

2.3.2

Eindrapportage

Nederlands Huisartsen Genootschap / Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Mark de Lange, VWS, Carinke Buiting, NHG, Erica Bastiaanssen, NHG, Tjeerd van Althuis, NHG
27 juli 2020; verwerkt opmerkingen RadB 12jan20

Onderzoek pilot HASP – zibs

Afzendgegevens

VWS, Directie Informatiebeleid / ICT

Parnassusplein 5
2511 VX DEN HAAG
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Contactpersoon

Carinke Buiting
NHG

Mark de Lange
VWS

M 06 23 524 298
C.buiting@nhg.org

M 06 43 819 654
mh.d.lange@minvws.nl

Ons kenmerk

Onderzoek pilot HASP – zibs

Samenvatting

In het Informatieberaad Zorg (IB) is eerder gesproken over de **toepasbaarheid van de BgZ in relatie tot gegevensuitwisseling in en met de huisartsenzorg**. De behoefte aan het versterken van deze gegevensuitwisseling is door het IB onderschreven. Naar aanleiding hiervan hebben het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) een onderzoek opgestart om te onderzoeken wat nodig is om gegevensuitwisseling op basis van de Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen Huisarts en Medisch specialist (richtlijn HASP), te versterken en of, hoe en welke zorginformatiebouwstenen (zibs), al of niet van de BgZ, hierin op dit moment een rol kunnen spelen.

De vraag die in dit rapport uiteindelijk wordt beantwoord is **welke logische stappen kunnen worden gezet om te komen tot een of meer pilots met de richtlijn HASP, die rekening houden met zibs in het algemeen en de zibs uit de BgZ in het bijzonder, en die de weg wijzen naar landelijke toepasbaarheid.**

Het onderzoek bestond uit het bestuderen van rapportages en projecten rond HASP, BgZ en/of zibs en het houden van interviews met professionals en deskundigen die een rol spelen bij het implementeren van de Richtlijn HASP, of van de BgZ en/of zibs. Er is gesproken met relevante brancheorganisaties, artsen en zorgorganisaties, modellers van het domein en IT-leveranciers.

BEVINDINGEN

Het onderzoek heeft inzicht opgeleverd in de problematiek en kansen op weg naar landelijke toepasbaarheid van HASP en zibs.

Wat betreft de richtlijn HASP:

- De richtlijn HASP is een formeel geaccordeerde, breed gedragen en levende richtlijn voor gestructureerde uitwisseling van gegevens tussen huisarts en medisch specialist, en geeft afspraken voor organisaties, zorgverleners en IT-leveranciers over wanneer en wat uit te wisselen tot op het niveau van uit te wisselen gegevens.
- De implementatie van de richtlijn HASP is deels al zeer succesvol, vrijwel steeds is dit het geval waar de IT goed ondersteunt zoals bij het HASP verwijsbericht door de huisartsen. Er is gedreven vanuit regio's, veel beweging richting volledige en brede implementatie, wat omvat tussentijdse berichten en implementatie aan de kant van de medisch specialist/ziekenhuis. Echter, dit laatste wordt gehinderd door onvoldoende ondersteuning vanuit IT en teveel vrijheid voor inrichting van het EPD voor specialisten. Daarnaast ervaart de regio op gebied van implementatie gebrek aan scholingsmateriaal

en gebrek aan regie in de zin van een gezamenlijk onderschreven en van hogerhand bewaakt tijdpad.

Wat betreft uitwisseling van zibs, BgZ en VIPP:

- Het werken met zibs, al of niet BgZ, wordt door leveranciers onmiskenbaar opgepakt, in het merendeel vanuit een projectsetting. We zien echter dat het engere projectdoel daarbij steeds centraal staat. Vaker dan eens hanteert een project zelf aanvullende bouwstenen. Het hogere doel voor de zorgverlener in de praktijk, namelijk registratie aan de bron in zibs en hergebruik, is in geen van de projecten een expliciet, projectoverstijgend en bewaakt aandachtspunt. Dit leidt tot veel projectspecifieke invullingen en verschillende implementatie van de zibs en gebruik van eigen bouwstenen, ook wel genoemd eigen FHIR resources
- Het proces van de ontwikkeling van zibs door het Zib-centrum van Nictiz in samenwerking met de diverse partijen in het veld functioneert naar enige tevredenheid van het veld, maar roept wel vragen op. Zo is het tempo een punt van zorg. Het probleem van redundante en projectspecifieke implementatie van bouwstenen en zibs wordt door Nictiz gezien als een tijdelijk probleem wat zal worden opgelost met de nieuwe release die gepland staat voor najaar 2020. Er bestaat evenwel bij andere betrokkenen gerede twijfel of dit probleem met de huidige werkwijze van het Zib-centrum daadwerkelijk kan worden opgelost.
- Wat het Zib-centrum niet als eigen taak ziet is de governance van de inhoud van zibs. Bedoeld wordt afspraken over de geldigheid van inhoud van uitgewisselde zibs zorgbreed. Volgens Nictiz moet de zorg dit zelf doen, maar dit wordt nergens opgepakt.
- De VIPP stimuleringsregelingen worden door zorgorganisaties en IT-leveranciers positief gewaardeerd vanwege de subsidie en duidelijk vastgestelde doelen en regels.

Wat betreft HASP en BgZ en zibs:

- Op dit moment worden tussen huisarts en ziekenhuis geen zibs of BgZ uitgewisseld. De BgZ als set dekt volgens de bevroegde zorgverleners onvoldoende de uitwisseling die nodig is voor continuïteit van zorg tussen huisarts en ziekenhuis. De in de tweedelijnde projecten gebruikte BgZ-zibs sluiten ook niet goed aan bij de concepten die voor huisartsen herkenbaar zijn. Daarmee zijn ze niet zomaar inzetbaar voor de communicatie vanuit en met de huisartsenzorg. Het aanpassen van bestaande zibs, het toevoegen van nieuwe zibs en het uitwerken van een oplossing van het werken met verschillende codestelsels naast elkaar zijn in ontwikkeling.
- Vrijwel alle geïnterviewden beamen dat HASP goed kan helpen om een boost te geven aan goede en gestructureerde gegevensuitwisseling tussen huisarts en ziekenhuis/medisch specialist, doordat HASP een cruciale ondersteunende rol speelt in

het primaire proces van continuïteit van zorg, én concreet aangeeft waar zibs kunnen worden toegepast in dit proces. HASP heeft daarbij meerwaarde boven (alleen) de BgZ.

- Er zijn veel goede tips op te halen in het veld: Kleine stapjes, duidelijke eindtermen, verplichting, duidelijkheid wie landelijk prioriteert, bewaken van technische samenhang tussen oplossingen, en starten met voor de hand liggende zibs komen meermalen terug. Wat voor de hand liggende zibs zijn verschilt wel per ondervraagde.

CONCLUSIES

Op basis van deze bevindingen zijn diverse conclusies te trekken.

- Het is een goede gedachte om implementatie HASP en zibs samen op te pakken. HASP geeft een goede borging met zowel zorginhoudelijke als administratieve werkprocessen, voor zowel zorgverlener als organisatie als IT. HASP kent een opdeling in rubrieken die een duidelijke basis vormen voor koppeling van zibs.
- In deze oplossing moet eerst de uitrol van HASP worden geholpen opdat ziekenhuizen en medisch specialisten overstappen naar een voldoende uniforme wijzen van registreren wat er weer voor zorgt dat informatie gestructureerd aanwezig is voor gestructureerde communicatie.
- Het werken met zibs is onvoldoende geborgd om in dit proces leidend te zijn. Ook zijn de huidige zibs veelal niet geschikt voor uitwisseling vanuit de huisartsenzorg. Het is een beter idee om stapsgewijs zibs aan de HASP berichten toe te voegen om daarmee ervaring op te doen. Welke zibs dat zijn is nu nog niet aan te geven. De aanpak voor het aanwijzen van preferente zibs zoals gedaan in de proeftuin van GGZ kan daarbij worden gehanteerd aangevuld met tips uit het veld.
- Een Nictiz-informatiestandaard - om te beginnen een pre-vorm daarvan - moet beschikbaar komen voor HASP die ondersteunt dat zowel het voor de ontvanger direct leesbare opgemaakte bericht als steeds meer zibs kunnen worden uitgewisseld. Nictiz staat achter deze wens.
- Voor de landelijke brede invoering van HASP kan de aanpak zoals bij de VIPP trajecten als voorbeeld dienen.

ADVIEZEN

De conclusies geven aanleiding voor de volgende adviezen:

Bij de hoofdvraag

- **Wij adviseren om nadrukkelijk in te zetten op HASP en zibs.** Eerst HASP: HASP is uitontwikkeld en het nut ervan is direct inzichtelijk en meetbaar. Hiervoor kan worden aangesloten bij de roadmap voor HASP van NHG en FMS, waarbij het eerste doel is het tijdig uitwisselen van afgesproken berichten in leesbaar format. Met deze eerste stap is

de zorg al gediend. Vervolgens kunnen gebruikers en IT-leverancier zich richten op het steeds beter zib-compliant registeren. Gegevens voor het HASP-bericht die in het verzendend systeem zib-compliant aanwezig zijn kunnen op basis van zibs worden toegevoegd aan de uitwisseling. Dit geeft een win-win situatie, gericht op zowel verbetering van continuïteit van zorg door goede informatie-uitwisseling via HASP, als op herbruikbaarheid van informatie.

- **Voor de uitrol van HASP adviseren wij daarin te interveniëren opdat die een versnelling krijgt.** Dit geschiedt het best door landelijk haalbare doelen te stellen voor implementatie, en tegelijkertijd landelijk ervaren problemen te adresseren en weg te nemen. De gedragscode HASP, de aanpak van de pilot HASP 2.0 in Leiden met monitoring en onderwijs en het concept hulpmiddel “Een 10 voor HASP” dienen als vertrekpunt.
- **Vanwege de wens uit het veld adviseren wij om verdere versterking van de positie van Richtlijn HASP nader te onderzoeken,** bijvoorbeeld door een traject richting normering van de richtlijn of onderdelen ervan tot een NEN norm.
- **Voor de invoering van zibs bij de richtlijn HASP adviseren wij als doel te stellen: de gedoseerde en gemonitorde invoering ervan.** Daarvoor is nodig een Nictiz-informatiestandaard, met als uitgangspunt dat altijd moet zijn opgenomen het complete HASP-bericht in opgemaakt formaat, en dat daarbij steeds meer zibs moeten kunnen worden toegevoegd. Met elke toegevoegde zib is op deze manier weer een extra stukje informatie herbruikbaar voor de ontvanger.
- Voor de prioritering van zibs adviseren wij om specifiek voor de setting huisarts - ziekenhuis een eerste zib of set zibs te kiezen. Wij adviseren om hiertoe op de diverse sets die naar voren zijn geschoven zijn vanuit BgZ en andere programma’s de waardering per zib zoals gedaan in proeftuin HASP GGZ toe te passen en op grond daarvan een keuze te maken.
- **In lijn met de diverse bestaande (VIPP-)regelingen adviseren we om ook voor de invoering van Richtlijn HASP inclusief het gebruik van zibs (HASP / zib) een stimuleringsregeling op te zetten** en hiermee op korte termijn te starten.
- Diverse VIPP-programma’s zoals Babyconnect en e-Overdracht zijn of bevatten elementen gericht op gegevensuitwisseling tussen professionals. In de richtlijn HASP is de generieke context terdege uitgewerkt. Wij bevelen aan om de uitwerking in HASP als basis te nemen voor de overdracht bij lopende en eventueel toekomstige programma’s.
- In de praktijk zien we dat stimuleringsregelingen regelmatig aangepast dienen te worden op basis van ervaringen in de weerbarstigste praktijk. Om dit bij deze regeling te voorkomen, stellen wij voor **om nu al in 4 tot 6 proefregio’s te starten met de**

invoering van HASP / zib en hiervoor implementatiegelden ter beschikking te stellen. De pilots richten zich op expliciete uitdagingen in de infrastructuur (zie onder).

- Wij bevelen aan om de benodigde aanpassingen in IT en processen voor het verbeteren van de ondersteuning mee te nemen in de beoogde stimuleringsregeling.

Wat betreft de pilots

- Om het oplossen van de problematiek van IT, processen en naleving door professionals ondanks hun afhankelijkheid niet op elkaar te laten wachten, is vanuit het NHG “Een 10 voor HASP” in concept ontwikkeld en ingezet tijdens de proef in de regio Leiden. Aanbevolen wordt om “Een 10 voor HASP” in meerdere proefregio’s uit te zetten en bij gelijksoortige resultaten ook op te nemen in de brede uitrol.
- Bij het registreren van gegevens in informatiesystemen en het opstellen van HASP-berichten speelt de AIO of HAIO een belangrijke rol. In de proefregio’s en later bij reguliere regionale implementaties dienen juist deze zorgprofessionals te worden opgeleid.
- De richtlijn HASP lijkt geschikt om te dienen als mal voor digitale uitwisseling tussen huisarts en medisch specialist in het ziekenhuis, maar ook breder: tussen alle zorgverleners in elke setting. Wij bevelen aan HASP en zibs in de volledige breedte van zorgcommunicatie te overwegen als een volgende stip op de horizon.
- **De pilots moeten antwoord geven op de ten minste volgende vragen:**
 - werkt de pre-informatiestandaard zoals bedoeld?
 - wat zijn de eisen te stellen aan aangesloten systemen en zorginstellingen bij een groeimodel met steeds meer zibs?
 - gaan de EPD-leveranciers de pre-informatiestandaard ondersteunen?
 - welk type zibs of welke zibs hebben prioriteit en waarom?
 - hoe beschrijft en monitort de zorg de verwachte outcome van gebruik van een zib?
 - wat zijn zinnige audit eisen aan implementatie van HASP + pre-informatiestandaard + zibs?
 - hoe kan verplichting van HASP en een verplicht tijdspad eruit zien?
 - welke regie is nodig en waar moet die liggen?
- Daarnaast moet de pilot de lessen uit eerdere VIPP regelingen meenemen.

In voorliggend rapport treft u een verdere uitwerking van het onderzoek en de resultaten aan.

Documentbeheer

Versiebeheer			
Versie	Datum	Verskil met voorgaande versie	Auteur
0.1	08-03-2020	Eerste versie	Carinke Buiting / Mark de Lange
0.2	10-03-2020	Diverse aanvullingen. Tevens verwerking input Chipsoft	Carinke Buiting / Mark de Lange
0.3	11-03-2020	Aanscherping bevindingen en conclusies	Carinke Buiting / Mark de Lange
0.4 / 0.5	30-03-2020	Verwerking opmerkingen Tjeerd van Althuis en Dirk de Wit. Tevens input St. Jansdal.	Carinke Buiting / Mark de Lange
0.6	03-07-2020	Verwerking opmerkingen Tjeerd van Althuis en Erica Bastiaanssen	Carinke Buiting
1.0	27-7-2020		

Distributiebeheer			
Versie	Datum distributie	Naam	Functie
0.3	11-03-2020	Tjeerd van Althuis	Senior medewerker NHG
		Dirk de Wit	Opdrachtgever namens IB
0.5	19-04-2020	Tjeerd van Althuis	Senior medewerker NHG
		Dirk de Wit	Opdrachtgever namens IB
1.0	27-7-2020	Dirk de Wit, Tjeerd van Althuis	

Akkoord			
Versie	Datum akkoord	Naam (al naar gelang van toepassing)	Handtekening
1.0	27-7-2020	Dirk de Wit namens IB Tjeerd van Althuis namens NHG	

Inhoud

SAMENVATTING	2
1 INLEIDING	10
1.1 ACHTERGROND EN AANLEIDING	10
1.2 PROJECTDOELSTELLING	11
1.3 PROJECTSCOPE EN -AFBAKENING	11
1.4 PROJECTORGANISATIE	12
1.5 BELANGHEBBENDEN	12
1.6 LEESWIJZER	12
2 ONDERZOEKSOPZET	13
2.1 VRAAGSTELLING	13
2.2 DEELVRAGEN	14
3 BEVINDINGEN	20
3.1 BEVINDINGEN UIT PROJECTEN ROND HASP, BGZ EN ZIBS	20
3.2 BEVINDINGEN UIT INTERVIEWS MET BRANCHEORGANISATIES	25
3.3 BEVINDINGEN UIT INTERVIEWS MET ARTSEN EN ZORGORGANISATIES	26
3.4 BEVINDINGEN UIT INTERVIEWS MET MODELLEURS VAN HET DOMEIN	28
3.5 BEVINDINGEN UIT INTERVIEWS MET LEVERANCIERS	29
4 VERZAMELDE BEVINDINGEN EN CONCLUSIES	36
4.1 WAT IS DE ERVARING MET HASP? WAT GAAT GOED? EN WAT ZOU HELPEN?	36
4.2 WAT IS DE ERVARING MET ZIBS? WAT GAAT GOED? EN WAT ZOU HELPEN?	38
4.3 WAT IS DE ERVARING MET VIPP 1 - INBOUWEN BGZ?	40
4.4 HOE DENKT MEN OVER BEDREIGINGEN EN KANSEN BIJ TOEPASSING VAN HASP EN ZIBS?	41
4.5 WAAR ZOU EEN PILOT HASP/ZIBS REKENING MEE MOETEN HOUDEN EN OP MOETEN ZIJN GERICHT?	42
4.6 BEANTWOORDING VAN DE HOOFDVRAAG	43
5 ADVIEZEN	45
5.1 HOOFDLIJNEN	45
5.2 PROEFREGIO'S	50
BIJLAGE 1: GEÏNTERVIEWDE PERSONEN	52
BIJLAGE 2: WERKBARE HASP - EEN 10 VOOR HASP	53
BIJLAGE 3: AANVULLENDE TIPS	56

BIJLAGE 4: WERKBARE ZIBS VOOR HASP	58
BIJLAGE 5: WERKBARE BERICHTEN	65
BIJLAGE 6: KETENZORG ZIBS	66
BIJLAGE 7: PILOT HASP 2.0 SLEUTELNET LEIDEN	67

1 Inleiding

1.1 Achtergrond en aanleiding

Eind 2017 is de Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en medisch specialist (Richtlijn HASP) herzien door een werkgroep onder leiding van het NHG en de FMS, en vervolgens ondertekend door het NHG en alle wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten. Het is daarmee een landelijk gedragen afspraak. De richtlijn geeft de afspraken voor op welke momenten de huisarts en de medisch specialist hiertoe gegevens uitwisselen, hoe snel zij dat doen, en welke rubrieken zij op deze momenten uitwisselen. De richtlijn omvat het traject van de zorg door de arts tot en met het aangeven per rubriek welke zib(s) daarbij gebruikt zouden kunnen worden. De richtlijn HASP richt zich hiermee op de continuïteit van zorg door huisarts en medisch specialist. De richtlijn HASP wordt landelijk ingevoerd.

Implementatie van de richtlijn HASP omvat gedrag van de artsen, ondersteuning op de werkvloer en inbouw in IT.

In Nederland wordt de richtlijn HASP door huisartsen voor wat betreft het verwijzingsmoment al toegepast vanaf 2000, en ligt het gebruik inmiddels dicht bij de 100%. Aan de kant van het ziekenhuis, dus bij medisch specialisten, is de implementatie pas opgepakt vanaf 2018. Beide kanten werken nog nauwelijks met het versturen van updates bij afgesproken zorgmomenten zoals HASP dat modelleert en vraagt.

Het Informatieberaad Zorg (IB) heeft diverse doelen geformuleerd waaronder eenmalige registratie aan de bron. Binnen de ziekenhuizen is het programma Registratie aan de bron opgestart om dit doel binnen deze sector dichterbij te brengen. Uit dit programma zijn de zorginformatiebouwstenen (zibs) en de Basisgegevensset Zorg (BgZ) voortgekomen¹. Zibs en de BgZ hebben als doel standaardisatie van informatie-uitwisseling. De BgZ is een belangrijk middel om goede overdracht van patiëntgegevens zo praktisch en snel mogelijk te realiseren. De BgZ bestaat uit een set zibs en omvat de gegevens die bijna altijd nodig zijn voor continuïteit van zorg. De totale verzameling zibs is groter en nog in ontwikkeling.

¹ Een overzicht van de BgZ en de zibs waaruit deze is opgebouwd treft u aan op www.registratieaandebron.nl/pdf/BgZ_specificatie_obv_zibs_2017_v1.1.pdf.

Bij de implementatie van HASP worden zoals gesteld in de richtlijn idealiter naast de opgemaakte brief ook in de loop van de tijd steeds meer zibs automatisch opgehaald en meegestuurd vanuit het HIS (huisartseninformatiesysteem) of EPD (elektronisch patiëntendossier)², zodat de ontvangende collega het bericht kan lezen maar waar van toepassing ook de onderliggende gegevens kan hergebruiken door akkoord te geven voor overname in het eigen systeem.

In het IB is eerder gesproken over de toepasbaarheid van de BgZ in relatie tot gegevensuitwisseling in en met de huisartsenzorg. De behoefte aan het versterken van deze gegevensuitwisseling is door het IB onderschreven. Naar aanleiding hiervan hebben het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) dit onderzoek opgestart om te onderzoeken wat nodig is om gegevensuitwisseling op basis van de richtlijn HASP te versterken en of, hoe en welke zibs hierin op dit moment een rol kunnen spelen.

De vraag is welke logische stappen kunnen worden gezet om te komen tot een of meerdere pilots met Richtlijn HASP, die rekening houden met zibs in het algemeen en zibs die onderdeel zijn van de BgZ in het bijzonder, en die de weg wijzen voor landelijke uitrol. Voorliggend rapport bevat de uitkomsten van dit onderzoek.

1.2 Projectdoelstelling

Het doel van het onderzoek is het vaststellen van de toepasbaarheid en de haalbaarheid van een pilot gegevensuitwisseling tussen huisartsen en ziekenhuisspecialisten, rekening houdend met zibs. In het verlengde hiervan dienen aanbeveling gedaan te worden over een of meerdere op te starten pilots met concrete vraagstelling en dienen vervolgstappen in kaart gebracht te worden.

1.3 Projectscope en -afbakening

Het uit te voeren onderzoek beperkt zich tot gegevensuitwisseling tussen huisartsen en medisch specialisten conform de richtlijn HASP, en of zibs hierin kunnen ondersteunen. De gebruikte systemen voor deze gegevensuitwisseling maken nadrukkelijk onderdeel uit van

² Waar in deze richtlijn de term 'EPD' wordt gehanteerd is steeds uitsluitend bedoeld het elektronisch patiëntendossier zoals dat in het ziekenhuis wordt gebruikt door de medisch specialist. De term EPD mag ook worden gelezen als de oudere term ZIS (ziekenhuisinformatiesysteem) met dezelfde connotatie.

de scope. Het onderzoek richt zich op het in kaart brengen van mogelijke vervolgstappen: hoe kan uitrol plaatsvinden?

Het onderzoek richt zich niet op hoe het format (HL7 v3, HL7 FHIR, ...) voor gegevensuitwisseling middels zibs eruit dient te zien. Ook valt het daadwerkelijk inbouwen van de zibs en het implementeren van deze verandering niet onder de scope van dit onderzoek.

1.4 Projectorganisatie

Het onderzoek is uitgevoerd door Carinke Buiting vanuit NHG en Mark de Lange vanuit VWS. Het secretariaat van het Informatieberaad Zorg treedt op als opdrachtgever.

1.5 Belanghebbenden

De volgende belanghebbenden worden onderkend:

- Huisartsen en namens dezen het NHG;
- Medisch specialisten en namens dezen de FMS;
- Ziekenhuizen en namens deze de NFU en NVZ;
- Nictiz als beheerder van informatiestandaarden in de zorg;
- het Programma Registratie aan de bron;
- Informatieberaad Zorg;
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS);
- Leveranciers, waaronder Chipsoft, Epic, Pharmapartners, Promedico, OmniHis en ZorgDomein.

1.6 Leeswijzer

Dit document geeft de uitkomsten van het onderzoek weer. In hoofdstuk 2 wordt na een korte toelichting op de richtlijn HASP de onderzoeksopzet uiteengezet. De hoofdvraag wordt hierbij opgesplitst in praktische deelvragen. Vervolgens worden in hoofdstuk 3 de bevindingen beschreven. Hoofdstuk 4 omvat de conclusies op basis van deze bevindingen. In het laatste hoofdstuk worden adviezen gegeven over verbetering van de implementatie van de richtlijn HASP op zichzelf, en hoe daarin zibs een steeds grotere rol kunnen spelen. De bijlagen 2-6 zijn geven richting aan doorpakken op dit advies.

2 Onderzoeksopzet

2.1 Vraagstelling

De opdracht bij dit onderzoek was:

*"Onderzoek de toepasbaarheid van de richtlijn HASP in relatie tot zorginformatie-
bouwstenen, met focus op de elementen:*

- digitale/gestructureerde data uitwisseling tussen huisartsen en ziekenhuizen*
- de HASP richtlijn en zibs*
- toegepaste methodiek en effecten opdat deze schaalbaar is en als landelijke
standaard kan worden gebruikt.*

Geef aanbevelingen voor het vervolg met als kernwoord 'aan de slag' "

Het onderzoek bestond uit het bestuderen van rapportages en projecten rond HASP, BgZ en/of zibs en het houden van interviews met professionals en deskundigen die een rol spelen bij het implementeren van de richtlijn HASP en/of met zibs en/of BgZ. Er is gesproken met relevante brancheorganisaties, artsen en zorgorganisaties, modellers van het domein en IT-leveranciers. Een overzicht van de geïnterviewde personen is opgenomen in bijlage 1.

Om richting te geven aan de interviews en om een onderbouwd antwoord te kunnen formuleren op de hoofdvraag van dit onderzoek, is de hoofdvraag verdeeld in vijf deelvragen, waarbij ondervraagden steeds hun ervaring en/of visie konden geven:

- 1) Wat is de ervaring met HASP? Wat gaat goed? En wat zou helpen?
- 2) Wat is de ervaring met zibs? Wat gaat goed? En wat zou helpen?
- 3) Wat is de ervaring met VIPP 1 - inbouwen BgZ?
- 4) Hoe denkt men over bedreigingen en kansen bij toepassing van HASP en zibs?
- 5) Waar zou een pilot HASP/zibs rekening mee moeten houden en op moeten zijn gericht?

Het onderzoek heeft daarmee de vorm van een semigestructureerd interview. Niet alle vragen zijn steeds aan iedereen gesteld. Het ging daarbij om een globale inventarisering. De resultaten geven een eerste beeld van de belangrijke uitdagingen op de weg van zorgbrede introductie van HASP met zibs, en de eerste stappen die daarin zijn te zetten.

2.2 Deelvragen

Hieronder volgt een toelichting bij de deelvragen.

1) **Wat is de ervaring met HASP?** Wat gaat goed? En wat zou helpen?

De richtlijn HASP heeft als doel om door een berichtmodel en een gedragscode voor uitwisseling bij te dragen aan continuïteit van zorg tussen huisarts en medisch specialist. De richtlijn HASP is uniform omarmd door de zorg en wordt breed ingevoerd. Naast toepassing in informatie-uitwisseling tussen huisarts en medisch specialist, zijn in ver gevorderde revisie varianten voor informatie-uitwisseling met paramedici en met de ggz beschikbaar onder de naam HASP-paramedicus en HASP-ggz. Vanwege de grote overeenkomst in doel en uitwerking zijn de bevindingen van dit onderzoek ook van toepassing op informatie-uitwisseling met de paramedicus en in de ggz.

De richtlijn HASP formuleert een aantal noodzakelijk samenhangende stappen voor een goede implementatie. Deze stappen liggen bij verschillende stakeholders: zorgverleners, organisatie en IT. Het gaat om:

- de zorgverlener leeft adequate dossiervoering na tijdens het zorgproces;
- het HIS/EPD ondersteunt dossiervoering in juiste terugvindbare informatie-elementen;
- het HIS/EPD ondersteunt HASP-gedragscode door bewaken momenten en tempo informatie-uitwisseling;
- het HIS/EPD ondersteunt HASP-gedragscode door klaarzetten juiste sjabloon met juiste vulling;
- de zorgverlener rondt te verzenden berichten correct af en autoriseert tijdig;
- het communicatieproces zet het bericht zonder verminking en vertraging door naar de juiste ontvanger;
- de ontvangapplicatie presenteert bericht tijdig en onverminkt aan de juiste ontvanger.

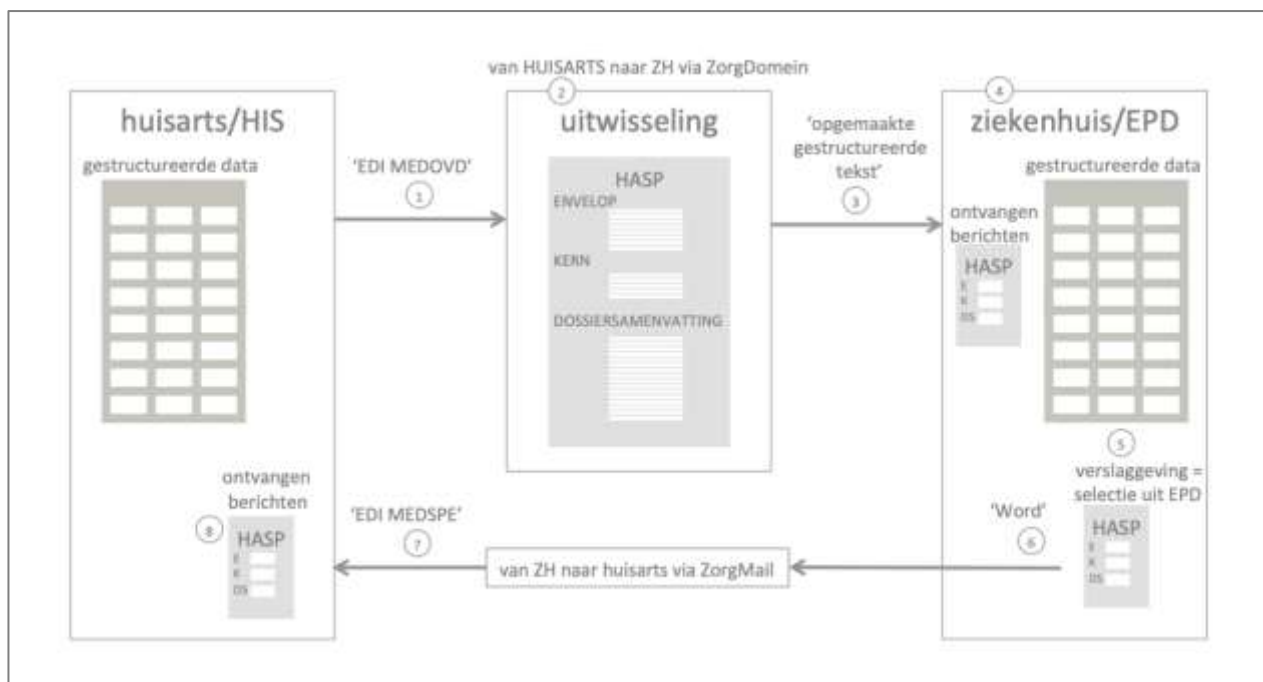
De implementatie van HASP is voor wat betreft de IT-ondersteuning landelijk en ligt bij de IT-systemen van de huisarts (HIS'en) en bij de IT-systemen van het ziekenhuis (EPD's). Al bekend over de implementatie is het volgende.

Voor de huisartsen ondersteunen de HIS'en de HASP, maar de huisarts kan ook verwijzen via ZorgDomein en kiest vrijwel altijd voor deze route. Via een knop in het HIS komt de huisarts daartoe in de ZorgDomein webomgeving waarbij het HIS de voor het HASP-verwijsbericht maximaal benodigde data meegeeft. ZorgDomein presenteert een verwijsbericht dat al ver is ingevuld met data, de huisarts controleert, schrapt of voegt ontbrekende gegevens toe. ZorgDomein bewaakt de juiste naleving van HASP, en zet het verwijsbericht door naar ziekenhuis of medisch specialist. Dit betreft dan opgemaakte tekst

in een afgesproken pdf-achtig format. Om te zorgen dat het verwijsbericht ook beschikbaar is in het HIS stuurt ZorgDomein standaard een kopie naar de huisarts, die wordt opgeslagen bij de 'correspondentie' in het HIS.

Het HIS zet een ontvangen Edifact ontslagbrief van de medisch specialist in de 'correspondentie'. HIS'en bieden geen ondersteuning voor integratie van informatie (zoals diagnose, medicatie of laboratoriumuitslagen) uit de ontvangen ontslagbrief in het HIS.

In het ziekenhuis wordt het verwijsbericht van de huisarts automatisch of met tussenkomst van een arts doorgezet naar de juiste medisch specialist. Het EPD presenteert het ontvangen HASP-verwijsbericht bij het consult. EPD's bieden geen ondersteuning voor integratie van informatie uit het ontvangen verwijsbericht in het EPD. Voor het uitgaande bericht zet het EPD desgewenst een HASP-sjabloon klaar gevuld met wat in het EPD kan worden gevonden. Figuur 1 geeft een geeft weer hoe de HASP informatie-uitwisseling er op dit moment uit ziet.



Figuur 1 Deze figuur geeft weer hoe de HASP informatie-uitwisseling er op dit moment uit ziet.

DE ROUTE VAN HUISARTS NAAR MEDISCH SPECIALIST

1) De huisarts selecteert vanuit een deelcontact de knop ZorgDomein, het HIS stuurt een relevante maximale selectie mee, dit gaat in een soort EDI MEDOVD bericht. 2) In ZorgDomein maakt de huisarts het bericht op orde door tekst te schrappen of toe te voegen, ZorgDomein bewaakt naleving aan HASP. 3) ZorgDomein zet het bericht door als pdf of RTF. 4) Het ziekenhuis zet het bericht door zodat de medisch specialist dit in een viewer kan tonen als de patiënt op consult komt.

DE ROUTE VAN MEDISCH SPECIALIST NAAR HUISARTS

5) Het EPD zet een HASP bericht klaar met de informatie die kan worden gevonden. 6) De medisch specialist ziet dit als Word. Hij kan vervolgens vrij redigeren, hier is geen bewaking van naleving van HASP. 7) Het ziekenhuis stuurt het bericht via veilige mail (E-Zorg en/of ZorgMail) naar de huisartspraktijk. 8) De huisarts ziet het bericht in inkomende post, en neemt handmatig delen over in het HIS.

Wat betreft IT-implementatie van de richtlijn HASP voor het verwijsbericht ligt die bij de huisartsen aan de kant van de huisartsen op 100%, zowel qua naleving van de inhoud als qua ondersteuning bij het opstellen. Dit is voornamelijk gerealiseerd via ZorgDomein. Wat betreft IT-implementatie aan de kant van de medisch specialist en ziekenhuis is die nog zeer marginaal. Voor de updates uit HASP tussen verwijsbericht en ontslagbericht (berichten die bedoeld zijn om de andere zorgverlener tussentijds op de hoogte te stellen van onverwacht beloop), is er aan beide kanten nog geen noemenswaardige implementatie bekend.

De implementatie van HASP voor wat betreft naleving door zorgverleners geschiedt het beste vanuit de regio, en dan voor de hele regio in één keer.

Het lijstje aan het begin van deze paragraaf maakt duidelijk dat er een inherent risico bestaat bij invoering van HASP dat partijen op elkaar wachten, of zich verschuilen achter ontbreken van voortgang van een andere stakeholder. Dit risico wordt gemitigeerd door een (nog concept) 'tool': 'Een 10 voor HASP', dat deelprogressie voor alle stakeholders zichtbaar maakt, inclusief de eigen progressie. Eerste ervaring hiermee is positief. HASP werkt van oudsher al met rubrieken, en anticipeert op gebruik van zibs. De tool houdt dan ook al rekening met toepassing van zibs. Zie bijlage 2 Werkbare HASP - Een 10 voor HASP.

Deze eerste deelvraag richt zich daarom op de implementatie van HASP in het veld. Er is geen planmatige landelijk uitrol. Sporadisch helpt het NHG met implementatie. Het onderzoek moet ophalen hoe IT-systemen, regio's, en zorgverleners hiermee zijn gevaren.

2) Wat is de ervaring met zibs? Wat gaat goed? En wat zou helpen?

Voor omschrijving van zibs baseren we ons voor dit onderzoek op informatie op de website van het Zib-centrum van Nictiz. Het Zib-centrum heeft het beheer van zibs onder haar hoede. Het centrum hanteert als definitie "Een zib definieert een bepaald klinisch relevant concept die herbruikbaar is over verschillende zorgsituaties oftewel over verschillende informatiestandaarden".

Van het zib-centrum verwacht je dat dit zorgt voor de governance die het beoogde herbruikbaarheid en gebruik over verschillende zorgsituaties met zich meebrengen. In de governance verwacht je dan vanwege de eis van gebruik over verschillende zorgsituaties in de doelstelling dat de concepten in de zib getoetst zijn op een uitgebreide set praktijkvoorbeelden over meerdere typen zorgorganisaties. Vanwege de eis van hergebruik verwacht je een mechanisme dat waarborgt dat er geen conflicterende implementaties van zibs ontstaan. Ook verwacht je een toelichting over het bedoeld gebruik van de zibs opdat dit helder is voor alle gebruikers in verschillende organisaties en er sprake kan zijn van veilig gebruik van ingevulde zibs over organisatiegrenzen heen. Omdat het gaat om zibs in de zorg verwacht je ook proactief onderzoek naar de impact van gebruik.

Met deze zaken in het achterhoofd is de vraag open gesteld aan de geïnterviewden.

3) Wat is de ervaring met VIPP 1 - inbouwen BgZ?

De Basisgegevens Zorg (BgZ) is de definitie van de set van patiëntgegevens die de ziekenhuizen samen hebben afgesproken als zijnde van belang in elk onderdeel van het geplande of ongeplande zorgproces in het ziekenhuis. De BgZ is afgeleid van en gebaseerd op de 'International Patient Summary' (IPS) zoals die binnen de Europese Unie is vastgesteld.

VIPP 1 is het Versnellingsprogramma informatie-uitwisseling patiënt en professional voor ziekenhuizen. Ziekenhuizen en andere zorginstellingen konden in de periode 2017-2019 subsidie aanvragen om de patiënt digitaal en gestandaardiseerd toegang te geven tot de eigen medische gegevens. Dit vond zijn uitwerking in een eisenpakket waaraan een ziekenhuis moest voldoen. *Toegang tot de eigen medische gegevens* wil daarin zeggen dat het ziekenhuis informatie uit het EPD in de vorm van BgZ zibs doorsluisst naar de PGO (persoonlijke gezondheidsomgeving) van de patiënt, en ervoor zorgt dat ten minste 10% van de patiënten die gegevens ook daadwerkelijk inziet. Naast deze eis rond BgZ zijn er ook eisen rond bijvoorbeeld de patiënt inzage bieden in raadplegingen van zijn/haar dossier (log gegevens). Het programma VIPP kenmerkt zich verder door het concrete en nauwkeurige eisenpakket, door de keuzemogelijkheid voor het ziekenhuis aan welke eisen het wil voldoen, en door de verplichting om de implementatie ook te laten auditen.

De reden om deze vraag mee te nemen in het onderzoek is met name om te achterhalen hoe de betrokkenen aankijken tegen een dergelijke grootschalige aansturing om zaken breed te krijgen geïmplementeerd.

4) Hoe denkt men over kansen en bedreigingen bij toepassing van HASP en zibs?

HASP is op meerdere plaatsen gebaat bij toepassing van zibs. Dat betekent dat naast dat HASP potentieel een goede drager is voor de introductie van zibs in het zorgproces, omgekeerd de implementatie van HASP ook is geholpen door zibs. Win-win dus.

Onderstaande tabel geeft de stappen die de richtlijn HASP geeft voor invoering en daaraan toegevoegd de potentiële winst bij toepassing van zibs. In het onderzoek is deze tabel gehanteerd om hobbels en kansen op te sporen.

tabel 1 continuïteit van zorg met HASP en zibs

<i>eis HASP</i>	<i>ligt bij</i>	<i>potentie dat zibs hier helpen</i>
adequate dossiervoering tijdens zorgproces	<i>zorgverlener</i>	ja als al duidelijk is hoe informatie uit het zorgproces moet worden vastgelegd gebeurt dit gemakkelijker tijdig, direct goed, en landelijk uniform
HIS/EPD ondersteunt dossiervoering in juiste terugvindbare 'brokken'	<i>HIS/EPD</i>	ja als HIS en EPD de zorgverlener helpen met de juist sjablonen en invoercontroles ondersteunt dat goede dossiervoering
HIS/EPD bewaakt momenten en tempo informatie-uitwisseling	<i>HIS/EPD</i>	een zib zou hier mogelijk helpen, opdat beide partijen verzender (en eigenlijk ook kopie-ontvanger) zicht hebben op de plek van een individueel bericht in het gehele proces van verwijzing.
HIS/EPD zet juiste sjabloon met juiste vulling klaar	<i>HIS/EPD</i>	ja met gebruik van landelijk afgesproken zibs die passen op HASP is het voor leveranciers veel gemakkelijker om een bericht samen te stellen; als goed dossier is gevoerd dan is de aanvulling beter
zorgverlener rondt berichten correct af en autoriseert tijdig	<i>zorgverlener, zorgorganisatie</i>	ja als het bericht door toepassing van zibs al grotendeels klaarstaat, kan het proces van autorisatie in opleidingssituatie ook sneller en gaat het bericht gemakkelijker tijdig uit
communicatieproces zet bericht zonder verminking en vertraging door naar de juiste ontvanger	<i>communicatieproces (ZorgDomein, ZorgMail, andere routes)</i>	ja mits een goed bericht wordt afgesproken waarin zowel het gehele opgemaakte HASP-bericht als zibs meekomen
HIS/EPD presenteert het ontvangen bericht tijdig en onverminkt aan de juiste ontvanger	<i>HIS/EPD</i>	ja mits een gehele opgemaakt HASP-bericht wordt afgesproken (zie eerder) en een verwijstraject-zib (zie eerder)
(niet in HASP, wel kansrijk: ontvangen informatie wordt doorgezet naar dossier bij ontvanger)	<i>HIS/EPD</i>	ja dit gaat verder dan HASP, maar integratie van informatie in het eigen dossier wordt met zibs beter mogelijk

Verder is opgehaald wat de ervaring is met BgZ en zibs. Omdat een blauwdruk voor juist en veilig gebruik door en met meerwaarde voor de keten ontbreekt hebben we gevraagd naar wat tot nu toe de ervaringen zijn.

tabel 1 aanjagers/barrières voor HASP met BgZ/zibs

<i>werken met zibs door de keten is succesvol als</i>	<i>ligt bij</i>	<i>potentie dat zibs hier helpen</i>
<i>partijen geloven in het principe</i>	<i>zorgverleners, koepels, leveranciers</i>	ja <i>middel voor uniformiteit en betere continuïteit van zorg</i>

5) Waar zou een pilot HASP/zibs rekening mee moeten houden en op moeten zijn gericht?

Onder deze laatste noemer is aan elke gesprekspartner gevraagd wat hun take-away message is bij de opzet van een pilot.

3 Bevindingen

Het literatuuronderzoek en de afgenomen interviews hebben een breed scala aan bevindingen opgeleverd. De belangrijkste bevindingen zijn opgenomen in dit hoofdstuk.

3.1 Bevindingen uit projecten rond HASP, BgZ en zibs

Projecten brengen expertise in op implementatie-aspecten van HASP, BgZ en/of van zibs.

We bestudeerden de projecten

- Proeftuin toepasbaarheid zorginformatiebouwstenen voor de gegevensuitwisseling in de ggz-keten
- Sleutelnet Leiden met de Pilot HASP 2.0
- Projecten rond invoering van HASP in het Elisabeth Tweesteden Ziekenhuis in Tilburg (ETZ), Ziekenhuis St Jansdal in Harderwijk en het Bravis Ziekenhuis in Roosendaal/Bergen op Zoom.
- Babyconnect

Proeftuin toepasbaarheid zorginformatiebouwstenen voor de gegevensuitwisseling in de ggz-keten

Dit project, uitgevoerd in 2018, betrof een verkenning naar de toepasbaarheid van zibs in de uitwisseling van gegevens tussen huisarts en een ggz-instelling. Startpunt was de richtlijn HASP. Het doel van de proeftuin was het verkrijgen van een mapping tussen HASP-rubrieken enerzijds en BgZ en zibs anderzijds, met daarbij aangegeven de 'mapbaarheid' per rubriek, alsmede de potentiële waarde van mapping op de werkvloer.

Operationele uitkomst van het project was de gevraagde mapping, met duidelijkheid over welke HASP-ggz-rubrieken een zib equivalent hebben, welke niet, welk gebruik van een of meerdere zibs winst op de werkvloer zou kunnen brengen, welk gebruik de procesgang juist zouden verstoren, en alles daartussenin. Het project heeft dit in een oogopslag inzichtelijk gemaakt in tabellen van het model energielabel A-G (zie ook bijlage 4 Werkbare zibs voor HASP waar dit verder is uitgewerkt).

Conclusie van de proeftuin was onder meer: het invoeren van zibs wordt gezien als een kansrijk, maar tegelijk ook complex implementatietraject. Op basis van de ervaring in de proeftuin kan dit beste gebeuren in kleine porties, bijvoorbeeld een aantal zibs per keer, met duidelijk direct voordeel op de werkvloer. Daarbij werd aangegeven dat met name de HASP-envelop, kansrijk is om als zibs te gaan uitwisselen: daar scoorden meerdere rubrieken in beide *rankings* 'groen'. Het gaat dan om zaken als verzender, ontvanger en patiënt. Belangrijk om te vermelden dat ook naar voren komt dat bij invoering van zibs dit

zowel in de systemen als in invoerprocedures aan weerszijden ook de nodige aanpassingen vereist.

Sleutelnet Leiden en Pilot HASP 2.0

De Pilot HASP 2.0 in Leiden in 2019 is de eerste pilot in Nederland met een projectmatig aangestuurde invoering van de herziene richtlijn HASP, met gekwantificeerde doelen qua kwaliteit en tijdigheid van berichten. Het project stond onder leiding van de Regionale Projectgroep, bestaande uit het Alrijne Ziekenhuis, het LUMC, de regionale huisartsen en Sleutelnet.

De invoering van HASP hield in dat de bestaande berichtuitwisseling, zoals geschetst in H2.2 figuur 1, werd onderzocht op verbeterpunten om de doelstellingen uit de gedragscode HASP met betrekking tot tijdige en inhoudelijk correcte berichtgeving te realiseren. Zie bijlage 7 voor meer details over projectuitvoering en projectevaluatie.

Voor het realiseren van **tijdigheid** waren de toegepaste instrumenten:

- het stellen van concrete doelen per ziekenhuis, zoals: 70% van de ontslagberichten op 31 december 2019 is tijdig
- het inrichten van een monitor die bijhield hoeveel berichten tijdig waren verstuurd, en dat terugkoppelen per specialisme en totaal voor het ziekenhuis.

Het zichtbaar krijgen van hoe goed of slecht het ging bleek voldoende stimulans voor betrokkenen om hun processen te versnellen.

Voor het realiseren van **inhoudelijk correcte berichten** waren de toegepaste instrumenten:

- aan de kant van de huisartsen het juiste HASP sjabloon voor het verwijsbericht presenteren in ZorgDomein
- aan de kant van het ziekenhuis het juiste HASP sjablonen voor het ontslagbericht aanbieden in het EPD, met verwijdering van alle overige briefsjablonen.

Aan de kant van de huisartsen werd het sjabloon 100% gehanteerd, qua invulling door de huisarts werd het streefcijfer van 70% correct net niet gehaald. Aan de kant van het ziekenhuis en medisch specialist werd het sjabloon niet goed gehanteerd en werd het streefcijfer van 70% correct lang niet gehaald. Hieronder wordt aangegeven waar mogelijk de oorzaken hiervoor liggen.

In het project is niet meegenomen de toepassing van zibs. Dit is wel voorgesteld, maar het hanteren van zibs naast de doelstellingen van tijdigheid en inhoudelijke naleving werd gezien als te complex.

Wat is de oorzaak voor de matige naleving van inhoudelijk correcte berichtgeving aan de kant van de medisch specialisten? Uit gesprekken bleek dat de IT – HIX voor beide ziekenhuizen – het HASP sjabloon wel ondersteunt, maar dat dit de medisch specialist niet echt helpt in het naleven van de richtlijn HASP. De eerste hobbel is dat de applicatiebeheerder van het ziekenhuis moet aangeven waar de informatie voor elke HASP rubriek is te vinden in het EPD. Onder de noemer 'maatwerk' heeft echter elke medisch specialist een grote mate vrijheid voor eigen inrichting van het EPD, niet alleen voor de workflow, maar ook voor datadefinitie. Dat laatste leidt ertoe dat per vakgroep, en soms zelfs daarbinnen, de applicatiebeheerder moet aangeven waar data staat. Dit blijkt tijdrovend, foutgevoelig en onderhoudsintensief. In Leiden huurt men externe expertise in voor deze klus.

Een tweede IT-hobbel is dat HIX de HASP sjablonen slechts presenteert voor zover de onderliggende rubrieken beschikbaar zijn in het EPD. Dit zorgt ervoor dat de medisch specialist de kloof tussen richtlijn en ondersteuning vanuit IT zelf moet dichten, terwijl hij/zij zich dat niet realiseert. Hierdoor is naleving van de gedragscode op juiste invulling niet gemakkelijk haalbaar voor de medisch specialist.

Een ander vermeldingswaardig issue dat speelde in Leiden is de mate van verplichting van de richtlijn HASP. Een verplichte richtlijn lijkt veel gemakkelijker in te voeren dan een vrijblijvende. De richtlijn is vastgesteld door het NHG, FMS en alle wetenschappelijke specialistenverenigingen. Dat feit is met succes ingezet om met name de medisch specialisten om te krijgen het eigen berichtformat in te wisselen voor dat van HASP. Eenmaal om had vrijwel niemand daar problemen mee. Toch is hier gesteld dat de aangekondigde controle door IGJ een belangrijke drijfveer is geweest voor het project HASP 2.0.

In de evaluatie van de Leidse Pilot HASP 2.0 is gekeken naar het door het NHG voorgestelde concept-implementatiehulpmiddel 'Een 10 voor HASP', bedoeld om de eigen en elkaars progressie op het omvattende en complexe implementatietraject dat HASP vraagt beter inzichtelijk te maken (zie bijlage 2). Dit werd gezien als welkom hulpmiddel voor de vervolgfase, die op de planning staat voor 2020.

Invoering van HASP bij ETZ, Bravis Ziekenhuis en Sint Jansdal

Een aantal zorginstellingen waarvan bekend is dat ze HASP aan de kant van ziekenhuis en medisch specialist op eigen regie invoeren is bevraagd op ervaring met invoering van HASP, en is de kans benut om ook te vragen naar ervaring met VIPP 1 en de invoering van BgZ.

Bij de introductie van HASP liep ETZ aan tegen dezelfde problemen als in Leiden. Waar die problemen in Leiden in overleg met het NHG dicht bij de intentie van HASP werden opgelost, koos men hier soms andere oplossingen. In Leiden werkte men met een 'big bang', voor het hele ziekenhuis in een keer. In het ETZ is gekozen voor invoering in een aantal tranches. Dat houdt in: haal alle niet-HASP sjablonen weg en zet alleen het juiste HASP format neer. Dat geeft wat gedoe, maar werkt wel. Het ETZ kiest daarmee de geleidelijke weg: één vakgroep wordt aan de hand genomen en geholpen tot die helemaal om is, dan volgt de volgende. Dit is een langere weg dan met een big bang.

Bij alle bevraagden deed het ziekenhuis en dus ook de ZIS-leveranciers mee aan VIPP 1 en 2 voor invoering van de BgZ. Dit werd steeds ingestoken als een IT-project en raakte niet aan het zorgproces of zorgverleners. Het vullen van de BgZ gebeurde waar mogelijk vanuit het EPD van de zorgverleners zelf. Echter de BgZ omvat meer of ander verplicht detail dan in het EPD aanwezig is. Om deze hiaat te dichten richtten de ziekenhuizen werkprocessen in met speciale extra invoerroutines. Als in dat laatste geval de veldnamen in de BgZ verwarring opriepen bij de medewerkers op de werkvloer werden de veldnamen vertaald naar herkenbare begrippen. De informatie is in het EPD ook anders opgeslagen dan als zibs voor de BgZ. Ook is het geval – zowel bij HIX als bij Epic – dat verschillende vakgroepen dezelfde data op verschillende plekken in het EPD opslaan. Daarom steekt het ziekenhuis veel energie in het inrichten van vertaaltabellen. Op het moment dat een BgZ wordt opgevraagd, in de context van VIPP 1 is dat vanuit de Persoonlijke Gezondheidsomgeving (PGO), wordt de set zibs samengesteld met behulp die vertaaltabellen, en wordt het bericht aangeboden via het voor de PGO ingerichte koppelvlak.

Opvallend is dat ondervraagden zeer te spreken waren over de duidelijkheid van de VIPP trajecten, met strakke termijnen, zeer concrete doelen, de rol van auditing, de sancties. De motivatie van de bevraagde ziekenhuizen om mee te doen aan VIPP 1 en 2 was financieel gaven de ondervraagden aan. Eventuele toegevoegde waarde van de BgZ voor het ziekenhuis zelf was voor de ondervraagden niet zichtbaar. Zij zagen ook geen link tussen inspanningen voor HASP en voor VIPP of BgZ of zibs.

In ETZ Tilburg was de situatie net iets anders: VIPP met de invoering van de BgZ viel samen met introductie van het nieuwe EPD van Epic. Voor die introductie waren 200 IT-experts ingehuurd, die enkele weken tot enkele maanden ondersteuning boden. Doordat ETZ bij de inrichting van het EPD nog rekening kon houden met de BgZ konden ze de datastructuur daarop aanpassen. Dat bespaart werk aan het koppelvlak.

Programma Babyconnect

Het VIPP programma Babyconnect loopt van 2019-2022 en heeft tot doel om digitale gegevensuitwisseling in de geboortezorg tot stand te brengen tussen zorgverleners en met patiënten. Volgens het 5-lagen model van Nictiz is in dit programma een architectuur opgezet die generiek toepasbaar is in de zorg. De architectuur is gericht op het ophalen van gegevens. De gegevens worden door de zorgprofessional naar wie is verwezen opgehaald op het moment dat deze professional de gegevens nodig heeft. Consequentie is dat altijd met actuele gegevens wordt gewerkt. Babyconnect werkt straks 100% met zibs is de opzet, en wel met een specifieke eigen implementatie en/of bouwstenen voor geboortezorg. Zibs worden op het moment dat informatie wordt opgevraagd door 'vertalers' (API's) opgebouwd vanuit bestaande output van het IT-systeem van de zorgverlener. Geef maar wat je hebt is het devies. Voor deze oplossing is gekozen om de druk op leveranciers te verminderen. De benodigde vertaaltabel wordt opgebouwd in een samenwerking tussen leveranciers en zorgprofessionals. De tabel wordt beheerd door NICTIZ.

Belangrijkste bevindingen uit de projecten samengevat

- Er ontstaan spontaan vele regionale initiatieven voor invoering van HASP;
- projecten rond invoering van HASP stellen continuïteit van zorg middels een volledig en samenhangend bericht voorop, maar staan open voor toevoegen van zibs;
- pilot HASP 2.0 in Leiden geeft aantal succesformules voor invoer van HASP, zoals in één keer overstappen naar HASP formaat, stellen van duidelijke doelen per stakeholder (bijvoorbeeld groep huisartsen, ziekenhuis), monitoring, hanteren 'Een 10 voor HASP';
- invoering van HASP kent meerdere hobbels, dit betreft zaken die de regio veelal niet kan oplossen, zoals IT ondersteuning aan de kant van ziekenhuis/medisch specialist, en het ontbreken van een van buitenaf duidelijk opgelegde tijdlijn;
- project GGZ toont een duidelijke relatie tussen HASP-rubrieken en zibs;
- sets HASP en BgZ hebben overlap, maar HASP draagt zaken over die niet in BgZ staan;
- project GGZ adviseert zibs gedoseerd toevoegen aan HASP;
- project GGZ geeft handige aanpak voor selectie zibs voor HASP;
- projecten rond BgZ en zibs hanteren zibs en de vulling ervan veelal als afgeleid proces in plaats van geïntegreerd met het primaire proces.

3.2 Bevindingen uit interviews met brancheorganisaties

Brancheorganisaties brengen expertise in op een mix van IT-ontwerp, zorg, modellering en bestaande implementaties. Over nut en noodzaak bestaat dus weinig discussie.

Het NHG helpt bij de implementatie van de Richtlijn HASP door advies op afstand, het verzamelen van implementatie-ervaringen en het produceren van hulpmiddelen zoals "Een 10 voor HASP!".

De NVZ en de FMS zijn niet actief bij de implementatie van HASP.

Brancheorganisaties en BgZ /zibs:

Het NHG heeft ook deze uitdaging opgepakt en is samen met Nictiz, VZVZ en leveranciers op zoek gegaan naar toepasbaarheid van zibs in relatie met het NHG HIS-Referentiemodel (HRM), dat al sinds ruim 30 jaar de onbetwiste leidraad is voor het inrichten van huisartsinformatie-systemen (HIS'en) wat betreft medische gegevens en functionaliteit. Wijzigingsvoorstellen voor bestaande zibs en deels ook nieuwe zibs zijn inmiddels gedefinieerd. Goedkeuring dient nog plaats te vinden.

Het NHG bewaakt ook de afstemming met naar HASP. Het NHG heeft nog niet de gehele set BgZ zibs in detail onder de loep genomen, wel een gedeelte in grote lijnen met het oog op HASP.

Omdat het NHG hiermee komt tot de kern van de problematiek van zowel het definiëren van zibs, als ook met het gebruiken van zibs ontworpen door andere partijen, volgen hier enkele van de issues waar het NHG tegenaan is gelopen:

- *Bij het ontwerpen van zibs, en beschrijven van wat in de zib moet, loop je aan tegen het verschil in wat je wilt vastleggen voor het eigen stukje zorgproces, versus wat je wilt uitwisselen. Je loopt aan tegen: is dit belangrijk alleen voor ons, of voor iedereen in de zorg?*
- *Bij de bestaande zibs komt de keuze generieke zib versus een specifieke, een grote of een kleine, vrij willekeurig over. Er zijn geen harde criteria. Dat wringt, zeker als ze ook vanuit andere ervaringen niet consistent lijken. Dat maakt toepassing lastig als je zelf de zaken anders hebt gemodelleerd en dat ook zo in gebruik is in zowel de registratie als de communicatie in de praktijk.*
- *Zibs hanteren ook vaak codelijstjes en tabellen, soms ook die van het NHG. Vele van die tabellen zijn al jaren in gebruik. Maar je loopt er tegenaan dat daar ook vaak sprake is van voortschrijdend inzicht. Tabellen kunnen altijd beter. Soms zijn tabellen die ongeveer dezelfde informatie ordenen 'concurrerend'. In het verleden is er herhaaldelijk veel energie gestopt in mapping van tabellen, dit heeft niet geleid tot werkbare*

producten. Naast elkaar gebruiken van eigen tabellen in de verschillende domeinen of intelligentere vertalingen via mogelijk SNOMED, lijken betere opties.

- *BgZ bouwstenen: dat zijn eigenlijk geen zibs, omdat er een selectie criterium bij zit, bijvoorbeeld alleen de laatste waarde, of alleen klinische chemie uitslagen. Daarmee hangt de BgZ tussen de zibs en een gegevensset uit een informatiestandaard in.*

De **FMS** richt zich bij de inspanning rond zibs op de aanlevering van gegevens aan kwaliteitsregistraties zoals die plaats vinden aan de hand van de diagnosethesaurus en verrichtingthesaurus. Zibs blijken hiervoor goed bruikbaar en de FMS heeft hierin dan ook al flinke stappen gemaakt. Zij kunnen daarbij goed uit de weg met de BgZ. Ze gebruiken wel enkele aanvullende zibs. En laten delen 'onverzibt'. FMS noemt zelf drie bouwstenen als preferent om toe te passen: Probleem, Verrichting en Algemene meting. Iets verder op de horizon betreft het Labuitslag, Medicatie-afspraken, MedicatieToediening. Waar zij tegenaan lopen is dat de codelijsten in de aanlevering naar kwaliteitsregistraties van belang zijn, maar dat de codesystematiek in de zibs nog niet altijd overeenkomt met de systematiek bij de kwaliteitsregistraties.

De **NFU** heeft indertijd het voortouw genomen bij de totstandkoming van de BgZ, en voor uitwerking samen met Nictiz en NVZ Registratie aan de Bron opgericht (RadB). NVZ heeft in de daarop volgende jaren ziekenhuizen begeleid bij de invoering van de BgZ. In de diverse EPD's is de BgZ naar zeggen van de NVZ inmiddels ook ingebouwd, wat wordt bevestigd door uitkomsten van VIPP1. Veelvuldig registreren medisch specialisten hun bevindingen en adviezen nog in tekstvelden in plaats van in de daarvoor bestemde rubrieken. Het gaat verwacht de NVZ nog een flinke inspanning vergen om dit gedrag te veranderen.

3.3 Bevindingen uit interviews met artsen en zorgorganisaties

Geïnterviewd zijn medisch specialisten in LUMC, Bravis Ziekenhuis, ETZ en Sint Jansdal. De bevindingen zijn aangevuld met ervaringen opgetekend in de evaluatie van HASP in Leiden.

Huisartsen en HASP

Huisartsen registreren landelijk vrijwel op eenzelfde manier, dus ook in dezelfde velden. Vaak aan de bron gecodeerd, tijdens het consult. Zij worden hierbij al decennia lang geholpen door het NHG HIS-Referentiemodel, de NHG Tabellen en de NHG richtlijn Adequate Dossiervoering. Het opstellen van een verwijsbrief is daardoor ook een uniform en gestructureerd proces. En die verwijsbrieven zijn, mede geholpen door de IT-ondersteuning van ZorgDomein, in hoge mate uniform. De HASP verwijsbrief wordt al sinds 2007 in meer dan 90% van de gevallen gebruikt.

Huisartsen kunnen via ZorgDomein vlot een HASP-verwijsbrief opstellen en versturen; een complexe patiënt kost iets meer moeite, dan schrijven ze het bericht aan het einde van de dag. Soms nog iets later. De verwijsbrief wordt in ieder geval tijdig verzonden, zodat er geen onnodige vertraging ontstaat aan de ontvangende kant.

Ontslagberichten en updates van de medisch specialist komen binnen als pdf. Het integreren van informatie hieruit in het EPD is handwerk. Dat gebeurt met 'knippen en plakken'. Veelal neemt de huisarts de samenvatting over, een aantal labuitslagen en medicatie.

Het kan voorkomen dat het bericht onoverzichtelijk op het scherm wordt gepresenteerd: compleet met headers uit het verzendproces, zonder de toegepaste lay-out van de verzender, en soms zonder bijlagen waarnaar wel wordt verwezen.

Medisch specialisten /zorgorganisaties en HASP

Medisch specialisten nemen bij lange of complexe opnames vaak meerdere dagen voor het bericht aan de huisarts. Dit geldt sterker als ze het bericht aan de huisarts ook zien als een samenvatting voor zichzelf. (Chipsoft: we onderscheiden die twee, maar artsen willen niet beide invullen.)

Medisch specialisten zeggen veelal dat ze de berichten van de AIOS moeten superviseren, waarmee ze bedoelen: bespreken vanuit oogpunt van onderwijs, en uiteindelijk autoriseren. Dat dit altijd vertraagt. Net zoveel collega's zeggen dat dit niet de uitgaande berichten hoeft te vertragen.

Medisch specialisten registreren op individueel niveau gestructureerd en consequent. Echter er is veel verschil tussen alle individuen, ook binnen één ziekenhuis en zelfs binnen één afdeling. Ook de brief aan de huisarts is vanuit het perspectief van de individuele medisch specialist uniform ("ik doe het altijd op deze wijze"). Gezien vanuit de huisarts ontbreekt de uniformiteit vanuit verschillende verzenders in zijn geheel.

Een probleem voor uniformiteit is dat EPD-leveranciers ver gaan in aanbieden van maatwerkoplossingen voor inrichting van het EPD. Door ziekenhuizen ingehuurde IT-bedrijven met specifieke expertisen op maatwerk bij een EPD kunnen deze gedifferentieerde oplossingen nog versterken, doordat die nog meer geneigd zijn op specifieke maatwerkverzoeken in te gaan.

Het bovenstaande leidt ertoe dat elk ziekenhuis voor de HASP-berichten per vakgroep, en soms zelfs daarbinnen, moet aangeven waar data staat.

De introductie van HASP loopt hierdoor aan tegen het probleem dat automatische aanvulling voor applicatiebeheerders veel werk is en foutgevoelig.

Het nut en de noodzaak om bestaande werkwijzen aan te passen en dus eenduidige sjablonen toe te gaan passen, lijkt onvoldoende duidelijk. Zij geven aan dat een verplichting en/of meenemen in visitatie door de eigen landelijke vereniging, kan helpen om de bereidheid tot het doorvoeren van aanpassingen te verhogen. Zolang bestaande EPD's ruimte laten om de gepresenteerde sjablonen persoonlijk te wijzigen, bestaat het risico dat specialisten teruggrijpen op hun eigen werkwijze.

Net zoals bij de huisarts, kan het voorkomen dat het bericht onoverzichtelijk op het scherm wordt gepresenteerd: compleet met headers uit het verzendproces, zonder de toegepaste lay-out van de verzender, en soms zonder bijlagen waarnaar wel wordt verwezen.

Huisartsen en medisch specialisten en zibs

Huisartsen en medisch specialisten worden verrast door het idee van bouwstenen. Ze vinden het concept van bouwstenen door de keten heen logisch en kansrijk. Ze zien daar potentiële voordelen van, met name het overnemen van informatie in het eigen systeem. Desgevraagd lijken ze bereid 'als ruil' extra werk te verrichten aan de verzendkant.

De huisartsen en medisch specialisten die wij spraken waren veelal niet op de hoogte (van het nut en de noodzaak) van de BgZ. Een uitzondering als ze toevallig betrokken waren bij de VIPP projecten.

3.4 Bevindingen uit interviews met modellers van het domein

De geïnterviewde modellers hebben allen jarenlange ervaring met het gedachtengoed en de onderlinge uitwisseling van zibs en hanteren dit in hun modellen. Volgens hen is de standaardisatie die is ingezet met zibs de enige weg om tot goede gegevensuitwisseling in de zorg te komen. Zij zien dat het "zib-denken" langzaam begint te beklijven bij informatiearchitecten en leveranciers. Zij zien ook dat veel zorgprofessionals de voordelen echter nog niet ervaren, waardoor het lastig is om de benodigde gedragsverandering bij het registreren tot stand te brengen.

Modellieurs vinden de combinatie van HASP en zibs een zeer goede. HASP heeft een goede verankering met het primaire zorgproces. De projecten rond zibs tot nu toe staan daar verder vanaf. Verankering met het primaire zorgproces en daarmee ervaring opdoen is waardevol voor het denken in zibs.

Geconfronteerd met de bevinding dat er in de praktijk wordt vertaald naar zibs, in plaats van dat het systeem zelf werkt met zibs, is volgens de modellieurs te wijten aan legacy en ook niet per se een probleem.

Geconfronteerd met de bevinding dat de logica in zib-ontwerp niet goed herkenbaar is, bijvoorbeeld wanneer generieke zibs worden toegepast en wanneer specifieke, schrijven zij toe aan voortschrijdend inzicht. Het mechanisme om voortschrijdend inzicht met terugwerkende kracht toe te passen op de bestaande zibs wordt onvoldoende gehanteerd.

Gevraagd naar het idee van het NHG om verschillende zibs te hanteren in de weg van huisarts naar medisch specialist versus omgekeerd zien zij dit als logische tussenstap. De praktijk gaat uitwijzen of dat op termijn kan worden vervangen door een enkele.

Het voorgestelde groeimodel voor HASP van opgemaakte berichten met toevoegingen van zibs krijgt ook bijval.

Op de vraag welk HL7 format de voorkeur dient te krijgen voor HASP zijn zij unaniem dat HL7 FHIR de voorkeur zou moeten hebben, maar dat het voorlopig nog even nodig is om ook HL7 CDA te hanteren. Dit omdat sommige legacy nog niet toe is aan FHIR.

Als take-away message haalden we op bij de modellieurs:

- > *wacht niet tot het perfect is, zibs zullen altijd weer wijzigen*
- > *aanpassingen in informatiesystemen zijn een voorwaarde, maar het draait uiteindelijk om goede zorgbrede implementatie*

3.5 Bevindingen uit interviews met leveranciers

In deze paragraaf gaan we in op de interviews met de leveranciers. We spraken HIS leveranciers, EPD (ziekenhuis, ZIS) leveranciers en leveranciers van netwerkdiensten.

HIS-leveranciers en HASP:

Alle HIS'en ondersteunen de 'adequate dossiervoering' door huisartsen zoals het NHG die voorschrijft en die uitgaat van het NHG HIS-Referentiemodel.

HIS-leveranciers zijn goed bekend met de richtlijn HASP en ondersteunen het HASP-verwijsbericht via HASP-sjablonen in het HIS. Echter de verdere ondersteuning voor juiste naleving is minimaal vergeleken bij wat ZorgDomein hier aanbiedt. Het is bij alle HIS'en zo dat hun gebruikers meestal kiezen voor verwijzen via ZorgDomein. Alle HIS'en zetten daarom desgevraagd de huisarts door naar de ZorgDomein web-omgeving en geven de voor het HASP-verwijsbericht maximaal benodigde data gestructureerd mee. Momenteel betreft dit een uitwisseling gebaseerd op het edifact-MEDOVD-bericht, ten minste één HIS-leverancier experimenteert samen met ZorgDomein voor een koppelvlak met zibs. Dit speelt dus op het niveau 1 in figuur 1 in 2.2.

ZorgDomein verstuurt uiteindelijk het HASP-verwijsbericht naar de medisch specialist, maar om te zorgen dat dit verwijsbericht ook beschikbaar is in het HIS stuurt ZorgDomein standaard een kopie naar de huisarts, die wordt opgeslagen bij de 'correspondentie' in het HIS.

Het HIS zet de Edifact ontslagbrief van de medisch specialist in de 'correspondentie'. HIS'en bieden geen ondersteuning voor integratie van informatie uit de ontvangen ontslagbrief in het HIS. Als de huisarts informatie uit de ontslagbrief wil overnemen in bijvoorbeeld het journaal dan gebeurt dat met 'knippen en plakken'.

HIS'en signaleren niet de HASP-momenten voor het verzenden van updates.

EPD-leveranciers (ziekenhuis, ZIS) en HASP:

De EPD-leveranciers gaan ver in het bieden van maatwerk aan de medisch specialist. Beide EPD's in dit onderzoek (HIX en Epic, samen goed voor ruim 90% van de markt) geven de medisch specialist onder de noemer 'maatwerk' vrijheid voor eigen inrichting, niet alleen voor de workflow, maar ook voor datadefinitie. Dezelfde gegevens kunnen doordat ze verschillend worden verzameld op verschillende plekken en met verschillend formaat of granulariteit in de database terechtkomen, veelal onder een vragenlijst. Een voorbeeld is rookgedrag. Sommigen registreren dat zoiets als ja/nee/vroeger, anderen doen dat op een andere plek gedetailleerder, en weer anderen doen het weer anders. Voor de EPD leverancier maakt deze situatie dat het lastig is om op EDP niveau het HASP bericht al te vullen.

Een tweede IT-hobbel voor HASP is dat de EPD leveranciers HASP sjablonen slechts presenteren voor zover de onderliggende rubrieken beschikbaar zijn in het EPD. Dit zorgt

ervoor dat de medisch specialist de kloof tussen richtlijn en IT zelf moet dichten, terwijl hij/zij zich dat niet realiseert.

Bij bespreking van de bevinding dat de artsen niet de juiste HASP sjabloon krijgen gepresenteerd geven zij een dilemma aan. Zij zien HASP als verslaggeving, wat een afgeleid proces is waarin geen informatie meer mag worden toegevoegd. Zij willen daarom in de HASP brief geen lege kopjes presenteren, wat erop neerkomt dat zij geen volgens HASP correct sjabloon presenteren. Wel kwam er het idee dat het wellicht een goede insteek is om de informatie die kennelijk nodig is voor de huisarts in de bestaande zorgprocessen op te halen.

EPD's signaleren soms wel al proactief het moment voor beginnen met een ontslagbrief. Ze bewaken niet de momenten voor updates, zeggen toe dat ze dit wel zouden kunnen.

EPD's ondersteunen zeer gebrekkig het vullen van de ontslagberichten (en updates). Ze bewaken niet het HASP-format. De uitgaande berichten verschillen hierdoor enorm in structuur. Op de vraag hoe dit beter kan: EPD leveranciers zijn bereid de richtlijn HASP te ondersteunen, maar slechts zover dat kan zonder tussenkomst van de medisch specialist – zij willen niet dat die in het proces van verslaggeving nog gegevens toevoegt, omdat die dan niet in EPD terechtkomen. Wel ontstaat bij hen ter plekke het idee om de voor de HASP verplichte informatie toe te voegen aan de werkprocessen. Aldus geregistreerd zijn de gegevens vastgelegd in het EPD en dus wel automatisch beschikbaar voor de HASP-berichten.

Verwijsberichten ontvangen via ZorgDomein worden doorgezet naar interne mailadressen, waardoor elk bericht bij de juiste afdeling of medisch specialist terecht komt. Voor het doorzetten van updateberichten van huisarts naar medisch specialist conform HASP is nog geen proces beschikbaar.

Het EPD zet de inhoud van de berichten van de huisarts niet door naar de overeenkomstige rubrieken. Hier wordt ook niet om gevraagd.

Netwerkdienstleveranciers en HASP:

ZorgDomein en eNovation zijn grote en belangrijke partijen als het gaat om het transporteren van berichten. ZorgDomein wordt zelfs gezien als monopolist. Dit bevordert wel uniformiteit op specifieke vlakken.

Beide partijen zijn sterk waar het gaat om het bijhouden van een adressendatabase en het voldoen aan de specifieke eisen van ontvangers over waar en hoe berichten worden afgeleverd.

ZorgDomein heeft een belangrijk bijdrage geleverd aan de invoering van Richtlijn HASP bij de huisarts. Door haar verwijstoepassing in te bedden in de HIS'en is het verwijzproces gestandaardiseerd en geautomatiseerd. Het proces zoals het nu is ingericht zet de gestructureerd opgehaalde informatie uit het HIS om naar een bericht in opgemaakte tekst. Volgens ZorgDomein naar tevredenheid van de medisch specialist, die is vooral geïnteresseerd in het complete verhaal van de verwijzend huisarts, inclusief de selectie die de huisarts meestuurt uit het dossier. De medisch specialist is vergeleken met de huisarts meer terughoudend in het overnemen van gegevens uit het bericht van de huisarts in het eigen dossier. ZorgDomein werkt momenteel ook aan het 'verzibben' van haar verwijstoepassing (zie hierna). De reden hiervoor is dat de huidige oplossing onvoldoende flexibel is om de nieuwe eisen uit het NHG referentiemodel.

HIS-leveranciers en zibs:

Leveranciers van HIS'en zijn nauw betrokken bij programma's waarin zibs een prominente rol spelen, zoals het programma Ketenzorg en het programma Medicatieproces 9.0. Ze ervaren een overvolle agenda. De extern gefinancierde programma's staan bovenaan in de prioriteit.

Wat betreft de inbouw van zibs en koppelvlakken: de leveranciers werken rechtstreeks toe naar de eisen van elk programma. Veelal maken ze daarvoor een vertaling van het eigen datamodel naar de te produceren zibs. Vaker dan eens hanteert een project zelf aanvullende bouwstenen, soms ook genoemd FHIR-resources, die dan worden ingebouwd door leveranciers. Binnen het geheel van zibs en bouwstenen moeten ze rekening houden met welk programma die opvraagt. Ook zijn er verschillende koppelvlakken die niet compliant zijn met elkaars bouwstenen en zibs. Zo ondersteunt ZorgDomein 2.0 koppelvlak uitsluitend ZD-FHIR resources (een eigen bouwsteen-variant van ZorgDomein), en ondersteunt het koppelvlak voor de ketenzorg de ZD-FHIR resources weer niet. Anders gezegd ontstaan er soms meerdere implementatievarianten rond een zelfde concept. Vanuit standaardisatie bezien is dat ongewenst; tegelijkertijd zijn er vaak goede redenen voor, bv. om uitwisseling te realiseren vooruitlopend op landelijke zib-consensus.

In het kader van het VZVZ programma Ketenzorg hebben enkele HIS-leveranciers de zogenaamde ketenzorg-bouwstenen (deels zibs, zie bijlage 6) al ingebouwd in hun

systemen. Eind 2020 dienen deze zibs in alle HIS'en beschikbaar te zijn. In september verschijnt echter een nieuwe versie van de zibs in publicatie 2020. De implementatie van ketenzorg-bouwstenen wijkt af van die publicatie.

Op de vraag wat er beter moet wijzen ze op het te trage tempo van het zib-center van Nictiz, dat moet omhoog. De dwarsverbanden tussen de programma's moeten worden bewaakt. De prioriteiten moeten landelijk worden afgestemd.

EPD-leveranciers (ziekenhuis, ZIS) en zibs:

De ziekenhuis EPD's ondersteunen na VIPP 1 een groot deel van de BgZ-zibs, in de zin dat ze die via een koppelvlak kunnen aanbieden. De zibs staan veelal buiten de reguliere ziekenhuisprocessen en worden ook nog niet gebruikt bij berichten over ontslag of updates. Vaak zijn er specifieke data-entry applicaties om de informatie van een zib netjes in te voeren. Deze worden dan gevuld door medewerkers al dan niet in het bronproces of daarbuiten.

Bij enkele zibs hebben de EPD-leveranciers hun bedenkingen omdat die niet zijn te integreren met hun systeem, er veel handiger oplossingen zijn (andere gemaakte keuze in toepassing van LOINC), ze afwijken van internationale standaarden, de oplossing niet werkt of de zorgverleners er (nog) niet mee willen werken.

Over het beheerproces rondom zibs zijn de leveranciers redelijk tevreden: ze worden geïnformeerd en gehoord. De backward compatibiliteit en het versiebeheer zouden beter kunnen. Met name rond bugs gaat dat laatste vaak fout.

Netwerkdienstleveranciers en zibs

ZorgDomein experimenteert met het voor het verwijsbericht ophalen van losse zibs uit de HIS'en om op den duur de wat bovenmatige extractie te kunnen schrappen. In figuur 1 in 2.2 betreft dat bolletje 1. Bij het toepassen van zibs voor het ophalen van informatie uit het HIS hanteert ZorgDomein een eigen variant op zibs (ZDFHIR-resources, die wel veel verwantschap tonen met de landelijke zibs van Nictiz). Naar zeggen van ZorgDomein omdat de landelijke zibs nog niet beschikbaar zijn. Er is wel de intentie om aan te haken bij een gemeenschappelijke set.

ZorgDomein zegt in plaats van pdf ook de eigen ZD FHIR-resources te kunnen afleveren bij de ontvangers. Om deze ZD FHIR-resources te kunnen ontvangen is een koppeling nodig. Daar betaalt de ontvanger dan wel een extra bedrag voor.

E-Novation bemoeit zich niet met de inhoud of ontwikkeling van zibs, wel met omzetten van en naar elk berichtformat. Waar dat zibs vraagt zal eNovation dat ook gaan bieden.

Netwerkleveranciers en ook een EPD leveranciers profileren zich via hun producten portefeuille als complete integrator. Het enige dat moet gebeuren is dat klanten bij hen aansluiten en/of meer diensten bij hun afnemen. Vanzelfsprekend financieren zij nieuwe ontwikkelingen bij voorkeur vanuit gesponsorde programma's. Dit speelt mee bij de introductie van zibs en de inrichting van de gegevensuitwisseling.

De HIS-leveranciers geven de volgende *take-away messages* mee:

- > *financiering is altijd nodig om dit soort majeure systeemwijzigingen te kunnen doorvoeren;*
- > *graag helderheid over wie prioriteert: VZVZ? VWS? ZN? Er lijkt weinig afstemming te zijn in de programma's die worden opgestart;*
- > *denk aan zinnige volgorde, laat niet per se OPEN/MedMij prevaleren. In de eerste lijn kunnen patiënten namelijk allang bij hun gegevens, terwijl gegevensuitwisseling tussen zorgpartijen nog flink kan worden verbeterd;*
- > *het gaat niet om standaardisatie an sich, het gaat om het ondersteunen van processen waarin gegevens worden uitgewisseld. De implementatie van Richtlijn HASP sluit goed aan bij deze benadering;*
- > *wil je snel kunnen starten, kijk dan naar ketenzorg-bouwstenen;*
- > *er kan niets bij op onze agenda in 2020.*

De EPD-leveranciers geven de volgende *take-away messages* mee:

- > *sluit voor 'verzibbing' aan bij processen van de zorgverlener. Richtlijn HASP is hiervoor een goed vehikel.*
- > *ik zou graag een HASP-achtige richtlijn zien voor onderlinge consulten en second opinion;*
- > *als de inhoud van de brief niet volledig is, verbeter dan de registratie aan de bron in plaats van aanvullingen in brieven aan te brengen;*
- > *veel open eindjes in onderliggende techniek:*
 - o *kies s.v.p. voor nu nog voor HL7-CDA, maar we gaan naar HL7-FHIR;*
 - o *doe Data Protection Impact Assessments (wat is de impact op de informatiebeveiliging) bij de introductie van zibs;*
 - o *sommige zibs zijn niet voldoende uitgekristalliseerd (in database termen: genormaliseerd);*

- *een zib die je ontvangt, maar die niet bevat wat een ZIS verplicht stelt, kun je niet integreren.*

De netwerkdienstleveranciers geven de volgende *take-away messages* mee:

- > *schets het groeimodel, niet 'even zibs' inbouwen;*
- > *er lopen teveel subsidies die bij beperkt aantal partijen terecht komen;*
- > *bedenk dat een ontvanger niet alles wil overnemen wat hij ontvangt, soms is zien voldoende; focus bij selectie zibs op wat hij wel wil overnemen.*

4 Verzamelde bevindingen en conclusies

In dit hoofdstuk beantwoorden we eerst de deelvragen. Aan het eind van dit hoofdstuk wordt de hoofdvraag beantwoord.

4.1 Wat is de ervaring met HASP? Wat gaat goed? En wat zou helpen?

Op grond van het onderzoek is duidelijk dat de richtlijn HASP een formeel geaccordeerde maar ook goed geaccepteerde richtlijn is, die aansluit bij het zorgproces bij de huisarts en het zorgproces in het ziekenhuis. HASP is gericht op wat zorgorganisaties en zorgverleners voorop zetten: continuïteit van zorg. Elke zorgverlener wil de collega goed informeren en goed geïnformeerd worden. De richtlijn HASP geeft hen de steun en richting om dat goed te doen. Dit blijkt uit bestudering van projecten en gesprekken met artsen en zorgorganisaties.

De richtlijn HASP is een formeel geaccordeerde, breed gedragen en levende richtlijn voor gestructureerde uitwisseling van gegevens tussen huisarts en medisch specialist gestructureerde uitwisseling van gegevens tussen huisarts en medisch specialist, en geeft afspraken over wanneer en wat uitwisselen tot op het niveau van uit te wisselen gegevens

Het gebruik van de richtlijn HASP aan de kant van de huisartsen is bijzonder groot, het is aannemelijk dat ruim 95% van de verwijsberichten gaat via het HASP formaat. Het feit dat huisartsen hier vrijwel allemaal dezelfde applicatie gebruiken lijkt de meest belangrijke factor: de groei van gebruik van ZorgDomein en die van naleving van de richtlijn lopen samen op.

Het project HASP 2.0 bij Sleutelnet in Leiden laat zien dat het projectmatig en met concrete doelen en monitoring implementeren van de richtlijn HASP aan de kant van ziekenhuis/medisch specialist in een half jaar een flinke verbetering oplevert in naleving van tijdigheid en daarmee in continuïteit van de zorg. Tevens biedt zo'n gerichte aanpak een duidelijke opstap voor verder uitbouwen van de resultaten richting updates en gestructureerde berichten.

Opvallend in het onderzoek is de bevinding de grote moeite die het overal kost aan de kant van het ziekenhuis om vanuit de EPD's correcte HASP-berichten op te stellen. Het onderzoek vond hiervoor twee hoofdoorzaken. Beide EPD's in dit onderzoek (HIX en Epic, samen goed voor ruim 90% van de markt) geven de medisch specialist onder de noemer 'maatwerk' vrijheid voor eigen inrichting, niet alleen voor de workflow, maar ook voor

datadefinitie, eg. structuur en inhoud van het EPD tot op het niveau van wat en hoe er wordt geregistreerd op het niveau van afzonderlijke patiëntgegevens. Dat laatste leidt ertoe dat elk ziekenhuis voor de HASP-berichten per vakgroep, en soms zelfs daarbinnen, moet aangeven waar data staat. Dit is tijdrovend, foutgevoelig en onderhoudsintensief. NB. We zien dit zorgpunt terug bij inbouwen BgZ en bij zibs voor Babyconnect.

Een tweede IT-hobbel is dat de EPD leveranciers HASP sjablonen slechts presenteren voor zover de onderliggende rubrieken beschikbaar zijn in het EPD. Dit zorgt ervoor dat de medisch specialist de kloof tussen richtlijn en IT zelf moet dichten, terwijl hij/zij zich dat niet realiseert. Hierdoor is naleving van de gedragscode en juiste invulling niet gemakkelijk haalbaar voor de medisch specialist. Bij bespreking van deze bevinding met de EPD leveranciers gaven zij als uitleg dat ze verslaggeving zien als een afgeleid proces, waarin geen informatie meer mag worden toegevoegd. Wel kwam er het idee dat het wellicht een goede insteek is om de informatie die kennelijk nodig is voor de huisarts in de bestaande zorgprocessen op te halen.

Implementatie van HASP vanuit 'de regio' geschiedt op meerdere plekken, er is geen landelijke indeling of organisatie hiervan. Ziekenhuizen die zelfstandig HASP invoeren zonder gericht project lopen een lange weg, met slechter resultaat. Met name is het lastig om alle collega's mee te krijgen. Regio's die kiezen voor een 'big bang' en in een keer overstappen naar het HASP bericht hebben per saldo veel minder problemen met eventuele weerstand bij artsen.

Inhoudelijke naleving in de zin van juiste vulling van de rubrieken haalt nog niet de lat die HASP daaraan stelt, vanuit de regio is aangedrongen op ontwikkeling van onderwijsmateriaal

De implementatie van de richtlijn HASP is deels al zeer succesvol, vrijwel steeds is dit het geval waar de IT goed ondersteunt, zoals bij het HASP verwijsbericht door de huisartsen. Er is gedreven vanuit regio's veel beweging richting volledige en brede implementatie, wat omvat tussentijdse berichten en implementatie aan de kant van de medisch specialist/ziekenhuis. Echter dit laatste wordt gehinderd door onvoldoende ondersteuning vanuit IT en teveel vrijheid voor inrichting van het EPD voor specialisten. Daarnaast ervaart de regio op gebied van implementatie gebrek aan scholingsmateriaal en gebrek aan regie in de zin van een van een van hogerhand afgesproken tijdpad.

4.2 Wat is de ervaring met zibs? Wat gaat goed? En wat zou helpen?

Er lopen meerdere projecten die zibs inbouwen in de systemen. Voorbeelden aan de kant van het ziekenhuis zijn de implementatie van de BgZ voor presentatie in het PGO en voor aanleveren aan registratiesystemen. In sommige projecten worden zibs aangevuld met aanvullende bouwstenen, die voor het gemak vaak ook zibs worden genoemd. In de eerste lijn worden zogenaamde zibs-ketenzorg gebruikt. In de geboortezorg BabyconnectWij volgen in dit rapport het advies van RadB om zib te reserveren voor de Nictiz-zib.

Leveranciers hebben moeite met prioriteren en kennen niet het onderscheid tussen : het gaat steeds om landelijke programma's maar vanuit verschillende financiers. Het eerste dat opvalt is dat er per programma eigen zorginformatiebouwstenen worden ontwikkeld. De HIS leveranciers zeggen over de inbouw van bouwstenen en koppelvlakken dat ze rechtstreeks toewerken naar de eisen van elk programma. Veelal maken ze daarvoor een vertaling van het eigen datamodel naar de te produceren bouwstenen. Leveranciers maken daarbij lang niet altijd onderscheid tussen zibs in de juiste zin van het woord, namelijk die het juiste autorisatieproces hebben doorlopen, en andere bouwstenen. Voor een aantal van hen zijn het allemaal bouwstenen, of ook: FHIR-resources. Binnen de bouwstenen moeten ze rekening houden met welk programma die opvraagt. Een koppelvlak is de plek waar een systeem zibs of bouwstenen kan aanleveren of ontvangen. Leveranciers verwachtten aanvankelijk dat je alle zibs en bouwstenen kunt aanleveren en ophalen via hetzelfde koppelvlak, dit lijkt zeker niet altijd het geval te zijn.

Koppelvlakken zijn lang niet altijd compliant met over en weer. Zo is het ZorgDomein 2.0 koppelvlak niet compliant met niet ZD-FHIR resources..

Het feit dat wordt vertaald naar zibs, in plaats van dat het systeem zelf werkt met zibs, komen we steeds tegen: ook de kwaliteitsregistraties, BgZ en Babyconnect vertalen naar zibs. Het programma Babyconnect doet dit zelfs buiten het bronsysteem. Volgens de modelleers is vertalen te wijten aan legacy en ook niet per se een probleem. Het gaat erom dat gegevens conform de zib definities kunnen worden opgeslagen en opgeleverd.

Het werken met zibs en bouwstenen, al of niet BgZ, wordt door leveranciers onmiskenbaar opgepakt. We zien echter dat het engere projectdoel daarbij steeds centraal staat. Vaker dan eens hanteert een project zelf aanvullende bouwstenen. Het hogere doel van registratie aan de bron en hergebruik is in geen van de projecten een expliciet, projectoverstijgend en bewaakt aandachtspunt. Dit leidt tot veel projectspecifieke en veelal redundante bouwstenen, die deels overlappen met zibs.

Wat leeft bij de ondervraagden over de goedkeuring van nieuwe zibs of wijzigingen op bestaande zibs is dat enerzijds dit traject lang duurt (vele maanden tot een jaar) en dat anderzijds de zibs niet aansluiten bij de zorgprocessen. Kennelijk is het proces, wat in grote lijnen inhoudt dat iedereen zibs kan aanvragen, waarop het Zib-centrum Nictiz er architecten opzet die een voorstel doen, en de huidige wijze van consultaties geen garantie om binnen een afzienbare tijd te komen tot goede zibs.

Het feit dat er sets van zibs en bouwstenen worden ontwikkeld per domein wordt door leveranciers en zorgorganisaties gezien als zorgwekkend. Zeker als het gaat om bijna gelijke zaken. Het heeft te maken met het tempo waarin een project zibs nodig heeft. Kennelijk is er dan geen tijd om te wachten op goedgekeurde zibs. Men vindt het project van goedkeuring onnodig lang duren. Het Zib-centrum bevestigt desgevraagd dat dit de situatie is, maar zegt dat dit startperikelen zijn en wijst naar de release eind 2020 waar een en ander gelijk moet zijn getrokken. Er bestaat evenwel bij anderen gerede twijfel of dit probleem bij de huidige werkwijze daadwerkelijk kan worden opgelost. Zaken worden ook weer doorgeschoven naar volgende releases.

Het veld is wel positief over de duidelijke agenda die het Zib-centrum hanteert en over de website in ART-DECOR waar informatie goed is te vinden.

Het proces van de ontwikkeling van zibs door het Zib-centrum van Nictiz in samenwerking met de diverse partijen in het veld functioneert naar enige tevredenheid van het veld, maar roept wel vragen op. Zo is het tempo een punt van zorg. Het probleem van redundante en projectspecifieke implementatie van bouwstenen en zibs wordt door Nictiz gezien als een tijdelijk probleem wat zal worden opgelost met de nieuwe release die gepland staat voor najaar 2020. Er bestaat evenwel bij andere betrokkenen gerede twijfel of dit probleem met de huidige werkwijze daadwerkelijk kan worden opgelost.

Het NHG voert in samenwerking met Nictiz, VZVZ en softwareleveranciers een project uit om zorginformatiebouwstenen te beschrijven vanuit en geschikt voor het huisartsendomein. Hierbij baseren partijen zich op het NHG HIS-Referentiemodel. Tegelijkertijd is het oogmerk om tot een harmonisatie te komen met reeds gedefinieerde bouwstenen ten behoeve van zorgbrede gegevensuitwisseling. Dit leidt tot voorstellen voor nieuwe zorginformatiebouwstenen en tot wijzigingsvoorstellen bij bestaande, reeds gedefinieerde bouwstenen. Vanuit dit project komen enkele belangrijke gezichtspunten.

Zibs uit de BgZ worden ervaren als van zeer verschillend abstractieniveau (vergelijk bijvoorbeeld de zib Laboratoriumuitslag met de zib Bloeddruk: een groep versus een bepaling). Keuzes voor generieke zibs of juist specifieke dragen kenmerken van ontstaansmoment en verschillende insteek. Daarnaast is het voor sommige zaken niet mogelijk op dit moment om zibs over domeinen heen te definiëren en hanteren. Bij de zib geselecteerde codestelsels verschillen qua structuur en inhoud en zijn daardoor ook niet zomaar te mappen. Vanuit de FMS-projecten bij kwaliteitsregistraties komt dezelfde ervaring.

Op dit moment worden tussen huisarts en ziekenhuis geen zibs of BgZ uitgewisseld. De BgZ als set dekt onvoldoende de uitwisseling die nodig is voor continuïteit van zorg tussen huisarts en ziekenhuis. De in de tweedelij projecten gebruikte BgZ-zibs sluiten ook niet goed aan bij de concepten die voor huisartsen herkenbaar zijn. Daarmee zijn ze niet zomaar inzetbaar voor de communicatie vanuit en met de huisartsenzorg. Het aanpassen van bestaande zibs, het toevoegen van nieuwe zibs en het uitwerken van een oplossing van het werken met verschillende codestelsels naast elkaar zijn in ontwikkeling.

Over de vraag of alle informatie uiteindelijk in een zib moet worden gemodelleerd is de mening eensluidend dat dit geen doel moet zijn.

Een punt van zorg is dat geen van de ondervraagden weet hoe of wie bewaakt dat het toekennen van betekenis aan de inhoud goed over de domeinen heen wordt bewaakt. De definities in ART-DECOR zijn vaak weinig verhelderend. Het Zib-centrum van Nictiz legt uit dat een zib alleen maar een huls is, en verwijst naar de zorg voor de governance van de inhoud.

Wat het Zib-centrum niet als eigen taak ziet is de governance van de inhoud van zibs. Bedoeld wordt afspraken over de geldigheid van inhoud van uitgewisselde zibs zorgbreed. Volgens Nictiz moet de zorg dit zelf doen, maar dit wordt nergens opgepakt.

4.3 Wat is de ervaring met VIPP 1 - inbouwen BgZ?

De BgZ is breed ingevoerd in de ziekenhuizen, dat wil zeggen als container richting patiënt en PGO. Informatie van de NVZ laat zien dat vrijwel alle Nederlandse ziekenhuizen dit traject hebben opgepakt. Ziekenhuizen hadden VIPP1 hoog geprioriteerd vanwege de uitgebreide subsidie. Eigen doelen en projecten werden waar mogelijk gecombineerd. Toch

was de subsidie vaak niet of nauwelijks toereikend. Sommige ziekenhuizen hebben moeten afhaken en de subsidie moeten terugstorten.

Een opvallende bevinding in het onderzoek is de grote moeite die het kost aan de kant van het ziekenhuis om vanuit de EPD's de zibs voor BgZ op te stellen vanwege uiteenlopende inrichting van medische dossiers tussen ziekenhuizen en ook binnen ziekenhuizen. Dit is een probleem dat de invoering van HASP ook tegenkwam. Dit wordt steeds ad hoc en per ziekenhuis opgelost door aanvullende stukjes programmatuur of extra invoerroutines.

Ondervraagden zijn zeer te spreken over de duidelijkheid van de VIPP trajecten, met strakke termijnen, zeer concrete doelen, de rol van auditing en sancties.

Bij implementatie van de BgZ komt het regelmatig voor dat BgZ zibs niet worden gevuld vanuit bij het primaire proces opgeslagen data, wat je zou verwachten, maar vanuit speciaal daartoe ingerichte invulschermen door daartoe opgeleide medewerkers.

De VIPP stimuleringsregelingen worden door zorgorganisaties en IT-leveranciers positief gewaardeerd vanwege de subsidie en duidelijk vastgestelde doelen en regels.

4.4 Hoe denkt men over bedreigingen en kansen bij toepassing van HASP en zibs?

In de proeftuin GGZ is deze vraag expliciet gesteld en onderzocht. Uitkomst was dat het invoeren van zibs bij HASP wordt gezien als kansrijk, maar complex. Gekeken is ook hoe de set voor HASP en die voor BgZ zich verhouden (zie ook bijlage 4). Er is overlap in rubrieken, maar ook verschil. Invoeren van HASP wordt gezien als logischer en dichter bij de werkvloer dan invoeren van alleen de BgZ. Bij HASP is de informatie-uitwisseling gericht op overdracht van zorg, en ligt de focus daartoe op de KERN die HASP definieert. Gegevens waarop de overdracht is gebaseerd worden daartoe meegestuurd. Expliciet en onderbouwd advies vanuit het GGZ project is om per zib in te voeren en niet een hele set tegelijk elke zib te managen op eigen doelen en merites.

Artsen in het onderzoek denken veelal niet spontaan in bouwstenen voor de overdracht en weten niet van het bestaan van zorginformatiebouwstenen. Na uitleg in relatie tot hergebruik van ontvangen informatie in het eigen dossier staan ze er wel positief tegenover. Artsen die betrokken waren bij zowel invoering van BgZ als van HASP vinden het een goed

idee om invoering van HASP en zibs te koppelen. De richtlijn is in hoge mate gestructureerd in brokken informatie die aansluiten bij wat nodig is in het zorgproces en bij zibs.

Projecten die HASP invoeren willen zich vooral focussen op continuïteit van zorg. Zij worden gehinderd door IT en willen geen extra complexiteit in de zin van zibs.

Babyconnect heeft een andere insteek dan HASP. Bij HASP is de informatie-uitwisseling gericht op overdracht van zorg en ligt de focus daartoe op de KERN. Gegevens waarop de overdracht is gebaseerd worden daartoe meegestuurd. In Babyconnect is het devies 'geef maar wat je hebt', daarbij gaat het niet om overdracht van zorg en er zijn geen zibs gedefinieerd voor de overdracht.

Domeinmodelleers vinden het HASP en zibs een vanzelfsprekende combinatie.

IT-leveranciers maakt het niet uit welke set ze invoeren. Als het maar duidelijk wordt geprioriteerd en gebruik kan maken van eerdere zibs.

De richtlijn HASP is zoals gesteld formeel, breed gedragen, kent een gestaag implementatietraject. De richtlijn HASP organiseert de informatie al voor in samenhangende rubrieken die enerzijds samenhangen met het proces in de spreekkamer van huisarts en medisch specialist en anderzijds kunnen worden geprojecteerd op zibs. De richtlijn HASP biedt meerwaarde voor introductie van standaardisatie omdat het een proces adresseert dat jaarlijks miljoenen keren wordt uitgevoerd.

Vrijwel alle geïnterviewden beamen dat HASP goed kan helpen om een boost te geven aan goede en gestructureerde gegevensuitwisseling tussen huisarts en ziekenhuis/medisch specialist, doordat HASP een cruciale ondersteunende rol speelt in het primaire proces van continuïteit van zorg én concreet aangeeft waar zibs kunnen worden toegepast in dit proces. HASP heeft daarbij meerwaarde boven (alleen) de BgZ.

4.5 Waar zou een pilot HASP/zibs rekening mee moeten houden en op moeten zijn gericht?

Zie hiervoor de take-away aanbevelingen in hoofdstuk 3.

Er zijn veel goede tips op te halen in het veld: Kleine stapjes, duidelijke eindtermen, verplichting, duidelijkheid wie landelijk prioriteert, bewaken van technische samenhang tussen oplossingen, en starten met geaccepteerde zibs komen meermalen terug. Wat geaccepteerde zibs zijn verschilt wel per ondervraagde.

4.6 Beantwoording van de hoofdvraag

Dan volgt hier ten slotte de beantwoording van de hoofdvraag uit de opdracht:

"Onderzoek de toepasbaarheid van de richtlijn HASP in relatie tot zorginformatie-bouwstenen met focus op de elementen:

- digitale/gestructureerde data uitwisseling tussen huisartsen en ziekenhuizen
- de HASP richtlijn en zibs
- toegepaste methodiek en effecten opdat deze schaalbaar is en als landelijke standaard kan worden gebruikt.

Het is een goede gedachte om implementatie HASP en zibs samen op te pakken. HASP geeft een goede borging met zowel zorginhoudelijke als administratieve werkprocessen, voor zowel zorgverlener als organisatie als IT. HASP kent een opdeling in rubrieken die een duidelijke basis vormen voor koppeling met zibs.

De richtlijn HASP is formeel, breed gedragen, kent een gestaag implementatietraject. De richtlijn HASP organiseert de informatie al voor in samenhangende rubrieken die enerzijds samenhangen met het proces in de spreekkamer van huisarts en medisch specialist, en anderzijds kunnen worden geprojecteerd op zibs. De richtlijn HASP biedt meerwaarde voor introductie van standaardisatie omdat het een proces adresseert dat jaarlijks miljoenen keer wordt uitgevoerd.

In deze oplossing moet eerst de uitrol van HASP worden geholpen opdat ziekenhuizen en medisch specialisten overstappen naar een voldoende uniforme wijzen van registreren wat er weer voor zorgt dat informatie gestructureerd aanwezig is voor gestructureerde communicatie. Toepassing van zibs in het primaire zorgproces met als doelstelling herbruikbaarheid introduceren, vraagt om een voldoende ingeslepen, afgesproken uniforme manier van werken. De richtlijn HASP kent een zeer goede navolging aan de kant van de huisartsen en een groeiende navolging in de ziekenhuizen. Er is geen weerstand tegen de implementatie. Wel zou die veel beter en sneller kunnen.

Het werken met zibs is onvoldoende geborgd om in dit proces leidend te zijn. Het is een beter idee om stapsgewijs zibs aan de HASP berichten toe te voegen om daarmee ervaring op te doen. Welke zibs dat zijn is nu nog niet aan te geven. De aanpak voor het aanwijzen van preferente zibs zoals gedaan in de proeftuin van GGZ kan daarbij worden gehanteerd, aangevuld met tips uit het veld.

Een Nictiz-informatiestandaard - om te beginnen een pre-vorm daarvan - moet beschikbaar komen voor HASP die ondersteunt dat zowel het opgemaakte bericht als steeds meer zibs kunnen worden uitgewisseld. Nictiz staat achter deze wens.

Een informatiestandaard is een gebruikelijke stap voor technische standaardisatie van een bericht-uitwisseling. Leveranciers vinden het prettig als zo'n informatiestandaard weinig ruimte laat voor interpretatie. Door in de informatiestandaard te modelleren dat het opgemaakte bericht daarin altijd is opgenomen komt de continuïteit van zorg niet in gevaar. Door in de informatiestandaard te modelleren dat er steeds meer zibs kunnen worden meegestuurd wordt tegemoetgekomen aan de wens om zibs gedoseerd te kunnen toevoegen. Nictiz of het Zib-centrum moet bewaken dat inzichtelijk blijft welke zibs mogen worden meegestuurd per HASP-bericht. Door toe te staan dat huisarts en medisch specialist verschillende, concurrerende codestelsels of zelfs soms concurrerende zibs hanteren wordt tegemoetgekomen aan de verschillen die nu eenmaal bestaan in de verschillende zorgdomeinen.

Voor de landelijke brede invoering van HASP kan de aanpak zoals bij de VIPP trajecten als voorbeeld dienen. Zowel financiële steun als strenge eisen hebben hun nut bewezen in de VIPP projecten. Voor de eisen kan worden aangehaakt bij 'Een 10 voor HASP', dat eisen stelt aan voortgang op gebied van bericht, transport maar ook van inhoudelijke naleving (zie bijlage 2). Financiering moet daarbij zowel de regio's omvatten, als zaken die landelijk moeten worden opgepakt. Naar verwachting hebben ook leveranciers een zetje in de goede richting nodig voor financiering van softwareaanpassingen. ZorgDomein heeft laten zien hoe behulpzaam goede IT is voor naleving van een richtlijn.

5 Adviezen

Dit hoofdstuk richt zich op het laatste deel van de hoofdvraag:

“Geef aanbevelingen voor het vervolg met als kernwoord 'aan de slag' ”.

5.1 Hoofdpijnen

1. Wij adviseren nadrukkelijk om in te zetten op HASP en zibs. Eerst HASP: HASP is uitontwikkeld en het nut ervan is direct inzichtelijk en meetbaar. Dan zibs, waarvan de uitrol zich dan kan richten op hergebruik via uniforme bouwstenen van met HASP uitgewisselde informatie. Dit geeft een win-win situatie, gericht op zowel verbetering van continuïteit van zorg door goede informatie-uitwisseling via HASP, als op herbruikbaarheid van informatie.

De invoering van de richtlijn HASP kan een belangrijke facilitator zijn voor invoering van BgZ en zibs. HASP sluit aan bij wat zorgorganisaties en zorgverleners voorop zetten: continuïteit van zorg. Elke zorgverlener wil de collega goed informeren en goed geïnformeerd worden. De richtlijn HASP wordt daarom door hen omarmd. Leesbare volledige en samenhangende tekst is daarbij voorwaarde. Daarnaast zien zorgverleners wel de potentiële meerwaarde van herbruikbare informatie-elementen.

Met de implementatie van de richtlijn HASP worden evenwel al belangrijke stappen gezet richting die gestandaardiseerde informatie-uitwisseling. HASP geeft immers ook aan welke zorginformatiebouwstenen er mogelijk bij aansluiten. Deels overlappen die met de BgZ zorginformatiebouwstenen. Gestandaardiseerde gegevensuitwisseling tussen huisarts en specialist in plaats van documentuitwisseling wordt waar HASP wordt toegepast mogelijk en ligt binnen handbereik. Evenals het meesturen van gevulde zorginformatiebouwstenen.

Wij adviseren dan ook om nadrukkelijk in te zetten op de invoering van de richtlijn HASP, en hierbij vervolgens de mogelijkheid van toevoeging van BgZ / zibs mee te nemen. Hierdoor ontstaat een win-situatie gericht op zowel verbetering van continuïteit van zorg door goede informatie-uitwisseling via HASP, als op herbruikbaarheid van informatie.

2. Voor de uitrol van HASP adviseren wij daarin te interveniëren opdat die een versnelling krijgt. Dit geschiedt het best door landelijk haalbare doelen te stellen voor implementatie en tegelijkertijd landelijk ervaren problemen te adresseren en

weg te nemen. De gedragscode HASP, de aanpak van de pilot HASP 2.0 in Leiden met monitoring en onderwijs en het hulpmiddel "Een 10 voor HASP" dienen als vertrekpunt.

De invoering van de richtlijn HASP kent een aantal hobbels die vertragend werken, en die de competentie van de regio om dit op te lossen te boven gaan. De invoering kent daarnaast ook voorbeelden die de implementatie juist versnellen. Met interveniëren in de uitrol wordt bedoeld het landelijk adresseren van hobbels en deze wegnemen en het landelijk steunen van zaken die versnellen.

Hobbels die landelijk ten minste zouden moeten worden opgepakt zijn de vier volgende.

- 1) De ondersteuning met IT aan de kant van de medisch specialist is onvoldoende. We zien aan de kant van de huisarts hoe goed de ondersteuning door HIS en ZorgDomein de huisarts helpt om de richtlijn na te leven. Ook de EPD uniformiteit bij huisartsen door het NHG HIS-referentiemodel draagt hieraan zeker bij. De invoering aan de kant van de medisch specialist in het ziekenhuis kent niet een dergelijke ondersteuning. Voor een regio met een enkel ziekenhuis komt een EPD-leverancier ook niet in beweging. Zie aanbeveling 9 voor de uitwerking.
- 2) Het tussentijds onderling informeren bij wijzingen in de situatie van de patiënt laat veelal te wensen over, ondanks dat dit nauwgezet is beschreven in de richtlijn. Zie aanbeveling 9 voor de uitwerking.
- 3) Zoals aangegeven wordt er met HASP vooralsnog geen data uitgewisseld, maar opgemaakte tekst geordend in rubrieken. Om mogelijk te maken dat alle zorgpartijen met hun gewenste IT-oplossing deze uitwisseling veilig ondersteunen is een IT-standaard nodig die het uitwisselformaat beschrijft. Zie aanbeveling 4 voor de uitwerking.
- 4) Artsen die al wel goede ondersteuning hebben, hebben behoefte aan lesmateriaal dat voorkomende situaties en de bijbehorende uitwisseling aanleert. Zie aanbeveling 11.

Zaken voor implementatie die landelijk zouden moeten worden opgepakt voor versnelling van de uitrol komen ook in de overige aanbevelingen in de orde. Zie voor het versterken van de gedragscode HASP aanbeveling 3. De aanpak van de pilot HASP 2.0 in Leiden met monitoring en onderwijs en het hulpmiddel "Een 10 voor HASP" kunnen goed dienen als algemeen vertrekpunt voor regionale implementatie. Zie aanbevelingen 10 en 11.

3. Vanwege de wens uit het veld adviseren wij om verdere versterking van de positie van Richtlijn HASP nader te onderzoeken, bijvoorbeeld door een traject richting normering van de richtlijn of onderdelen ervan tot een NEN norm.

Verplichting helpt met invoering. Verplichting mag daarentegen niet knellend zijn. Een terugkerende vraag bij invoering van de richtlijn HASP is in hoeverre het verplicht is. Verplichting wordt gezien als hulpmiddel om organisatie en zorgverlener over de streep te trekken om de eigen "standaard" werkwijze in te wisselen voor een collectieve standaard. De richtlijn HASP betreft een gedragscode die door alle relevante wetenschappelijke verenigingen is onderschreven. De implementatie van de richtlijn HASP kan verder worden versterkt door de positie van de richtlijn te versterken. Dit kan bijvoorbeeld door er een kwaliteitsstandaard van te maken of de richtlijn HASP toe te voegen aan de verplichte digitale gegevensuitwisselingen. Geadviseerd wordt om een dergelijk versterking van de positie van de richtlijn HASP nader te onderzoeken.

4. Voor de invoering van zibs bij de richtlijn HASP adviseren wij als doel te stellen: de gedoseerde en gemonitorde invoering ervan. Daarvoor is nodig een Nictiz-informatiestandaard, met als uitgangspunt dat altijd moet zijn opgenomen het complete HASP-bericht in opgemaakt formaat, en dat daarbij steeds meer zibs moeten kunnen worden toegevoegd. Met elke toegevoegde zib is op deze manier weer een extra stukje informatie herbruikbaar voor de ontvanger.

Zoals gesteld is volledigheid van uitgewisselde informatie een voorwaarde. Om door te schakelen naar herbruikbaarheid van delen ervan stellen wij voor om beide uit te wisselen: zowel de opgemaakte tekst, als ook steeds meer zibs. Om dat mogelijk te maken is een informatiestandaard nodig die de afspraken daarvoor vastlegt opdat elke IT-leverancier die de ondersteuning van HASP-berichten wil faciliteren zich hierop kan richten.

5. Voor de prioritering van zibs adviseren wij om specifiek voor de setting huisarts - ziekenhuis een eerste zib of set zibs te kiezen. Wij adviseren om hiertoe op de diverse sets die naar voren zijn geschoven zijn vanuit BgZ en andere programma's de waardering per zib zoals gedaan in proeftuin HASP GGZ toe te passen en op grond daarvan een keuze te maken.

Er bestaan meerdere zibs die naar verluid weinig omstreden zijn. Denk aan patiënt, medicatie. Daarnaast schuiven projecten hun eigen ontwikkelde bouwstenen naar voren als breed bruikbaar. HASP wijst ook zibs aan. De ziekenhuis-EPD's kunnen al zibs aanleveren (die uit de BgZ), en in huisartsen-EPD's hebben bouwstenen al hun intrede gedaan: de ketenzorg bouwstenen (zie bijlage 6) en bouwstenen gebruikt door ZorgDomein (door ZorgDomein gebruikte term: FHIR resources).

Het is belangrijk bij selectie van zibs mee te nemen dat een zib, zoals Nictiz uitlegt, een lege huls is. De zorg moet zelf governance van de inhoud inregelen, is de insteek van Nictiz. Denk bijvoorbeeld aan de patiënt die bij verschillende zorgaanbieders verschillende adressen, contactpersonen, telefoonnummers opgeeft. Veilig gebruik binnen HASP vergt voor elke zib goede afstemming over de precieze informatie die ermee wordt uitgewisseld. Ook dat beïnvloedt het gemak waarmee een zib kan worden ingevoerd. Wij adviseren omwille van weloverwogen keuze voor de eerste en volgende sets zibs de waardering per zib zoals gedaan in proeftuin HASP GGZ toe te passen. Daarin kan dan ook worden meegenomen wat al beschikbaar is in de IT systemen. Zie hiervoor ook bijlage 4 Werkbare zibs voor HASP.

6. In lijn met de diverse bestaande (VIPP-)regelingen adviseren we om ook voor de invoering van Richtlijn HASP inclusief het gebruik van zibs (HASP / zib) een stimuleringsregeling op te zetten en hiermee op korte termijn te starten.

Digitale gegevensuitwisseling tussen zorgpartijen gaat niet vanzelf. Onder meer om de gewenste gegevensuitwisseling te stimuleren is het Informatieberaad Zorg opgericht en zijn diverse stimuleringsprogramma's in het leven geroepen. Naar verwachting zal ook de digitale gegevensuitwisseling tussen huisarts en specialist zonder stimuleringsregeling slechts uitermate traag tot stand komen. Dit is uitermate ongewenst omdat een belangrijk deel van alle gegevensuitwisselingen in de zorg de uitwisselingen tussen huisartsen en specialisten betreft. In lijn met de diverse bestaande (VIPP-)regelingen adviseren we daarom om ook voor de invoering van de richtlijn HASP inclusief het gebruik van zibs een stimuleringsregeling uit te denken en op te tuigen.

De ervaring leert dat het schrijven van een goede stimuleringsregeling complex is en hier dan ook voldoende tijd genomen moet worden. Ook de beschikbaarheid op de agenda van IT-leveranciers is een punt om rekening met te houden. Het is daarom aan te bevelen om al op korte termijn te starten met het schrijven van de regeling. Voor het slagen hiervan is het van belang om inhoudelijke experts vanuit de specialisten en huisartsen hierbij aan tafel te hebben. Gedacht wordt aan de NVZ (in afstemming met FMS en NFU) en het NHG (in afstemming met de LHV en InEen), waarbij ook voor het schrijven van de regeling zelf financiering gevonden dient te worden.

Uiteraard kan pas na goedkeuring van de regeling door het ministerie van VWS (publicatie in De Staatscourant) de daadwerkelijke uitvoering van de regeling ter hand worden genomen.

7. Diverse VIPP-programma's zoals Babyconnect en e-Overdracht bevatten elementen gericht op gegevensuitwisseling tussen professionals. In de richtlijn HASP is de generieke context terdege uitgewerkt. Wij bevelen aan om de uitwerking in HASP als basis te nemen voor de overdracht.

Dit komt tegemoet aan het geconstateerde gebrek aan bewaking van samenhang tussen zib-programma's. Omdat de voorgestelde uitwerking van HASP een zo centrale rol inneemt in de zorgcommunicatie, waarbij moet worden bedacht dat HASP ook informatie-uitwisseling met paramedicus en ggz bestrijkt, lijkt het een goede zaak de overige projecten hieraan te laten conformeren.

De richtlijn HASP is geschikt om te dienen als mal voor digitale uitwisseling tussen huisarts en medisch specialist in het ziekenhuis, maar ook breder: tussen alle zorgverleners in elke setting. Wij bevelen aan HASP en Zibs in de volledige breedte van zorgcommunicatie te overwegen als een volgende stip op de horizon.

8. In de praktijk zien we dat stimuleringsregelingen regelmatig aangepast dienen te worden op basis van ervaringen in de weerbarstige praktijk. Om dit bij deze regeling te voorkomen, stellen wij voor om nu al in 4 tot 6 proefregio's te starten met de invoering van de richtlijn HASP / zib en hiervoor implementatiegelden ter beschikking te stellen.

Diverse regio's hebben hiervoor al belangstelling getoond. De (tussen)resultaten die worden bereikt in deze proefregio's en de ervaringen die in deze regio's worden opgedaan, kunnen worden benut om te borgen dat de stimuleringsregeling goed past in de praktijk. Herziening kan op deze wijze hopelijk worden voorkomen.

Diverse leveranciers hebben duidelijk laten weten dat het niet mogelijk is om nog in 2020 extra wijzigingen in hun systemen door te voeren. Voor implementatie van HASP betekent dit dat de IT-ondersteuning bij de medisch specialist dan suboptimaal is, wat zal moeten worden gecompenseerd met instructie voor de werkvloer, zoals ook nu al gebeurt. Bij de keuze van de proefregio's gaat de voorkeur uit naar regio's waar de implementatie van de richtlijn HASP aan de ziekenhuiskant ver is gevorderd.

Dit punt wordt verder uitgewerkt in aanbevelingen in 5.2. Proefregio's.

9. Wij bevelen aan om de benodigde aanpassingen in IT en processen voor het verbeteren van de ondersteuning mee te nemen in de beoogde stimuleringsregeling

Een benodigde aanpassing in IT en processen betreft het ondersteunen van de te ontwikkelen pre-informatiestandaard voor HASP. Aan de kant van de ziekenhuizen is duidelijk dat daartoe ook de mogelijkheid voor registratie in het EPD moet worden aangepast opdat de informatie op het moment van uitwisseling beschikbaar is.

Daarnaast geeft de richtlijn HASP expliciet aan bij welke zorgmomenten tussentijds informatie-uitwisseling tussen de huisarts en specialist moet plaatsvinden en welke informatie dat betreft. De benodigde aanpassing omvat ook dat op de juiste momenten automatisch suggesties voor berichten worden gegenereerd.

5.2 Proefregio's

Alle bovenstaande punten moeten worden opgepakt en getest in de bedoelde pilots in proefregio's. In aanbeveling 12 staan de vragen waarop de pilots ten minste antwoord moeten geven. Voor het concreet invulling geven aan de versnelling van de uitrol van HASP in de betreffende regio's dienen aanbeveling 10 en 11.

10 Om het oplossen van de problematiek van IT, processen en naleving door professionals ondanks hun afhankelijkheid niet op elkaar te laten wachten is vanuit het NHG "Een 10 voor HASP" in concept ontwikkeld en ingezet tijdens de proef in de regio Leiden. Aanbevolen wordt om "Een 10 voor HASP" in meerdere proefregio's uit te zetten en bij gelijksoortige resultaten ook op te nemen in de brede uitrol.

In Een 10 voor HASP wordt gegevensuitwisselingen tussen huisartsen en specialisten gescoord op **drie** onderdelen. Zowel voor 1) transport en veiligheid, 2) voor inhoud en 3) voor herbruikbaarheid van informatie kunnen 10 punten worden behaald. Resultaten worden onderling vergeleken. Dit heeft in Leiden geleid tot gewenste onderlinge competitie met verbetering van de kwaliteit van de gegevensuitwisseling als resultaat. Aanbevolen wordt om "een 10 voor HASP" in meerdere proefregio's uit te zetten en bij gelijksoortige resultaten ook op te nemen in de brede uitrol. Diverse regio's hebben hiervoor al belangstelling getoond.

11 Bij het registreren van gegevens in informatiesystemen en het opstellen van HASP-berichten speelt de AIO of HAIO een belangrijke rol. In de proefregio's en later bij reguliere regionale implementaties dienen juist deze zorgprofessionals te worden opgeleid.

Zowel bij het registreren van gegevens in informatiesystemen als bij de berichtgeving aan de collega speelt de AIO of HAIO een belangrijke rol. Bij het implementeren van de richtlijn HASP zien wij deze artsen in opleiding dan ook een belangrijke rol vervullen. In de proefregio's en later bij reguliere regionale implementaties dienen juist deze zorgprofessionals te worden opgeleid. Opleiden is immers een bewezen effectieve manier om gedrag van zorgprofessionals te beïnvloeden. Hiermee borgen we dat de artsen van de toekomst de Richtlijn HASP terdege kennen en weten hoe en wanneer deze in de praktijk toe te passen.

Opleiding dient te omvatten zowel adequaat registreren in het EPD als adequaat verwijzen. Scholing kan zijn gebaseerd op de NHG Richtlijn Adequate Dossiervoering.

Opleiding kan wellicht worden belegd bij de opleidingsinstituten in samenwerking met NHG en de wetenschappelijke specialistenverenigingen. Hiervoor dient een budget beschikbaar te komen.

12 De pilots moet antwoord geven op de volgende vragen:

- werkt de pre-informatiestandaard zoals bedoeld?
- wat zijn de eisen te stellen aan aangesloten systemen en zorginstellingen bij een groeimodel met steeds meer zibs?
- gaan de EPD-leveranciers de pre-informatiestandaard ondersteunen?
- welk type zibs of welke zibs hebben prioriteit en waarom?
- hoe beschrijft en monitort de zorg de verwachte outcome van gebruik van een zib?
- wat zijn zinnige audit eisen aan implementatie van HASP + pre-informatiestandaard + zibs?
- hoe kan een verplicht tijdspad eruit zien?
- welke regie is nodig en waar moet die liggen?

Daarnaast moet de pilot de lessen uit eerdere VIPP regelingen meenemen.

Bijlage 1: Geïnterviewde personen

De volgende personen zijn gedurende het onderzoek geïnterviewd:

- Pilot HASP Leiden: Nils Plomp (Furore) en Teun van Bladel (Furore)
Werkgroep HASP van Sleutelnet, contactpersoon Jasper van Sambeek, projectleider Mirco Rossi
- Invoering HASP Tilburg: Roy van den Berg (ETZ)
Invoering HASP Roosendaal/Bergen op Zoom: Christiaan van Beek en Erny Korsmit (Bravis Ziekenhuis)
- Invoering HASP Harderwijk: Bart-Jan Verhoeff (St. Jansdal)
- NHG: Erica Bastiaanssen
- FMS: Annemarie Trompert en Stefan Visscher
- NVZ: Ingrid van Es
- Registratie aan de bron: Carolien Bouma en Gé Klein Wolterink
- Babyconnect: Toon Wezenberg
- VZVZ: Marcel Settels en Cees Goossens
- Expert: William Goossen (zelfstandig adviseur / GGZ Nederland), Hans Mekenkamp (MedicalPHIT)
- Chipsoft: Marianne Voogt, Olav Trauschke, Brian Tielrooij en Heleen van Boetzelaer
- Epic: Cliff Wu
- PharmaPartners: Suzanne van Aarle en Bernhard van Gemert
- Promedico: Egbert van Gelder
- OmniHis: Helma van der Linden
- eNovation: Willem van Wijngaarden en Hans Tieman
- Philips Forcare: Jasper Janssen en Alex Settels
- Zorgdomein: Sander Knotnerus en Herre Uitenhout

Bijlage 2: Werkbare HASP - Een 10 voor HASP

Werkbare HASP

Hoe kom je tot goede invoering van HASP? Wil HASP werken in de tweedelijndan moet HASP, net als bij de huisarts, ook voor de medisch specialist goed worden ondersteund door IT en werkprocessen. 95% van de winst is daar te halen. De werkprocessen moeten de informatie die nodig is voor de HASP-berichten direct en juist registreren in het werkproces. Alleen dan kunnen de EPD's het goed in de brief zetten. Per rubriek moet worden beoordeeld of het werkproces + IT de inhoud daarvoor al voldoende registreert. Als dit niet zo is moet een oplossing worden gezocht in proces en IT of in HASP. Voorbeelden van zaken die nog niet goed worden vastgelegd zijn Consult collega, en Aanbeveling huisarts.

Zowel Epic als Chipsoft presenteren de medisch specialist die een brief wil versturen het HASP format en daarbij de in het EPD gevonden informatie. Informatie die niet is opgeslagen, komt er ook niet in. De medisch specialist zit dan bij het afronden van het bericht in een dilemma. Hij moet terug naar het proces, en die informatie daar ergens opslaan. Hij kan het alsnog toevoegen. Of hij laat het gewoon zo. Afhankelijk van of het ZIS dit mogelijk maakt kiest hij hier soms voor. Dit leidt zoals te verwachten niet tot goede en uniforme keuzes. Maar er is te weinig tijd op de werkvloer om dit elke keer netjes te repareren. Het is duidelijk dat oplossen in het proces hier goed kan helpen.

Een 10 voor HASP

Richtlijn HASP beschrijft hoe huisartsen en medisch specialisten onderlinge berichten uitwisselen. Er is veel vraag bij de huisartsen naar "Hoe haal ik een 10 voor een verwijsbericht?" en ook bij de medisch specialisten "Hoe haal ik een 10 voor een ontslagbericht?".

NHG heeft een tool gemaakt, voorlopig op papier, waarmee huisarts en medisch specialist dit kunnen checken (zij richten zich op de 2e kolom!). Maar omdat huisarts en medisch specialist vrijwel altijd in verschillende organisaties werken en met verschillende IT-systemen, moet je ook meten over het hele systeem: Een goed opgesteld bericht moet ook ongeschonden door het transport komen (1^e kolom), en te integreren zijn in het ontvangend systeem (3^e kolom).

Een 10 in voor HASP! in drie delen:

10 voor transport & tijdigheid	10 voor juiste inhoud	10 voor herbruikbaarheid informatie
bericht komt tijdig & ongeschonden aan bij ontvanger	bericht is 100% conform HASP	informatie is 100% te integreren in HIS/EPD
25%	50% ³	25%
Voor de maximale score moet het bericht zoals opgesteld bij de verzender getoond worden bij de ontvanger:	Voor de maximale score moeten rubrieken goed zijn ingevuld:	Voor de maximale score moet voor alle informatie waarvoor een zib is afgesproken voor HASP deze zijn toegevoegd:
<ul style="list-style-type: none"> - bericht is tijdig - lay-out is ongeschonden - toegevoegde headers voor transport zijn verwijderd - bijlagen zijn aanwezig 	<ul style="list-style-type: none"> - verplichte rubrieken zijn ingevuld - informatie staat in de juiste rubriek - rubrieken KERN voldoen aan specifieke eisen - geen afkortingen 	<ul style="list-style-type: none"> - zibs voor de Envelop - zibs voor de Kern - zibs voor de Dossiersamenvatting
Ligt bij: IT (leveranciers en applicatiebeheer)	Ligt bij: zorgverlener en IT	Ligt bij: governance zibs, zorgorganisatie, IT
Motivatie hierachter: meestal gaat dit goed, maar er zijn ook situaties dat headers blijven hangen, bijlagen of rubrieken niet meekomen of de lay-out is verloren. Dit leidt tot een kwalitatief slechte brief voor de ontvanger, en soms ook tot ongemerkt informatieverlies.	Motivatie hierachter: de eisen hier komen van de ontvanger van het bericht en zijn gericht op continuïteit van de zorg.	Motivatie hierachter: toepassing van zibs levert een belangrijke bijdrage aan eenduidige informatie, terugdringing van registratielast en veiliger zorg. Kanttekening: zibs zijn nog niet beschikbaar; naast de syntax moeten ook protocollen beschikbaar zijn voor veilig gebruik.

Berekenen score:

- Een **zorgverlener** kan een 10 halen voor een HASP-bericht als hij de tweede kolom goed naleeft. Hij kan hierbij enorm worden geholpen door zijn HIS of EPD in de mate van aanvulling en invoercontrole of ondersteuning.
- De **zorgorganisatie** kan 2x een 10 halen: voor de kwaliteit⁴ van de uitgaande en van de inkomende berichten. De zorgorganisatie berekent de score voor de verzonden berichten in een bepaalde periode met de volgende formule
 - o $0,5 * (\text{gemiddelde score in kolom 2 van alle uitgaande berichten in die periode}) + 0,5 * (\text{gemiddelde score in kolom 3 van alle uitgaande berichten in die periode})$

³ percentage geldt voor nu, kan in toekomst verschuiven naar zibs, die zich dan moeten hebben bewezen; nb cave: weging

⁴ Hier wordt de pijler kwaliteit gehanteerd naast de andere pijlers voor HASP: de tijdigheid en updates. Meten en monitoren van tijdigheid en aangeven momenten voor updates zijn eveneens van belang voor goede naleving van HASP, maar worden niet beschreven.

- De zorgorganisatie berekent de score voor de voor de kwaliteit ontvangen berichten in een bepaalde periode met de volgende formule
 - o $0,5 * (\text{gemiddelde score in kolom 1 van alle uitgaande berichten in die periode}) + 0,5 * (\text{gemiddelde score in kolom 3 van alle uitgaande berichten in die periode})$
- De **zorgregio** kan een 10 halen voor de kwaliteit van het totaal van berichten. De zorgregio berekent de score voor de berichten in een bepaalde periode met de volgende formule:
 - o $0,33 * (\text{gemiddelde score in kolom 1 van alle berichten in die periode}) + 0,33 * (\text{gemiddelde score in kolom 2 van alle berichten in die periode}) + 0,33 * (\text{gemiddelde score in kolom 3 van alle berichten in die periode})$

Bijlage 3: Aanvullende tips

In deze bijlage zijn nog diverse tips opgenomen, die kunnen helpen om een succes te maken van de brede implementatie van Richtlijn HASP met gebruik van zibs. De tips zijn geordend aan de hand van de volgende onderdelen:

- 1) Met terugwerkende kracht regio Leiden belonen.
- 2) Leiden helpen om de volgende stappen richting de 10 voor HASP overall te zetten en daarin ook de 10 voor zibs inhoud te geven.
- 3) De in Leiden gelopen koers en informatie daarover aanbieden aan een aantal (4-6) volgregio's om de herhaalbaarheid te toetsen en 'omwegen' te schrappen.
- 4) Een resulterend pakket formuleren voor een VIPP programma.
- 5) Brede uitrol ter hand te nemen met het goede van de huidige VIPP-regelingen in het achterhoofd, zoals duidelijke communicatie en audits.

Het mag duidelijk zijn dat alle stakeholders het liefst hun eigen koers varen en eigen doelen nastreven. Dit vormt een belangrijke risico voor een brede uitrol. Het van belang dit soort risico's te onderkennen en te mitigeren. Dat is een belangrijk onderdeel van het plan voor vervolg.

Ad 1

De best werkende beloning is het landelijk en voortvarend oppakken van een aantal knelpunten en belemmeringen, waar men in Leiden tegenaan is gelopen:

- A. aanbieden van een webpagina met implementatie-ervaring (is in de maak bij het NHG)
- B. duidelijke termijnen stellen voor implementatie
- C. uitwerken hoe de EPD's ondersteunen dat het HASP ontslagbericht hetzelfde niveau haalt als HASP verwijsbericht – in overleg met leveranciers

Ad 2

- D. werken aan startset zibs voor HASP – basis is de aanpak HASP-GGZ rapport – aanvullen met onderzoek naar ideeën – daarin ruimte geven voor tussenoplossingen – meetbaar doel voor zorg vaststellen
- E. werken aan uitwisselformat: het veld zegt HL7-CDA naast HL7 FHIR, maakt duidelijk hoe het bericht voortschrijdende toepassing van zibs naast bestaande pdf mogelijk maakt
- F. bedenk welke zaken nodig zijn voor DPIA, en welke voor patiëntveiligheid
- G. aanwijzen in de zorg

Ad 3

- H. formaliseren kennispool HASP en zibs

- I. door Leiden doorlopen traject formaliseren, idem de gebruikte monitor, streefdoelen formuleren
- J. (als proefregio's allereerst benaderen regio's die al bezig zijn introductie van HASP en van zibs: ZEL (Naaldwijk), Gerrit, JBZ, St Jansdal (Harderwijk), UMCG, Bravis (Bergen op Zoom), Sneek e.a)
- K. Indien bij het genereren van brieven fouten in de inhoud worden geconstateerd, is het van belang om dit aan de bron te corrigeren in plaats van in de brief.

Ad 4

- L. een uitspraak en aanpak op alle zaken uit 2, zo gedetailleerd als bijv. project.
- M. bijbehorende auditdoelen, pluimen en sancties.

Ad 5

- N. haal ervaringen op bij de programmamanagers van de VIPP regelingen.
- O. begin tijdig met het schrijven van de regeling.

Bijlage 4: Werkbare zibs voor HASP

Onderstaande is een bespiegeling van de auteurs na de vele gesprekken over zibs gecombineerd met de eigen ervaring.

Hoe kom je tot een goede keuze van zibs voor HASP?

We spitsen deze spiegeling toe op wat op korte termijn kansrijk is om te worden toegepast in de systemen en daar gericht onderzoek te doen naar hoe dit uitpakt.

Hiaten in zibs en uitwisseling

Er bestaat nog veel discussie over zibs. Wat leg je vast in een zib en wat hoort thuis in een informatiestandaard, eg. in de dataset en naast Zibs? Welke zibs zijn nodig? Moeten zibs volledig in overeenstemming worden gebracht in de hele zorg of kan bijvoorbeeld een huisarts gebruik maken van andere zibs dan een specialist?

Ziekenhuis EPD's laten veel meer vrijheden toe dan HIS'en. Dit heeft tot gevolg dat hoewel de Zibs van de BgZ kunnen worden aangeleverd door de EPD's in het ziekenhuis, dit nog niet wil zeggen dat relevante rubrieken worden gevuld tijdens het zorgproces. Omdat HIS'en deze vrijheid niet bieden, zullen zib-rubrieken hier sneller kunnen worden gevuld. Nu HIS'en langzamerhand ook gaan werken met zibs, zijn aan de huisartsenkant dan ook vorderingen te verwachten in het gebruik van zibs.

Keuze zibs

De keuze van zibs voor HASP, de wijze waarop je dat doet en hoe je monitort of de juiste keuzes zijn gemaakt, zijn belangrijk. Het onderzoek naar de toepasbaarheid van BgZ / zibs bij uitwisseling tussen huisarts en GGZ conform de Richtlijn HASP biedt hiervoor goede handvatten. Rekening houden met welke zibs meer of minder omstrede zijn en met hetgeen leveranciers al hebben gedaan inzake het vertalen naar zibs van hun toepassingen, zijn daarbij ook aspecten die moeten worden meegewogen. Het is de uitdaging om enerzijds straight te zijn, maar daar ook niet te star in te zijn.

Richtlijn HASP in relatie tot BgZ en zibs

Het onderzoek naar de toepasbaarheid van BgZ / zibs bij uitwisseling tussen huisarts en GGZ laat de toegevoegde waarde van zibs voor de professional zien. Omdat Richtlijn HASP voor huisarts / GGZ en huisarts – medisch specialist overeenkomt geeft het uitgevoerde

onderzoek ook veel handvatten voor de toepassing van BgZ / zibs bij uitwisseling tussen huisarts en medische specialist.

Samenvoegen van HASP en BgZ / zibs wordt ook door vrijwel alle in het huidige onderzoek bevraagde partijen kansrijk geacht en soms ook toegejuicht. Het voelt als kans een stapje verder op de weg te zetten en ook om het gebruik van zibs tot nu toe te evalueren. Het gaat nu om het aangeven van een haalbaar doel en een kansrijke route. Om deze vast te stellen zijn alle belanghebbenden nodig.

Hier de belangrijkste verbetertips uit het veld.

1. Test zibs + gebruikersinstructies uitputtend voordat ze het veld ingaan

Het is gemakkelijk te bedenken dat beter testen in het voortraject zal leiden tot betere zibs. Nu wordt getoetst, maar nauwelijks getest. Voor HASP is dat onvoldoende. De inherente complexiteit van HASP is dat begrippen in verschillende organisaties en verschillende settings (huisartsenpraktijk, ziekenhuis, ggz, paramedische praktijk) gelijk moeten worden geïnterpreteerd. Dit zal zich nog sterker doen voelen bij gebruik van zibs in plaats van vrije tekst. Net als bij HASP, maar nog veel meer bij zibs, zijn multidisciplinaire use-cases nodig om vooraf te onderzoeken of de zibs functioneren.

Het acceptatietraject van een zib voor HASP moet daartoe een testbed omvatten waarin zib + gebruikersinstructies grondig de gesimuleerde ketens doorlopen. Een IHE-connectathon, maar dan op papier. Niet alleen de syntax, maar juist ook hoe ze het proces doorlopen. Niet alleen tussen leveranciers, maar ook tussen werkvloeren in verschillende organisaties. Niet één testgeval, maar 80% van wat de werkvloer tegenkomt. Uitkomsten moeten in een aantal iteraties met het ontwerp leiden tot een meer robuust ontwerp. Het lijkt dat dit aspect momenteel ver onder de maat is.

Stel bijvoorbeeld de zib Patiënt: de patiënt wijzigt bij de huisartsenpraktijk zijn mobiele nummer, bij het ziekenhuis zijn contactpersoon, en bij de paramedische praktijk zijn verzekeringsgegevens. Instructies moeten sluitend zijn hoe dit over de organisaties heen kloppend blijft.

Of de zib Labuitslag: hoe omgaan met aanvullende uitslagen en correcties.

Of de zib BRMO waarom het veld vraagt: hoe dan weer BRMO-positief intrekken. Bedenk welke instructies nodig zijn zodat 95% van de praktijkgevallen al is beschreven.

2. Biedt zibs aan in kleine samenhangende combi's met meetbaar resultaat

Goed omgaan met zibs vergt inleren en aanpassen én profijt realiseren. Het ligt voor de hand dat invoeren op de werkvloer per regio ineens een goede keuze is. Het ligt voor de hand dat het goed is om in samenhangende porties te implementeren. Geef ook de

parameters en streefwaarden die de zorgverbetering zichtbaar maken. Uitrol omvat dus zib + instructies + te behalen profijt.

Stel bijvoorbeeld de zib Zorgverlener: de werkvloer kan aangeven en meten hoeveel tijd het nu kost om berichten altijd juist te adresseren. Een goede zib met een goed adresboek kan hierin naar verwachting veel tijd en fouten besparen.

3. Zib van verzender = zib van ontvanger of juist niet?

Sommige zibs in (het HIS van) de huisartsenpraktijk blijken uitstekend te passen op die (in het EPD) bij de medisch specialist in het ziekenhuis. Het grote voordeel is dat dan het systeem ook ontvangen zibs kan gaan integreren.

Maar voor veel zaken hanteren de huisarts en medisch specialist een andere insteek, andere codestelsels, andere attributen. In plaats van koste wat het kost te zoeken naar een zib voor beiden is het wellicht veel slimmer om de verzender de eigen zib te laten versturen. Zodat die zib wel gelezen kan worden. Immers een zib heeft ook veel waarde puur om alleen de informatie tot zich te kunnen nemen voor de ontvanger.

Zib verzender = zib ontvanger betreft alle administratieve zibs, maar ook labuitslagen, medicatie en contra-indicaties bij voorschrijven en behandelgrenzen.

Zib verzender \neq zib ontvanger betreft de rubrieken rond Probleem, Deelcontact, Voorgeschiedenis, Conclusie, Eerdere behandeling en beloop.

4. De veldsituatie per HASP rubriek

Onderstaande tabel combineert de informatie vanuit verschillende bronnen per HASP rubriek. De eerste tabel geldt voor de rubrieken van huisarts naar medisch specialist, de tweede tabel andersom.

VAN HUISARTS NAAR MEDISCH SPECIALIST

ENVELOP (11 rubrieken)	Ver'zib'baar?	Waarde op werkvloer?	Vergt vastleggen eerder in werkproces?	Welke zibs (bron: HASP)	Zib heen = Zib terug?	Is een Bgz-zib?	Gebruikt in ketenzorg?	Beschikbaar als Zd-zib	Geprioriteerd door FMS?
Gegevens auteur	2	A12/B12	I	Zorgaanbieder, Zorgverlener	ja	ja (2x)			
Gegevens patiënt of cliënt	2	A12/B12	I	Patiënt, Contactpersoon, Betaler	ja	ja (3x)			
Gegevens geadresseerde	2	A12/B12	II	Zorgaanbieder, Zorgverlener	ja	ja (2x)			
Datum en tijd	2	E3	II	nog geen zib aangegeven	ja				
Type bericht	2	E3	II	Verwijzing	ja				
Zorgpad	>	E3	II	nog geen zib aangegeven	ja				
Urgentie	>	E3	II	Verwijzing	ja				
ggz-rubriek: Verwijzing betreft	2	B2	I						
Voorzieningen nodig bij consult	>	E3/F2	II	nog geen zib aangegeven	ja				
Beheerder bericht	2	F1	III	nog geen zib aangegeven	ja				

KERN (7 rubrieken)	Ver'zib'baar?	Waarde op werkvloer?	Vergt vastleggen eerder in werkproces?	Welke zibs (bron: HASP)	Zib heen = Zib terug?	Is een Bgz-zib?	Gebruikt in ketenzorg?	Beschikbaar als Zd-zib	Geprioriteerd door FMS?
Reden + context verwijzing	2	D1	I	deels Probleem	nee	ja (2x)			
Ingestelde behandeling	>	F2/G2	I	nog geen zib aangegeven	nee				
Procedurevoorstel		E3	I	Verwijzing	ja				
Verder van belang	2	F2/G2	I	nog geen zib aangegeven	nee				

DOSSIERSAMENVATTING (26 rubrieken)	Ver'zib'baar?	Waarde op werkvloer?	Vergt vastleggen eerder in werkproces?	Welke zibs (bron: HASP)	Zib heen = Zib terug?	Is een Bgz-zib?	Gebruikt in ketenzorg?	Beschikbaar als Zd-zib	Geprioriteerd door FMS?
ggz-rubriek: Suïcidaliteit	2	E3/F2	II						
ggz-rubriek: Juridische status	2	B?	II						
ggz-rubriek: Contacten met justitie/politie	2	E3/F2	II						
Deelcontactverslag	>	D1/E3	III	Probleem, diverse zibs voor meting bij lichamelijk onderzoek	nee	ja	ja		ja
Episodelijst	>	C1	III	Probleem	nee	ja	ja		
Behandelingen	>	A2/D13	III	omvat Verrichting, Voedingsadvies	nee				
Medicatie	2	A12	I	Medicatieafpraak, Medicatiegebruik	ja	ja	ja		
Overgevoeligheid voor medicatie; contra-indicaties voor voorschrijven	2	B/D1/E2	I	nog geen zib aangegeven	ja	ja	ja		
Profylaxe	2	B/D1/E2	I	deels Alert	nee	ja			
Aanvullend onderzoek (bij ggz - > huisarts: overig aanvullend onderzoek)	2	B/E2	III	nog geen zib aangegeven	deels	ja	ongeveer		
Ook bekend bij	2	D12	II	Contact	nee				
Risicovol leefgedrag	2	D12	III	Alcoholgebruik, Drugsgebruik, Tabaksgebruik, Alert	nee				
Familieanamnese	2	A12	III	FamilieAnamnese	nee				
Psychosociale anamnese	2	D1/D3/E2	III	BurgerlijkeStaat, Woonsituatie, Gezinsituatie, GezinsituatieKind, ParticipatieInMaatschappij	nee	ja (2x)			
Psychogeriatrisch onderzoek	2	E2	II	AlgemeneMeting, FunctioneleMentaleStatus	nee	ja			
Behandelgrenzen	2	A12	II	Behandelaanwijzing, Wilsverklaring	ja	ja			

VAN MEDISCH SPECIALIST NAAR HUISARTS

ENVELOP (11 rubrieken)	Ver'zib'baar?	Waarde op werkvloer?	Vergt vastleggen eerder in werkproces?	Welke zibs (bron: HASP)	Zib heen = Zib terug?	Is een Bgz-zib?	Gebruikt in ketenzorg?	Beschikbaar als Zd-zib	Geprioriteerd door FMS?
Gegevens auteur	2	A12/B12	I	Zorgaanbieder, Zorgverlener	ja	ja (2x)	ja		
Gegevens patiënt of cliënt	2	A12/B12	I	Patiënt, Contactpersoon, Betaler	ja	ja (3x)	ja		
Gegevens geadresseerde	2	A12/B12	II	Zorgaanbieder, Zorgverlener	ja	ja (2x)	ja		
Gegevens kopie-ontvanger	<	A12/B12	II	Zorgaanbieder, Zorgverlener	ja				
Datum en tijd	2	E3	II	nog geen zib aangegeven	ja		ja		
Type bericht	2	E3	II	Verwijzing	ja				
Zorgpad	>	E3	II	nog geen zib aangegeven	ja				
Urgentie	>	E3	II	Verwijzing	ja				
Voorzieningen nodig bij consult	>	E3/F2	II	nog geen zib aangegeven	ja				
Beheerder bericht	2	F1	III	nog geen zib aangegeven	ja				

KERN (7 rubrieken)	Ver'zib'baar?	Waarde op werkvloer?	Vergt vastleggen eerder in werkproces?	Welke zibs (bron: HASP)	Zib heen = Zib terug?	Is een Bgz-zib?	Gebruikt in ketenzorg?	Beschikbaar als Zd-zib	Geprioriteerd door FMS?
Reden bericht	2	D1	I	deels Probleem	nee	ja (2x)			
Conclusie, diagnose	2	D1	I	deels Probleem	nee				ja
Beleid	>	F2/G2	I	nog geen zib aangegeven	nee				
Aanbeveling uw follow-up	<	F2/G2	I	JA	nog geen zib aangegeven	nee			
Afgesproken met patiënt	<	F2/G2	I	JA	nog geen zib aangegeven	nee			
Verder van belang	2	F2/G2	I	?	nog geen zib aangegeven	nee			

DOSSIERSAMENVATTING (26 rubrieken)	Ver'zib'baar?	Waarde op werkvloer?	Vergt vastleggen eerder in werkproces?	Welke zibs (bron: HASP)	Zib heen = Zib terug?	Is een Bgz-zib?	Gebruikt in ketenzorg?	Beschikbaar als Zd-zib	Geprioriteerd door FMS?
Voorgeschiedenis	<	E2	IV	nog geen zib aangegeven	nee				
Anamnese	<	B	III	nog geen zib aangegeven	nee				
Beloof, interventie	<	A2/D1/E3	III	Probleem	nee				
Familieanamnese	2	A12	III	FamilieAnamnese	nee				
Psychosociale anamnese	2	D1/D3/E2	III	BurgerlijkeStaat, Woonsituatie, Gezinsituatie, GezinsituatieKind, ParticipatielnMaatschappij	nee	ja (2x)			
Voorzieningen nodig bij consult	<	E3/F2	II	nog geen zib aangegeven	nee				
Risicovol leefgedrag	2	D12	III	Alcoholgebruik, Drugsgebruik, Tabaksgebruik, Alert	nee				
Lichamelijk onderzoek	<	A1/D1/E3	III	Probleem, diverse zibs voor meting bij lichamelijk onderzoek	nee				
Laboratoriumonderzoek	<	A12	I	LaboratoriumUitslag, TekstUitslag	ja	ja	ja		
Beeldvormend onderzoek	<	A12	III	nog geen zib aangegeven	ja				
Functioneel onderzoek	<	A12	III	nog geen zib aangegeven	ja				
Psychogeriatrisch onderzoek	2	E2	II	AlgemeneMeting, FunctioneleMentaleStatus	nee	ja			
Overig aanvullend onderzoek	2	B/E2	III	nog geen zib aangegeven					
Intercollegiale consulten	<	D	II	JA	nog geen zib aangegeven	nee			
Verrichtingen derden	<	D12	III	nog geen zib aangegeven	nee				
Medicatie	2	A12	I	Medicatieafspraak, Medicatiegebruik	ja		ja		
Overgevoeligheid voor medicatie; contra-indicaties voor voorschrijven	2	B/D1/E2	I	nog geen zib aangegeven	ja		ja		
Profylaxe	2	B/D1/E2	I	deels Alert	nee				
Behandelgrenzen	2	A12	II	Behandelaanwijzing, Wilsverklaring	ja	ja			

ranking mapbaarheid zibs

A	A: zib voldoet 1 moet nog ingebouwd in systemen 2 aanpassen werkwijze nodig
B	B: leent zich goed voor zib, en is al ver gemapt, maar 1 kleine aanpassing nodig in zib 2 nieuwe code nodig in codelijst
C	C: leent zich goed voor zib, maar 1 grote aanpassing nodig in zib 2 aanpassing structuur nodig in codelijst
D	D: leent zich mogelijk of deels als zib 1 structuur zib verschilt veel van HIS en/of ZIS en/of zorg 2 codestelsel zib sluit niet zomaar aan bij zorg 3 zib structuur is mogelijk overkill (te veel instantiaties)
E	E: leent zich mogelijk of deels als zib maar 1 onderliggend probleem moet eerst opgelost 2 er zijn meerdere zib-oplossingen en nog niet gekozen 3 er is nog geen zib
F	F: onduidelijk of zib meerwaarde heeft 1 nog onduidelijk of mapping gewenst en mogelijk is 2 kan opgelost in berichtstructuur: als datum; 'vrije tekst', code, selectie ed
G	G: hier zeker niet kiezen voor een zib 1 kan opgelost in berichtstructuur: als datum; 'vrije tekst', code, selectie ed 2: HASP-item leent zich niet voor zib 3 geen zib (en gaat ook niet komen, i.t.t. E3)

ranking waarde op de werkvloer

A	I grote winst te behalen 1 Er is een groot probleem op de werkvloer waar zib kan helpen
B	II Enige winst te behalen 1 klein probleem kan opgelost 2 groot probleem kan deels opgelost
C	III Weinig winst te behalen 1 klein probleem kan deels opgelost
D	IV Geen winst te behalen 1 geen probleem met huidige werkwijze

- De eerste kolom geeft de rubriecken zoals huisarts en medisch specialist terugzien op de berichten als kopjes. De tabel is gebaseerd op onderzoek bij HASP-GGZ []. Rubriecken die daar afwijken van de HASP voor huisarts en medisch specialist zijn in rood aangegeven. Hiermee wordt zichtbaar hoe dicht domeinen bij elkaar liggen wat betreft HASP format.
- De 2 > < geeft aan of de rubriek 2 kanten op gaat, of alleen de ene of de andere.
- Ver'zib'baar geeft de uitkomst uit de proeftuin GGZ []: past de inhoud van de rubriek goed in een bestaande zib. Waarde op de werkvloer komt uit die zelfde proeftuin: zou een gestandaardiseerde rubriek & werkwijze de werkvloer voelbaar verbeteren (zie legenda voor betekenis kleur en letter).
- Vastleggen eerder in werkproces is al deels ingevuld, geeft aan dat door medisch specialisten en hun leveranciers is aangegeven dat voor goede vulling in het bericht de inhoud eerder in het werkproces moet worden afgevangen.
- Zib heen = zib terug geeft aan of huisarts/HIS en medisch specialist/EPD dezelfde bouwsteen kunnen hanteren op dit moment.
- De laatste vier kolommen geven waar bestaande projecten al gebruikmaken of prioriteren van zibs: BgZ, Ketenzorg, ZorgDomein, FMS. Dit wil niet zeggen dat ze dezelfde zibs gebruiken.

5. Welke zibs voor HASP als eerste agenderen

Voorafgaand aan het introduceren van zibs voor HASP is het van belang de informatie die nodig is voor HASP in het zorgproces vast te leggen zodat ze vanzelf meekomen bij de berichten. Voor de verzender levert dat op dat hij daarmee gemakkelijker voldoet aan de HASP gedragscode, voor de ontvanger dat hij de informatie krijgt die hij wenst.

Dus: eerste stap is zorgen dat HASP volledig wordt ingevuld.

De volgende stap zou kunnen zijn een zib die beiden gebruiken, die ver gestructureerd is, waar een zib voorhanden is, en die veel profijt oplevert bij de ontvanger. In aanmerking komen dan

Dus: de zibs bij de rubrieken verzender, ontvanger en patiënt, medicatieproces en labuitslag.

Vervolgens zou je ook kunnen kijken naar sets die al elders worden gebruikt of aanbevolen. Dat brengt deelcontactverslag, en conclusie-diagnose in scope. Met dan wel de verwijzing naar opmerking 4: het gaat hier om verschillende zibs die de huisarts stuurt, en die de medisch specialist vastlegt en gebruikt.

Dus: deelcontactverslag, reden verwijzing, conclusie-diagnose

Bijlage 5: Werkbare berichten

Onderstaande is een bespiegeling van de auteurs na de vele gesprekken over zibs en hoe die uit te wisselen, gecombineerd met de eigen ervaring.

Hoe kom je tot goede keuze van de technische drager? Belangrijke klacht hier is dat er meerdere koppelvlakken zijn met elk technische vereisten. En verder is er duidelijk de wens om het aantal berichtstandaarden te beperken tot precies twee.

Hier de belangrijkste tips op dit gebied:

Eisen aan berichtkeuze

- 1) liefst zo weinig mogelijk verschillende dragers: elke technische drager vergt ontwikkelen en onderhoudscapaciteit bij leveranciers. Dus hoe minder dragers, hoe beter.
- 2) groeimodel van steeds meer zibs: een drager moet de zibs stukje bij beetje kunnen toevoegen, en in ieder geval de leesbare 'brief' van verzender naar ontvanger kunnen overdragen
- 3) patiëntveiligheid: de verzender moet er zeker van zijn dat de gegevens die hij belangrijk vindt voor overdracht en continuïteit van zorg worden gezien door de ontvanger. Een zib mag meer informatie bevatten dan wat in de leesbare 'brief' staat, maar dit mag geen belangrijke informatie betreffen.

Kies voor 2 dragers: HL7 CDA en HL7 FHIR

Motivatie en koers: alle ondervraagden op dit punt zeggen: we moeten naar FHIR, maar in sommige situaties is nu nog CDA handiger, ze kunnen goed naast elkaar.

Het is belangrijk in om de afwegingen en keuzes te maken op basis ook van patiëntveiligheid. Zowel FHIR als CDA hebben in zich dat ze zowel de volledige leesbare 'brief' van verzender naar ontvanger kunnen overbrengen, als daarnaast een of meerdere brokken die leesbaar zijn voor de systemen.

Werk toe naar één koppelvlak per IT-systeem voor uitwisselen zibs:

Het idee dat leeft bij de gebruikers en leveranciers: je hebt als systeem een poort waar je zibs uitlevert en kunt ontvangen. Een andere partij die 'aanklopt' volgens een bepaalde afspraak krijgt de zibs mee waar hij om vraagt. Het Zib-centrum moet voor de opdrachtgever bewaken dat dit het geval is.

Bijlage 6: Ketenzorg zibs

In de eerste lijn zijn ter ondersteuning van netwerkzorg ketenzorg bouwstenen vastgesteld. Het betreffen de volgende bouwstenen:

Bouwsteen	Beschrijving	Kardinaliteit
Overdracht Concern	De bouwsteen Overdracht Concern bevat informatie over de concern (episode). Het bevat ten minste één probleemaanduiding (diagnose) met een ICPC code (probleem).	1..*
Contactmoment	De bouwsteen Contactmoment bevat administratieve gegevens van het patiënten contact.	0..*
Contactverslag	De bouwsteen Contactverslag bevat de SOEP-regels (deelcontact). De S- en E-regels bevatten indien aanwezig elk een probleemaanduiding (diagnose) met een ICPC code (probleem).	0..*
Labbepaling	De bouwsteen Labbepaling bevat de labbepalingen (labresultaten).	0..*
Algemene bepalingen	De bouwsteen Algemene bepalingen bevat de algemene bepalingen.	0..*
Medicatieafspraken	De bouwsteen Medicatieafspraken bevat de medicatieafspraken.	0..*
Alert	De bouwsteen Alert bevat alerts (waarschuwingen) en comorbiditeiten.	0..*
Allergie/Intolerantie	De bouwsteen Allergie/Intolerantie bevat allergieën en intoleranties (NHG: medicatie-overgevoeligheid/ overige overgevoeligheid).	0..*

In de HIS'en OmniHis en Promedico zijn de ketenzorg zibs al ingebouwd. Eind 2020 moet dit in alle HIS'en het geval zijn. Opvallend hierbij is dat voor ruim de helft van deze zibs geldt, dat deze afwijken van de zibs in publicatie 2020.

Bijlage 7: Pilot HASP 2.0 Sleutelnet Leiden

Het project is gestart vanuit het advies vanuit het NHG een driedeling te hanteren in invoering:

- fase I: verkrijgen commitment van alle betrokkenen (huisartsen, ziekenhuizen, IT-leveranciers, ZorgDomein) om HASP te gaan invoeren; in kaart brengen huidige communicatieroutes en tijdigheid; inrichten monitoring; doelen stellen voor fase II en III;
- fase II: werken aan doelstelling tijdigheid. Aangehouden werd: ziekenhuisbreed haalt 70% van de berichten de tijdigheid vanuit de gedragscode, zowel voor klinische als voor poliklinische ontslagen. De verwijsberichten vanuit de huisarts voldeden al aan de tijdigheid.
- fase III: werken aan doelstelling inhoud. Aangehouden werd: zowel huisartsen als medisch specialisten halen een 8 voor de inhoud.

De Pilot HASP 2.0 volgde in grote lijnen dit advies. Doelen werden gesteld op 70% wat betreft de tijdigheid, en 70% wat betreft volledigheid en juiste structuur. Om de voortgang van het tijdigheidsdoel te kunnen volgen werd monitoring door middel van query's ingericht. De monitoring van volledigheid en juistheid van berichten was kwalitatief met de Delphi-methode en inzet van experts. De aftrap was 1 juli 2019, het meetmoment 31 december 2019. De doelstelling dat 70% van de berichten inhoudelijk juist zou worden verstuurd is niet behaald. Qua tijdigheid voldeed de berichtgeving van de huisarts bij aanvang al direct ruim aan de doelstelling van 70%. Bij de klinisch berichten is met 66% tijdige berichten de doelstelling bijna gehaald, bij poliklinische berichten is met 89% de doelstelling ruim gehaald.

De volgende berichtstromen vielen binnen de scope van het project:

- het HASP-verwijsbericht van de huisarts naar medisch specialist via ZorgDomein
- het HASP-ontslagbericht van medisch specialist naar de huisarts via ZorgMail
- HASP-updateberichten van medisch specialist naar de huisarts via ZorgMail.

Monitoring van tijdigheid vergeleek de ontslagdatum met de datum van routing van het bericht. Deze monitoring was in opzet volledig en omvatte zowel klinische als poliklinische ontslagen.

Monitoring van kwaliteit vond plaats door middel van een enkele aselechte steekproef.

Het project rapporteert zelf over de monitoring:

- Het monitoren en terugkoppelen uitgesplitst per medisch specialisme wordt gezien als een belangrijk hulpmiddel voor invoering van HASP.
- Inrichten van een betrouwbare monitoring voor tijdigheid kostte meerdere slagen, en bracht aan het licht dat de uitgaande stromen berichten voor het ziekenhuis niet gemakkelijk inzichtelijk zijn. Aan het einde van het project leeft nog steeds de overtuiging dat de monitoring niet alle uitgaande berichten meeneemt.
- Het meten van de kwaliteit van de berichten is een subjectief gebeuren, maar leidde in dit project toch tot een gedeelde perceptie van vereiste kwaliteit en juistheid van structuur.
- Het verhogen van de kwaliteit van de berichten lijkt de scope van het project en de regio te overstijgen. Het verbeteren van die kwaliteit is niet iets voor een zeer korte termijn, het grijpt in op (jarenlang) gehanteerde werkprocessen, op cultuur en op technologie.

De Pilot HASP 2.0 heeft een schat aan ervaring opgebouwd met de implementatie van HASP. De pilot heeft nog niet de eigen regionale doelstelling gehaald. Een vervolgproject staat op de planning voor 2020 met als meetmoment 31 december 2020. Hier zal het doel zijn het bestendigen en verbeteren van de getallen uit 2019. Omdat het LUMC in 2019 nog niet over alle vakgroepen de richtlijn HASP heeft ingevoerd staat hier complete invoering op de agenda. Voor het Alrijne ZH wordt gestreefd naar hogere % naleving. Wegen om te verbeteren worden gezocht in betere ondersteuning vanuit IT en onderwijs, het gericht adresseren van stromen die achterblijven bij de afgesproken lat, en sparren met andere regio's die HASP invoeren.