

'Samen voor veerkracht'

visie en concretisering op samenwerking in het netwerk

RSO Trijn en leden

Datum: december 2023

Inleiding

Gezondheid is voor iedere inwoner van de regio Utrecht belangrijk. Gezond zijn is een belangrijke voorwaarde voor het kunnen zijn wie je bent of wilt zijn en kunt doen in het leven wat je graag doet. Wanneer je hulp of zorg nodig hebt bij je gezond voelen, is het belangrijk dat je deze ondersteuning in de regio (en soms daarbuiten) kunt vinden.

Om die zorg en ondersteuning in de toekomst te kunnen waarborgen, moeten we die anders gaan organiseren. We worden namelijk ouder, waardoor onze zorgvraag toeneemt en juist in de zorg komen we handen tekort.

Bij het anders gaan organiseren ligt de kern in de samenwerking. Met de regie bij de inwoner, organiseren we de ondersteuning in samenwerking met verschillende partijen. We werken samen in een netwerk. Het doel hiervan is de toegankelijkheid, kwaliteit en efficiëntie van zorg te verbeteren en de patiënttevredenheid te verhogen. Hierdoor wordt waardegedreven zorg gerealiseerd.

Dit document beschrijft de visie op samenwerking in het netwerk. Hierbij gaan we eerst in op de inhoudelijke concepten die hieronder liggen en maken de verbinding tussen de concepten. Vervolgens komt aan bod wat nou de uitdagingen zijn bij samenwerking in een netwerk en welke dilemma's aandacht vragen bij de governance van samenwerkingsvormen. Ook gaan we in op de specifieke invulling in de regio, de rol van digitalisering met de integratie met PGO's en de regionale beheerorganisatie. Afsluitend geven we een beschrijving van een duurzame financiering en een plan van aanpak.

Waarom deze visie?

Met deze visie leggen we de basis voor het anders organiseren van zorg en ondersteuning in de regio Utrecht. Met deze basis bieden we een inhoudelijk kader voor de afstemming van werkprocessen en de wijze waarop we samenwerken, met de inwoner als uitgangspunt. Ter ondersteuning van deze deels nieuwe werkprocessen en werkwijzen kan de digitale ondersteuning vervolgens ingericht worden.

Dat laatste is een belangrijk onderdeel voor de ondersteuning van samenwerking in het netwerk. Wij zijn namelijk van mening dat inwoners van de regio Utrecht beter aan hun gezondheid kunnen werken en voor zichzelf kunnen zorgen, wanneer zij toegang hebben tot valide informatie over gezondheid en welzijn. Wat moet ik bijvoorbeeld doen als mijn kind zich brandt? Daarnaast wil je informatie over je eigen gezondheid beschikbaar hebben. Denk bijvoorbeeld aan informatie over hoeveel je beweegt en de kwaliteit van je slaap. Ook zijn er hulpverleners die informatie vastleggen. Daar wil je graag toegang en inzicht in hebben. Bovendien wil je daar zelf informatie aan kunnen toevoegen. Dit alles om regie te kunnen voeren over je eigen gezondheid.

Ook is het belangrijk dat je eenvoudig en laagdrempelig kunt communiceren met betrokkenen in je netwerk rondom je gezondheid. Dit kan je dokter of fysiotherapeut zijn, maar ook een familielid of een buurtbewoner. Ook dit kan digitaal ondersteund worden en daar werken we aan in de regio.

Inhoudelijke concepten als basis

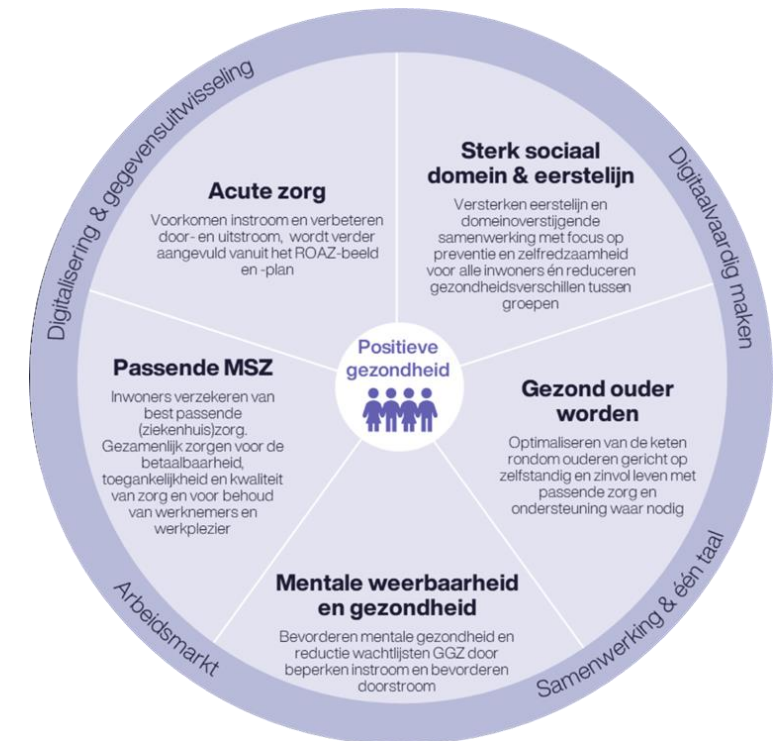
- Positieve gezondheid
- Visie op netwerkzorg

Positieve gezondheid

Positieve gezondheid is een manier van kijken naar gezondheid en gezondheidszorg die verder gaat dan de mens en de aandoening. Positieve Gezondheid kiest een andere invalshoek. Het accent ligt niet op ziekte. Maar op mensen zelf, op hun veerkracht en op wat hun leven betekenisvol maakt.

Het is een bredere kijk op gezondheid, uitgewerkt in zes dimensies. Met die bredere benadering draag je bij aan het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven om te gaan. Én om zo veel mogelijk eigen regie te voeren. Daarbij gaat het niet om gezondheid als een statisch gegeven of een te bereiken doel. Het gaat om de veerkracht van mensen om zich aan te passen aan wat zich in het leven voordoet.

Deze visie op gezondheid wordt landelijk omarmd en wordt gebruikt als basis in het IZA en het regioplan van de regio Utrecht (zie afbeelding).



Positieve gezondheid

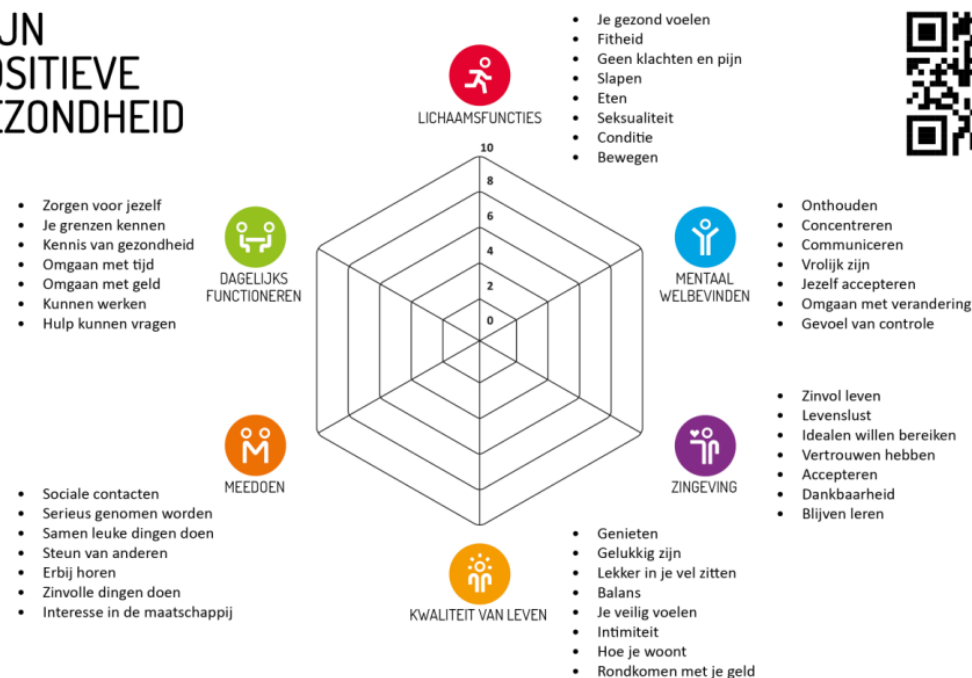
Die brede invulling van gezondheid is uitgewerkt in zes dimensies. Deze zijn voortgekomen uit onderzoek naar wat mensen zelf verstaan onder gezondheid.

Dit spinnenwebdiagram beschrijft de zes dimensies en de bijbehorende aspecten.

Het is een hulpmiddel waarmee mensen hun eigen gezondheid in kaart kunnen brengen. Ook is het een instrument dat kan worden ingezet als basis voor een gesprek over gezondheid en welzijn (www.iph.nl).

Meer weten? Klik [hier](#). Er is ontzettend veel informatie te vinden over voorbeelden in de praktijk.

MIJN POSITIEVE GEZONDHEID



Bron: IPH.nl

Netwerkzorg

Inwoners ervaren soms dat het zorgaanbod niet aansluit op hun behoeften. Of ze ervaren dat het aanbod van zorg niet altijd goed op elkaar aansluit. Zorgaanbieders moeten zich niet meer richten op het verlenen van zorg binnen de muren hun instelling, maar de zorg samen met anderen rond de patiënt organiseren.

Bij netwerkzorg staat het resultaat voor de inwoner of patiënt altijd voorop. Bekijk met een brede blik vanuit het netwerk wie op welk moment het beste kan bijdragen aan de zorgbehoefte van de patiënt, en niet alleen vanuit de mogelijkheden van bijv. het ziekenhuis of een andere specialistische zorgaanbieder.

Er zijn verschillende soorten netwerken. Er zijn informele netwerken, maar ook formele netwerken zoals vanuit het oogpunt van sociaal domein en welzijn en zorgnetwerken. Een zorgnetwerk bestaat bijvoorbeeld rond een specialisme, zoals geboortezorg. Het netwerk kan worden gevormd vanuit de regionale samenwerking, bijvoorbeeld met huisartsen, paramedici, verpleeghuizen, GGZ, wijkverpleging of de gemeente. Een netwerk kan ook tussen aanbieders van medisch specialistische zorg onderling bestaan. Denk aan de samenwerkingsvormen tussen academische, categorale en algemene ziekenhuizen. Idealiter maakt netwerkzorg gebruik van al deze vormen en wordt vanuit de inwoner gezocht naar de beste zorg en/of ondersteuning.

We verwachten dat informele en formele netwerken meer samengebracht worden, waarbij de inwoner altijd een actor is in dit netwerk. Voor het gemak blijven we hierbij de term netwerkzorg gebruiken, ook al dekt deze term niet volledig de lading.

Netwerkgzorg

Bij netwerkgzorg is het van belang dat alle betrokken partijen binnen een zorgnetwerk op een gecoördineerde manier samenwerken om de zorg voor een patiënt – of een groep patiënten – te optimaliseren. De zorgverleners en -aanbieders dragen gezamenlijk de verantwoordelijkheid voor het realiseren van kwalitatieve zorg.

Hoe kun je op effectieve en efficiënte wijze netwerkgzorg organiseren? Het Regenboogmodel kan helpen bij het in de praktijk brengen van netwerkgzorg. In het Regenboogmodel worden 4 type zorgnetwerken onderscheiden: het Systeemnetwerk, het Organisatienetwerk, het Professionalnetwerk en het Patiëntennetwerk.

In onze regio spreken we graag over inwoner waar in dit model de term patiënt gebruikt wordt.



Bron: <https://www.essenburgh.com/wat-is-netwerkgzorg>

Netwerkzorg

Voor de regio Utrecht betekent dit dat we primair aan de slag willen zijn op de onderste drie niveaus. Het bovenste niveau, het systeem, is wat ons uitgangspunten biedt en waar we (waar nodig) invloed op uitoefenen en helpen ontwikkelen. Op dit niveau is zeker ontwikkeling nodig om transformaties naar samenwerking in het netwerk te realiseren. Denk alleen al aan een duurzame financiering die hier op aansluit.

Het basismodel van netwerkzorg focust met name op de inwoner als patiënt en het organiseren van zorgaanbod in netwerk vorm.

In de regio Utrecht kijken we hier met een bredere blik naar. Mensen zijn veel meer dan alleen patiënt en de samenwerking betreft veel meer partijen dan alleen de zorgverlening. Denk bijvoorbeeld aan het sociaal domein.

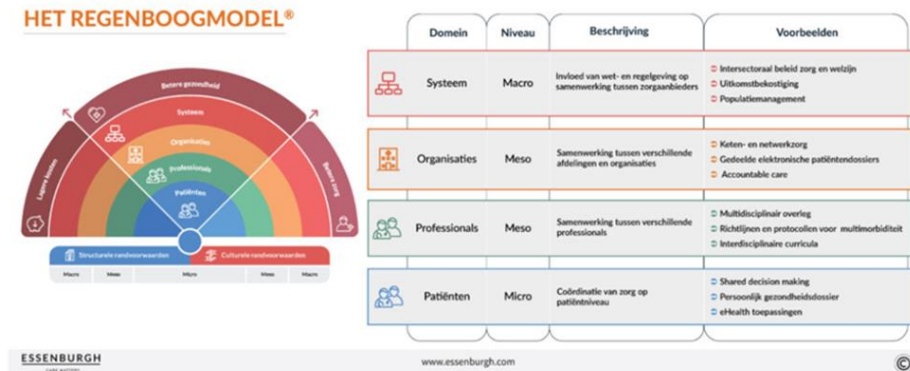
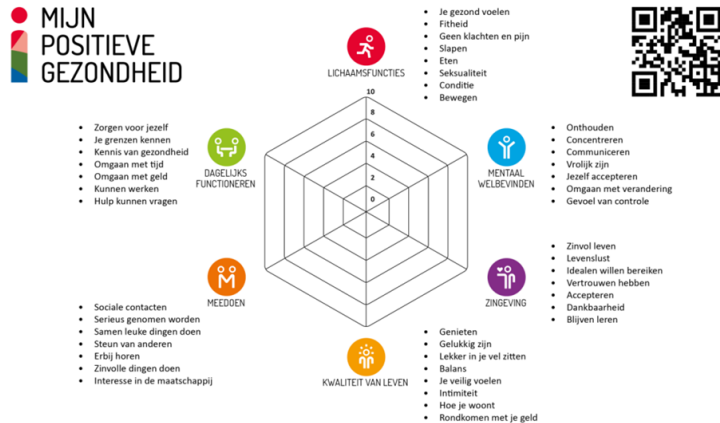


Bron: <https://www.essenburgh.com/wat-is-netwerkzorg>

De inhoudelijke concepten verbonden

Het concept positieve gezondheid kan gezien worden als een visie op gezondheid en gezond leven. De visie op netwerkzorg is daar een mooie aanvulling op en gaat in op hoe je die gezondheid (en ook veerkracht) van inwoners kunt ondersteunen en bevorderen. Daar zijn verschillende partijen voor nodig, afhankelijk van de behoefte van de inwoner.

Hoe we in de regio concreet neer willen zetten is uitgewerkt onder [invulling in de regio](#).



Aandachtspunten bij samenwerking

Netwerken gaan hun toegevoegde waarde bieden wanneer partijen niet meer zelfstandig hun ondersteuning en zorg kunnen bieden. De gezamenlijke uitkomst wordt dan meer dan een som van de uitkomsten van de afzonderlijke partijen.

De beweging naar netwerkzorg raakt aan het *fundament* van hoe zorg en ondersteuning in ons land zijn georganiseerd. Denk alleen al aan de wijze van financiering: verzekeraars, zorgkantoren en gemeenten gaan hun financieringsrelaties vooral aan met individuele organisaties. Duidelijke organisatiegrenzen dragen bij aan de beheersbaarheid van het stelsel. Deze grenzen zitten (de coördinatie van) samenwerking tussen organisaties meer in de weg.

Bij een goede samenwerking is het belangrijk om (tijdelijk) de eigen voorkeuren ondergeschikt te maken aan het gezamenlijke doel. Het behalen van groepsresultaten staat voorop. Er blijkt echter dat netwerkliden elkaar goed kunnen vinden op de (zorg)inhoud, maar minder goed op de financiën. Bovendien is er behoefte aan een duidelijke *rol- en taakverdeling*.

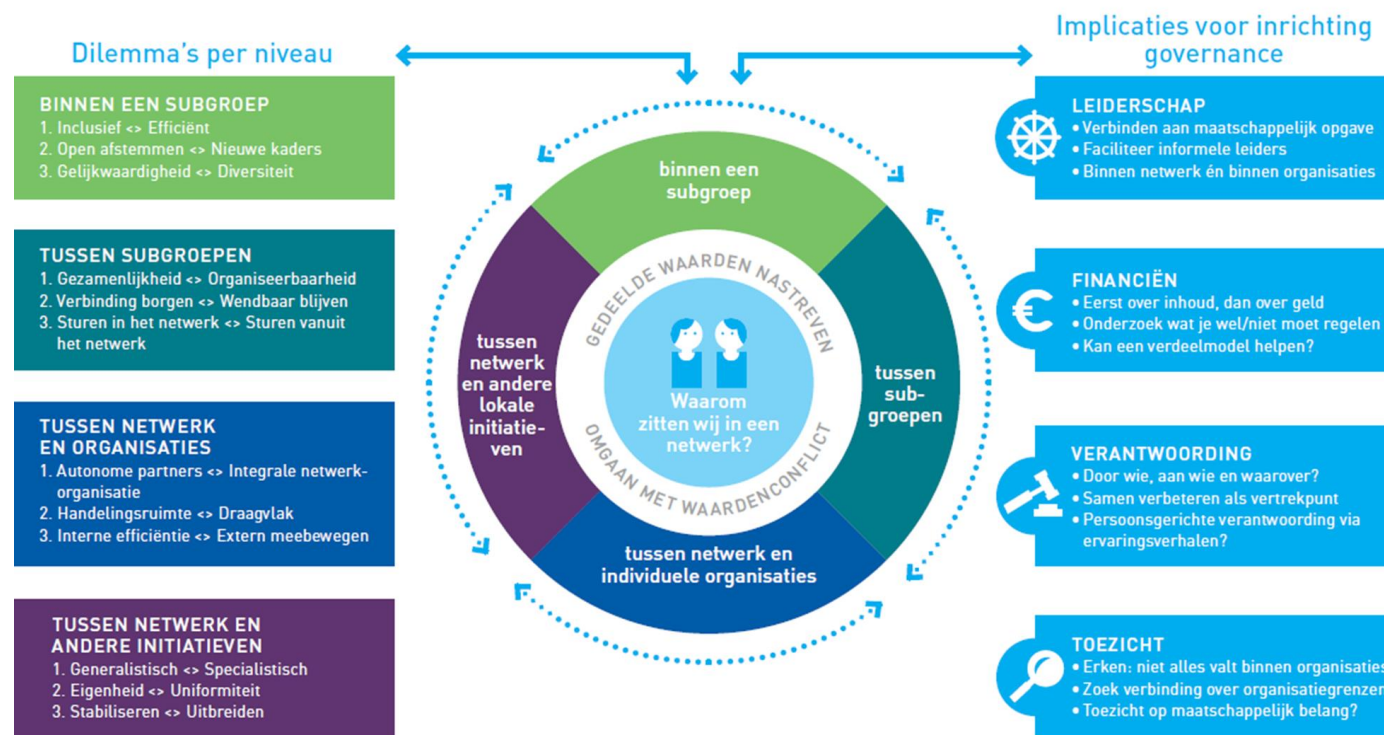
Ook is het zoeken naar de verhouding tussen *afspraken* in het netwerk enerzijds en de gebruikelijke werkwijze in de organisatie anderzijds.

Governance bij samenwerking

Vilans heeft in 2020 een [leidraad](#) opgesteld die helpt bij de invulling van de governance van netwerkzorg. Daarin zijn de dilemma's op verschillende niveaus in kaart gebracht, zie afbeelding.

Ook zijn deze leidraad drie vragen opgenomen die richting geven bij de inrichting van de governance:

1. Welke netwerkform past in welke context?
2. Welke schaal is wanneer passend?
3. Hoe ga je om met botsende waarden?



Invulling in de regio (1)

We starten vanuit de leefwereld van de inwoner: binnen een gezonde leefomgeving worden inwoners gestimuleerd en waar nodig ondersteund om hun sociale netwerk te versterken en gezond te leven. In de wijk ziet men naar elkaar om. We werken samen met inwoners aan laagdrempelige vormen van contact en omzien naar elkaar. Hier zetten we vanuit de verschillende partijen actief op in.

Wijksamenwerkingsverbanden zijn een centraal punt om verandering te realiseren. Uitgangspunt bij het samenwerken is: versterken van de sociale basis en eerstelijns: zelf waar het kan, hulp waar nodig en zorg waar noodzakelijk.

De huisarts werkt tegelijkertijd via het programma 'Meer Tijd voor de Patiënt' aan een andere praktijkvoering, waardoor er meer tijd is voor patiënten met een complexere vraag. Door met deze patiënten het goede gesprek te voeren, op basis van positieve gezondheid, kan de patiënt beter worden geholpen. Goede lokale werkafspraken, waardoor inwoners snel op de juiste plek komen, ontlasten de huisartspraktijk.

Invulling in de regio (2)

Wijksamenwerkingsverbanden vragen iets anders van professionals en meer informele partijen. Belangrijk is dat leden van een wijknetwerk weten wat de ander kan en vertrouwen hebben in de werkwijze van de ander. De organisatievorm die hierbij hoort is faciliterend aan de eigen regie van de inwoners. De ambitie is om het fundamenteel anders te organiseren, zodat de basis, op buurtniveau, sterk is. Daarbij kan ook breder worden gedacht dan alleen het concept “welzijn op recept” waardoor welzijn, sport, etc. voor een bredere doelgroep gaat helpen bij het oppakken van de eigen regie.

Een mooi voorbeeld is zogenoemde ‘community care’. Met hulp van een leefcoach blijven kwetsbare ouderen langer thuis wonen. Met de inzet van de leefcoach is het aanbod van zorg en ondersteuning beter op elkaar afgestemd. Het resultaat is dat ouderen en mantelzorgers een gevoel van rust en veiligheid ontstaat.

Invulling in de regio (3)

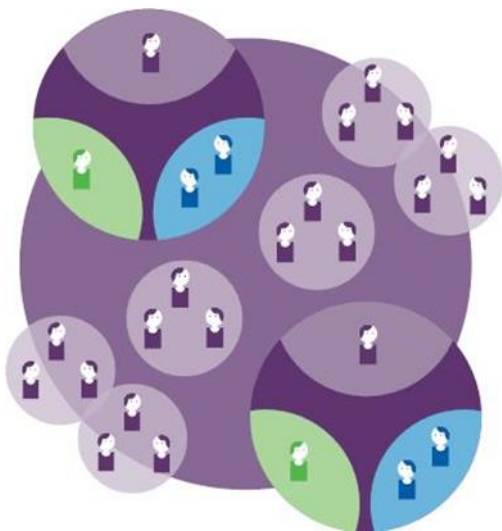
Specifiek voor ouderen: sociale cohesie, buurthuizen, het verenigingsleven en het omzien naar elkaar zijn belangrijke uitgangspunten bij het gezond ouder worden. Het bekrachtigen van het verenigingsleven, in welke vorm dan ook, is essentieel. Zowel op het gebied van bewegen en sport, als ook bijvoorbeeld koken en knutselen. Door het benutten van bestaande netwerken (waaronder kerken) en het inzetten van sleutelfiguren in de wijk/het dorp (buurtmakelaar) kunnen juist ook inwoners bereikt worden die via de 'zorgingang' minder in beeld zijn.

Een mooi voorbeeld hierbij is een oudere dame die regelmatig met knieklachten bij de huisarts kwam en in toenemende mate afhankelijk was van pijnmedicatie. Zij bleek zich best eenzaam te voelen en een kinderwens te hebben die nooit in vervulling was gegaan. De huisarts heeft haar in contact gebracht met een kinderopvang waar de werkdruk hoog was. De mevrouw in kwestie is daar gaan voorlezen en is haar knieklachten anders gaan ervaren: 'ach, het hoort erbij als je ouder wordt, maar ik heb er geen last van'.

We ambiëren dat ouderen zo veel mogelijk zelfstandig zijn en in eerste instantie hulp vinden in hun eigen omgeving. Iedereen doet mee en levert een bijdrage. Hiervoor ligt de regie in de basis bij inwoners zelf, in hun eigen leefklimaat, met zelf georganiseerde ondersteuning vanuit naasten en/of vrijwilligers, al dan niet ondersteund met gemeentelijke voorzieningen. Wanneer nodig is er professionele hulp en uiteindelijk zorg. De focus bij zowel oudere inwoners als zorgverleners is verlegd naar het positieve, naar wat er nog wèl kan. Alle professionals in de regio helpen ouderen bij het zelfstandig functioneren en regie voeren over het eigen leven.

Wie zijn betrokken?

Bij samenwerken in een netwerk kan de samenstelling van betrokken partijen wisselend zijn. Er kan sprake zijn van een relatief eenvoudige monodisciplinaire behandeling, denk bijvoorbeeld aan fysiotherapie bij een sportblessure of een complexere situatie waarbij diverse hulpverleners maar ook mantelzorgers en vrijwilligers betrokken zijn.



Afbeelding van Vilans

De huisarts speelt een centrale rol als poortwachter in ons zorgsysteem. Dit betekent echter niet dat een inwoner ook altijd bij de huisarts komt met een vraag.

In de meer complexe situaties wordt het belangrijk om de ondersteuning en zorg te coördineren. Onder coördinatie verstaan we het op elkaar afstemmen van de ondersteuning en zorg verricht door een partij of verschillende betrokken partijen. Een integraal team voert de triage uit, stelt een plan op en zorgt ervoor dat de juiste activiteiten bij de juiste partijen zijn belegd. Beschikbaarheid van (dossier)informatie in het kader van samenwerking is hierbij een belangrijk onderdeel.

De rol van digitalisering

Wat is de rol van digitalisering? (1)

Netwerkgzorg start bij goede samenwerkingsafspraken zoals de RTA's, werkafspraken en zorgpaden. Deze samenwerkingsafspraken kunnen we vervolgens digitaliseren en daarmee vormen ze de basis voor gegevensuitwisseling. Als je weet wie wanneer wat moet doen, weet je ook hoe je die persoon of partij met informatie en digitale middelen het beste kan ondersteunen.

We zien een regionaal netwerkplatform voor ons, bestemd voor zowel de inwoners/patiënten als professionals in zorg, welzijn en gezondheid.

Inwoners hebben daarmee een omgeving waarmee zij, desgewenst via hun PGO, hun netwerk kunnen beheren, de professionals kunnen vinden, met hen kunnen communiceren, activiteiten kunnen plannen, informatie kunnen inzien en input kunnen geven. Opschaling van de actieve rol van inwoners is een belangrijk onderdeel van de implementatie van netwerkgzorg.

Een netwerkplatform waar professionals in kunnen samenwerken en informatie uitwisselen is cruciaal voor netwerkgzorg. Zo'n platform heeft essentiële functies zoals integrale triage, verwijzen, routeren, overdragen en overleggen, zoals een meedenkconsult. Transmuraal Incident Melden (TIM) en kwaliteitsmanagement vinden hier eveneens hun plek.

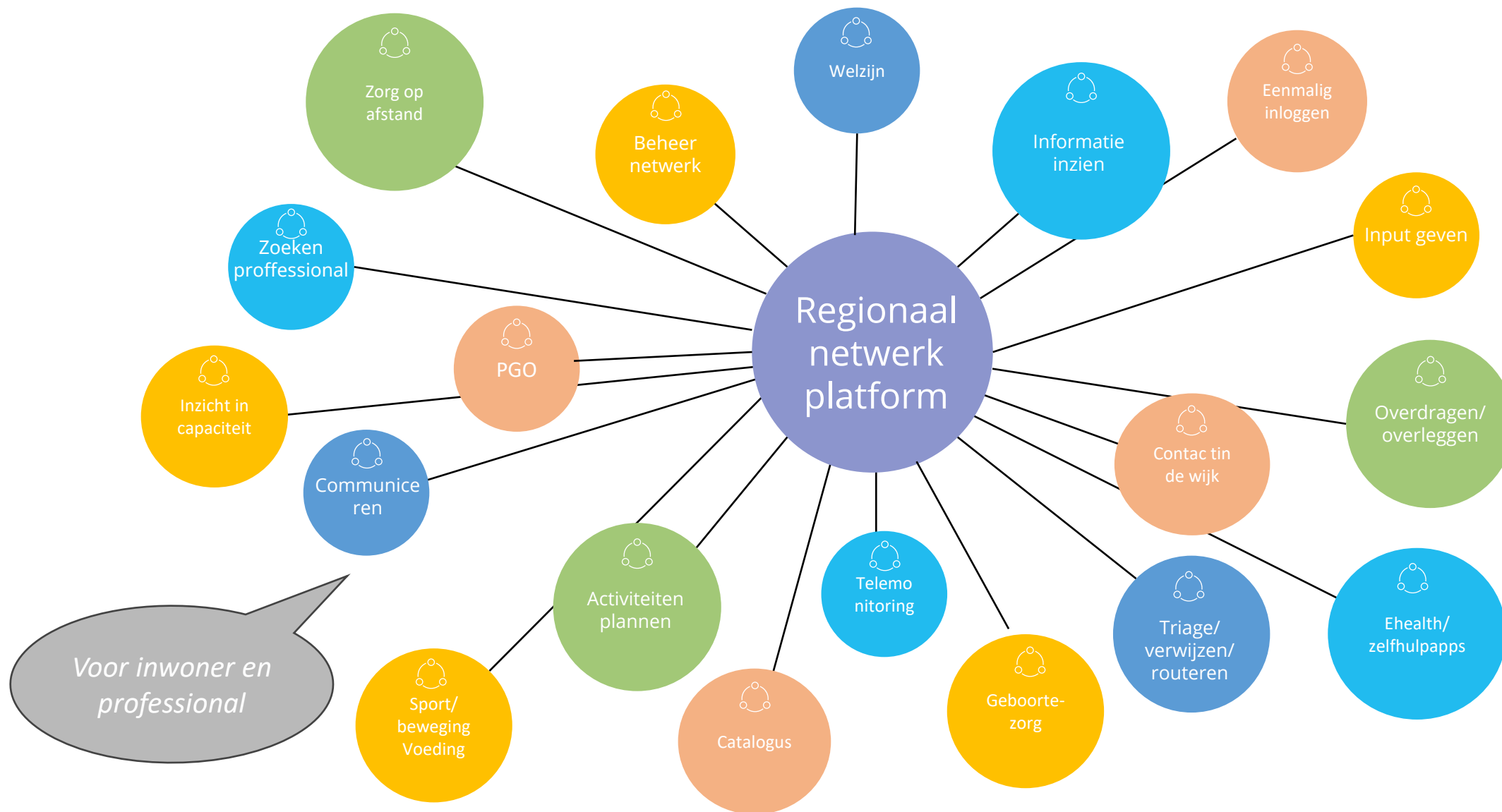
Wat is de rol van digitalisering? (2)

Ondersteuning van bijvoorbeeld acute- en ambulance zorg, zorg op afstand, zorgcoördinatie en een medisch regiecentrum zijn er onderdeel van. Stappen richting harmonisatie en vereenvoudiging van werkprocessen en digitale toepassingen zijn van groot belang voor de samenwerking en het werkplezier van zorgprofessionals.

Ook de transformatie naar meer zorg op afstand en hybride zorg is geholpen met een netwerkplatform waar verschillende functies als het ware in geprikt kunnen worden. Zo zetten we als eerste in op telemonitoring en daarna op telebehandeling. Daarbij gebruiken we de kennis en ervaring die in de regio is opgedaan met 'Zorg bij jou'. Daarnaast kunnen we met een goed platform ook de zorgcoördinatie en een medisch regiecentrum of gezondheidscentrum ondersteunen.

Voorwaarden zijn wel de basis op orde (werken via landelijke infrastructuren, eenduidige en structurele registratie, koppelen en uitwisselen via standaarden. De implementatie van generieke functies als adressering en toestemming. En een goede applicatie- en data architectuur in de regio. We gaan daarbij uit van naar de toekomst toe harmoniseren van het applicatielandschap en webbased werken.

De rol van digitalisering: een netwerkplatform



Huidige situatie regio Utrecht

EINDGEBRUIKERS



Zorgaanbieder/professional



Burger/patiënt

TOEPASSINGEN

Dossier

HIX	ONS	OmniHIS
Ysis	Oase	Promedico
Portavita+	Regipro	TetraHIS
MijnCaress	Epic	Easycare
Khonraad	CGM huisarts	xCare
KD+	Medicom	MOSOS
Nova	MicroHIS	Diamant/ paraNICE

Netwerk
samenwerking

OZO
VIPLive
HINQ/ Babyconnect
Vitaly
Peridos
MDO Support
Dig. netwerk platform Eemland
Point

Portaal

Pharmeon
Bricks patient
Mijngezondheid.net
Curavista
Ozo, Caren
Mijn Ziekenhuis
Quli, Ivido +
Beter dichtbij
Zorg bij jou

Hulpmiddelen/aan-
vragen/verwijzen

Culicart
Duxxie
Zorgweb Bosman Onemed
Labonline
RAVU dig dossier
Zorgdomein

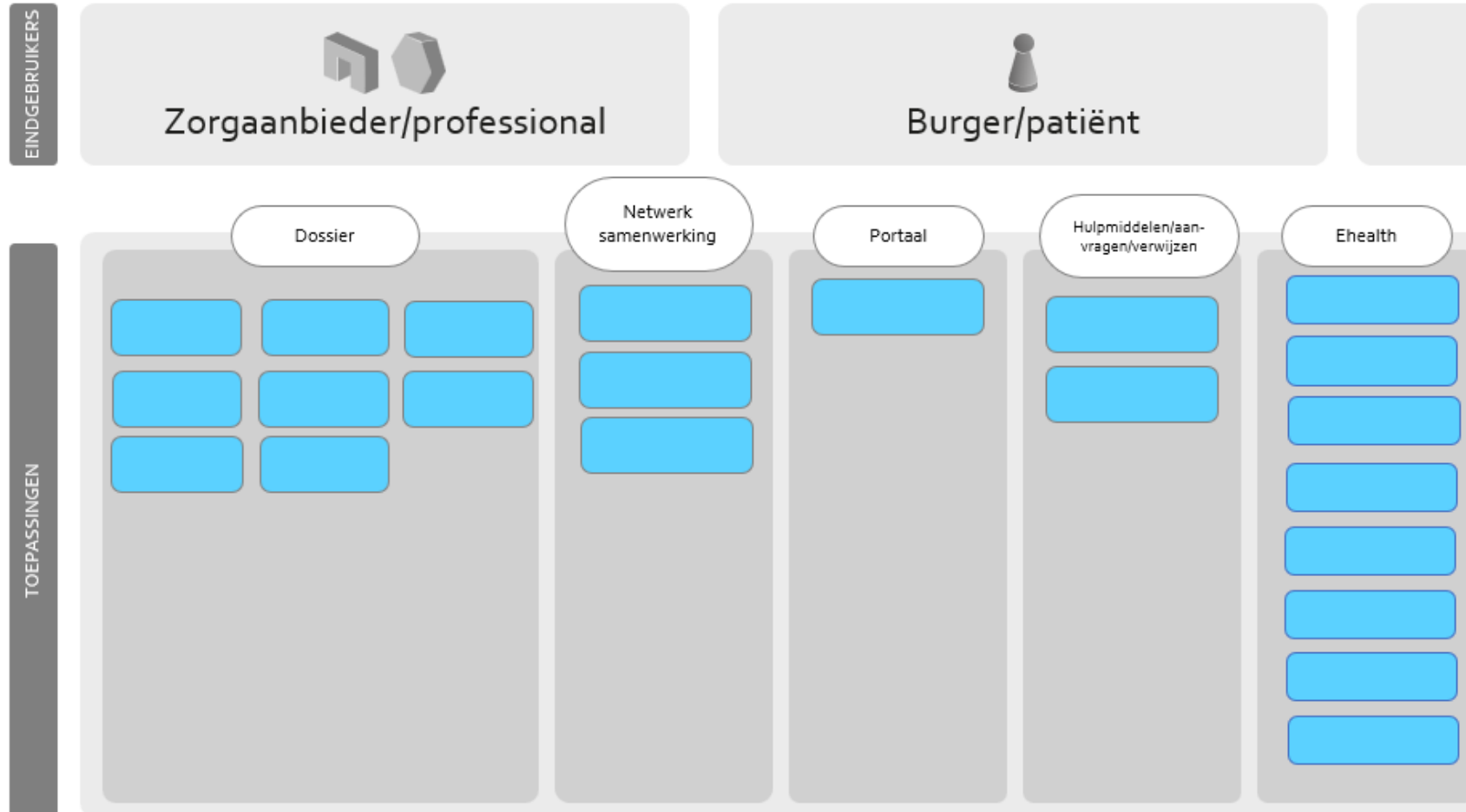
Ehealth

Karify
Luscii
Medido
Therapieland
Ksyos
Monter
IBD coach
MyMobility



Zorg op de juiste plek in Utrecht

Toekomstige situatie regio Utrecht



Wat zijn de belangrijkste functies voor inwoners?

- Inwoners en/of hun vertegenwoordiger (mantelzorger, vrijwilliger, anders) loggen eenmalig in voor verschillende functies
- Catalogus van organisaties tot je beschikking
- Beheren van het eigen netwerk (mensen toevoegen, verwijderen, etc.)

- Toegang tot valide gegevens: bronnen als websites, eHealth, zelfhelp apps, etc.
- Invullen van formulieren en/of vragenlijsten
- Een eenvoudige link met het eigen PGO voor de inhoudelijke (dossier)gegevens en informatie

- Eenvoudige communicatie: je hebt contact met het netwerk van professionals en anderen
- Je kunt afspraken maken en zien welke afspraken gepland staan
- Mogelijkheden voor zorg op afstand zoals telemonitoring en telebehandeling
- Je wordt sneller door de juiste professional geholpen en onnodige verwijzingen worden voorkomen

Wat zijn de belangrijkste functies voor professionals?

RTA's: wie doet wat op welk moment in het proces en welke informatie heeft een professional nodig?

- Afspraken over hoe in een integraal team samen te triëren
- Afspraken over hoe in een integraal team samen te routeren
- Afspraken over hoe in een integraal team samen te werken en informatie uit te wisselen middels een viewer
- Afspraken over hoe te werken aan overdracht

Integrale triage

- Via een zelftrriage tool kan de inwoner/mantelzorger/vrijwilliger de gegevens invullen
- Wanneer nodig komen de gegevens binnen bij een medewerker in het integraal team
- De medewerker kan al dan niet met behulp van andere expertises de integrale triage vervolmaken

Integrale routing en samenwerking in één viewer

- Professionals hebben via hun eigen systeem toegang tot een uit verschillende bronnen samengesteld dossier, in de vorm van een viewer, waar zij in kunnen samenwerken. De data blijft in de bronnen behouden en wordt beschikbaar gesteld (federatief model).
- Hiermee kan ook de overdracht worden vormgegeven (conform standaarden)
- Een integraal team heeft inzicht in wat nodig is en heeft inzicht in de capaciteit (expertise, plaatsen/bedden, middelen)

Wat willen we bereiken met digitalisering?

(Inter)Regionaal						
		Doelstelling	Impact (kader impactvolle transformaties zijn de criteria die impact bepaald)	IST	SOLL	Werkagenda
Netwerkgorg	RTA's basis (pag. 22-24)	9 extra RTA's zijn ontwikkeld, vastgesteld en in de regio geïmplementeerd. Alle professionals en patiënten en van leden van Trijn werken hiermee. Niet leden worden hierop aangehaakt.	We schatten in hiermee 5-10% onnodige zorg op te vangen.	Er zijn in de regio 14 RTA's en werksafspraken geïmplementeerd.	9 extra RTA's zijn geïmplementeerd in de regio. Ook de zorgpaden Zorg bij jou van Santeon zijn geïmplementeerd in de regio.	RTA's ontwikkelen, vaststellen en implementeren op basis van de roadmap. We plotten per jaar hoeveel en welke RTA's we gaan ontwikkelen en implementeren. Niet leden van Trijn nemen we mee.
	Netwerkgorg platform (pag. 24-26)	Onze doelstelling is dat professionals en inwoners in onze regio's via één netwerkgorgtoepassing geïntegreerd in de eigen werkomgeving toegang hebben tot alle relevante gegevens uit verschillende gegevensbronnen uit verschillende domeinen.	Impact groei hoeveel % vangen we op? 1. Het opvangen van de 12,5% bevolkingsgroei, 9% toename chronische aandoeningen en 6% vergrijzing én het dalend percentage informele zorg van 10% naar 4 %. 2. We verwachten dat deelnemende professionals in 2026 een reductie van 35% ervaren ten aanzien van administratie lasten en zoekwerk. 3. We verwachten dat met goede netwerkgorg dat het percentage van doorverwijzingen naar de tweede lijn afneemt. Onze ambitie is deze met 7% de komende jaren te reduceren.	In de regio worden verschillende netwerkgorgplatformen gebruikt.	Het einddoel is om stap voor stap te convergeren naar één netwerkgorgplatform.	Op basis van een visie op digitale netwerkgorg en een roadmap met use cases, implementeren we een netwerkgorgplatform. Dit is een eerste aanzet voor een langer traject dat doorloopt na 2026. In de komende periode worden plannen gemaakt over hoe dit er na 2026 uit gaat zien.
	Digitale en zorg communicatie (pag. 26-29)	Onder de Trijn leden gaat iedereen het meedenkconsult gebruiken. De doelstelling is om een uniforme, regionale basisinfrastructuur neer te zetten voor digitale communicatie binnen het totale (zorg)netwerk, met goede koppelingen met de dossiers. Uitgangspunt: we sluiten aan bij de 4 doelstellingen van het quadruple aim model.	Meer snelheid in de verschillende processen waardoor productiviteit met 7,5-10% verhoogd kan worden. Hulpverleners zijn op de hoogte van elkaars interventies en dat bevordert de kwaliteit van zorg. Daarmee ook de ervaring van de inwoner/patiënt. Deze ervaart meer regie op het eigen behandelproces. Dit laatste wordt positief beoordeeld in een enquête. · We verwachten dat deelnemende professionals in 2024 en 2025 een reductie van 35% ervaren ten aanzien van administratie lasten en zoekwerk. · We verwachten dat met goede netwerkgorg dat het percentage van doorverwijzingen naar de tweede lijn afneemt. Onze ambitie is deze met 7% de komende jaren te reduceren.	Monodisciplinair en op kleine schaal georganiseerd.	Als onderdeel van netwerkgorg (multidisciplinair) realiseren we het meedenkconsult, het digitaal verwijzen en tweewegcommunicatie.	Op basis van een plan van aanpak maken we een keuze voor een oplossing. Op basis van een pilot zal de oplossing geïmplementeerd worden in de regio. Verdere ontwikkeling van de oplossing zal onderdeel zijn.
	Hybride Zorg telemonitoring, telebehandeling en zorgpaden (pag. 29-31)	Onze ambitie is dat de functie van telemonitoring en telebehandeling regionaal voor ten minste 65% wordt ondergebracht in het medisch regie centrum (MRC). Zorgpaden/zorgprocessen zijn transmuraal en sectoraal uniform hybride geïmplementeerd. Ons doel is om tot één MRC voor de regio te komen. De basis hiervoor is Santeon Zorg bij jou. De uitwerking van het regionaal MRC ligt in eerste plaats bij de vier ziekenhuizen in onze regio (zie voor details de MSZ opgave). Dit kan echter niet zonder samenwerking met de 1e en 3e lijn. In eerste instantie voor medische (planbare) zorg en vervolgens richting preventie en gezondheid. Onderzocht zal worden hoe ook ongeplande zorg hier een plek krijgt.	25% reductie reguliere zorgactiviteiten door de inzet van telemonitoring.	Op dit moment is de functie van MRC ondergebracht bij twee ziekenhuizen in onze regio: het UMC Utrecht (medisch regiecentrum UMCU) en het Sint Antonius ziekenhuis (Zorg Bij Jou). Partijen organiseren ieder voor zich telemonitoring in de vorm van werkprocessen en een bijbehorende een toepassing. Dat wil zeggen: sectorale telemonitoring initiatieven en hybridisering van zorgpaden/zorgprocessen.	In de regio naar één MRC en uniforme werkwijze van hybride zorgpaden/zorgprocessen.	Aandacht voor onderstaande: De uitwerking van het regionaal MRC ligt in eerste plaats bij de vier ziekenhuizen in onze regio. Dit kan echter niet zonder samenwerking met de 1e en 3e lijn.

Privacy en informatieveiligheid

Bij het samenwerken en delen van informatie rondom de gezondheid van een inwoner is het belangrijk om te voldoen aan wetgeving op het gebied van privacy en informatieveiligheid.

Ten aanzien van privacy is het belangrijk dat een inwoner zelf kan bepalen met wie informatie wordt gedeeld en dat toestemming om informatie te delen kan worden vastgelegd. Hierbij maken we zoveel mogelijk gebruik van generieke voorzieningen zoals Mitz.

Daarnaast is het belangrijk dat de leveranciers die ons de digitale oplossingen bieden, voldoen aan de juiste nen-normen zoals bijvoorbeeld NEN 7510. Ook is het van belang om verwerkersovereenkomsten af te sluiten waar dit nodig is en de juiste controle mechanismen in te bouwen. Dit alles in het kader van informatieveiligheid.

Daarnaast staat of valt alles met het gedrag van betrokkenen. Awareness over hoe om te gaan met informatie en veiligheidsmaatregelen (zoals het gebruik van wachtwoorden) is essentieel.

Integratie met PGO's

Integratie met PGO's (1)

Met een PGO (persoonlijke gezondheidsomgeving) heeft een inwoner alle gezondheidsgegevens bij elkaar in een app of op een website. De inwoner heeft zelf het overzicht over zijn gezondheid en kan gegevens delen met betrokkenen, waaronder zorgverleners. Steeds meer zorgverleners kunnen dit al en doen dit via MedMij.

MedMij is de Nederlandse standaard voor het veilig uitwisselen van medische gegevens. De PGO's én de systemen van de zorgverleners moeten aan deze standaard voldoen voordat ze veilig met elkaar kunnen verbinden. Met een PGO-alliantie van ruim 50 patiënten-, branche-, consumenten- en welzijnsorganisaties wordt gewerkt aan het bekender maken van PGO's onder zorgverleners en burgers, onder leiding van de Patiëntenfederatie Nederland. Hierbij worden toegankelijkheid, ondersteuning en gebruiksvriendelijkheid voor mensen, ook voor mensen met minder vaardigheden, uitdrukkelijk in beschouwing genomen.

De versnellingsprogramma's helpen zorgaanbieders om hun data ter beschikking te stellen aan de patiënt via een PGO. Daardoor kunnen burgers een samenvatting van hun huisartsendossier ophalen en zijn organisaties – zoals ggz-instellingen en ziekenhuizen – in staat om patiëntendata te ontsluiten naar een PGO. Ondertussen zijn in de loop van 2023 koppelingen vanuit de verschillende sectoren beschikbaar gekomen. Nu is het zaak om de PGO's ook echt te gaan vullen en om bewustwording te creëren.

In februari 2023 is een landelijke visie uitgebracht.

Integratie met PGO's (2)

Met het eigen PGO dient een inwoner van de regio Utrecht op het netwerkzorgplatform aan te kunnen sluiten. Met dit als uitgangspunt stellen we eisen aan de interoperabiliteit van het netwerkzorgplatform en PGO's. In verschillende stappen zullen we de komende jaren bouwen om te komen tot het resultaat.

De impact van PGO's is groot:

- PGO's bieden de inwoner een belangrijke tool om regie over de eigen gezondheid te kunnen voeren.
- PGO's dragen bij aan beter geïnformeerde inwoners, wat leidt tot betere zorg en het ontzorgen van de professional.

PGO's bieden duidelijk meerwaarde, maar voor het breder gebruik zijn er op dit moment nog knelpunten die moeten worden opgelost.

Plan van aanpak en regionaal beheer

Fase 1 - Plan van aanpak realisatie netwerkplatform

We starten in fase 1 met de toetsing van de werkwijze met het gebruik van het zogenaamde digitaal schriftje in een aantal werkomgevingen in de stad Utrecht. Dit ondersteunt de communicatie tussen professional en patiënt met diens omgeving, zoals mantelzorg. Op basis hiervan maken we een regionale werkafspraken voor netwerkzorg en een PvE voor de selectie van een regionale toepassing.

Inwonerkant

- Plan van aanpak opstellen in samenwerking met OZOverbindzorg
- Nu nog vooral focus op ouderen. Uitbreiding van doelgroepen is mogelijk
- Instellen projectorganisatie
- Populatie in kaart brengen
- Patiënten worden ondersteund in het gebruik van OZO.
- Gebruik wordt gemonitord en geëvalueerd

Professionalkant

- Praktijken en andere betrokken organisaties benaderen en betrekken bij verandertraject
- Aandacht voor gebruik van de oplossing binnen het behandelproces
- Communicatie en instructie
- KPI's opstellen
- Meten van effect met als doel het behandelproces verbeteren
- Evaluatie van effect

Fase 2 - Plan van aanpak realisatie netwerkplatform

Inwonerkant

- Projectplan doorontwikkeling Zorg4 concept uitwerken
- Inrichten projectorganisatie
- Betrokkenheid inwoners
- Aansluiting op wijkplatforms
- Samenwerking GROZ en wijken
- Communicatie en implementatie
- Inrichting beheer

Professionalkant

- Projectplan opstellen
- Inrichten projectorganisatie
- Betrokkenheid brede groep professionals
- Werkafsprak gezamenlijke dossiervoering
- Werkafsprak gezamenlijke triëring
- Werkafsprak gezamenlijke routing (afspraken CZZ)
- Programma van eisen opstellen
- Leveranciersselectie
- Communicatie en implementatie
- Inrichting beheer

Planning realisatie netwerkplatform

Planning	2024				2025				2026			
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
Netwerkgplatform												
Projectplan uitwerken												
Aanstellen projectteam												
Professionalkant												
Werkafpraak gezamenlijke dossiervorming												
Werkafpraak gezamenlijke triering												
Werkafpraak gezamenlijke routing (voortborduren op afspraken CZZ)												
Opschalen cultuurverandering	fase 1				monitoren en bijstellen				monitoren en bijstellen			
Programma van eisen opstellen (voortborduren op PvE data-architectuur en meedenkconsult)												
Leverancierselectie												
Ontwikkeling roadmap doorontwikkeling implementatie			eerste omgevingen			opschaling 1			opschaling 2			opschaling 3
Betrekken brede professionalgroep												
Inrichten beheer												
Inwonerkant												
Plan voor doorontwikkeling Zorg4												
SSO login												
Aansluiten op wijkplatforms (samenwerking GROZ en wijken)												
Training wijkcoördinatoren (buurtverbinders/dorpsondersteuners)						herhaling			herhaling			herhaling
Betrekken inwoners												
Vaststelling en publicatie												

Inrichting regionaal beheer

Een oplossing die op regionaal niveau wordt ingezet, zal ook op een regionaal niveau beheer vragen. Beheeractiviteiten kun je onderverdelen in een aantal thema's:

1

Leveranciersmanagement

Afstemmen, aansturen, evalueren, volgen van nieuwe ontwikkelingen van de leverancier, ontwikkelingen van concurrenten volgen en eventueel zoeken en contracteren van een alternatieve leverancier.

2

Gebruikersbeheer

Zorgen dat nieuwe organisaties kunnen toetreden tot de applicatie, verwerken van mutaties van medewerkers zodat zij er ook gebruik van kunnen maken, accounts van vertrokken medewerkers verwijderen.

3

Gebruikersondersteuning

Zorgen voor handleidingen, FAQ's, telefonisch of online support. Dit kan gaan om 1e-, 2e- en 3e-lijns support en om zowel functionele als technische vraagstukken, maar soms ook organisatorische.

4

Contractmanagement

Zorgen voor contracten én handtekeningen met de leverancier en alle deelnemende zorgorganisaties. Monitoren van de looptijden en tijdig in gesprek gaan over nieuwe contracten.

5

Gebruikersgroepen

Gegevensuitwisseling draait om samenwerking tussen mensen die op basis van de informatie hun werk goed moeten kunnen doen. Daarvoor zijn afspraken nodig over aanlevering van informatie (wat, hoe, wanneer, wie) en over hoe te werken en informeren. Dit wordt voornamelijk via gebruikersgroepen gedaan.

6

Monitoring

Het succes van de samenwerking moet worden gemonitord, zodat bepaald kan worden wat goed gaat en wat beter kan. Dit betreft onder meer aantallen berichten, inzages, foutmeldingen, actieve gebruikers en inlogs. Deze cijfers worden vervolgens gedeeld met de relevante partijen en vervolgens kan bijsturing plaatsvinden.

7

Communicatie

Dit betreft communicatie over het succes van de samenwerking, bijstellingen, nieuwe ontwikkelingen etc. op verschillende niveaus, van zorgverlener tot bestuur.

8

Doorontwikkeling

Dit betreft de doorontwikkeling van de betrokken systemen, zowel het uitwisselingsysteem als de bronsystemen. Wensen worden opgehaald, geprioriteerd en doorgegeven aan de leveranciers. Vervolgens wordt erop gestuurd dat de leveranciers de doorontwikkeling succesvol doorvoeren.