan via de officiële registers).
- Organisaties zijn relatief veel tijd kwijt aan het aanleveren en actueel houden van adresinformatie. Zo moeten startende praktijken bij een groot aantal instanties (dezelfde) adresgegevens aanleveren. En mede door de verplichte aanbestedingssystematiek van gemeenten/inkoopregio's zijn zorgaanbieders veel tijd kwijt aan het verstrekken en actueel houden van adresgegevens aan de verschillende opdrachtgevers. Zo moet een zorgaanbieder die in verschillende regio's werkt dezelfde (adres)gegevens telkens opnieuw aanleveren.

2.2 De diversiteit in toepassingen is enorm, goede adresinformatie is essentieel maar vaak niet voldoende.

Het aantal praktijksituaties waarbij zorgadresinformatie, impliciet of expliciet, een rol speelt is zeer divers. Om een indruk te geven van de enorme variëteit van het speelveld geven we enkele voorbeelden. De gesprekken maken overigens duidelijk dat de grootste urgentie zit op het kunnen delen van informatie, zoals patiëntgegevens tussen zorgverlener en patiënt en tussen zorgprofessionals onderling, zowel in de eerste, tweede- als derdelijnszorg):

- Een **consument/patiënt** die een huisarts in de buurt zoekt; wil weten of een specialist in het verzekерingspakket valt; wil overstappen naar een andere fysiotherapeut; online een afspraak wil plannen met een oogarts; gegevens van zijn wearable automatisch wil delen met een sportarts, wil weten hoe hoog de rekening was van het laatste ziekenhuisbezoek.
- **Zorgprofessionals** die elkaar willen informeren over de opname van een patiënt, overleg willen plegen om diagnose te stellen, patiëntgegevens willen delen, een recept naar een apotheek willen sturen, een patiënt willen verwijzen naar een specialist, een ontslagbrief willen sturen naar de behandelend arts.

- **Zorgconsulenten**, zoals een Wmo- of jeugdconsulent, die een cliënt wil informeren over de keuzeopties, die een cliënt willen aanmelden bij een zorgverlener, die cliëntgegevens wil doorgeven aan de zorgaanbieder die geïnformeerd wil worden over het stoppen van een behandeling, die inzicht wil hebben in de kosten en het resultaat van een behandeling.
- **Inspecties en onderzoeksinstellingen** die de kwaliteit van zorgaanbieders willen monitoren, die de toegankelijkheid van de zorg willen verbeteren, die meerjarig onderzoek doen naar de effecten van zorg.
- **Zorgverzekeraars** die hun verzekerden willen informeren over het zorgaanbod (wettelijke plicht), die declaraties van zorgaanbieders willen verwerken, die fraude in de zorg willen terugbrengen, die kennis willen delen met gecontracteerde zorgaanbieders.
- **Overheden**, zoals gemeenten, die inwoners een passend lokaal aanbod willen bieden betreffende het sociaal domein, die grip willen hebben op de kwaliteit en kosten van deze zorg, die grip willen hebben op de niet-gecontracteerde zorg.

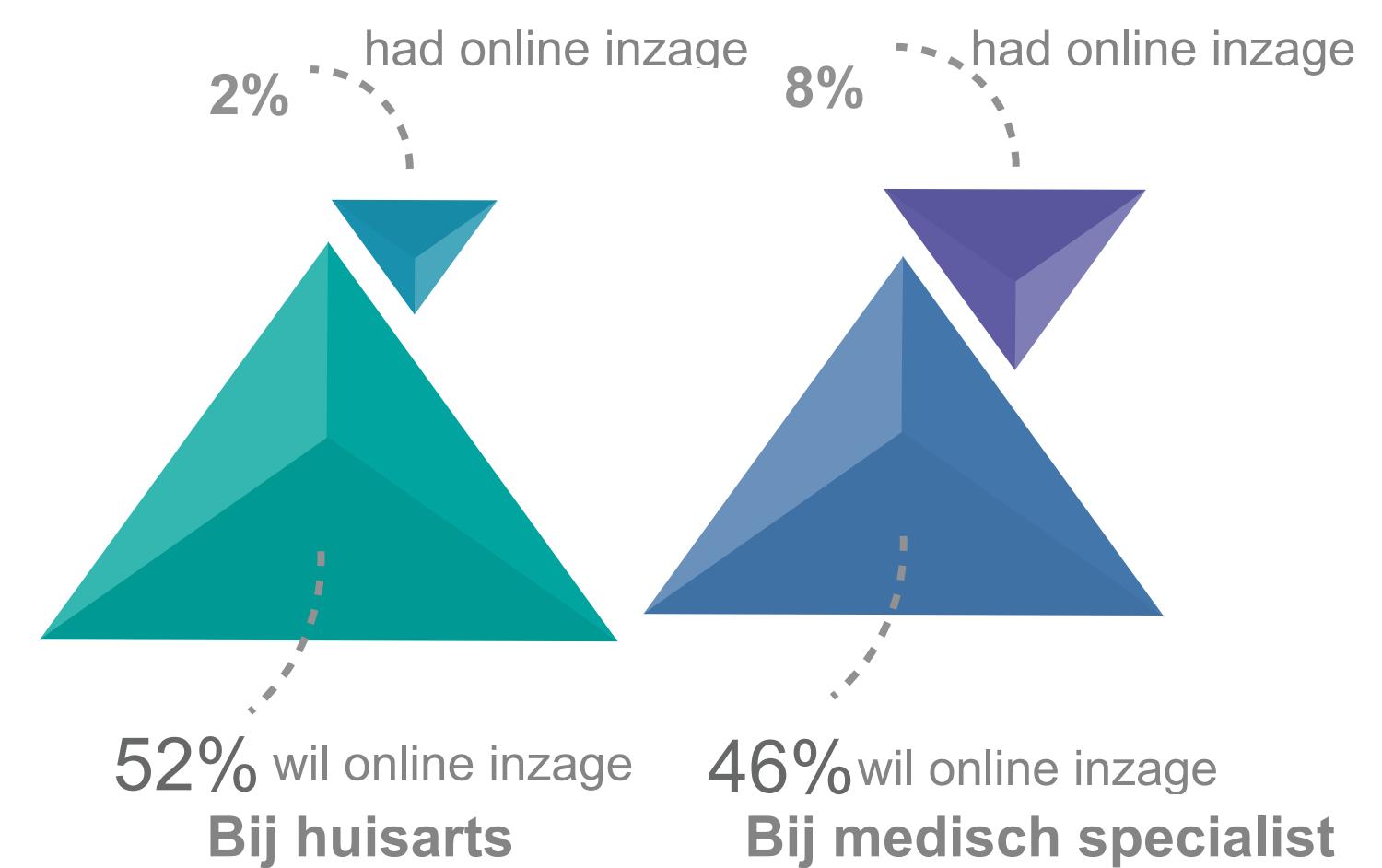
2.3 Zorgconsumenten willen vooral meer gemak door digitaal contact.

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat zorgconsumenten veel interesse hebben in de mogelijkheden die digitalisering biedt. Dit lijkt relevanter dan keuze-informatie over het zorgaanbod. Het aantal patiënten dat hier actief mee bezig is, is beperkt. Bij de keuze van een ziekenhuis is het beeld als volgt:^{*}

Geen keuzemogelijkheid (14%)	bv. al in een zorgproces, acute zorgvraag (geen tijd om een keuze te maken)
Passieve patiënten (29%)	Hechten weinig waarde aan de keuze, wordt bepaald door doorverwijzing van arts, aanbeveling van een familielid
Loyale patiënten (17%)	gaan altijd naar hetzelfde ziekenhuis omdat ze daar een geschiedenis mee hebben
Praktische patiënten (14%)	gaan vooral af op praktische factoren zoals de locatie (dichterbijzijnde)
Checkende patiënten (14%)	gebruiken kwaliteitsinformatie om de kwaliteit van gekozen zorgaanbieder te controleren
Uit-/onderzoekende patiënten (13%)	maken actieve keuze, zijn zich bewust van de kwaliteitsverschillen en gebruiken daarom keuze-informatie

Voor het gros van de Nederlanders bepaalt de huisarts, in overleg met de patiënt, waar (vervolg)onderzoek plaatsvindt.^{*} Daarin speelt mee dat kiezen complex is: de gevolgen van een keuze zijn moeilijk te overzien omdat er veelal geen ervaring is, het zorgaanbod divers is en; er veel informatie is.

Met andere woorden: voor zorgconsumenten is adresinformatie die online toegang mogelijk maken voor e-toepassingen, zoals online inzage of e-consult, het meest relevant.



Bron: eHealth monitor 2018, Nictiz, Nivel

- 71% denkt dat het delen van hun gezondheidsgegevens met artsen hen helpt gezonder te worden
- 50% wil in de toekomst online afspraken kunnen maken voor een bezoek aan een arts, zorgprofessional of ziekenhuis
- 41% van de patiënten die geen virtueel consult hebben gehad, heeft interesse om dat in de toekomst te doen

* Victoor, e.a. (2016)

** Volgens onderzoek van Markteffect (2017) bepaalt de arts dit voor 72% van de Nederlandse patiënten.

2.4 Zorgprofessionals ervaren dagelijks de belemmeringen van gebrekkege adresinformatie en gesloten systemen.

Zorgprofessionals ervaren dubbelwerk en gebrekkege gegevensuitwisseling als gevolg van gebrekkege adresinformatie en gesloten systemen:^{*}

- **Dubbele invoer.** Medisch specialisten en artsen in opleiding besteden gemiddeld twee dagen per week aan administratie. Bijna de helft hiervan wordt als onzinnig beschouwd, zoals bijvoorbeeld dubbele invoer (FMS, 2018). Zorgverleners (Verpleging en Verzorging) besteden gemiddeld ruim 10 uur per week aan administratie (Nivel, 2017).
- **Gebrekkege gegevensuitwisseling.** Het delen van gegevens tussen zorginstellingen is nog altijd erg omslachtig. Zo blijkt uit een onderzoek van het RIVM (2016) onder ongeveer de helft van alle ziekenhuizen dat papier (85%), fax (69%) en mondeling/telefonisch (65%) de meest voorkomende vormen van gegevensuitwisseling zijn, naast beveiligde mail (75%). Dit beeld wordt bevestigd door de gesprekspartners van deze verkenning.

Dit heeft vergaande consequenties. Niet alleen is er minder tijd voor zorg, het kan ook tot fouten leiden in de uitoefening van het vak.

Goede, vrij-uitwisselbare adresgegevens zijn een belangrijke factor bij het verminderen van de administratie lastendruk en om beter, veiliger en sneller informatie te kunnen delen.

Vier op de vijf medisch specialisten vindt dat gebrekkege gegevensuitwisseling de patiëntveiligheid onder druk zet. Vrijwel alle respondenten hebben hinder van ontbrekende gegevens, waarvan meer dan de helft dagelijks. Niet alleen het gevaar voor de patiëntveiligheid werd genoemd, ook dubbele diagnostiek, inefficiënte besteding van tijd en zorgkosten, extra administratieve werkdruk en verminderen van het werkplezier. Bovendien wekt het nogal eens ergernis en onbegrip bij patiënten.

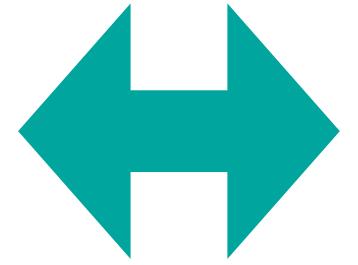
Marcel Daniëls, algemeen voorzitter Federatie Medisch Specialisten en cardioloog, oktober 2019 (www.demedischspecialist.nl)

* Denk bijvoorbeeld aan een e-mailapplicatie of een verwissapplicatie waarvan de adresgegevens alleen gebruikt kunnen worden door gebruikers van de betreffende applicatie.

2.5 Praktijkvoorbeelden onderstrepen de urgentie van de problematiek.

Praktijkvoordeel Zorgcommunicatie huisartsen-specialisten

Huisartsen kunnen geregeld niet meer de behandelaar bereiken voor bijvoorbeeld nieuwe informatie van de patiënten die zij naar het ziekenhuis hebben verwezen totdat de specialist dit aan de huisarts terugkoppelt.



*Te veel uitzoeken,
opzoeken en
rondbellen*

Ziekenhuizen ervaren problemen met het vinden van de juiste huisarts. Zo levert ca. 30% van de ontslagberichten problemen (verkeerd adres of geadresseerde) en leidt tot vertraging in de adressering waardoor de huisarts niet (tijdig) geïnformeerd is.*

Consequente: kans op fouten door onvolledige informatie, onnodige vertraging, dubbel werk, hoge administratieve lasten, het lekken van medische gegevens aan verkeerde (niet-behandelende) zorgaanbieders

Toelichting praktijksituatie

Aansluitend op een verwijzing* van een patiënt door de huisarts** naar een medisch specialist (of paramedicus, of GGZ-behandelaar) moeten deze zorgverleners elkaar eenduidig* kunnen vinden voor uitwisseling van zorgberichten over deze patiënt:

- De huisarts moet tijdens dit traject de behandelend medisch specialist (of paramedicus, of GGZ-behandelaar) kunnen achterhalen, plus het adres*** dat hij moet gebruiken voor berichten.
- De behandelend medisch specialist (of paramedicus, of GGZ-behandelaar) moet de huisarts kunnen achterhalen, plus het adres dat hij moet gebruiken voor berichten.

*Ook bij directe toegang moet men elkaar kunnen vinden

**Iedere (door)verwijzing door een zorgverleger moet ondersteund worden

***Het elektronische adres met berichtversie van zorgaanbieder

Praktijkvoorbeeld Zorgcommunicatie huisartsen-specialisten

Waarom gaat 30 procent fout?

- Er bestaat niet één lijst van zorgaanbieders per categorie (b.v. lijst van huisartspraktijken) met unieke nummering
- Er bestaat geen goede categorisatie van zorgaanbieders*
- De naamgeving van zorgorganisaties is heel verwarrend en suborganisaties worden nergens formeel geregistreerd
- Huisartsen en huisartspraktijken staan op meerdere plaatsen geregistreerd. Er zijn geen afspraken om dit up-to-date te houden
- Er bestaat geen register met elektronische bereikbaarheid (e-mail is maar een onderdeeltje van het probleem) van zorgaanbieders
- De patiënt weet niet wie zijn huisarts is of kiest de verkeerde arts uit de soms wel 10 entries van een huisarts
- Voor medewerkers is verwarrend waaruit te kiezen: de handelsnaam is verwarrend en onduidelijk is of het bezoekadres of het correspondentieadres de juiste keuze is
- Huisartsen zijn verbonden aan verschillende praktijken en locaties waardoor niet duidelijk is wat de juiste locatie is
- Gegevens zijn verouderd, zoals het nieuwe adres of de voormalige praktijk van de arts (oude inschrijvingen is niet verwijderd)
- Berichten zijn niet geadresseerd aan de huisarts (zoals zou moeten) maar aan een ander, zoals de waarnemer, of aan een HAIO of aan de huisartsenpost of juist wel aan een huisarts terwijl dat niet zou moeten (het asielzoekerscentrum in geval van een vluchteling)
- E-mailgegevens van de betreffende huisarts zijn niet bekend
- De applicaties die worden gebruikt voor de selectie van een zorgaanbieder/zorgverlener vergroten de kans op fouten, bijvoorbeeld omdat de juiste entiteit niet direct in beeld komt vanwege de (standaard) sortering of filtering van in het systeem
- Het verzamelen en onderhouden van adresgegevens (contactenlijsten, derdenbestanden) kost te veel tijd en is te versnippeder

*De lijst van Nictiz is een goede aanzet maar niet volledig, Zorgkaart Nederland heeft een categorisatie maar wordt niet formeel beheerd in het kader van andere toepassingen

Praktijkvoorbeeld Zorgcommunicatie huisartsen-specialisten

Wat moet minimaal kunnen volgens de professionals?

- Een **zorgverlener** moet per werksituatie/arbeidsrelatie zijn adres-/contactgegevens eenmalig kunnen registreren en beheren (en dus niet op verschillende plekken dezelfde informatie moeten aanleveren en beheren)
- Een **zorgaanbieder** moet eenmalig zijn adres-/contactgegevens kunnen registreren en beheren (en dus niet op verschillende plekken dezelfde informatie moeten aanleveren en beheren)
- Een **zorgaanbieder** moet zelf per behandelrelatie bijhouden welke zorgverlener het contact is voor bevragers
- Elke **patiënt** met een behandelovereenkomst bij een zorgaanbieder moet beschikken over hoe met zijn/haar (mede)behandelaars contact kan worden opgenomen (patiëntcontactroutes)
- De **ontvangende partij** bij HASP-berichten moet de verzender kunnen identificeren
- Dit moet **landelijk** werken

Welke informatie is hiervoor nodig?

- Alle informatie voor het adresseren en **identificeren** van zorgaanbieders/- en verleners, ofwel wie, wat, waar (fysiek en elektronisch), zie hoofdstuk 4*
- Dit impliceert een verplichting om gegevens uit te wisselen zonder (commerciële) blokkades*

*Adresseren = berichten sturen en/of contact zoeken

* Een voorbeeld van een blokkades dat contactgegevens alleen kunnen worden geraadpleegd en gebruikt wanneer beide partijen dezelfde applicatie gebruiken.

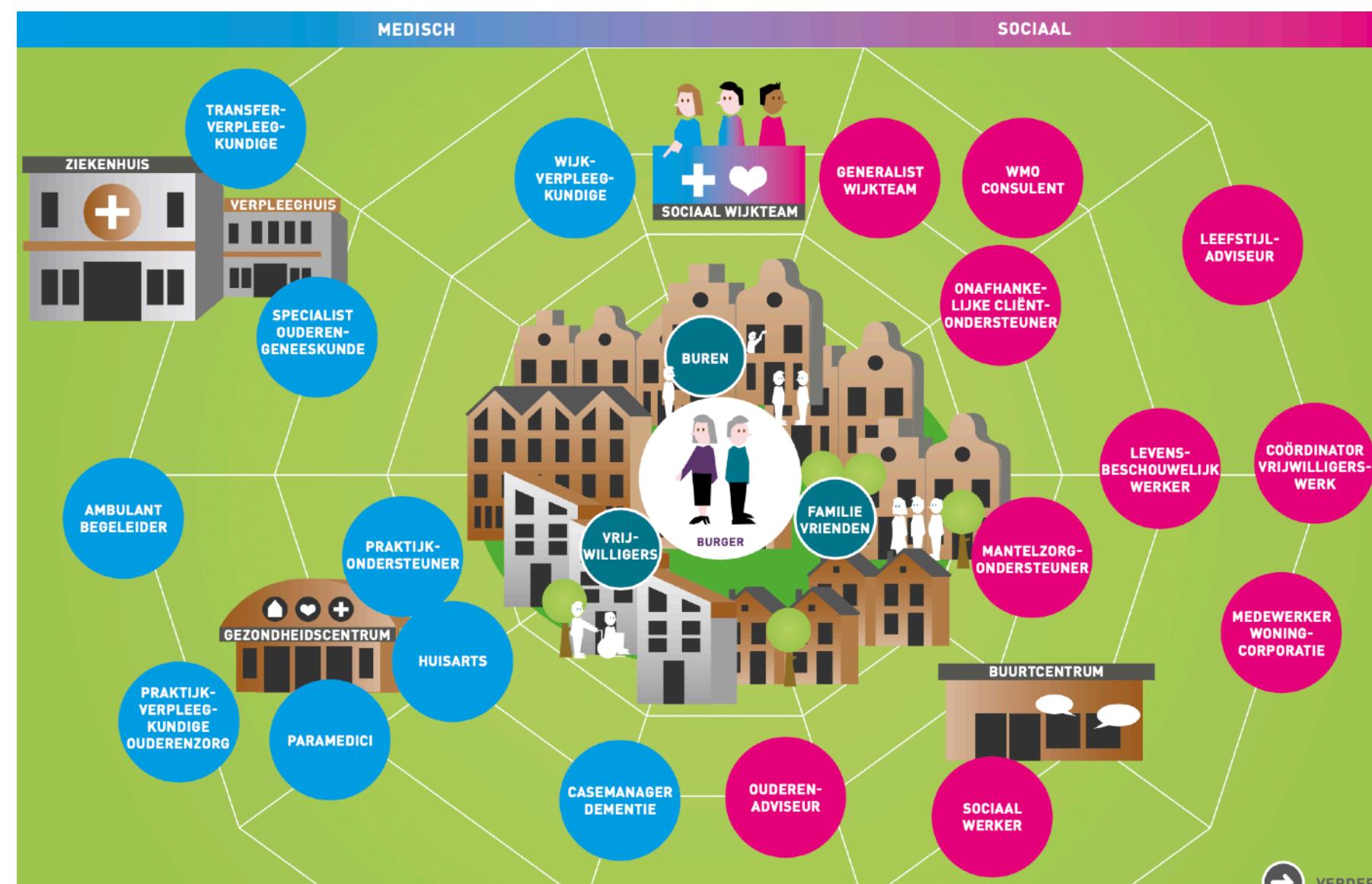
Praktijkvoorbeeld Lokaal aanbod Wmo en Jeugdzorg

Huidige knelpunten

- Burgers hebben beperkt zicht op het beschikbare zorgaanbod door de veelheid aan (incomplete) informatiebronnen en (internet-) portalen en kunnen daardoor geen goede keuzes maken. Zo zijn veelal niet alle zorgaanbieders opgenomen, is er alleen adresinformatie van de hoofdlocatie (en niet de nevenvestiging) en is er geen aanvullende informatie beschikbaar die bij de keuze van een zorgaanbieder relevant is, zoals ervaring, openingstijden, wachtlijsten, eigen bijdrage, etc.
- Daarin speelt mee dat het een zeer breed en divers domein is dat uiteenloopt van sterk specialistische zorg tot buurthuizen en sportverenigingen.
- Zorgprofessionals en -consulenten verliezen veel tijd aan het zoeken van aanbieders en ontberen informatie om tot een goede verwijzing te komen.
- Zorgaanbieders, gemeenten en leveranciers van sociale kaarten hebben hoge administratieve lasten/kosten door de versnippering van informatie. Zorgaanbieders moeten op een groot aantal plekken (verschillende gemeenten en instanties) dezelfde informatie aanleveren. Zo schat een grote

zorgaanbieder in het sociaal domein (>100 locaties) in structureel 1fte nodig te hebben voor het aanleveren van adresgegevens bij de verschillende opdrachtgevers en ketenpartners. En gemeenten voeren in verschillende registraties dezelfde informatie in.

Complicerende factor is de grote diversiteit in het (zorg)aanbod. Het gaat om formele en informele organisaties en activiteiten rond zorg & welzijn, zorg & veiligheid, kinderen en jeugd, werk & inkomen, wonen, sport, sociaal-educatief en cultuur



Praktijkvoorbeeld Lokaal aanbod Wmo en Jeugdzorg

Waarom is de informatie niet beschikbaar?

- **Vrije keuze/geen controle activiteiten/SBI-codes KVK.** Bijvoorbeeld taxibedrijven die geregistreerd staan als algemeen ziekenhuis (want ze doen ziekenvervoer ...); zorggerelateerde bedrijven die niet als zodanig geregistreerd staan bijvoorbeeld omdat ze zijn voortgekomen uit een bedrijf in een andere sector en geen wijziging hebben doorgegeven.
- **Geen gemeenschappelijke taal.** Er worden verschillende definities gehanteerd voor zorgsoorten (jeugdzorg, ouderenzorg, etc.).
- **Veel locaties worden veelal niet of niet goed bijgehouden.** Alleen hoofdlocatie/geen nevenlocaties, virtuele locaties (waar geen zorg plaatsvindt), gevelnaam anders dan handelsnaam
- **Wildgroei aan producten/diensten-catalogi.** Grote verschillen tussen gemeenten/inkoopregio's in producten en diensten (categorisering van het lokaal aanbod), te vaktechnische/niet herkenbaar voor inwoners.
- **Onvoldoende beheer.** Zorgaanbieders/zorgverleners schrijven zich niet uit en blijven dus verbonden aan een locatie/praktijk; praktijken die worden gesloten, blijven in een register, geen/onvoldoende kwaliteitsbewaking.

Wat moet minimaal kunnen volgens de professionals?

Voor de vindbaarheid van de zorg is het essentieel dat er inzicht is in welke zorgaanbieders er zijn (instellingen, locaties, individuele zorgaanbieders), waar de zorg wordt geleverd, welk type zorg wordt geleverd en welke veranderingen in de tijd zich voordoen. Van belang is tevens dat er een 'single point of fact' is, hetgeen wil zeggen dat we allemaal dezelfde informatie gebruiken.

Welke informatie is hiervoor nodig?

- Alle informatie voor het adresseren en identificeren van zorgaanbieders/- en verleners, ofwel wie, wat, waar (fysiek en elektronisch)
- Dit impliceert een verplichting om gegevens uit te wisselen zonder (commerciële) blokkades
- Entiteiten en attributen van het ZAB/VZVZ-datamodel bieden goede basis (zie hoofdstuk 4)

2.6 Impact op de zorg: kans op fouten, minder tijd voor zorg en niet de beste keuze.

Kans op fouten



- Een arts beschikt niet over alle patiëntgegevens (integraal, door de jaren heen) en kan daarom geen goede diagnose stellen of de juiste medicatie voorschrijven. Nog regelmatig worden gegevens per fax of met een dvd per koerier gedeeld
- Door het (noodgedwongen) oertypen van gegevens ontstaan fouten in een patiëntdossier
- Door verkeerde adresinformatie komt de (privacy gevoelige) informatie niet of te laat aan of komt niet op de juiste plek of bij de juiste persoon terecht

Minder tijd voor zorg



- Zorgmedewerkers zijn tot gemiddeld één uur per dag kwijt aan het oertypen van informatie* en typen gegevens gemiddeld 5 tot 7 keer over**
- Artsen/specialisten spenderen (te) veel tijd aan het vinden van een specialist in een ander ziekenhuis voor intercollegiaal overleg en beschikken niet over de middelen om efficiënt overleg te voeren en informatie te delen

Niet de beste keuze



- Zorgconsumenten/patiënten hebben onvoldoende zicht op het zorgaanbod en kunnen daardoor geen goede afweging maken over de keuze van de zorg en ondersteuning die het beste past. Verwijzers komen niet verder dan de zorgaanbieders bij hen in de buurt of in de eigen kaartenbak en verwijzen vaak naar dezelfde aanbieders

* Volgens een inschatting van V&VN (2018), www.venvn.nl

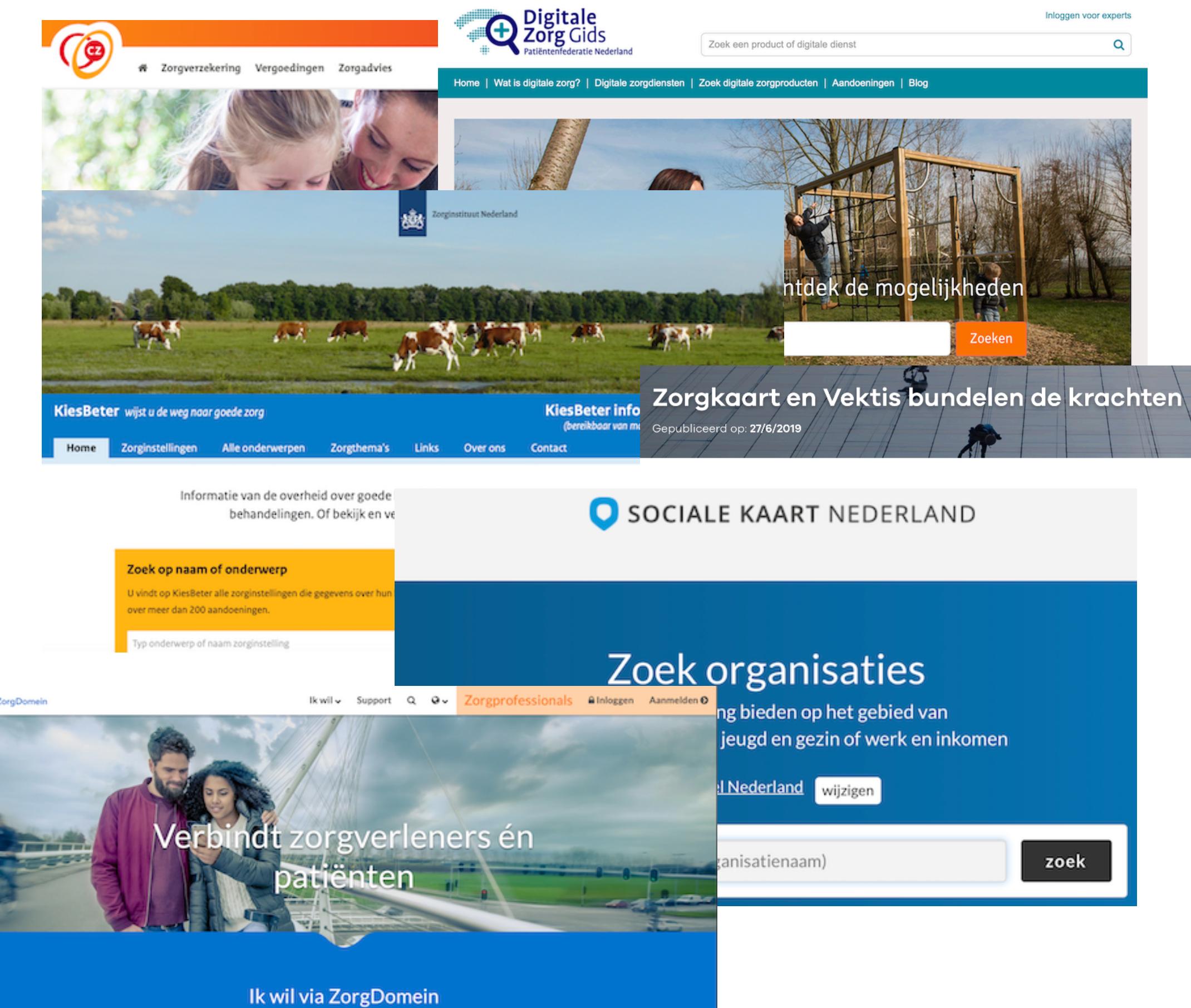
**Volgens onderzoek van V&VN (2019), www.venvn.nl

3. Het huidige aanbod van zorgadresinformatie is te versnippederd en te beperkt.

- 3.1 Op tal van plekken wordt adresinformatie aangeboden; nieuwe, op zichzelf staande initiatieven stapelen zich op.
- 3.2 Landelijke bronnen bieden slechts een deel van de informatie.
- 3.3 Kortom: zorgadresinformatie is versnippederd, beperkt bruikbaar, kost veel tijd...
- 3.4 ...en voldoet niet aan de FAIR-data principes.

3.1 Op tal van plekken wordt adresinformatie aangeboden; nieuwe, op zichzelf staande initiatieven stapelen zich op.

Er is een enorm aanbod aan portalen, applicaties en systemen die (adres)informatie bieden over zorgaanbieders. Deze zijn veelal ontwikkeld voor een specifieke toepassing en/of doelgroep. Voorbeelden zijn de verschillende bedrijfsvoerings- en informatiesystemen, contractmanagementsystemen, CRM-systemen, mailapplicaties, verwissapplicaties, app/messenger-applicaties, sociale kaarten en websites waarop informatie wordt verstrekt over zorgaanbieders. En ook zoekmachines zoals Google worden veel gebruikt. En tegelijk stapelen nieuwe initiatieven zich op. Denk bijvoorbeeld aan nieuwe web-portals voor consumenten en slimme oplossingen voor het delen van patiëntgegevens. Opvallend is dat deze initiatieven veelal los van elkaar ontwikkeld worden. De zorg is georganiseerd in silo's met eigen specialisaties, ambities, legacies (systemen, software) en (digi-) volwassenheid. Daarom wordt vaak gekozen voor een eigen oplossing zodat voldoende aansluiting wordt gevonden met de specifieke behoeftte in het betreffende zorgdomein. Ook voor generieke gegevens, zoals adresinformatie, wordt niet of nauwelijks gebruik gemaakt van bestaande registraties. En deze (lokale) gegevens zijn veelal niet beschikbaar voor andere toepassingen en organisaties.



3.2 Landelijke bronnen bieden slechts een deel van de informatie. (1)

De verschillende landelijke bronnen voor zorgadresinformatie (zie hiernaast) voorzien in een (beperkt) deel van de gewenste informatie, ook wanneer de data uit de verschillende bronnen gecombineerd worden (zie volgende pagina).

De belangrijkste knelpunten die eindgebruikers ervaren zijn:

- **Niet volledig (WIE)**: slechts een deel van de zorgaanbieders en zorgverleners*, geen informatie over elektronische bereikbaarheid
- **Niet volledig (WAAR)**: vaak is alleen de hoofdvestiging bekend (waar soms niet eens zorg plaatsvindt), nevenlocaties worden niet goed bijgehouden, gevelnamen zijn soms anders dan de handelsnaam
- **Niet-consistent (WAT)**: er is geen eenduidig begrippenkader voor zorgsoorten/bronnen hanteren verschillende categorieën
- **Niet actueel**: gegevens lopen altijd achter (soms weken), er is geen/beperkte historie van mutaties; zorgaanbieders/-verleners die zich niet uitschrijven blijven geregistreerd
- **Geen/beperkt beheer**: er vindt niet of nauwelijks controle op de kwaliteit van de data plaats**
- **Niet gebruiksvriendelijk**: (soms) beperkt toegankelijk, beperkte zoekmogelijkheden, geen herkenbare zoektermen

Bron	Gegevens
Handelsregister	Eigenaarschap, ondernemingsvorm, economische activiteit, hoofdvestiging, zorggerelateerde vestigingen
AGB-register	KvK-registratie, WTZi-toelatingen, correspondentiegegevens, bezoekadres, BIG-registratie en/of kwaliteitsregisters/beroepsorganisaties, relaties tussen zorgverleners en zorgaanbieders
BIG-register	Bevoegdheid van zorgverleners uit negen beroepsgroepen (Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg)
UZI-register	Het Unieke Zorgverlener Identificatie (UZI) register maakt de unieke identificatie van (bepaalde) zorgaanbieders en indicatieorganen in het elektronisch verkeer mogelijk
Knooppunt	
LRZa	Gegevensknooppunt (geen register) dat gegevens van 5 bronnen ontsluit: handelsregister, AGB-register, BIG-register en Jaarverantwoording Zorg

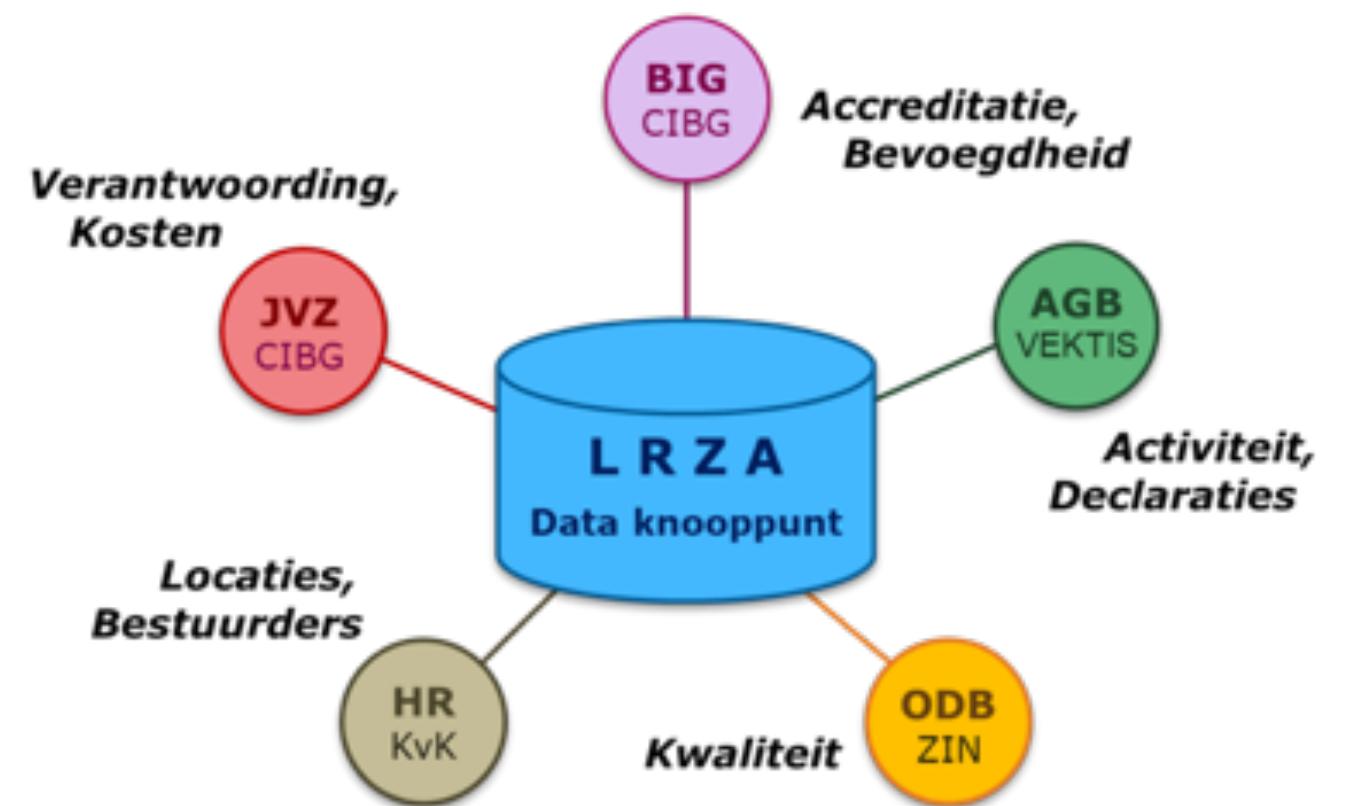
* Voornamelijk de zorginstellingen en zorgverleners met een AGB-code en/of BIG-geregistreerde zorgverleners

** Gevolg is dat zorggerelateerde bedrijven niet als zodanig geregistreerd kunnen staan in het Handelsregister of taxibedrijven die geregistreerd staan als algemeen ziekenhuis (vanwege patiëntenvervoer)

3.2 Landelijke bronnen bieden slechts een deel van de informatie. (2)

Ervaren knelpunten binnen het LRZa

Om voor burgers duidelijk te maken wie, waar, welke zorg verleent en met welke bevoegdheid is het LRZa (Landelijk Register Zorgaanbieders) geïnitieerd. Door gegevens uit verschillende bronnen (zie figuur hiernaast) te combineren, kan het LRZa deze informatie in beginsel voor een groot deel leveren.*



Het CIBG (beheerder LRZa) constateert dat vooral het "WAT" (de zorgsoort) een probleem is omdat er geen geharmoniseerd kader is voor het registreren van de 'typen zorg' en een centrale, onafhankelijke bron.

Het is daardoor niet mogelijk om de verschillende vormen van aanbod in het zorglandschap eenduidig af te bakenen (wanneer spreken we bijvoorbeeld over verpleeghuiszorg?).

Maar ook ten aanzien van het "WIE" en "WAAR" kan afgevraagd worden of de benodigde informatie beschikbaar is als we afgaan op de knelpunten die we in hoofdstuk 2 toegelicht hebben. Er is geen sluitend gedefinieerde opsomming van zorgaanbieders, vestigingen of zorgverleners. En ook wanneer we de verschillende landelijke bronnen combineren beschikken we niet over eenduidige en volledige zorgadresinformatie.

Bronnen leggen vanuit verschillende perspectieven en doelen en op basis van verschillende definities gegevens vast over zorgaanbieders en zorgverleners. Daarbij komt dat de registratie door de zorgaanbieders/-verleners niet altijd goed gebeurt, er bij sommige registers geen actieve controle is op de juistheid van de gegevens en het beheer van de gegevens, waaronder het tijdig doorgeven van wijzigingen door de zorgaanbieder/-verlener een knelpunt is.

3.3 Kortom: zorgadresinformatie is versnijperd, beperkt bruikbaar, kost veel tijd...

Spaghetti van zorgadresinformatie

Hoewel nut en noodzaak van samenwerken en open standaarden breed onderkend worden, is dit nog geen gemeengoed. Systemen waarin adresgegevens geregistreerd en gebruikt worden, werken veelal los van elkaar en zijn niet compatibel.

Gevolg is dat dezelfde adresgegevens op verschillende plekken in verschillende systemen op verschillende wijze worden bijgehouden, zelfs binnen de eigen organisatie. Dan gaat het bijvoorbeeld om een informatiesysteem (zoals HIS, ZIS), verwissapplicatie, declaratiesysteem, mailapplicatie, personeelsinformatiesysteem en allerlei persoonlijke contactlijsten (lokaal opgeslagen).

Daar komt nog bij dat zorgaanbieders en zorgverleners verplicht zijn om bij verschillende partijen adresgegevens aan te leveren, zoals bij de landelijke registers (zie hiervoor), zorgverzekeraars, (andere) contractpartijen, inspecties, etc. Ook dit zijn afzonderlijke registraties die naast elkaar functioneren.

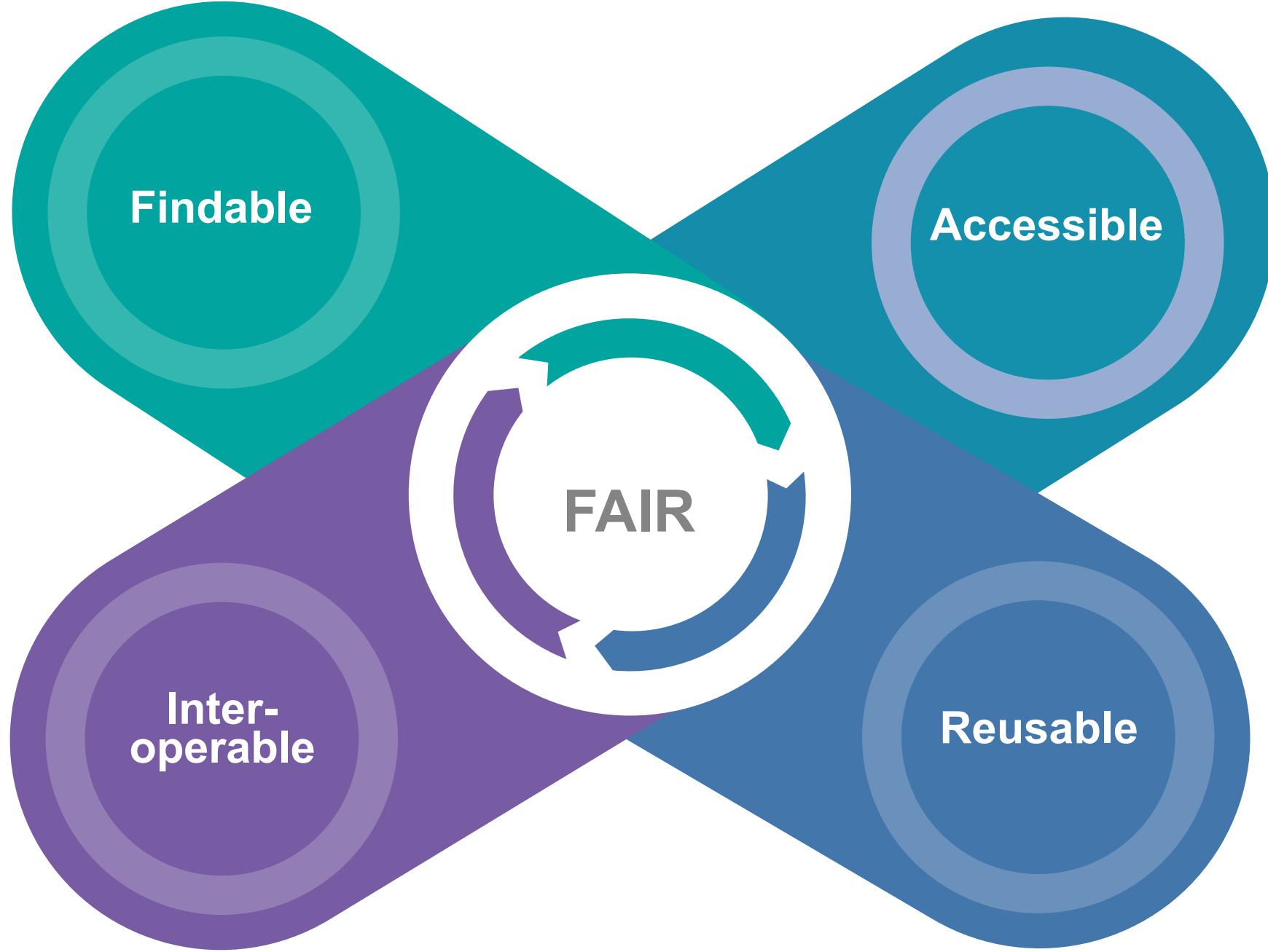
Met andere woorden:

- Op allerlei plekken worden voor verschillende toepassingen adresgegevens gebruikt. Daardoor is de beheerslast (te) hoog en is er geen eenduidig beeld van het WIE, WAT en WAAR van de zorgaanbieders en zorgverleners.
- Dit is bewerkelijk, vergroot de kans op fouten en vraagt veel van gegevensmanagement, het operationeel krijgen en houden van koppelingen tussen systemen en Identity & Access Management (authenticatie, autorisatie en logging).
- En daardoor staat het essentiële verbeteringen in de zorgcommunicatie, zoals het veilig en snel delen van patiëntgegevens, in de weg.

3.4 ...en voldoet niet aan de FAIR-data principes.

- Geen eenduidige vindplaats voor adresgegevens maar een groot aantal plekken (applicaties, internetportalen) met eigen bronnen
- Onvolledige en losstaande gegevens waardoor slechts een deel van de gewenste informatie gevonden wordt
- Geen gemeenschappelijke taal waardoor informatie niet gevonden wordt of kan worden uitgelezen of verkeerd geïnterpreteerd wordt

- Geen technisch en zorghoudelijke standaarden waardoor gegevens niet of niet goed uitgewisseld kunnen worden
- Niet-interoperabele platforms, systemen en (adres)gegevens
- Complexe, onoverzichtelijke point-to-point koppelingen (in plaats van centrale koppelingen)
- Leverancier-specifieke koppelvlakken (in plaats van gestandaardiseerd)



- Zeer bewerkelijk om de gewenste adresinformatie te verkrijgen: noodzakelijke gegevensknooppunten ontbreken die gegevens uit de verschillende bronnen koppelen
- Substantieel deel van (kern)gegevens is afgesloten en alleen tegen betaling beschikbaar (commerciële toepassing)
- Geen standaarden voor identificatie en autorisatie waardoor dit telkens opnieuw moet worden ingericht

- Telkens opnieuw invoeren van gegevens (i.p.v. hergebruiken)
- Kopiëren naar lokaal systemen/de eigen silo's (i.p.v. direct onttrekken uit de bron)
- Lokaal bewerken van data i.p.v. in een gedeelde omgeving

Om fragmentatie van gegevens te voorkomen en datamanagement te verbeteren, zijn de zogenaamde FAIR data principes ontwikkeld. Deze internationale richtlijnen gaan in de kern over het opslaan en beschikbaar stellen van gegevens, zodat zowel mensen als machines data beter kunnen vinden, begrijpen en gebruiken. Wanneer we het huidige landschap van zorgadresinformatie hier tegen afzetten dan constateren wij dat er nog flinke stappen zijn te zetten om hieraan te voldoen.

4. De crux is 1 keer invoeren, vaak gebruiken.

- 4.1 Er is een andere benadering nodig om een doorbraak te forceren: samenwerken vanuit een gemeenschappelijke opgave.
- 4.2 Crux voor een duurzame oplossing is 1 keer invoeren, vaak gebruiken...
- 4.3 ...mogelijk gemaakt door een gemeenschappelijke voorziening voor zorgadresinformatie...
- 4.4 ...die bestaat uit een basisgegevensset van minimaal vereiste gegevens.
- 4.5 Landelijke bronnen bieden een initiële basis om van start te kunnen...
- 4.6 ...maar het valt of staat met de medewerking van de sector en coördinatie op landelijk niveau.

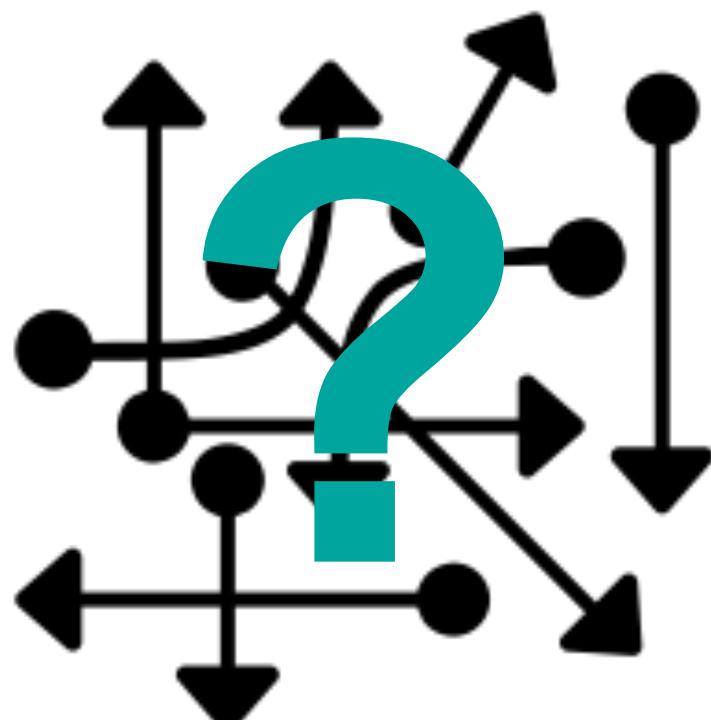
4.1 Er is een andere benadering nodig om een doorbraak te forceren: samenwerken vanuit een gemeenschappelijke opgave.

Huidig landschap is te versnipperd

De huidige situatie met betrekking tot de beschikbaarheid en kwaliteit van zorgadresinformatie heeft grote (negatieve) impact op de zorg. En het leidt tot hoge administratieve lasten. Kortom: serieuze risico's, veel irritatie en hoge kosten.

Door de complexiteit is het huidige zorgadresinformatielandschap inaccuraat, zeer foutgevoelig, niet actueel, te kostbaar en te tijdrovend om op een adequate en zinvolle manier zorgaanbieders te vinden en te bereiken en gegevens te (kunnen) delen.

Fouten ontstaan omdat op meerdere plekken dezelfde gegevens opnieuw, en vaak handmatig, worden ingevoerd. Ook ontbreekt een gemeenschappelijke taal en uniforme werkwijze zodat gegevens gemakkelijker kunnen worden gedeeld, voor zover dat technisch mogelijk is danwel is toegestaan door de (software)leverancier.



Te veel belemmeringen door huidige benadering

Zorgadresinformatie is voor velen een hygiëne factor: het moet gewoon geregd zijn. Tegelijk blijken er in de praktijk allerlei belemmeringen te zijn voor versimpeling van het vraagstuk. Denk bijvoorbeeld aan privacy- en beveiligingsoverwegingen, praktische argumenten (samenwerken kost teveel tijd) en ook commerciële belangen. Ook lijkt een "sense of urgency" te ontbreken: de afzonderlijke systemen bieden voldoende functionaliteit om de dagelijkse werkzaamheden te ondersteunen.*

Het goede nieuws is dat met de huidige stand van de technologie het (technisch gezien) goed mogelijk om het slimmer aan te pakken. Dat veronderstelt anders denken. Het begint met samenwerken vanuit een gemeenschappelijke opgave: "Begin with the end in mind".

Huidige benadering	Noodzakelijke richting
In stand houden van eigen voorzieningen binnen het eigen ecosysteem	Gezamenlijke opgave (alles t.b.v. triple aim van de zorg)
Beschermen van de eigen data(sets)	Gebruik maken van elkaars data
Focus op traditionele dienstverlening en bedrijfsvoering	Inzetten op digitalisering en datafisicatie t.b.v. smart health

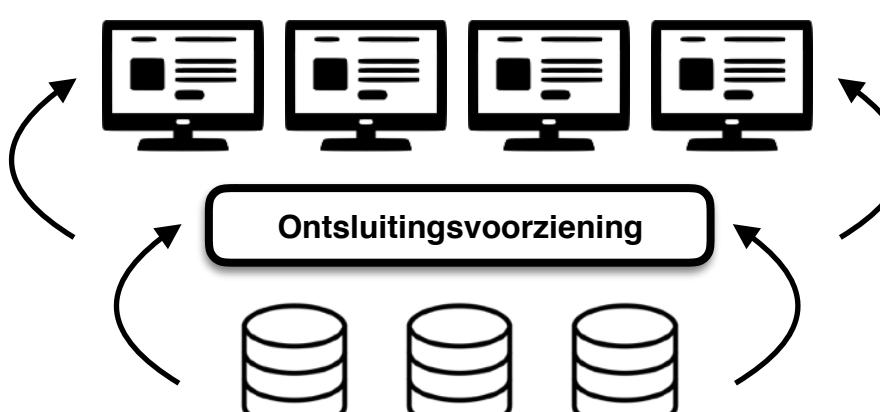
4.2 Crux voor een duurzame oplossing is 1 keer invoeren, vaak gebruiken...

Koppel bronnen los van applicaties

Er is de afgelopen jaren een groot aantal initiatieven gestart om de elektronische gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieder/-verleners te verbeteren. Belangrijke leerervaring is dat deze trajecten onafhankelijk van elkaar richtingen bepaalden, terwijl juist meer samenhang en eenduidigheid nodig zijn om de huidige knelpunten weg te nemen.

In een open, (meer) gestandaardiseerd landschap kunnen actoren elkaar efficiënter en veiliger vinden en bereiken. De essentie van dit landschap is dat bronnen, ontsluitingsvoorzieningen en applicaties van elkaar zijn gescheiden, in plaats van op allerlei plekken dezelfde soort gegevens opslaan en bewerken: 1 keer invoeren dus.* De kracht van eenmalige registratie bij de bron is een sterke verbetering van de betrouwbaarheid (single point of fact), de administratieve lasten (1 keer invoeren) en de interoperabiliteit (door gezamenlijke afspraken). Tevens biedt het meer flexibiliteit doordat verschillende afsprakenstelsels naast elkaar kunnen functioneren.

* 1 keer invoeren betekent dat een bronhouder eenmalig adresgegevens aanlevert. Dat wil overigens niet zeggen dat er 1 register is. Het ligt voor de hand om met meerdere registers te werken, bv. BIG voor kwalificaties, Handelsregister voor locaties, etc. Via de gemeenschappelijke voorziening worden deze gegevens gekoppeld en ontsloten.



Eenmalig vastleggen. Gegevens worden eenmalig vastgelegd in de bron. Dat wil zeggen: data wordt alleen in de bron bewerkt en bewaard en niet gekopieerd en lokaal bewerkt. Bij de geadresseerde aanbieder of verlener ligt de verantwoordelijkheid voor: de kwaliteit van de adresinformatie, het al dan niet gebruiken van een bepaald kanaal (en dus soort adres) en de autorisatie van anderen voor het gebruik van hun adresinformatie.

Open standaarden. Open standaarden zijn afspraken over de specificaties van koppelvlakken, toepassingen, diensten, systemen en netwerken. Door te werken met open standaarden (vrij van licentierechten, leveranciersonafhankelijk) is het breed toegankelijk en kan het worden gebruikt voor uiteenlopende toepassingen. Gebruikers kunnen ook zelf bijdragen aan de doorontwikkeling van de standaard.

Open adresinformatie. Er zijn geen onnodige barrières voor ontsluiting en gebruik van adresinformatie, zolang: aan de autorisatie wordt voldaan, het gebruiksdool past bij het doel waarmee de informatie in de bron wordt beheerd en de privacy is geborgd van individuele verleners van zorg en gezondheid.

Component gebaseerd. Het stelsel is opgebouwd uit losse componenten met afgebakende functionaliteiten en gestandaardiseerde interfaces in plaats van geïntegreerde (silo)systemen.

Privacy en security by design. Uitgangspunt is dat er al vanaf het ontwerp aandacht is voor de technische en organisatorische aspecten van privacy en security.

Principes van een open zorgadresinformatielandschap

4.3 ...mogelijk gemaakt door een gemeenschappelijke voorziening voor zorgadresinformatie...

Zorgadresinformatie als gemeenschappelijke voorziening...*

Door adresinformatie beschikbaar te stellen via een gemeenschappelijke voorziening beschikt ieder (die daartoe bevoegd is) over bruikbare en actuele adresgegevens:

- Via aangesloten registers/applicaties kunnen daartoe geautoriseerde zorgaanbieders en zorgverleners alle gegevens van collega's (zorgaanbieders en zorgverleners) raadplegen.
- Via daartoe aangewezen portalen kunnen zij hun eigen gegevens beheren. Dit kunnen meerdere portalen zijn (elke bron heeft een eigen portaal). Denk bijvoorbeeld aan een portaal voor declaratiegegevens, een portaal voor locatiegegevens, etc.
- Via aangesloten registers/applicaties kunnen andere gebruikers (bijv. patiënten, zorgverzekeraars, indicatieorganen) voor het type gebruiker vrijgegeven gegevens van zorgaanbieders en zorgverleners raadplegen. Voor de zorgsector is dit een aantrekkelijk alternatief omdat zij direct toegang krijgen tot bruikbare adresgegevens (minder uitzoeken en rondbellen); sneller en gemakkelijker gegevens kunnen delen (betere zorg) en minder administratieve rompslomp hebben (eenmalige registratie).

...die gegevens ontleent uit meerdere bronnen

De voorziening ontsluit informatie die is samengesteld uit verschillende bronnen. Voor verschillende entiteiten is het immers opportuun gebruik te maken van bestaande datasets, zoals landelijke registers. Zo kunnen, bijvoorbeeld, gegevens betreffende de bevoegdheid ontleend worden aan het BIG-register. Per type (adres)gegeven moet worden bepaald wat de meest logische bron is in termen van haalbaarheid, kwaliteit, risico's en kosten. De gemeenschappelijke voorziening faciliteert de ontsluiting van adresinformatie door:

- het combineren van gegevens uit verschillende bronnen waardoor enkelvoudige gegevens omgezet worden in bruikbare adresinformatie wordt;
- gegevensvalidatie ten behoeve van de kwaliteit van de gegevens;
- coördinatie op de samenhang tussen afsprakenkader door het stellen van een gemeenschappelijk kader en richtlijnen (minimumvereisten) voor de bronnen en het toezien op de naleving daarvan zodat bronnen gekoppeld kunnen worden.

4.4 ...die bestaat uit een basisgegevensset van minimaal vereiste gegevens.

Stel een basisgegevensset vast

In het programma Registratie aan de bron zijn zorginformatiebouwstenen (zib) ontwikkeld. Een zib beschrijft wat er over een bepaald onderwerp van het zorgproces van de patiënt moet worden vastgelegd. Een zib omvat afspraken over een (medisch) concept, zoals een diagnose of een verrichting. De

Basisgegevensset Zorg, die is gedefinieerd op basis van zibs, is ontwikkeld om goede overdracht van patiëntgegevens praktisch en snel mogelijk te maken. Deze bestaat uit een minimale set van patiëntgegevens die specialisme-, ziektebeeld- en beroeps groep overstijgend relevant is en inmiddels gezien wordt als landelijke standaard.

Naar analogie van de Basisgegevensset Zorg dient een Basisgegevensset Zorgadresinformatie te worden vastgesteld die de (minimaal) benodigde informatie bevat voor het adresseren en identificeren van zorgaanbieders/zorgverleners, ofwel WIE, WAT, WAAR. Minimaal zodat het een uniforme en eenduidige basis biedt van kerngegevens. Deze basisset kan worden verrijkt met aanvullende gegevens voor andere toepassingen.*

Het datamodel van het Zorgaanbiedersadresboek (VZVZ), dat gebaseerd is op de IHE (Integrating the Healthcare Enterprise) Healthcare Provider Directory standaard, biedt een goede basis om de uiteindelijke (minimale) set entiteiten en attributen te bepalen. Het omvat de volgende soort gegevens (zie bijlage .. voor een visuele weergave):

- Identifierende gegevens, bijvoorbeeld UZI-, URA- en BIG-nummers;
- Namens, bijvoorbeeld gevelnamen en wettelijke namen (UZI-namen);
- Adresgegevens, bijvoorbeeld bezoek- en postadressen;
- Contactgegevens, bijvoorbeeld telefoonnummers en e-mailadressen;
- Contactgegevens die voor intercollegiaal gebruik zijn bestemd;
- Gegevens van elektronische diensten zoals LSP-applicaties en MedMij Gegevensdiensten;
- Specialismes van zorgverleners;
- Beschikbaarheidsgegevens van zorgverleners

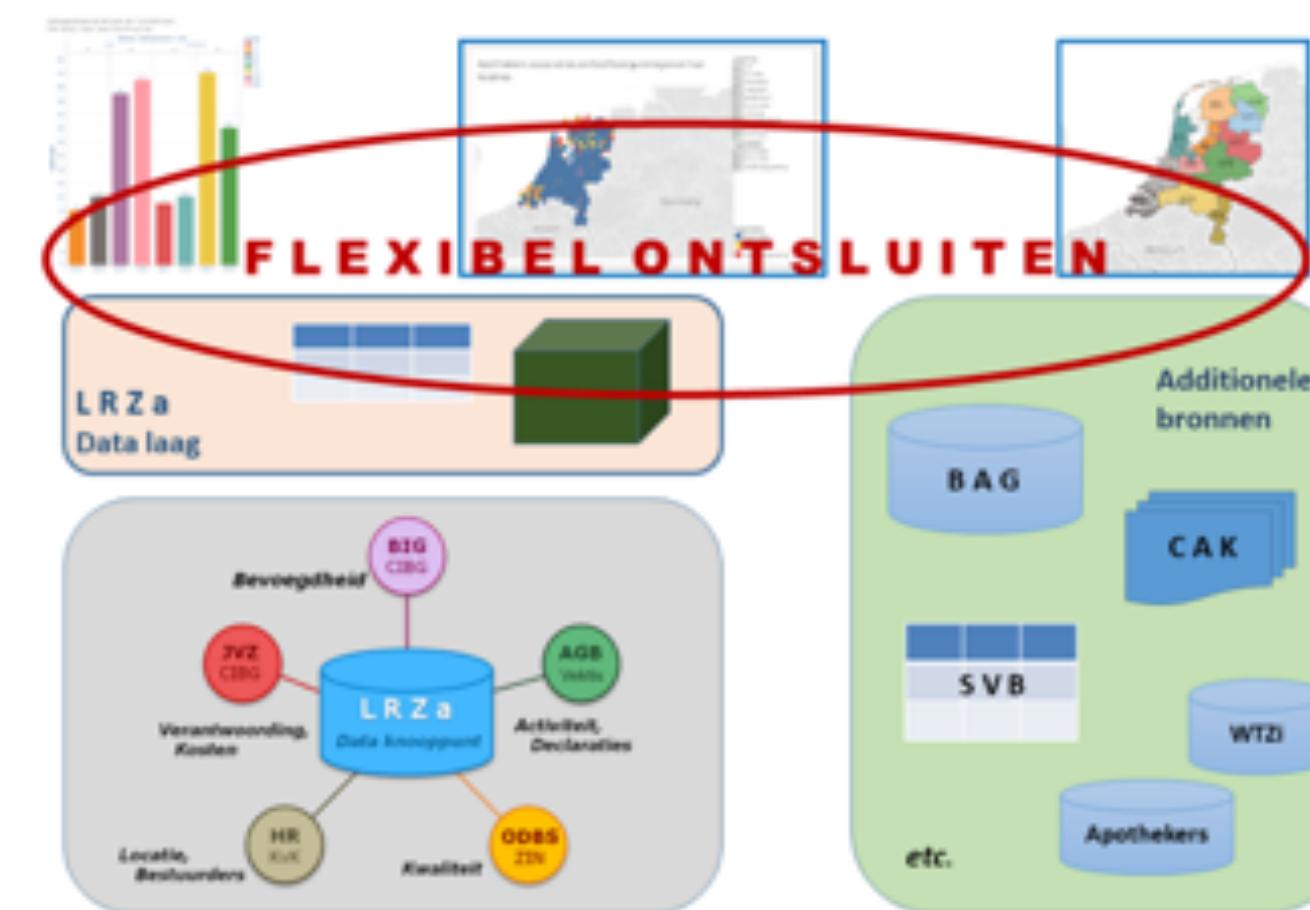
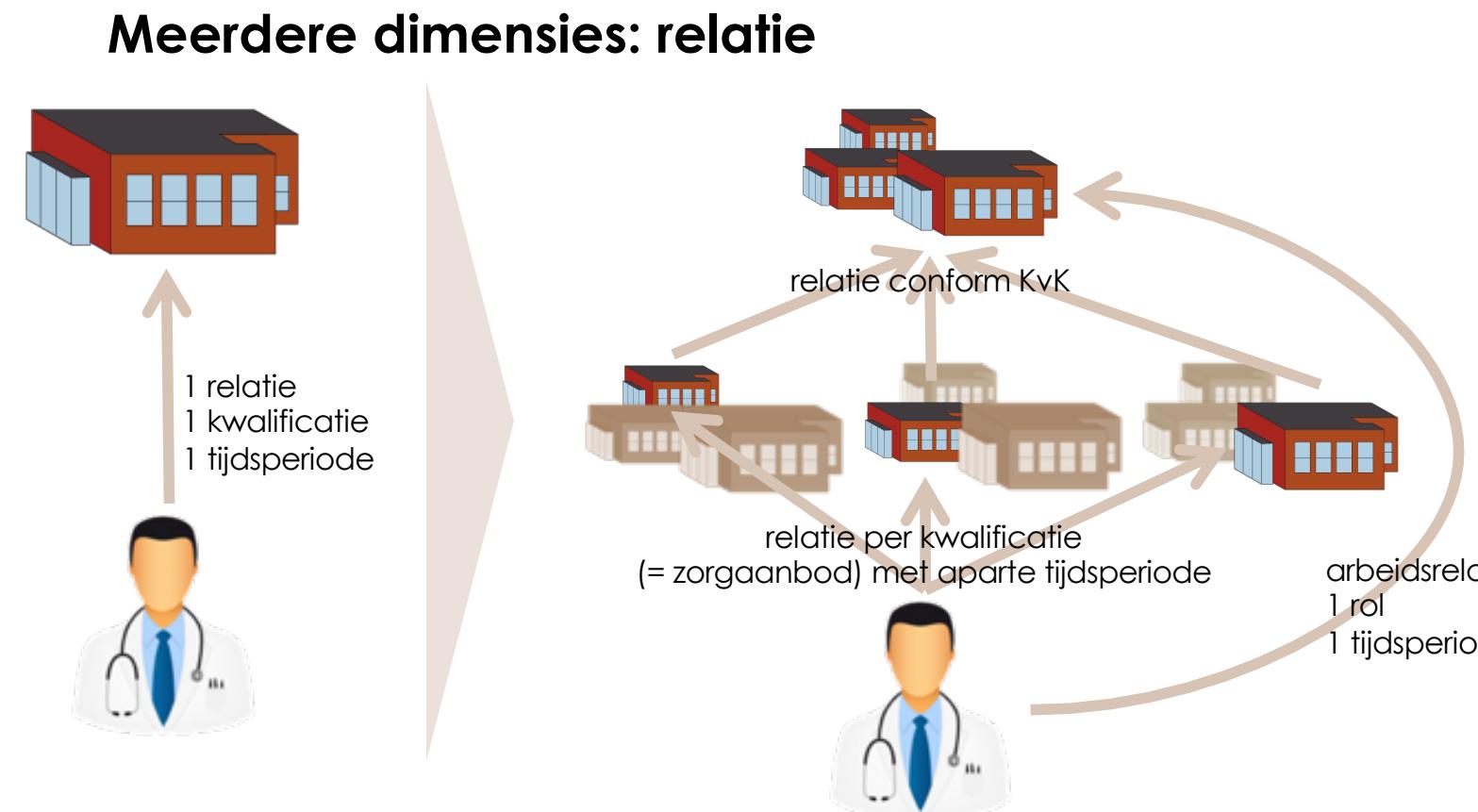
* Denk bijvoorbeeld aan een zorgverzekeraar die naast het wie, wat en waar van zorgaanbieders ook wil opnemen of de aanbieder gecontracteerd is, etc.

4.5 Landelijke bronnen bieden een initiële basis om van start te kunnen gaan....

De landelijke bronnen (Handelsregister, AGB, BIG, UZI) en het knooppunt LRZa bieden al een belangrijk deel van de (minimaal) benodigde gegevens. Door recente vernieuwingen is het potentieel van landelijke bronnen toegenomen:

- **VEKTIS.** Het AGB-register is uitgebreid tot AGB-nieuw waardoor er beter inzicht in (de relatie tussen) onderneming, vestiging en zorgverlener, erkenningen en historie van de data mogelijk is.

- **VZVZ.** Er is een Zorgaanbiedersadresboek (ZAB) ontwikkeld dat, naast noodzakelijke contactinformatie, technische informatie bevat om computers en applicaties met elkaar te verbinden.
- **CIBG, ZIN.** Recent (september 2019) is gestart met de doorontwikkeling van het LRZa gericht op twee resultaten: 1. toevoeging van een geharmoniseerde gegevenselement ‘type zorg’ (het “wat”) en; 2. realisatie van een datalaag t.b.v. flexibele ontsluiting voor beantwoording van de ‘WIE, WAT, WAAR’-vraag .



4.6 ...maar het valt of staat met de medewerking van de sector en coördinatie op landelijk niveau.

Datakwaliteit moet lokaal geborgd zijn

Uitgangspunt is eenmalige registratie bij de bron.* De geadresseerde zorgaanbieder/-verlener is verantwoordelijk voor zijn/haar eigen gegevens. Om de kwaliteit van de gegevens te borgen, is het van belang dat begrippen helder en eenduidig gedefinieerd zijn, duidelijk is wat waar geregistreerd wordt en er, waar nodig, toegankelijke portalen zijn om de data in te voeren.

Belangrijk is dat gegevens actueel zijn en niet vervuild raken. Een gevalideerd datamodel en de juiste technische oplossingen zijn noodzakelijk maar niet voldoende. Een goede architectuur impliceert dat op allerlei facetten van een organisatie goede afspraken zijn gemaakt (Nictiz), 2018), het organisatiebeleid en de zorgprocessen in het bijzonder. De juiste incentives zijn hierbij essentieel. Het moet voor zorgverleners voldoende aantrekkelijk zijn om mee te werken. Zoals aangegeven biedt een gemeenschappelijke voorziening voor zorgadresinformatie voldoende "win" te bieden: eenmalige invoer, het gemakkelijk en snel kunnen vinden en bereiken van andere zorgverleners en het sneller kunnen invoeren van nieuwe (digitale) toepassingen.

Coördinatie en sturing op landelijk niveau

Er ligt een grote opgave om de huidige versnippering van het zorgadreslandschap te stroomlijnen. Dit vereist stevige regie en voldoende middelen om het proces naar een gemeenschappelijke voorziening te initiëren, aan te jagen en door te ontwikkelen. Bovendien kent de zorgsector een grote verscheidenheid in applicaties, systemen en infrastructuren. Door de complexiteit en diversiteit van de zorg zal dit ook wel zo blijven. Om de kwaliteit, de interoperabiliteit en de betrouwbaarheid en veiligheid van de gegevens te borgen, dienen landelijke richtlijnen te worden opgesteld (afsprakenstelsel). Zorgadresinformatie staat daarin niet op zichzelf. Voor verschillende toepassingen geldt de noodzaak tot gedeelde, gemeenschappelijke afspraken. Voor de duurzaamheid van het stelsel en de (noodzakelijke) is het van belang dat er in samenhang met andere toepassingen kaders en richtlijnen worden opgesteld.

5. Drie stappen om dit te bereiken.

5.1 Ga aan de slag met het veld, leer van de praktijkervaringen en schaal dan op met een verbeterde oplossing.

5.2 Kies een aantal proeftuinen om ervaring op te doen met verschillende toepassingen in verschillende domeinen.

5.3 En werk in multidisciplinaire teams in sprints aan een gezamenlijke oplossing.

5.1 Ga aan de slag met het veld, leer van praktijkervaringen en schaal dan op met een verbeterde oplossing.

Deze verkenning maakt duidelijk dat er stevige knelpunten zijn op het gebied van zorgadresinformatie en dat dit ook een vertragend effect heeft op andere initiatieven, zoals gegevensuitwisseling en e-health toepassingen. Veel van de gesprekspartners van deze verkenning onderstrepen dan ook het belang om dit taaie thema zo snel mogelijk een impuls te geven. Immers: de puzzelstukken liggen klaar, het is nu vooral zaak de puzzel te gaan leggen.

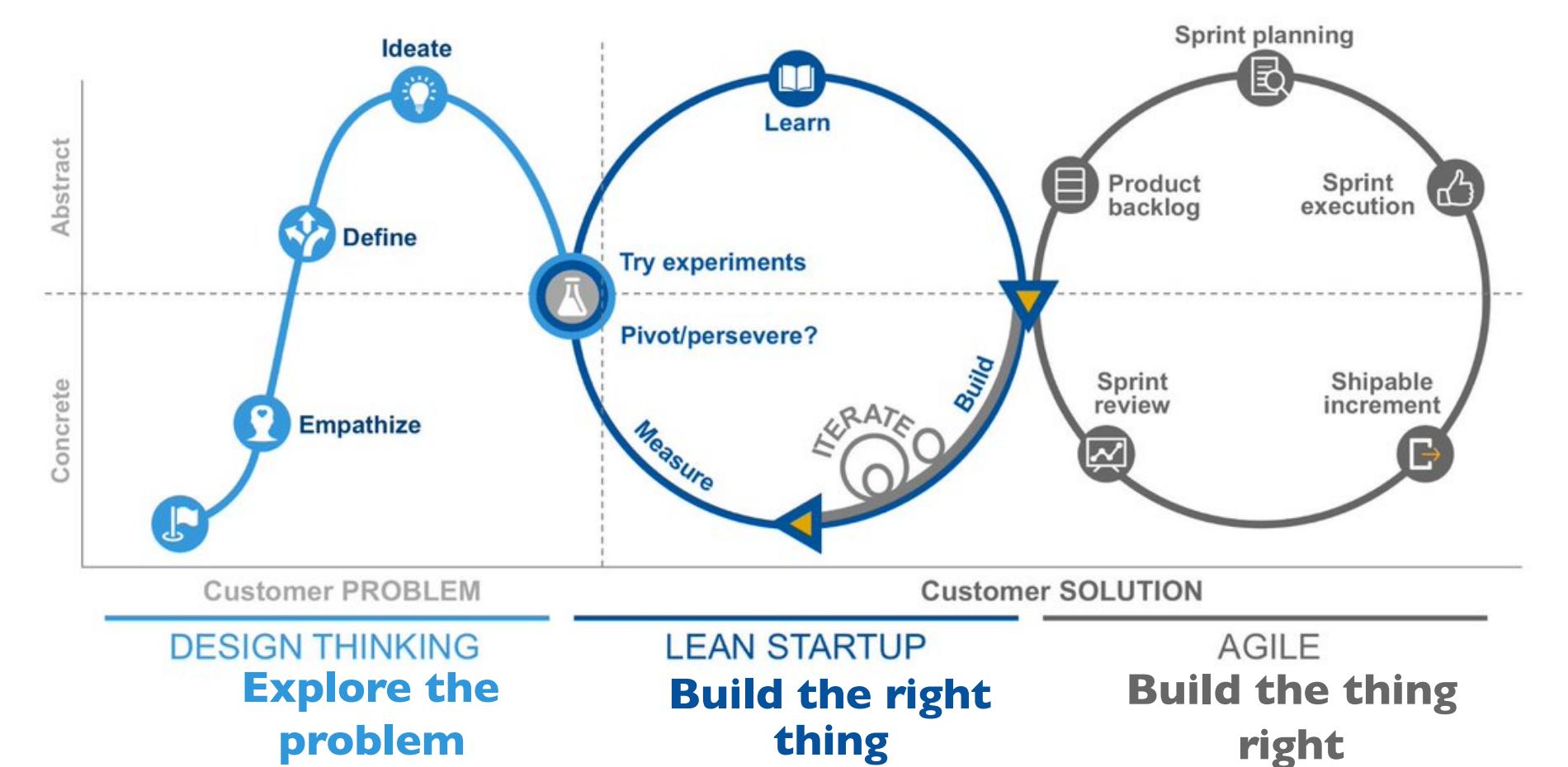
Advies is om direct ervaring op te doen met een *minimum viable product* van een gemeenschappelijke voorziening en die te testen en door te ontwikkelen met het veld, om de volgende redenen:

- Er zijn grote verschillen tussen zorgdomeinen. Denk bijvoorbeeld aan de specifieke behoeften (use cases), de belangrijkste partners met wie in de keten wordt samengewerkt, de applicaties en systemen die worden gebruikt en de digivolwassenheid van organisaties. Door met het veld aan de slag te gaan kan direct waardevolle feedback worden opgehaald tijdens de ontwikkeling van een initiële oplossing.

*Wellicht is het een te grote stap om vanuit de huidige versnipperde situatie direct over te stappen naar 1 gemeenschappelijke voorziening en is het realistischer om een tussenstap te te zetten met een aantal (zorgdomein- of doelgroepspecifieke) voorzieningen.

Het succes van een duurzaam en open zorgadresinformatielandschap valt of staat met de medewerking van de zorgaanbieders en zorgverleners. Het is onbegonnen werk om op een centraal punt (alle) adresinformatie in te voeren en te beheren. Door stakeholders vanuit verschillende domeinen te betrekken, wordt duidelijk wat nodig is om tot een succesvolle oplossing te komen en ontstaat draagvlak.

Op basis van de leerervaringen kan een besluit worden genomen over de definitieve specificaties van de gemeenschappelijke voorziening, eventuele tussenstappen om er te komen*, de governance en randvoorwaarden en de te nemen stappen voor doorontwikkeling en uitvoering.



5.2 Kies een aantal proeftuinen om ervaring op te doen met verschillende toepassingen in verschillende domeinen.

Belangrijk voor de praktijkervaring is om in korte tijd zo veel mogelijk te leren.

Wij stellen daarom voor om een aantal proeftuinen te selecteren voor het vervolgtraject. Houd bij de keuze van de proeftuinen rekening met de volgende aspecten:

- Maatschappelijke relevantie en mate van urgentie.
- Voldoende differentiatie (use cases, doelgroepen), zodat verschillende toepassingen van zorgadresinformatie voor verschillende eindgebruikers aan bod komen.
- Relevantie voor andere zorgdomeinen.
- Coalitions of the willing/bereidheid om mee te werken.
- Quickwins: domeinen waar al initiatieven gestart zijn.

Doel van deze proeftuinen is om per zorgdomein vast te stellen wat (exact) de benodigde gegevens zijn (toetsen en verrijken van het datamodel van VZVZ), wat de beste bronnen zijn, wat nodig is voor ontsluiting en beheer en wat de randvoorwaarden zijn om het werkend te krijgen en duurzaam in te richten.

Enkele suggesties voor proeftuinen*

- Zorgcommunicatie huisartsen-specialisten
Use case: Aansluitend op een verwijzing van een patiënt door de huisarts naar een medisch specialist (of paramedicus, of GGZ-behandelaar) moeten deze zorgverleners elkaar eenduidig* kunnen vinden voor uitwisseling van zorgberichten over deze patiënt
- Lokaal aanbod Wmo en jeugdzorg
Het eenduidig kunnen vinden van zorgaanbieders (wie, wat, waar) in het sociaal domein voor uiteenlopende toepassingen
- Kwaliteit van de verpleeghuiszorg (reeds gestart)
Het eenduidig kunnen vinden van zorgaanbieders in de verpleeghuiszorg om te voorzien in een zo goed mogelijke informatievoorziening over de implementatie van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg.

*In het kader van deze verkenning zijn enkele vertegenwoordigers bijeengekomen om de knelpunten, behoeften en oplossingen te verkennen; enkele leveranciers van sociale kaarten hebben het initiatief genomen om mogelijke samenwerking te verkennen; het CIBG en ZIN zijn recent gestart met een doorontwikkeling van het LRZa, mede naar aanleiding van de knelpunten rond kwaliteitsinformatie van de verpleeghuiszorg.

5.3 En werk in multidisciplinaire teams in sprints aan een gezamenlijke oplossing.

De oplossing vraagt een integrale benadering. We adviseren daarom te werken met een multidisciplinair teams met in elk geval (vertegenwoordigers van) eindgebruikers en experts op het gebied van datamanagement, architectuur, informatieveiligheid en human resources.

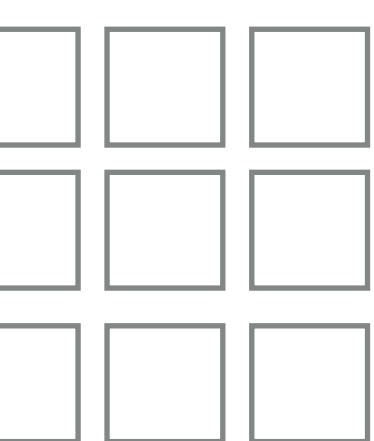
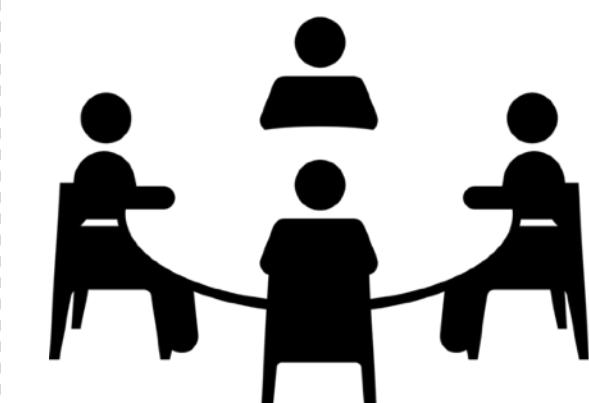
Verder is het belangrijk om direct bij te kunnen sturen op basis van voortschrijdend inzicht. We adviseren daarom een SCRUM-aanpak:

- 3 rollen: scrumteam (zelforganiserend multidisciplinair team), product owner (opdrachtgever) en scrum master (procesmanager/facilitator)
- korte iteraties (sprints) van 6-8 weken
- scrumproces: kick off, planning per sprint, voortgangsgesprekken (stand ups), review, retrospective

Voor een goede samenhang tussen de 3 proeftuinen en om de verschillende leerervaringen en oplossingen samen te brengen, stellen we voor om een overkoepelend proces in te richten, aangestuurd door een kerngroep van vertegenwoordigers van het Informatieberaad Zorg.

1. Gezamenlijke kick off

Presentatie proeftuinen, opdracht, proces en randvoorwaarden vaststellen



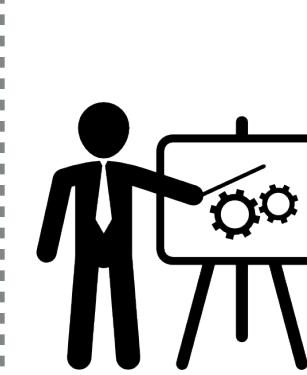
2. Uitvoering proeftuinen

Planning en uitvoering activiteiten door elk team



3. Terugkoppeling

De 3 teams presenteren de resultaten en reflecteren op elkaars output



4. Integraal advies en besluitvorming

Opstellen integraal advies o.b.v. resultaten proeftuinen, besluitvorming m.b.t. koers opschaling en realisatie



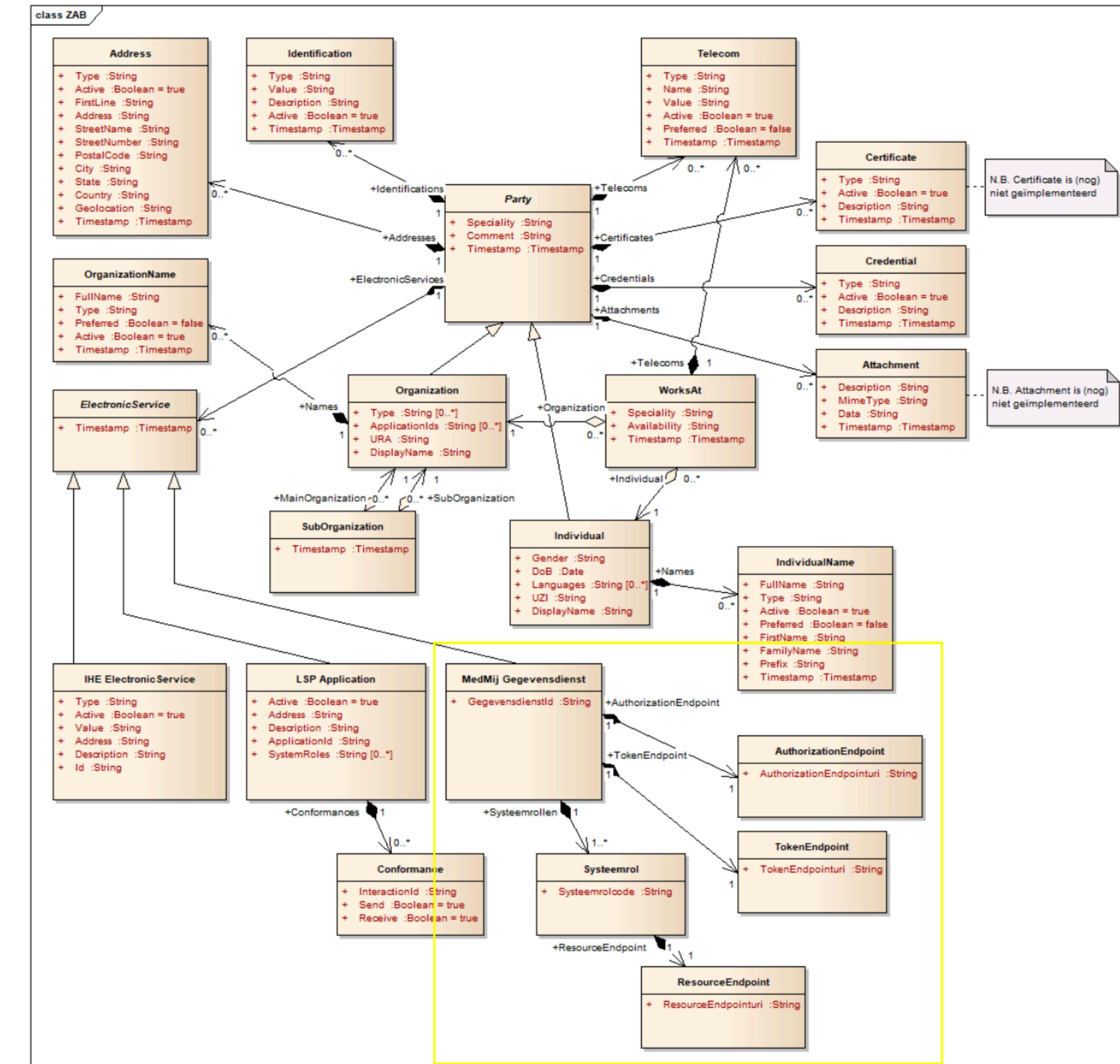
Bijlagen

1. Datamodel ZorgAanbiedersAdresBoek (ZAB) VZVZ
2. Gesprekspartners

Bijlage 1. Datamodel ZorgaanbiedersAdresBoek (ZAB) VZVZ

Het datamodel kent de volgende entiteiten:

Party, Organization, Individual, OrganizationName, IndividualName, Address, Telecom, Identification, IHE ElectronicService, LSP Application, Conformance, MedMij Gegevensdienst, AuthorizationEndpoint, TokenEndpoint, Systeemrol, ResourceEndpoint, Certificate, Credential, Attachment, SubOrganization, WorksAt



Bijlage 2. Gesprekspartners

- Alrijne Ziekenhuis, Lisette Wien (teamleider Centraal Afsprakenbureau),
Florianne van Kempen (teamleider zorgadministratie)
- Amerpoort, Maria van Rooijen, Karin van Rooijen, Marieke van Dommele
(zorgconsulenten)
- Bravis Ziekenhuis, Milan Tjioe (CIO)
- CIBG, Harry Goossens (productmanager LRZa)
- Elkander, Kees Jan Domissie (directeur)
- Espria Ledenvereniging, Klaas Punselie
- FourICT, Richard van Leeuwe
- GGD-GHOR Nederland, Maaike Verwer, Jan-Willem van Aalst
- I-care ketencommunicatie (thuiszorg), Dennis Snippert (product owner)
- Isatis Care, Vincent Hoitink (Sociale kaart Nederland)
- Landelijk Netwerk Acute Zorg, Arold Reusken (hoofd bureau)
- Koninklijke Bibliotheek, Maaike Toonen
- Mediquest, Jeroen Homberg, Bas Evers
- MedMij, Paul Oude Luttighuis (werkgroep ZAI-stelsel)
- MEE Rotterdam Rijnmond, Jan Wapenaar,
- Milesahead, Sergej Middendorp
- NHG, Carinke Buiting
- NVZ, Ingrid van Es (senior beleidsadviseur)
- Ontzorgopmaat Eerstelijnsmanagement, Ilse Verheul, Carmen Kroger
- Patiëntenfederatie Nederland, Titia Lekkerkerk, manager producten/diensten
- Patient Journey Lab, Ilonka Coenraad
- Radboud UMC (CIO)
- Regio Rivierenland, Ellis van Hal (regionaal contractmanager)
- SDU, David Jonckheer
- Steunwijzer, Tom Spitters (directeur)
- Stichting NUTS, Tim Franssen
- Vektis, Marcel de Rouw (productmanager AGB-register)
- VZVZ, Reggie de Jong, Marcel Settels
- Zorginstituut Nederland, Johan Ebbers, Olivia van Eenennaam Pauline de Heer, Rene Hietkamp, Eva Marquarita
- Zaanstad, Tom Uelman (strategisch adviseur informatievoorziening)