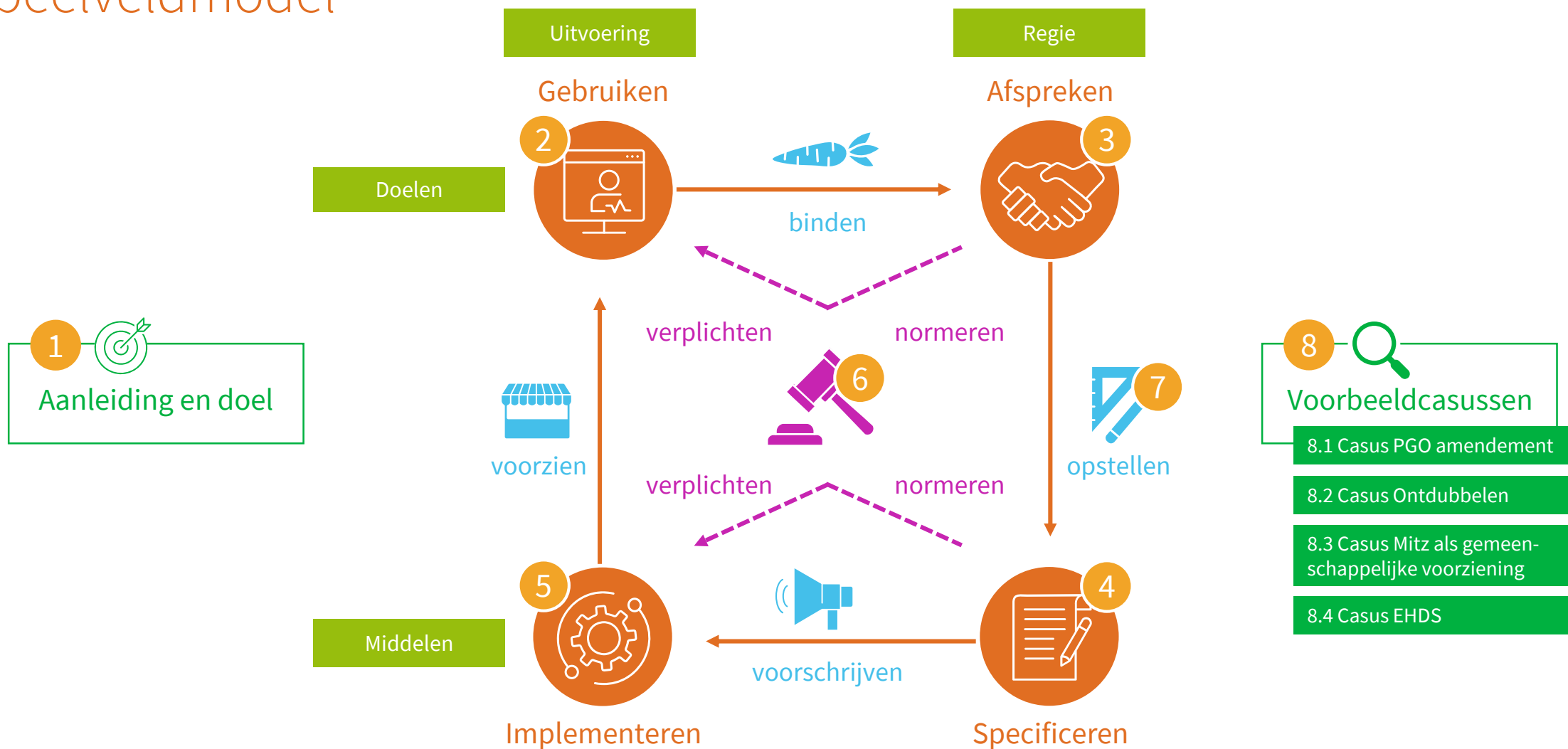


Speelveldmodel

van het gezondheidsinformatiestelsel

Klik hier
en ga van
start!

Speelveldmodel





1. Speelveldmodel van het gezondheidsinformatiestelsel

Om passende hybride zorg te verlenen is informatie nodig. Het gezondheidsinformatiestelsel zorgt ervoor dat die informatie beschikbaar is. In de nationale *Visie op het gezondheidsinformatiestelsel, visie en strategie 2023-2035*, beschrijven we het gezondheidsinformatiestelsel als een omgeving van duurzaam samenhangende afspraken over het gezamenlijke gebruik van gezondheidsinformatie. Met de inzet van (geautomatiseerde) systemen, gebruikersondersteuning en voorzieningen daarvoor, gesteund door toepasselijke wet- en regelgeving. In de nationale visie introduceren we de hoofdactiviteiten van het gezondheidsinformatiestelsel. Deze hoofdactiviteiten zijn onderdeel van het *speelveldmodel*. Deze interactieve pdf geeft een uitgebreidere beschrijving van dit speelveldmodel.

Het speelveldmodel geeft bestuurders en beleidsmakers handvatten voor het oplossen van bestaande problematiek. En voor de inrichting van het informatiestelsel door het volgen van een cyclus van activiteiten en ondersteunt daarmee het realiseren van oplossingen en het besluitvormingsproces. We hebben een aantal [casussen](#) opgenomen om dit te illustreren.

[Lees verder op de volgende pagina](#)



Het speelveldmodel laat zien welke hoofdactiviteiten nodig zijn om het informatiestelsel zo te laten werken dat informatie beschikbaar is en verschillende spelers het kunnen gebruiken. De cyclus van samenhangende afspraken, open specificaties en gebruiksvriendelijke implementaties in systemen en (gemeenschappelijke) voorzieningen zorgt ervoor dat in die informatiebehoefte wordt voorzien. Informatiebehoefte in het kader van preventie, primaire en secundaire zorgprocessen van burgers, professionals, onderzoekers, beleidsmedewerkers en andere spelers.

Het model is afgeleid van bestaande modellen zoals *PDCA*, *USM* en *ITIL*. Waar bestaande modellen implementaties in systemen of diensten centraal stellen, benadrukt het speelveldmodel ook de rol van goede afspraken over rollen en verantwoordelijkheden. Het gezondheidsinformatiestelsel wordt gevormd door zowel de uitvoerende kant (links in het model) als de regisserende kant (rechts in het model). Beide kanten zijn nodig om bruikbare informatie beschikbaar te hebben in het zorgproces.

[Lees verder op de volgende pagina](#)



De activiteiten vormen een cyclisch proces waarbij elke activiteit zich baseert op de vorige en de volgende beïnvloedt. Geen van deze activiteiten mag ontbreken: het maken van een afspraak over het ontwikkelen van een standaard leidt nog niet automatisch tot gebruik. En het ontwikkelen van een voorziening betekent niet automatisch dat daarmee de informatiebehoefte voor alle partijen is ingevuld. De ontwikkelde en geïmplementeerde toepassingen beïnvloeden het gebruik en geven mogelijk aanleiding tot nieuwe afspraken en specificaties. Alleen door het doorlopen van alle activiteiten, zowel aan de uitvoerende als de regisserende kant, gaat het informatiestelsel werken. Er is een voortdurende interactie tussen de activiteiten en zo leert en groeit het gezondheidsinformatiestelsel.





2. Gebruiken

In de dagelijkse praktijk speelt bij het uitvoeren van zorgtaken informatie een belangrijke rol. Onder andere zorgverleners, burgers, mantelzorgers, onderzoekers en beleidsmedewerkers. maken allemaal gebruik van informatie. Ze raadplegen, registreren, verwerken, vergelijken en verrijken de informatie voor verschillende primaire en secundaire doelen. Gebruikers en verantwoordelijke organisaties worden in het dagelijks gebruik ondersteund door bijvoorbeeld functioneel-, applicatie- en infrastructuurbeheerders.

Primair gebruik vindt plaats bij de zorg voor een burger. Zoals bij dossiervoering in de behandelkamer, delen van informatie tussen zorgverleners ten behoeve van de behandeling en de vastlegging van gegevens in het PGO

of wearable door de burger zelf. Secundair gebruik vindt plaats om de zorg goed te laten functioneren. Bijvoorbeeld ten behoeve van de inrichting, financiering, preventie, kwaliteit en benodigde middelen (onder andere capaciteit en personeel) voor de zorg. Al deze gebruiksdoelen hebben eigen informatiebehoefte. Welke informatie er nodig is, is afhankelijk van het gebruiksdoel en bepaalt mede welke afspraken er nodig zijn om aan de informatiebehoefte te voldoen.



3. Afspreken

Om gezamenlijk gebruik van informatie door alle spelers mogelijk te maken, zijn afspraken nodig. Afspraken over rollen, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de verschillende spelers. Bij specificeren, implementeren en gebruiken. Afspraken over tijdslijnen, doelgroepen en naleving van de afspraken. Allerlei spelers kunnen afspraken met elkaar maken. Bijvoorbeeld regionaal (bijvoorbeeld rond ouderenzorg), landelijk (bijvoorbeeld rond acute zorg), per gebruiksdoel (bijvoorbeeld wetenschappelijk onderzoek) of sectoraal (bijvoorbeeld HASP-richtlijnen). De houder van het gezondheidsinformatiestelsel heeft een belangrijke regisserende rol als het gaat over de verbinding en samenhang tussen deze afspraken en het stimuleren om tot afspraken te komen. Daarom zijn er ook afspraken nodig over het maken van afspraken. Wie bepaalt welke afspraak

gemaakt moet worden? Wie bepaalt welke afspraken valide zijn? Wie bewaakt de samenhang tussen de afspraken? Waar zijn de afspraken te vinden? Het komen tot afspraken is niet eenvoudig omdat belangen van diverse actoren hierbij een rol spelen.

Het onderwerp van een afspraak, bijvoorbeeld hoe een gemeenschappelijke voorziening er uitziet of de inhoud van een standaard, wordt vastgelegd in een specificatie. Afspreken gaat dus over afspraken over specificaties: de inhoud van de afspraak wordt vastgelegd in een specificatie.



4. Specificeren

Specificaties bevatten het onderwerp van een afspraak. Dit onderwerp kan betrekking hebben op alle lagen van het lagenmodel. Bij onderwerpen moet je bijvoorbeeld denken aan strategie, informatiebeleid, informatiebeveiligingseisen, registratiestandaarden, gegevenssets, informatiestandaarden, NEN-normen, zorginformatiebouwstenen, terminologie, API's, voorzieningen en infrastructuur. Het onderwerp van een afspraak kan opgenomen zijn in een standaard, een norm of andersoortige open specificatie door daartoe aangewezen opstellers. Een specificatie kan in verschillende afspraken worden hergebruikt, bijvoorbeeld ten behoeve van verschillende sectoren of gebruiksdoelen.

Specificaties die (nog) geen onderdeel zijn van een afspraak, kunnen volgens een afgesproken procedure onderdeel worden van de afspraken in het informatiestelsel. Het beheer van specificaties vindt plaats conform de daarover gemaakte afspraken, denk bijvoorbeeld aan de NEN7522 voor standaarden of conform de beheerprocedure van de specificatie zelf.¹ Specificaties zijn de basis voor implementaties.

1. Over de verschillende afspraken en specificaties die nodig zijn in het gezondheidsinformatiestelsel publiceren we later een separate publicatie.



5. Implementeren

Leveranciers, entrepreneurs en andere ontwikkelaars van toepassingen (applicaties, voorzieningen, infrastructuren en andere geautomatiseerde middelen) bouwen de specificaties in en verzorgen de uitrol ervan. Dit zorgt ervoor dat de toepassing het dagelijks gebruik van informatie op de gewenste wijze ondersteunt. Ook adviseurs en opleiders maken gebruik van de specificaties bij het inrichten van bijvoorbeeld de informatiehuishouding van een instelling en het opleiden en ondersteunen van gebruikers. Verplichte certificering of kwalificatie om te voldoen aan specificaties kan onderdeel zijn van de afspraken.

Het beheer van implementaties vindt plaats conform de procedures van de implementerende partij. In principe zijn implementaties het gevolg van specificaties. Die specificaties kunnen onderdeel zijn van een afspraak. Naast de specificatie ervan kunnen eventueel ook implementaties, bijvoorbeeld een gemeenschappelijke voorziening, direct onderdeel zijn van een afspraak. In zo'n geval kunnen ook afspraken gemaakt zijn over het beheer.



6. Wetgeving

De houder van het zorginformatiestelsel kan, waar en wanneer opportuun, op maat ingrijpen met stimulerende maatregelen, normen en (wettelijke) verplichtingen. In zo'n verplichting kunnen zowel afspraken als implementaties worden opgenomen. Idealiter zijn wettelijke verplichtingen het sluitstuk wanneer spelers onderling onvoldoende tot invulling van afspraken komen.





7. Beleid

Elke activiteit (afspreken, specificeren, implementeren en gebruiken) kent haar eigen rollen en verantwoordelijkheden en vraagt om gericht beleid om de voortgang te stimuleren.

Binden	Opstellen	Voorschrijven	Voorzien
Gebruikersbelangen die zorgen voor binding aan de afspraken zijn een mix van informatiebehoefte, financiële belangen en strategische belangen. Goed belangenbeleid zorgt ervoor dat afspraken tot stand komen.	Het uitwerken van samenhangende en implementeerbare specificaties vraagt om goed architectuurbeleid waarin beperkingen, ruimte voor innovatie, een gelijk speelveld en hergebruik afgewogen worden.	Beleid rond specificaties is erop gericht implementerende partijen te ondersteunen bij de implementatie, bijvoorbeeld door heldere communicatie over de inhoud, bieden van referentie-implementaties of het ondersteunen van communities.	Implementaties voorzien in gebruik en kunnen worden gestimuleerd door marktbeleid. Dit richt zich bijvoorbeeld op het organiseren van inkoopmacht van gebruiksorganisaties of openheid over welke leveranciers bepaalde specificaties al dan niet hebben geïmplementeerd.



8. Casussen

Om de werking van het speelveldmodel te illustreren hebben we vier casussen uitgewerkt. Achtereenvolgens beschrijven we per casus beschreven welke problematiek speelt en hoe je het speelveldmodel kunt gebruiken om die problematiek te verhelderen.

8.1 Casus PGO amendement

8.2 Casus Ontdubbelen

8.3 Casus Mitz als gemeenschappelijke voorziening

8.4 Casus EHDS



8.1 Casus PGO amendement

De behandeling van de Wegiz in de Tweede Kamer heeft geleid tot een aantal amendementen. Het PGO-amendement schrijft voor dat van elke uitwisseling tussen zorgverleners ook een afschrift naar de patiënt gaat. Voor de uitvoering van het amendement beschouwen we in deze casus de volgende stappen:

Bepalen van de impact

Om de impact van het amendement te bepalen wordt nog onderzocht welke bestaande afspraken, specificaties en implementaties hieraan gerelateerd zijn. Er is nu geen eenduidig overzicht van de bestaande afspraken, implementaties en specificaties en wie deze beheert. Daardoor is het bepalen van de impact op de huidige situatie niet eenvoudig.

Uitwerken van het amendement

Bij het uitwerken van het amendement in specificaties (*Specificeren*) wordt onder andere bepaald welke gegevens beschikbaar worden gesteld en op welke wijze. Er ontbreken op dit moment afspraken (*Afspreken*) over de verantwoordelijkheid voor het maken van deze inhoudelijke afspraken: worden de specificaties onder het afsprakenstelsel MedMij beschreven of anderszins? Wordt dit afschrift als gegevensdienst onder het MedMij afsprakenstelsel gedeeld of mag het ook anders? Omdat MedMij een afsprakenstelsel is, is hierbij nauwe communicatie tussen de houder van het gezondheidsinformatiestelsel en de houder van het MedMij afsprakenstelsel van belang.

Borgen van het amendement in een nieuwe afspraak

Het amendement zelf betekent dat er ook een nieuwe (wettelijke) afspraak is ontstaan (*Afspreken*). In deze afspraak is vastgelegd wat er moet gebeuren. Maar er zijn meer afspraken nodig: bijvoorbeeld over wie verantwoordelijk is voor het afschrift, hoe en wanneer deze beschikbaar wordt gesteld en voor wie en vanaf wanneer deze afspraak in werking treedt. Zonder duidelijke afspraken is de impact voor implementatie en gebruik niet te overzien.





8.2 Casus Ontdubbelen

Gebruikers hebben toegang tot steeds meer informatiebronnen. Wanneer informatie uit deze verschillende bronnen bij elkaar komt (bijvoorbeeld in een PGO of informatiesysteem) wordt duidelijk dat gegevens dubbel aanwezig of moeilijk aan elkaar te relateren zijn. De behoefte van gebruikers is dat informatie eenduidig in hun systeem getoond wordt (*Gebruiken*). Om deze behoefte technisch te ondersteunen, is het onder andere nodig dat gegevens uniek geïdentificeerd zijn. Er ontbreken op dit moment landelijke afspraken en specificaties voor de unieke identificatie van informatieobjecten. Deze afspraken zijn

echter wel nodig en de eerste stap hierin is het bijebrengen van partijen die hierover afspraken willen maken (*Afspreken*). Deze partijen kunnen dan afspreken wie de specificaties hiervoor opstelt en beheert (*Specificeren*), wie deze autoriseert en wie vanaf welk moment aan deze specificaties gebonden is.



8.3 Casus Mitz als gemeenschappelijke voorziening

Mitz is de afgesproken gemeenschappelijke voorziening voor de generieke functie Toestemming. Nog niet alle gebruikers hebben zich momenteel aan *Mitz* gecommitteerd waardoor deze voorziening nog niet algemeen in gebruik is. Bij de keuze voor *Mitz* als gemeenschappelijke voorziening beschrijven we in deze casus de volgende stappen:

1. Generieke functie voor toestemming;
2. Gemeenschappelijke voorziening voor toestemming;
3. *Mitz* als gemeenschappelijke voorziening.

[Lees verder op de volgende pagina](#)



In de ideale situatie begint de keuze voor een generieke functie met een informatiebehoefte vanuit de gebruikers (Gebruiken). Voor deze casus gaan we daarvoor uit van de verplichting om toestemming te geven zoals beschreven in IST en SOLL: “Medische gegevens en bijzondere persoonsgegevens vallen onder het medisch beroepsgeheim. Het is wettelijk verplicht om aan de patiënt uitdrukkelijke toestemming te vragen om deze gegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners binnen de context van een actieve behandelrelatie: de opt-in- vraag. Pas als uitdrukkelijk toestemming wordt gegeven door de patiënt, mag de zorgaanbieder de betreffende gegevens van de patiënt beschikbaar stellen.”

Om hiervoor in de systemen ondersteuning te bieden, komen vragen op als: Waarvoor geeft de patiënt toestemming? Wanneer geeft de patiënt toestemming en waar wordt deze vastgelegd? Hoe weet een zorgverlener of de patiënt toestemming heeft gegeven en moet de patiënt een eenmaal gegeven toestemming kunnen aanpassen? Elke actor kan deze problematiek zelf gaan invullen. Maar aangezien dit een breed publiek vraagstuk is ligt een generieke functie, waarin gezamenlijk afspraken worden gemaakt, voor de hand. Wat de generieke functie behelst en wie die generieke functie gaat specificeren, wordt bepaald door afspraken (Afspreken).

[Lees verder op de volgende pagina](#)



Vervolgens kan de in de afspraak vastgelegde partij aan de slag met de beschrijving (*Specificeren*) van de generieke functie, al dan niet op basis van of leidend tot een standaard of norm. In die specificatie worden ook rollen en verantwoordelijkheden beschreven van de partijen die betrokken zijn bij de toepassing van de generieke functie voor Toestemming. Bijvoorbeeld de vastlegger van de toestemming of de raadpleger van de toestemming. Deze rollen worden in nieuwe of aanvullende afspraken (*Afspreken*) gekoppeld aan specifieke actoren.

Voor de generieke functie *Toestemming* kan vervolgens gekozen worden voor een gemeenschappelijke voorziening. De spelregels voor het al dan niet kiezen voor een gemeenschappelijke voorziening worden vastgelegd in een specificatie. Wie deze specificatie van spelregels gaat maken, wie deze autoriseert en wie op basis van deze specificatie de uiteindelijke keus voor een voorziening maakt wordt

vastgelegd in afspraken (*Afspreken*). Mocht de keuze vallen op een gemeenschappelijke voorziening dan vraagt dat weer om het aanwijzen van een of meer partijen die deze gemeenschappelijke voorziening specificeren en implementeren. Na het specificeren kan er eerst worden bekeken of er bestaande voorzieningen voldoen aan de specificatie. Voor Toestemming wordt daarbij gekeken naar Mitz.

Dat Mitz nog niet algemeen in gebruik is, heeft niet alleen te maken met het ontbreken van een bindende afspraak (verplichtstelling) daarover, maar ook vanwege de complexiteit die een dergelijke verandering met zich meebrengt. Bij aanvang van het ontwerp en de ontwikkeling van Mitz was in het veld het begrip generieke functie nog nauwelijks in gebruik. Laat staan dat er nagedacht werd over een algemene specificatie van de generieke functie voor Toestemming.



8.4 Casus EHDS

De mogelijke komst van *EHDS* vraagt om het toepassen van de EHDS afspraken in de Nederlandse situatie. Voor de EHDS geldt net zo'n speelveldmodel als voor het Nederlandse gezondheidsinformatiestelsel. Hoe deze twee speelvelden zich tot elkaar verhouden beschrijven we in een separate publicatie.





Meer informatie?

[Klik hier voor onze website](#)