



RAPPORT

ICT- Masterplan

In opdracht van de Friese Huisartsen Vereniging en Dokterszorg Friesland

Rob Poels
Anne Goossens

1 december 2021



Inhoudsopgave

1. Inleiding	4
2. Ambitie	6
2.1. Willen: integratie en innovatie	8
2.1.1. ICT-ondersteuning in het zorgnetwerk	8
2.1.2. eHealth	11
2.1.3. Data & AI	11
2.2. Kunnen: afhankelijk van HIS leveranciers & ontbrekende kennis	13
2.2.1. Afhankelijkheid HIS leveranciers	13
2.2.2. Weinig tijd/capaciteit en kennis bij huisartsen op het gebied van ICT	13
2.3. Moeten: te weinig mensen en te veel initiatieven	14
2.3.1. Te kort aan huisartsen	14
2.3.2. Veelheid aan initiatieven	14
2.4. Gekozen ambitie: focus op integreren met ruimte voor innoveren	16
2.4.1. Integratie in het (Friese)zorgnetwerk	17
2.4.2. Ruimte voor het experiment	17
3. Uitwerken ambitie	18
3.1. Integratie in het zorgnetwerk: pragmatische regionale aanpak	18
3.1.1. Eenheid van taal	18
3.1.2. Prioritering in gewenste aansluitingen	19
3.1.3. "Informationoverload"	23
3.2. PGO-ontwikkelingen: actief participeren	23
3.3. IT van twee snelheden: innovatie vraagt om een andere benadering	24
3.4. Invullen randvoorwaarden ambities ICT-Masterplan	25
3.4.1. CMIO aanstellen	25
3.4.2. Continuïteit van dienstverlening borgen (marathonloper)	26
3.4.3. Innoveren (sprinter)	26
3.4.4. Adequaat beheer borgen	26
3.4.5. IT-Governance inrichten: wie is waarvoor verantwoordelijk?	27
3.4.6. Kennis infrastructuur aanleggen	28
4. Wat er nu al gebeurt	29
4.1. Relevante Friese gremia	29
4.1.1. Stichting Gerrit	29
4.1.2. RIVO	29
4.1.3. ROS Friesland	29
4.2. Landelijke programma's	29
4.2.1. Met Spoed Beschikbaar (MSB)	29
4.2.2. Medicatieoverdracht	30
4.3. Regionale programma's	30



4.3.1. VIPP Open	30
4.3.2. Communicatie HA – VVT	30
4.3.3. Thuismetingen/ zorg op afstand	30
4.3.4. Vecozo	31
4.3.5. Zorgviewer	31
4.3.6. Gemeentes	31
4.3.7. Digitale overdracht ACP	31
4.3.8. Doorontwikkeling PGO	31
4.3.9. Alternatief voor zorgdomein	31
5. Pragmatisch aan de slag	32
5.1. Randvoorwaarden scheppen	32
5.1.1. Inrichting IT-functie	32
5.1.2. Huis op orde	32
5.1.3. Kennis infrastructuur	32
5.2. Integreeren	33
5.3. Innovatie	34
5.4. Planning	355
Bijlagen	36
Bijlage 1: Communicatieplan & betrokkenen	37
Bijlage 2: Verantwoordling uitgezette enquête	38
Bijlage 3: Profiel CMIO (Ineen)	39



1. Inleiding

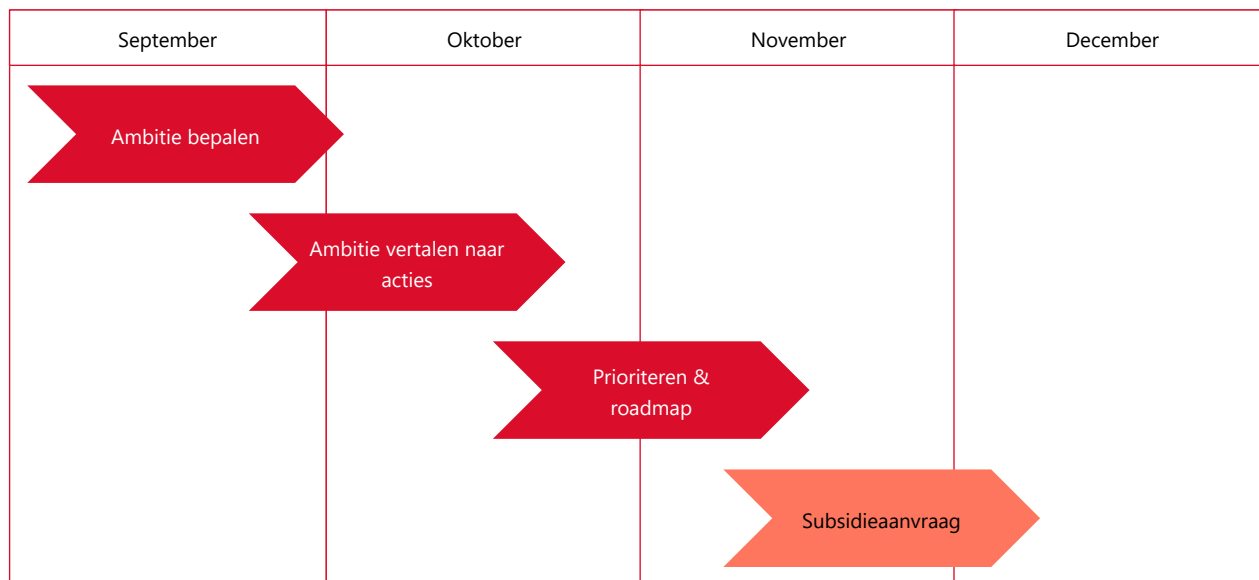
Digitalisering biedt veel kansen voor de Friese huisartsen en er zijn dan ook veel initiatieven op dit gebied. Er is behoefte om dit meer in samenhang te besturen én de huisartsen nadrukkelijker te betrekken in dit vraagstuk.

De Friese Huisartsen Vereniging (FHV) heeft dit onderwerp nadrukkelijk geagendeerd in het meerjarenplan: *“De komende jaren willen wij meer focus aanbrengen op de ontwikkelingen rond ICT. Als eerste doel zien wij het opstellen van een masterplan waarin beschreven staat welke ICT we willen inzetten en welke activiteiten daarvoor nodig zijn. Als resultaten willen wij een gedragen meerjarenvisie voor ICT, waarbij ICT een middel is voor het gestelde doel om zorg waar gewenst via digitale kanalen te kunnen aanbieden en de communicatie met patiënten en andere zorgverleners in de keten optimaal verloopt, zodat zorgverleners altijd over de laatste informatie kunnen beschikken.”*

In deze notitie starten we met het formuleren van de ambitie van de Friese regio. Wij doen dit door in balans te kijken naar wat de FHV wil, kan en moet. Deze visie hebben we vervolgens in meer detail uitgewerkt. Om tot een reëel en haalbaar plan te komen gaan we daarna in op al lopende initiatieven in relatie tot de visie die geformuleerd is. Dit leidt uiteindelijk tot een concreet stappenplan.

Aanpak

In de basis is de aanpak eenvoudig: we starten met de ambitie, vertalen deze naar acties, prioriteren deze acties en zetten de acties uit in een roadmap. Figuur 1 geeft dit weer. Vanuit de zorgverzekeraars zijn er stimuleringsmaatregelen beschikbaar gesteld als het gaat om digitalisering. Dat betekent dat we op basis van de plannen ook een subsidieaanvraag kunnen gaan doen om zo de gedefinieerde stappen uit te voeren.



Figuur 1: Planning

Bij het opstellen van een plan dat draagvlak heeft, is het belangrijk dat de verschillende stakeholders bij de FHV/ Dokterszorg betrokken worden. In bijlage 1 is hiervoor een communicatieplan opgenomen. Hierin staat wie, wanneer en op welke manier betrokken is geweest.

Om de toch al drukke stakeholders niet te veel te belasten, hebben we de aanpak gekozen om expertmatig zaken voor te bereiden en deze daarna te laten toetsen. Dit in het kader van “het is moeilijker om een ei te leggen dan een ei te

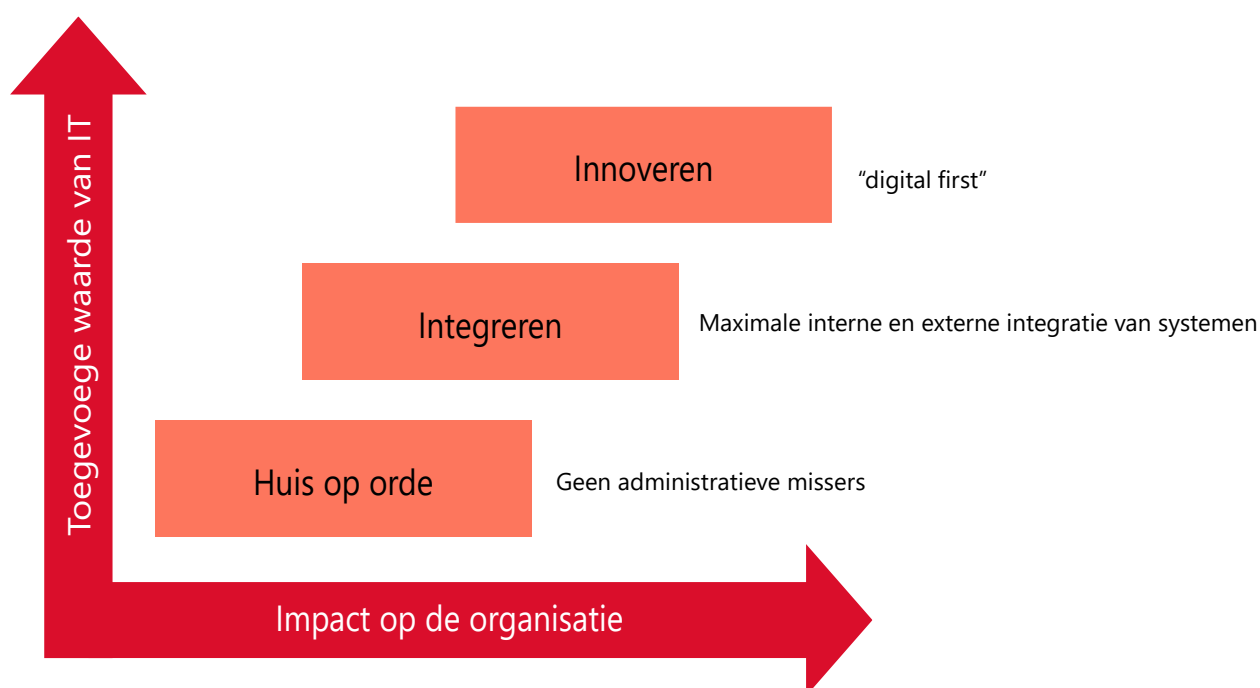


keuren". Zo behouden we toch snelheid, belasten we de betrokkenen niet te veel en is er voldoende ruimte om zaken aan te scherpen.



2. Ambitie

Het is van belang om eerst de ambitie van het ICT-masterplan vast te stellen. Figuur 2 laat zien dat hoe hoger de toegevoegde waarde van IT is, hoe groter de impact op de organisatie is. Het is daarmee mogelijk om te kiezen welke rol IT speelt voor de verschillende praktijken. Er is geen goed of slecht oordeel, maar het vraagt wel een bewuste keuze waarop we gaan inzetten. Is het voor de FHV voldoende om het huis op orde te hebben als het gaat om IT? Het belangrijkste is dat de administratie op orde is, zodat alles gericht kan worden op het persoonlijk face-to-face contact met de patiënt. Als gekozen wordt voor dit ambitieniveau, dan is de impact op de dagelijkse gang van zaken niet groot.



Figuur 2: Verschillende mogelijke ambitieniveaus als het gaat om inzet van IT

Het is een interessante discussie wat "huis op orde" precies betekent, omdat de gestelde IT-eisen steeds hoger zijn geworden. De "norm" verschuift in de tijd. Hieronder toch een poging om te definiëren wat huis op orde inhoudt:

- Stabiele IT-infrastructuur (geen uitval van het netwerk, telefonie)
- Adequate informatiebeveiliging volgens NEN 7510
- Complete en actuele patiëntendossiers
- Portaal waar patiënten hun eigen dossiers kunnen inzien
- Aansluiting op het LSP (daarbij patiënten akkoord laten geven voor het delen van patiëntgegevens via het LSP. Naast aansluiten ook "open" zetten van de dossiers.)
- Ontsluiting naar PGO (VIPP 5)
- Geautomatiseerd lab aanvragen kunnen doen
- Voorschriften van medicijnen geautomatiseerd doorgeven aan Apotheek
- Geen Fax meer, veilig mailen
- Iedereen in de praktijk heeft zijn of haar "digitale rijbewijs" en handelt als zodanig.



Een hoger ambitieniveau is het volgende: IT inzetten om een goede verbinding te maken met zorgpartners. Het meest concreet is dit met ondersteuning van de chronische zorg, maar ook met verbindingen met VVT, GGZ, gemeenten, enz. Dit ambitieniveau betekent ook een andere manier van werken en communiceren. De impact van dit ambitieniveau is daarmee groter dan het ambitieniveau waarbij het "huis op orde" is.

Het hoogste ambitieniveau is wat wij "innovatie" noemen. Hierbij ga je fundamenteel nadenken over hoe de zorg 'slim ingeregeld' kan worden met minder administratieve lasten, meer tijd voor de patiënt en minder gedoe. Een illustratief voorbeeld is "Biking dokters": <https://www.bikingdoctors.nl/>. Dit is niet bedoeld als "wenkend perspectief voor dé huisartsenpraktijk", maar een voorbeeld hoe je met technologie je organisatie fundamenteel anders kunt organiseren. *"Bij Biking Doctors bieden we huisartsenzorg die past bij deze tijd. We doen het dan ook nét even anders dan dat je misschien gewend bent. Zo heb je bij ons direct contact met de huisarts – zonder tussenkomst van een assistent. Omdat we werken op afspraak, hang je nooit in de wacht. Je bepaalt zelf wanneer de huisarts contact met je opneemt. Indien mogelijk helpen we je direct telefonisch of tijdens een videogesprek. Stuur je liever een bericht met een foto? Geen probleem; dit alles is mogelijk met onze webapp, evenals het herhalen van medicatie en het inzien van je dossier. Vraagt de situatie om een uitgebreid consult, of om lichamelijk onderzoek? Dan fietsen we bij je langs met onze one-of-a-kind bakfiets (goed voor de gezondheid van onze huisarts, en goed voor het milieu!). Je bent op afspraak natuurlijk ook van harte welkom in het Babylon Hotel, mocht het thuis of op het werk niet uitkomen. Tijdens de afspraak nemen we graag de tijd voor je. Doordat we de nadruk leggen op telefonische en digitale afspraken, hebben we juist langer de tijd als we bij je langskomen."*

Hier volgt nog een voorbeeld waarbij geldt dat je door digitalisering meer tijd hebt voor de patiënt. Dit betekent wel een fundamentele herbezinning op hoe je als huisarts goede zorg wil verlenen.

Westerdokers <https://westerdokers.nl/>: *"Met Westerdokers communiceert u via de webapplicatie op uw smartphone, tablet of computer. De webapplicatie helpt u om veel zaken zelfstandig te regelen, zoals het maken van afspraken, chatten of bestellen van chronische medicatie. Vraag uw inloggegevens aan bij uw eerste bezoek.*

Bij Westerdokers krijgt u een dokter aan de lijn als u een terugbelafpraak boekt. Zo kunnen wij in veel gevallen uw vragen direct beantwoorden. Ook elk ander contact; e-consult, chat, videogesprek wordt beantwoord door een dokter. Samen met u besluiten we wat nodig is.

Bij Westerdokers werken wij uitsluitend op afspraak. Daardoor kennen we geen wachttijden en treft u doorgaans een lege wachtkamer aan. Dit geldt ook voor telefonisch contact als u via de webapplicatie een belafpraak maakt met de dokter (het tijdstip kunt u zelf bepalen)

Door breed gebruik van de webapplicatie en telefonische consulten met de dokters hebben we meer tijd dan gebruikelijk voor consulten in de praktijk.

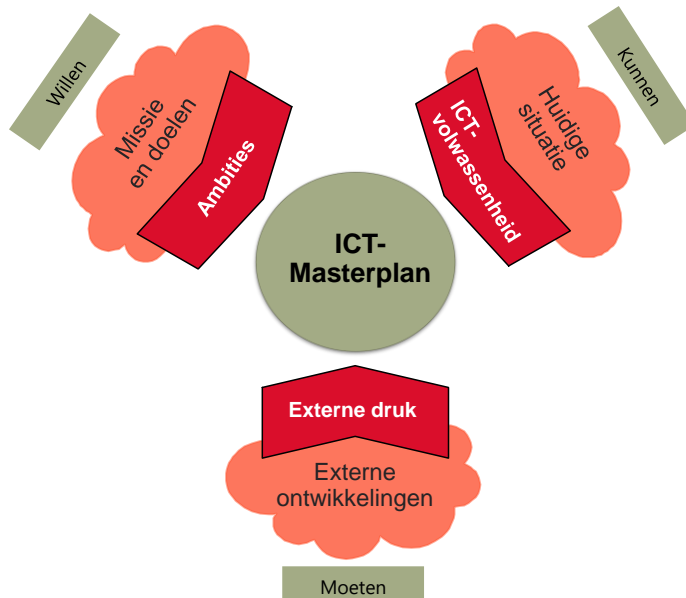
De webapplicatie geeft u gedeeltelijk inzicht in uw medisch dossier (recente uitslagen, medicatie en brieven van specialisten). Zo heeft u uw medische gegevens altijd bij de hand, ook in het buitenland (de webapplicatie is er ook in het Engels). De applicatie voldoet aan alle wettelijke eisen omtrent privacy."

Het vinden van een goede balans tussen digitaal en fysiek is natuurlijk de sleutel hierin. Met Quin dokters (<https://quindokters.nl/nl>) hebben we gezien waar de grens ligt:



Het spreekt voor zich dat de genoemde innovatieve concepten een grote impact op de organisatie hebben.

De vraag is wat een reëel, haalbaar en wenselijk ambitieniveau is voor de FHV en Dokterszorg Friesland. Het is zoeken naar een balans van wat je wil, wat je kan en wat je moet. Ter illustratie zie onderstaande figuur 3.



Figuur 3: Een reëel, haalbaar en wenselijk ICT-Masterplan bevat drie invalshoeken.

‘Willen’ staat voor de ambitie die je als provincie hebt. Hoe hoog ligt de lat? We hebben in deze figuur materiaal van het meerjarenplan en een aantal lopende projecten gebruikt om dit te duiden. Om een haalbaar plan te maken is het van belang goed zicht te krijgen op wat we noemen de “ICT-volwassenheid”. Het gaat om de vraag wat FHV en Dokterszorg aan **‘kunnen’**. Dit gaat over de inzet van mensen en middelen. Is er voldoende kennis, tijd en zijn er wellicht technische beperkingen of juist “enablers” in de systemen die in de provincie gebruikt worden?

Wat vaak vergeten wordt, is dat er ook initiatieven van buiten komen, die dwars door bestaande plannen heen lopen. Denk aan landelijke initiatieven of aan initiatieven van zorgpartners in de provincie. Dit hebben we gerubriceerd in de categorie **‘moeten’**. Er wordt op allerlei manieren druk uitgeoefend om toch hieraan mee te werken. Bij het maken van een plan is het goed om expliciet stil te staan bij deze verplichtingen. Omdat dit soort zaken niet altijd vooraf bekend zijn, is het ook goed om enige ruimte open te laten om mee te liften op de relevante, externe initiatieven.

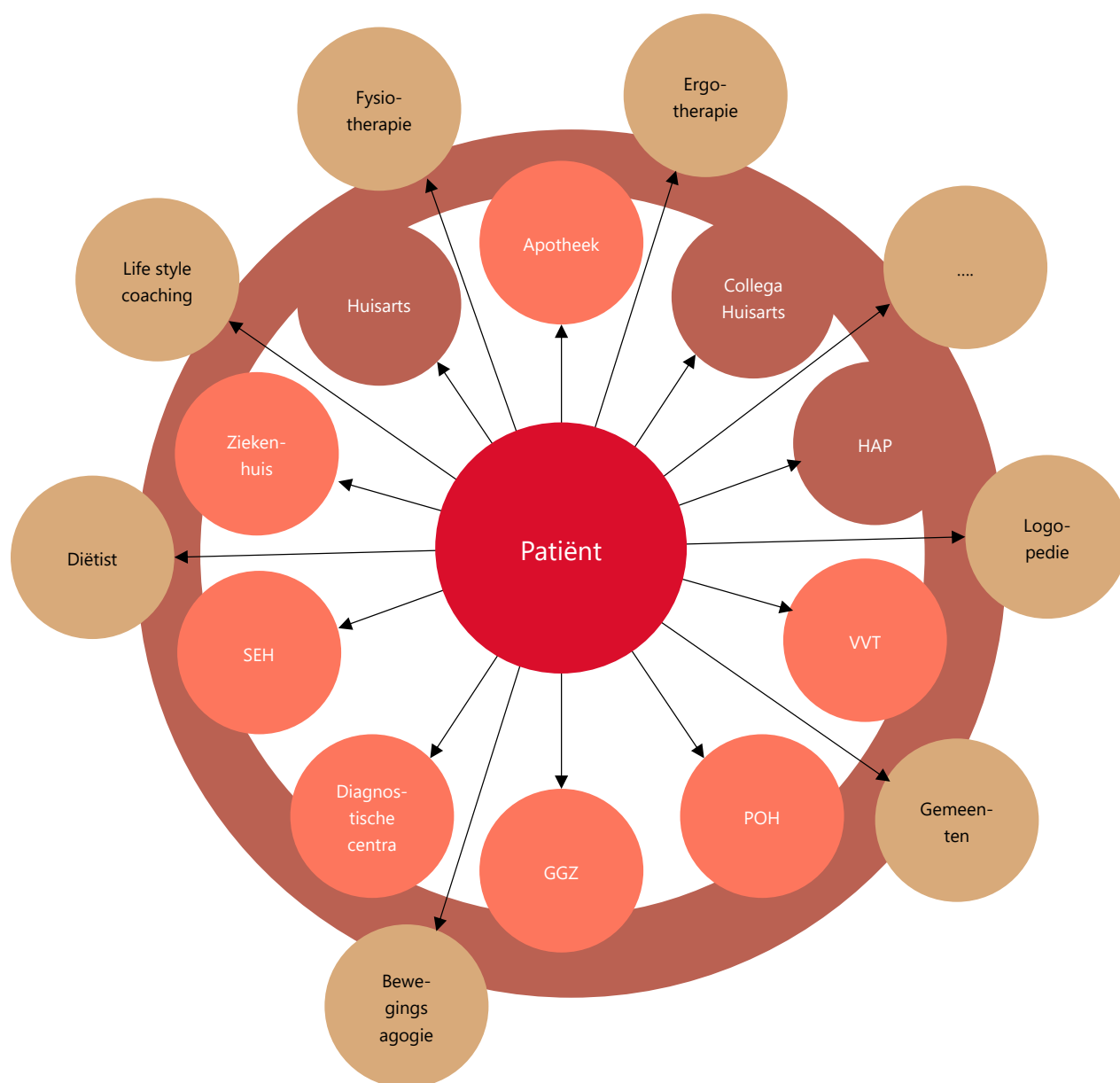
Wat we nu doen is deze drie invalshoeken nader verkennen.

2.1. Willen: integratie en innovatie

Wat zouden we willen vanuit de FHV en Dokterszorg Friesland? Hierbij worden een aantal thema’s nader uitgewerkt.

2.1.1. ICT-ondersteuning in het zorgnetwerk

De huisarts is één van de vele schakels in het netwerk om de patiënt te helpen zoals figuur 4 aangeeft. Het ideaalbeeld is, dat je als huisarts via je eigen systeem, met één keer inloggen met je UZI-pas, alle relevante gegevens hebt van je patiënt van alle partners in het netwerk. Voorwaarde is dat de patiënt hier toestemming voor geeft. Verder wil je op een eenvoudige manier relevante patiëntgegevens kunnen overdragen naar partners in het netwerk. Dit hebben we in figuur 9 geïllustreerd met de bruine ring waarmee alle zorgverleners met elkaar verbonden zijn.



Figuur 4: Huisarts in het zorgnetwerk

Als het gaat om communiceren met zorgpartners betreft het zaken als:

- Dagelijkse operatie, waarbij je samenwerkt met diagnostische centra, apotheek, ziekenhuis, thuiszorg, HAP, etc.
- Persoonsgerichte zorg
- Netwerkgang ouderen
- Samenwerkingsverband/ zorgarrangementen faciliteren met ICT - Integratie 1e en 2e lijn
- Inschakelen van huisarts op afstand bij vakanties
- Intercollegiaal overleg (telefoon, video), waarbij beiden hetzelfde actuele patiëntendossier beschikbaar hebben
- Etc.

Een relatief nieuw fenomeen is het ontstaan van digitale platforms. Dat zijn platforms die een deel van de communicatie voor hun rekening nemen. Deze bieden de belofte dat, als iedereen aansluit op een dergelijk platform, de communicatie geregeld is. Het probleem is wel dat er een enorme hoeveelheid aan platforms is (zie tabel 1



hieronder) én dat je niet weet welke platforms gaan overleven. De wet van digitale platforms zoals Facebook en Amazon is, dat er maar één overleeft. Vooralsnog is dit in de zorg nog niet zover.

Tabel 1: incomplete lijst van digitale platformen in de zorg

Platform	Omschrijving
BETERapp	Stel je doelen in waaraan je gaat werken en deel deze met hulpverleners, mantelzorgers. De app geeft mantelzorgers inzicht in de voortgang van degene die je helpt.
Blogboek	Blogboek maakt communiceren over de ontwikkeling van je zorgintensieve kind eenvoudig.
Bucketline	Bucket Line werkt met een Maatje: een familielid, een vriend of vriendin. Jouw Maatje zorgt ervoor dat je hulp uit je omgeving krijgt.
Compaan	Compaan, een tablet speciaal ontwikkeld voor ouderen, eenvoudig in gebruik. Familie en vrienden en zorgverleners communiceren met de Compaan via het Compaan Portaal, online familie-omgeving.
Caren	Caren is een site voor mensen die zorg ontvangen of voor iemand zorgen. Handig om online de zorg te organiseren, informatie te delen en taken te plannen. ECD kan gekoppeld worden.
Clubigo	De zorggebruiker in de regiestoel. Hij blijft op eenvoudige manier betrokken bij de buurt, bij familie en vrienden, beheert zijn agenda, heeft rechtstreeks toegang tot comfortdiensten
Deelgenoot	Via Deelgenoot houd je dierbaren om je heen op de hoogte te houden van de laatste ontwikkelingen op het moment en om zaken af te stemmen.
eGPO	eGPO staat voor elektronisch Gestructureerd Patiënten Overleg. Via eGPO stellen alle zorgverleners, ook mantelzorgers, elkaar op de hoogte van de acties uit het zorgactieplan.
Familienet	Beter communiceren met familie, sfeerberichten delen en het sociale netwerk beter bereiken en betrekken bij zorg/welzijn.
Fello	Fello (voorheen Mantellink) is een gratis app en website waarmee je de dagelijkse zorg voor een familielid beter kunt afstemmen.
Hallozorg	Digitaal zorgnetwerk; brengt het gemak van Google Calendar, WhatsApp en FaceBook overzichtelijk bij elkaar in een veilige en besloten omgeving.
Hetschrift	Is een afgeschermd dagboek op internet waarin iedereen die zorgt voor iemand anders zijn (korte of lange) verhaal kwijt kan, met foto's, agenda en wensen/hulpvraag.
Inlife	Inlife helpt mantelzorgers en mensen met dementie de kracht van de eigen omgeving te benutten, met agenda, tijdslijn, zorgboek, kringen (groepen indelen) en informatie over dementie. Ook App.
Jouw Omgeving	App voor de Jeugdzorg die het gehele proces faciliteert van intake tot uit zorg. En het sociale netwerk van de jongere betreft. Sluit aan op de 1 Gezin 1 Plan methodiek.
Mextra	Cliënten, begeleiders en verwanten gezamenlijk online het zorgplan maken en bewerken. Koppeling met wehelen.
Memorieplan	Een handige digitale agenda voor een hulpnetwerk om bezoek, taken en afspraken te plannen.
MiessAgenda	Met de gratis app MiessAgenda organiseer je zorg én aandacht rondom 1 persoon.
MyWepp	Platform voor mensen met een verstandelijke beperking met een mantelzorgportaal en o.a. gangbord, planbord, beeldbellen, agenda en videotheek. Voorheen: ABCTV en Mijnmedaillon.
Nettie	Uitgebreide groepswhatsapp met agenda- en regelfunctie. De taken worden door de zorgverlener, een vrijwilliger of het sociaal netwerk toegevoegd in de app. Handige knop 'Regel ik'.
OZOverbindzorg	Communicatie en coördinatie platform die het sociaal medisch netwerk rond thuiswonende kwetsbare mensen ondersteunt bij de zorg. Is in de gemeente Raalte ingevoerd.
PsyNet	Is een platform voor psychiatrische patiënten en hun behandelaren, mantelzorgers en overige zorgverleners. De patiënt heeft in één oogopslag inzicht in wie er betrokken is bij de persoonlijke hulpverlening.
Quli	Quli helpt om je dagelijkse leven zelfstandig in te richten. Met praktische hulpmiddelen zoals een agenda, een marktplaats en een forum. Elektronische coaches en handige apps. Contact met zorgverleners en mantelzorgers.



Samzo	Samzo maakt het mogelijk dat de cliënt, het netwerk (mantelzorger, partner, familie, burens etc.) en zorgmedewerkers via internet samenwerken en communiceren.
Schriftje.nl	Van Bartiméus. In alle situaties waar gebruik gemaakt wordt van een papieren "heen-en-weer-schriftje" kan gebruikt gemaakt worden van de digitale variant met Schriftje.nl.
ShareCare	Een App om samen te zorgen thuis of in een woonvorm. ShareCare Free is gratis voor consumenten. Sharecare Start is gratis voor zorgverleners. De Huiskamer verbindt mantelzorgers en vrijwilligers aan een woon- of zorggroep.
WeHelpen	Digitale marktplaats om hulpvraag en –aanbod bij elkaar te brengen. Met agenda, logboek en notities om zorg te delen.
Wiki	Community voor het ondersteunen van mantelzorg, zorg- en dorpscoöperatie, thuishulp en thuiszorg, buurt en wijkorganisatie, club en vereniging.
WijdeWijk	Met hulp van familie, vrienden en hulp uit de wijk de zorg voor je moeder of vader regelen. Gebruik van het Geheugensteuntje voor o.a. innemen medicijnen.
Yoom	Soort van skypen maar dan met een aangepaste lens: groter, vollediger beeld.
Zorgom	Online 'zorgkringen' aanmaken met agenda, berichten, discussie, fotoalbum en adresboek.
Zwip	Het ZWIP brengt zorgprofessionals rondom een oudere en diens mantelzorger in een virtuele omgeving bij elkaar en bevordert zo multidisciplinaire samenwerking.

Als provincie ontkom je er niet aan om op zijn minst te experimenteren met dergelijke platforms. Als je dit gezamenlijk doet, en niet elke huisarts kiest voor een ander platform, dan levert dit per definitie direct meerwaarde op voor allen. Hier zul je dus vanuit FHV/Dokterszorg regie op moeten nemen.

2.1.2. eHealth

Er zijn vele beloftes over hoe je met inzet van technologie de zorg beter kan maken. Zoals in de volgende paragraaf te lezen is, zijn het aantal initiatieven op dit vlak niet meer tegen te houden. Ook blijken niet alle beloftes waargemaakt te worden. Een extreem voorbeeld is het Theranos schandaal¹.

Als huisarts wil je geen kans missen om de zorg beter te maken of de werkdruk te verlagen, maar als individuele huisarts is het bijna niet te doen om dit goed te kunnen beoordelen. Het zou mooi zijn om vanuit het collectief mogelijkheden te toetsen en te evalueren, opdat iedereen hiervan kan profiteren. Denk daarbij aan initiatieven voor:

- Ontlasting HA (Moetiknaardedokter.nl, Dokter Appke)
- Monitoring op afstand (zelf/ uitbesteden aan derden?)
- Online-communicatie met de patiënt, automatisch vanuit je eigen HIS (Chat, Video, mail)
- Consultvoorbereiding door vooraf vragenlijst invullen in portaal/ zelfmanagement.

We zouden hier vanuit FHV/Dokterszorg iets voor willen inrichten.

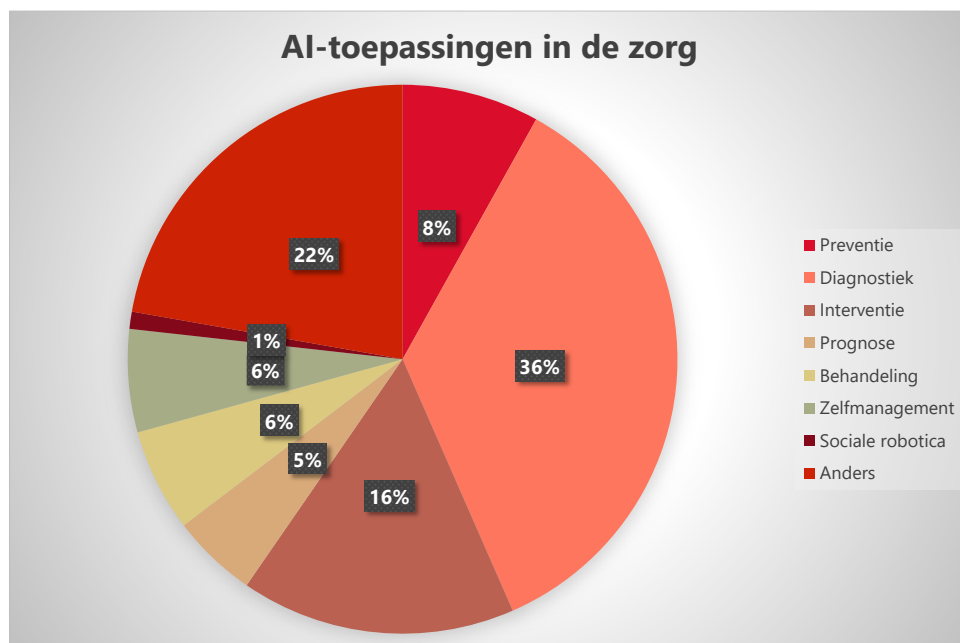
2.1.3. Data & AI

De potentie van data en AI is groot. Uit een onderzoek van KPMG (inventarisatie AI-toepassingen in gezondheidszorg in Nederland; onderzoek naar de stand van zaken in 2020) is te zien hoe breed het inmiddels is toegepast. Figuur 5 geeft aan waar de AI-toepassingen het meest worden ingezet. In tabel 2 wordt de toepassing verder toegelicht.

¹ Met een paar druppels bloed beloofde Theranos dat zijn Edison-test aandoeningen zoals kanker en diabetes snel kon detecteren, zonder het gedoe van naalden. In 2014 was het bedrijf 9 miljard dollar waard. Maar in 2015 begon de twijfel en binnen een jaar werd mevrouw Holmes als CEO ontmaskerd als nep. De technologie die ze prees, werkte helemaal niet en in 2018 en was het bedrijf dat ze had opgericht ingestort.



Denk bijvoorbeeld aan risicostratificatie van ziektebeelden/bevolkingsgroepen en daarmee gerichte behandel interventies of juist preventie (primair, secundair).



Figuur 5: AI-toepassingen in de zorg

Tabel 2: AI-toepassingen nader toegelicht

AI-toepassing	Voorbeeld
Preventie	Vroegtijdig gepersonaliseerde coaching bij vroege artrose om pijn en stijfheid en op termijn knie- en heupoperaties te verminderen
Diagnostiek	Echo's en scans grondiger en sneller interpreteren
Interventie	Herstel na operatie voorspellen en op basis daarvan preventieve interventies (fysiotherapie) inzetten.
Prognose	Ondersteuning triage op de huisartsenpost waarmee bepaald wordt hoe snel een patiënt gezien moet worden.
Behandeling	Autonome VR-oplossing waarbij patiënt behandeld wordt voor trauma zonder tussenkomst van een therapeut.
Zelfmanagement	Het voorspellen van de kans op exacerbatie bij COPD-patiënten en geeft advies om deze longaanval te voorkomen.
Sociale robotica	Het begeleiden van mensen met een cognitieve beperking in de thuissituatie door dagstructuur te bieden en (medicatie)

Vanuit het perspectief van de FHV en Dokterszorg is het uitermate relevant om goed zicht te krijgen op wat er in de markt beschikbaar is om de zorg beter en efficiënter te maken. Bij het inzetten van AI is het belangrijk om voldoende data beschikbaar te hebben, zodat je op een gevalideerde manier een uitkomst kunt krijgen. Dat is de reden om bestaande kant en klare producten te kopen. In een aantal gevallen vul je bestaande producten aan met eigen data, zoals het voorbeeld dat in tabel 2 is genoemd op het gebied van prognose.



In een enkel geval heb je eigen data waar je patronen in probeert te ontdekken. Denk bijvoorbeeld aan risicostatificatie van ziektebeelden/bevolkingsgroepen en daarmee gerichte behandel interventies of juist preventie (primair, secundair).

Er zijn in Friesland enkele voorzichtige initiatieven op dit gebied, zoals bijvoorbeeld Fundusscreening bij Certe of het regioplan Heerenveen vanuit ROS Friesland. Het is belangrijk om zorgvuldig om te gaan met data. Niet alleen vanuit het privacy perspectief, maar ook het feit dat we omgekeerd 'gratis' data aan commerciële partijen weggeven, om ze later terug te moeten kopen in de vorm van analyses. Het is beter om hier zelf regie op te nemen door samen te werken met de regio en wetenschappelijke instituten.

2.2. Kunnen: afhankelijk van HIS leveranciers & ontbrekende kennis

Het zijn mooie ambities, maar kunnen we dit waarmaken? Hoe is de ICT-volwassenheid van de gemiddelde huisartsenpraktijk?

2.2.1. Afhankelijkheid HIS leveranciers

Als huisarts ben je in hoge mate afhankelijk van de HIS-leveranciers en de functionaliteit die ze bieden. Daarbij speelt ook dat het HIS-landschap sterk verdeeld is. De consequentie hiervan is, dat de markt klein is en er daarmee relatief weinig capaciteit beschikbaar is voor ontwikkeling en vernieuwing. Bovendien moeten deze HIS 'sen ook nog meebewegen met de specifieke Nederlandse wet- en regelgeving. Vergelijk het HIS maar eens met een applicatie voor een videoconsult, die in potentie wereldwijd gebruikt kan worden door een breed scala van zorgprofessionals. Je kunt niet verwachten dat de HIS 'sen, zoals ze nu beschikbaar zijn, meekunnen met 'state of the art' ontwikkelingen. Wellicht zijn er kansen voor nieuwkomers die met een state of the art oplossing komen en zo een substantieel deel van de markt pakken. Dit is bijvoorbeeld in de ouderenzorg gebeurd (ONS® van Nedap). Vooralsnog hebben we te doen met de huidige situatie, waarin er relatief weinig ruimte is voor vernieuwing.

Feit is ook dat de integratie van HIS systemen met andere systemen in het netwerk beperkt is. Het ideaalplaatje van de vorige paragraaf is nog ver weg. Dit gaat dan niet zozeer over de technische mogelijkheden, maar meer over de definitie van gegevens die je met partners in de keten wil uitwisselen. We komen hier nog uitgebreid op terug in het volgende hoofdstuk.

2.2.2. Weinig tijd/capaciteit en kennis bij huisartsen op het gebied van ICT

Feit is dat de werkdruk van huisartsen hoog is en dat veel verschillende onderwerpen tijd en aandacht vragen. Dat betekent in de praktijk dat er relatief weinig tijd vrijgemaakt wordt om met IT-vraagstukken bezig te zijn. In de hoeveelheid keuzes die er te maken zijn in combinatie met de complexiteit van het vraagstuk, is het wel noodzakelijk om hier aandacht aan te schenken. Deels is dit op te vangen door inzet van technisch specialisten, maar je ontkomt er niet aan om als huisartsen regie te nemen op dit vraagstuk.

Als je er al tijd voor vrij wil maken, dan ontbreekt kennis en ervaring om regie te voeren. Het is een ingewikkeld spel van (commerciële) belangen van partijen en de evaluerende technologie die ingezet kan worden.



2.3. Moeten: te weinig mensen en te veel initiatieven

Als provincie word je geconfronteerd met zaken waar je zelf weinig invloed op hebt, maar waar je wél iets mee moet. Dit negeren betekent dat je een onrealistisch masterplan aan het maken bent. In deze paragraaf noemen we een aantal zaken waaraan in dit kader aandacht besteed moet worden.

2.3.1. Te kort aan huisartsen

Feit is dat er een tekort aan huisartsen is en hier zijn verschillende initiatieven voor opgestart. Vanuit IT-perspectief zijn er verschillende mogelijkheden om een bijdrage aan te leveren: digitaal werken waar dat past. Denk aan tools voor zelfregie van de patiënt, digitale diagnostiek of een online consult door derden.

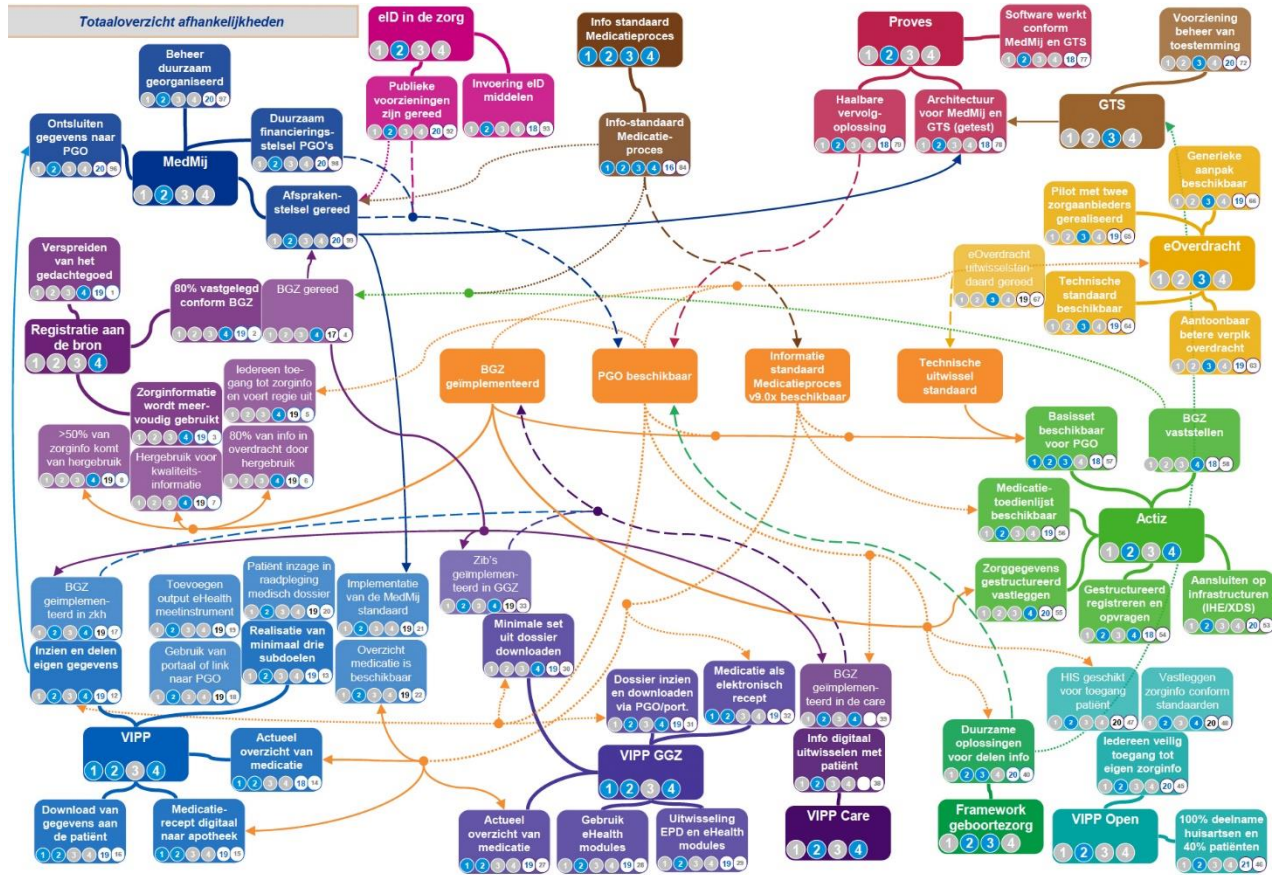
Het verminderen van de administratieve last zou een enorme bijdrage leveren aan de tijdsbesteding. De andere kant is dat alle nieuwe technologie ook vaak meer- dan minder werk oplevert. In alle afwegingen zal meegenomen moeten worden dat het maximaal evenveel werk is én, beter nog, minder werk.

2.3.2. Veelheid aan initiatieven

Als het gaat om digitalisering van de zorg is er geen gebrek aan initiatieven en op verschillende manieren wordt er druk uitgeoefend om hieraan mee te doen. Soms door een financiële prikkel, wet- & regelgeving of door druk van partners. Hierbij een (niet gelimiteerd overzicht) van een initiatieven:

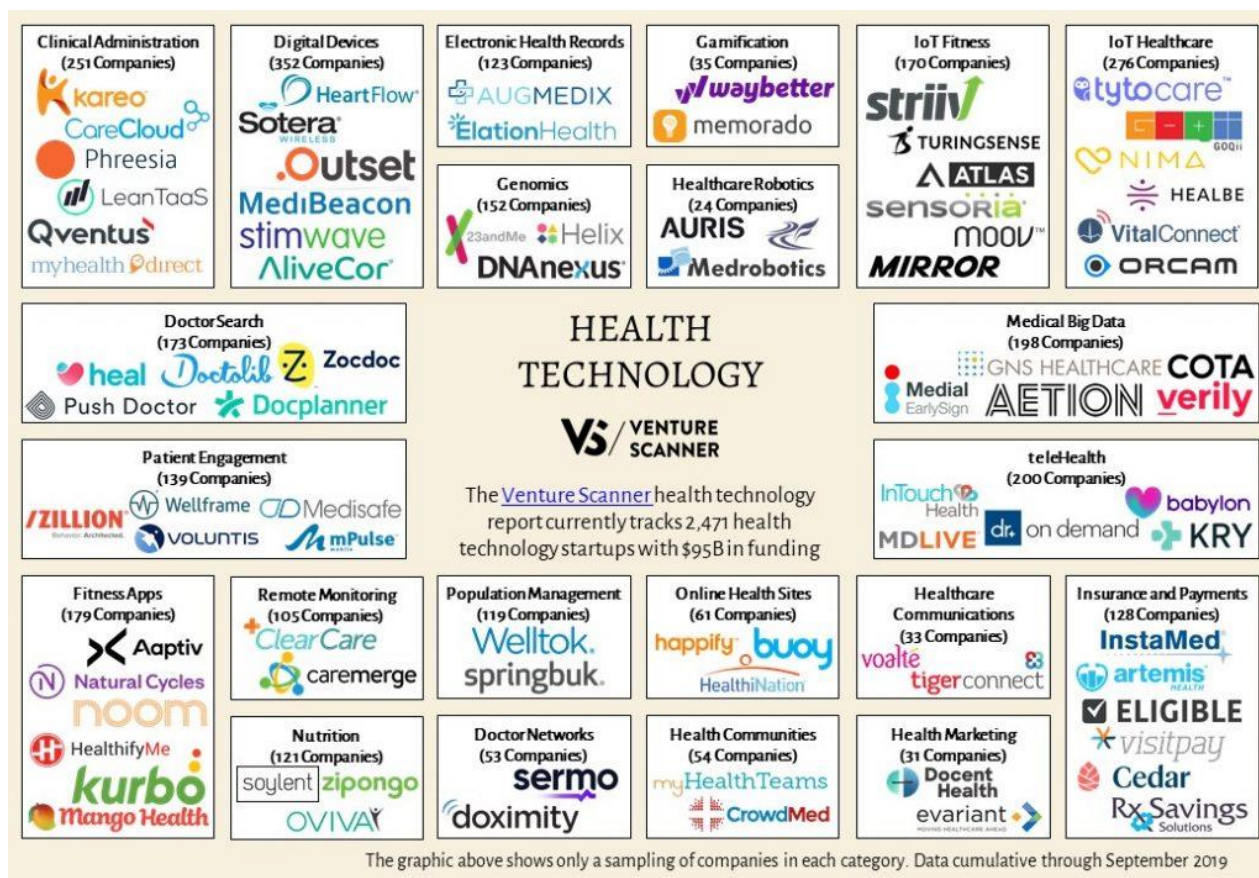
- Stimulering vanuit de overheid (InZicht, Medmij, VIPP, PGO)
- Commerciële partijen die kansen ruiken (Zorgdomen, Point, Kanta, Enovation, Vital health, Open care connect, OZOverbindzorg)
- Met Spoed Beschikbaar programma van VzVZ (Berichtenuitwisseling t.b.v. spoedzorg)
- Zorgaanbieders die marktkansen zien (Ziekenhuizen, Particuliere zorginstellingen)
- Koepelorganisaties (Actiz, Nictiz, FMS, InEen, NVZ)
- Actieve patiëntenverenigingen (beter oud, patiënte federatie)
- Regionale samenwerkingsorganen (Izit, Stichting Gerrit)
- Digitale platforms (Caresharing, VIP Calculus, Vital health, OZO verbindzorg)
- Landelijke voorzieningen (LSP, Vecozo)
- Standaardisatie (Edifact, XDS, Dicom, HL7, ZIB's)
- Pilots Zorgcoördinatiecentra
- Betrokken bestuurders en zorgprofessionals die projecten starten

Bij zoveel initiatieven loop je het risico de weg kwijt te raken. VWS heeft een overzicht gemaakt van de samenhang van haar programma's. Zie figuur 6.



Figuur 6: Samenhang programma's informatieberaad VWS.

Naast bovengenoemde initiatieven zijn er veel nieuwe technologie- en winst gedreven initiatieven waar je als huisarts mee geconfronteerd wordt. Er is 91 miljard (meer dan de begroting van de zorg in NL) aan venture capital beschikbaar voor "health tech" (figuur 7). Een venturecapitalist streeft naar een gemiddeld rendement van 20% voor zijn investering. Dit gaat niet over de kwaliteit van zorg maar over geld verdienen en het is niet voor te stellen wat voor impact dit gaat hebben op de zorg. Dát dit impact gaat hebben staat vast. In het klein zien we dat nu al met de Apple watch, waarvan je geacht wordt om deze te kunnen uitlezen. Het advies is om dit soort ontwikkelingen te monitoren en te kijken of er slim meegelift kan worden op deze nieuwe technologie. Met dit soort investeringen en rendementsdenkers gaat tegenhouden niet lukken.



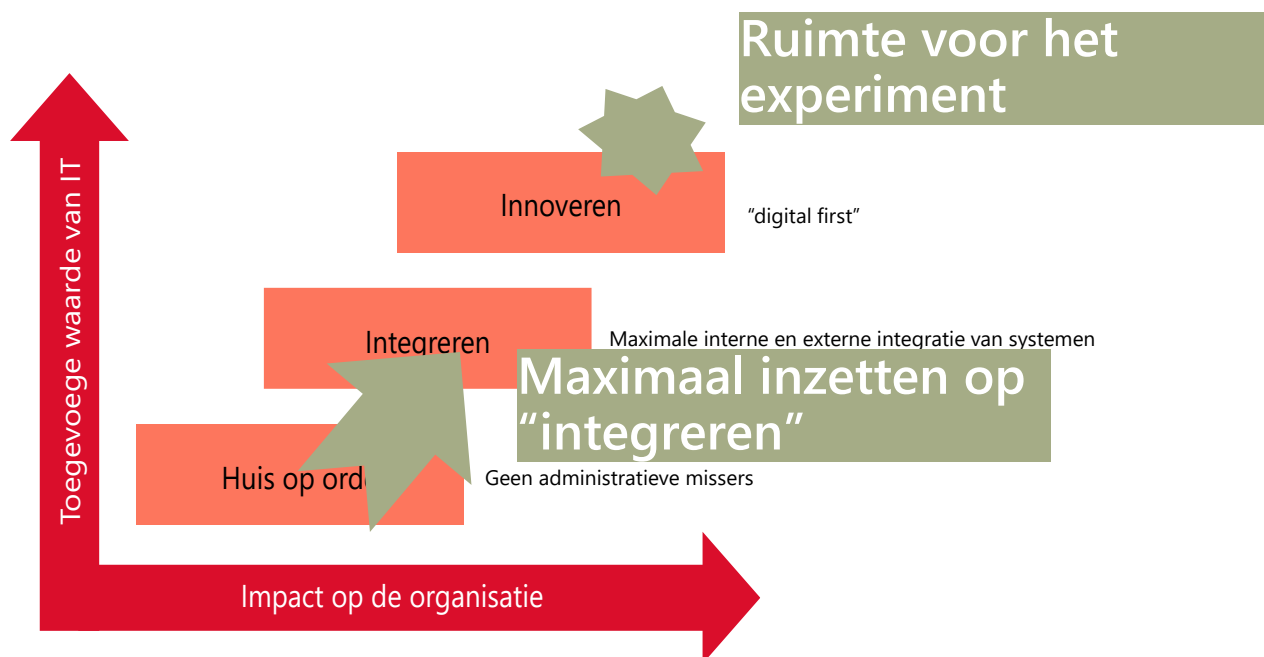
Figuur 7: 95 miljard aan venture capital voor health tech!

2.4. Gekozen ambitie: focus op integreren met ruimte voor innoveren

In de balans tussen “willen, kunnen en moeten” zal er gekozen moeten worden, immers je kunt niet alles. In deze paragraaf presenteren wij het voorstel voor een reëel en haalbaar ambitieniveau. We hebben deze ambitie gevisualiseerd in figuur 8.

Het voorstel is, om de focus te leggen op integratie in het (Friese) zorgnetwerk. Op dit moment zijn er veel lopende initiatieven en het past ook bij de wens van de huisartsen om vanuit één punt integraal te kunnen schakelen met de (zorg)partners binnen en buiten de provincie. Het is duidelijk een gezamenlijk initiatief, waarvan de meerwaarde groter wordt naarmate meer mensen meedoen.

De andere kant is dat men wil openstaan voor de opmars van allerlei nieuwe technologieën en er ruimte moet zijn voor het experiment. Daarin past niet dat je hierover in alle breedte consensus probeert te krijgen en daarbij met z'n allen aan de slag gaat. Daarin past wel uitproberen en als het lukt anderen hiervan in kennis stellen. Ieder is vrij om hiermee aan de slag te gaan. De wens is om een select aantal initiatieven te gaan steunen vanuit het collectief. Deze werken we in de volgende paragrafen verder uit.



Figuur 8: Ambitie FHV/ Dokterszorg

2.4.1. Integratie in het (Friese)zorgnetwerk

Om van ketenintegratie een succes te maken, is een vorm van centrale regie noodzakelijk, men moet immers dezelfde taal spreken. Hetzelfde geldt voor gebruikte protocollen en tools. Het lijkt daarmee voor de hand te liggen om in gezamenlijkheid een plan te maken, gebruik makend van de vele initiatieven (en gelden) die er al zijn. De centrale regie zou kunnen bestaan uit een programmamanager die uitsluitend en alleen met dit vraagstuk bezig is.

Op regionaal niveau is het advies om regelmatig met ketenpartners om tafel te zitten, met als doel samen kansen te pakken of om vervelende hobbels weg te nemen. Op dit moment participeren FHV en Dokterszorg Friesland al in Stichting Gerrit en is het initiatief RIVO-noord gestart (<https://www.rivo-noord.nl/rivo-noord/>). Hier moeten we bij aansluiten.

2.4.2. Ruimte voor het experiment

Er zijn huisartsen die initiatieven hebben genomen om met technologie de zorg beter te maken of het werk te verlichten. Dit delen we onvoldoende en we steunen een dergelijk initiatief ook niet (moreel, geld, arbeid). Hiervoor zou een gezamenlijke data agenda moeten komen, waarop alle initiatieven op dit gebied zichtbaar zijn t.a.v. het effect én in "lessons learned" over hoe een bepaalde technologie geïmplementeerd moet worden. Daarbij kunnen initiatieven die veelbelovend worden geacht ondersteund worden met budget en/of mankracht. Met een afwegingskader, betere zorg en minder werk, zouden initiatieven door een commissie gewogen kunnen worden. Een voorwaarde voor steun is dat kennis en ervaring gedeeld wordt.



3. Uitwerken ambitie

Als het gaat over integratie zijn er twee invalshoeken relevant. Dat is het perspectief van de:

- zorgprofessional
- Patiënt (PGO)

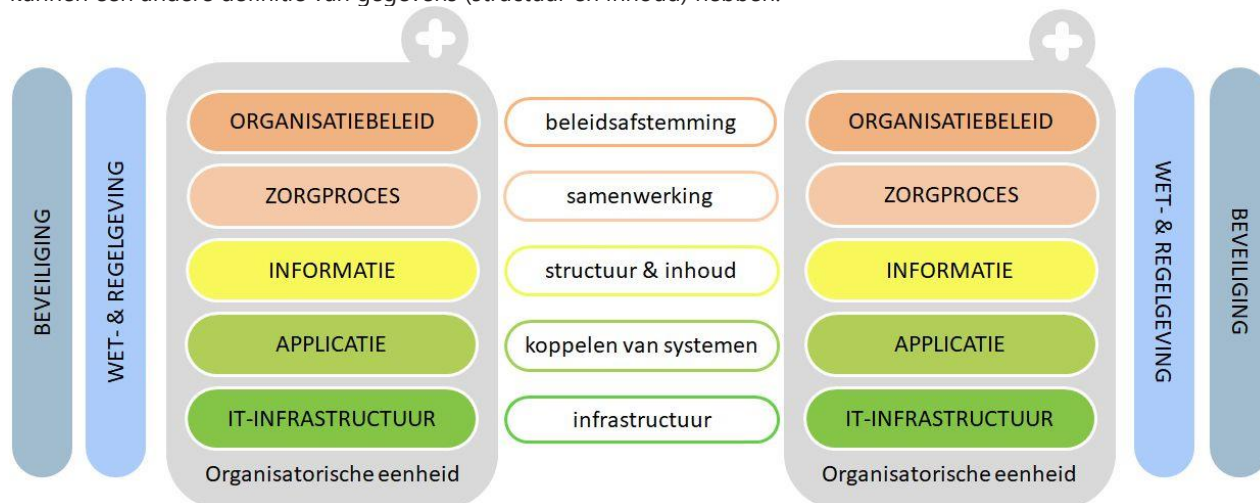
Deze werken we in de eerste twee paragrafen uit. Daarna gaan we in op innovatie. Innovatie vraagt om een fundamenteel andere aanpak dan integratie. Dit wordt uitgelegd in paragraaf 3.3.

Tenslotte staan we stil bij de randvoorwaarde die vanuit FHV/ Dokterszorg Friesland ingevuld moeten worden om de ambities waar te maken. Dit gaat over hoe we het gaan organiseren, maar ook hoe gezorgd wordt dat kennis en ervaring wordt gedeeld.

3.1. Integratie in het zorgnetwerk: pragmatische regionale aanpak

3.1.1. Eenheid van taal

Bij integratie is de eenheid van taal het sleutelwoord. Technisch kunnen we alles koppelen op basis van open standaarden (IT-infrastructuur, figuur 9). Denk bijvoorbeeld aan de XDS-standaard zoals die door stichting Gerrit beheerd wordt. In het lagenmodel is te zien dat je vervolgens applicaties kunt koppelen. Of je hiermee op een adequate manier gegevens kunt uitwisselen is hiermee niet gegarandeerd. Immers de verschillende organisaties kunnen een andere definitie van gegevens (structuur en inhoud) hebben.



Figuur 9: Lagenmodel Nictiz (<https://www.nictiz.nl/standaardisatie/interoperabiliteit/>)

In de zorg wordt nu veel tijd en energie gestoken in dezelfde definities (informatie-laag). Deze worden "Zorginformatiebouwstenen" genoemd, zie kader.



Zorginformatiebouwstenen (zibs) worden gebruikt om inhoudelijke c.q. functionele - niet technische - afspraken vast te leggen voor het standaardiseren van de informatie die wordt gebruikt in het zorgproces. De focus ligt op klinisch relevante concepten die in verschillende zorgsituaties (use cases) en daardoor verschillende informatiestandaarden herbruikbaar zijn. Denk bijvoorbeeld aan NAW-gegevens, medicatie of bloeddruk.

Zie animatie:



Er ligt nog een uitdaging als het gaat om het maken van afspraken op proces niveau, zoals bijvoorbeeld processen die te maken hebben met ketenpartners in de chronische zorg.

Als iedereen gebruik maakt van dezelfde applicatie en dezelfde infrastructuur, is het makkelijker om de gegevensuitwisseling voor elkaar te krijgen. Dit zou kunnen pleiten voor één HIS. Feit is dat er meer partijen betrokken zijn dan alleen huisartsen (zie figuur 4), één HIS lost dus maar een deel van het probleem op. Bovendien vergt het een grote inspanning en een lange doorlooptijd.

Idealiter zou er voor alle partijen één platform moeten zijn, waarop iedereen zou kunnen aansluiten. Dit is er niet en het is, gegeven het groot aantal partijen én omdat het ingewikkeld is om privacy te borgen, niet eenvoudig realiseerbaar.

3.1.2. Prioritering in gewenste aansluitingen

Voor nagenoeg alle zorgverleners geldt dat ze op een elektronische manier naar elkaar kunnen doorverwijzen met zorgdomein. Bij zorgdomein geldt dat de ontvanger van de verwijzing moet betalen per bericht. Niet iedereen is bereid hiervoor te betalen. Verder kunnen berichten uitgewisseld worden via Edifact. Dit zijn vrije tekstvelden (MEDVRY) of specifieke berichten, bijvoorbeeld voor aanvragen voor recepten (MEDREC) of overdracht dossiers (MEDOVD).

Voor het inzien van elkaars dossiers zijn er beperkte mogelijkheden. Op dit moment is dit alleen mogelijk voor:

- Huisarts – HAP via LSP (professionele samenvatting), nog niet volledig omdat HA of patiënten (al dan niet bewust) geen goedkeuring geven
- Huisarts - Ziekenhuis via HiX of EPIC zorgverleners-portaal
- Huisarts - Patiënt (PGO) - OPEN/ MedMij

Hierbij moet opgemerkt worden dat de professionele samenvatting (PS) voor veel huisartsen als een te beperkte gegevensset wordt gezien. Plus zijn er nog onvolkomenheden die aandacht behoeven. Denk aan:

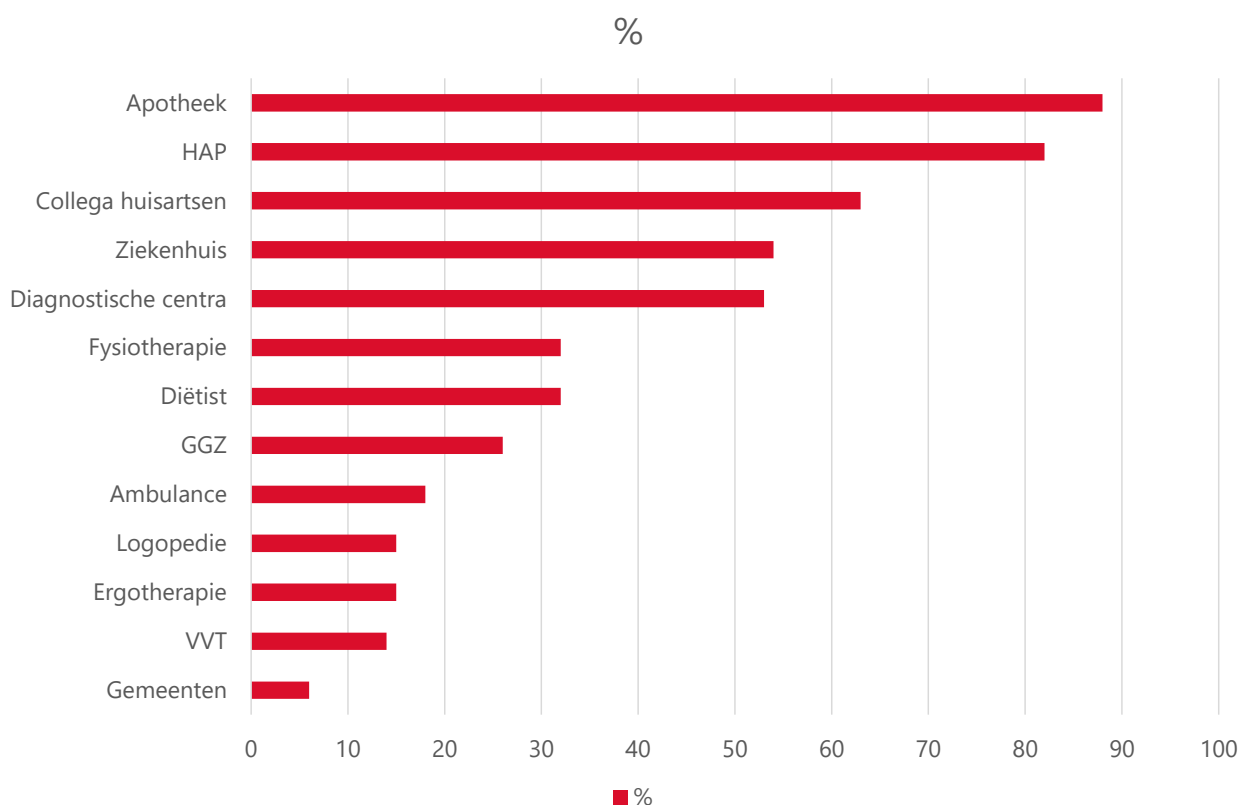
- Elders gemelde allergieën of contra indicatie zijn niet te verwijderen uit het LSP
- Verstrekkingen van VNN komen niet in LSP terecht (methadon)
- Vanwege lokaal beleid van verschillende regio's (aangegeven door huisarts of patiënt) weigert LSP-inzicht te geven over wat een patiënt gebruikt.
- Nog lang niet iedereen is aangesloten op het LSP. Dit maakt dat de PS niet op te vragen is.

OPEN/Medmij is nog volop in ontwikkeling. Het biedt maar zeer beperkt toegevoegde waarde voor de patiënt en het is voorsnog niet mogelijk voor een huisarts om in het PGO te kijken.



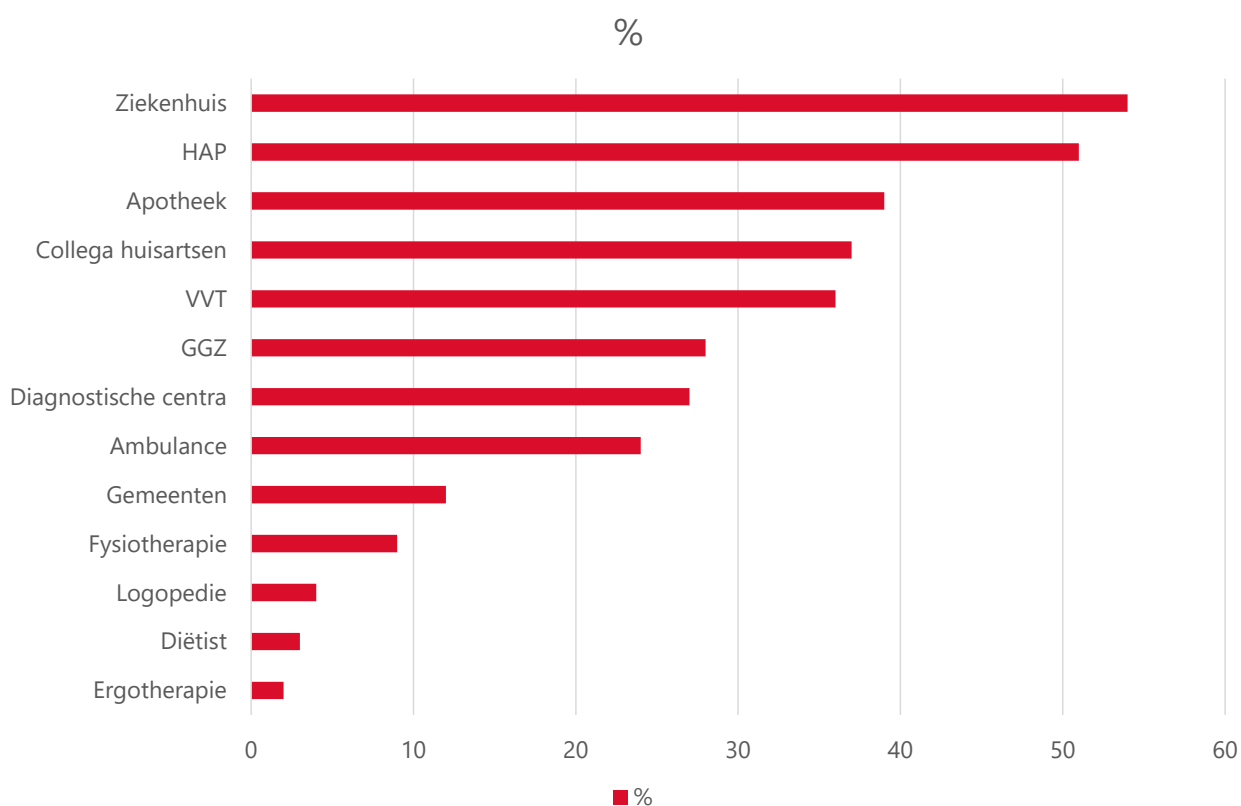
Veel zorginstellingen hebben een eigen portaal waar de patiënt toegang toe heeft en de huisarts is vaak niet geautoriseerd om hierin te kijken. Een voorbeeld waar dit wel het geval is zijn ziekenhuizen waar patiënten toestemming kunnen geven om toegang te geven aan een huisarts.

We hebben een enquête uitgezet met de vraag met welke partijen de praktijk patiëntgegevens kan uitwisselen via het HIS of KIS. Figuur 10 geeft een overzicht van de uitkomsten van de enquête. Integratie met Apotheek en de HAP is voor de meeste praktijken op orde. Daarna daalt het percentage snel onder de 50%.



Figuur 10: Partijen waarmee de praktijk rechtstreeks patiëntgegevens kan uitwisselen via HIS of KIS

Naast de mogelijkheid om te koppelen, gaat het ook over de kwaliteit van de integratie. Uit de enquête blijkt dat hier nog nadrukkelijke wensen over zijn. Dit blijkt uit het feit dat ook bestaande koppelingen hoog op het prioriteitenlijstje staan. Zie hiervoor figuur 11.



Figuur 11: Gewenste integratie

Op basis van de enquêteresultaten en een workshop hebben we de wensen ten aanzien van de integratie verwoord in tabel 3, met daarbij de door geënquêteerden *ervaren* toegevoegde waarde (- is laag, + is hoog) én in hoeverre een oplossing haalbaar is gegeven de beschikbare technologie en de ervaringen in het verleden (- is moeilijk haalbaar, + is relatief gemakkelijk haalbaar).

Tabel 3: Wensen ten aanzien van de integratie

HIS integratie met...	Wens	Toegevoegde Waarde	Haalbaar
Apotheek	Mediatie niet bij voorkeursapothek is niet bekend bij huisarts. Daarbij is integratie per HIS verschillend. Zo ontbreken bij Omnihis bijvoorbeeld de nierfunctiegegevens.	+	+
Diagnostische centra	Aanvragen en het ontvangen van uitslagen (lab, functieonderzoek) is in de basis op orde. Graag ook de uitslagen inzien die derden aangevraagd hebben (medisch specialisten, ketenpartners)	+	+
HAP	Overdracht vanuit de dagpraktijk is ingewikkeld en weinig gebruikersvriendelijk. Niet iedereen is aangesloten en patiënten moeten expliciet toestemming geven.	+	+
Diëtist	Is via KIS al mogelijk, zou ook op een andere manier moeten kunnen	+	+



Ambulance/ SEH	Ritformulier werkt prima, overdracht naar Ambulance kan nog niet (MSB, koploper projecten, in eerste instantie HAP)	+	+
Gemeenten	Het is voor de huisarts vaak niet te achterhalen welke instantie en welke personen zich bezighouden met een patiënt. Hierdoor ontstaan misverstanden, dubbele werkzaamheden en daarmee een weinig adequate ondersteuning aan de patiënt. Het zou goed zijn om een soort "behandelkaart" te hebben welke organisatie en welke medewerker betrokken is met de patiënt. Het is niet nodig om zicht te krijgen op de specifieke dossiers. Het keteninformatiesysteem van Vital health kan een dergelijke behandelkaart maken.	+	+
Ziekenhuis	Informatie over de patiënt die je overneemt is er al in de vorm van een ontslagbrief. Het zou mooi zijn als je discrete data in het HIS zou kunnen overnemen (niet automatisch!). Het zou goed zijn dat de mogelijkheid bestaat om, op aanvraag, zicht te krijgen op het behandelproces in het ziekenhuis. Kan meestal door in te loggen op het EPD. Idealiter met "single sign on". Belangrijk specifiek punt is de medicatie. Mutaties worden niet altijd goed doorgegeven.	+	-
VVT	Met het wegvallen van het schriftje en de Helder app is het lastig de rol van "hoofdbehandelaar" te vervullen. Het is niet mogelijk om in het ECD te kijken en zelf je diagnose en behandeling te registreren. Nu veel noodgrepen met alle risico's van slechte afstemming van verschillende zorgverleners in het bijzonder als het gaat om medicijnen.	+	-
HIS	In geval van waarneming wil je kunnen beschikken over het complete dossier. Wordt nu opgelost door in te loggen op het systeem van de collega. Idealiter zou je vanuit je eigen HIS moeten kunnen werken. Daarnaast wil je in geval van verhuizing het dossier overdragen aan een collega. Dit is nu schier onmogelijk als het verschillende HIS'sen zijn. In pilots zijn er oplossingen hiervoor getoetst maar die hebben, voornamelijk, de praktijk niet gehaald	+	-
Fysiotherapie	Kan via zorgdomein/zorgmail maar ook via KIS. Zou meer ingezet moeten worden	-	+
GGZ	Communicatie loopt nu via de POH vaak ook in dienst is van een GGZ-instellingen en daarmee ook in hun systemen kan. Wat wel plezierig zou zijn dat je als huisarts de status van de behandeling willen zien in je HIS.	-	-
Logopedie	Koppeling is in principe mogelijk maar is afhankelijk of de logopedie dit ingericht heeft. Zou fijn zijn dat er na een verwijzing een terugkoppeling komt in de vorm van een verslag.	-	-



Ergotherapie	Koppeling is in principe mogelijk maar is afhankelijk of de Ergotherapie dit ingericht heeft. Zou fijn zijn dat er na een verwijzing een terugkoppeling komt in de vorm van een verslag.	-	-
---------------------	--	---	---

3.1.3. "Information overload"

Als huisarts wil je het eigen dossier netjes houden. Dat betekent dat je selectief bent over welke informatie in het dossier komt.

Ten eerste wil je alleen informatie in het dossier waar je zelf verantwoordelijk voor bent, dus geen informatie van een patiënt die in het ziekenhuis ligt of informatie over de behandeling bij de GGZ. In voorkomende gevallen wil je wel in het dossier kunnen kijken bij de andere zorgverlener.

Ten tweede wil je wel een terugkoppeling op een verwijzing in het dossier hebben, maar ook hier is er de wens om selectief te zijn t.a.v. de informatie die in het dossier komt. In de huidige situatie bekijk je alle informatie en selecteert de gegevens vervolgens handmatig met knippen en plakken t.b.v. het dossier. Dit is enorm veel werk dat niet uitbesteed kan worden aan derden. Met de toename van de informatie die aangeleverd wordt is het van groot belang dat er slimme algoritmes komen die de aangeleverde informatie netjes in het dossier zet.

Een apart punt hierbij is de signaalfunctie. Het is en blijft de verantwoordelijkheid van de huisarts zelf om iets met de aangeleverde informatie te doen. Enerzijds kan dit expliciet gemaakt worden door degene die de terugkoppeling geeft en anderzijds wellicht door afwijkende waarden te markeren. Daarmee bestaat een reëel risico, dat meer integratie ook meer administratief werk betekent. Het lijkt daarmee belangrijker om de focus te leggen op het inzien van elkaars dossiers, dan het over en weer schieten van informatie.

Het lijkt goed om hier het niveau van FHV/Dokterszorg het goede gesprek over te voeren hoe deze balans te maken.

3.2. PGO-ontwikkelingen: actief participeren

Er is vanuit de landelijke politiek en de patiëntenorganisaties veel druk om de patiënt zelf in de regie te zetten. Met het programma Medmij (<https://www.medmij.nl/pgo/>) zijn er voor de patiënt verschillende applicaties beschikbaar gekomen waarin dit in potentie mogelijk is. Dit is een PGO, ofwel Persoonlijke Gezondheid Omgeving. Deze applicaties zijn nog volop in ontwikkeling en verschillen sterk van elkaar:

- Gebruikersgemak
- Met welke zorgaanbieders ze een verbinding kunnen maken
- Welke functies ze bieden en op welke aandoening ze gericht zijn
- Of er koppelingen met andere apps of wearables zijn
- Op welke platform (computer, telefoon, tablet) ze draaien.

Deze PGO's bieden niet de rijke functionaliteit die de portals van de meeste zorginstellingen wel bieden. Zo ontbreekt de mogelijkheid om online contact te zoeken of afspraken te maken. Bekeken vanuit het perspectief van de huisarts zou deze graag een bijdrage leveren aan een PGO, zodat de patiënt beter de eigen regie kan nemen over de eigen gezondheid (VIPP 5). Aan de andere kant kan het voor de huisarts ook een bron van informatie zijn om het beeld van de patiënt compleet te maken. Hetzij door informatie van derden die de huisarts (nog) niet heeft of door metingen die de patiënt zelf heeft gedaan.



Het PGO is *geen* alternatief voor gegevensuitwisseling met zorgprofessionals. Je bent dan te veel afhankelijk van het feit of een patiënt al of niet een PGO heeft. Hiervoor zullen andere oplossingen gevonden moeten worden zoals beschreven in de vorige paragraaf.

Specifiek voor de regio Noord-Nederland is een ambitieus programma opgesteld om het PGO meer vorm en inhoud te geven: "PGO eco systeem Noord-Nederland, ondernemen binnen het OPEN PGO eco systeem Noord-Nederland, Projectplan ten behoeve van de subsidieaanvraag binnen de Open Innovatie Call" Versie: 29-04-2019. Hier komen we nog op terug.

FHV/Dokterszorg Friesland participeert al in dit project door mee te werken aan use cases².

3.3. IT van twee snelheden: innovatie vraagt om een andere benadering

In de ambitie is aangegeven om in te zetten op ketenintegratie én het experiment. Als het gaat om de aansturing hiervan vraagt dit heel andere competenties. Onderzoeksbureau Gartner geeft hiervoor een handreiking. Zij stellen dat je IT hebt van twee snelheden: die van de marathonloper en die van de sprinter.

De marathonloper is gefocust op de lange termijn en gaat voor degelijk (Mode 1) en de sprinter gaat voor het snelle succes (Mode 2).

Denken als een sprinter	Dynamisch met een nog onbekend eindresultaat	Aspect	Relatief stabiel en voorspelbaar	Denken als een marathonloper
Mode 2	Flexibiliteit	Doel	Betrouwbaarheid	Mode 1
	Winst, merk, klantervaring	Waarde	Prijs van dienstverlening	
	Agile, Kanban	Aanpak	Waterval	
	Empirisch, continue proces gebaseerd	Governance	Plan gedreven, goedkeuring gebaseerd	
	Kleine, nieuwe aanbieders, korte termijn afspraken	Sourcing	Grote leveranciers lange termijn afspraken	
	Nieuwe en onzekere projecten	Talent	Conventionele processen en projecten	
	Business-centrisch, dicht tegen klant	Cultuur	IT-centrisch, afstand tot klant	
	Kort (dagen, weken)	Cyclus	Lang (maanden)	

Figuur 12: IT van twee snelheden

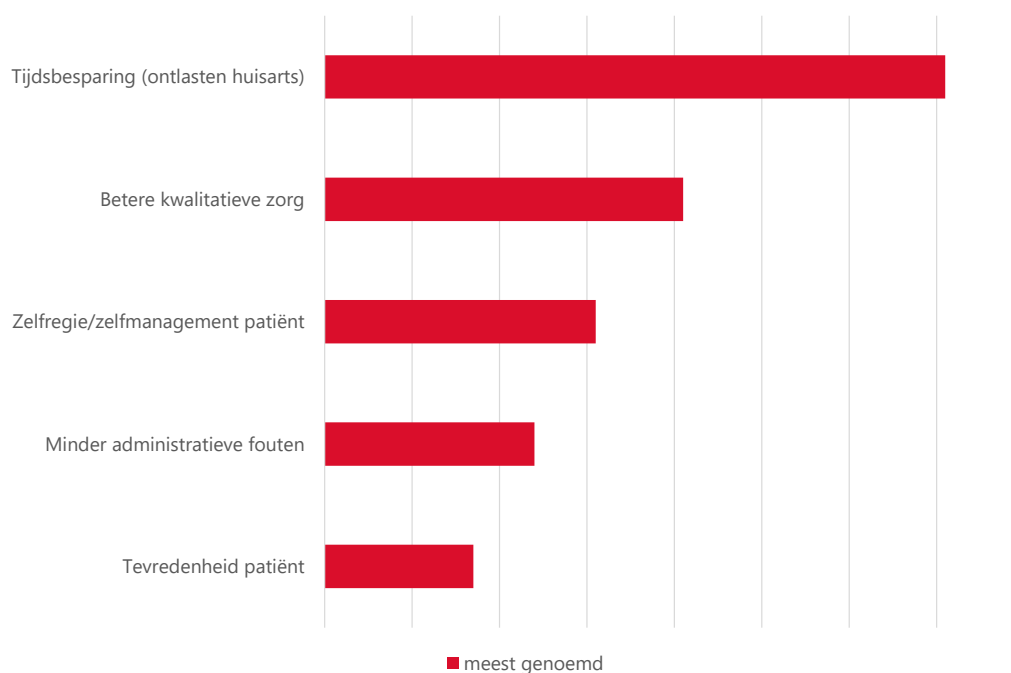
Ketenintegratie past het beste bij Mode 1, de marathonloper en "Ruimte voor het experiment" past het beste bij Mode 2, de sprinter. Zoals in figuur 12 te zien is vraagt dit fundamenteel andere aansturing en competenties.

² Een use case beschrijft een systeem vanuit het gebruikersperspectief.



We hebben hierboven beschreven hoe om te gaan met ketenintegratie. Ten aanzien van de “ruimte voor het experiment” willen we het volgende voorstellen: We richten een “IT-innovatie werkgroep” in. Deze heeft de beschikking over mensen en middelen om te experimenteren met nieuwe zorgtechnologie.

Het gaat dan om wensen die we in het vorige hoofdstuk genoemd hebben onder eHealth of Data & AI. Iedere huisarts in de regio mag initiatieven aandragen. De IT-innovatiecommissie beslist of dit gehonoreerd wordt of niet. Hiervoor worden een aantal criteria opgesteld: uit een gehouden enquête (zie bijlage 2) komt een suggestie zoals weergegeven in figuur 13.



Figuur 13: Enquêteresultaten ten aanzien van criteria voor innovaties.

De consequentie van een honorering is wel, dat je de collega's in de provincie op de hoogte moet houden van het effect van de innovatie en de “lessons learned” gedurende het traject.

Zo ontstaat er een grote databank voor- en door- Friese huisartsen, waarin innovaties gedeeld worden. Mochten er succesvolle innovaties zijn die voor een grote groep interessant is om te gebruiken, dan is het te overwegen om hier centraal regie op te nemen en de oplossing neer te zetten als een infrastructurele voorziening. Omdat ‘beheer’ dan belangrijk wordt, sluit je dan in de manier van werken meer aan op die van de marathonloper.

3.4. Invullen randvoorwaarden ambities ICT-Masterplan

Gegeven de opgestelde ambitie is het noodzakelijk dat er op provinciaal niveau professionele ondersteuning wordt geregeld op het gebied van IT. Dit geldt zowel voor innovatie als voor integrale oplossingen of programma's.

3.4.1. CMIO aanstellen

Belangrijk is én blijft, dat het meer inzetten van technologie in de praktijk voor- en door- dokters gebeurt. Het lijkt niet handig dat alle huisartsen er ‘hierin even iets bij doen’ als hier tijd voor is. Er moet een zekere continuïteit zitten in het beschikbaar zijn van capaciteit en in de gedeelde ervaringen in de provincie. Net als in andere regio's lijkt het aanstellen van een parttime CMIO (Chief Medical Information Officer) een vanzelfsprekende stap. Dit is een huisarts met de rol en bijzonder aandachtspunt om de IT bij voor de huisartsen in de regio op een hoger niveau te krijgen. Een



profielbeschrijving van de CMIO is opgenomen in bijlage 2. De CMIO vertegenwoordigt de huisartsen in de diverse (Friese) gremia en zit de commissie digitalisering FHV voor.

De bedoeling is dat de CMIO de verbinding maakt tussen de wensen van de huisartsen en de te kiezen IT-oplossingen. Dat betekent het mobiliseren van huisartsen om mee te doen, te kijken naar oplossingen of IT-specialisten uit te nodigen om te kijken hoe een huisartsenpraktijk beter ondersteund kan worden met IT.

3.4.2. Continuïteit van dienstverlening borgen (marathonloper)

Bij ketenintegratie gaat het over een groot programma, met verschillende projecten, die gedraaid moeten worden om tot een resultaat te komen. Dit zijn complexe veranderkundige trajecten waarop regie noodzakelijk en cruciaal is. Hiervoor zal een programma manager aangesteld moeten worden.

Daarnaast zullen gekozen oplossingen beheerd moeten worden. Het advies is om vooraf afspraken te maken over waar dit beheer belegd moet worden. Dat kan bij de Dokterszorg, Stichting Gerrit of elders.

Idealiter zou je bij de FHV/Dokterszorg een overzicht hebben van de gebruikte applicaties, ervaringen hiermee en mogelijke voorkeursleveranciers. Dit is een vrij arbeidsintensief en gevoelig proces gegeven de belangen van de leveranciers. Daarom kiest FHV/Dokterszorg ervoor om dit soort overzichten over te laten aan eventuele landelijke initiatieven.

Een laatste rol die belangrijk gaat worden, is die van klankbord voor huisartsenpraktijken. Naarmate de IT complexer wordt met de ketenintegratie, PGO en de innovaties, is het voor een huisarts bijna niet haalbaar om goed in te schatten wat hem of haar kan helpen in de eigen praktijk. Het komt regelmatig voor dat een huisarts klem raakt tussen de leveranciers als iets niet werkt, waarbij leveranciers verwijzen naar elkaar.

Het lijkt goed dat huisartsen op provinciaal niveau een klankbord hebben om te beoordelen wat handig is voor hun eigen, specifieke praktijk.

3.4.3. Innoveren (sprinter)

Zoals in het vorige hoofdstuk geschetst gaan de ontwikkelingen hard en het is moeilijk in te schatten in hoeverre de mooie beloftes waargemaakt kunnen worden. Met de IT-innovatie werkgroep (een subset van de commissie digitalisering) gaan we het experiment aan. Er lopen al veel initiatieven zoals we in het volgend hoofdstuk laten zien. De werkgroep zal slim moeten kiezen met welke innovaties FHV/Dokterszorg aan de slag moeten gaan én borgen dat de huisartsen aangesloten blijven. Vanuit de werkgroep kunnen mensen en middelen aangeboden worden om innovaties van de grond te krijgen.

3.4.4. Adequaat beheer borgen

Als er in de regio of bij de Dokterszorg applicaties gebruikt worden, dan moeten deze beheerd worden. Dit kan bij de Dokterszorg (bijvoorbeeld het HAPis of KIS-systeem) maar ook bij derden, zoals stichting Gerrit als het gaat om het berichtenverkeer.

De werkzaamheden van het beheer kunnen per applicatie sterk verschillen. Dit is afhankelijk van een aantal factoren:

- Het al dan niet draaien in de Cloud: met het in de Cloud draaien is technisch beheer niet nodig
- Generieke- versus specifieke functionaliteit: hoe generieker het product, hoe minder beheer nodig is. Zo is er nauwelijks beheer nodig voor officie 365 en intensief beheer voor het HAPis systeem
- Aantal gebruikers: bij een klein aantal gebruikers is er minder afstemming nodig over inrichting van het systeem of opleiding als er nieuwe functionaliteit komt.



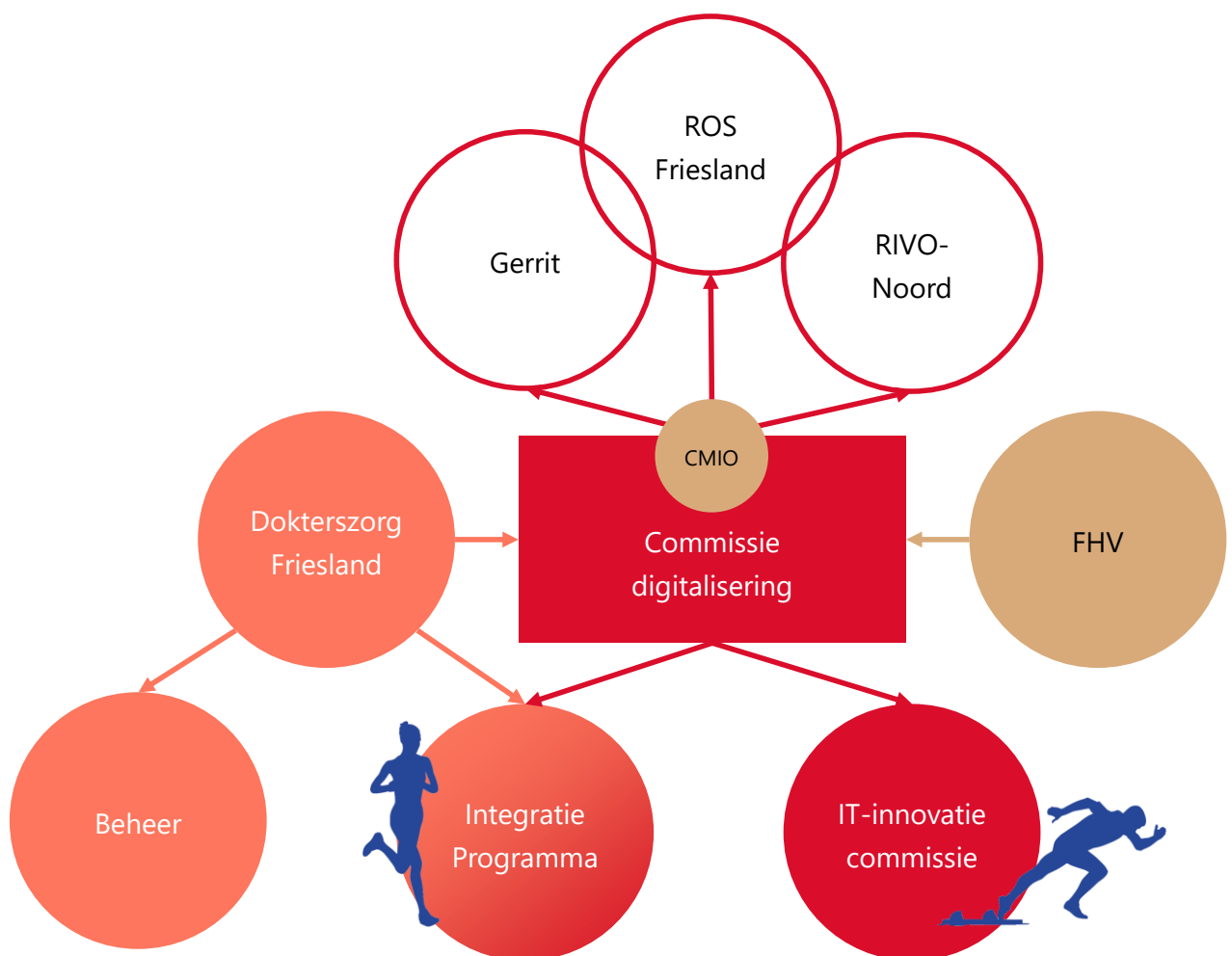
Op dit moment is er gekozen om voor AFAS en Porta Vita het beheer te laten plaatsvinden door keyusers. Dat zijn mensen die veel ervaring hebben in het werken met het systeem en contactpersoon zijn voor leveranciers.

Voor het HAPis systeem van Topicus is een functioneel applicatiebeheerder aangesteld die zorgt voor een adequate inrichting van het systeem, het opleiden van mensen en die eisen en wensen van gebruikers verzamelt, prioriteert en deze inbrengt bij de leverancier. Mogelijk dat deze functioneel beheerder zich op termijn laat ondersteunen door een "wijzigings adviescommissie" die prioriteiten in de wensen aanbrengt. Dit is een veel gebruikt gremium dat geadviseerd wordt in de IT-literatuur (ITIL, ISM) en ook wel aangeduid wordt als "change advisory board (CAB).

Als in de toekomst nieuwe applicaties gebruikt worden, denk aan toepassingen als de viewer voor de zorgverleners of tooling voor data-analyse, dan moet opnieuw gekeken worden naar de beheerrol. Hetzelfde geldt voor applicaties die nu misschien minder intensief gebruikt worden en op termijn wellicht een belangrijkere rol krijgen.

3.4.5. IT-Governance inrichten: wie is waarvoor verantwoordelijk?

In figuur 14 hebben we al het bovenstaande samengevat. Schematisch is te zien wie, waarvoor verantwoordelijk is als het gaat om IT-governance.



Figuur 14: IT-Governance FHV/Dokterszorg Friesland



Centraal in de IT-governance staat de commissie digitalisering, met als voorzitter de CMIO. De commissie bestaat uit een bestuurslid van FHV met ICT in de portefeuille, de bestuurder van dokterszorg Friesland en huisartsen die affiniteit hebben met het digitaliseringsvraagstuk. Deze commissie stuurt, naar het concept van IT van twee snelheden, twee gremia aan: het integratie programma (huis op orde én aansluiting in het zorgnetwerk) en de IT-innovatie werkgroep (beoordeling en monitoring innovaties in de regio). Het programma ketenintegratie wordt uitgevoerd door de programmamanager die vanuit de Dokterszorg geleverd wordt. Vandaar een pijl van Dokterszorg naar het programma). De IT-innovatiewerkgroep is een subset van de commissie digitalisering.

De commissie digitalisering participeert actief in de verschillende netwerken die zich met IT in de zorg bezighouden. Enerzijds om haalbaarheid van eigen initiatieven te toetsen en anderzijds om de agenda van deze netwerken te beïnvloeden.

Los van de commissie digitalisering zal Dokterszorg Friesland het functioneel beheer van regionale IT-oplossingen voor haar rekening nemen, alsook iemand beschikbaar stellen die een klankbord kan zijn voor een huisarts als het gaat om de IT-inrichting van zijn of haar praktijk: een strategisch adviseur digitalisering.

3.4.6. Kennisinstructuur aanleggen

Masterclass digitalisering

Om de huisartsen regie te laten nemen op het digitaliseringsvraagstuk, lijkt het goed om hiervoor een masterclass te organiseren. Geen college met een oneindige reeks van drie letterige afkortingen of modellen uit de digitale wereld. Wel een praktische opleiding, waarbij met inspirerende voorbeelden de aansluiting gezocht wordt bij de dagelijkse praktijk.

Voorstel is ook om dit geen vrijblijvende opleiding te laten zijn, maar een masterclass bestaande uit een 6-tal bijeenkomsten, waarin vooraf literatuur bestudeerd moet worden, college gegeven wordt en met elkaar het gesprek gevoerd wordt over hoe je als huisarts ontlast kan worden door digitalisering en je de focus kunt leggen op de dienstverlening aan de patiënt of mantelzorger.

Gegeven de volle agenda van de huisartsen moet duidelijk de toegevoegde waarde aangetoond worden. Er zal dan ook een concrete aanleiding gevonden moeten worden. Bijvoorbeeld majeure IT-ontwikkelingen in bij de FHV/Dokterszorg. Zo is in ziekenhuizen vaak de introductie van een nieuw of gewijzigd EPD vaak aanleiding om een dergelijke masterclass te organiseren.

Digitaal platform

Platform voor en door dokters om kennis uit te wisselen. Denk aan formats, documenten, webinars, podcast rondom specifieke thema's. Zoals later aangegeven bijvoorbeeld het thema "IT-innovatie".



4. Wat er nu al gebeurt

4.1. Relevante Friese gremia

4.1.1. Stichting Gerrit

Stichting Gerrit is de regionale samenwerkingsorganisatie van zorgaanbieders op het gebied van ICT. Van daaruit bieden ze allerlei diensten aan én leggen ze verantwoording af aan de participanten van Gerrit.

4.1.2. RIVO

De letters RIVO-Noord staan voor: Regionaal Informatie Voorzienings Overleg Noord-Nederland.

RIVO-Noord is een ambitieus samenwerkingsnetwerk in de provincies Drenthe, Friesland en Groningen. Een samenwerkingsnetwerk op het gebied van informatievoorziening in de zorg, met mensen die de zorg zelf verlenen (CMIO's).

Het netwerk van RIVO gaat de grenzen van de individuele zorgorganisaties en de bekende lijnen voorbij, vanuit de overtuiging dat zorg in zorgnetwerken of regionale zorgpaden verleend moet worden om inwoners van onze zorgregio van de beste zorg te kunnen voorzien. Een gezamenlijke, regionale informatievoorziening is daarvoor het fundament.

4.1.3. ROS Friesland

ROS Friesland begeleidt samenwerking en innovatie binnen de (eerstelijns)zorg en van de (eerstelijns)zorg met andere domeinen. Voor eerstelijnszorgverleners kunnen de diensten veelal gefinancierd worden vanuit publieke ondersteuningsgelden voor de eerstelijnszorg.

4.2. Landelijke programma's

Er zijn vele landelijke programma's beschikbaar zoals eerder aangegeven. Relevant in de relatie tot de geformuleerde ambitie zijn de programma's "Met spoed beschikbaar", waarbij je de ambulance van informatie kunt voorzien én het programma "Medicatieoverdracht", waarbij de kwaliteit van overdracht beter wordt. Met name in de overdracht van en naar het ziekenhuis zou dit veel kunnen betekenen.

4.2.1. Met Spoed Beschikbaar (MSB)

Het programma "Met spoed beschikbaar" helpt zorgverleners in de acute zorg met digitale uitwisseling van gegevens. Door betere gegevensuitwisseling worden zorgverleners beter ondersteund in hun werk, waardoor de patiënt sneller de juiste zorg ontvangt (<https://metspoedbeschikbaar.nl/huisarts/>). Dit programma biedt middels het "koploper programma" mogelijkheden om hier versnelling in aan te brengen.



4.2.2. Medicatieoverdracht

Het is evident dat een goede medicatieoverdracht cruciaal is. Er is nieuwe wetgeving om dit te regelen, waarbij er standaards gedefinieerd zijn en het LSP is als schakelpunt ingezet wordt om dit te bewerkstelligen. Meer over het landelijke programma kun je vinden op: <https://www.samenvoormedicatieoverdracht.nl/over-ons/> Dit landelijk programma is concreet ingevuld voor Friesland: <https://lsp-platform.frl/>. Het LSP Platform Medicatieoverdracht Fryslân wil inhoudelijk en technisch de medicatieoverdracht borgen middels ICT/LSP om medicatieveiligheid te bewerkstelligen voor zorgverleners en patiënten in Friesland. Het LSP Platform Medicatieoverdracht Fryslân werkt hiervoor samen met- en heeft inspraak bij andere verantwoordelijke partijen in de zorg en ICT-gerelateerde partners. Het LSP Platform Medicatieoverdracht Fryslân organiseert en schuift aan bij lokale initiatieven op het gebied van ICT en medicatieoverdracht om deze initiatieven regionaal en provinciaal te implementeren. Het platform biedt een podium om initiatieven te ontwikkelen die de patiënt ten goede komt, door professionele toepassing van medicatieoverdracht.

4.3. Regionale programma's

4.3.1. VIPP Open

OPEN is het landelijke VIPP-programma voor de huisartsen, met als doel het ontsluiten van gegevens van het HIS naar een portaal en PGO. Geert Helder (DZ) is projectleider. In Friesland nemen bijna alle huisartsen hieraan deel. De deadline was 1 juli 2021. Deze deadline is gehaald, maar er zijn veel technische problemen. De informatie is nog niet goed zichtbaar in de meeste PGO's. Het programma zal doorlopen tot in 2022.

4.3.2. Communicatie HA – VVT

Communicatie HA – VVT (Vervanger Helder) is een provinciaal project in opdracht van de FHV en drie grootste Friese VVT aanbieders. Het project is ontstaan nadat Helder medio 2021 stopte. Helder was een applicatie vanuit ECD-leverancier Nedap – bestemd voor de huisarts om mee te lezen in het dossier van de wijkverpleging. Nu dat is gestopt hebben huisartsen geen inzage meer in het thuiszorgdossier. ROS Friesland is de projectleider en werkt samen in een kernteam met Stichting Gerrit, Dokterszorg en Kwadrantgroep. De eerste fase van het project is in de zomer van 2021 afgerond. De conclusie is dat er geen goed alternatief was voor Helder op de markt en de platforms als VIP en Vitalhealth op dit moment de meeste potentie hebben. ROS Friesland is nu in gesprek met de FHV en Friese thuiszorgaanbieders over Fase 2 van dit project en het ontwikkelen van een oplossing voor betere gegevensuitwisseling. Dit project loopt vanaf eind 2021 door in 2022. De pilot VIP/ Vitalhealth loopt parallel aan dit traject in de regio Heerenveen vanuit Dokterszorg tot eind 2021. Voor meer informatie zie de notitie "Uitkomst traject samenwerking huisartsen en VVT, In de zorg rondom kwetsbare ouderen thuis."

4.3.3. Thuismetingen/ zorg op afstand

Thuismetingen (HLA): Vanuit het hoofdlijnenakkoord konden huisartsen zich inschrijven voor de module thuismetingen. Dokterszorg coördineert dit. Het doel is zelfmanagement te vergroten en de werkgroep op de huisarts en POH te verlagen. Het gaat om DM2 patiënten en CVRM-patiënten in de ketenzorg, die aan de slag gaan met de patiënten portalen van VIP-calculus, Phillips Vitalhealth (Engage) en PortaVita afhankelijk van het ketenzorgsysteem van de huisarts. De huisartsen ontvangen uitleg en ondersteuning in de praktijk. De patiënten ontvangen een bloeddrukmeter en bloedglucosemeter met bluetooth. Dit project loopt door in 2022.



4.3.4. Vecozo

Vecozo pilot NO Friesland is een project waarbij landelijk wordt gewerkt aan een nieuw doorverwijssysteem tussen huisartsen en ziekenhuizen. ROS Friesland wordt projectleider van deze pilot. LHV is betrokken bij de ontwikkeling van het systeem landelijk. De ontwikkelingen zouden 2021 gereed zijn en de pilot zou starten, maar dit loopt door in 2022.

4.3.5. Zorgviewer

RIVO is het regionaal informatievoorzieningsoverleg Noord-Nederland. Het netwerk richt zich o.a. op de ontwikkeling van een regionale zorgviewer, toestemmingsverlening patiënt (MITZ, <https://www.vzvz.nl/diensten/mitz>) en MDO-platform. De eerste concepten worden nu getest. Uiteindelijk zal er iemand de verantwoordelijkheid op zich moeten nemen om een dergelijke oplossing te (laten) ontwikkelen. Meer over dit initiatief is te lezen in "Netwerkzorg architectuur" 28 februari 2020.

4.3.6. Gemeentes

Zorgdomein verwijzen huisartsen naar gemeenten: in een aantal Friese gemeenten wordt gewerkt met zorgdomein. De huisartsen kunnen via zorgdomein verwijzen naar de gemeenten. In de gemeenten waar zorgdomein is geïmplementeerd wordt dit als erg waardevol ervaren. Het geeft huisartsen beter inzicht in het aanbod van de gemeenten en structureert een verwijzing, waardoor huisartsen zo minder vaak met welzijnsvragen blijven zitten.

4.3.7. Digitale overdracht ACP

Digitale overdracht ACP (Advance Care Planning): In het verleden zijn er veel signalen geweest dat het overdagen van ACP van de dagpraktijk naar de ANW-uren moeizaam verliep. Met het nieuwe systeem van Topicus moet dit zijn verbeterd. Dit kan in 2022 worden onderzocht, omdat het belangrijk is dat dit goed en gemakkelijk verloopt.

4.3.8. Doorontwikkeling PGO

Zoals eerder genoemd is er een ambitieus programma om het PGO in Noord-Nederland verder in te vullen. Hieronder een korte samenvatting:

- Use case Medicatie. Project in regio Oosterwolde om brede medicatie-uitwisseling in de zorg én met patiënten (PGO's) van de grond te krijgen. Stichting Gerrit is projectleider. HINQ is de in te zetten combi van 'ZorgNetwerkOmgeving' (ZNO) en DVZA.
- Use case COPD. Eerste ketenzorgproject in kader van PGO NN, samen met o.a. FHV en Ketenzorg Friesland koppelen van Engage met PGO's en e-health apps. Mogelijk wordt ook HINQ hier de DVZA, maar dan met Engage als de ZNO. Stichting Gerrit is sinds kort coördinerend projectleider.
- Andere projecten PGO NN: preventieprojecten, jeugdgezondheidszorg, Stichting Gerrit is voor het gehele PGO NN programma penvoerder en coördinator werkpakket 2 (infrastructuur, alle lagen van interoperabiliteit).
- Aansluiting laboratoria op PGO's: voor huisartsen mogelijk van belang om 'duiding bij labuitslagen' naar burgers te geven, hetgeen huisartsen kan ontlasten. Mogelijk idee binnen PGO NN.

4.3.9. Alternatief voor zorgdomein

Niet direct relevant voor de huisartsen, maar wel relevant om de zorgkosten omlaag te krijgen en recht te doen aan open standaarden zoals die afgesproken, is het zoeken naar een alternatief voor zorgdomein. In Friesland is het Verwijsproject Dokkum gestart: één van de drie landelijke pilots in het kader van 'Stichting Verwijzen' (koepels samen met ZN). Werken aan alternatief voor Zorgdomein. Als de pilots succesvol zijn zal gewerkt worden aan opschaling (vanaf Q1/Q2 2022). Vecozo voert gesprekken met RSO NL om hierin een rol te vervullen.



5. Pragmatisch aan de slag

5.1. Randvoorwaarden scheppen

Om aan de slag te gaan met de ambitie lijkt het goed om te starten met het scheppen van randvoorwaarden. Dit gaat dan met name om het inrichten van de IT-functie én de innovatiecommissie. Op een wat langere termijn kan de masterclass ingezet worden als hieraan behoefte is.

5.1.1. Inrichting IT-functie

Gegeven de ambities is het belangrijk dat er een regierol komt voor de huisartsen en dat deze een “gezicht” hebben in de verschillende gremia en projecten. Dit zal op korte termijn moeten gebeuren.

Acties:

- Werven en opleiden CMIO
- Instellen commissies in overleg met CMIO
- Gegeven de veranderende eisen mogelijk aanscherpen IT-organisatie Dokterszorg Friesland
- Werven programmamanager en strategisch adviseur digitalisering.

5.1.2. Huis op orde

De huisarts is zelf verantwoordelijk om het huis op orde te brengen, zoals dat eerder in dit document is gedefinieerd. Op basis van een **praktijkanalyse** van de Dokterszorg, kan ondersteuning worden geboden over hoe dit aan te pakken. Er lopen projecten die hierbij helpen:

- Een landelijk ‘Faexit-programma’. De ambitie is om de fax te elimineren. Een belangrijke oplossing zal zijn, om alle zorgaanbieders op ‘veilig mailen’ te krijgen. Dat betekent het koppelen van veilig-mail-oplossingen en het opschalen van gebruik in de zorg.
- Opschaling van gebruik LSP. Continue samenwerking van VZVZ en Stichting Gerrit om LSP-gebruik in de regio op te schalen. Dit geldt o.a. ook voor de aansluiting GGZ en VVT, met name t.b.v. medicatie.
- VIPP 5 voor huisartsen.

De strategisch adviseur digitalisering is desgewenst klankbord voor huisartsen om het huis op orde te brengen nav de uitgevoerde praktijkanalyse.

5.1.3. Kennisinstructuur

Digitaal platform

Een digitaal platform heeft geen nut als er geen gebruik van wordt gemaakt. Dit betekent dat iemand specifiek aan de slag moet gaan om het platform levendig te houden. Dat betekent zorgen voor goede balans tussen vraag en aanbod, voor- en door dokters. Deze rol lijkt sterk op een “community manager”, met dit verschil dat de focus op een besloten doelgroep ligt. Als het gaat om taken denk dan aan de volgende:

- Faciliteren van het creëren van content voor het digitaal platform. Denk aan het redigeren van ruwe tekst die aangeleverd wordt, opnemen van filmpjes, faciliteren van podcasts, afnemen van interviews, etc.
- Webcare: afhandelen van vragen en opmerkingen die via het platform gesteld worden
- Sturen op interactie met de community
- Bijhouden van veel gestelde vragen
- Opstellen van richtlijnen voor het gebruik van het digitale platform



- Ontwikkelen van beleid op het gebied van het digitale platform
- Doorvertalen van vragen en opmerkingen naar acties om de ervaring te verbeteren en schakelt hiervoor met de commissie digitalisering, LHV en Dokterszorg
- Monitoren van feedback en reviews
- Bijhouden van nieuws (landelijke- en regionale programma's) en andere relevante social mediakanalen

Masterclass digitale transformatie

Het advies is om voorlopig nog even te wachten met dit initiatief, totdat er zich een concrete aanleiding voordoet waarmee huisartsen "bewust onbekwaam" zijn en behoefte hebben aan een opleidingstraject zoals is voorgesteld. Thema's waaraan nu aan gedacht worden zijn de volgende:

- Regievoering: hoe krijg ik grip op IT?
- Zorgnetwerk: hoe kan IT mij faciliteren in het zorgnetwerk rondom een patiënt
- De patiënt in de regie: IT-hulpmiddelen die daarbij ingezet worden
- Data, AI en ethiek: stand van zaken en wat betekent het voor mij als huisarts?
- Informatiebeveiliging: welke risico's heb ik af te dekken en hoe kan ik dit zo simpel mogelijk voor elkaar krijgen?

Acties:

- Eerste opzet maken van masterclass
- Animo peilen
- Uitvoeren
- Evalueren en bij succes vervolg geven

5.2. Integreren

Naast de vele 'hier en nu projecten' om te integreren, lijkt het goed om in de Friese regio een discussie te starten over de **visie op integratie**, zoals in paragraaf 3.1.3 is geadresseerd. Dit zou moeten leiden tot een aantal principes waaraan projecten worden getoetst die iets met integratie te maken hebben.

Het uitgangspunt bij integreren is dat we, gegeven de prioriteiten die in hoofdstuk 3 zijn genoemd, slim meeliften op bestaande programma's. Daar waar er geen specifieke programma's lopen, kiezen we voor integratie met partijen waarvan we zelf inschatten dat integreren makkelijk haalbaar is én waarbij het een grote toegevoegde waarde biedt.

Drie Projecten staan aan de top prioriteitenlijst:

- Actief deelnemen aan het HA-VVT project. Hierin ook meenemen dat de viewer zoals RIVO die gedefinieerd heeft, ook een oplossing kan zijn. Zie notitie "Uitkomst traject samenwerking huisartsen en VVT, in de zorg rondom kwetsbare ouderen thuis."
- Medicatieoverdracht project: <https://lsp-platform.frl/>
- Met spoed beschikbaar: <https://metspoedbeschikbaar.nl/huisarts/>.

De ontwikkeling van een programma met gemeentes (paragraaf 4.2.6) wel volgen, maar niet te veel energie op zetten. De reden is dat dit veel tijd en energie kost in relatie tot de toegevoegde waarde. Zeker als je kijkt naar de andere integratiebehoeften.

De ontwikkeling van viewer, het initiatief van RIVO, is zeer interessant voor de huisartsen. Het is in feite de oplossing zoals we dat in de ideale situatie in paragraaf 4.3.5. hebben geschetst. Of dit technisch, politiek en commercieel haalbaar is, moet zich nog bewijzen. Het is belangrijk om in dit initiatief te participeren en op die manier te borgen dat het een oplossing wordt die past bij de huisartsen. Zo zou je bijvoorbeeld de eis kunnen stellen, dat van dezelfde protocollen gebruik gemaakt gaat worden als van het PGO, zodat je zeker bent dat alle HIS'sen op de viewer aangesloten kunnen worden. Meer hierover is te lezen in de notitie "Netwerkzorg architectuur" van 28 februari 2020.



Acties:

- Integratieprogramma
 - Aanstellen programmamanager
 - Veranderkundig en technisch programmaplan maken met de hierboven genoemde prioriteiten
 - Uitvoering van het programma
 - Monitoren van de ontwikkeling t.a.v. koppeling met gemeentes
- Participatie in ontwikkeling viewer borgen

5.3. Innovatie

Innovatie staat laag op de prioriteitenlijst. Je ontkomt er niet aan om zicht te blijven houden op innovaties, zodat je er tijdig mee aan de slag kan gaan en niet verrast wordt. Bovendien lopen er op dit moment een aantal projecten die je onder innovatie zou kunnen scharen:

- PGO NN use cases: zie notitie "PGO eco systeem Noord-Nederland, ondernemen binnen het OPEN PGO Eco systeem Noord-Nederland, Projectplan ten behoeve van de subsidieaanvraag binnen de Open Innovatie Call" Versie: 29-04-2019
- Dokter Appke
- Data/AI-initiatieven
- Zorg op afstand/ Thuismetingen

Bovenstaande betekent dat de innovatiecommissie al wel direct aan de slag moet gaan.

Acties:

- Vormen van een gremium waar de innovaties beoordeeld worden: innovatiewerkgroep
- Selectiecriteria opstellen waarbij de gedane suggesties rondom innovatie meegenomen worden
- Casuïstiek verzamelen omtrent hetgeen er al gedaan is aan innovaties bij verschillende huisartsen
- Voeding van het eerdergenoemde digitale platform
- Mensen en middelen vrijmaken om innovatieve huisartsen te ondersteunen
- Huisartsen uitnodigen om met voorstellen voor innovaties te komen



5.4. Planning

Hieronder een indicatieve planning van het ICT-Masterplan. Het is belangrijk om te melden dat de programmamanager verantwoordelijk is voor het "integratieprogramma" en dat de commissie innovatie toeziet op de innovaties in de regio. De randvoorwaarden moeten ingevuld worden door FHV en Dokterszorg.

Activiteit	2022				2023				2024			
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
Randvoorwaarden												
Inrichting IT-functie	X											
Huis op orde	X	X	X	X								
Kennisinfrastructuur		X	X	X								
Integreren												
Visie op integratie (zie 3.1.3)			X	X								
HIS-VVT-project												
- meedenken	X	X										
- uitwerken oplossing		X	X									
- implementeren				X	X	X	X	X				
Medicatieoverdracht												
- POC toetsen			X	X	X	X						
- breed uitrollen in de regio							X	X	X	X		
MSB			X	X	X	X						
Viewer/MITZ/MDO												
- meedenken	X	X	X	X								
- meedoen					X	X	X	X				
Innoveren												
PGO NN use cases	X	X	X	X								
Dokter Appke door ontwikkelen & pilots	X	X	X	X	X	X						
Data & AI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Zorg op afstand/ thuismeting	X	X	X	X								



Bijlagen



Bijlage 1: Communicatieplan & betrokkenen

Doelgroep	Boodschap	Communicatiemomenten / Medium					
		Start	Ambitie	Van ambitie naar acties	Prioriteren / roadmap	Rapport definitief	Subsidie-aanvraag
		14-sep	eind sept	oktober	17-nov	eind november	nov/dec
HA	Pak de kans	Memo / presentatie ledenvergadering	toetsen in online workshop (1 uur, met regiovertegenwoordigers)	Workshop (3 uur, met regio vertegenwoordigers)	Toetsen	Melding: rapport is klaar en is te vinden op website	Commitment
Triagisten/assistenten DNW	Kom met ideeën	Memo	Enquête versturen	Schrijftelijk toetsen	Toetsen	Melding: rapport is klaar en is te vinden op website	-
(Praktijk) managers, Managers DWF	Pak de kans	Memo	toetsen in online workshop (1 uur)	Workshop (3 uur)	Toetsen	Melding: rapport is klaar en is te vinden op website	Commitment
Gerrit	Denk mee	Memo	-	Toetsen Bila	-	Bila - doornemen rapport	-
ROS Friesland	Denk mee	Memo	-	Toetsen Bila	-	Bila - doornemen rapport	-
De Friesland, VGZ	Denk mee	Aanpak	-	-	Meelezen	Bila - doornemen rapport	Afstemmen
POH	Kom met ideeën	Memo	Enquête versturen	Schrijftelijk toetsen	-	Melding: rapport is klaar en is te vinden op website	-
Ziekenhuizen	Wij zijn bezig, updates volgen	Memo	-	-	-	Melding: rapport is klaar en is te vinden op website	-
VVT	Wij zijn bezig, wat is van belang vanuit jullie perspectief?	Memo	-	-	Bij interesse kunnen we het plan delen	Melding: rapport is klaar en is te vinden op website	-
Ambulancedienst	Wij zijn bezig, wat mogen we niet vergeten?	Memo	-	-	-	Melding: rapport is klaar en is te vinden op website	-
Provincie	Wij zijn bezig	Gesprek	-	-	-	Bila - doornemen rapport	-
Functioneel beheerders	Wij zijn bezig	Memo	-	-	Meelezen	Melding: rapport is klaar en is te vinden op website	-
Werkgroepbijeekomen			▲ Online	▲ Online	▲ Fysiek	▲ Online	

Werkgroep

Martijn van der Werff
Lodewijk, Carolien
Margreet Euwes
Mirjan Talsma
Dave van den Bremer
Dirk Geneugelijk

Deelnemers workshop 1

Paula Zijda
Afia Tutuhatonewa
Geert Helder
Igor Monzon
Petra van Elselo
Leoni Bouma
Marc Toot
Renate van der Meulen
Jeltje Lettinga
Mirjan Talsma
Dirk Geneugelijk
Martijn van der Werff
Rob Poels
Anne Goossens

Deelnemers workshop 2

Margreet Euwes
Paula Zijda
Petra van Elselo



Marc Toot
Leoni Bouma
Raymond Bakker
Igor Monzon
Geert Helder
Afia Tutuhatonewa
Ard Nijhuis

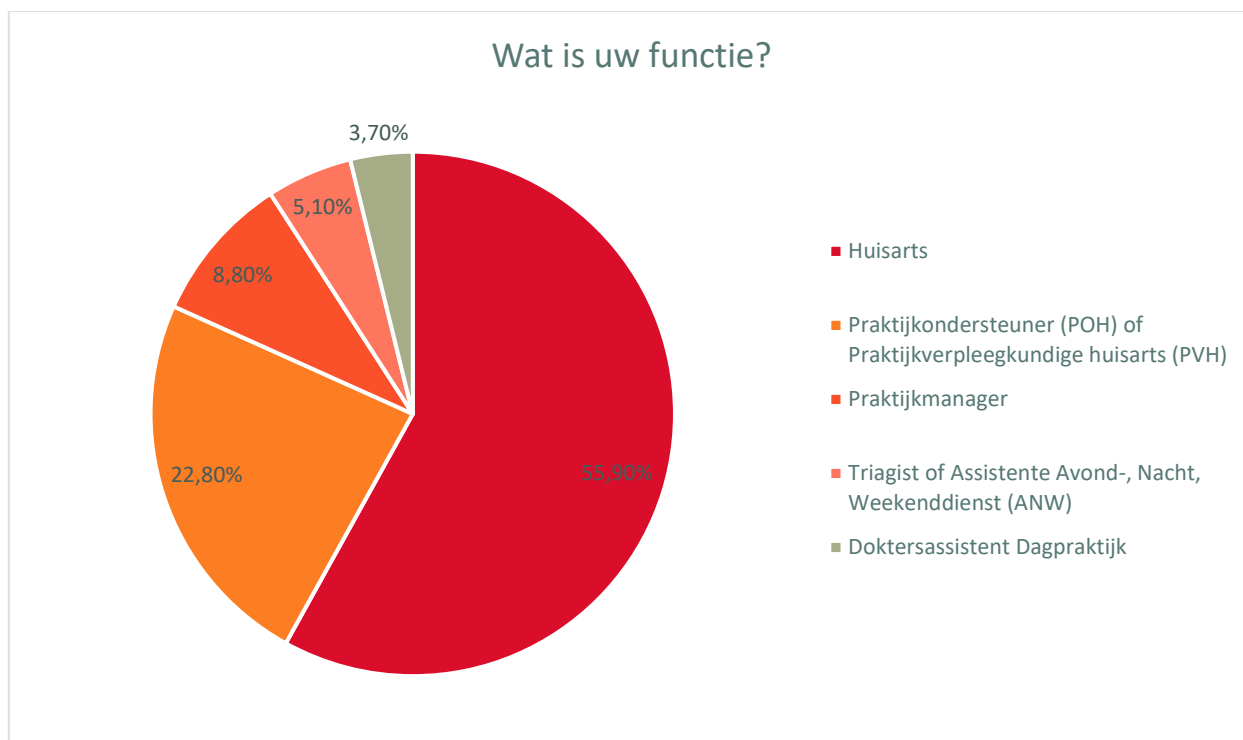
Bilaterale afstemming:

Naam	Organisatie
Wim Hodes	Stichting Gerrit
Annet van Dam	Huisarts
Geert Helder	Dokterszorg Friesland
Tom Sterk	Antonius Zorggroep
Age Boelens	Antonius Zorggroep
Els Reeuwijk	Antonius Zorggroep
Mark de Roos	ROS Friesland
Bea Klompmaker	ROS Friesland
Inkrid Feil	RIVO Noord
Dan Zhang	RIVO Noord/ CMIO MCL
Peter Doorlag	KwadrantGroep VVT CIO



Bijlage 2: Verantwoording uitgezette enquête

136 deelnemers





Bijlage 3: Profiel CMIO



Profielschets CMIO Eerste Lijn

De Chief Medical Information Officer (CMIO) Eerste Lijn is een (bij voorkeur) **praktiserend huisarts** die in staat is **visie op ICT** binnen een (huisartsen)zorgorganisatie mede te vormen. Hij/zij kan de visie vertalen naar de impact op het primaire proces en geeft vanuit medisch perspectief richting aan het strategisch plan voor ICT.

De CMIO vormt de **schakel tussen ICT en huisartsenzorg** door kennis van beide vakgebieden en spreekt de "taal" van zowel huisarts als IT(-leverancier). Hij/zij heeft het **vertrouwen van de huisartsen** binnen de organisatie en streeft naar vertegenwoordiging van alle huisartsen binnen de organisatie.

De CMIO wordt **officieel aangesteld** door de organisatie in de functie van CMIO voor een aantal uren per week en is samen met de Chief Information Officer (CIO), Chief Digital Officer (CDO) of ICT-manager verantwoordelijk voor de digitale strategie binnen de organisatie.

De CMIO zet zich in voor verbetering van en **innovatie door digitalisering** op diverse gebieden, zoals patiëntenzorg, patiëntbetrokkenheid, samenwerking met andere zorgsectoren, eHealth, onderzoek, onderwijs en uitkomsten.

De CMIO draagt (mede) zorg voor de handhaving van beschikbaarheid, integriteit en vertrouwelijkheid van de informatieverwerking voor en door de huisarts

Hij/zij doet dit mede door een **inhoudelijk aanspreekpunt** te zijn.

- **binnen de organisatie** voor:
 - huisartsen en andere praktijkmedewerkers
 - het bestuur
 - beleidsmedewerkers
 - IT-manager/CIO/CDO
 - functionaris gegevensbescherming
- **buiten de organisatie** voor:
 - regionale samenwerkende ziekenhuizen
 - wijkzorg en VV&T
 - GGZ
 - apothekers
 - overige eerstelijns organisaties
 - ICT-leveranciers
 - academische huisartsennetwerken
 - patiënten vertegenwoordiging

De CMIO onderhoudt contacten met CMIO's van andere organisaties binnen de eerste lijn onder andere door lidmaatschap van het **CMIO Netwerk Eerste Lijn**. Dit doet hij/zij met als doel regionaal en landelijk kennis op te bouwen en te delen, en landelijk bij te dragen aan het verhogen van de kwaliteit van de informatisering in de (huisartsen)zorg.

De CMIO heeft kennis van zorginformatisering en informatietechnologie en streeft naar verdere uitbreiding van deze kennis door **opleiding/cursussen**, ervaring en contacten met andere CMIO's en experts.

november 2020