



Interopera...watte?

Herken je de volgende situatie? Op de spoedeisende hulp (SEH) zie je mevrouw Peters van 72 jaar, uitgebreid bekend in een naburig gelegen ziekenhuis, maar nu naar jou verwezen. Via Zorgdomein ontvang je een overdracht, als PDF geüpload in het ziekenhuisinformatiesysteem. Patiënte heeft geheugenproblemen en kan haar voorgeschiedenis en medicijnen niet goed vertellen. Jij kan haar gegevens uit het andere ziekenhuis niet inzien. Om haar goed te helpen vraag je per fax informatie op. Oftewel: je belt het andere ziekenhuis, wordt doorverbonden met de poli, vraagt om de gegevens, laat het toestemmingsformulier door patiënte ondertekenen en faxt dit, waarna je een fax ontvangt met de noodzakelijke gegevens van jouw patiënte. Deze laat je inscannen door het secretariaat, of je doet het zelf. De belangrijkste gegevens typ je over in het dossier. **Jij denkt: “dit móet toch minder omslachtig kunnen in 2020?!”**.

Door de Corona crisis is er meer aandacht en prioriteit voor digitalisering in de zorg. Het gebruik van beeldbellen, e-consulten en het op afstand meten van vitale waarden is sterk gegroeid. Maar het hierboven geschetste probleem is nog niet opgelost. Om werkelijk een grote slag te slaan naar betere zorg, efficiënter en veiliger, met minder administratielast en meer werkplezier, moet nu doorgepakt worden op adequate gegevensuitwisseling in de zorg, oftewel interoperabiliteit.

Interoperabiliteit is de mogelijkheid tot het uitwisselen van informatie, het gebruiken van de uitgewisselde informatie én het communiceren tussen verschillende informatiesystemen of softwareapplicaties. Dit zou betekenen dat bijvoorbeeld medicatie of allergieën vastgelegd in een elektronisch patiëntendossier (EPD) in het ziekenhuis ook uitgewisseld kunnen worden met een huisartseninformatiesysteem (HIS). Klinkt niet erg ingewikkeld, maar hoe komt het dan dat er in de praktijk nog steeds gefaxt moet worden? Waarom lukt het de partijen in de gezondheidszorg nog niet om tot interoperabele systemen te komen? In dit artikel wordt uitgelegd wat ervoor nodig is om tot een interoperabel systeem te komen, waarom dat er nu (nog) niet is, en wat jij als zorgverlener kan doen om dit proces te versnellen.

Een stukje geschiedenis

Al sinds we in de zorg met computers zijn gaan werken hopen veel zorgverleners op de mogelijkheid van het landelijk delen van medische gegevens. Echter, het voorstel van Edith Schippers om medische gegevens uit te wisselen door middel van een landelijk schakelpunt is in 2011 gestrand in de Eerste Kamer, o.a. in verband met zorgen om de privacy en veiligheid van patiëntgegevens (1). Om interoperabiliteit mogelijk te maken moest de ontwikkeling vanuit ‘het veld’ komen, aldus de Eerste Kamer. Dit zou de kans vergroten op eenduidige dossiervoering. Wel waren zij van mening dat het de taak van de overheid is om hier wettelijke regelgeving voor te ontwikkelen. Zo moesten er normen en standaarden komen voor onder andere dossiervorming,



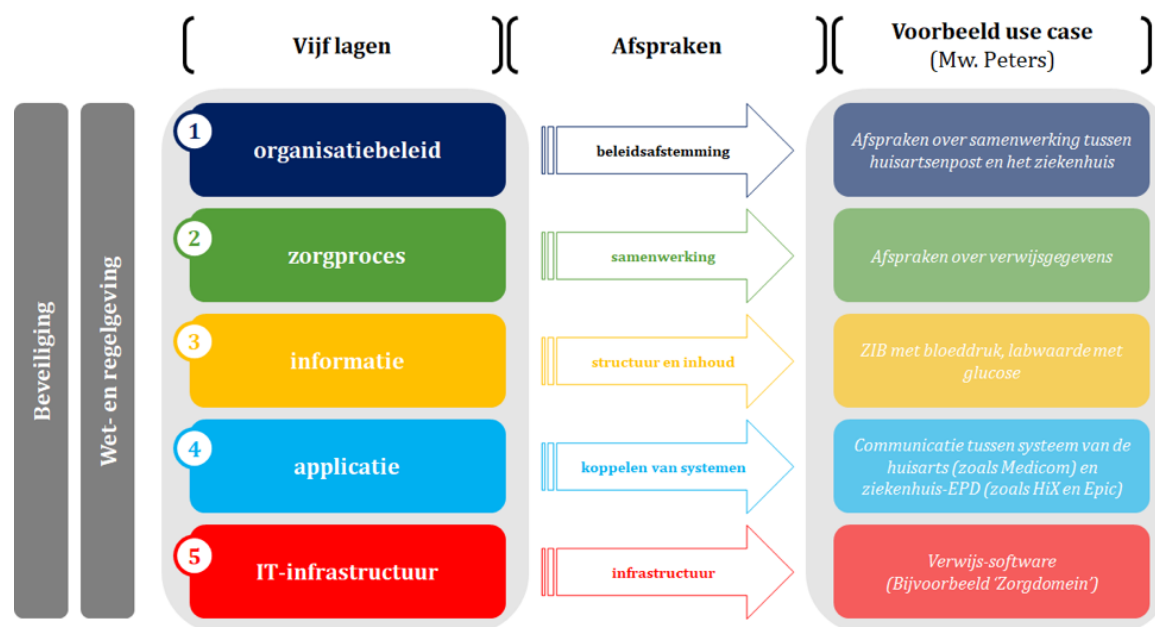
overdracht van gegevens, veiligheid van het dossier, inzage van het dossier door patiënt zelf en het veilig transporteren van gegevens tussen zorgverleners. Acht jaar later is er veel gebeurd op het gebied van interoperabiliteit, maar in de praktijk is het nog altijd niet mogelijk het dossier van een naburig ziekenhuis in te zien. Oftewel, we merken er nog niet veel van in de praktijk. Daarom heeft minister Bruno Bruins eind 2018 meer regie gepakt, wat gelukkig weer positieve ontwikkelingen teweeg heeft gebracht. Er gloort weer hoop aan de horizon.

Een stukje theorie: Het vijf-lagen-model en eenheid van taal

Wat is er nodig om gegevens uit te kunnen wisselen? Nictiz, het expertisecentrum voor e-health, heeft een bekend vijf-lagen-model doorontwikkeld welke inzichtelijk maakt wat er nodig is voor het doorvoeren van een ICT-project (lees: gegevensuitwisseling in de zorg), zowel technisch als organisatorisch. Ook moeten er afspraken worden gemaakt over de taal en coderingen die worden gebruikt, zodat systemen gegevens ook als zodanig herkennen en kunnen uitwisselen. Dit wordt 'eenheid van taal' genoemd.

Vijf-lagen-model

De kern van het vijf-lagen-model is dat er vijf niveaus zijn die allen essentieel zijn voor het slagen van ICT-projecten: organisatiebeleid, zorgproces, informatie, applicatie en IT-infrastructuur (zie figuur 1). Voor het succesvol invoeren van ICT-oplossingen in de praktijk moeten voor elke laag afspraken gemaakt worden waar iedereen zich in kan vinden. Daarnaast moeten er overkoepelende afspraken worden gemaakt op het gebied van beveiliging en wet- en regelgeving. Deze afspraken zijn een randvoorwaarde voor interoperabiliteit.



Figuur 1: vijf-lagen-model

Bron: gebaseerd op figuren van Nictiz en Registratie aan de Bron



Vijf-lagen-model in de praktijk

De afspraken moeten per 'use case' gemaakt worden. Een use case is een specifieke situatie uit de praktijk waar de informatie-uitwisseling tussen systemen voor bedoeld is. Een voorbeeld van een use case is het insturen van een patiënt door een huisarts naar de SEH:

Mw. Peters is gecollabeerd en bezoekt de huisartsenpost. Bij lichamelijk onderzoek worden onder andere de vitale parameters gemeten en een glucosewaarde bepaald. De huisarts besluit haar door te sturen naar het ziekenhuis. De verwijsbrief, waar alle gegevens in staan, wordt elektronisch verzonden.

Als we dit voorbeeld bekijken aan de hand van het vijf-lagen-model, moeten er op alle lagen afspraken worden gemaakt voor gegevensuitwisseling. Dit zou er als volgt uit kunnen zien:

1. **Organisatiebeleid** – afspraken tussen huisartsen in de regio en het ziekenhuis: hoe de verantwoordelijkheden zijn gedefinieerd.
2. **Zorgproces** – welke gegevens de huisarts wil overdragen aan de specialist en op welke manier. Bijvoorbeeld medische voorgeschiedenis, huidige medicatie en allergieën.
3. **Informatie** – de daadwerkelijke gegevens die de huisarts wil doorsturen. Om interoperabel te werken is het belangrijk dat beide systemen dezelfde informatiestandaard gebruiken én dat informatie gestandaardiseerd vastgelegd wordt (via ZIB's).
4. **Applicatie** – bovengenoemde informatie van de huisarts moet verwerkt worden op de juiste plek in het HIS en het EPD. Een voorbeeld kan zijn dat de bij de huisartsenpost gedane metingen (bloeddruk, glucose, etc.) ook in het EPD bij metingen komen te staan, zodat geen gegevens worden overgetypt. Hiervoor moeten overeenkomende standaarden voor gegevensuitwisseling worden gebruikt, zoals HL7v3 of FHIR.
5. **IT-infrastructuur** – dit noemt men ook wel 'harde IT', zoals een goed functionerend netwerk waarop zowel de huisartsenpost en het ziekenhuis zijn aangesloten (Zorgmail), uitwisseling van beelden (XDS), of de aansluiting op het Landelijk Schakelpunt (LSP) voor uitwisseling van o.a. medicatiegegevens.

Eenheid van taal

Een noodzakelijke ontwikkeling om gegevens te kunnen uitwisselen is 'Eenheid van Taal'. Hierdoor is het mogelijk om gegevens van een codering te koppelen waardoor deze worden herkend en verwerkt door verschillende zorginformatiesystemen. *Snomed* is een terminologiestandaard met verschillende internationale medische termen die naar het Nederlands zijn vertaald. Deze termen en codes worden gebruikt binnen de zorginformatiebouwstenen (ZIB's). De ZIB 'bloeddruk' bevat bijvoorbeeld vooraf gedefinieerde informatie over de bloeddruk: tijdstip, wijze van de meting (automatisch, handmatig) en door wie het gemeten is. Een zorgverlener voert de bloeddruk op de juiste plek in. De applicatie koppelt hier vervolgens de juiste coderingen aan, zodat de getallen in elk ander systeem ook als bloeddruk herkend worden en overgenomen kunnen worden. Door op een gestandaardiseerde manier vast te leggen kunnen zorgverleners in hun eigen vaktaal blijven werken, maar wordt dit nu ook begrepen door computers. Ook kunnen gegevens hergebruikt worden, bijvoorbeeld voor wetenschappelijk onderzoek, kwaliteitsregistraties en facturatie. Het niet meer hoeven overtypen, nazoeken of dubbel invoeren betekent een aanzienlijke afname van de administratielast.



Uitdagingen

Hoewel het vijf-lagen-model van Nictiz helder aangeeft wat er op elk gebied moet gebeuren, duurt de ontwikkeling lang en merkt de gemiddelde zorgverlener hier in de kliniek weinig van. Waar lopen we in de ontwikkeling dan tegen aan?

1. Regie ontbreekt

Hoewel elke use case uniek is, zijn in bijna alle gevallen een aantal gemeenschappelijke voorzieningen nodig zoals authenticatie (wie komt er bij gegevens), logging (zodat de patiënt kan zien wie er bij de gegevens is geweest), een adresboek (zodat je weet naar wie informatie gestuurd kan worden), en een register waarin staat of een patiënt toestemming heeft gegeven voor uitwisseling. Hiervoor ontbrak lange tijd de centrale regie, maar sinds 2018 heeft minister Bruno Bruins dit uitgebreider opgepakt. Hij schrijft in zijn kamerbrieven uit 2018 en 2019 dat hij de uitwisseling van gegevens wil versnellen en daarvoor 400 miljoen euro vrijmaakt (2,3,4). Hierbij is een roadmap gemaakt met dertien use cases die met prioriteit gedigitaliseerd moeten worden (zoals ambulance overdracht, beelduitwisseling tussen ziekenhuizen en digitaal receptenverkeer). Verder is regie nodig op de financiering van opschaling van succesvolle (regionale) projecten en hoe om te gaan met huidige EPD-contracten waarin de eisen van de minister niet zijn meegenomen.

2. Informatiebeveiliging en privacy

Wanneer gesproken wordt over interoperabiliteit, komen direct vragen over informatiebeveiliging en privacy naar voren. Ook op dit gebied zijn belangrijke ontwikkelingen gaande en wordt wet- en regelgeving gemaakt en aangepast. Zo wordt opnieuw gekeken naar wetgeving waarbij is uitgegaan van gespecificeerde toestemming van patiënten over het uitwisselen van hun zorggegevens vooraf. Bij gespecificeerde toestemming wordt de toestemming per vraagstuk verleend, en zou er een situatie ontstaan waarbij een patiënt 160 verschillende toestemmingsmogelijkheden heeft. Hierdoor lopen we het risico dat door de complexiteit de kwaliteit van zorg in het gedrang komt. Er wordt gekeken of dit systeem vervangen kan worden door een stelsel waarin de patiënt via inzagerecht de gegevensuitwisseling kan controleren. Hiervoor dient een systeem te worden ontwikkeld waarbij er een unieke digitale identificatie van zorgverleners aanwezig is en wordt vastgelegd (logging) (5,6).

3. Te weinig betrokkenheid zorgverleners

“Technisch is alles mogelijk, het is een organisatorisch probleem” aldus meerdere ICT-experts in de zorg. Dit betekent dat alle soorten gegevens uit de onderste drie lagen uit figuur 1 (informatie, applicatie en ICT-infrastructuur) uit te wisselen zijn. Of dit nou tekst, beelden of getallen betreft. Echter, tot nu toe zijn zorgprofessionals relatief weinig betrokken geweest bij discussies over interoperabiliteit en standaarden. Terwijl voor implementatie in de dagelijkse praktijk en adoptie door gebruikers juist deze zorgprofessionals hard nodig zijn. Bij de ontwikkeling van informatiestandaarden zou de behoefte aan bepaalde functionaliteit en gebruiksgemak vanuit de



zorgprofessional voorop mogen staan, in plaats van dat de ICT-functionaliteit als uitgangspunt wordt genomen.

Hoe nu verder?

Om uiteindelijk tot interoperabiliteit te komen moeten we klein beginnen. Laten we starten met het uitwisselen van de meest relevante, levensreddende zaken, waarmee de patiëntveiligheid direct wordt verbeterd. Mét oog voor privacy, mét duidelijkheid over wie verantwoordelijk is voor de juiste data. Vanuit daar kunnen we verder uitbouwen, stap voor stap. Informatieberaad Zorg heeft dit al in gang gezet door het maken van een Roadmap: er zijn 13 voorstellen uitgekozen die in aanmerking komen voor versnelde digitalisering (3).

Wie is er vervolgens aan zet? Wij allemaal! Zorgverleners, zorgbestuurders, ICT-leveranciers, zorgverzekeraars, overheid en alle andere zorgpartijen moeten samenwerken om afspraken te maken, te ontwikkelen, en gezamenlijk antwoorden te formuleren op de nog openstaande vraagstukken. Interoperabiliteit verdient een plek hoog op de agenda, want effectieve gegevensuitwisseling is een voorwaarde voor kwalitatief hoogwaardige zorg, draagt bij aan de patiëntveiligheid en zou kunnen leiden tot een vermindering van de administratielast.

Wat is de rol van de (jonge) zorgverlener?

*Hoe zou jouw dag eruitzien als je direct beschikking hebt over alle relevante informatie van jouw patiënt? **Realiseer je dan nu: het kán.*** Voor goede en nuttige interoperabiliteit is het belangrijk dat, juist nu de ontwikkelingen snel gaan, zorgverleners meepraten en betrokken zijn. De zorgverleners uit 'het veld' weten goed waar de behoeftes liggen. Het is een risico als de ICT-functionaliteit het uitgangspunt vormt zonder dat de zorgverlener actief betrokken wordt. Leg je dus niet bij de huidige situatie neer, maar praat mee en denk mee. Kijk in jouw werkomgeving welke ontwikkelingen er al plaatsvinden en hoe je hierop invloed kan uitoefenen. Vraag de Raad van Bestuur om hier prioriteit aan te geven.

En, ook wij moeten ons gedrag veranderen... Laat waar mogelijk het vrije tekstveld los en noteer gegevens op de juiste plaats in het EPD zodat er overdraagbare ZIB's van gemaakt kunnen worden. Dit vraagt om aanpassing van de zorgverlener, maar daar staat wel de mogelijkheid van betere gegevensuitwisseling tegenover. Kortom, hou een open mindset en wees flexibel met wat de toekomst brengt (vast wéér een EPD-update met bijscholing). Het is nodig om vooruit te komen. Wees een ambassadeur voor verandering!

Het is tijd om de zorg naar de 21e eeuw te verplaatsen. #whatthefax



Bronnenlijst

1. [Motie-Tan \(PvdA\) c.s. over het beëindigen van de ontwikkeling van het Landelijk Schakelpunt \(EK 31.466, X\)](#)
2. [Kamerstukken 2018-2019, 27 529, nr. 166](#)
3. [Kamerstukken 2018-2019, 27 529, nr. 183](#)
4. [Kamerstukken 2018-2019, 27 529, nr. 189](#)
5. [Kamerstukken 2018-2019, 27 529, nr. 192, blg-903663](#)
6. [Kamerstukken 2018-2019, 27 529, nr. 193](#)

Wat kun je zelf doen?

1. De stem van de zorgverlener laten horen
2. Nagaan of er afspraken zijn waar jij gegevens moet opslaan/invullen
3. Laat waar mogelijk het vrije tekstveld los, zodat data in de toekomst beter kunnen worden uitgewisseld
4. Aansturen op regionale afspraken, bijvoorbeeld voor digitale medicatie overdrachten
5. Ga na of er projecten lopen in jouw ziekenhuis of zorginstelling
6. Start een verbeterinitiatief
7. Nodig een ICT'er uit om mee te kijken bij jouw werkprocessen
8. Blijf vragen stellen waarom processen lopen zoals ze lopen (en wat je nog faxt)
9. Informeer jezelf en praat mee op relevante events, zoals:
 - o [Zorg & ICT beurs](#)
 - o [Events van Nictiz](#)
10. Volg een module van de [Master Health Informatics](#), zoals [“eenmalige registratie, meervoudig gebruik”](#)

Over de auteurs

Werkgroep Zorg 2025 bestaat uit diverse jonge zorgverleners (medisch specialisten in opleiding, (ziekenhuis)apothekers, huisartsen, klinisch chemici, specialisten ouderengeneeskunde, technisch geneeskundigen) die zich naast hun baan inzetten om de gezondheidszorg in de toekomst betaalbaar, toegankelijk en kwalitatief hoogstaand te houden waarbij de kwaliteit van zorg voor de patiënt centraal blijft staan.

Wij geven ook interactieve **workshops**, nl. de workshops Interoperabiliteit & Het levensgroot verandermanagement spel. Meer informatie over de werkgroep is te vinden op www.wz2025.nl

Ben jij een jonge zorgverlener met visie en interesse in deelname aan de werkgroep? Neem contact met ons op via de website!



'Samen op weg naar een kwalitatieve, efficiënte en doelmatige gezondheidszorg in 2025'