



Effecten en baten gebruik zorginfrastructuur



Colofon

Dit rapport is tot stand gekomen onder toezicht van de Raad van Bestuur van VZVZ.

De klankbordgroep die de totstandkoming begeleidde bestond uit:

Rob de Back (VZVZ)

Arthur Eyck (InEen)

Peter Jansen (ZN)

Tosca Noorlander (KNMP)

Stefan Visscher (LHV)

Tekst en redactie: Alf Zwilling (VZVZ)

Vormgeving: VZVZ

Den Haag, januari 2018

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt worden in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch of door fotokopieën, opname, of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van VZVZ en bronvermelding.

VZVZ heeft veel aandacht besteed aan de juistheid en de volledigheid van de informatie in deze uitgave. Toch kan het voorkomen dat informatie verouderd of incorrect is. Er kunnen derhalve geen rechten aan de inhoud worden ontleend.

Copyright © 2018 Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie (VZVZ), Den Haag

Effecten en baten gebruik zorginfrastructuur

Inhoudsopgave

1 Voorwoord	6
2 Opzet	7
3 Managementsamenvatting	8
4 Randvoorwaarden	9
4.1 Juridisch kader voor een systeem voor elektronische gegevensuitwisseling in de zorg	9
4.2 Nut en noodzaak van elektronische uitwisseling van medische gegevens	10
5 Volumeontwikkeling	13
5.1 Gegevensuitwisseling wie-met-wie	13
5.2 Aansluitingen	13
5.3 Toestemmingen en BSN's	14
5.4 Toestemming bij huisartsen	15
5.5 Ontwikkeling in gebruik en opvragingen	16
5.6 Succesvolle opvraging	17
5.7 Gebruik ziekenhuizen	19
5.8 Technisch OK	20
5.9 Bezoekers raadplegen portaal	21
5.10 Kosten in relatie tot volume gebruik	21
6 Gebruikservaringen	23
6.1 Inleiding	23
6.2 Literatuuronderzoek	23
6.3 Veldonderzoek	24
6.4 Kwantitatief onderzoek	25
6.5 Kwalitatief onderzoek	26
6.6 Patiënten	30



7	Verbetermogelijkheden	32
7.1	Huisartsen	32
7.2	HAP	32
7.3	Apothekers	33
7.4	Ziekenhuizen	33
7.5	Patiënt	34
8	Externe ontwikkelingen	36
8.1	PROVES	37
8.2	MedMij	37
8.3	GTS	37
8.4	ZAB	37
8.5	ZORG-ID	37
8.6	Vertaalservice	38
8.7	Medicatieproces	38
8.8	Ketenzorg	38
8.9	Koppeltaal	38
9	Verantwoording	39
	Bijlage A: Afkortingen	42

Het uitwisselen van medische gegevens is van alle tijden. Met de komst van het Landelijk Schakelpunt en VZVZ is een betrouwbare en robuuste basisinfrastructuur in de eerste lijn gegroeid die aantoonbaar voldoet aan alle wet- en regelgeving. Na vijf jaar moet vastgesteld worden dat van de initiële aannames vooral de uitwisseling van medicatiegegevens aan de verwachtingen van de initiatiefnemers heeft voldaan. Wekelijks worden ruim een miljoen berichten met medische gegevens en in totaal ongeveer zes miljoen berichten uitgewisseld. Ruim 12 miljoen burgers hebben daar toestemming voor gegeven. Professionele samenvattingen van huisartsendossiers zijn in mindere mate beschikbaar. Geautoriseerde zorgverleners mogen gegevens uit de huisartsen- en medicatiedossiers alleen opvragen wanneer dat nodig is voor de behandeling van hun patiënt.

De dynamiek in de zorgsector blijkt iets anders te zijn dan vijf jaar geleden werd voorzien. Daardoor komen andere voorgenomen voorzieningen nu ook op gang. Met name de aansluiting op het Landelijk Schakelpunt van ziekenhuizen en andere medisch specialistische zorginstellingen en de inzage door de patiënt beginnen nu vorm te krijgen.

De basis is gelegd. Nieuwe toetreders melden zich, nieuwe toepassingen dienen zich aan. Ook de aansluiting op/met andere infrastructurele oplossingen krijgt vorm. Met andere woorden het door VZVZ tegemoet komen aan wensen rond nieuwe digitale uitwisselvormen, dan wel een duurzame zorginfrastructuur, is mogelijk dankzij de goed functionerende basisinfrastructuur in de eerste lijn.

Het Landelijk Schakelpunt is daarbij een van de hoekstenen van de duurzame zorginfrastructuur in opbouw. Nieuwe landelijke (zorg)initiatieven en wetgeving kunnen daardoor wellicht sneller gerealiseerd worden.

Zorgaanbieders hebben in de afgelopen vijf jaar op verschillende tijdstippen het Landelijk Schakelpunt in gebruik genomen. Daardoor zijn er grote verschillen in gebruik waar te nemen. Uit alle bevestigingen die in het kader van het onderzoek naar de effecten en baten zijn gedaan blijkt dat wanneer het gebruik is ingebed in het reguliere zorgproces van de zorgverleners aan de basisvoorziening is voldaan. En dat nu echte toegevoegde waarde op het gebied van veiligheid, kwaliteit en doelmatigheid kan worden geleverd. Zij dragen regelmatig ideeën aan om het gebruik verder te verbeteren en uit te breiden.

De sectoren in de zorg hebben ieder hun eigen behoeftes voor de uitwisseling met de eigen collega's binnen hun sector. Tegelijkertijd klinkt in steeds toenemende mate de roep om een landelijk platform voor transsectorale uitwisseling; gegevensuitwisseling binnen en buiten de eigen beroepsgroep, in en tussen eerste en tweede lijn. In de sectoren is veelal de blik gericht op VZVZ om daar ondersteuning aan te bieden.

Aanvankelijk waren Landelijk Schakelpunt en VZVZ min of meer synoniemen van elkaar. Met de grootschalige aansluiting van zorgaanbieders en de deelname van de vele miljoenen burgers is de behoefte aan actieve ondersteuning van de leden toegenomen. Dat heeft geleid tot een verbreding van de focus op het Landelijk Schakelpunt en het vlekkeloos functioneren daarvan met de dienstverlening van VZVZ; ondersteuning van de leden. Zowel wat betreft het dagelijks gebruik als in verbetering van onderdelen en werkwijzen in de hele uitwisselingsketen. VZVZ heeft die verschuiving ondersteund door de eigen organisatie uit te breiden. Immers de aandacht voor het primaire proces blijft voorop staan.

In nauwe samenwerking met belangenbehartigende organisaties van de gebruikers van de landelijke zorginfrastructuur (KNMP, LHV, InEen en ZN) heeft VZVZ dit rapport opgesteld over de effecten en baten van het gebruik daarvan. In dit rapport vindt de lezer de resultaten die voortkomen uit zowel literatuuronderzoek en deskresearch, als verschillende marktonderzoeken en aanvullend veldonderzoek.

Begin 2016 werd het nieuwe convenant Gebruik Landelijke Zorginfrastructuur 2016 – 2020 gesloten. Dit rapport is mede gebaseerd op de eerste gebruiksonderzoeken na 2016.

De algemene doelstelling voor deze rapportage is de impact en waarde van de gegevensuitwisseling via het Landelijk Schakelpunt vast te stellen op het gebied van zorgkwaliteit, doelmatigheid en efficiëntie. Daarnaast draagt het rapport aanbevelingen aan voor de verdere uitbreiding van de bijdrage aan veilige en betrouwbare patiëntenzorg.

Uitgangspunt

In de volgende zes categorieën zijn onderzoeken uitgevoerd of geraadpleegd. Dit rapport baseert zich op de conclusies en aanbevelingen daaruit:

1. Randvoorwaarden; wettelijke vereisten en regelgeving voor elektronische gegevensuitwisseling;
2. Zorgkwaliteit: betere, doelmatigere en veiligere zorg en dossierkwaliteit;
3. Efficiëntie logistiek: administratie, registratie en distributie;
4. Volume, opschaling, efficiëntie en 'economy of scale';
5. Authenticatie, security en opt-in voorzieningen;
6. Patiënt: betrokkenheid en zelfregie.

Opbouw rapportage

De uitkomsten geven ook een beeld van de manier waarop VZVZ zorg draagt voor de randvoorwaarden om de elektronische uitwisseling van medische gegevens correct en toekomstgericht in te vullen. Daarnaast biedt de verslaglegging inzicht in het functioneren van het afsprakenstelsel.

Vervolgens is grafisch weergegeven hoe ingebruikname en daadwerkelijke uitwisseling zich in de afgelopen jaren hebben ontwikkeld.

Hierna staan wij per gebruikersgroep stil bij de ervaringen en bevindingen. Gevolgd door een hoofdstuk over mogelijkheden die zorgaanbieders ter verbetering zien.

Tot slot geeft het rapport een verantwoording van de uitgevoerde en geraadpleegde onderzoeken en bronnen.

VZVZ heeft met Landelijk Schakelpunt (LSP) aantoonbaar bijgedragen aan vergroting van de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg door veilige en betrouwbare elektronische uitwisseling van relevante patiëntgegevens. Zo leveren meer dan zes miljoen berichten wekelijks een belangrijke bijdrage aan het completeren van overzichten van de verstrekte medicatie en aan het ondersteunen van de dienstwaarneming op huisartsenposten. Met die constante toename in het berichtenverkeer nemen de kosten per opvraging af.

VZVZ heeft dat in de afgelopen jaren samen met alle veldpartijen mogelijk gemaakt. Met de opgedane kennis en ervaring kunnen deze partijen nu nieuwe stappen zetten op weg naar de verdere gewenste verbeteringen binnen de zorg. De expertise binnen VZVZ opgedaan met de zorginfrastructuur staat hierbij ten dienste van dergelijke initiatieven.

Het werk van VZVZ voldoet aan alle vigerende afsprakenstelsels. Dat was een van de principiële uitgangspunten bij de start van VZVZ en de zorginfrastructuur. De uitwisseling via het Landelijk Schakelpunt verloopt veilig en betrouwbaar en presteert conform de actuele vereisten.

Onder zorgaanbieders is een hoge participatiegraad bereikt; vrijwel alle apotheken, huisartsenposten, het overgrote deel van de ziekenhuizen en ruim driekwart van alle huisartsenpraktijken zijn aangesloten. Nog niet al deze zorgaanbieders hebben het Landelijk Schakelpunt al in gebruik. Het grootste deel wel en hun aantal groeit dagelijks. Dat valt af te meten aan de constante toename van het aantal opt-ins en het aantal succesvolle opvragingen.

Zorgverleners oordelen doorgaans positief over het (gebruik van het) Landelijk Schakelpunt. Uit kwalitatieve onderzoek blijkt dat zorgverleners het gebruik nuttig vinden en dat er tegelijkertijd nog ruimte voor verdere ontwikkeling en additioneel gebruik is. De groeicijfers ondersteunen ook de aanname dat de toegevoegde waarde voor zowel zorgaanbieders als hun patiënten toeneemt. Dat draagt op zich weer bij aan verdere maatschappelijke acceptatie.

Met het Landelijk Schakelpunt heeft VZVZ een breed fundament gelegd voor verdere ontwikkeling van digitale gegevensuitwisseling in de zorg. De beroepsgroepen geven aan op welke gebieden en onderdelen zij ontwikkeling op de inhoud verwachten en initiëren. Dat vertaalt zich in zowel een ontwikkelagenda als een actiekalender voor de ledenondersteuning. Het Landelijk Schakelpunt krijgt steeds meer een plaats in de zorg; als hoeksteen van eerstelijnsketen met bruggenhoofden naar tweede lijn en andere sectoren en ketens.

VZVZ en het Landelijk Schakelpunt acteren binnen alle bestaande kaders van wet- en regelgeving. De beschikbaarheid van het systeem is extreem hoog. Samen met eerdergenoemde positieve ontwikkelingen is er ruimschoots voldoende mogelijkheid en ruimte voor verdere ontwikkeling, zowel in de infrastructuur als in onderdelen van de keten. Daarnaast zijn in andere sectoren van de zorg en andere toepassingen in de zorg nieuwe ontwikkelingen mogelijk. Sommige zijn al gerealiseerd, zoals ZORG-ID (zie ook hoofdstuk 7.5). Aan andere neemt VZVZ deel (PROVES e.d.) (zie ook hoofdstuk 7.1). In het resterende deel van de lopende convenantsperiode zijn tevens belangrijke stappen voor de patiënt voorzien op het gebied van toestemmingen, authenticatie ten behoeve van de inzage in de eigen medische gegevens en verbreding van het dienstenaanbod. Verdieping en uitbreiding van de kennis over de vele initiatieven vormt de basis voor uitbreiding in de toekomst.

Om medische gegevens uit te mogen wisselen moet aan strikte (wettelijke) regels en eisen zijn voldaan. VZVZ volgt de wet- en regelgeving op het gebied van elektronische gegevensuitwisseling en gegevensbescherming (naast de eisen van standaarden en authenticatie) op de voet. Die bepalingen veranderen. VZVZ waarborgt dat het LSP en de eigen organisatie daar bij voortdurend aan voldoen. Onder regelgeving verstaat VZVZ ook richtlijnen van relevante beroepsgroepen en veldnormen. Leden van VZVZ, die informatie uitwisselen via het LSP, voldoen daarmee dan ook aan de vigerende wet- en regelgeving.

Dit hoofdstuk beschrijft om te beginnen de eisen die wet- en regelgeving aan een systeem voor elektronische uitwisseling van medische gegevens tussen zorgverleners stellen. En in welke mate het LSP daaraan voldoet.

Wat het nut en de noodzaak is van een systeem voor elektronische uitwisseling van gegevens in de nabije toekomst komt vervolgens aan de orde. Aan de hand van trends is beschreven welke ontwikkeling er op het gebied van elektronische gegevensuitwisseling is te verwachten. En welke rol het LSP daarin kan spelen. Afsluitend is beschreven welke ontwikkelingen van invloed zijn op de werkwijze van VZVZ en wat zij moet doen om te kunnen blijven voldoen aan alle relevante wet- en regelgeving.

4.1 Juridisch kader voor een systeem voor elektronische gegevensuitwisseling in de zorg

Wet- en regelgeving

Van toepassing op het systeem van elektronische gegevensuitwisseling zijn:

- Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) en de opvolger van deze wet, de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG)¹;
- Wet Cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens in de zorg (in werking getreden op 1 juli 2017) met de daaruit voortvloeiende wijzigingen in de Wet gebruik Burgerservicenummer in de zorg (BSN-z);²
- Het bij de "Wet aanvullende bepalingen" behorende "Besluit elektronische gegevensuitwisseling door zorgaanbieders" (in werking getreden op 1 januari 2018).

En onder meer de volgende regelgeving en/of veldnormen:

- NEN 7510: 2011, reeds voorgeschreven in de Wet BSN-z. Naleving van NEN 7510 heeft met inwerkingtreding van "Besluit elektronische gegevensuitwisseling door zorgaanbieders" een dwingend karakter gekregen;
- Privacy bij regionale uitwisseling van patiëntgegevens: Handreiking naar aanleiding van bevindingen van het CBP bij twee regionale situaties) (KNMG, KNMP, NHG en VHN, september 2010);
- 'Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens' (KNMG, 2010)
- Gedragscode elektronische; Gegevensuitwisseling in de Zorg (EGIZ)
- Door de beroepsgroepen vastgestelde berichtenstandaarden.

¹ De Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) is op 24 mei 2016 in werking getreden en zal vanaf 25 mei 2018 van toepassing zijn. Deze verordening vervangt de Wet bescherming persoonsgegevens en bevat algemene voorwaarden voor het verwerken van persoonsgegevens in het algemeen en persoonsgegevens over iemands gezondheid in het bijzonder.

² Na inwerkingtreding wordt de wet aangehaald als "Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg" (WabvZ).

4.2 Nut en noodzaak van elektronische uitwisseling van medische gegevens

Trends

Elektronische uitwisseling van medische gegevens is niet meer weg te denken uit de zorgverlening en wint aan belang. Verschillende landelijke, soms zelfs mondiale, trends liggen daaraan ten grondslag. Die trends hebben ook hun effect in de zorg. Zij leiden tot veranderend gedrag van patiënten/zorgconsumenten als vragers van zorg. Dat leidt tot veranderingen in de zorgmarkt en in de wijze waarop de zorg wordt aangeboden. Ook het zorgaanbod zelf verandert: eHealth toepassingen nemen hand over hand toe.

4.2.1 Effecten van de maatschappelijke trends op de zorgvraag

De wereld is in de afgelopen tien jaar sterk gedigitaliseerd. Deze trend zal zich in de komende jaren doorzetten. Het is te verwachten dat individuele burgers, in alle leeftijdscategorieën, ICT-toepassingen zullen adopteren. Ook ouderen zullen in toenemende mate vertrouwd raken met digitale technologieën, bijvoorbeeld met domotica en 'the internet of things'.

Patiënt als actor

Gegevens van patiënten en consumenten worden in toenemende mate digitaal opgeslagen. Patiënten en consumenten zullen steeds vaker verlangen, gesteund door nieuwe wetgeving, dat zij toegang daartoe krijgen. Zij willen die gegevens kunnen inzien, aanvullen, aanpassen en delen. Als geen ander kunnen zij beoordelen of die gegevens juist zijn.

Kwaliteit

Informatisering leidt ertoe dat patiënten en consumenten steeds beter geïnformeerd raken over hun eigen ziekte/aandoening en de mogelijke behandelingen. Patiënten reizen als gevolg van de concentratie van zorg en verdere taakdifferentiatie steeds verder voor de behandeling van chronische aandoeningen en voor niet-acute zorg. Een reis die voert langs meerdere loketten. Patiënten stellen zich daarbij als consumenten op; zij verwachten van zorgaanbieders goede informatie over de kwaliteit en de beschikbaarheid van het zorgaanbod en wensen mee te kunnen

beslissen over de behandeling. De patiënt is daarbij regisseur van zijn behandeltraject en 'eigenaar' van zijn gegevens. Patiënten verwachten eveneens, dat behandelaars met elkaar samenwerken en gegevens uitwisselen over de zorg en behandeling. Denk hierbij aan samenwerking tussen eerstelijns zorgverlening (huisarts, apotheek, verpleging en verzorging) en ook tussen eerstelijns en tweedelijns zorgverlening (ziekenhuis, GGZ, VG), bijvoorbeeld in het kader van ketenzorg.

Privacy

Privacy is bij gegevensverwerking een belangrijk aspect en de opvattingen over privacy zijn in de loop der tijd veranderd: in het verleden hebben vraagstukken over privacy zich vooral gericht op het recht om het eigen privéleven af te schermen tegen de buitenwereld en in het bijzonder tegen de overheid. De komst van het internet heeft hierin verandering gebracht. Via sociale media geven mensen veel van hun privéleven vrij. Daarnaast worden persoonlijke gegevens relatief makkelijk gedeeld met commerciële partijen als daar voordelen van gemak, kostenbesparing of efficiëntie tegenover staan. Daar staat tegenover dat mensen heel behoedzaam omgaan met hun zorginformatie.

Met betrekking tot medische gegevens toont recent onderzoek van het NIVEL³ aan, dat patiënten in de regel wel bereid zijn hun data te delen voor medische doeleinden. Ook laat het onderzoek zien dat er een brede erkenning is van het nut van de uitwisseling van medische gegevens tussen verschillende zorginstellingen.

Uit onderzoek blijkt dat de mate van vertrouwen van de burgers mede afhankelijk is van het gevoel van en de daadwerkelijke controle die zij over hun gegevens hebben, en van de mate waarin privacybeschermend gedrag mogelijk is ('informatieele zelfbeschikking'). De volgende stap is het mogelijk maken en garanderen van gebruiksvriendelijke, snelle en efficiënte mechanismen van correctie, intrekken of vernietiging van gegevens als achteraf blijkt dat er iets mis is gegaan.

3 Jansen et al, 2015

4.2.2 Effecten van de trends op de zorgmarkt

Verhoging van de patiëntveiligheid door digitaal uitwisselen van medische gegevens

Het belangrijkste argument om medische gegevens te digitaliseren en digitaal uit te wisselen tussen zorgverleners is dat dit de patiëntveiligheid ten goede komt. Uitwisseling van deze gegevens is eveneens belangrijk omdat dit de continuïteit van de zorg bevordert en de efficiency van de zorgverlening door artsen en andere zorgverleners verhoogt. Actuele medicatiegegevens helpen bij het voorkomen van gezondheidsschade, of overbehandeling en het verbeteren van effectief medicijngebruik.

Het percentage medisch specialisten dat voornamelijk of uitsluitend elektronisch dossiers bijhoudt, steeg van 66% in 2013 naar 86% in 2016. Vrijwel alle huisartsen werken in 2016 voornamelijk of uitsluitend elektronisch (96%). In apotheken bedroeg dat percentage vrijwel 100. Van de verpleegkundigen in de cure maakt 84% uitsluitend of voornamelijk gebruik van elektronische dossiervoering. Voor verpleegkundigen in de care ligt dit percentage op 40.

De meeste huisartsen maken gebruik van een systeem voor gestandaardiseerde elektronische informatie-uitwisseling om gegevens te delen met huisartsenposten, apotheken, laboratoria en ziekenhuizen (91-96%). Huisartsen maken voor dergelijke uitwisseling voor medicatiebewaking en waarneming steeds vaker gebruik van het Landelijk Schakelpunt. In 2014 gebruikte ongeveer de helft van de huisartsen het Landelijk Schakelpunt (52%); in 2016 bedraagt dit percentage 68%⁴.

Ketenzorg en ouderenzorg

De gezondheidszorgsector wordt in toenemende mate een netwerk. Verschillende zorgaanbieders werken met elkaar samen in het kader van zorg en behandeling en zorg. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij specifieke aandoeningen (diabetes, hart- en vaatziekten en COPD) of bij specifieke patiëntgroepen, waarbij co- of multimorbiditeit speelt (bijvoorbeeld ouderen). In het eerste geval is sprake van ketenzorg.

Ook in ketenzorg is de beschikbaarheid van de patiëntgegevens essentieel voor de zorgverlening. Om die reden dienen de data digitaal beschikbaar te zijn en te kunnen worden uitgewisseld tussen de zorgverleners. Een recente ontwikkeling daarbij is dat zorgverzekeraars dit als eis zijn gaan stellen bij de inkoop van ketenzorg.

Het beschikbaar zijn van medische gegevens is van belang voor de continuïteit van zorg bij acute zorg en ketenzorg. Dat belang van continuïteit geldt evenzo voor kwetsbare ouderen en bepaalde groepen chronische zieken. Zij hebben immers vaak meerdere gezondheidsproblemen, gebruiken verschillende geneesmiddelen en het herstel na een ziekenhuisopname vindt steeds vaker thuis plaats. Patiënten kunnen risico lopen op gezondheidsschade of verlies van kwaliteit van leven als de zorgverleners die de verantwoordelijkheid voor de zorg overnemen, niet tijdig kunnen beschikken over complete en correcte gegevens⁵.

4.2.3 Effecten op de wetgeving en de regelgeving vanuit de beroepsgroepen

De toenemende digitale verwerking van medische gegevens leidt er toe dat de overheid de rechten van de patiënt en de plichten van de zorgaanbieders beter vastlegt in eigentijdse wetgeving. Een actueel voorbeeld is de onlangs aangenomen Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg.

De overheid werkt momenteel aan het wetsvoorstel Digitale Overheid. De Wet legt de generieke digitale infrastructuur vast die essentieel is voor de digitale dienstverlening van de overheid. De wet wordt ook van toepassing op organisaties die vallen onder de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg. Vanuit privacywetgeving en gezondheidsrecht is het een strikt vereiste dat gegevensverwerking van patiënten slechts plaatsvindt als daarvoor een wettelijk grondslag bestaat en voor zover dat noodzakelijk is voor de zorgverlening aan een betrokkene.

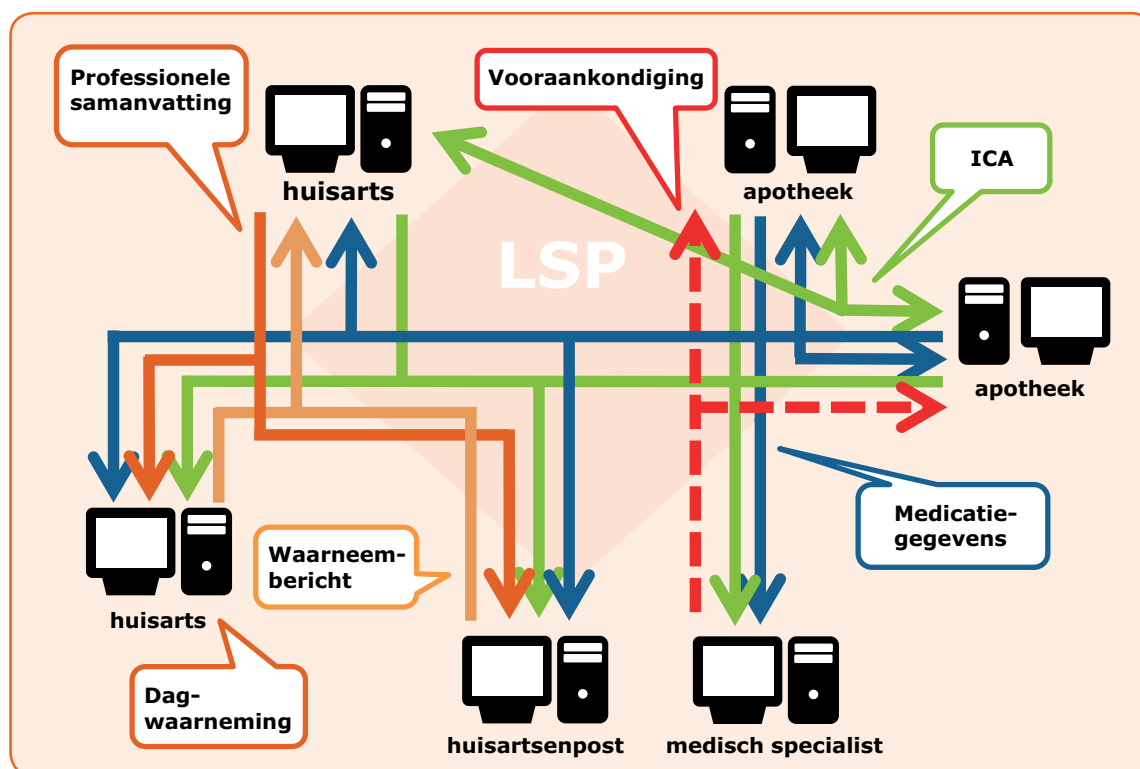
4 eHealth monitor NIVEL, 2016

5 Inspectie voor de Gezondheidszorg: 'Continuïteit van zorg voor kwetsbare ouderen vanuit het ziekenhuis naar verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg en huisartsen niet gewaarborgd', 2015.

En met de nadrukkelijke toestemming van de patiënt. Informatiebehoefte is in de zorg niet steeds gelijk aan informatienoodzaak. Bij vertrouwelijke patiëntengegevens gaat het om dat laatste. Om noodzakelijke gegevensuitwisseling vast te stellen zijn (en worden) er in de sector standaarden door professionals en de beroepsorganisaties afgesproken en vastgesteld. Met hulp van organisaties die daarin expertise hebben worden deze zogenoemde berichtenstandaarden vastgesteld.

Uitwisseling van medische gegevens via het Landelijk Schakelpunt verloopt volgens verschillende afspraken, die gebaseerd zijn op vigerende wet- en regelgeving. Onderstaand overzicht brengt de voornaamste stromen in het huidige informatieverkeer in beeld.

5.1 Gegevensuitwisseling wie-met-wie



5.2 Aansluitingen

Randvoorwaarden voor betekenisvolle uitwisseling van medische informatie via een infrastructuur zijn:

- Een hoge aansluitgraad van zorgverleners
- Toestemming van burgers om specifieke informatie te delen

Jaar	per	Apotheek		Huisartsenpost		Huisartsenpraktijk	
		Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
2013	eind	1.656	89%	111	92%	2.986	60%
2017	eind	1.880	99%	116	99%	3.848	77%
Marktvolume	medio 2016	1.880		117		5.000 ⁶	

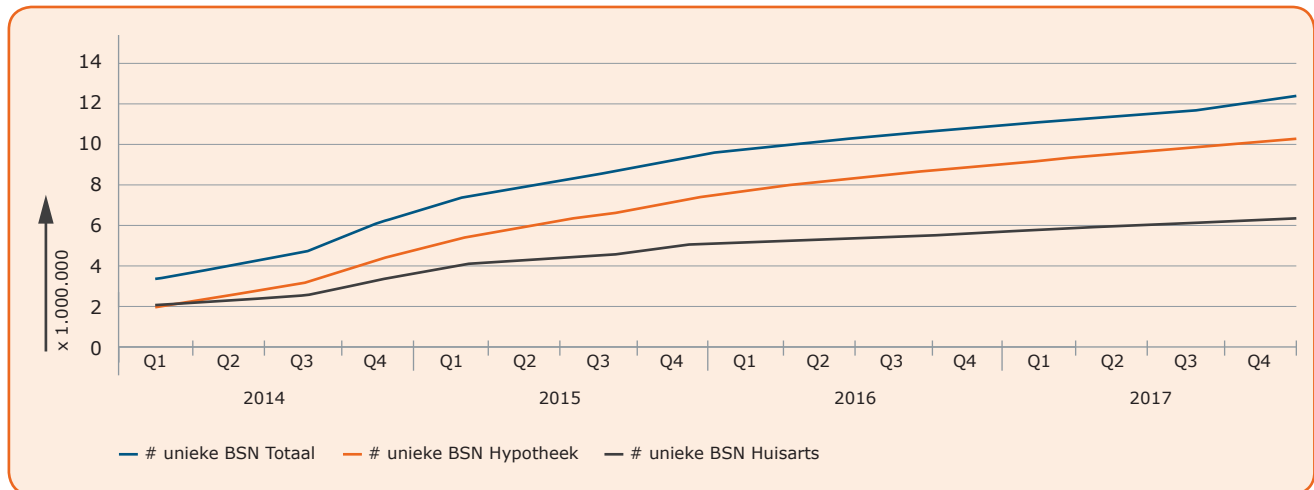
⁶ NIVEL, 2017. Voorheen ging VZVZ uit van het aantal huisartsenparktijken als zorgaanbieder (URA). Dat aantal is lager, waardoor het aansluitpercentage hoger leek. Het percentage zal jaarlijks variëren o.i.v. de opgave van het NIVEL.

5.3 Toestemmingen en BSN's

Burgers, BSN's en toestemmingen zijn termen die in de gebruiksstatistieken vaak terugkeren. De termen en hun betekenis:

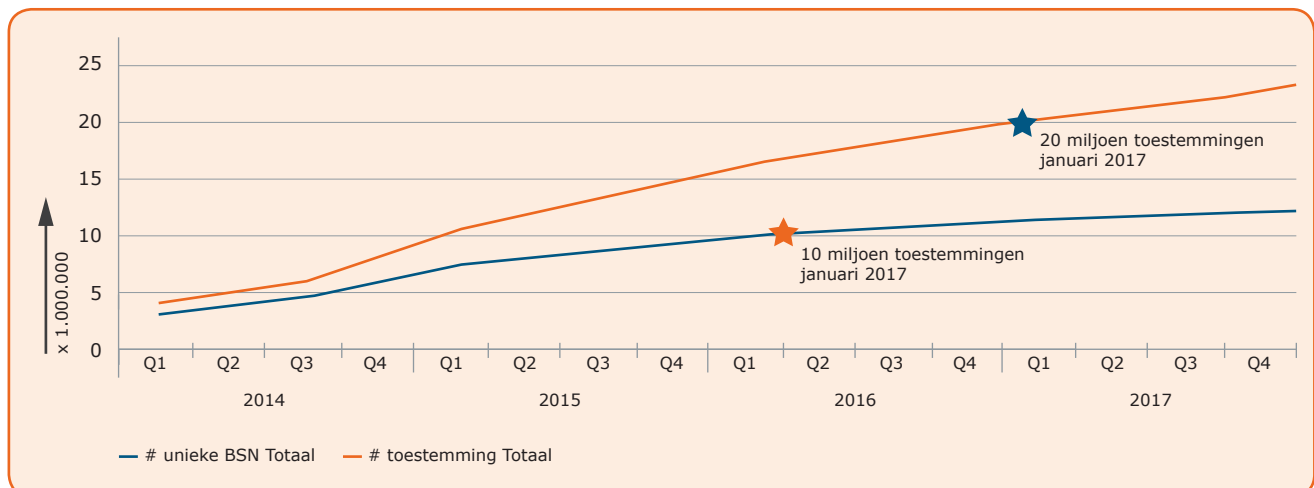
- Eén unieke BSN staat voor één burger;
- Elke toestemming die een burger aan een zorgverlener geeft is een unieke toestemming. (Opt-in);
- Een burger heeft bij één huisarts een dossier;
- Een burger geeft maximaal 1 toestemming voor de professionele samenvatting;
- Een burger kan bij meerdere apotheken medicatie ophalen en heeft dan de mogelijkheid meerdere keren toestemming te geven.

Toestemming unieke BSN



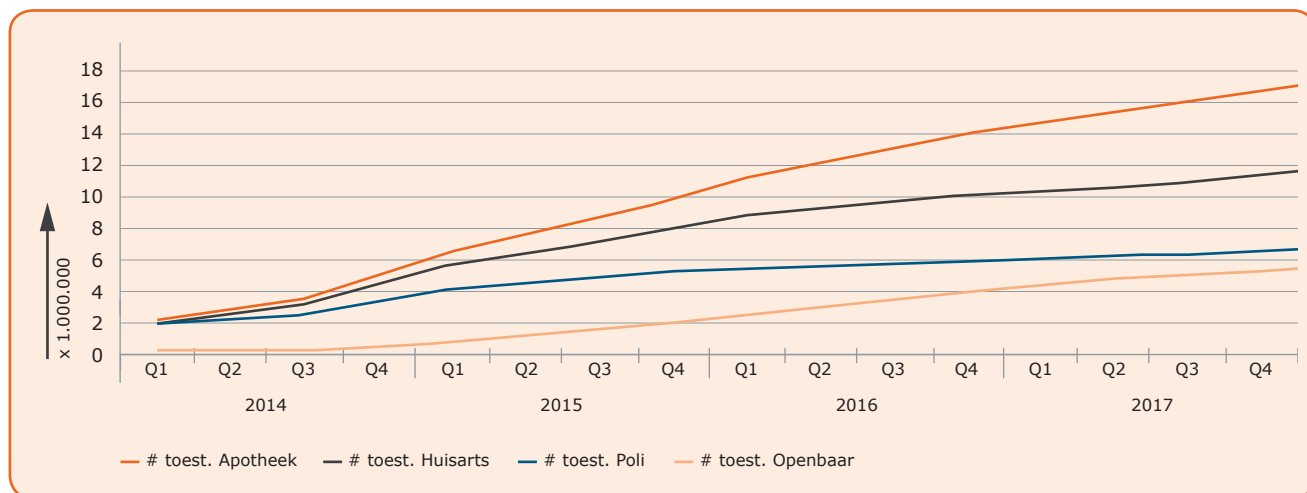
Apotheken van 1,2 miljoen in 2014 naar 10,3 miljoen unieke bsn's eind 2017. Huisartsen hebben 6,4 miljoen unieke bsn's aangemeld eind 2017. Totaal hebben 12,3 miljoen burgers een of meerdere toestemmingen gegeven.

Aantal Toestemmingen en unieke BSN



De realisatie toont een doorzettende stijgende trend in het aantal toestemmingen. Het aantal unieke BSN's lijkt af te vlakken. Dat wijst er op dat burgers steeds vaker meer dan één zorgaanbieder toestemming geven.

Toestemmingen trend door de jaren heen

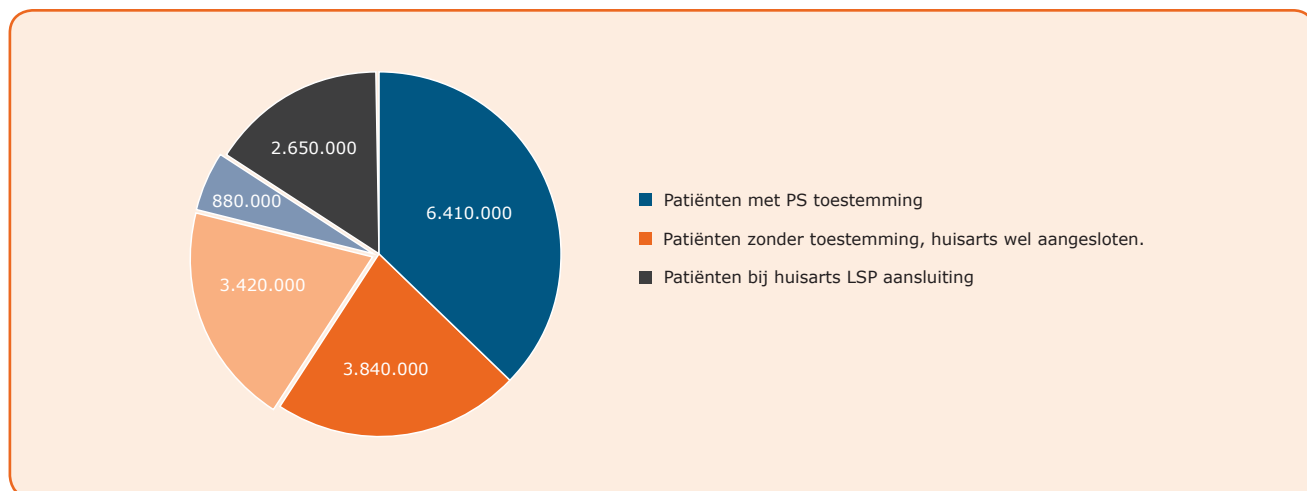


Apotheken van 2,1 miljoen in 2014 naar 16,8 miljoen toestemmingen eind 2017. Hiervan zijn 5 miljoen dossiers aangemeld door poli- of dienst apotheken. Huisartsen hebben 6,4 miljoen toestemmingen aangemeld eind 2017.

De ontwikkeling bij de apotheken bevestigt het belang dat apothekers zien in de opt-in van hun patiënten. En de inspanning die zij leveren om relevante volumes te realiseren. Huisartsen vragen nog minder vaak hun patiënten om toestemming. Meer dan de helft van de Nederlanders die toestemming gaven, gaven die aan hun huisarts.

5.4 Toestemming bij huisartsen

17.200.000 inwoners in NL



Naar schatting komt 35% van de bevolking niet of zelden bij de huisarts. Dit betekent dat een deel van deze burgers (circa 25%) geen toestemming zullen vastleggen. VZVZ heeft het plafond voor toestemmingen gesteld op 13 miljoen burgers.

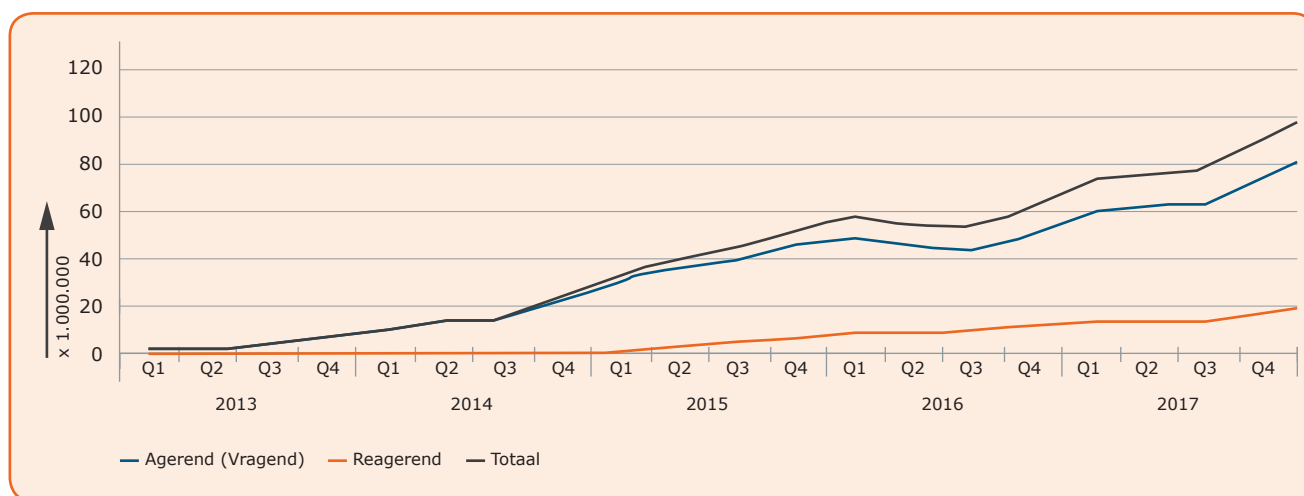
5.5 Ontwikkeling in gebruik en opvragingen

Het berichtenverkeer op de infrastructuur van het Landelijk Schakelpunt bestaat uit:

1. Infrastructureel verkeer
 - Aanmeldingen;
 - Overige technische berichten.
2. Inhoudelijk verkeer zorgtoepassing MG en PS
 - Medicatiegegevens (MG);
 - Interacties, Contra-indicaties en Allergieën (ICA);
 - Professionele samenvatting (PS);
 - Waarneemretourbericht.

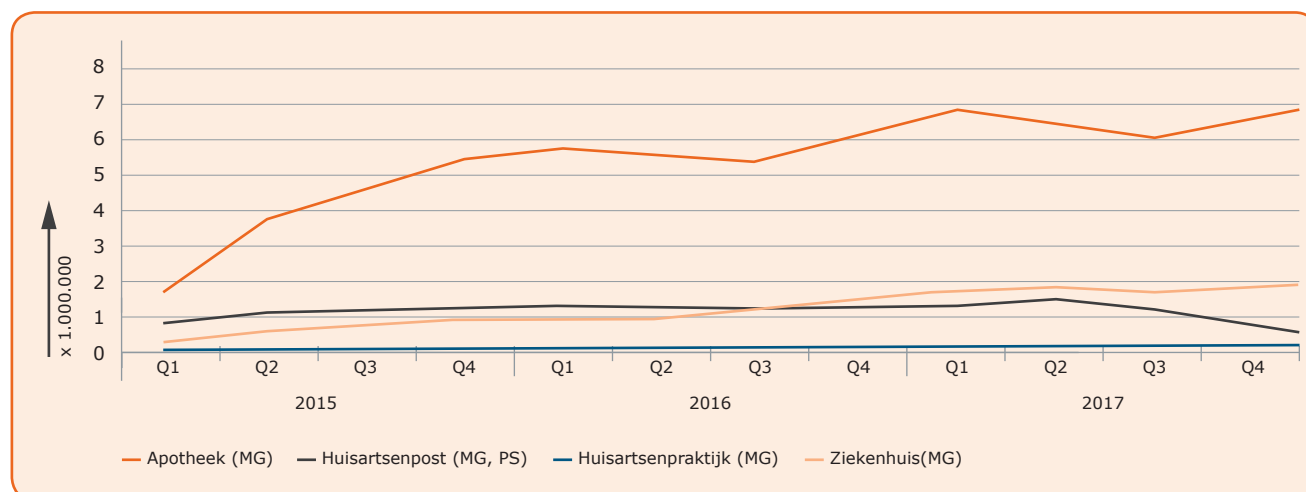
Hieronder zijn de algemene kengetallen in grafische weergave opgenomen. Evenals de gebruiksindex die inzicht geeft in hoe succesvol de opvragingen zijn.

Totaal berichten LSP per kwartaal



Onder reagerend verkeer worden de medische berichten verstaan die zorgverleners hebben opgevraagd voor de behandeling van hun patiënt.

Aantal opvragingen per zorgverlenertype per kwartaal



De invoering van de Actualiteitscontrole heeft ertoe geleid dat het aantal opvragingen is afgenomen. Daar staat tegenover dat het aantal succesvolle opvragingen daardoor is toegenomen. Een positieve ontwikkeling in zowel efficiëntie als effectiviteit.

Opvragingen / jaar	ICA	MG	PS	Eindtotaal
2015	12.588.493	20.106.813	2.063.573	34.758.879
2016	18.074.042	29.923.659	2.398.965	50.396.666
2017	20.113.765	35.691.714	2.476.750	58.282.229
Totaal	50.776.300	85.722.186	6.939.228	143.437.774

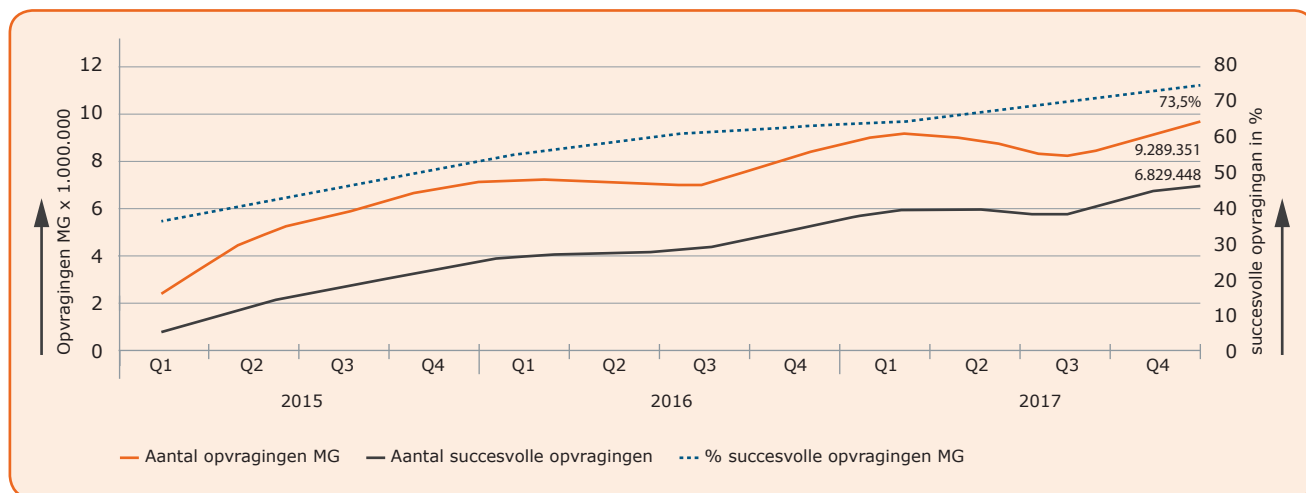
5.6 Succesvolle opvraging

Een opvraging is succesvol als deze compleet wordt opgeleverd. Niet succesvol zijn opvragingen die niet (volledig) worden opgeleverd als gevolg van bijvoorbeeld de beperking door de regiogrenzen, of de time-out van systemen, of het niet beschikbaar zijn van een dossier, of de betreffende patiënt heeft de zorgaanbieder geen toestemming gegeven.

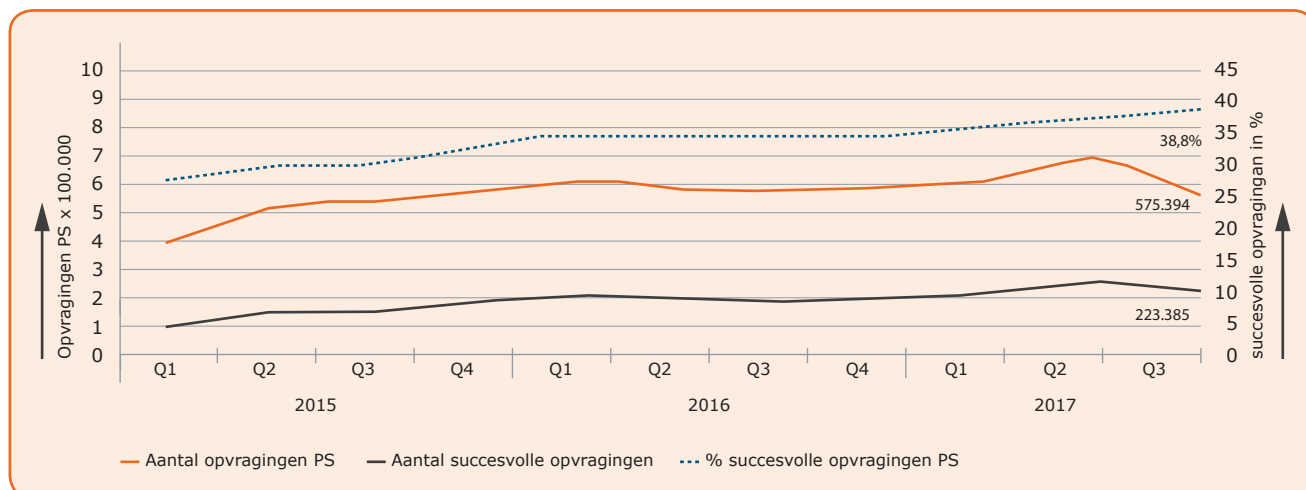
Van de opvraging van medicatiegegevens was begin 2015 37% succesvol, begin 2016 56%, begin 2017 65% en per 1 oktober 2017 is 70% succesvol. De opvraging van medicatiegegevens door apotheken wordt dankzij actualiteitscontroles/signaalfuncties succesvoller. Immers alleen bij wijziging logt de apotheek in met de UZI-pas om het aangepaste medicatieoverzicht te raadplegen.

De opvragingen van de professionele samenvatting waren begin 2015 in 28% van de gevallen succesvol. Dat aantal steeg naar 35% in 2016, 37% in 2017 en bedroeg per 1 oktober 2017 39%. Dit is direct gerelateerd aan het toegenomen aantal toestemmingen.

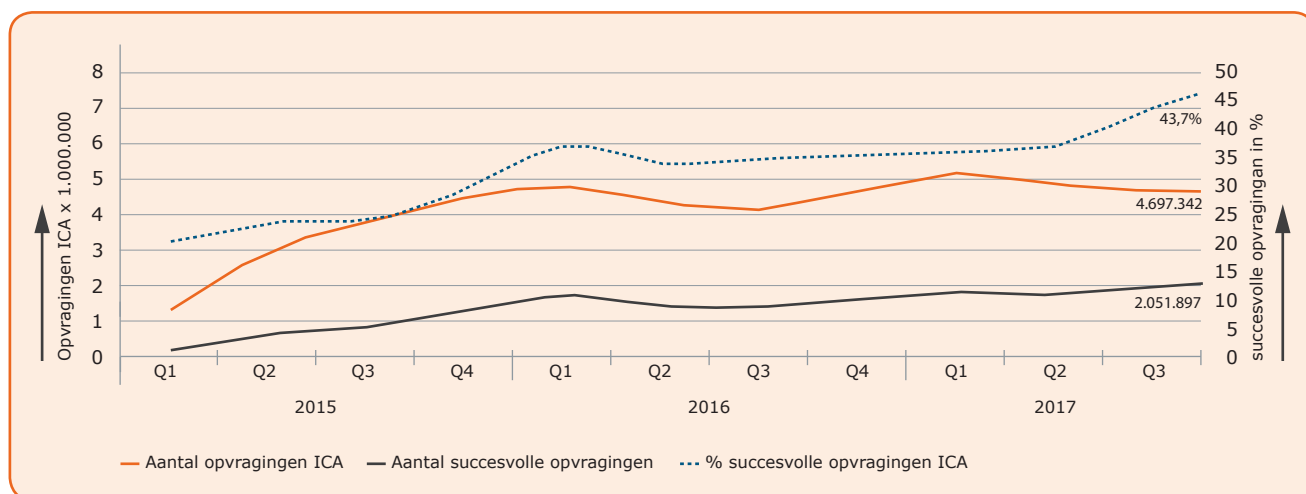
Opvragingen medicatieverstrekkingen per kwartaal



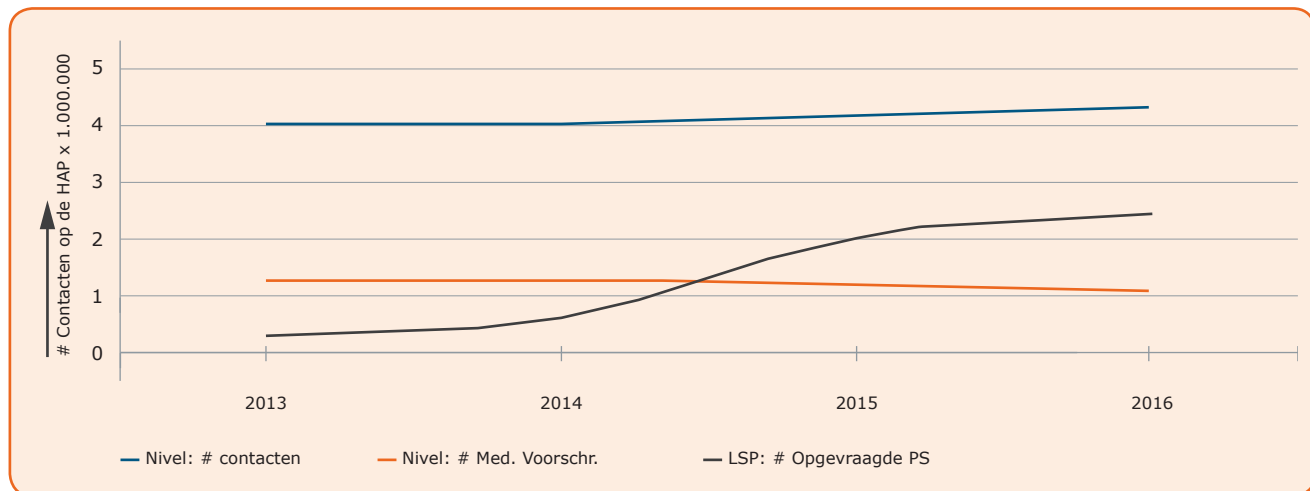
Opvragingen professionele samenvatting per kwartaal



Opvragingen ICA per kwartaal



Contacten, medicatie voorschrijvingen en opvragingen op de HAP



HAP kengetallen / jaar	2013	2014	2015	2016	2017
NIVEL: # contacten*	3.993.539	4.022.200	4.157.579	4.295.717	Nog niet bekend
NIVEL: # Med. Voorsch.	1.224.909	1.262.197	1.166.150	1.069.685	Nog niet bekend
LSP: # Opgevr. PS	292.689	601.215	2.016.688	2.424.112	2.474.269
# Succesvolle opvragingen**			636.106 31%	840.783 35%	949.043 40,1%

* De gegevens zijn gebaseerd op de NIVEL Zorgregistraties eerste lijn 2016 waaraan 21 huisartsdienstenstructuren meedoen. Deze cijfers zijn geëxtrapoleerd naar landelijk inwoneraantal.

** De gegevens over succesvolle opvragingen (gebruiksindex) zijn volgens de huidige berekenmethode beschikbaar sinds 2015. Het percentage is aantal succesvolle opvragingen versus totaal aantal opvragingen.

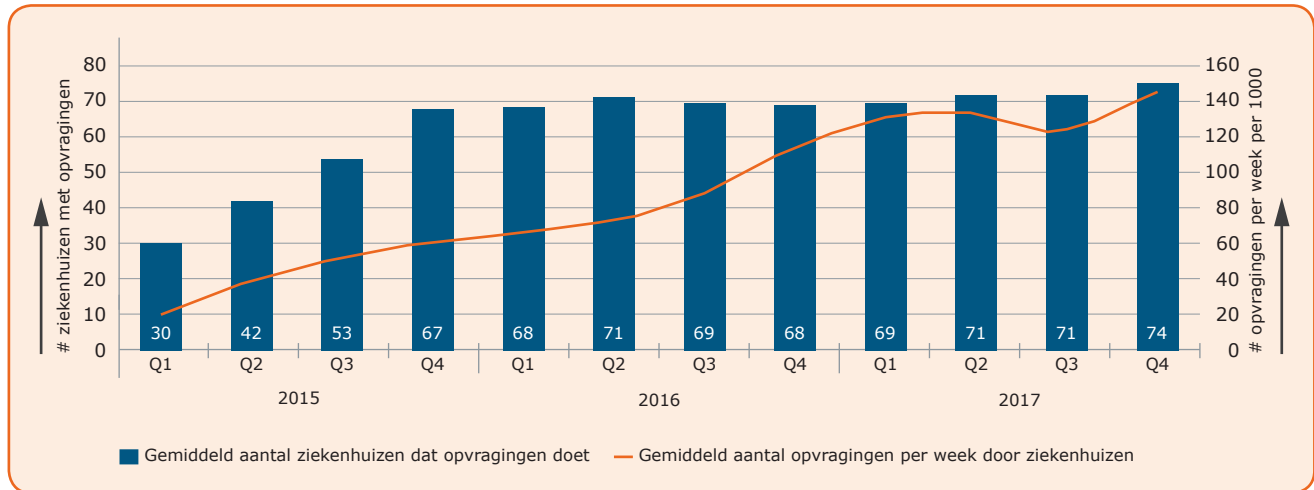
5.7 Gebruik ziekenhuizen

Type Ziekenhuis	Aangesloten 2013	Aangesloten eind 2017	Aansluit-proces	Aansluiting mogelijk*	Nog niet mogelijk*	Totaal
Algemeen en academisch**		76	0	2		78
Categoriaal		2	1	4	17	24
Zelfstandige behandelcentra				10	179	189
Revalidatiecentra				5	15	20
Totaal		78	1	21	211	311

* Of de aansluiting wel of niet mogelijk is hangt af van het zorginformatiesysteem waarmee het ziekenhuis werkt en of deze al een LSP-module heeft ingebouwd.

** Aantal aangesloten ziekenhuizen wordt geteld per ziekenhuis. Als gevolg van fusies kunnen er meerdere aansluitingen (per locatie) per ziekenhuis zijn.

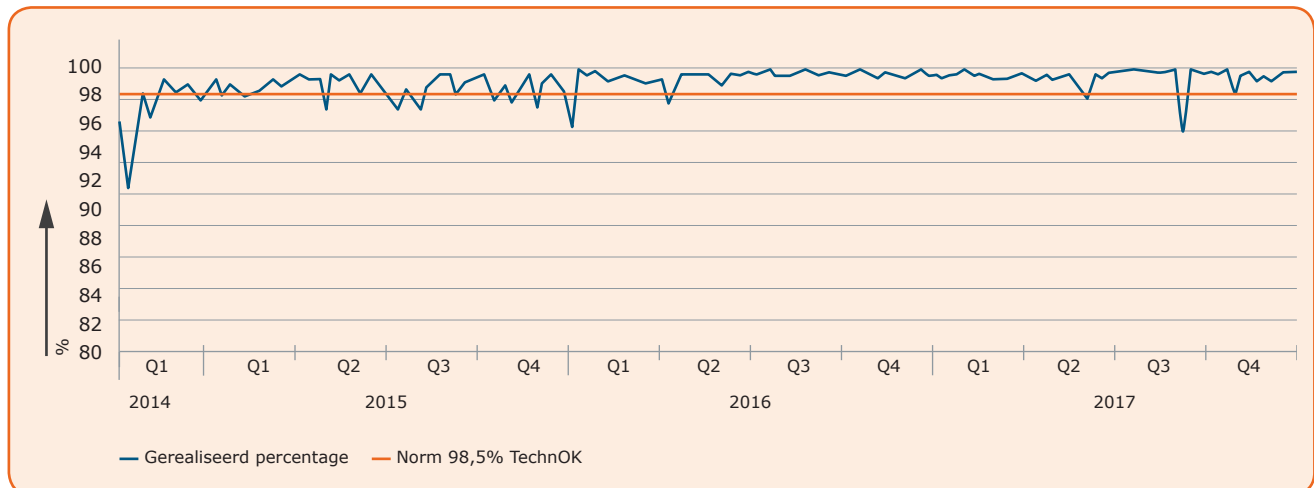
Gebruik ziekenhuizen



De oorzaak van de 'dip' in het gebruik zomer 2017 is nog niet onderzocht.

5.8 Technisch OK

Ketenbeschikbaarheid reagerend verkeer



Reagerend scores vs. norm (98,5% OK)

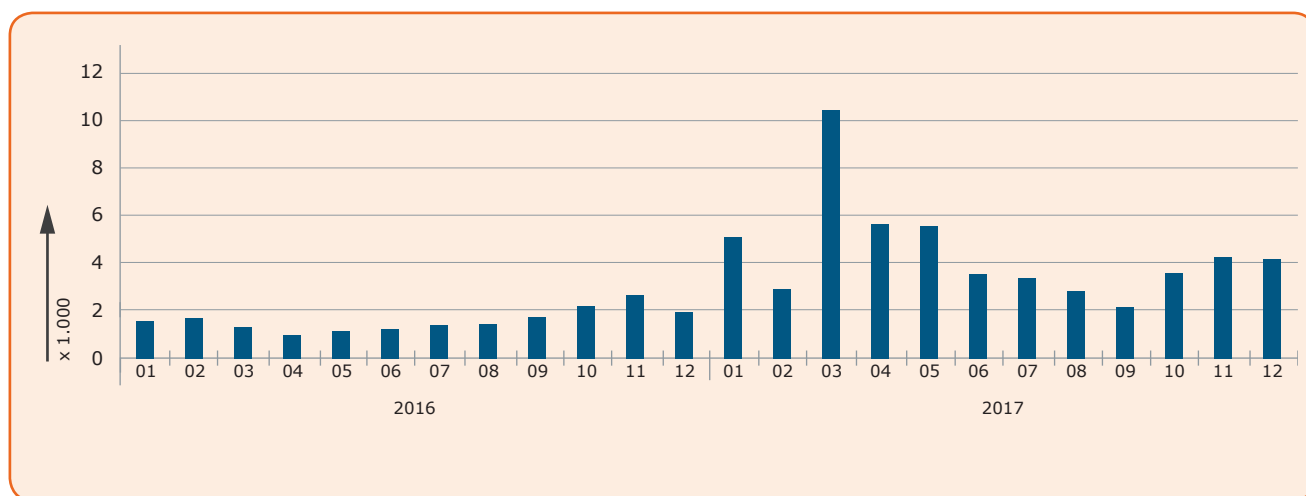
De grafiek geeft aan in hoeverre bij het raadplegen van patiëntgegevens een technische verstoring optreedt, die zichtbaar is op het LSP (lokale verstoringen zijn centraal niet te meten). 'Technisch OK onder de norm' betekent dat ergens in de hele keten een verstoring plaatsvindt. Verstoringen kunnen bijvoorbeeld optreden in XIS'en, of ontstaan als gevolg van verlopen UZI-passen, of door (lokale) datacommunicatiestoringen en systeem migraties. Uit de grafiek blijkt dat de keten sinds medio 2016 -op enkele incidenten na- structureel boven de norm presteert.

5.9 Bezoekers raadplegen portaal

In enkele publieksbladen en consumententijdschriften zijn in 2016 en 2017 artikelen over het Landelijk Schakelpunt verschenen. Ook op radio en televisie was aandacht voor de uitwisseling van medische gegevens. De aandacht spitste zich toe op de toestemming die patiënten verlenen voor de uitwisseling. De media-aandacht zorgde onder andere voor meer bekendheid van het online portaal waarin mensen kunnen zien wie hun gegevens heeft aangemeld en wie ze heeft geraadpleegd. (www.volgjezorg.nl)

Opvallend in onderstaand grafisch overzicht is de piek in inzage die volgde op de televisie-uitzending van zorg.nu. De uitzending was op 21 maart 2017. Publicaties in de publieksbladen Margriet, Max Magazine en Plus Magazine leidden tot minder uitgesproken pieken maar wel tot een opmerkelijke toename in inzage.

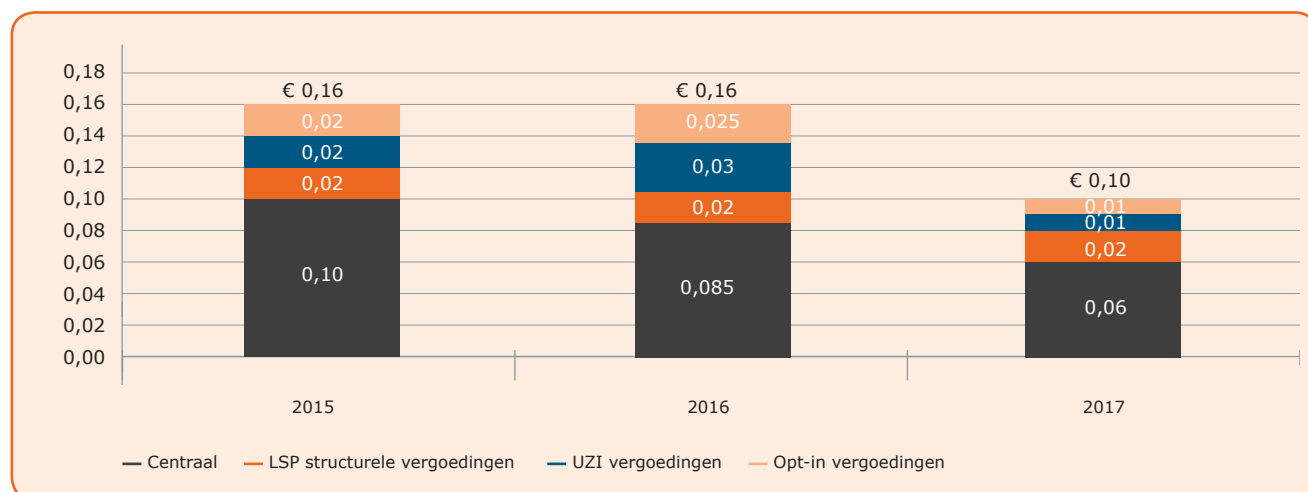
Opvragen inzage door burgers per maand



5.10 Kosten in relatie tot volume gebruik

Type Ziekenhuis	2015	2016	2017
# berichten/ jaar	195.861.092	247.178.740	314.540.992
kosten per bericht Totaal	€ 0,16	€ 0,16	€ 0,11
Centraal	0,100	0,085	0,060
Decentraal	0,060	0,075	0,050
• LSP structurele vergoedingen	0,020	0,020	0,030
• UZI vergoedingen	0,020	0,030	0,010
• Opt-in vergoedingen	0,020	0,025	0,030

Kostenopbouw / bericht



Met de toename van het aantal beschikbare toestemmingen en het aantal berichten leidt tot een afname van de kosten per bericht. In de berekening zijn alle kosten verwerkt die VZVZ maakt.

6.1 Inleiding

Dit hoofdstuk is gebaseerd op twee soorten onderzoek: literatuuronderzoek en veldonderzoek. Het literatuuronderzoek⁷ geeft een beknopt overzicht van de conclusies van publiek toegankelijke onderzoeksrapporten. Het veldonderzoek is in de loop van 2017 in verschillende onderzoeken uitgevoerd. Om een vergelijking met het onderzoek uit 2015 van Significant⁸ inhoud te geven staat deze rapportage uitgebreider stil bij de veldonderzoeken.

6.2 Literatuuronderzoek

Het literatuuronderzoek is uitgevoerd in de vorm van deskresearch en aangevuld met inzichten van deskundigen en zorgaanbieders.

- a. De geanalyseerde literatuur is afkomstig van onderzoeksrapporten, wetenschappelijke artikelen, wet- en regelgeving, onderzoeksrapporten en Kamerstukken;
- b. De deskundigen zijn afkomstig van The Institute of Health Policy & Management (Erasmus Universiteit). Zij hebben hun invalshoek over elektronisch gegevensuitwisseling besproken. Een medewerker in een gespecialiseerd ziekenhuis heeft de verbinding tussen praktijk en theorie gelegd. Voorts zijn de inzichten van vijf leden van de Ledenraad van VZVZ verwerkt.⁹

De conclusies zijn gegroepeerd in vijf onderwerpen:

• Geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopnames

Er is aangetoond dat het aantal aan het gebruik van geneesmiddelen gerelateerde ziekenhuisopnames aanzienlijk is¹⁰. De kosten van de potentieel vermijdbare geneesmiddelen gerelateerde ziekenhuisopnames bedragen ruim 165 miljoen euro per jaar. Er is geen

literatuur beschikbaar over reductie van deze kosten. Wel kan aangenomen worden dat jaarlijks substantiële reductie plaats kan vinden door efficiënt gebruik van elektronische uitwisseling van medicatiegegevens. Problemen met medicijngebruik leiden bij patiënten elk jaar tot veel gezondheidsschade. In de meest recent verschenen studie van het NIVEL uit 2013 werd berekend dat per jaar 970 vermijdbare doden vielen in Nederlandse ziekenhuizen. Zo'n 6.500 patiënten liepen gezondheidsschade op door verkeerd medicijngebruik op een totaal van 49.000 ziekenhuisopnames onder ouderen als gevolg van verkeerd medicijngebruik (inclusief zelf gemaakte fouten bij de innemen en toedienen). Daarvan was bijna de helft vermijdbaar.

• Medicatie

Het voorschrijven van medicijnen kent risico's. Zorgverleners zijn niet altijd op de hoogte van de voorgeschreven recepten van collega's. Een apotheker heeft baat bij medicatiegegevens en ICA-gegevens om zijn/ haar rol beter te vervullen. Bijvoorbeeld in de rol van medicatiebewaker. Kwetsbare groepen zijn ouderen en polyfarmacie patiënten. Het digitaal uitwisselen van medische gegevens zorgt voor een goed geprotocolleerde informatie-uitwisseling van medicatie tussen zorgverleners. In de medicatieketen gaan steeds meer partijen digitaal uitwisselen. Ook zijn steeds meer gegevens digitaal beschikbaar. Er is dus een volumegroei te zien én te verwachten. Meer gegevens en meer gebruik leidt tot meer 'hinder' van digitale vervuiling. Om te voorkomen dat de groei aan digitale gegevens-uitwisseling gaat leiden tot vermindering van medicatieveiligheid, is het van belang om binnen de keten betere afspraken te maken over het onderhoud van de gegevens in de keten. En ook de mogelijkheid om dit op een gebruiksvriendelijke, digitale manier te doen. Daarvoor is goed dossierbeheer door alle aangesloten zorgaanbieders dus van groot belang.

7 Dit onderzoek betreft een stageopdracht aan Samia Kismi, 2017

8 Rapport 'Leidt gebruik van het LSP tot betere en doelmatiger zorg?', Significant, augustus 2015'

9 Deze interviews zijn medio 2017 gevoerd en opgetekend.

10 De HARM-studie uit 2006 noemt, wanneer de uitkomsten van het onderzoek geëxtrapoleerd worden naar heel Nederland, 41.000 geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopnames en 19.000 potentieel vermijdbare opnames per jaar.

- **Efficiëntie**

Het beschikbaar stellen van een professionele samenvatting en/of medicatiegegevens kan onnodige onderzoeken voorkomen. Dit kan kosten besparen in de uitwisseling tussen huisarts en HAP. Bovendien bespaart het ongemak voor de patiënt. Verder kan het beschikbaar hebben van een professionele samenvatting zorgen voor een betere voorbereiding van een consult, waardoor bijvoorbeeld huisartsen op de HAP en specialisten in het ziekenhuis gericht kunnen handelen.

- **Logistiek**

Het uitwisselen van medische gegevens via het LSP gaat sneller dan voorheen met de oude systemen. Het risico dat de gegevens bij ontvangst al verouderd zijn is daarmee aanzienlijk verminderd. Oude methodes waren tijdrovend en slecht gestructureerd. Het sneller beschikbaar hebben van gestructureerde medische gegevens kan ertoe leiden dat zorgverleners sneller reageren en betere zorg leveren. Het gebruik van elektronische uitwisseling (bijv. via het LSP) kan de communicatie en afstemming tussen zorgverleners bevorderen. Daarbij zijn medische gegevens door elektronische uitwisseling up-to-date. Ook ervaringen in Scandinavische landen onderbouwen dit.

- **Kwaliteit**

Digitale gegevensuitwisseling heeft een gunstig effect op de kwaliteit, efficiëntie en doelmatigheid van de gezondheidszorg. Het elektronisch uitwisselen bevordert het ter beschikbaar hebben van adequate informatie over de patiënt. Grote groepen zoals chronische patiënten, ouderen, polyfarmacie patiënten, mensen met een allergie enz. zien meer dan één zorgverlener. Uitwisseling van hun gegevens verhoogt de kwaliteit en de waarde van de zorg voor die mensen. Zorgverleners benadrukken dat met name de overdracht van gegevens tussen verschillende sectoren nog veel aandacht behoeft. Het Landelijk Schakelpunt is aantoonbaar beter beveiligd dan de meeste andere beschikbare zorginfrastructuren. De strenge GBZ-eisen die VZVZ stelt aan de XIS'en die aansluiten, leiden er toe dat ook de systemen in de eerste lijn goed beveiligd zijn.

11 Beide onderzoeken zijn uitsluitend voor intern gebruik en niet publiek beschikbaar.

6.3 Veldonderzoek

Zorgaanbieders/leden

Het veldonderzoek bestaat zowel uit kwantitatief onderzoek als uit kwalitatief onderzoek. Marktonderzoeksbureau Significant heeft het kwantitatieve onderzoek uitgevoerd en vergelijkt de resultaten van de huidige uitvraag onder huisartsen met de resultaten van het vergelijkbare onderzoek dat zij in 2015 uitvoerde.¹¹

Bureau SAMR heeft het kwalitatieve deel van het onderzoek uitgevoerd.¹² Voor de begeleiding van dit deelonderzoek is een aparte klankbordgroep ingesteld. Daarin hadden zitting vertegenwoordigers van KNMP, LHV, InEen, ZN en VZVZ. Het is uitgevoerd onder huisartsen, apothekers, dienstapotheken en huisartsenposten.

Ziekenhuizen maken in beperkte mate gebruik van gegevensuitwisseling via het Landelijk Schakelpunt. Het zijn vooral de poliklinisch apotheken en in mindere mate de ziekenhuisapotheken die medicatiegegevens opvragen. In ziekenhuizen vragen ook specialisten in toenemende mate medicatiegegevens op. Voorts baseren wij ons op resultaten uit het eigen marktonderzoek van het Sectorteam Ziekenhuizen van VZVZ

Patiënten

VZVZ ondersteunt haar leden bij het correct verkrijgen en vastleggen van de toestemming van de patiënt. Patiënten kunnen online volgen aan welke zorgaanbieder zij hun toestemming hebben gegeven, welke zorgverlener gegevens heeft aangemeld en welke zorgverleners die gegevens hebben geraadpleegd. Toenemende belangstelling van publieksmedia heeft tot een opvallende pieken in die belangstelling gezorgd. (Zie ook grafiek in paragraaf 5.9) VZVZ heeft gebruik gemaakt van de informatie die in de media is gepresenteerd. Die is samengesteld uit recent onderzoek van de Consumentenbond en RADAR TV. Verder is dit rapport gebaseerd op bestaande onderzoeken van Patiëntenfederatie Nederland en recent marktonderzoek van het Sectorteam Burgers van VZVZ.

De rapportage geeft de gebruikservaringen per doelgroep weer. Zo ontstaat per gebruikersgroep een beeld van de (gepercipieerde) meerwaarde.

12 Dit onderzoek is uitsluitend voor intern gebruik en niet publiek beschikbaar.

6.3.1 Huisartsen

Op basis van het kwantitatieve onderzoek van Significant onder huisartsen luidt de conclusie dat het LSP steeds meer ingebed raakt in het reguliere zorgproces van huisartsen en dat het LSP de potentie heeft om sterker bij te dragen aan betere en doelmatigere zorg dan nu het geval is.

Aanvullend zijn de deelconclusies dat het LSP niet in alle huisartsenpraktijken wordt gebruikt en niet op alle Huisartsenposten (HAP's). Huisartsen die gebruik maken van het LSP zijn positiever dan zij die het niet gebruiken. Bovendien zijn zij van mening dat gebruik bijdraagt aan doelmatiger zorg.

Deze conclusies zijn getrokken op basis van de bevindingen uit de afgenomen online-vragenlijst in het voorjaar van 2017. Deze uitkomsten zijn vergeleken met de resultaten van het onderzoek in 2015. Het gaat daar met name om het gebruik van het LSP door huisartsen.

De respondenten zijn allen aangesloten op het LSP, maar gesplitst in twee groepen (gebruikers en niet-gebruikers) om de verschillen in hun oordeel over de effecten op betere en doelmatigere zorg inzichtelijk te maken. Het oordeel is gebaseerd op de antwoorden op stellingen die aan de huisartsen zijn voorgelegd, waarin 'betere zorg' en 'doelmatigere zorg' zijn geoperationaliseerd.

6.4 Kwantitatief onderzoek¹³

Onderstaand diagram geeft alle argumenten weer die leiden tot de hoofdconclusie van het kwantitatieve onderzoek. Dit diagram begint bovenaan met de hoofdconclusie en laat daaronder zien uit welke deelconclusies de hoofdconclusie is opgebouwd. Het onderzoek heeft zich toegespitst op het gebruik van het Landelijk Schakelpunt en niet op de dienstverlening van VZVZ. In de beantwoording hanteren de respondenten het begrip LSP als term voor de gehele uitwisselingsketen. Daar is hun eigen XIS onderdeel van. In paragraaf 5.8 zijn verstoringen in de keten beschreven.



¹³ Kwantitatief onderzoek (2017), Significant

Onderbouwing deelconclusies

Het LSP wordt nog niet in alle praktijken gebruikt:

- Minder dan 25% van de huisartsen heeft het LSP niet geïmplementeerd. In 2015 was dat nog 38%;
- 15% van de huisartsen is zich bewust dat er (nog) te weinig toestemmingen gevraagd zijn (dat was in 2015 10% meer);
- Ruim 25% geeft aan een ander systeem te gebruiken dan het LSP;
- Gelijk bleven de mening over toegevoegde waarde (te beperkt: ca 20%), functionaliteit (te beperkt: ca 20%) en kwaliteit (te beperkt: ca 10%).

Belangrijkste redenen voor gebruikers om positief te zijn over de bijdrage die uitwisseling via het LSP levert aan betere zorg zijn:

- Betere continuïteit is mogelijk;
- Medicatiegegevens in het dossier van de patiënt zijn completer;
- Medicatiegegevens in het dossier van de patiënt zijn betrouwbaarder;
- Medische fouten worden voorkomen.

Belangrijkste redenen voor gebruikers om positief te zijn over de bijdrage die uitwisseling via het LSP levert aan doelmatiger zorg zijn:

- Efficiënter opvragen van medicatiegegevens bij andere zorgverleners;
- Efficiënter verstrekken van medicatiegegevens aan andere zorgverleners;
- Minder afhankelijk van bereikbaarheid andere zorgverleners.

6.5 Kwalitatief onderzoek¹⁴

Motivatatie en beleving

In het algemeen geven zorgaanbieders aan dat het LSP een bijdrage zou leveren aan de patiëntveiligheid. Voor velen een belangrijke reden om aan te sluiten. Het LSP werd meer en meer de norm. In sommige regio's heeft VZVZ vooral huisartsen direct benaderd met gedetailleerde informatie, hetgeen de motivatie versterkte om deel te nemen. Als positieve aspecten noemen zorgaanbieders een completer beeld, kennis over wie gegevens heeft geraadpleegd en het waarborgen van de privacy. Nu er meer draagvlak voor het LSP bij huisartsen ontstaat, merken zij op dat in de beleving de houding negatiever wordt. Met name onvoldoende aansluitingen

en opt-ins staan (het ervaren van) de toegevoegde waarde van het LSP in de weg. Tot slot vinden sommige zorgaanbieders het LSP niet gebruiksvriendelijk of ervaren zij storingen.

Toegevoegde waarde

Het LSP heeft een positieve invloed op effectiviteit en efficiëntie, kwaliteit en veiligheid. De meeste geïnterviewde zorgaanbieders zouden het LSP missen als dat er niet meer was. Over de invloed van het gebruik van het LSP op de samenwerking zijn de meningen verdeeld. Opvallend is de hoeveelheid zorgverleners dat zegt het beleid aan te passen als gevolg van de verkregen informatie; 66% soms tot altijd (dat was in 2015 48%).

Veiligheid

Aansluiten op het LSP is vooral ingegeven door de bijdrage aan de veiligheid voor de patiënt. Zorgaanbieders zijn zich bewust van de beperkingen van het LSP en vinden desondanks dat het bijdraagt aan de veiligheid van de patiënt. Veiligheid is verder gebaat bij meer toestemmingen, meer collega's die zich aansluiten, echt landelijke uitwisseling en aanvullende relevante patiëntinformatie.

Tijdwinst

Er bestaat geen eenduidig beeld of zorgaanbieders tijdwinst ervaren dankzij het gebruik van het LSP. Huisartsen en HAP's geven aan dat tijdens het consult minder informatie hoeft te worden gevraagd. HAP's stellen dat er geen aparte overdracht meer nodig is.

Daarentegen kost het verkrijgen en verwerken van opt-ins veel tijd.

Wanneer zorgaanbieders het gebruik van het LSP vergelijken met de uitwisseling via andere (traditionele) uitwisseling zoals nabellen, faxen e.d. zien zij via het LSP eerder tijdwinst dan tijdverlies.

Gebruiksvriendelijkheid en privacy

In de basis vinden zorgverleners het LSP een handig hulpmiddel. Hun positieve houding wordt gesterkt door de verbeteringen die in de afgelopen jaren zijn doorgevoerd. Maar zij ervaren in praktijk ook problemen die de gebruiksvriendelijkheid niet positief

¹⁴ Kwalitatief onderzoek (2017), SAMR

beïnvloeden. Het gaat dan om gepercipieerde traagheid, onoverzichtelijke weergave, het gebruik van de UZI-pas, foutmeldingen en storingen.

Zorgaanbieders zijn van mening dat de privacy van de patiënt beter is geregeld. Maar al die middelen om de privacy te waarborgen maken het gebruik wel lastiger.

6.5.1 HAP

Vrijwel alle huisartsenposten zijn aangesloten op het Landelijk Schakelpunt. Onderzoek naar de effecten en baten 'op de post' betekent het bevragen van de gebruikers en het management van de HAP's. Er bestaat verschil in de directe toepasbaarheid van het Landelijk Schakelpunt in de dagelijkse praktijk van de dienstdoende huisarts en de effecten voor de bedrijfsvoering van de HAP. Zowel in het kwantitatieve als in het kwalitatieve veldonderzoek is alleen gesproken met (dienstdoende) huisartsen.

Alle HAP-systemen kunnen sinds eind 2016 elektronisch gegevens uitwisselen met (een deel van) de aangesloten huisartsen via het Landelijk schakelpunt en/of een regionaal netwerk. Bij 81% van de huisartsenposten vindt elektronische uitwisseling plaats met de dienstapotheek. De gegevensuitwisseling met andere aanbieders van acute zorg (SEH, ambulance, thuiszorg en GGZ) vindt voornamelijk telefonisch en/of op papier plaats.

Specifieke eigenschappen HAP

In de onderzoeksresultaten is het niet verwerkt, maar het is van belang te weten dat twee informatiesystemen de praktijk in de HAP domineren. De beleving van de zorgaanbieder is immers mede gerelateerd aan de functionaliteit van zijn pakket. De systemen werken ieder op een eigen manier. Zo vraagt één systeem 'onder water' gegevens van de patiënt op; daardoor is het makkelijker om ze te gebruiken tijdens het consult. De systemen verlangen van de zorgverlener een verschillende mate van eigen inspanning. De werking van het systeem is van invloed op de handelwijze van de zorgverleners en dus op diens oordeel. Dat heeft ook weer invloed op de beoordeling van het gebruik van het Landelijk Schakelpunt. Verder is bepalend voor het oordeel of in het triageproces van de HAP de Professionele Samenvatting wordt opgevraagd.

Gebruik

Het gebruik van het Landelijk Schakelpunt op de HAP's is steeds vaker een vast onderdeel van het vaste werkproces op de HAP. Huisartsen geven aan juist op de HAP het Landelijk Schakelpunt veel vaker te gebruiken, dan in de eigen praktijk.

Ongeveer een derde (31%) van de huisartsen op de HAP's geeft aan meestal of altijd medische informatie over de patiënten op te vragen. 45% doet dat soms. Het daadwerkelijke gebruik van die informatie bij de behandeling blijft beperkt, hoewel de meerderheid van de huisartsen die de informatie gebruiken die van goede tot zeer goede kwaliteit vinden. En 66% van de huisartsen op de HAP zegt zich in meer of mindere mate laten beïnvloeden door die informatie in hun medische besluitvorming.

Niet opvragen op de HAP

Ook bij de HAP's zijn er regionale verschillen waarneembaar ten aanzien van de intensiteit van gebruik. Voor de hand liggende praktische redenen voor een laag gebruik zijn dat volgens 17% van de respondenten op hun HAP het Landelijk Schakelpunt nog niet is geïmplementeerd en dat er volgens hen (26%) te weinig opt-ins zijn. Daarnaast geeft een derde van de huisartsen aan de informatie van te beperkte toegevoegde waarde te vinden. In mindere mate vinden zij de kwaliteit (13%) en/of de functionaliteit (23%) van toegevoegde waarde.

Aangesloten en in gebruik

Kwantitatief onderzoek geeft een duidelijk verschil in beoordeling van het Landelijk Schakelpunt door zorgaanbieders die wel zijn aangesloten en het daadwerkelijk gebruiken en zorgaanbieders die weliswaar zijn aangesloten maar het niet gebruiken; gebruik leidt tot een positiever oordeel. Zij oordelen dat gebruik van het Landelijk Schakelpunt bijdraagt aan zowel betere zorg als doelmatiger zorg.

Twee derde van de gebruikers geeft aan (helemaal) eens te zijn met de stelling dat door het gebruik van het LSP de medicatiegegevens in het dossier van de patiënt completer zijn en daarmee het dossier betrouwbaarder is.

Opvallend is ook de stelling dat gebruik van het LSP onnodige zorg voorkomt beduidend

vaker worden onderschreven door de huisartsen die het LSP gebruiken. Evenals de stelling dat voorkomen wordt dat naar bekende informatie wordt gevraagd.

6.5.2 Apothekers

Apothekers behoren in groten getale tot de 'early adopters' van het Landelijk Schakelpunt. Apotheken waren ook voor de invoering van het LSP al gewend aan elektronische gegevensuitwisseling. Vrijwel alle apotheken maakten gebruik van OZIS voor de elektronische uitwisseling van medicatiegegevens. De meeste van hen waren tegelijkertijd ook al aangesloten op het Landelijk Schakelpunt. Met het stopzetten van OZIS in 2015 gingen zo goed als alle apotheken in Nederland definitief 'over op' het Landelijk Schakelpunt voor de uitwisseling. OZIS heeft jarenlang de elektronische uitwisseling van medische gegevens mogelijk gemaakt. Weliswaar met beperkingen, zoals uitwisseling uitsluitend binnen de eigen OZIS-ring. De uitwisseling via OZIS bleek technisch en juridisch niet meer houdbaar. In 2015 is OZIS voor de uitwisseling van medische informatie van huisartsen en apotheken afgebouwd.

Het Landelijk Schakelpunt was voor velen van hen het enige landelijk alternatief. Met als gevolg dat nu vrijwel alle apotheken in Nederland een aansluiting hebben op het Landelijk Schakelpunt en actief aan de slag zijn gegaan met het verkrijgen van opt-ins. Vervolgens zijn zij het Landelijk Schakelpunt gaan gebruiken, met als gevolg dat zij verantwoordelijk zijn voor het merendeel van de meer dan een miljoen medische berichten die wekelijks over het Landelijk Schakelpunt gaan.

Het Landelijk Schakelpunt biedt hen een veilige omgeving, die voldoet aan wet- en regelgeving en een flexibele geografische dekking kent, die de patiënt volgt. Maar daar zijn wel voorwaarden aan verbonden; met name het veilig autoriseren en authenticeren van de zorgverleners met de UZI-middelen. Deze en andere randvoorwaarden zorgden vooral in het begin voor een periode van gewenning. Verder ervaren openbaar

apothekers nog niet de toegevoegde waarde omdat zij vooral gegevens leveren en zelf nog weinig aanvullende gegevens kunnen opvragen zoals laboratoriumwaarden en voorschriften uit de tweede lijn. De toegevoegde waarde zit nu vooral bij de patiënten die een poli- of dienstapothek bezoeken of ergens als passant binnenkomen. Met handige vernieuwingen zoals de signaalfunctie en de actualiteitscontrole is het gebruik van het Landelijk Schakelpunt in de apotheek efficiënter geworden.

Zorgaanbieders werkten en werken volgens de WGBO. Gegevensuitwisseling bestond al jaren. De behoefte aan elektronische uitwisseling nam toe door meer samenwerking in de zorg, het gebruik van zorgstandaarden en de complexiteit van de zorg. De integratie in de eerste lijn nam toe evenals de substitutie van de tweede naar de eerste lijn. De afgelopen jaren heeft de uitwisseling van medische gegevens (met name medicatiegegevens) een flinke toename gekend. Meer dan 70% van de opvragingen verloopt succesvol en levert in de meeste gevallen een compleet medicatie-overzicht op.

Motivatie en beleving

Apothekers zijn in de metingen van 2017 alleen in kwalitatieve zin bevraagd.¹⁵ Behalve de cijfermatige gebruiksrapportages van VZVZ zijn er geen kwantitatieve data die de trends uit de kwalitatieve rapportage feitelijk ondersteunen. Onderzoeksbureau SAMR geeft aan dat de meningen die in deze rapportage zijn opgenomen representatief zijn voor de apothekers in Nederland.

Redenen om gebruik te maken van het Landelijk Schakelpunt waren voor apothekers:

- Het Landelijk Schakelpunt is het belangrijkste, landelijke alternatief voor elektronische gegevensuitwisseling;
- Zeker toen OZIS werd gestaakt;
- Verwachte bijdrage aan patiëntveiligheid.

De beleving van apothekers over mogelijke tijdswinst verschilt. Belangrijke rol is de ervaring met het gebruik van de UZI-middelen¹⁶. Positief zijn zij over het resultaat: een steeds vaker compleet beeld van de

15 Ten tijde van het veldwerk van de onderzoeken waren apothekers bezig met de uitvoering van het LSP-verbeterplan.

16 Het gebruik van de UZI-pas is niet debet aan deze situaties, maar zijn wel door respondenten daarmee in verband gebracht:

- Opvragen duurt soms lang, zeker bij grote dossiers. Dat verstoort het apotheekproces.
- Terugkerende onjuiste/verouderde informatie (sommige ICA-gegevens veranderen snel);
- Te weinig informatie te halen voor de apotheker. Vooral behoefte aan voorschriften uit de 2e lijn en laboratoriumwaarden.

medicatie van de patiënt. En ook over het waarborgen van de privacy.

In de gesprekken kwamen verschillende thema's aan de orde. De conclusies van het onderzoek betreffen de thema's:

- Toegevoegde waarde;
- Veiligheid;
- Tijdswinst;
- Gebruiksvriendelijkheid en privacy.

Naast het gebruik van UZI-passen zien apothekers het vragen van toestemming als een tijdrovende activiteit. Ook geven apothekers aan dat de verkregen medicatieoverzichten niet altijd compleet zijn en dat houdt volgens hen een risico in; schijnveiligheid. Zij geven aan dat nog meer collega's moeten aansluiten en nog meer patiënten om toestemming kan worden gevraagd om (meer) toegevoegde waarde te leveren.

De onlangs geïntroduceerde actualiteitscontrole (What's new) dringt het aantal bevestigingen waarbij een UZI-pas nodig is terug; pas bij een verandering in het dossier is een opvraging (met UZI-pas) nodig. Het absolute aantal bevestigingen neemt daardoor af. Daar staat tegenover dat het aantal succesvolle opvragingen toeneemt.

Toegevoegde waarde

Het gebruik van het landelijk Schakelpunt heeft volgens zorgaanbieders een positieve invloed op de effectiviteit en de efficiëntie enerzijds en op de kwaliteit en veiligheid van de zorgverlening anderzijds.

Met de vooraankondiging in de tweede lijn is een stap gezet in het elektronisch voorschrijven. Weliswaar is de elektronische handtekening nog niet officieel erkend. Het afhandelingsproces in de apotheek is vereenvoudigd.

Veiligheid

Het Landelijk Schakelpunt zorgt voor een completer dossier, mede dankzij de ICA-gegevens en het medicijngebruik. De zorgverleners baseren zich op feitelijke informatie

en zijn minder afhankelijk van de informatie die de patiënt kan geven. Apothekers geven aan dat het gebruik van het Landelijk Schakelpunt minder foutgevoelig is dan het handmatig invoeren van medicatielijsten.

ICA-gegevens zijn opgenomen in het medicatie-overzicht van de patiënt. De gegevens komen uit zowel het dossier van apotheken als van de huisarts. Zorgaanbieders geven aan dat constant aandacht moet bestaan voor het actueel houden van de ICA-gegevens om waardevol te zijn en blijven.

Tijdswinst

Apothekers zien in de dagelijkse praktijk vooral tijdswinst door het afnemen van handmatige administratieve handelingen en minder faxen en bellen voor aanvullende informatie. Efficiëntie wordt bereikt door de patiënt niet meer te vragen naar de medicatiegegevens maar door deze met de patiënt te verifiëren. Daar staat tegenover dat het in gebruik nemen van het Landelijk Schakelpunt wel een investering in tijd en capaciteit heeft gevergd. Met name voor het opnieuw inrichten van de werkprocessen en de tijdelijke inspanning van het verkrijgen van de UZI-middelen en opt-in.

Het opvragen van gegevens kost meer tijd dan bij 'clusters' of voorheen OZIS. Perceptie is een belangrijke factor. Apothekers hechten veel waarde aan snelle informatie gelet op de inrichting van hun werkproces. Daarbij staat de inspanning voor het uitwisselen via het LSP niet in verhouding tot het verkrijgen van gegevens via andere wegen (fax, medicatielijsten, etc.).

Gebruiksvriendelijkheid en privacy

Apothekers geven aan het Landelijk Schakelpunt handig te vinden bij gegevensuitwisseling. Minder informatie handmatig invoeren leidt tot minder fouten en efficiënter dankzij minder communicatie met andere zorgverleners. Recente verbeteringen leiden ook tot meer tevredenheid (Actualiteitscontrole).

Naast het inrichten en een begin maken met het gebruik van het Landelijk Schakelpunt geven apothekers aan dat zij het opvragen van gegevens traag vinden gaan. Verbeteringen

zijn gevonden door het gebruiken van de UZI-pas daar waar het moet en niet wanneer het kan. Dat bevordert een snellere en efficiëntere zorgverlening aan de balie.

Het werken met het Landelijk Schakelpunt brengt zekerheid over het waarborgen van de privacy van de patiënt bij de gegevensuitwisseling. Daar is iedereen het over eens. Maar de werklast die het vragen van toestemming en het verwerken daarvan in het eigen systeem en het Landelijk Schakelpunt oplevert kost het meeste tijd.¹⁷

Het Landelijk Schakelpunt is een van de eerste infrastructures die compliancy heeft ingeregeld. Daarmee biedt het zorgaanbieders tegelijkertijd de zekerheid dat ze het vragen van toestemming en het verwerken daarvan goed doen.

6.5.3 Ziekenhuizen

VZVZ heeft bij ziekenhuizen een sterke positie op het gebied van medicatie

Van alle Nederlandse ziekenhuizen is momenteel meer dan 95% aangesloten op het Landelijk Schakelpunt. De resterende aansluitingen volgen naar verwachting dit jaar nog. Het aantal opvragingen per week bedraagt op landelijk niveau rond de 150.000. Het Landelijk Schakelpunt is vooral in gebruik bij ziekenhuisapothekers in vrijwel alle aangesloten ziekenhuizen en op de SEH van 60% van de aangesloten ziekenhuizen. Op de polikliniek is het gebruik 35%. Reden voor VZVZ om dit jaar nog het gebruik onder specialisten te verhogen.

Het gebruik van het Landelijk Schakelpunt leidt tot medicatieveiligheid, tijdswinst en minder fouten

Verschillende doelgroepen geven aan dat het consequent werken met het Landelijk Schakelpunt vooral positief bijdraagt aan de medicatieveiligheid. 85% van de CMIO's en 75% van de CIO's¹⁸ in ziekenhuizen ziet hierin de belangrijkste meerwaarde. Daarnaast geven zij aan dat gebruik van het Landelijk Schakelpunt meerwaarde levert dankzij tijdswinst en een verminderde kans op fouten in vergelijking met handmatige invoer. Voor 40% van de ziekenhuisapothekers zijn dit de belangrijkste voordelen. VZVZ gaat in op de verbeteringsuggesties door te werken aan de vooraankondiging naar de apotheker,

een actueel medicatie overzicht (AMO) en medicatieafspraken.

6.5.4 Overige sectoren

Het Landelijk Schakelpunt is in gebruik genomen in verschillende andere zorgsectoren. In de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) ten behoeve van het verhuizen van dossiers tussen instellingen. Bij RIVM ten behoeve van aankondigingen voor de Hieprikscreening en het Rijks Vaccinatie Programma (RVP)

GGZ Nederland en de NVAVG hebben een begin gemaakt met het opvragen van medicatiegegevens.

6.6 Patiënten

Patiëntenfederatie Nederland voert regelmatig meldacties uit onder haar panel van patiënten. Ook de Consumentenbond vraagt haar leden met tussenpozen van enkele jaren over gegevensuitwisseling in de zorg. Af en toe onderzoeken de redacties van consumentenprogramma's van de omroepen de uitwisseling. NIVEL heeft in 2015 in haar onderzoek patiënten bevraagd. Drie thema's keren vaak terug in de enquêtes:

- Toestemming;
- Privacy;
- Kennis.

Toestemming voor de uitwisseling van medische gegevens

Er is breed draagvlak voor elektronische gegevensuitwisseling. (Patiëntenfederatie, april 2014 en Consumentenbond april 2017). 84 tot 89% van de ondervraagden zegt toestemming te geven wanneer de zorgverlener daar om vraagt. Negen van de tien ondervraagden geeft aan dat het belangrijk is dat gegevens worden uitgewisseld. Ondanks beperkte bekendheid van het LSP vindt zo'n 70% het (soms) goed dat daarvoor het LSP wordt gebruikt. Belangrijkste reden om geen toestemming te geven is angst voor onveiligheid.

Recente onderzoeken geven aan dat patiënten zich niet altijd meer kunnen herinneren wie zij toestemming hebben gegeven en waarvoor. Publiciteit in de media heeft er toe geleid dat steeds meer patiënten hun toestemming voor uitwisseling via het LSP hebben gecontroleerd.

¹⁷ Overigens een verplichting voor ieder elektronisch uitwisselings-systeem, niet alleen voor het Landelijk Schakelpunt.

¹⁸ Chief Medical Information Officer (CMIO) en Chief Information Officer (CIO).

In een beperkt aantal gevallen constateren zij dat zij meer of juist minder zorgaanbieders in het overzicht vinden dan zij hadden verwacht (10% resp. 17%).

37% antwoordde de Consumentenbond dat zij hun huisarts toestemming gaven, hetgeen overeen lijkt te komen met het aantal beschikbare Professionele Samenvattingen (6,2 miljoen). Opvallend is ook dat meer dan de helft van de ondervraagden aangeeft dat zij er van uit gaan dat zorgverleners hun gegevens kunnen uitwisselen. Zo'n 80% van hen gaan er min of meer van uit dat huisarts en apotheker op de hoogte zijn van wijzigingen in het medicijngebruik (Patiëntenfederatie maart 2011). Een van de conclusies is dat de rol van de patiënt groter moet worden.

Onderzoekers constateren ook dat de regionale verschillen groot zijn. Enkele specifieke regio's kennen een zeer laag opt-in-percentage (zoals Amsterdam bij 7% van de huisartsen).

Privacy

In alle onderzoeken komt privacy aan de orde. Patiëntenfederatie Nederland heeft diverse onderzoeken gedaan naar de privacy in de zorg. In die onderzoeken kwam ook privacy bij elektronische uitwisseling ter sprake. In november 2016 gaf 82% van de ondervraagden aan dat (heel) belangrijk te vinden. En twee derde van het panel gaf aan zich daar zorgen over te maken. In april 2017 gaven patiënten de Patiëntenfederatie te kennen dat zij niet zozeer behoefte hebben aan (technische) informatie over veiligheid, als wel aan meer informatie over wie toegang heeft tot welke gegevens.

Kennis

Uit alle onderzoeken blijkt dat het Landelijk Schakelpunt niet erg bekend is. VZVZ nog veel minder. In november 2016 constateert de Patiëntenfederatie dat betere informatievoorziening belangrijk is. Het betreft zowel informatie over elektronische opslag en uitwisseling als rechten en plichten van de patiënt. Informatie is van belang voor het bewust maken van een keuze (Patiëntenfederatie, april 2014).

Onderzoek onder leden beperkt zich niet alleen tot een weergave van de ervaringen in het actuele gebruik. Ook ten aanzien van het toekomstige gebruik en de resultaten daarvan bestaan verwachtingen. Zo zijn de verbetermogelijkheden die in 2015 zijn voorgesteld deels gerealiseerd en in deze meting getoetst. Ook dit hoofdstuk bundelt de verwachtingen per doelgroep gebaseerd op de bovengenoemde bronnen.

7.1 Huisartsen

Voor de toekomst geeft het kwantitatieve onderzoek met name aan dat het stimuleren van het verder gebruik meer verdieping en betrokkenheid van zorgverleners vergt. Dat uit zich in drie adviezen:

1. Benut het potentieel van het LSP door het daadwerkelijke gebruik te stimuleren. Belangrijke aandachtsgebieden om het daadwerkelijke gebruik te stimuleren zijn:
 - Wel aangesloten individuele huisartsen die het Landelijk Schakelpunt niet gebruiken is nog een meerderheid (58%)¹⁹. Die groep neemt in omvang af, want in 2015 vroeg 72% nooit gegevens op;
 - 17% gebruikt de opgevraagde gegevens nooit, 58% soms en 21% vaak;
 - Terwijl op de HAP's het gebruik door (deels dezelfde) huisartsen veel hoger ligt (77%).

¹⁹ De Professionele Samenvatting wordt met name opgevraagd op de huisartsenpost. Slechts in beperkte vorm voor onderlinge waarneming door huisartspraktijken.

Analyse van het gebruik op de HAP:

- In 2016 maakt 16,5% van de Nederlanders ten minste één keer gebruik van de HAP. Dit komt neer op bijna 2,8 miljoen unieke gebruikers;
- Er waren in 2016 4,3 miljoen contacten op de HAP;
- In 2016 is er bij 56% van de contacten een opvraging gedaan via het LSP naar een professionele samenvatting van de huisarts;
- Van deze opvragingen is in 2016 de PS 840.783 succesvol opgeleverd (35%);
- In 2017 is t/m Q3 totaal 1,9 miljoen keer een opvraging gedaan. Hiervan was 37,7% succesvol;

2. Sluit bij het stimuleren van het LSP-gebruik zo goed mogelijk aan bij de behoeften van de huisartsen. Huisartsen hebben als behoefte genoemd:
 - Uitbreiden van de huidige functionaliteiten en aansluiten van andere zorgverleners;
 - Stimuleren implementatie bij al wel aangesloten huisartsen, maar het nog niet gebruiken;
 - Stimuleren van verdere opt-in;
 - Stroomlijnen van het proces van opvragen;
 - Verbeteren van het gebruiksgemak.
3. Ondersteun de huisartsen bij hun inspanningen en informeren van de burgers door het belang van het LSP via landelijke media te benadrukken.

7.2 HAP

Huisartsen zien zowel in hun praktijk als op de huisartsenpost het potentieel van uitwisselen via het Landelijk Schakelpunt. Om dat te stimuleren is de algemene aanbeveling om zo goed mogelijk aan te sluiten bij de behoeften van huisartsen.

Goede overdracht helpt bij het opvangen van zorgdruk op de huisartsenposten²⁰. De druk neemt toe door stijging van de zorgvraag en verdere belasting op de huisartsenposten. Wanneer het gebruik van het LSP daarbij een rol kan spelen, verwachten de zorgverleners ondersteuning bij het inregelen in het werkproces en verbetering van de administratieve processen. Zij voorzien

- Eind oktober 2017 is het percentage succesvolle opvragingen gestegen naar ruim 40%.

Gebruik door huisartsen in de eigen praktijk. Enkele HIS'en stonden het opvragen van Medicatiegegevens al enkele jaren toe. Medio 2017 volgden weer twee. Echter, huisartsen versturen ook 25 miljoen edifact berichten met elektronische recepten waarop ook weer een retourbericht komt. De huisartsen hebben via Medrec dus al de informatie over verstrekkingen. Ze kunnen hierbij ook de optie 'aanzetten' om een retourbericht te krijgen van een recept dat een specialist heeft gestuurd over hun patiënt. De functionaliteit via het LSP is nog vrij onbekend.

²⁰ Medische Contact, 7 september 2017, Paul Rijkse, blz. 9

dit door het inbedden van elektronische uitwisseling in werkprocessen en bij handelingen die elkaar als gevolg daarvan versterken. Een voorbeeld is dat bij drukte het moeten ophalen van de Professionele Samenvatting lastig is. Dan is het gebruik van het Landelijk Schakelpunt niet per definitie een oplossing, eerder een belemmering bij het doorwerken. De algehele conclusie is dat het Landelijk Schakelpunt wel nuttig is maar niet altijd even praktisch. Om hier verbetering in te krijgen moeten VZVZ en huisartsen en de leveranciers gezamenlijk naar een oplossing werken.

Op bestuurlijk niveau verwachten huisartsenposten dat de discussie vaker gevoerd moet gaan worden over de inhoud van de uit te wisselen informatie dan over de techniek.

7.3 Apothekers

In de vraaggesprekken bestond uitdrukkelijk ruimte voor de betrokkenen om aanbevelingen te doen. Deze zijn in drie aandachtsgebieden verdeeld:

- Technische verbeteringen;
- Meer aangesloten zorgverleners;
- Meer beschikbare dossiers (opt-in).

Technische verbeteringen

Nog steeds noemen apothekers storingen als een verbeterpunt. Evenals foutmeldingen die onvoldoende duidelijk maken wat er mis gaat bij het opvragen van gegevens. En de wachttijd is een veelgenoemde verbetermogelijkheid.

De beschikbare informatie zou moeten worden uitgebreid en juist, volledig en niet verouderd moeten zijn. Naast meer informatiebronnen is ook het soort informatie van belang voor apothekers, zoals uitslagen van laboratoriumonderzoeken en elektronische voorschriften. De informatie over bijvoorbeeld condities²¹ en het stoppen van inname wordt vaak genoemd. Tot slot geven apothekers in toenemende mate aan af te willen van de regionale schotten.

Aangesloten zorgverleners

Er leven nog steeds principiële vooroordelen. VZVZ kan zorgen dat het LSP goed aansluit bij de informatiebehoefte van zorgprofessionals en goed rekening houdt met hun absorptievermogen. Verder verwachten zorgverleners ondersteuning van VZVZ bij het inregelen van het gebruik van het Landelijk Schakelpunt in het werkproces. Ook zien zij een rol voor VZVZ bij het aanvraagproces van UZI-middelen.

Beschikbare informatie

De burgers zijn zich onvoldoende bewust van het belang van actuele medische gegevens. VZVZ zou volgens de apothekers een voorlichtingscampagne voor burgers moeten voeren. Bij de voorlichting moet VZVZ rekening houden met anderstaligen door goede visualisatie van de processen (bijvoorbeeld gebruik van beeldmateriaal).

7.4 Ziekenhuizen

Ziekenhuizen hebben behoefte aan een partij die regie voert en zorgt voor meer transmurale informatie-uitwisseling over de keten

De zorgsector verandert in snel tempo. Patiënten worden veeleisender, specialisten hebben behoefte aan verschillende soorten informatie, het zorglandschap verandert en er is meer aandacht voor waardegedreven zorg. Echter, de huidige digitale uitwisseling van medische gegevens verandert niet snel genoeg mee. Zo'n 70% van de CMIO's en CIO's van ziekenhuizen is hier (zeer) ontevreden over. De informatiemanagers missen een partij die centraal regie voert en zorgt voor goede standaarden. Vooral het kunnen uitwisselen van beelden, verslagen en overdrachtgegevens zien zij als een gemis. Zo'n 30 tot 40% van het veld ziet VZVZ als een mogelijke partij die kan adviseren en ondersteunen in de initiatiefase en de implementatiefase. Juist hier stagneren ontwikkeltrajecten nu vaak. Door vanuit de lokale behoefte de regionale agenda voor alle betrokkenen te organiseren, ontstaat meer druk op de ontwikkelagenda. Met als uiteindelijk resultaat de versnelling van de implementatie van de gewenste zorgtoepassingen, als opmaat voor een landelijk uitrol.

²¹ Bekend voorbeeld: de eeuwigdurende zwangerschap.

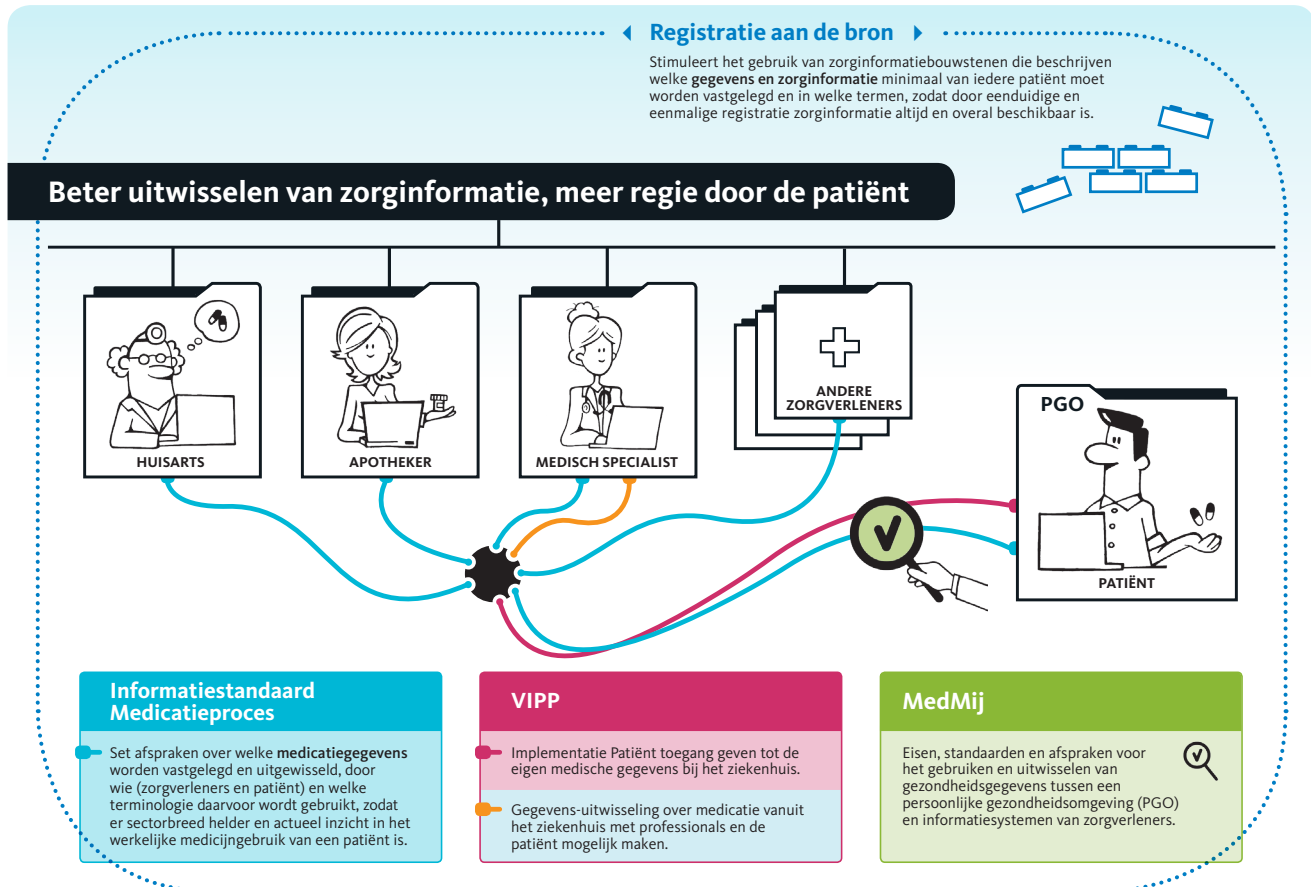
7.5 Patiënt

Patiëntenfederatie Nederland is samen met VWS drijvende kracht achter het programma MedMij. Het programma heeft als doel de patiënt (beter) in staat te stellen een functionele rol te spelen in zijn/haar zorgproces. Naast MedMij zijn er nog enkele initiatieven gestart. Veel partijen in het zorgveld zijn daar bij betrokken, waaronder VZVZ.

Transparantie over de gegeven toestemming en wie de gegevens inziet is cruciaal. Patiënten vinden het benaderen van het portaal van VZVZ omslachtig en moeilijk.

Privacy

Patiënten twijfelen over de veiligheid van de opgeslagen data. Transparantie daarover is ook daarom van belang. Hoewel niet direct van betrekking op de uitwisseling via het



In de hierboven gehanteerde onderzoeken zijn ook aanbevelingen terug te vinden. Met name op het gebied van toestemming, privacy en kennis zijn adviezen gegeven.

Toestemming

In april 2014 doet de Patiëntenfederatie de suggestie dat zorgverleners een actieve houding aannemen om toestemmingen te verkrijgen. Patiënten gaven aan eerder toestemming te geven als het hen in een gesprek gevraagd wordt, dan wanneer dat schriftelijk gebeurt.

LSP is dit ook voor VZVZ relevant, want de gegevens worden uitgewisseld, spelen een rol in de behandeling en zijn terug te vinden in het dossier.

Een volgende stap in het bewaken van de eigen privacy is de inzage in het dossier door de patiënt. Directe inzage in het digitale dossier is een wettelijke vereiste vanaf 2020. In het verlengde van privacy ligt kennis over rechten en plichten van de burger. Met name in de beantwoording van vragen over het opvolgen van privacy-schendingen.

Kennis

De aanbevelingen over privacy en toestemmingen geven de noodzaak van meer informatievoorziening aan. Met name op de gebieden:

- Welke systemen en wat gebeurt er in die systemen;
- Hoe zit het met het geografische bereik van mijn toestemming;
- Wat is de reikwijdte van de toestemming
 - Wat wordt er wel en wat niet uitgewisseld;
 - Wie kan wat wel en niet inzien;
- Wat zijn de rechten van de patiënt.

Volgjezorg.nl

Medio november 2017 is de website www.volgjezorg.nl gelanceerd. De website bundelt alle beschikbare faciliteiten die de patiënt online heeft bij VZVZ. Met deze website richt VZVZ zich nadrukkelijk op transparantie rond de toestemmingen van de patiënten en hun eigen invloed daarop.

Op twee terreinen zien we belangrijke ontwikkelingen. Met de instelling van het Informatieberaad Zorg is een beweging op gang gekomen die zich vertaalt in tal van programma's en projecten. VZVZ volgt de ontwikkelingen en de beraadslagingen in het Informatieberaad Zorg nauwgezet.

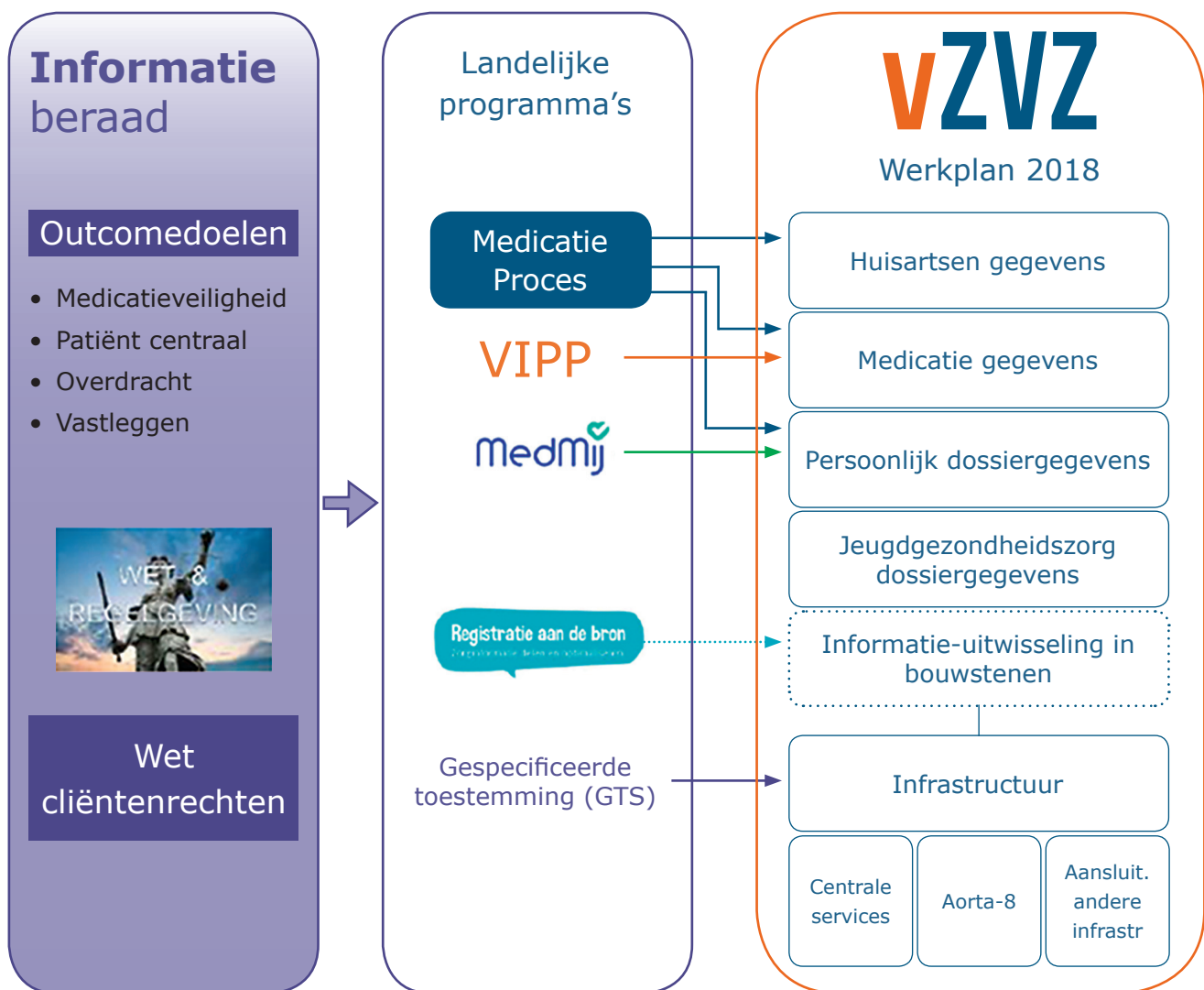
Daarnaast is de basisvoorziening van het Landelijk Schakelpunt ondersteunend voor de leden in hun dagelijkse praktijk. Met name omdat zij dienen uitvoering te geven aan ontwikkelingen op het gebied van gegevensuitwisseling die hun eigen beroepsgroep vaststelt. Daarbij valt te denken aan elektronisch voorschrijven, het delen van laboratoriumuitslagen etc. VZVZ is ook

actief betrokken bij grote programma's zoals Medicatieproces en Ketenzorg. Programma's die er op gericht zijn digitale overdracht in de keten te faciliteren.

Het Informatieberaad Zorg heeft vier outcome-doelen geformuleerd:

- Medicatieveiligheid;
- Patiënt centraal;
- Overdracht;
- Eenmalig vastleggen en hergebruik.

Om die te realiseren zijn diensten en producten van VZVZ gewenst. Onderstaand diagram geeft weer hoe de betrokkenheid van VZVZ bij verschillende programma's en randvoorwaardelijke projecten is.



8.1 PROVES

PROVES is een initiatief van een brede coalitie van partijen, die actief zijn in de gegevensuitwisseling in de zorg. PROVES toetst de mogelijke varianten van de MedMij-architectuur in de praktijk. Het programma test of de gegevensuitwisseling tussen patiënt en zorgverlener in een praktijksituatie verloopt zoals in de voorbereidende fase is beschreven. PROVES wordt ook benut om de producten van het programma Gespecificeerde Toestemming (GTS) in een praktijksituatie te testen en waar nodig verder te ontwikkelen. Beide programma's hebben behoefte aan dezelfde gemeenschappelijke voorzieningen, zoals het digitale adresboek van alle zorgaanbieders in Nederland (ZAB), een zgn. vertaalservice voor standaarden en een betrouwbare authenticatie en identificatie van personen.

Rol VZVZ

VZVZ werkt bij alle onderdelen van de programma's MedMij en GTS samen met softwareleveranciers. Het gaat dan om de realisatie van de componenten van de Proof of Concepts (PoC's) van zowel de MedMij- als GTS-voorzieningen. En de verantwoordelijkheid voor de realisatie van de centrale voorzieningen het Zorg Adresboek (ZAB), vertaalservices en Zorg-ID. Het Landelijk Schakelpunt zal bovendien worden aangepast om op MedMij en GTS aan te sluiten.

8.2 MedMij

Voor het veilig uitwisselen moeten de systemen van gezondheidsomgevingen en die van zorgorganisaties voldoen aan het afsprakenstelsel van MedMij. Ook het uitwisselen van gegevens zelf moet aan allerlei spelregels voldoen. Zo zorgt MedMij er voor dat gezondheidsdata uit verschillende bronnen op eenzelfde, maar ook veilige en vertrouwde manier bijeen gebracht kan worden.

Het Informatieberaad Zorg, wil het mogelijk maken dat iedereen die dat wil zijn/haar gezondheidsgegevens kan verzamelen en gebruiken binnen een zelf gekozen persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO). Om dit doel in 2020 te bereiken is het programma MedMij gestart.

VZVZ werkt al enige tijd mee aan pilots in Friesland en Nijmegen waarbij resp.

medicatiegegevens en gegevens van de huisarts in een soort PGO van de patiënt zijn te laden.

8.3 GTS

Binnen het programma Gespecificeerde Toestemmingsstructuur (GTS) werken koepelorganisaties van zorgverleners en Patiëntenfederatie Nederland aan een praktische oplossing voor het geven van deze toestemmingen. Een oplossing waarbij de patiënt meer regie krijgt op het elektronisch delen van zijn gegevens én zorgverleners zich kunnen blijven concentreren op het bieden van de beste medische zorg aan de patiënt. Die oplossing krijgt vorm in een online toestemmingsprofiel waarin iedere Nederlander zijn toestemmingen voor het beschikbaar stellen van (delen van) zijn medische gegevens kan vastleggen, inzien en aanpassen. Zo heeft hij altijd overzicht welke zorgaanbieders hij toestemming heeft gegeven om gegevens beschikbaar te stellen aan andere beroepsgroepen die betrokken zijn bij zijn behandeling.

VZVZ beproeft het eerste ontwerp in een PoC als onderdeel van PROVES.

8.4 ZAB

Om vanuit de verschillende programma's op eenduidige en uniforme manier een zorgverlener of zorgaanbieder te vinden is het Zorgaanbiedersadresboek (ZAB) ontwikkeld. Alle systemen en hun gebruikers van de nationale zorginfrastructuur kunnen gebruik maken van het Zorgaanbiedersadresboek.

VZVZ heeft het Zorgaanbiedersadresboek onlangs opgeleverd.

8.5 ZORG-ID

Zorgverleners zijn zich nauwelijks bewust van de verschillende schakels in de hele keten. Als iets hapert in die keten is de conclusie: "Het LSP doet het niet". VZVZ heeft in toenemende mate de oplossing van dergelijke verstoringen opgepakt. Dat heeft uiteindelijk geleid tot echte vernieuwingen zoals ZORG-ID, een onafhankelijk platform voor authenticatie en autorisatie. Het heeft de nodige verstoringen en vertragingen met de UZI-middelen opgelost.

ZORG-ID is tot stand gekomen dankzij intensieve samenwerking van VZVZ en CIBG.

8.6 Vertaalservice

Uniformering door standaardisering. Het gebruik van de HL7 standaard is wijdverbreid. Echter HL7 kent verschillende versies. De nieuwste versie (FIHR) kan niet altijd communiceren met bestaande systemen. Om dat mogelijk te maken heeft VZVZ de vertaalservice ontwikkeld.

8.7 Medicatieproces

In het kader van de verbetering van de medicatieveiligheid loopt het landelijke programma Medicatieproces, onder programmamanagement van Nictiz. Dit programma levert de standaarden op waarmee betrokken zorgverleners informatie met betrekking tot het medicatieproces met elkaar en de patiënt kunnen delen. Hiermee kan onder meer informatie over ontslagmedicatie worden gedeeld met andere zorgverleners, evenals een overzicht van de voorgeschreven medicijnen versus het gebruik door de patiënt.

8.8 Ketenzorg

Het programma Ketenzorg bevindt zich in de pilot-fase, waarin twee zorggroepen de uitwisseling en de standaarden beproeven.

Binnen de pilot wordt de uitwisseling van informatie ten behoeve van het ketenzorgproces op basis van bouwstenen en generieke berichten gerealiseerd. De uitwisseling wordt voor de ketenzorg aan chronische patiënten met diabetes, COPD en CVRM gebruikt.

8.9 Koppeltaal

VZVZ werkt nauw samen met de stichting Koppeltaal. Koppeltaal is een informatie- en een integratiestandaard waarmee GGZ- en verslavings-zorgaanbieders hun informatie-systemen met elkaar kunnen integreren. Koppeltaal stelt GGZ-instellingen in staat hun cliënten toegang tot eHealth-modules van verschillende leveranciers te geven. Koppeltaal GGZ is niet alleen een "taal" die kan koppelen maar ook een technische oplossing, een "communicatie-server", voor het uitwisselen van gegevens tussen systemen. Koppeltaal is een technische oplossing, maar haar toegevoegde waarde gaat verder: Koppeltaal is een infrastructuur voor data, zodat data uit verschillende bronsystemen met elkaar verbonden kunnen worden.

17 IT-leveranciers in de GGZ hebben de standaarden van Koppeltaal in hun applicaties opgenomen en Koppeltaal is bij 25 zorgaanbieders in gebruik.

Geraadpleegde bronnen

Artikelen en rapporten:

- Adler-Milstein, J., Bates, D.W. & Jha. A.K. (2011). A survey of health information exchange organizations in the United States: implications for meaningful use. *Annals of Internal Medicine*
- Bemt, P.M.L.A., Egberts, T.C.G. & Leendertse A. (2006). Hospital Admissions related to medication (HARM): een prospectief, multicenter onderzoek naar geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopnames. *Division of Pharmacoeconomics, Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences*, 1-80
- Bilo, H.J.G. (2007). Elektronische uitwisseling. *Medisch Contact*
- Bokma, J.A., Winter. J.P. de. & Bouquet, M. Het elektronisch patiëntendossier: praktijkervaringen en veiligheidsaspecten. *Tijdschrift voor kindergeneeskunde*, 75:50-53. doi 10.1007/BF03061660
- Bonthuis, M.J. (2008). Privacy en het landelijk elektronisch patiëntendossier. *Onderzoek op basis van juridisch raamwerk*, 1-51.
- CBS. (2016). Zorguitgaven stijgen langzamer
- Centrum voor Ethiek en Gezondheid. (2013). Argumentenwijzer over Elektronische Patiëntendossier, 1-12
- J.K.M. Gevers, Toestemming van de patiënt bij elektronische gegevensuitwisseling in de ketenzorg, VZVZ en InEen, Den Haag/Utrecht, juni 2016
- IGZ. (2016). Veilig voorschrijven moet beter: een gezamenlijke zorgbrede verantwoordelijkheid, 1-79.
- Jansen, Koppes, Reitsma, Verheij, (2015). Elektronische gegevensuitwisseling in de zorg: ervaringen en opvattingen van zorgverleners en zorggebruikers. NIVEL
- Kaelber, D. & Pan, E.C. (2008). The value of Personal Health Record (PHR) Systems. *AMIA Annu Symp Proc*.
- Knotnerus, S. & Stegwee, R. (2010). De opbrengst van het EPD. *ICT zorg*, 28-29
- Krijgsman, J., Bie, J., Burghouts, A., Jong, J. de., Cath, G.J. Gennip, L. van., & Friele, R. (2013). eHealth, verder dan je denkt: ehealth-monitor 2013. Nictiz en NIVEL, 1-128
- Krijgsman, J., Peeters, J., Burghouts, A., Brabers, A., Jong, J. de., Beenkens, F., Friele, R. & Gennip, L. van. (2014) Op naar meerwaarde! eHealth-monitor 2014. Nictiz en NIVEL.
- Krijgsman, J., José Peeters, Arina Burghouts, Anne Brabers, Judith de Jong, Tamara Moll, Roland Friele, Lies van Gennip. (2016) Tussen vonk en vlam; eHealth-monitor 2015. Nictiz en NIVEL
- Krijgsman, J., Ilse Swinkels, Britt van Lettow, Judith de Jong, Kim Out, Roland Friele en Lies van Gennip. (2017) Meer dan techniek; eHealth-monitor 2016. Nictiz en NIVEL
- Lemmens, L.C., & Weda. M. (2015). Polyfarmacie bij kwetsbare ouderen: risico's rondom overgangen tussen eerste- en tweedelijnszorg. RIVM Briefrapport 2015-0088
- Middel, B. (2008). Clinical pharmacist and medical care: systematic review. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice*, 6
- Miller, D., Gray, C.S., Kuluski, K. & Cott. C. (2014) Patient-centered care and patient-reported measures: let's look before we leap. *Springlink.com*, no. 30 (10)
- Moll, H.A., & Winter, J.P. de. (2007). Het elektronisch patiëntendossier: fictie of feit? *Tijdschrift voor kindergeneeskunde*, 75, 48-49. doi: 10.1007/BF03061659
- NHG. (2012). Het elektronisch huisartsendossier (H-EPD): Gelukkige staat alles in mijn dossier, dokter. *Rapport Nederlands Huisartsen genootschap*
- Panis, F. (2016). Medische fouten. *Consumentenbond*
- Patiëntenfederatie Nederland, maart 2011, Meldactie 'Overdracht medicijngegevens'
- Patiëntenfederatie Nederland, november 2011 – januari 2012, Meldactie 'Samenwerking tussen zorgverleners'
- Patiëntenfederatie Nederland, april 2014, Meldactie 'Toestemming uitwisselen medische gegevens'
- Patiëntenfederatie Nederland, september 2016, Meldactie 'Privacy' (inzage medisch dossier)
- Patiëntenfederatie Nederland, november 2016, Gezamenlijke Meldactie Privacy

- Plexus. (2015). De medisch specialist. Wetenschappelijke vereniging, Universiteit Leiden, 1-72
- Sanders, R. (2014). Ziekenhuizen zoeken massaal naar beter EPD/ZIS. Computable
- Sinnige, J., Jozé. C., B., Schellevis, F, G., Hek, K. Stirbu, I. & Gert.P. (2017). Bij iedere huisarts evenveel pillen?
- Staaïj, R. van, der. (2015). Waarom een landelijk EPD nodig? Position paper, 1-3
- Stichting Transmurale Zorg. (2013). Veilig en betere medicatie
- Sturkenboom, M.C.J.M., Vanrollghem, A.M., Bent, P.M.L.A., Hek, K., Lghoul-Oualad Said, F. et al. (2017). Eindrapport: Vervolgonderzoek Medicatieveiligheid. EMC, NIVEL, Radboud UMC en PHARMO.
- F. Tamsma (april 2017), Wie kan bij uw dossier?, Test Consumentenbond
- TNS NIPObase. (2009). Evaluatie Elektronisch Patiëntendossier
- Twickler, B.M., Hoogstraaten, E., Reuwer, A.Q., Singles, Loes., Stronks, K. & Essink-Bot, M.L. (2009). Laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden vragen om een antwoord in de zorg. Nederlandse Tijdschrift voor Geneeskunde. 153: A250.
- VZVZ. (2016 A). Teken voor goede en veilige zorg!
- Zorgvisie. (2016). Stijgende zorgkosten

Webpagina's:

- Brinke, R. Van, den. (2017). Verkregen via <http://nos.nl/artikel/2156081-meer-mensen-in-het-ziekenhuis-door-problemen-met-medicijnen.html>
- Lambregtse. (2015). Chronisch zieken. Verkregen via <https://www.ser.nl/nl/publicaties/ser/2015/december2015-januari2016/chronisch-zieken.aspx>
- NIVEL. (2012). Rapportage: ontwikkeling in de zorg voor chronisch zieken. Verkregen via <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/inhoud/kwaliteit-zorg-bij-chronische-ziekte>
- RIVM. (2013). Aantal chronisch zieken neemt toe. Verkregen via http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Nieuwsberichten/2013/Aantal_chronisch_zieken_neemt_toe
- VZVZ. (2016B). Verkregen via <https://www.vzvz.nl/page/Zorgconsument/Links/Vraag-en-antwoord/Over-inzage>
- VZVZ. (2017). Verkregen via <https://www.vzvz.nl/page/Zorgverlener/Het-LSP/Hoe-werkt-het/UZI>
- <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/sociale-media.htm>
- https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/toekomstvisie_-_nhg-lhv-standpunt_het_elektronisch_huisartsendossier_h-epd_-_gegevensbeheer_en_gegevensuitwisseling_april_2010.pdf

Kamerstukken:

- Kamerstuk II, vergadering 2016-2017, 29477, nr. 413

Interviews:

- Dr. V. (Valentijn) Deijns, huisarts, 26-09-2016. Beter zorg door het LSP? Denk het wel!
- Jaap Dik, ledenraad VZVZ, 20-4-2017
- Dr. M. (Manon) Kuilboer, productmanager huisartsen, 18-04-2017
- Y. (Yoe) Kwa, programmamanager Medicatie, 12-04-2017
- B. (Bart) Molenaar, productiemanager medicatie, 11-04-2017
- Jan Willem ten Pas, ledenraad VZVZ, 26-4-2017
- Albert Jan Schutte, ledenraad VZVZ, 20-4-2017

- Han-Paul Spiers, ledenraad VZVZ, 25-4-2017
- I. (Inge) Stollman, apotheker, 01-11-2016. ICA-gegevens huisarts zeer waardevol.
- Gerben Welling, ledenraad VZVZ, 13-4-2017
- Online groepsgesprekken Digitaal Zorgpanel Patiëntenfederatie Nederland, april 2017

Interne rapportages

- Leidt gebruik van het LSP tot betere en doelmatiger zorg? Onderzoek naar de effecten van het LSP (2015) Significant
- R. Van Gaalen, J. Jonasse en De Lijster, (juli 2017) Wat zijn de ervaringen met het LSP en waar liggen kansen ter verbetering? Highlight rapportage kwalitatief onderzoek, SAMR

- Blom, van Bruggen (2017), Leidt het gebruik van LSP door huisartsen tot betere en doelmatigere zorg, vervolgmeting 2017 van de effecten van het LSP?, Significant
- Mr. C. Soeterbroek MHA, Mr. J. Krabben (2017), Randvoorwaarden en wettelijke kaders VZVZ, VZVZ
- Kasmi S. (2017), Rapportage literatuuronderzoek, Effecten en baten van digitaal uitwisselen van medische gegevens, VZVZ

AIS	Apotheekinformatiesysteem (AIS'en)	KIS	Keteninformatiesysteem (KIS'en)
AMO	Actueel Medicatie Overzicht	KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
AORTA	Analyse Ontwerp Realisatie Technische Architectuur	LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
AVG	Algemene Verordening Gegevensbescherming	LSP	Landelijk Schakelpunt
AP	Autoriteit Persoonsgegevens	NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
BIG	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg	NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
BSN	Burgerservicenummer (BSN's)	PGO	Persoonlijke Gezondheidsomgeving
CBP	College bescherming persoonsgegevens (sinds 2017 de Autoriteit Persoonsgegevens)	PoC	Proof of Concept
GBZ	Goed beheerd zorgsysteem (GBZ'en)	SEH	Spoedeisende Hulp
GZN	Goed beheerd zorgnetwerk (GZN'en)	UZI	Unieke Zorgverlener Identificatie
GTS	Gespecificeerde Toestemming Structureel	VECOZO	Veilige communicatie in de zorg
HAP	Huisartsenpost (HAP's)	Wbp	Wet bescherming persoonsgegevens
HDS	Huisartsendienstenstructuur (HDS'en)	WGBO	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
HIS	Huisartsinformatiesysteem (HIS'en)	Wgdi	Wet generieke digitale infrastructuur
HAPIS	Huisartsenpostinformatiesysteem (HAPIS'en)	WID	Wettelijk Identificatie Document
ICA	Intoleranties, contra-indicaties en allergieën	XIS	willekeurig zorginformatiesysteem (XIS'en)
		ZAB	Zorgaanbiedersadresboek
		ZSP	Zorgserviceprovider (ZSP's)

Dit is een uitgave van de Vereniging van
Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie

Oude Middenweg 55
2491 AC Den Haag

☎ 070 317 34 92

support@vzvz.nl