

‘Digitalisering en Databeschikbaarheid als drijvende kracht voor Netwerkzorg in Midden-Nederland’

Voor zorg en sociaal domein

Uitwerking fase 1 Q2 2025 – Q2 2026



Leeswijzer

Voorliggend transformatieplan beschrijft de opgave op het gebied van digitalisering en gegevensuitwisseling, aansluitend op het fundament digitalisering en gegevensuitwisseling van het regioplan Midden-Nederland. De ambitie is samenwerking in het netwerk met digitale communicatie en databeschikbaarheid in de regio, met daarbij een centrale rol voor de inwoner.

Dit plan is opgesteld door de (zorg-)organisaties in de regio Midden-Nederland incl. regio Eemland en het sociaal domein. Het legt een fundament waarop de komende 10 jaar voortgegaan kan worden. Samenwerken aan de realisatie van dit plan en bijdragen aan alle andere (inhoudelijke) plannen in de regio Midden-Nederland is onze gedeelde missie.

In het eerste deel, hoofdstuk 1, hebben we de ambitie en doelstellingen voor de brede digitaliseringsopgave en aanpak en veranderstrategie uiteengezet. Tevens is hierin de samenhang en relatie met andere inhoudelijke (zorg-) transformatieplannen in Midden-Nederland opgenomen.

In het tweede deel, hoofdstuk 2, gaan we specifiek in op de **focus en scope van fase 1 van het transformatieplan** 'Digitalisering en databeschikbaarheid als drijvende kracht voor netwerksamenwerking in Midden-Nederland'. Hierin wordt de detaillering van de thema's en usecases beschreven en is de implementatie aanpak in samenwerking met koplopers beschreven.

In het laatste deel, hoofdstuk 3, 4 en 5, worden de overkoepelende zaken als programma organisatie en governance, de belangrijkste risico's en mitigerende maatregelen en tot slot de begroting en maatschappelijke businesscase en KPI's uiteengezet.



Inhoudsopgave

Leeswijzer.....	2
Inhoudsopgave.....	3
Inleiding.....	4
1. Digitalisering en databeschikbaarheid Midden-Nederland	5
1.1 Samen brengen we dit plan tot een succes.....	5
1.2 Fundament digitalisering en gegevensuitwisseling regio Midden-Nederland	5
1.4 Uitwerking van deze ambitie op thema niveau	6
1.5 Relatie met inhoudelijke (zorg-) transformatieplannen in Midden-Nederland	8
1.6 Integrale samenwerking met gemeenten en sociaal domein	10
1.7 Implementatie strategie van Midden-Nederland	10
1.8 Veranderstrategie voor het borgen van resultaten	13
1.9 Fasering van het transformatieplan	15
2. Focus en scope van fase 1 van het transformatieplan.....	16
2.1 Netwerksamenwerking en communicatie met inwoners en professionals.....	16
2.2 Dossierinzage en gegevensuitwisseling	25
3 Programmaorganisatie & governance.....	45
3.1Aanpak inrichting programmamanagement en governance	46
3.2Aanpak realisatie transformatie vanuit het programma	48
3.3Aanpak realisatie transformatie vanuit het regionaal implementatie team	49
4 Risico's en mitigerende maatregelen	51
5 Begroting en maatschappelijke business case	52
5.1Overkoepelende maatschappelijke business case (fase 1 en fase 2)	52
5.2Investeringsaanvraag voor fase 1.....	54
6 SMART planning & KPI's.....	57
Bijlage 1 Samenhang transformatieplannen	58
Bijlage 2 Data-ontsluiting middels de Netwerkgorg viewer	61
Bijlage 3 Samenhang Transformatieplannen Eemland en Trijn.....	62
Bijlage 4 Overzicht gebruikte systemen in de regio.....	63
Bijlage 5 Termen en definities.....	65
Bijlage 6 Detaillering aanpak en activiteiten planning thema 1	67
Bijlage 7 Detaillering aanpak en activiteiten planning thema 2	71
Bijlage 8 Planning voor realisatie van het Fundament.....	76
Bijlage 9 Detailbegroting, KPI's en verwachte resultaten gemeenten en sociaal domein.....	79

Inleiding

Gezondheid is ons kostbaarste bezit. Maar wanneer onze gezondheid wankelt, hangt alles af van de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg. Nu staat deze zorg onder druk, en zonder ingrijpen dreigt ons zorgstelsel te verstikken.

Het Integraal Zorg Akkoord zet de toon met een duidelijke boodschap: de noodzaak van transformatie in de zorg is urgenter dan ooit. Het gaat hierbij om meer dan het beheersen van kosten. We staan voor de taak om voor iedereen kwalitatieve, toegankelijke en betaalbare zorg te verzekeren en tegelijkertijd het leuk houden voor onze zorgprofessionals en hen de waardering en steun te bieden die zij verdienen. In het hart van deze transformatie ligt de slimme inzet van onze mensen en beperkte middelen, versterkt met digitalisering en databeschikbaarheid en inzet van innovatieve zorgtoepassingen in de regio Midden-Nederland. Zo maken we het netwerk van zorg en ondersteuning voor de inwoners, meer passend, beter betaalbaar en toegankelijk. En voor professionals streven wij naar meer werkplezier, onder andere door een effectievere samenwerking in het netwerk en beschikbaarheid van actuele informatie en data.

We verbeteren de zorg door bewezen methoden en digitale oplossingen slim in te zetten. We bouwen voort op wat in de regio al is ingezet. We nemen het beste van wat elke sector te bieden heeft over, zonder onnodig tijd te verspillen aan het opnieuw uitvinden van het wiel. De regio werkt hierin nauw samen, deelt kennis en zet zich vol in voor innovatie. Dit maakt de zorg niet alleen efficiënter en effectiever, maar ook meer mensgericht.

Voorliggend transformatie plan legt een fundament waarop de komende 10 jaar voortgegaan kan worden. Samenwerken aan de realisatie van dit plan en bijdragen aan alle andere (inhoudelijke) plannen in de regio Midden-Nederland is onze gedeelde missie. We omarmen daarin de Quadruple Aim, wat helpt om focus en prioritering aan te brengen in de digitaliserings- en databeschikbaarheidsvraagstukken ter ondersteuning van netwerksamenwerking. We werken met de volgende leidende principes:

- Landelijk denken, regionaal doen
- Voortbouwen op bestaande technieken
- Niets nieuws bouwen of ontwikkelen, tenzij
- We ontzorgen zoveel mogelijk de gebruiker: inwoner, professional, organisatie

“Transformatie in een digitaal tijdperk. We maken het verschil door onze professionele krachten te bundelen, voor inclusiviteit van iedere inwoner. Samenwerking in het netwerk van zorg en sociaal domein, door het op orde brengen van de basis met digitalisering en databeschikbaarheid. Voor professionals en inwoners van regio Midden-Nederland.”

1. Digitalisering en databeschikbaarheid Midden-Nederland

1.1 Samen brengen we dit plan tot een succes

Het programma **‘Digitalisering en databeschikbaarheid als drijvende kracht voor netwerksamenwerking in Midden-Nederland’** wordt aangestuurd door RSO Trijn. Dit is inclusief de monitoring van effecten en besluitvorming inzake de transformatie opgaven in dit plan. Daarbij bepalen alle leden en samenwerkingspartners gezamenlijk de koers en is er sprake van actieve bijdrage en participatie in de uitvoering en realisatie van deze veranderopgaven. Startpunt is de governance structuur, zoals uitgewerkt in en geaccordeerd voor onderhavig transformatieplan.

Netwerksamenwerking vraagt om andere en intensievere informatiestromen tussen professionals en met inwoners. Het verbeteren van de effectiviteit van de netwerksamenwerking en integrale gezondheidszorg start bij het beschikbaar krijgen van de juiste informatie, en maakt de juiste zorg op de juiste plek mogelijk. Dit vermindert het zorggebruik en/of draagt bij aan een verplaatsing van zorg naar de juiste plek in het netwerk. Om de samenwerking op basis van vertrouwen in de regio te realiseren, is naast het beschikbaar stellen van informatie aan het netwerk, het kunnen communiceren over die informatie cruciaal. Dit start óók bij het voorzien in de juiste digitale (zorg-)toepassingen, zoals een communicatieplatform en netwerkzorg viewer voor het toegankelijk maken van actuele en volledige, context gerelateerde (dossier) informatie van een inwoner. Toestemming, informatiebeveiliging en privacy vooropgesteld.

Naast de investeringsaanvraag voor de uitvoering van het programma tot 2027 en de dekking van de incidentele personele en materiële kosten, is commitment van onze leden en partners op de ambitie en aanpak cruciaal. Het gaat om een slimme inzet van mensen en middelen, versterkt met digitalisering en databeschikbaarheid. Met het leggen van het fundament voor digitalisering en gegevensuitwisseling in de regio en de transformatie in de wijze waarop we samenwerken in het netwerk van zorg en sociaal domein, buigen de verwachte jaarlijkse zorguitgaven in 2029 met ca. 29% af, naast ca. 26% ombuiging van de stijging in vacaturedruk. Dit doen we door meer ruimte voor de zorg te creëren en middels de realisatie van de usecases onder de twee thema's ‘netwerksamenwerking en communicatie’ én ‘dossierinzage en gegevensuitwisseling’. Deze ruimte voor de zorg, is zowel in personele inzet (fte) als in zorgkosten uit te drukken. Meer ruimte voor de zorg betekent echter niet dat we kunnen besparen op zorgkosten of personeel, maar geeft aan dat een deel van de toekomstige zorgvraag kan worden opgevangen. Gelijkgerichtheid en eigenaarschap van dit plan in de regio, creëren de beweging welke noodzakelijk is voor deze transformatie en is proportioneel ten opzichte van de impact die we realiseren.

1.2 Fundament digitalisering en gegevensuitwisseling regio Midden-Nederland

In het IZA [regioplan](#) van Midden-Nederland zien we de groeiende kloof tussen toekomstige zorgvraag en aanbod en de noodzaak om in beweging te komen is groot. De uitdagingen staan duidelijk beschreven: de demografische druk is hoog en er zijn meer (dubbele) vergrijzing én geboortes dan landelijk gemiddeld. Tegelijkertijd vraagt de (ervaren) mentale gezondheid van jongeren en (jong)volwassenen aandacht. Ook zijn er grote gezondheidsverschillen in de regio.

We zien daarmee een hoge druk op mantelzorgers en professionals. Moeizame organisatie en samenwerking over de verschillende domeinen en sectoren heen, vanwege versnippering o.a. als gevolg van financiering en wet- en regelgeving, maakt het opvangen van de uitdagingen haast onmogelijk. Dwars door alle inhoudelijke thema's in het regioplan is de [fundamentopgave](#) door Trijn

als penvoerder geschreven. Eemland heeft een eigen subregioplan gemaakt met aanvankelijk een eigen digitaliseringsplan. Dit digitaliseringsplan is integraal onderdeel geworden van het transformatieplan 'Digitalisering en databeschikbaarheid als drijvende kracht voor netwerksamenwerking in Midden-Nederland.

1.3 Onze ambitie: samenwerking in het netwerk van zorg en sociaal domein

Om de opgaven die in de regio voorliggen aan te pakken, moet het aanbod van zorg en ondersteuning anders worden georganiseerd. Eén van de belangrijke sleutels ligt bij intensieve samenwerking. Samenwerking met professionele partijen in de zorg en het sociaal domein, samen met de inwoner en diens persoonlijke netwerk. Daarbij is vertrouwen essentieel. Op basis van vertrouwen kan gebruik worden gemaakt van elkaars expertise, kennis, vaardigheden en capaciteit.

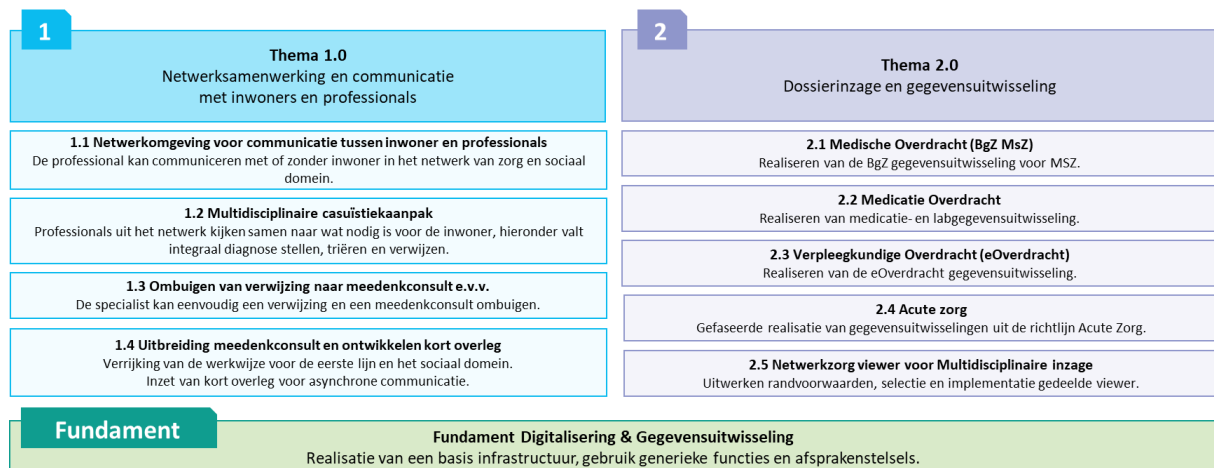
Met de regie bij de inwoner, organiseren we de zorg en ondersteuning in samenwerking met verschillende partijen. Het doel hiervan is de toegankelijkheid, kwaliteit en efficiëntie van zorg en sociaal domein te verbeteren, en de inwonertevredenheid en het werkplezier te verhogen. Hiemee bieden we een inhoudelijk kader voor de afstemming van (organisatie-)beleid, werkprocessen en de wijze waarop wordt samengewerkt tussen professionals onderling en/of met inwoners. De inwoner staat centraal, met het inwonerperspectief als uitgangspunt. Ter ondersteuning van deze deels nieuwe (regionale) werkprocessen en werkwijzen kan de digitale ondersteuning vervolgens ingericht worden.

Wij geloven dat inwoners van de regio Utrecht beter aan –het behoud van– hun gezondheid kunnen werken, wanneer zij toegang hebben tot valide, actuele informatie over gezondheid en welzijn en daar ook informatie aan toe kunnen voegen. Dit alles om regie te kunnen voeren over je eigen gezondheid.

1.4 Uitwerking van deze ambitie op thema niveau

Om onze ambitie te realiseren en de cross-sectorale netwerksamenwerking in de regio Midden-Nederland te organiseren, benaderen wij de veranderopgaven vanuit drie (3) thema's en negen (9) onderliggende usecases.

Wij realiseren ons dat niet alle veranderopgaven in één keer kunnen worden gerealiseerd. Ten tijde van het opstellen van de IZA snelle toets is met betrokkenen reeds gesproken over een initiële selectie van onderwerpen binnen thema's, die we usecases hebben genoemd. Selectie en prioritering vanuit regiobeleid, in samenspraak met de leden en partners van Trijn en op basis van urgentie, haalbaarheid (tijd, capaciteit, techniek) en impact: de usecases vormen een basis waarop direct of met minimale toevoegingen volgende usecases gerealiseerd kunnen worden. Hierbij is de gedachte om deze thema's steeds verder uit te bouwen, tot volledige realisatie van de fundamentopgave.



Het eerste thema bestaat uit het realiseren van een netwerkomgeving voor samenwerking en communicatie tussen inwoner en professionals en professionals onderling. Het tweede thema bestaat uit het realiseren van gegevensuitwisselingen en het beschikbaar stellen van data via een netwerkzorgviewer (i.e. Zorgviewer) en middels bron-naar-bron uitwisseling tussen organisaties. De usecases hierbij zijn primair ingegeven vanuit wet- en regelgeving (Wet EIGZ). Het derde thema, de parallelle (door-) ontwikkeling van het fundament, is voorwaardelijk voor de uitvoering van de veranderopgaven en realisatie van de impact van de usecases op de ZvW.

Om de samenwerking op basis van vertrouwen in de regio te realiseren, is het beschikbaar stellen van informatie aan het netwerk en kunnen communiceren over die informatie cruciaal. Dat is waar de focus van dit plan ligt. Prioriteiten op inhoudelijke hoofdthema's zijn gesteld op basis van haalbaarheid en impact; 'netwerksamenwerking en communicatie' én 'dossierinzage en gegevensuitwisseling'. Het eerste inhoudelijke thema '**netwerksamenwerking en communicatie**' is onderstaand samengevat om inzicht te geven in de verandercontext en het startpunt ten opzichte van onze ambitie.

1

Netwerksamenwerking en communicatie met inwoners en professionals

Huidige situatie

- Organisaties kunnen slechts beperkt samenwerken in het netwerk rondom de inwoner;
- Cross-sectorale RTA's* ontbreken op verschillende usecases welke samenwerking ondersteunen;
- Regionaal wordt gewerkt met verschillende samenwerkingsplatformen waar een beperkt aantal sectoren wat mee kan;
- Meedenkconsulten, kort overleg (en triage van) verwijzing zijn monodisciplinair en op kleine schaal voor afstemming geïmplementeerd. Doelgroepen zijn beperkt waardoor de potentie niet wordt benut. De functionaliteit is alleen beschikbaar tussen huisarts en medisch specialist en in sommige regio's ook tussen huisarts en de kaderhuisarts;
- Bij (digitale) verwijzingen is de terugkoppeling en afstemming inefficiënt, met veel handmatige acties;
- Informatie is versnipperd over verschillende systemen, geen compleet overzicht van inwoners.

Ambitie

- Vier (4) van de in totaal 9 cross-sectorale RTA's zijn geïmplementeerd om de verschillende usecases te leiden;
- Regionaal werken we met maximaal twee digitale omgevingen voor communicatie waar de inwoner, het informele en het formele netwerk in samenwerken, in de volgende fase werken we regionaal met één digitale omgeving voor communicatie;
- Regionaal werken we in met alle betrokken sectoren volgens een uniforme werkwijze met het meedenkconsult en kort overleg;
- Cross-sectoraal maken we een start met de multidisciplinaire casuïstiek aanpak, in de volgende fase is dat regio breed;
- Het is mogelijk om verwijzingen om te buigen in de HA-MSZ, in volgende fase doen we dat regiobreed en met een opschaling naar overige sectoren;
- Verwijzen gaat verder dan de reguliere verwijzing HA-MSZ, verwijzingen worden ook gebruikt in de paramedie, JGZ, GGZ en sociaal domein;
- We werken toe naar een FAQ-of bibliotheekfunctionaliteit, waarbij de verwijzer veelvoorkomende vragen en gegeven antwoorden kan inzien, wordt spraakherkenning en auto-reporting ingezet en werken we aan het m.b.v. AI beslissingsondersteuning en voor het beschikbaar stellen van vaak gegeven advies gerelateerd aan de context (o.a. onderzoek naar de mogelijkheid van het inzetten van een chatbot bij verwijzen);
- Hiermee vangen we voor een deel de vraag naar extra personeel door toenemende zorgvraag op, kunnen we de inspanning van informele zorg verlagen en verlagen we de administratieve last aanzienlijk. Bovendien reduceren we het aantal doorverwijzingen naar de tweede lijn.



Het beschikbaar hebben van actuele data en standaardisatie van gegevens, is voorwaardelijk voor effectieve samenwerking in het netwerk van zorg en sociaal domein. In navolging op de uitwerking van het eerste thema, is onderstaand het tweede inhoudelijke thema '**dossierinzage en gegevensuitwisseling**' samengevat om inzicht te geven in de verandercontext en het startpunt ten opzichte van onze ambitie.

2

Dossierinzage en gegevensuitwisseling



Huidige situatie

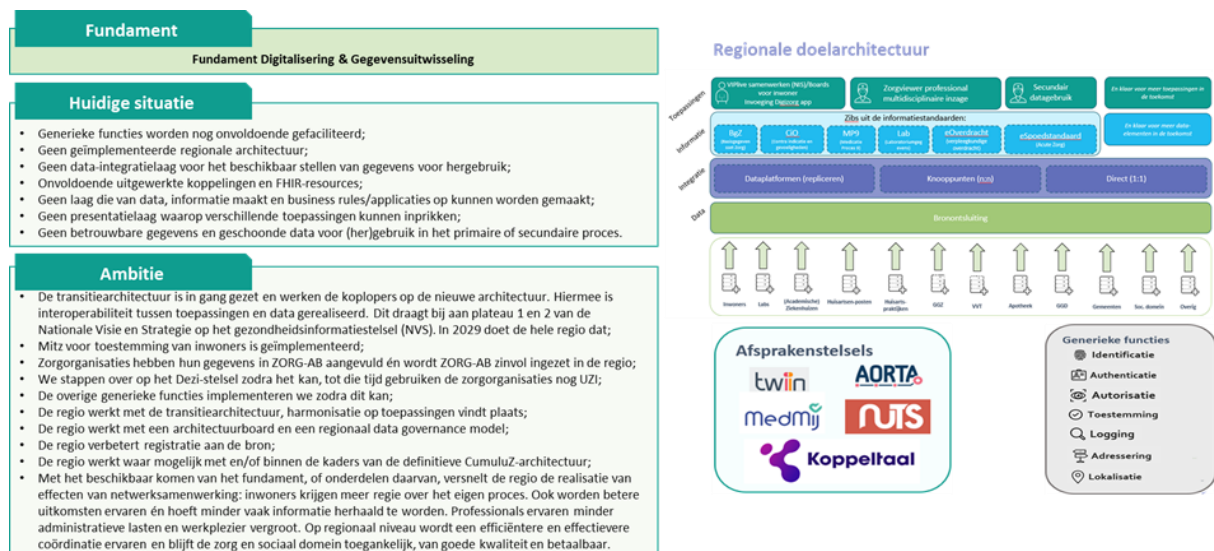
- Cross-sectorale RTA's* ontbreken op verschillende usecases van overdracht van zorg;
- Geprioriteerde Wegiz informatiestandaarden zijn (gedeeltelijk) conform de VIPP-regelingen geïmplementeerd in de informatie-/ bronsystemen, maar uitwisseling van gestandaardiseerde gegevens (sets) tussen zorgaanbieders in het netwerk werkt minimaal of nog niet;
- Niet alle zorg informatie bouwstenen (zibs) zijn goed of eenduidig geïmplementeerd in de systemen;
- Professionals registreren nog steeds niet altijd gestructureerd in de daartoe bestemde velden;
- Digitale gegevens kunnen nog niet worden verwerkt (overgenomen) door ontvangende systemen;
- Koppelingen voor het tonen van gegevens in een viewer t.b.v. actueel inzicht ontbreken;
- De benadering van inzage (beschikbaarheid) en uitwisseling is vooral zorg gerelateerd;
- Er zit nog veel 'troep' in de systemen, waardoor brongegevens vervuld zijn en onvoldoende bruikbare informatie bevatten. Daarnaast is de informatie versnipperd over verschillende systemen en is het een inefficiënte zoektocht naar relevante informatie en/of toegang tot een dossier.

Ambitie

- Vijf (5) van de in totaal negen cross-sectorale RTA's en werkspraken zijn geïmplementeerd om de usecases te leiden;
- We bieden een actueel 360-graden beeld op basis van de wettelijk geldende zib-publicatie (of IZA kernset van zibs), in de volgende fase werken we met een verrijkte set;
- Regionaal werken we met maximaal twee viewers waar de professionals dossierinzage hebben;
- We hebben een 75% weergave van de European Patient Summary (EPS) o.b.v. BGZ zibs en dossierinzage, in de volgende fase de volledige Patiënt Samenvatting conform de EPS;
- De zibs zijn vanuit MP9.0 beschikbaar in bronsystemen. Organisaties hebben inzicht in het Actueel Medicatie Overzicht (AMO), de verstrekkingen, de toedieningsafspraken, contra-indicaties en overgevoeligheden en lab gegevens via de netwerkzorgviewer. In de volgende fase is de informatiestandaard geïmplementeerd.
- De VVT, MSZ en enkele GGZ wisselen uit volgens de eOverdracht standaard, de overige sectoren (GGZ, GZ, sociaal domein, paramedie) beschikken over actuele (overdrachts-)gegevens via de viewer;
- MSZ-instellingen kunnen een selectie van gegevensuitwisselingen acute zorg uitwisselen in het netwerk van acute zorg tussen MSZ-instellingen, HAP's, huisartsen en ambulances. Zo mogelijk zijn dit vier (4) berichten in de acute zorg (Berichtnummers 7, 11, 13 en 14). Tijdslijn in deze ambitie is o.b.v. afspraken in het IZA/ Wegiz.
- De GGZ, VVT, GZ en waar nodig GGD en Veilig Thuis beschikken over gegevens in een acute situatie via een 360-graden beeld in de netwerkzorgviewer.
- Door het beschikbaar hebben van informatie, is er een verbetering van kwaliteit en effectiviteit van zorg en aanbod van sociaal domein. Er zal een aanzienlijk vermindering zijn in administratieve last en daarmee ook een positieve impact op het werkplezier. Inwoners zullen een verbetering in zorg en sociaal domein ervaren.

In de regio zijn sectorale architecturen in gebruik en wordt gewerkt met diverse infrastructuren die suboptimaal op elkaar aansluiten door verschillende toepassing van afsprakenstelsels en technische communicatiestandaarden zoals CDA en FHIR. Deze belemmeren de cross-sectorale gegevensuitwisseling, samenwerking en inzet van toepassingen die binnen het netwerk van zorg en sociaal domein (beter) benut kunnen worden.

Voor het derde thema, de parallelle (door-) ontwikkeling van het fundament, heeft de regio heeft een architectuur ontwikkeld op basis van de CumuluZ doelarchitectuur. Deze doelarchitectuur is eveneens getoetst binnen de kaders van de grondplaat voor databeschikbaarheid, het Gezondheids Informatie Stelsel (GIS) uit de Nationale Visie en Strategie (NVS). Voor gegevensuitwisseling en beschikbaarheid van data ten behoeve van netwerksamenwerking, zijn ook generieke functies voorwaardelijk. Midden-Nederland is koploperregio voor zowel Mitz als ZORG-AB.



1.5 Relatie met inhoudelijke (zorg-) transformatieplannen in Midden-Nederland

Met het leggen van het fundament voor digitalisering & gegevensuitwisseling in de regio, wordt een basis infrastructuur gecreëerd. Voorliggend transformatieplan en de inhoudelijke (zorg-) transformatieplannen verhouden zich tot elkaar. De inhoudelijke plannen verwijzen naar dit plan; wij faciliteren hen in de veranderopgave en wij dragen bij aan de realisatie van de inhoudelijke plannen. Daarmee zetten we samen belangrijke stappen in de realisatie van de IZA-doelstellingen.

In onderstaande matrix is een mapping gemaakt van transformatieplannen en –trajecten in de regio, met de usecases in ons plan. De mapping maakt ook duidelijk dat waar er sprake is van een verbinding, en/of waar dit plan en de daarbij behorende activiteiten voorwaardelijk zijn voor het behalen van de ambitie in desbetreffend plan. Al deze plannen en IZA transformatie opgaven, hebben betrekking op zowel zorg als sociaal domein. In de planfase zullen afhankelijkheden en samenhang met andere plannen nader worden uitgewerkt. Er is zorgvuldige afstemming gezocht met alle partijen over de relatie tussen het plan van Trijn en de inhoudelijke plannen.

		Transformatieplan 'Digitalisering en databeschikbaarheid als drijvende kracht voor netwerksamenwerking in Midden-Nederland'									
Regioplan		Thema 1 Netwerksamenwerking en communicatie				Thema 2 Dossierinzage en Gegevensuitwisseling					Fundament
Opgave	Transformatie initiatief	Usecase 1.1	Usecase 1.2	Usecase 1.3	Usecase 1.4	Usecase 2.1	Usecase 2.2	Usecase 2.3	Usecase 2.4	Usecase 2.5	Usecase 0.0
Sterke sociale basis & eerstelijns	Preventieketens	X	X		X	X	X	X		X	X
	Sociale basis	X	X		X			X			X
Gezond ouder worden	Palliatieve zorg	X	X	X	X	X	X	X		X	X
	Realtime inzicht in capaciteit					X		X		X	X
	ONTIE- Ouderen-geneeskundig netwerk thuis in Eemland	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Mentale gezondheid	Mentaal gezondheids-netwerk U16	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Mentaal gezondheidsnetwerk Eemland	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	STOZ hybride netwerkpsychiatrie	X	X	X	X					X	X
	Digitaal Doen (GGZ Centraal)	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	AI Platform in de GGZ (landelijke aanvraag met partijen regio MNL)			X	X					X	X
Acute zorg	Zorgcoördinatie Midden-Nederland		X	X	X	X	X		X	X	X
Passende MSZ	Utrechtse Zorgfabriek	*	*	X	X	*	*	*	*	X	X
	Punt voor Parkinson	X	X	X	X	X	X	X		X	X
	ZMSC/ Regionale Service Centra	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Plannen van StAZ, UMCU, Meander en Diak (in de maak) m.b.t. hybride zorg		X	X	X	*	*	*	*	X	X
Fundament	Arbeidsmarkt	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Fundament	Digitaal vaardig (digi-inclusie)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

* Afhankelijk van de RTA of het (digitale) zorgpad

Voor een drietal inhoudelijke (zorg-)transformatieplannen is in meer detail uitgewerkt wat de precieze samenhang is met onderliggend transformatieplan. De concretisering hebben wij in bijlage 1 van dit transformatieplan uitgewerkt voor het:

1. Transformatieplan “Valpreventie”,
2. Transformatieplan “Mentaal gezondheidsnetwerk (MGN)”, en
3. Transformatieplan “Zorgcoördinatie Midden-Nederland (ZCC/NAZMN)”.

In algemene zin is te zien dat veel inhoudelijke plannen het fundament nodig hebben voor de realisatie. Hierdoor is er altijd een link met het fundament.

1.6 Integrale samenwerking met gemeenten en sociaal domein

Gemeenten en partijen in het sociaal domein spelen een belangrijke rol in het bevorderen van gezondheid en welzijn. Onder het sociaal domein verstaan we alles wat te maken heeft met de ondersteuning van inwoners met een hulpvraag en het versterken van de sociale basis. Het gaat hier in het bijzonder om inspanningen die gemeenten verrichten rondom werk, participatie, zorg en ondersteuning, jeugd, onderwijs en inburgering. In dit transformatieplan richten we ons met name op de ondersteuning van inwoners met een zorgvraag.

Digitalisering binnen het sociaal domein is complex en versnipperd. Dat maakt het voor de U23-gemeenten lastig om de aansluiting te maken met het medisch domein in deze ontwikkelingen. Tegelijk is het voor de inwoner cruciaal dat deze werelden ook digitaal verbonden raken. Het is onwenselijk dat de inwoner te maken heeft met een grote diversiteit aan applicaties en/of communicatieplatformen die een rol spelen in de zorg en ondersteuningsbehoefte.

De inzet zal in het teken staan van de volgende activiteiten en doelen:

- Het versterken van de samenwerking binnen het sociaal domein voor de U23 en welzijn op het thema digitalisering en het (verder) inventariseren, ontwikkelen en uitvoeren van relevante (regionale) usecases die helpen in domeinoverstijgende samenwerking en databeschikbaarheid.
- Het intensiveren van de samenwerking met Trijn door aan te sluiten bij de architectuurraad, de werkgroepen binnen de thema's en het fundament. Daarmee ontwikkelen we best practices die we via een roadmap kunnen implementeren in het sociaal domein.
- Het versterken van digitale inclusie, als randvoorwaarde voor het slagen van de digitale transformatie. Daarbij beogen we de twee IZA fundamenteën digitalisering en digitale vaardigheden uit het regioplan IZA Midden Nederland verder te verbinden.

De doelstelling is dat het sociaal domein binnen één jaar participeert in de uitvoering van meerdere regionale usecases (1.1, 1.2 en 1.4), met als doel betere gegevensuitwisseling, samenwerking en ondersteuning van inwoners met een zorgvraag. Er wordt aangesloten bij het regionale digitale fundament, in samenwerking met de zorgpartners en Trijn. Er heeft een behoefte-inventarisatie op digitalisering plaatsgevonden bij de U23 gemeenten.

In de aanpak wordt gewerkt met één of meerdere koplopergemeenten en aangesloten bij het regionale digitale fundament, in samenwerking met de zorgpartners en Trijn. Deze koplopers nemen het voortouw in de ontwikkeling en toetsing van usecases en de implementatie van digitale oplossingen binnen het sociaal domein. De geleerde lessen en inzichten uit deze praktijkgerichte aanpak worden vervolgens gedeeld en opgeschaald binnen de regio. Op deze manier pakt ook het sociaal domein digitalisering op als mogelijkheid om de ondersteuning en hulp aan inwoners houdbaar en toegankelijk te houden.

1.7 Implementatie strategie van Midden-Nederland

De implementatie strategie van Midden-Nederland is gericht op het realiseren van het fundament voor digitalisering en gegevensuitwisseling in de regio, en de transformatie in de wijze waarop we samenwerken in het netwerk van zorg en sociaal domein. Trijn streeft ernaar om deze strategie door middel van een drietal unieke kenmerken te laten leiden:

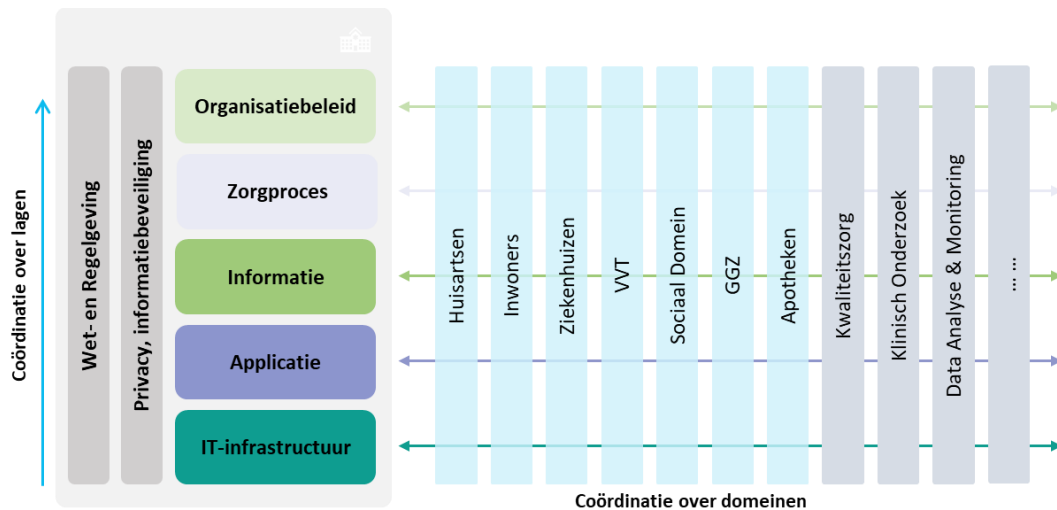
1. **Interoperabiliteit** – door in te zetten op Regionale Transmurale Afspraken (RTA's) ¹

¹ Verzamelnaam voor de regionale transmurale afspraken, zorgpaden en werkafspraken.

2. **Voortbouwen op wat er al is** – inzetten van bestaande technieken, opschalen van gebruik
3. **Wielrennerij** – werken met een kopgroep, peloton en volgers

1.7.1 Interoperabiliteit

In Trijn-verband gaan we altijd uit van de business vraagstukken. Met andere woorden; de bovenste lagen van het interoperabiliteitsmodel. Als je geen afspraken maakt over hoe met elkaar te werken en de zorg en ondersteuning in te vullen dan kun je digitaliseren wat je wil, maar zonder succes.



Nictiz lagenmodel met verticale en horizontale coördinatie

Trijn wordt hierbij gevraagd om zowel de **verticale coördinatie** op de borging van samenhang in activiteiten op alle lagen van het interoperabiliteitsmodel, als de **horizontale coördinatie** voor cross-sectorale activiteiten in samenhang uit te voeren.

Voor zowel de usecases onder thema 1 als thema 2 in onze gezamenlijke ambitie, geldt daarom dat we inzetten op de **RTA's**. Dit is exact waarin zit ook meteen de veranderopgave voor de regio in zit. Want bovenaan staat dat we zaken anders zullen gaan doen. RTA's volgen ook uit sommige inhoudelijke transformatieplannen, zoals de Utrechtse Zorgfabriek. De afspraken zijn dat we de ontwikkeling op elkaar afstemmen en via één kanaal publiceren namelijk de [RTA pagina](#) op de website van Trijn². Vanuit de regionale uitdagingen moeten we transformeren in de wijze waarop we samenwerken in het netwerk van zorg en sociaal domein. Om onze ambitie te realiseren, ontwikkelen we alleen die RTA's die noodzakelijk zijn voor de realisatie van de impact vanuit de usecases onder thema 1 en thema 2.

Het sociaal domein heeft nu (nog) geen RTA's. Onderzocht wordt in hoeverre voor de samenwerking in het netwerk van zorg en sociaal domein, aanpassingen moeten worden doorgevoerd op bestaande RTA's in de regio Midden-Nederland. Bij nieuw te ontwikkelen RTA's wordt het sociaal domein van meet af aan meegenomen en maken zij deel uit van het ontwerpproces. Zodra bepaald is en afspraken zijn gemaakt over hoe we samenwerken, kunnen we een vertaling maken naar de werkprocessen. Concreet betreft dit een **procesontwerp op regionaal- en/of netwerkniveau**. Hiermee gaan we dieper in op het (zorg-)proces tussen en binnen de organisaties.

De veranderopgave gaat echter verder dan de coördinatie over de domeinen heen of op netwerkniveau; de 'conversie' van de RTA's naar lokale, binnen de organisatie geldende (zorg-)

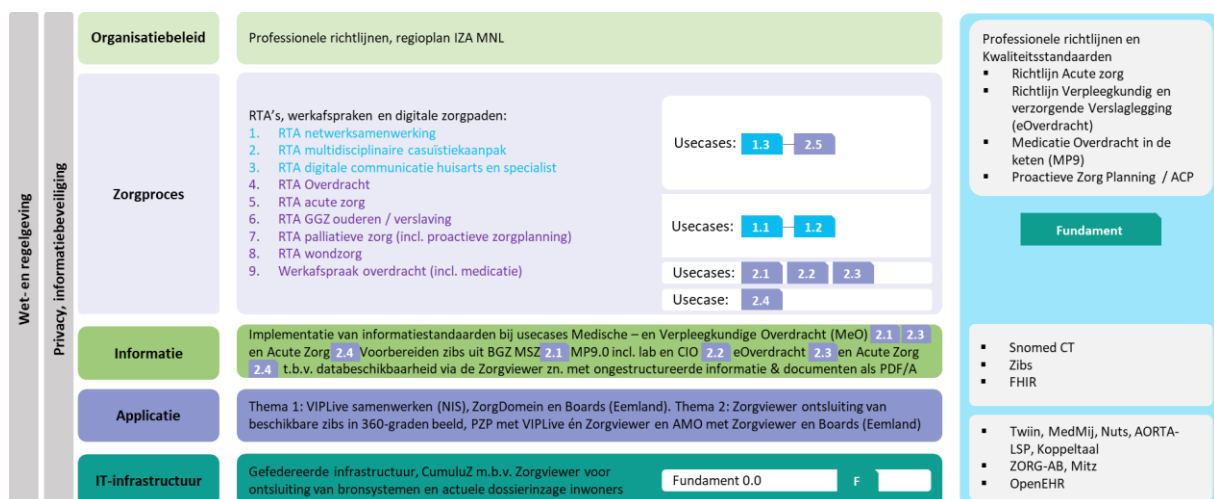
² Om de RTA's vanuit Eemland en die van Trijn (ZOU, Utrecht-West en Stad Utrecht) samen te voegen zijn verdere analyse en advies vanuit DNP nodig.

processen en procedures worden ook geborgd. Vervolgens bepalen we gezamenlijk wie welke **informatie** op welk moment nodig heeft en hoe die informatie beschikbaar wordt gesteld. We gebruiken de landelijke standaarden voor informatie (zoals zorginformatie bouwstenen/zibs, informatie- en Egiz-standaarden, SNOMED, FHIR). De ontsluiting van informatie verloopt via de **applicaties en (zorg-)toepassingen** die we daarvoor zullen inzetten. Ook hierin zit een transformatie, want we gaan van een nu nog gefragmenteerd, naar een meer geharmoniseerd landschap met een rationalisering van (zorg-)toepassingen binnen het netwerk.

Tot slot moet de **IT-infrastructuur** aansluiten op de ambities in de usecases. In de regio is een regionale [digitaliseringsstrategie](#) met regio-architectuur vastgesteld. Zoals onder het derde thema, de parallelle (door-) ontwikkeling van het fundament reeds benoemd, is deze architectuur in lijn met het CumuluZ gedachtengoed en past binnen de kaders van de grondplaat voor databeschikbaarheid.

Voorwaardelijk voor het geheel zijn het werken volgens de vigerende afsprakenstelsels, het gebruik van de beschikbare voorzieningen voor de generieke functies en het hebben van 'schone' data. Dit laatste betekent iets voor hoe we registreren aan de bron. Onder het Fundament wordt e.e.a. in meer detail toegelicht en ook wat van de betrokken organisaties verwacht wordt.

Principe: uitvoering vindt plaats binnen de kaders en richtlijnen van de Nationale Visie en Strategie op het gezondheidsinformatiestelsel (NVS).



1.7.2 Voortbouwen op wat er al is

Het werken aan digitalisering en databeschikbaarheid is niet iets nieuws. We leven immers in een digitaal tijdperk. Het applicatielandschap van organisaties wordt steeds complexer, zo ook voor professionals als inwoners. Voortbouwen op wat er reeds in gebruik is en daar waar mogelijk opschalen in gebruik, is een absolute richting voor de regio. Rationaliseren van het applicatielandschap en het ook durven loslaten van iets 'bestaand' ter ondersteuning van netwerkzorg, maakt hier deel van uit.

Daarnaast is de regio in de afgelopen jaren al gestart met een aantal projecten direct gerelateerd aan de thema's. Daar borduren we op voort. Dit maakt het minimaal invasief voor de regio. In onderstaand overzicht staat aan de linkerkant geduid wat we nu al doen en de rechterkant wat onder IZA en evt. haar opvolger AZWA komt te vallen.

	Huidige projecten	Vervolg van huidige projecten in IZA
1	Programma digitale communicatie HA-Specialist • Programma van eisen opgeleverd; • RTA opgeleverd; • Optimalisatie werkprocessen doorgevoerd; • Proef met kort overleg; • Optimalisatie 'digitale toepassing huidige leverancier' is een tussenstation in afwachting van een duurzame keuze vanuit Cumuluz-toepassing. Netwerkgorg vanuit inwonersperspectief • Visiedocument opgeleverd en plan van aanpak opgeleverd; • Programma van eisen opgeleverd; • Werkspraak opgeleverd; • Keuze voor VIP Live samenwerken (NIS) is een tussenstation in afwachting van een duurzame keuze vanuit Cumuluz-toepassing; • Implementatie VIP Live (NIS) in Utrecht stad voor de huidige OZOverbindzorg-gebr.	Netwerksamenwerking en communicatie (UC 1.2, 1.3) • De verbreding naar overleg met kaderartsen en andere sectoren; • Verbreding implementatie RTA; • Brede uitrol kort overleg; • Duurzame keuze digitale ondersteuning meedenk consulten, kort overleg en (ombuigen) van verwijzingen. Netwerksamenwerking en communicatie (UC 1.1) • Verbreding van de implementatie van de werkspraak naar meer sectoren, meer doelgroepen, meer functionaliteit en de andere subregio's; • Verbreding van de implementatie van de digitale toepassing naar meer sectoren, meer doelgroepen, meer functionaliteit en de andere subregio's; • Het toewerken naar implementatie van de duurzame digitale toepassing in Cumuluz-verband.
2	Minimale eOverdracht (MeO) • Plan van aanpak opgeleverd en RTA eOverdracht in ontwikkeling; • Implementatie MeO bij koplopers en daarna opschaling. Praktijkbeproeving eOverdracht • Technische beproeving databeschikbaarheid overdrachtsgegevens via een viewer voor de GGZ, ambulante GGZ en sociaal domein. Gegevensuitwisseling acute zorg (MSB2.0) • Implementatie van berichten (o.a. 8, 9, 10, 12, 15, 21 en 22). MSB 2.0. • Publicatie van de RTA's Acute zorg op de website van Trijn; • Advies leverancierskeuze digitale zelftriage opgeleverd; • Uitwerking 'regionale inventarisatie gegevensuitwisseling acute zorg' opgeleverd.	eOverdracht (UC 2.3) • Verbreding naar volledige implementatie van de eOverdracht; • Verbreding van beschikbaar stellen van overdrachtsgegevens via een viewer. Acute zorg (UC 2.4) • Implementatie berichten (21, 22, 7, 11, 13, 14); MSB 2.0. • Verdere implementatie RTA Acute zorg; • Implementatie toepassing voor digitale zelftriage; • Inzicht in gegevens voor VVT, GGZ en sociaal domein.
F	Implementatie generieke voorzieningen • De eerste implementaties en voorbereiding voor brede implementatie (focus op Mitz en ZORG-AB). Regionale architectuur • Digitaliseringsstrategie met architectuurontwerp is opgeleverd; • Eerste platen ist en soll zijn opgeleverd en kick-off Architectuurraad.	Implementatie generieke functies • Brede implementatie van de generieke functies, te beginnen met Mitz, ZORG-AB en DEZI-stelsel. Fundament (UC 0.0) • Verdere uitwerking digitaliseringsstrategie en realisatie bronontsluiting via data-integratielaag; • Transitiearchitectuur opleveren.

1.7.3 Wielrennerij

Van het wielrennen hebben we onze strategie afgekeken. We werken met een kopgroep, peloton en volgers. Net zoals in het wielrennen zie je dat renners nog wel eens wisselen tussen de drie. We verwachten dat dit ook geldt voor de realisatie van voorliggend transformatieplan. Om de belasting van inwoners, professionals en organisaties –onze leden en partners– te verdelen, werken we met **koplopers** die al bezig zijn met de huidige projecten onder de thema's en een aanvulling op de verbreding voor het IZA. Sommige partijen kunnen meer belasting aan en zitten met meerdere usecases in de kopgroep.

1.8 Veranderstrategie voor het borgen van resultaten

Netwerksamenwerking en communicatie met het gestandaardiseerd elektronisch uitwisselen van gezondheidsgegevens, is van cruciaal belang om de arbeidsproductiviteit van professionals te verhogen, het dreigende personeelstekort af te wenden en inwoners goede zorg en ondersteuning te kunnen blijven bieden.

Om onze ambitie in de regio te verwezenlijken, vragen we een **majeure cultuur- en gedragsverandering** van organisaties, professionals én inwoners. De noodzaak om in beweging te komen is erkend in de regio, we hebben met elkaar een maatschappelijke opdracht te volbrengen; **het anders organiseren van samenwerking, communicatie, dossierinzage en gegevensuitwisseling in het netwerk**. Bij netwerksamenwerking is er geen vaste (lineaire) volgorde meer in de stappen in het proces. Het gaat om het kunnen ophalen van de juiste gegevens op het juiste moment en op de juiste plek, natuurlijk met waarborgen voor informatieveiligheid en privacy.

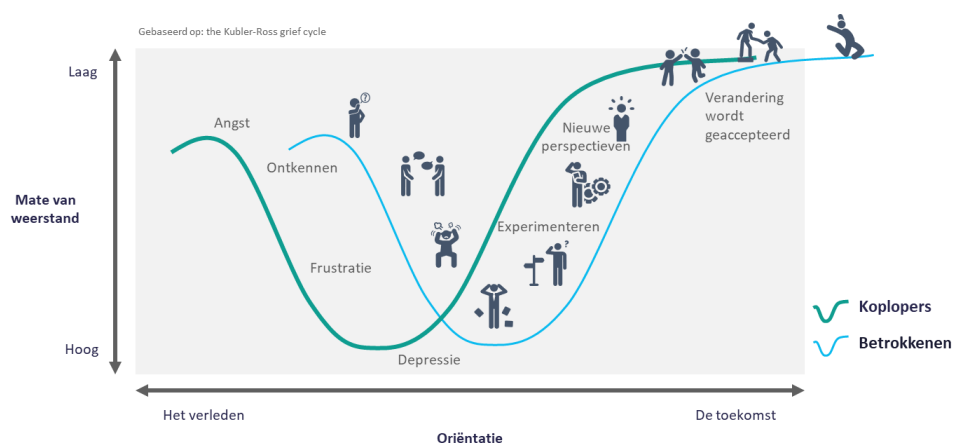
Samen met alle betrokkenen, **leden en partners van Trijn**, hebben we afgesproken dat we anders willen gaan kijken naar a) de samenwerking tussen organisaties over de domeinen heen, b) de rol en betrokkenheid van inwoners in het netwerk én c) inzet van digitalisering en databeschikbaarheid in de regio. Om écht te veranderen, maken we op bestuurlijk niveau en met senior leiderschap regionale transmurale afspraken op beleids- en procesniveau. Ook worden afspraken gemaakt wie op welk gebied het voortouw neemt en welke (gezamenlijke) investeringen nodig zijn. Dit geschiedt vanuit een

waarde gedreven perspectief, een governance model op programma niveau met een verandermanager en –team en vertrouwen dat we hebben opgedaan in de huidige samenwerking.

Voor een blijvende verandering met resultaat, stellen we een **generieke veranderstrategie en -aanpak** voor de regio voor, gericht op de **koplopers en betrokken stakeholders** vanuit verschillende domeinen, sectoren en gebruikersgroepen. In onze aanpak houden we rekening met de verschillende fases uit de verandercurve, om acceptatie van de verandering door alle betrokkenen te realiseren. Ook is in de aanpak ruimte voor sectorspecifieke accenten. De **veranderinterventies en transformatie-activiteiten** waaronder het communicatieplan, worden ingezet op het juiste moment en toegespitst op de verschillende fases en doelgroepen.

In scope van dit transformatieplan is reeds per thema, voor alle usecases én het fundament een kwalitatieve en kwantitatieve impact uitgewerkt. Elk domein, sector en/of individuele organisatie heeft echter een **eigen verandercontext en startpunt**. Iedere persoon die betrokken is bij de verandering volgt zijn/haar eigen verandercurve, met verschillende fases, snelheden en aandachtspunten. Daartoe wordt met een **veranderdiagnose** (change impact analyse) geanticipeerd op wat de transformatie opgaven daadwerkelijk gaan betekenen in praktijk; op inhoud, (zorg) processen, voor professionals, inwoners en technologie.

Op basis van de veranderdiagnose zal het veranderverhaal vanuit de visie voor inwoners, professionals en andere betrokkenen worden (door)ontwikkeld. We willen daarmee borgen dat de benodigde veranderingen niet enkel technisch worden geïmplementeerd, maar ook succesvol worden geadopteerd en gerealiseerd met beoogde impact en waarde voor inwoners en professionals in de regio. Per deelnemende organisatie in de regio worden daarom ook **op maat toegepaste actieplannen** met concrete doelstellingen en veranderinterventies toegepast.



Om de realisatie van dit plan te bewerkstelligen, zullen we op tal van terreinen **specifieke expertise** inzetten, veelal uit de 'eigen' organisatie met daaraan toegevoegd ook (tijdelijke) externe en/of nieuwe interne capaciteit. Want tijdens de regionale transitie moeten de lokale 'winkels' wel gewoon openblijven. Personele krapte in het algemeen en schaarse op IT-capaciteit in het bijzonder, is ons bekend en leidt mogelijk tot extra uitdagingen om onze ambities te realiseren. Voor een heel aantal functies geldt dat het slimmer is om de **capaciteit op regioniveau** te organiseren en niet altijd meer op individueel organisatieniveau. Met ander woorden een regiopool onder Trijn-verband en in te zetten door de organisaties. We denken dan aan o.a. architecten, informatiemanagers, projectleiders, veranderkundigen, CxIO's, FG's/CISO's, functioneel beheerders en projectondersteuners.

Het ontwikkelen van scenario's om samen capaciteit te creëren voor de komende jaren is onderdeel van de uitwerking van ons overkoepelende programmaplan. Denk daarbij aan een regionale pool van

inzetbare capaciteit voor de regio. Bijkomend voordeel is het behoud van kennis en continuïteit vanuit het koploperschap richting opschaling en de fasen van doorontwikkeling en beheer erna. De benodigde faciliteiten worden ook op regioniveau georganiseerd.

1.9 Fasering van het transformatieplan

In het tweede kwartaal van 2024 heeft RSO Trijn een snelle toets ingediend voor de grote ambitie van de regio met het programma 'Digitalisering en databeschikbaarheid als drijvende kracht voor netwerksamenwerking in Midden-Nederland'. Deze is in augustus 2024 door de zorgverzekeraars goedgekeurd. Een intensief traject van afstemming met de leden en partners van Trijn, in werkgroepen en verscheidene gremia als CIO netwerk, Architectuurraad en zorgverzekeraars, om verdere invulling te geven aan het transformatieplan. De opgave blijkt complex te zijn en de samenhang met landelijke ontwikkelingen binnen de kaders van het landelijk dekkend netwerk intens. Initiatieven, applicatie- en integratie ontwikkelingen zoals Zorgviewer en Digizorg gaan door een snelle (door-)ontwikkeling, en het verzoek is neergelegd om meer expliciet synergiën uit te werken, loslaten van inzet op tijdelijke oplossingen en prioriteiten voor de regio meer expliciet uit te werken en primair te laten leiden door wat de leden en partners van Trijn uitspreken als haalbaar voor hun organisatie vanuit de samenwerking in het netwerk van zorg en sociaal domein.

De zorgverzekeraar heeft de kans geboden om met een fasering voor het transformatieplan te komen en deze in behandeling te nemen. **De eerste fase van het transformatieplan richt zich op de periode van Q2 2025 tot en met Q2 2026, een periode van 15 maanden met een beperkte omvang.** Dit stelt RSO Trijn in staat een start te kunnen maken met de uitvoering van het programma 'Digitalisering en databeschikbaarheid als drijvende kracht voor netwerksamenwerking in Midden-Nederland'.

Fase 1 richt zich op het initiëren van een beperkte set van activiteiten uit het transformatieplan daadwerkelijk te kunnen opstarten. Daarin werken we met kopgroepen. Opschaling vindt plaats in fase 2 en verder. Parallel continueren wij de verdere voorbereiding en uitwerking van fase 2 van dit transformatieplan, met inachtneming van aansluiting op de landelijke ontwikkelingen om te komen tot een landelijk dekkend netwerk voor netwerksamenwerking en communicatie.

De hierna volgende hoofdstukken, richten zich op de beschrijving van de scope van activiteiten en resultaten voor de digitaliseringsopgave in fase 1 van het transformatieplan.

2. Focus en scope van fase 1 van het transformatieplan

De ambitie voor de brede digitaliseringsopgave in regio Midden-Nederland is beschreven. De focus van fase 1 van het transformatieplan is gericht op het realiseren van de volgende doelen:

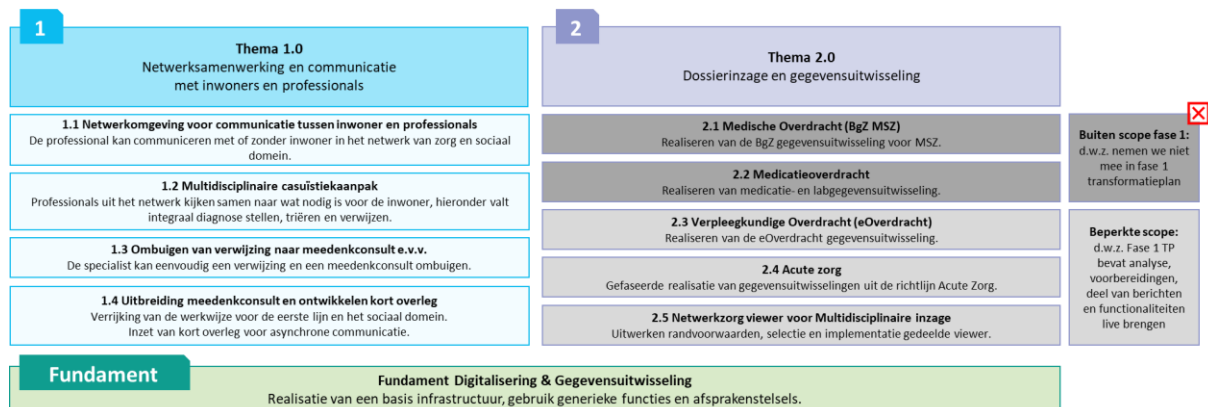
- Borgen van de veranderopgaven in (organisatiebeleid, proces en registratie aan de bron;
- Een platform voor samenwerking in het netwerk van zorg en sociaal domein
- Beschikbaar stellen van data via de Zorgviewer

Met deze doelen hopen we 'wat er al is' zo breed mogelijk beschikbaar te stellen zodat professionals en inwoners daar de baten van ondervinden. Daarnaast willen wij regio Midden-Nederland optimaal voorbereiden op het vervolg van implementatie en transformatie, om zodoende de impact op zorg en sociaal domein te realiseren en beoogde resultaten uit de maatschappelijke businesscase in fase 2 van het transformatieplan te kunnen borgen.

Onze aanpak kenmerkt zich door de wielrennerij waarbij we ook voor **fase 1 Q2 2025 t/m Q2 2026** van ons transformatieplan nauw samenwerken we met kopgroepen.

Alle usecases benoemd onder **thema 1** worden door kopgroepen uitgevoerd. Onder **thema 2** zetten we in fase 1 met de kopgroepen vooral in op databeschikbaarheid én de veranderopgave die daarbij hoort, beperkt op de gegevensuitwisseling. De volledige implementatie van de Wegiz-standaarden vindt plaats in fase 2 en verder, afhankelijk van landelijke ontwikkelingen.

Voor het **fundament** kiezen we voor het verder implementeren van de generieke functies waar we al een start mee hebben gemaakt en het uitvoeren van de rol van Twiin dienstverlener door Trijn. Daarnaast implementeren we als start van een regionaal dataplatform de data-integratie ten behoeve van de Netwerkgorg viewer. Hieronder wordt verstaan het 360-graden beeld van de inwoner door gebruikmaking van de Zorgviewer en de Digizorg app. Tot slot voeren we activiteiten uit de voorwaardelijk zijn aan deze ontwikkelingen, zoals de architectuur- en data-governance.

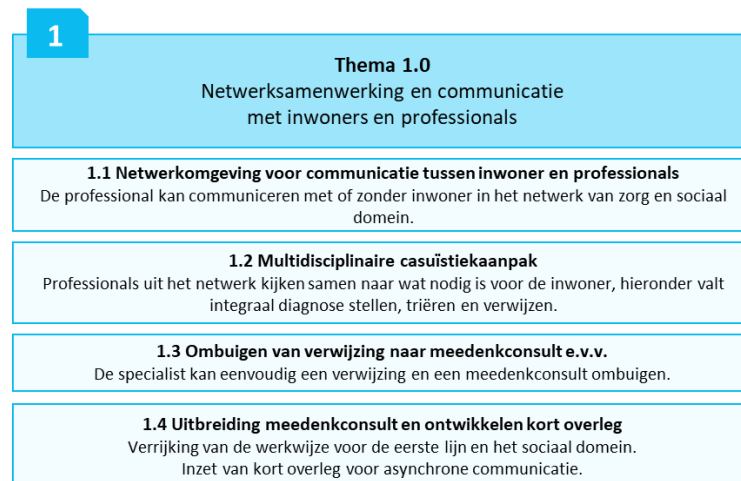


2.1 Netwerksamenwerking en communicatie met inwoners en professionals

Ondersteuning van samenwerking in het netwerk is onze ambitie. In die samenwerking is het belangrijk om gebruik te kunnen maken van elkaars kennis en expertise. Denk aan de expertise uit de derde lijn, bijvoorbeeld op het gebied van verslaving, persoonlijkheidsproblematiek, de ondersteuning van het verkennend gesprek en herstelgerichte behandeling. Maar ook de inbreng van de begeleider uit een

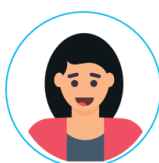
specifieke woonvorm of de kraamverzorgende in de geboortezorg. Met het benutten van elkaars expertise kan onnodige zorg worden voorkomen en wordt de effectiviteit en kwaliteit verhoogd. Thema 1 richt zich op de **digitalisering van communicatie tussen partijen in het netwerk**. Samenwerken tussen de eerste lijn en het sociaal domein is complex. Zowel op het gebied van de werkwijzen, processen, als de ondersteunende toepassingen zitten grote verschillen. Er zullen keuzes gemaakt moeten worden t.a.v. deze drie elementen. Daarmee maken we een harmonisatieslag in inrichting, implementatie en gebruik van functies binnen de gekozen toepassing(en).

Onder thema 1 vallen de volgende usecases:



Met onderstaande casus van Rifa maken we inzichtelijk dat netwerksamenwerking en communicatie met inwoners en professionals essentieel is voor het **voorkomen van onnodige zorg**. Wat we feitelijk opleveren in fase 1 staat uitgewerkt onder de usecases en specifiek bij oplevering.

De reis van Rifa in relatie tot de usecases



Persona Rifa

- Leeftijd: 27
- Heeft een ongezond eetpatroon en overgewicht
- Ervaart stress door financiële problemen en zit in sociale isolatie door schaamte
- Rifa heeft een beperkt informeel netwerk om zich heen

Reis van Rifa

1. Rifa zoekt contact met het buurtteam omdat ze niet meer weet hoe ze verder moet
2. Het buurtteam en praktijkondersteuner (POH) van de huisarts, constateren dat Rifa last heeft van stress en mogelijk last van hartkloppingen
3. Het buurtteam en POH bespreken de casuïstiek met Rifa in een online integrale triage. Besloten wordt haar door te verwijzen naar een cardioloog en schulphulpverlening in te zetten
4. De cardioloog stelt bij beoordeling van de verwijzing vast dat deze niet nodig is en besluit dit om te buigen en te bespreken via een meedenkconsult
5. De schuldhulpverlening wordt ingeschakeld. Ook start zij met een leefstijlcoach een GLL-programma. De leefstijlcoach helpt Rifa in de aanpassingen van haar eetpatroon, dieet en leefstijl. Echt werken aan haar gezondheid kan pas als zij haar geldzaken beter op orde heeft
6. Rifa (en met haar toestemming ook haar naasten) kunnen voor vragen terecht bij het digitale loket van het buurtteam

Usecases Thema 1



Er ligt een enorme veranderopgave als het gaat om het samen werken in een netwerk, zowel op de processen als op informatievoorziening. **RTA's leggen de basis onder de nieuwe manier van werken.**

- De RTA **netwerksamenwerking** gaat over hoe we in de regio samenwerken in een cross-sectoraal netwerk, gericht op de realisatie van een uniform werkproces (UC1.1). Op basis van een zeer beperkte uitwerking moet deze werkafspraak volledig ontwikkeld worden.
- De RTA **multidisciplinaire casuïstiekaanpak** gaat over hoe het buurtteam en de POH samen met de inwoner een aanpak bepalen (UC1.2). Deze is nieuw en moet nog ontwikkeld worden.
- De RTA **digitale communicatie huisarts en specialist**, incl. meedenkconsult, ombuiging naar verwijzing e.v.v. en kort overleg (UC1.3 en UC1.4) gaat in op de wijze waarop organisaties met elkaar kunnen overleggen over een inwoner die wel of niet al ergens bekend of onder behandeling is. Ook het kunnen ombuigen van de verwijzing na een meedenkconsult om onnodige zorg of ondersteuning te voorkomen. Deze RTA is al ontwikkeld en dient aangescherpt te worden.

Voor de implementatie van deze werkafspraken hebben de organisaties menskracht en veranderruimte nodig die nu en straks niet regulier gefinancierd is.

2.1.1 Netwerkomgeving voor communicatie tussen inwoner en professionals

Usecase 1.1 richt zich op een omgeving waarin professionals in het netwerk van zorg en sociaal domein met of zonder de inwoners kunnen communiceren.

Proces Bij samenwerking in een netwerk rondom de inwoner is het belangrijk dat partijen elkaar kunnen vinden, toe kunnen voegen aan het netwerk en met elkaar op laagdrempelige wijze kunnen communiceren en informatie beschikbaar kunnen stellen. Denk daarbij aan wijkverpleging, fysiotherapeuten, maar ook welzijn. Hiertoe ontwikkelen en implementeren we een werkafspraak 'netwerksamenwerking'. Een eerstestedelijke basis is hiervoor al uitgewerkt in het lopende project.

Toepassing In de regio wordt gewerkt met het platform voor netwerksamenwerking vanuit inwonersperspectief (VIPLive Samenwerken voor HUS/Sterkzorg, Unicum Huisartsenzorg en RegiozorgNU, Boards voor Eemland). Het platform voor netwerksamenwerking is vooral bedoeld voor communicatie rondom de inwoner en het beschikken over gegevens die vanuit de inwoner en diens (in)formele netwerk ingebracht worden (zoals vroeger in het keukentafelschrijftje). Daarnaast kunnen inwoners bijvoorbeeld afspraken maken, thuismetingen delen, met professionals beeldbellen, vragenlijsten invullen en is er een chatoptie voor contact met professionals.

In eerste instantie beginnen we met het uitbreiden van het gebruik en het toevoegen van (nieuwe) netwerkpartners (en eventueel functionaliteiten) aan VIPLive Samenwerken in stad Utrecht middels een wijkgerichte aanpak. Parallel gaan we het gebruik binnen de RHO's analyseren en harmoniseren. Hiermee bieden we de eerste ondersteuning voor professionals en inwoners met een digitaal platform zoals beschreven in het transformatieplan netwerken mentale gezondheid.

In aanvulling hierop wordt het aan elkaar beschikbaar kunnen stellen of delen van relevante informatie in verschillende vormen mogelijk via de Netwerkgorg viewer (usecase 2.5). Voor het netwerk mentale gezondheid, de VVT en het sociaal domein is het hebben van informatie over capaciteit en wachttijden relevant. In fase 1 onderzoeken we op welke manier we die zullen ontsluiten: via de Zorgviewer of het Platform voor netwerksamenwerking.

De Digizorgapp zal voor de inwoner de plek worden waar beschikbare informatie getoond wordt en waar de inwoner met professionals kan communiceren. Dat betekent dat in de toekomst mogelijk een aantal functies van VIPLive vervangen worden door de Digizorgapp. We verwachten echter **niet** dat

VIPLive volledig door de Digizorgapp vervangen zal worden. VIPLive bevat immers functionaliteiten betreffende declaraties, chronische zorg, samenwerking eerstelijns, consultatie etc. We zien de verdere in gebruik name van VIPLive dan ook niet als een onnodige investering.

Oplevering De volgende deelresultaten leveren we op:

1. Ontwikkelde en vastgestelde RTA 'netwerksamenwerking'
2. Geïmplementeerde RTA 'netwerksamenwerking' breed in de sectoren
3. Breed gebruikte toepassing VIPLive in de stad Utrecht
4. Waar mogelijk gebruik (nieuw) toegevoegde functionaliteiten VIPLive
5. Uitgevoerde analyse gebruik VIPLive binnen RHO's
6. Uitgevoerde harmonisatie gebruik VIPLive binnen RHO's
7. Uitgevoerd onderzoek voor het netwerk mentale gezondheid, de VVT en het sociaal domein wijze ontsluiten van informatie over capaciteit en wachttijden in kader van verkennend gesprek (via de Zorgviewer of het Platform voor netwerksamenwerking)
8. Uitgevoerd onderzoek voor duurzame financiering voor inzet platform netwerksamenwerking

Koplopers usecase 1.1: HUS/Sterkzorg (huisartsen, apotheken, paramedie), RegiozorgNU, Unicum, Axion Continu, Careyn, ZorgSpectrum, Santé Partners (ouderenzorg en leefstijl) en koplopergemeenten met partijen sociaal domein. Vanuit Eemland; Meander MC, Huisartsen Eemland en VVT organisaties.

2.1.2 Multidisciplinaire casuïstiekaanpak

Usecase 1.2 richt zich op multidisciplinaire casuïstiekaanpak waarbij relevante casus-informatie gedeeld kan worden met andere (zorg)professionals binnen zowel het sociaal als medisch domein. Hiertoe ontwikkelen we een regionale werkafspraken die we vervolgens zullen implementeren.

Proces Om ervoor te zorgen dat inwoners zo snel mogelijk de juiste ondersteuning en zorg op de juiste plek ontvangen, gaat multidisciplinair gekeken worden naar wat nodig is voor de inwoner, welke experts betrokken moeten worden en hoe verdere opvolging en daarmee de aanpak plaatsvindt. In zorgtermen noemen we dit ook wel het integraal diagnose stellen, triëren en verwijzen. Zorgtermen die anders worden begrepen in de paramedie, welzijn en sociaal domein, maar qua functie vaak vergelijkbaar zijn en in registratie of acties weer heel verschillend. Het betrekken van benodigde inzet en expertise dient in de breedte van het netwerk uitgevoerd te worden.

Toepassing Voor de verschillende sectoren en sociaal domein worden daartoe de werkafspraken en het procesmodel waar nodig aangevuld. De digitale ondersteuning wordt verrijkt met voor specifieke doelgroepen passende context en informatiesets. Daartoe zal het bestaande Programma van Eisen (PvE) worden aangevuld en aangescherpt. We maken hierbij ook gebruik van de ervaring die in de regio al is opgedaan vanuit bijvoorbeeld Data Delen Midden-Nederland (MDO platform).

Oplevering De volgende deelresultaten leveren we op:

1. Ontwikkelde en vastgestelde RTA 'multidisciplinaire casuïstiekaanpak'
2. Geïmplementeerde RTA 'multidisciplinaire casuïstiekaanpak' in de betrokken sectoren
3. Gemaakte en vastgestelde RTA's met U23 en welzijnstafel KUS
4. Ingerichte governance incl. coalitie in aansluiting op bovenstaande (12)

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">5. Uitgevoerde consultatiesessies incl. verslaglegging achterban SD6. Eerste concept gemeentelijk beleid7. Uitgevoerd onderzoek mogelijkheden samenvoeging RTA's Eemland en Trijn8. Aangevuld programma van eisen en procesmodellen9. Uitgevoerde analyse passende context en informatiesets |
|--|

Koplopers usecase 1.2: Vertegenwoordiging vanuit de RHO's, VVT, GGZ en sociaal domein en U23.

2.1.3 Ombuigen van verwijzing naar meedenkconsult e.v.v.

Usecase 1.3 is gebaseerd op de samenwerkingsvormen die we al kennen in de regio: het meedenkconsult en het kort overleg in de RTA digitale communicatie. Hiervoor is de huidige werkwijze beschreven in de 'RTA digitale communicatie huisarts en specialist, incl. meedenkconsult, ombuiging naar verwijzing en vice versa (e.v.v.) en kort overleg '.

Proces Huisartsen en specialisten zullen zich specifiek gaan richten op het kunnen ombuigen van een verwijzing naar een meedenkconsult en andersom. Op dit moment zijn meedenkconsult en verwijzen namelijk los van elkaar functionerende paden. Hierdoor kan een medisch specialist in de huidige situatie een verwijzing niet afwijzen en beantwoorden met een meedenkconsult, maar enkel de huisarts vragen om in plaats van een verwijzing een meedenkconsult in te sturen. Dit geldt ook andersom, voor een meedenkconsult toch omzetten in een verwijzing. Dit kost zowel huisartsen als specialisten veel extra tijd en daarom koppelen we deze paden aan elkaar, zowel in proces als in de techniek.

Toepassing In 2024 is een programma van eisen opgesteld waarin beschreven wordt hoe een meedenkconsult kan worden omgebogen naar een verwijzing en omgekeerd. In fase 1 gaan we een keuze maken welke applicatie we hiervoor willen inzetten, op basis van het programma van eisen. Dit scherpen we aan op basis van de laatste inzichten uit andere regio's. De ombuiging als onderdeel van de RTA en de geselecteerde toepassing worden in fase 2 geïmplementeerd.

Oplevering De volgende deelresultaten leveren we op:

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Aangescherpte RTA digitale communicatie huisarts en specialist i.k.v. ombuigingen meedenkconsult naar verwijzing e.v.v.2. Aangescherpt PvE ombuigen verwijzen en meedenkconsult3. Uitgewerkte verkenning ontwikkeling functionaliteit4. Vastgestelde keuze applicatie ter ondersteuning van het ombuigen |
|--|

Koplopers usecase 1.3: Expertgroep vanuit ziekenhuizen en RHO's.

2.1.4 Uitbreiding meedenkconsult en ontwikkelen kort overleg

Meedenkconsult (uitbreiden)

Proces Ter voorkoming van onnodige zorg of ondersteuning en ter verbetering van de kwaliteit ervan, vragen zorg en welzijnspartijen elkaar om mee te denken en advies te geven, zonder directe betrokkenheid in behandeling of ondersteuning.

Toepassing Op dit moment is de uniforme werkwijze voor het meedenkconsult huisarts – specialist ingevoerd. In de regio is voor de communicatie huisarts – specialist gekozen voor het gebruik van één toepassing als het gaat over het meedenkconsult: ZorgDomein. De andere sectoren binnen de eerste lijn en sociaal domein hebben soortgelijke communicatie als het meedenkconsult, maar via verschillende kanalen en toepassingen.

Deze gelijkgerichte werkwijze tussen huisarts en medisch specialisten willen we uitbreiden naar de andere sectoren: de brede eerste lijn en sociaal domein. In fase 1 onderzoeken we welke aanvullingen nodig zijn in de werkafpraak en hoe we deze sectoren kunnen aansluiten bij de bestaande werkwijze en toepassing en welke aanpassingen of uitbreidingen daarvoor nodig zijn. Hiervoor betrekken we een vertegenwoordiging van de brede eerste lijn, het sociaal domein en de U23-gemeenten. In onderstaand overzicht is opgenomen welke functionarissen gebruik moeten kunnen maken van het meedenkconsult in de uitbreiding.

Sector	Uitbreiding meedenkconsult (inwoner niet in behandeling)
Huisartsen	Huisarts / nurse practitioner – kaderarts Huisarts – specialist ouderengeneeskunde Huisarts – psychiater / (klinisch) psycholoog Huisarts / nurse practitioner – apotheker / apothekersassistent Huisarts – crisisteam ZCC Huisarts – sociaal domein
VVT	Specialist ouderengeneeskunde – huisarts Specialist ouderengeneeskunde – specialist Specialist ouderengeneeskunde – crisisteam ZCC Specialist ouderengeneeskunde – sociaal domein
GGZ	Psychiater / (klinisch) psycholoog – huisarts of POH GGZ Psychiater / (klinisch) psycholoog – specialist Psychiater / (klinisch) psycholoog – crisisteam ZCC Psychiater / (klinisch) psycholoog – sociaal domein
Apotheken	Apotheker / apothekersassistent - huisarts / nurse practitioner
ZCC	Crisisteam – huisarts Crisisteam – specialist Crisisteam – specialist ouderengeneeskunde Crisisteam – sociaal domein
Sociaal domein	Sociaal domein – huisarts of POH Sociaal domein – arts /specialist/ verpleegkundige ouderengeneeskunde Sociaal domein – psychiater / (klinisch) psycholoog GGZ Sociaal domein – crisisteam ZCC

Oplevering De volgende deelresultaten leveren we op:

1. Aangevulde RTA digitale communicatie voor de betrokken sectoren
2. Uitgevoerd onderzoek naar mogelijkheden aansluiting op bestaande toepassingen benodigde aanpassingen/uitbreidingen
3. Ingerichte postbussen gekoppeld aan de juiste personen in de organisatie

Koplopers usecase 1.4, meedenkconsult: Expertgroep vanuit Altrecht (GGZ), VVT, ZCC/NAZMN, apotheken, sociaal domein en U23, RHO's.

Kort overleg (ontwikkelen)

Proces Onder kort overleg wordt nu de asynchrone communicatie tussen huisarts en medisch specialist over de bekende inwoner verstaan. In het huidige project digitale communicatie huisarts – specialist wordt onderzocht of een proef met kort overleg gestart kan worden.

Toepassing Doel van het ontwikkelen van kort overleg is om met de huidige beschikbare toepassing, ZorgDomein, ervaring op te doen met deze werkwijze. Bekend is echter dat deze toepassing niet voldoet aan de eisen die gesteld worden door de zorgorganisaties. De grootste uitdaging is het selecteren van een toepassing die voor langere tijd gebruiken gaat worden, het liefst over de sectoren heen en interoperabel met het primair proces systeem (EPD, ECD, HIS, etc.). In fase 1 gaan we een keuze maken welke applicatie we hiervoor willen inzetten, op basis van het programma van eisen dat in 2024 is opgesteld, aangescherpt op basis van de laatste inzichten uit andere regio's.

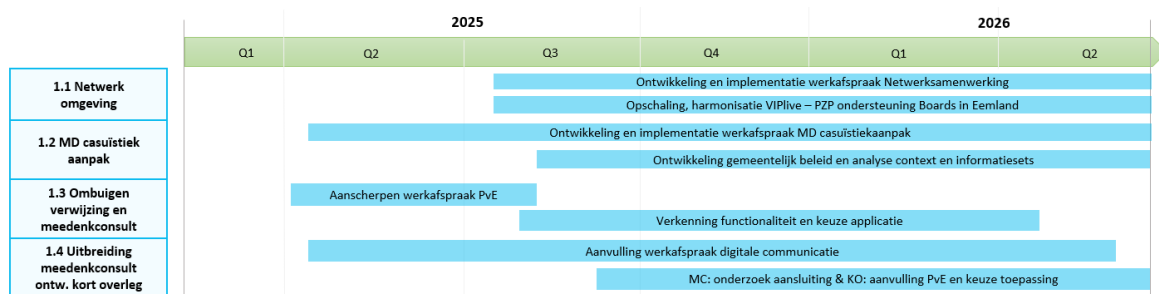
Oplevering De volgende deelresultaten leveren we op:

1. Aangevuld programma van eisen kort overleg op basis van behoefte en laatste inzichten
2. Uitgevoerd onderzoek naar beschikbare toepassingen
3. Vastgestelde keuze toepassing ter ondersteuning van het kort overleg

Koplopers usecase 1.4, kort overleg: Expertgroep vanuit de ziekenhuizen en RHO's.

2.1.5 Detaillering aanpak en activiteiten planning thema 1

In de bijlagen zijn de gedetailleerde uitwerkingen van de planning ([zie planning Thema 1](#)) en uitvoeringsagenda voor alle usecases onder thema 1 opgenomen. Onderstaand is een hoogover visualisatie van deze planning weergegeven.



2.1.6 Begroting thema 1

In onderstaand overzicht staat aangegeven wat wij nodig denken te hebben aan personele inzet en capaciteit, voor het uitvoeren van de vier usecases onder thema 1. Het gaat hier om een overzicht van de rollen vanuit de programma organisatie op regio niveau, rollen voor het regionale implementatie team in de werkgroepen en rollen voor de participatie en inzet vanuit het sociaal domein.

Belangrijk in deze is om te vermelden dat voor thema 1 de inzet voor 92% intern is begroot, en dat het hierbij voornamelijk gaat om functionarissen met kennis van (zorg)inhoudelijke processen en mandaat, zoals (huis)artsen, medisch specialisten of behandelaren. Ongeveer 8% is extern begroot en betreft voornamelijk PMO ondersteuning voor de project- en werkgroepen.

Tot slot zijn in dit overzicht ook de bijkomende kosten voor benodigd materieel weergegeven.

Benodigd personeel (in fte)	Vanuit	2025 Q2-Q4	2026 Q1-Q2	Toelichting/ opmerking
Projectleider	Regio	0,8	0,8	Projectleiderschap voor coördinatie van de 4 usecases onder thema 1
PMO	Regio	0,8	0,8	PMO ondersteuning projectgroep en werkgroepen
Werkgroep leden UC 1.1	(Zorg)organisaties	0,3	0,3	Werkgroepleden met kennis van (zorg)inhoudelijke processen en mandaat (o.b.v. 5 personen per werkgroep)
Werkgroep leden UC 1.2	(Zorg)organisaties			
Werkgroep leden UC 1.3	(Zorg)organisaties			
Werkgroep leden UC 1.4	(Zorg)organisaties			
Inhoudelijk experts	(Zorg)organisaties	0,3	0,3	O.b.v. 5 personen in werkgroepen (4x) - experts
IT experts	(Zorg)organisaties	0,1	0,3	O.b.v. 5-7 IT functionarissen en deelname in werkgroepen
Opleidingsadviseur	(Zorg)organisaties	0,0	0,2	T.b.v. implementatie
Projectleider	Sociaal Domein	3,0	3,0	Projectleider en coördinator sociaal domein en U23 voor thema 1
PMO	Sociaal Domein	0,5	0,5	
Werkgroeplid	Sociaal Domein	3,0	3,0	Representatie in werkgroepen UC1.1, UC1.2 en UC1.4
Inschatting personele kosten (x € 1.000)		€ 1.413	€ 1.043	

Benodigd materieel	2025 Q2-Q4	2026 Q1-Q2	Toelichting/ opmerking
Marketing- en communicatiematerialen	€ 5	€ 3	(stelpost)
Realiseren integraties	€ 39	€ 26	(stelpost)
Marketing kosten Sociaal domein	€ 75	€ 60	
Inschatting materiële kosten (x 1.000)		€ 223	€ 150

Aandachtspunten:

- Programma manager Thema 1 is onderdeel van programmteam

2.1.7 Kwalitatieve en kwantitatieve impactanalyse thema 1

Met de realisatie van de usecases onder thema 1 werken we ook al in de eerste fase toe naar regionale kwalitatieve en kwantitatieve impact.

Met **usecase 1.1** zetten we in op het maken van afspraken in het kader van samenwerking in het netwerk, het vinden van elkaar en het communiceren onderling. Hiermee dragen we zorg voor betere zorguitkomsten door afstemming tussen professionals maar ook met de inwoner.

Usecase 1.2 richt zich nadrukkelijk op de samenwerking met het sociaal domein en het inzetten van het brede netwerk waar dit in de ondersteuning en zorg voor de inwoner nodig is. Dit moet onnodige zorg voorkomen en een verbeterde afstemming opleveren tussen de zorg en het sociaal domein.

Met **usecase 1.3** richt zich ook op het voorkomen van onnodige zorg tegelijkertijd met de focus op de kwaliteit van zorg. Een soepele ombuiging van het meedenkconsult en een verwijzing leidt tot een verbeterde samenwerking tussen de eerste en tweedelij. De inwoner ervaart een soepelere afstemming tussen professionals en onnodig heen en weer verwijzen van de inwoner wordt voorkomen.

Usecase 1.4 breidt het meedenkconsult uit naar andere sectoren zodat onnodige zorg wordt voorkomen, gericht zorg en ondersteuning geboden kan worden waarmee de inwonervaring verbeterd. Zie ook onderstaande uitwerking.



1

Kwalitatieve impact

- Verbetering van kwaliteit van zorg en ondersteuning (ook vanuit gemeenten en sociaal domein) door vermeden ziektelast voor inwoners
- Betere zorguitkomsten en kwaliteit van leven door betere afstemming in zorg- en hulpverlening tussen professionals

2

- Minder herhaling van vragen van professionals gedurende het zorg/ondersteuningstraject
- Meer vertrouwen in zorg en ondersteuning omdat eerder verstrekte informatie bekend is bij professionals
- Soepelere overgang tussen professionals
- Inwoner diens netwerk hebben een beter inzicht en regie in het zorg/ondersteuningstraject

3

- Uniformere, fijnere en efficiëntere samenwerking tussen professionals. Beter afgestemde zorg en ondersteuning, o.a. door betrekken bredere netwerk incl. sociaal domein
- Minder werk gerelateerde stress en meer plezier voor professionals door meer tijd voor zorg/ondersteuningstaken: minder (telefonisch) contact nodig om inzicht te krijgen in situatie van inwoner
- Professionals hebben meer vertrouwen in de informatie die zij hebben/krijgen

4

- Professionals zijn minder tijd kwijt aan afstemmen met andere professionals en het netwerk, omdat zij efficiënter communiceren (minder telefoneren, minder onduidelijkheid, uniformere werkstromen)
- Betere uitkomsten van zorg en ondersteuning leiden tot lagere zorgkosten.
- De inwoner blijft langer en beter in beeld bij de eerste lijn of nulde lijn. Draagt hiermee bij aan preventie en voorkomen van (dure) vervolgzorg
- Inwoner en netwerk hebben meer regie op het proces, leidend tot minder onnodige (zorg)activiteiten (ziekenhuisbezoek, huisartsconsulten, consult maatschappelijk werk etc.)

Kwantitatieve impact

Doelgroep / parameter	Aantal afgewezen digitale verwijzingen (2%) Ca. 8.350 per jaar	Aantal kort overleggen Ca. 5.500 per jaar	Aantal eerste polibezoeken Ca. 556.000 per jaar
Effect van de usecase	2 minuten bespaarde tijd, zowel bij ontvangende als verzendende partij bij administratieve terugkoppeling van afwijzing aan verwijzer	In 10% van de gevallen kan (dure) vervolgzorg in 2 ^e lijn worden voorkomen	1% afname polikliniekbezoeken als gevolg van inzet communicatie in netwerk
Inclusie Onderstaande inclusiepercentages gelden voor alle doelgroepen en effecten (NB: volgorde van implementatie staat nog niet definitief vast)			
2025	5%	0%	0%
2026	10%	10%	10%
2027	20%	20%	20%
2028	40%	20%	30%
2029	60%	20%	40%
Impact			
	Zorgkosten in EUR x 1.000	FTE	
2025	€ 21	0,1	
2026	€ 193	0,2	
2027	€ 400	0,1	
2028	€ 565	0,1	
2029	€ 742	0,0	
Cum. impact t/m 2029	€ 1.901	0,4	

2.2 Dossierinzage en gegevensuitwisseling

Elke organisatie en/of professional in het netwerk van zorg en sociaal domein houdt een apart dossier bij voor een inwoner. Registratie vindt plaats in silo's binnen de kaders van een organisatie en volgens een specifieke ordening passend bij het domein en/of professie. Daarnaast is er géén uniform werkproces voor het overdragen en is afwijkend per type overdracht.

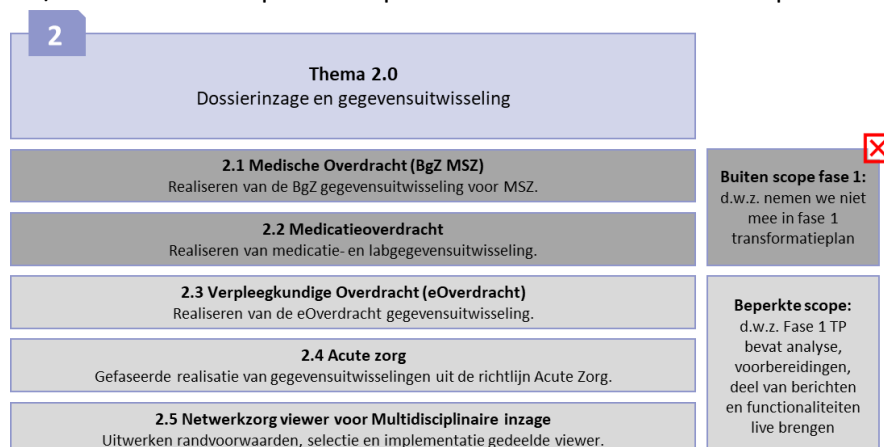
De veranderingen in de zorg raken de informatievoorziening met volle sterkte. Die informatievoorziening is niet alleen volgend op de ontwikkelingen, maar in veel gevallen voorwaardelijk voor de gewenste optimalisatie. Dubbele diagnostiek kan bijvoorbeeld alleen worden voorkomen wanneer afspraken worden gemaakt tussen professionals over welke informatie moet worden verzameld en hoe deze informatie wordt gedeeld, zodat deze kan worden hergebruikt in het vervolgtraject. De informatie-uitwisseling tussen professionals is in de huidige overdrachtssituatie al niet optimaal, maar is op kleine schaal en in ketenzorg vaak nog te overzien met een combinatie van analoge en digitale middelen.

In het geval informatie van een inwoner in parallel moet vloeien binnen het netwerk van zorg en sociaal domein, over de grenzen van organisaties en domeinen, zijn de document gebaseerde uitwisselingsmechanismen van bron naar bron, niet afdoende bruikbaar. Juist ook indien informatie uit voorgaande stappen actief moet kunnen worden hergebruikt in de vervolgstappen. In meeste gevallen vraagt het consolideren en controleren van de informatie uit verschillende analoge en digitale bronnen, in vrijwel alle gevallen menselijke tussenkomst.

Zelfs als alle informatie discreet en volgens de (inter-)nationale standaarden zou kunnen worden gedeeld, is lang niet alle informatie over een inwoner in een bepaald zorgpad of bij ondersteuning en/of begeleiding van een inwoner relevant. De context aan informatie die een professional echt nodig heeft is belangrijk. Hiermee bedoelen wij dat in een acute situatie er een andere informatiebehoefte bij een professional bestaat, ten opzichte van bijvoorbeeld professional die zorg aan huis levert of een psychiater binnen de mentale gezondheidszorg. Professionals zouden niet overladen moeten worden met gegevens die voor hen niet relevant zijn. Dat brengt ook weer de nodige risico's met zich mee. Het is dus noodzaak om naast gegevensuitwisseling, contextuele (je ziet alleen die gegevens die van belang zijn voor jouw professie) inzage middels databeschikbaarheid te realiseren, met eenheid van taal én techniek. Door dossierinzage en digitale overdracht van zorg mogelijk te maken, kan deze informatie direct ingezien worden en zo mogelijk worden hergebruikt.

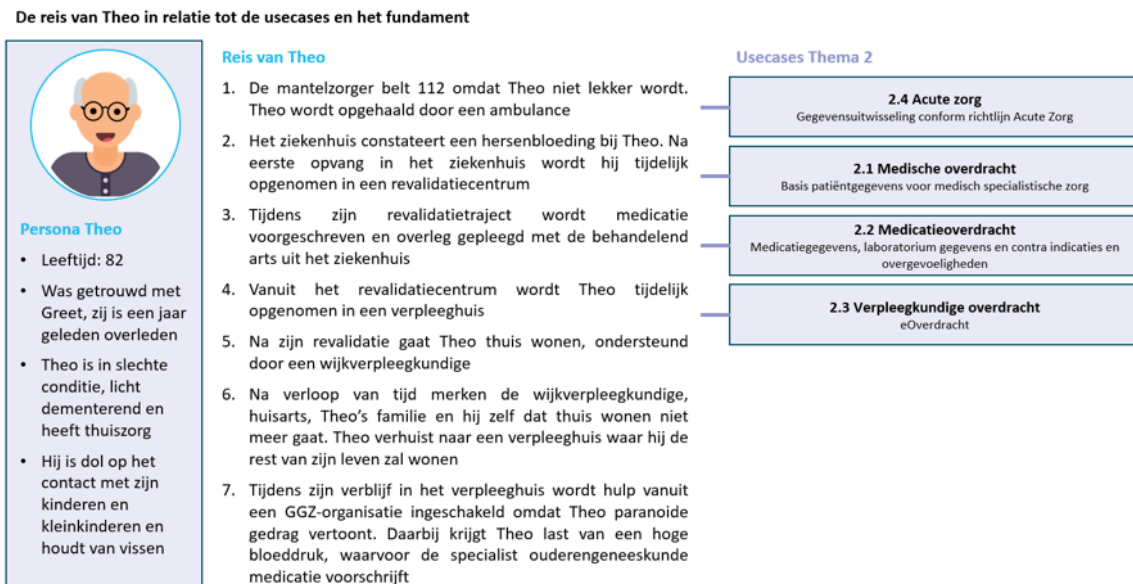
2.2.1 Prioritering en afbakening scope op usecases

Onderstaand het overzicht van usecases onder thema 2. Hierin hebben wij in samenspraak met de leden en samenwerkingspartners van Trijn een prioritering aangebracht, waarbij enkele usecases buiten fase 1 en/of slechts met beperkte scope in fase 1 van dit transformatieplan worden uitgevoerd.



Binnen dit thema is een duidelijke prioritering en keuze gemaakt voor wat er wél of niet zal worden opgepakt binnen de termijn van fase 1 van dit transformatieplan. Hierbij is rekening gehouden met reeds (deels) werkende gegevensuitwisselingen van EPD naar EPD tussen ziekenhuizen én gebruik van de in de Basisgegevensset Zorg (BgZ) voor de medisch specialistische zorg (MSZ) toegepaste zorginformatiebouwstenen (zibs). Deze kunnen worden hergebruikt in de realisatie van dossierinzage.

In de casus van Theo laten we zien dat dossierinzage en gegevensuitwisseling bijdraagt aan beter afgestemde zorg.



Voor de usecases onder thema 2 bekijken we alle lagen van het interoperabiliteitsmodel. Werken vanuit dossierinzage, maar ook met discrete informatie via gestandaardiseerde gegevensuitwisseling, vraagt om een andere manier van samenwerken en op een andere wijze uitvoeren van het werk. Daarbij moeten mensen gedrag afleren. Bijvoorbeeld niet meer standaard bellen of een print meegeven. Mensen moeten ook nieuw gedrag aanleren, zoals:

- Anders registreren en meer context meegeven om de kwaliteit van de data te verbeteren.
- Leren wanneer het relevant is om de viewer te raadplegen.
- Leren omgaan met de info die beschikbaar wordt gesteld.

Daarnaast moeten organisaties geholpen worden bij het voorbereiden op het beschikbaar stellen van de benodigde gegevens (data) via usecase 2.5, de Netwerkgzorg viewer. De Netwerkgzorg viewer in zijn volledigheid bestaat uit de Zorgviewer i.c.m. Digizorg app. Voor fase 1 in dit plan focussen wij ons op de Zorgviewer en een beperkte analyse voor gebruik in de regio.

Het UMC Utrecht zal overigens wel een Proof of Concept (POC), technische beproeving, gaan uitvoeren met de Digizorg app. Daarop aansluitend zal een pilot op een aantal afdelingen binnen het ziekenhuis plaatsvinden, waarna brede uitrol volgt. Het UMC Utrecht vervult hierin een koploperspositie in de regio. De regio wordt actief betrokken in de verkenningfase en verdere uitrol.

Een overzicht van de veranderopgaven onder thema 2, met specifieke bijdragen vanuit de usecases aan gegevensuitwisseling en/of databeschikbaarheid, wordt in onderstaande tabel weergegeven.

Veranderopgave	Gegevensuitwisseling	Databeschikbaarheid
- Ontwikkelen en implementeren werkafpraak overdracht. - Brede implementatie RTA Acute zorg. - Veranderanalyse.	2.1: BgZ wordt buiten dit plan door de MSZ geïmplementeerd. Usecase 2.1 valt zodoende buiten scope van fase 1.	2.5: Patiënt samenvatting / BgZ. Mogelijkheden worden beoordeeld vanuit de reeds beschikbare gegevens van de Netwerkgorg viewer.
	2.2: voor medicatieoverdracht MP9 volgt de regio de landelijke ontwikkelingen. Usecase 2.2 valt zodoende buiten scope van fase 1.	2.5: AMO (en zodra mogelijk de zibs voor lab en CIO). Mogelijkheden worden beoordeeld vanuit de reeds beschikbare gegevens van de Zorgviewer.
	2.3: de minimale eOverdracht (MeO)³ is onderdeel van fase 1. Voor de volledige eOverdracht volgt de regio de landelijke ontwikkelingen en die valt zodoende buiten scope van fase 1.	2.5: Zibs voor de eOverdracht en de bijbehorende informatie via PDF. Mogelijkheden worden beoordeeld vanuit de reeds beschikbare gegevens van de Zorgviewer.
	2.4: berichten MSB ⁴ : – 8/9/10/12 (75% inmiddels geïmplementeerd).* – 15 (10% inmiddels geïmplementeerd).* – Implementatie van 7 en 14 (spoedsamenvattingen) Daarnaast wordt gedurende fase 1 van het TP gewerkt aan bericht 8, 9, 10, 12 en 15f Onderzoek naar een eventuele start van berichten 21 en 22. *status is per instelling verschillend.	2.5: proactieve zorgplanning (PZP) ⁵ . We hebben als einddoel het uitwisselen van de zib BehandelAanwijzing2-v2.0.1(2024NL) - Zorginformatiebouwstenen tussen de bronsystemen en inzage hierin over de domeinen (VVT, ZH, HA etc).

In de hiernavolgende secties, worden de veranderopgaven vanuit het perspectief van de bovenste lagen van het interoperabiliteitsmodel nader toegelicht. Daarna gaan we dieper in op de onderste lagen van het Nictiz model.

2.2.2 Uniforme regionale processen voor (acute) overdracht en dossierinzage

De RTA's en de veranderanalyse zijn ook hier cruciaal voor het realiseren van de veranderopgave. Er ligt een enorme veranderopgave als het gaat om het samen werken in een netwerk, zowel op de processen als op informatievoorziening. **RTA's leggen de basis onder de nieuwe manier van werken.**

- De RTA **Overdracht** gaat over meer dan het overdragen van gegevens tussen en over sectoren of domeinen heen. Het gaat ook over welke informatie er benodigd is en conform welke

3 Via een apart traject de eerste implementatie van de minimale eOverdracht (MeO) en daarna een verbreding naar meer organisaties. Dit doen we m.b.v. POINT, ZorgDomein en EPD's/ECD's. De regionale projectleider wordt voor de beperkte implementatie van de MeO betaald door ICTU. Deze financiering komt per 2026 te vervallen.

4 Regio MNL ontvangt geen financiering vanuit MSB 2.0. NAZMN en Zorgcoördinatie bouwen in hun transformatieplannen voort op (financiering van) activiteiten via dit plan.

5 Het ondersteunen van PZP verloopt in de combinatie Netwerk Zorgviewer en VIPLive. Voor PZP leunen we op de uitwerkingen die door Zorgring al zijn gemaakt t.a.v. proces en standaarden. Met de leveranciers werken we toe naar gestandaardiseerde vastlegging en uitwisseling van PZP volgens de daarvoor bestemde ZIBs.

standaard. Hier vallen de patiëntsamenvatting o.b.v. de BgZ MSZ (medische overdracht), verpleegkundige overdracht, medicatieoverdracht en beelduitwisselingen onder. De werkspraak zal ook verwijzen naar de kwaliteitsstandaarden en richtlijnen 'Medicatieoverdracht in de keten', 'Verpleegkundige overdracht' en 'Gegevensuitwisseling Acute Zorg'. De (business) usecases welke zijn opgenomen in deze (Wegiz) kaders, zullen mede richting bepalen. Na implementatie hanteert de regio een uniform werkproces voor het overdragen en beschikbaar stellen van gegevens.

- De RTA **Acute zorg** is ontwikkeld en moet regiobreed worden geïmplementeerd. Na implementatie hanteert de regio een uniform proces voor het overdragen van gegevens tussen SEH-HAP-Meldkamer-Ambulance en de reguliere zorg.

Voor de implementatie van de RTA's hebben de organisaties menskracht en veranderruimte nodig die nu en straks niet regulier gefinancierd is. Een **analyse** wordt zowel op regio- als op sectorniveau gemaakt voor de veranderopgave. Deze gaat in op de menskant, de processen, de (informatie)technologie en de data. Op basis van deze analyse wordt een **veranderplan** voor de regio en per sector gemaakt.

2.2.3 Eenheid van taal voor gegevensuitwisseling en databeschikbaarheid

Eénduidige registratie en het gebruik maken van 'dezelfde taal', is een andere belangrijk component bij verandermanagement. Bij het goed kunnen delen en gebruiken van zorginformatie is het belangrijk dat de (zorg)informatie voor de ene professional dezelfde betekenis heeft als voor de andere professional. Wanneer een inwoner bijvoorbeeld een allergie heeft, moet de manier waarop de 'ernst' van de allergie (bijvoorbeeld '++' voor een ernstige allergie) wordt weergegeven, voor alle gebruikers van deze zorginformatie dezelfde betekenis hebben. Naast eenheid van taal is ook het registreren van de data aan de bron en in de juiste velden (en dus niet alles in een vrij tekstveld), een belangrijke gedragsverandering voor een deel van de professionalzorgverleners.

Dit zijn punten waar wij binnen het verandermanagement breed aandacht aan zullen schenken. Het gaat dan met name om een stuk bewustwording bij eindgebruikers. Dit zal onder andere worden gedaan door een communicatiecampagne op te zetten. Waar wij naartoe willen is naar een situatie waarbij professionals elkaar aanspreken op hun registratie gedrag.

2.2.4 Implementatie van de Verpleegkundige Overdracht (eOverdracht)

Usecase 2.3 Verpleegkundige overdracht (eOverdracht) richt zich op de realisatie van het digitale overdrachtsbericht in het proces van overdragen van zorg voor een inwoner.

Proces De verpleegkundige overdracht is een eindevaluatie van het zorgproces tot aan het moment dat een inwoner is overgeplaatst en de zorg voor een inwoner is overgedragen en kan worden gecontinueerd door de verpleegkundige of professional die verantwoordelijk wordt voor de zorg voor de inwoner. Dit kan een tijdelijke of permanente (en acute of geplande) overdracht zijn, aan een andere verpleegkundige of professional.

Het doel van deze usecase is om het reeds ingezette project binnen de regio verder vorm te geven en uiteindelijk te komen tot een volledige eOverdracht in de regio. Dit laatste is geen reële doelstelling binnen fase 1, maar is wel de transformatie waarop is ingezet voor de komende jaren.

Toepassing Er is een richtlijn “Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging” waarin kwaliteitseisen worden gesteld aan de informatie die wordt vastgelegd tijdens het verpleegkundig proces, en welke informatie moet worden gedeeld bij overdracht van zorg. Daarnaast wordt in de richtlijn de (business) usecase voor het verpleegkundig proces en verpleegkundige overdracht. De eOverdracht is echter de informatiestandaard voor de verpleegkundige overdracht die gericht is op het overdragen van zorg zonder informatieverlies. Het doel is om gegevens eenmalig vast te leggen om deze vervolgens te kunnen hergebruiken en verrijken in de zorgketen. De informatiestandaard eOverdracht is gebaseerd op zorginformatiebouwstenen en is bedoeld om de kwaliteit van de overdracht te verbeteren door relevante gegevens vast te leggen in het elektronisch zorgdossier. De eOverdracht zorgt voor een betere, snellere en efficiëntere overdracht van gegevens, waarbij de kans op fouten in het zorgproces kleiner wordt en continuïteit van zorg beter kan worden gewaarborgd.

Voor de regio bereiden wij een RTA Overdracht voor, welke breder is dan de eOverdracht zoals gedefinieerd en geprioriteerd onder de Wegiz; namelijk het gaat niet enkel over de verpleegkundige overdracht, maar ook het proces van databeschikbaarheid van gegevens tussen sectoren en/of over domeinen heen vanuit verschillende professionals, informatiestromen en zibs.

Trijn ondersteunt zorg- en welzijnsorganisaties in de regio Midden-Nederland bij de technische implementatie en het beheer van eOverdracht informatiestandaard en gegevensuitwisseling tussen organisaties. De regio is reeds gestart met de implementatie van de Minimale eOverdracht (MeO). Vanuit de samenwerking met koplopers, wordt dit project voortgezet onder fase 1 van dit transformatieplan. De minimale eOverdracht is een set van 14 zorginformatiebouwstenen(zibs) uit de volledige eOverdracht informatiestandaard met 57 zibs. Er wordt toegewerkt naar opschaling en aansluiten van meer zorg- en welzijnsorganisaties na de koplopers.

De eOverdracht geeft daarmee invulling aan de door Wegiz verplicht gestelde elektronische gegevensuitwisseling, door zorg- en welzijnsorganisaties te ondersteunen bij digitale en gestandaardiseerde overdracht van verpleegkundige zorggegevens. Afspraken worden stapsgewijs in elektronische dossiers ingebouwd en implementatie loopt in principe door tot de Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) in januari 2027 van kracht wordt. Om het eOverdrachtsbericht te realiseren en de benodigde activiteiten uit te kunnen voeren en verder te kunnen opschalen, werkt de regio samen vanuit een drietal werkgroepen aan de MeO. Dit proces wordt vanuit de regio ondersteund middels:

- Implementatiebegeleiding | Technische ondersteuning bij aansluiting op landelijke standaard
- Systeemintegratie | Koppeling van EPD's, ECD's en zorginformatiesystemen
- Beveiliging en compliance | Zorgdragen voor veilige gegevensuitwisseling volgens Wegiz
- Begeleiden werkgroepen techniek, zorg, privacy en beveiliging, communicatie en opleiding binnen het project MeO.

In voorbereiding op de eerste live gang van de MeO lopen de volgende activiteiten bij de koplopers:

- In beeld brengen van het proces en de actoren bij de MeO met de werkgroep Zorg;
- Benodigde technische aanpassingen intern bij de organisaties met de werkgroep Techniek;
- Testen van de MeO, eerst met functioneel beheerders en daarna met de zorgmedewerkers (werkgroepen Zorg en Techniek);
- Opstellen van communicatie-, instructie- en trainingsmateriaal;
- Opstellen van de DPIA met de werkgroep Privacy en Beveiliging;
- Afstemming met de leveranciers en overige regio's voor toepassing van lessons learned, en verbeteringen en/of aanpassingen in de bronssystemen;

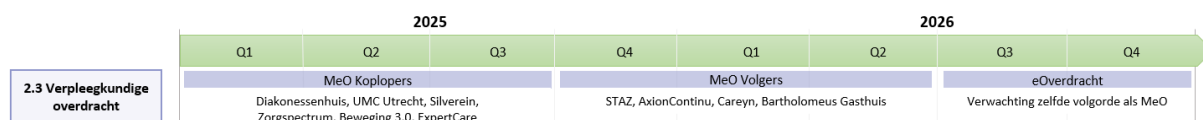
- Opstellen van werkafspraken, voor een uniform werkproces in de regio, voor de eOverdracht.

Wanneer bovenstaande activiteiten zijn afgerond, kunnen we live gaan met de eerste MeO en gestructureerde gegevensuitwisseling tussen organisaties. Verwachting hiervoor is juli 2025.

Oplevering In onderstaande tabel staan de deelresultaten voor usecase 2.3 weergegeven.

1. Ontwikkelde en vastgestelde RTA 'Overdracht'
2. Geïmplementeerde RTA 'Overdracht' breed in de sectoren
3. Resultaat rapport brede implementatie koplopers MeO (Minimale eOverdracht)
4. Overzicht huidige initiatieven en applicaties
5. Gedetailleerd plan van aanpak inclusief communicatieplan
6. Organisatie en draaiboek voor implementatie
7. Regionale werkafpraak verpleegkundige overdracht
8. Adoptie nieuw proces MeO opgenomen in werkproces bij koplopers (Q2 2025 - Q3 2025)
9. Adoptie nieuw proces MeO opgenomen in werkproces bij volgers (Q3 2025 – Q4 2025)
10. Adoptie nieuw proces MeO opgenomen in werkproces bij alle organisaties (Q4 2025 - Q1 2026)
11. Adoptie nieuw proces eOverdracht opgenomen in werkproces bij alle organisaties (Q4 2025 - Q4 2026)

Koplopers van usecase 2.3 Verpleegkundige Overdracht: Diakonessenhuis, UMC Utrecht, Silverein, Zorgspectrum, Beweging 3.0 en ExpertCare.



Bij een succesvolle realisatie van de MeO bij koplopers, gaan de volgers aan de slag. We maken zoveel mogelijk gebruik van hetgeen al is gedaan bij de koplopers. We willen breed communiceren met de overige ziekenhuizen en VVT-organisaties (die laatste via de IVVU) over de voortgang van de MeO bij de koplopers en volgers en daarmee de overige organisaties enthousiasmeren en een voor een aanhaken. Wanneer dit precies gaat gebeuren, is niet helemaal duidelijk. De eerste livegang staat met potlood gepland aan het einde van het tweede kwartaal 2025. We verwachten dat we in de loop van 2026 kunnen gaan starten met de overige organisaties (buiten de koplopers en volgers).

Begroting De regio wordt in 2025 nog ondersteund door een projectleider vanuit ICTU, de gedelegeerd opdrachtgever vanuit het Ministerie van VWS Langdurige Zorg. Deze ondersteuning is vanuit een pool van projectleiders onder programmabureau eOverdracht. Deze pool is na VIPP InZicht - versnellingsprogramma welke m.i.v. 1 juli 2023 is beëindigd- onder Bureau eOverdracht gestart op het 3-jarig implementatietraject (gestart 1 september 2023). Dit met als doel het realiseren van de kritieke massa t.b.v. de algemene maatregel van Bestuur (AMvB) onder de Wegiz.

Voor het bewerkstelligen van de veranderopgave in de regio en juist binnen de deelnemende organisaties, wordt naast de projectleider MeO echter geen verdere financiering geboden. De inzet van de bemensing van de werkgroepen zowel vanuit het programmabureau als het regionaal implementatie- en veranderteam, is daartoe in dit transformatieplan fase 1 opgenomen. Deze inzet is specifiek bedoeld voor de technische realisatie en beheer van de eOverdracht gegevensuitwisseling, de transformatie in de manier van (samen-)werken waaronder het uniformeren van het overdrachtsproces en het sturen op eenheid van taal in de registratie aan de bron.

In onderstaand overzicht staat aangegeven wat wij nodig denken te hebben aan personele inzet en capaciteit, voor het uitvoeren van deze usecase 2.3 Verpleegkundige overdracht. Het gaat hier om een overzicht van de rollen vanuit de programma organisatie op regio niveau, rollen voor het regionale implementatie team en in de werkgroepen. Voor de realisatie van deze usecase in fase 1, is de interne en externe inzet evenredig verdeeld (~50-50). Daarbij is de inzet vanuit de (directe) zorg voornamelijk intern en de ondersteunende diensten zoals PMO, communicatie, informatiemanagement en architectuur extern begroot zijn. In het overzicht zijn ook de bijkomende kosten voor benodigd materieel weergegeven.

Benodigd personeel (in fte)	Vanuit	2025 Q2-Q4	2026 Q1-Q2	Toelichting/ opmerking
Projectleider	Regio	0,3	0,3	Projectleider eOverdracht
PMO	Regio	0,3	0,3	PMO ondersteuning projectgroep eOverdracht
Communicatieadviseur	Regio	0,1	0,1	Communicatie ondersteuning Projectgroep
Opleidingsadviseur	Regio	0,1	0,1	T.b.v. implementatie
Projectleider / Coördinator	(Zorg)organisaties	0,3	0,3	Projectleider / coördinator in regio afspraken per organisatie (4)
Verpleegkundige	(Zorg)organisaties	0,0	0,0	In werkgroep Zorg – Transferverpleegkundige, afdelingsverpleegkundige/CNIO, verpleegkundige
Werkgroepid	(Zorg)organisaties	0,0	0,0	In werkgroep Zorg – Afvaardiging Regionaal coördinatiecentrum
Applicatiebeheerder	Ziekenhuis	0,0	0,0	In werkgroep Zorg – Applicatiebeheerder ECD/EPD
Architect	Ziekenhuis	0,1	0,1	In werkgroep Techniek – Solution Architect
Informatiemanager	(Zorg)organisaties	0,1	0,1	In werkgroep Techniek – Informatie Management
Technisch - / Applicatiebeheerder	(Zorg)organisaties	0,2	0,2	In werkgroep Techniek – Technisch & Functioneel Applicatiebeheer
Functionaris gegevensbescherming	(Zorg)organisaties	0,1	0,1	In werkgroep IB&P - Privacy en beveiliging
Security Officer	(Zorg)organisaties	0,1	0,1	In werkgroep IB&P - Privacy en beveiliging
Opleidingsadviseur	(Zorg)organisaties	0,1	0,1	Samenwerking met werkgroep Zorg en veranderteam
Inschatting personele kosten (x 1.000)		€ 524	€ 359	

Benodigd materieel	2025 Q2-Q4	2026 Q1-Q2	Toelichting/ opmerking
Marketing- en communicatiematerialen	€ 5	€ 3	(stelpost)
Realiseren integraties	€ 51	€ 26	(stelpost)
Inschatting materiële kosten (x 1.000)	€ 56	€ 30	

2.2.5 Implementatie van databeschikbaarheid Acute zorg

Usecase 2.4 Databeschikbaarheid Acute zorg is het (deels) implementeren van de beschikbare informatiestandaard Acute Zorg. Binnen fase 1 van de uitvoering van het Transformatieplan gaan wij de reeds ingeslagen weg onder Met Spoed Beschikbaar 2.0 voortzetten, bij de koplopers in de acute zorgketen. Naast het implementeren van (selectieve) berichten en gegevensuitwisseling in het netwerk acute zorg volgens de wettelijke bepaling, zal er een focus liggen op het beschikbaar kunnen stellen van data, met als doel een betere continuïteit van zorg en zorguitkomsten.

Proces In veel acute situaties is het van levensbelang dat professionals in de acute zorgketen, zoals verpleegkundig centralisten van de meldkamer ambulancezorg (MKA), ambulancezorgprofessional, huisartsen, professionals op de huisartsenpost (HAP) en professionals op de Spoedeisende Hulp (SEH), in één oogopslag relevante zorg gegevens en de informatie over de acute situatie van een inwoner kunnen overzien. In de acute zorgketen zijn binnen een kort tijdsbestek vaak verschillende professionals bij de zorg betrokken en gaat het om voor hen onbekende inwoners. Dit maakt het nog belangrijker en waardevoller om de (actuele) data van een inwoner beschikbaar te maken of om deze gegevens elektronisch te delen voor continuïteit van zorg. Dit geldt ook voor de terugkoppeling vanuit de verleende spoedzorg in de acute zorgketen, naar de huisarts voor een accurate dossiervoering.

Toepassing In 2022 is de [richtlijn Gegevensuitwisseling acute zorg](#) gepubliceerd. Er staat onder andere in wie welke informatie wanneer uitwisselt. Op basis van deze richtlijn is de informatiestandaard Acute Zorg ontwikkeld, welke verschillende berichten bevat waarmee professionals in de acute zorg gegevens uitwisselen. Terwijl er in de regio gewerkt wordt aan de realisatie van (een selectie) van berichten uit de informatiestandaard, is de belangrijkste meerwaarde van deze inspanning gericht op het creëren van eenheid van taal en techniek. In samenwerking met leveranciers worden informatiesystemen ingericht met de benodigde zibs en worden (zorg)professionals meegenomen in de transformatie gericht op de registratie aan de bron om te komen tot de eenheid van taal.

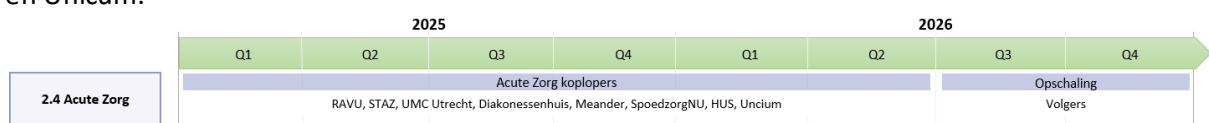
Het regionaal implementatieteam richt zich op de realisatie van berichtnummers 11 (Spoedsamenvatting Huisarts naar AMB en/of SEH), en 14 (rapportage van AMB en/of SEH naar Huisarts). Waar mogelijk wordt opgeschaald naar berichtnummers 8 (vooraankondiging Ambulance naar SEH), 9 (interventie en beloop), 10 (overdracht), 12 (SEH → AMB Terugkoppeling) en 15 (AP → SEH Huisarts- en triagistverwijzing)

Met het beschikbaar komen van de zibs binnen de acute zorgketen, streven we naar het beschikbaar kunnen stellen van de acute zorg dataset(s) via de Netwerkgorg viewer voor andere domeinen. Te denken valt aan de beschikbaarheid van gegevens binnen GGZ, VVT en GZ via een 360-graden beeld in de viewer, in een acute (zorg) situatie.

Oplevering De volgende deelresultaten leveren we op:

1. Ontwikkelde en vastgestelde RTA 'Acute zorg' is geïmplementeerd voor een uniform proces van gegevens overdracht tussen SEH-HAP-Meldkamer-Ambulance
2. Geïmplementeerde, berichtnummers 11 en 14, binnen de koplopersgroep.
3. Testresultaten m.b.t. de implementatie van de hierboven benoemde informatiestandaarden.
4. Rapportage m.b.t. live-gang, waarin ook de lessons learned zijn opgenomen.
5. Plan voor de uitrol van de informatiestandaarden naar de rest van de regio.
6. Plan voor de implementatie van overige informatiestandaarden, zoals bericht 21 en 22.

Koplopers usecase 2.4 Acute zorg: RAVU, STAZ, UMC Utrecht, Diaconessenhuis, SpoedzorgNU, HUS, en Umicum.



Begroting De regio ondersteunt en coördineert de activiteiten rondom gegevensuitwisseling in de acute zorg. Zorgaanbieders in de acute zorgketen worden begeleid in de transformatie om te voldoen aan de richtlijn en de gegevensuitwisseling die nodig is om de informatievoorziening binnen de acute zorg adequaat te ondersteunen. Dat doen we onder andere door:

- aan te sluiten bij de plannen van NAZMN en landelijke ontwikkelingen incl. Met Spoed Beschikbaar 2.0;
- de realisatie, tests en implementatie van de landelijk vastgestelde informatiestandaarden en elektronische gegevensuitwisseling binnen de Acute Zorg te coördineren;
- de verbinding te leggen tussen regionale zorgpartijen in de acute zorgketen, zodat zij gebruik kunnen maken van elkaars ervaringen;
- de RTA's te publiceren.

Om de opgaven voor de acute zorg te realiseren, wordt er gewerkt onder leiding van een projectleider op regioniveau, in werkgroepen met een representatie van (zorg)professionals uit de zorgorganisaties binnen de acute zorgketen. In onderstaande tabel staat aangegeven wat wij nodig denken te gaan hebben voor het uitvoeren van usecase 2.4 Acute zorg. Het gaat hier om een overzicht van de rollen binnen het regionaal implementatie team en de werkgroep, alsmede de bijkomende kosten voor integraties en communicatie. Voor de realisatie van deze usecase in fase 1, is de interne inzet net iets kleiner berekend dan de externe inzet (43% versus 57%). Ook hier is de inzet vanuit de (directe) zorg zoals CMIO's of triagist voornamelijk intern en de ondersteunende diensten zoals projectleiders en PMO en IT-experts extern begroot zijn. In het overzicht zijn ook de bijkomende kosten voor benodigd materieel weergegeven.

Benodigd personeel (in fte)	Vanuit	2025 Q2-Q4	2026 Q1-Q2	Toelichting/ opmerking
Projectleider	Regio	0,6	0,6	Projectleider Acute Zorg regio MSB, ook VVT & GGZ ontsluiting
Projectleider / Coördinator	(Zorg)organisaties	0,2	0,3	Projectcoördinator
Werkgroep lid	(Zorg)organisaties	0,3	0,3	Triagist in werkgroep MSB en databeschikbaarheid VVT/GGZ
CMIO/ CNIO/ CX(I)O	(Zorg)organisaties	0,2	0,3	Inhoudsdeskundigen met kennis van (zorg)processen en mandaat
IT expert	(Zorg)organisaties	0,1	0,3	In werkgroep Techniek – Technisch beheerder informatiesystemen
Inschatting personele kosten (x 1.000)		€ 480	€ 540	

Benodigd materieel	2025 Q2-Q4	2026 Q1-Q2	Toelichting/ opmerking
Marketing- en communicatiematerialen	€ 5	€ 3	(stelpost)
Realiseren integraties	€ 51	€ 26	(stelpost)
Inschatting materiële kosten (x 1.000)	€ 56	€ 30	

Aandachtspunten:

- Kunnen de leden de interne inzet waarmaken / intern compenseren.

2.2.6 Implementatie van de Netwerkgorg viewer (Zorgviewer)

Usecase 2.5 Netwerkgorg viewer richt zich primair op het beschikbaar stellen van data via de digitale zorgtoepassing Zorgviewer. Daarbij gaan we in fase 1 uit van alles wat RIVO-Noord al heeft ontwikkeld. Alles wat nog ontwikkeld moet worden, implementeert onze regio in fase 2 en verder. In fase 2 introduceren we usecase gewijs additionele functionaliteit. We voeren een hiënanalyse uit voor wat de 'as is' versie betekent voor de informatiebehoefte binnen andere plannen.

Proces Het doel van usecase 2.5 is om een grote stap voorwaarts te zetten in de beschikbaarheid van data voor professionals. Hier zijn de laatste jaren al wel wat stappen in gezet, maar de dagelijkse praktijk is nu nog dat veel brieven over en weer worden gestuurd tussen zorgorganisaties, gemaild, gebeld en soms zelfs nog gefaxt. Een situatie die niet toekomstbestendig is. Professionals moeten toegang hebben tot informatie op het moment dat zij dit nodig hebben, ook in spoed situaties. De Zorgviewer haalt dat op uit verschillende bronsystemen en toont de data in een overzichtelijk format voor de eindgebruiker. Deze data kan alleen worden opgehaald en ingezien na toestemming van de inwoner.

Toepassing De technische implementatie van de Zorgviewer is beperkt qua complexiteit, daar er veelal met bestaande koppelingen (API's) wordt gewerkt, voor het uitwisselen en/of beschikbaar stellen van data door zorgaanbieders. Organisaties moeten zelf contact opnemen met de leverancier van hun bronsysteem om de Zorgviewer in hun eigen bronsysteem te kunnen gebruiken en worden daarin ondersteund vanuit het programma.

De grootste component bij de implementatie van de Netwerkzorg Viewer, is de nieuwe manier van werken. Enerzijds betreft dit de registratie aan de bron volgens de standaarden en zibs die worden (of reeds zijn) ingebouwd in de bronsystemen. Dit geldt voor de zibs die vallen onder de toegepaste informatiestandaarden uit usecase 2.1 (BgZ MSZ) en usecase 2.2 (Medicatieoverdracht), en usecase 2.3 (Verpleegkundige Overdracht) en 2.4 (Acute zorg) in het bijzonder. Deze dragen bij aan de standaardisatie van gegevenssets en eenheid van taal, welke voorwaardelijk zijn voor het discreet en gestructureerd beschikbaar stellen van deze datasets en/of geselecteerde zibs. Dit beschikbaar stellen geschiedt via usecase 2.5 Netwerkzorg viewer en bijbehorende digitale zorgtoepassingen van de Zorgviewer en Digizorg. Hiermee bereiden we de regio voor op het voldoen aan de eisen vanuit de Wegiz en de NVS.

Anderzijds krijgen professionals vanuit hun eigen bronsysteem de mogelijkheid om naar de Zorgviewer te gaan en een 360-graden beeld te raadplegen van deze inwoner. Zij krijgen informatie van collega's dus op een heel andere manier dan ze gewend zijn aangereikt. En dan is er ook de component hoe je met alle verkregen informatie omgaat. De informatie komt vanuit verschillende hoeken. Zowel uit onze eigen regio als bovenregionaal. Dat is anders dan met een reguliere verwijzing, waar vaak vanuit één brongegevens worden gedeeld. Wel worden bijvoorbeeld referentiewaarden bij labwaarden per organisatie getoond, aangezien deze kunnen verschillen per organisaties. Dit vergemakkelijkt de analyse en verkleint het risico tot misinterpretatie van deze gegevens.

De Zorgviewer biedt professionals de mogelijkheid om brede inzage te hebben in het dossier van de inwoner. Waar voorheen veel met losse brieven, faxen, telefoontjes gewerkt werd, hebben professionals nu direct toegang tot de informatie van collega's uit het netwerk. Dit geeft de professional een breed beeld, waardoor afwegingen nauwkeuriger kunnen worden gemaakt.

In bijlage 2 staan de uitgangspunten gedefinieerd voor de realisatie en de ontsluiting van data via de Netwerkzorg viewer. Voor de implementatie van de Zorgviewer zijn wij afhankelijk van de ontwikkel roadmap van RIVO-Noord. Elke organisatie dient zelf de overeenkomsten (contract, SLA, verwerkersovereenkomst) met RIVO-Noord te ondertekenen, waarmee wij vanaf Q3 2025 kunnen aansluiten bij de Zorgviewer. Wij hebben dan ook een stem in de roadmap voor het ontsluiten van andere bronsystemen en de prioritering hierin. Binnen de regio hanteren wij de visie dat wij zo min mogelijk 'tijdelijke' oplossingen willen implementeren. Voorbeeld hiervan is de tijdelijke aansluiting via VIPLive, totdat het bewuste HIS kan worden ontsloten door de Zorgviewer.

Bronsystemen die reeds (Q2 2025) kunnen worden ontsloten met de Zorgviewer:

- [Chipsoft Zorgplatform](#) (UMC Utrecht, (Diakonessenhuis en Meander MC, volgen in 2026)
- [Epic](#) via Intersystems Iris Healthshare (St Antonius Ziekenhuis)
- [Topicus VIPLive](#) (RegiozorgNU, HUS)

Een aantal nieuwe databronnen staan op de **roadmap 2025 van RIVO-Noord** voor de ontsluiting van de Zorgviewer. Dit zijn voor de VVT organisaties de ECD's van Nedap ONS, eCare Puur, en Ysis van Gerimedica, voor de apothekers Pharmapartners en voor de eerstelijnszorg Sanday en CGM. In *bijlage 3* staat een overzicht opgenomen welke organisatie met welk systeem werkt, in de regio. Verdere opschaling naar andere partijen (denk aan HIS leveranciers), zullen naar waarschijnlijkheid in de (nabije) toekomst snel volgen.

Databeschikbaarheid via de digitale zorgtoepassing Digizorg app

Voor het gewenste 360-graden beeld heb je zowel de inwoner als de professional kant nodig. Dat betekent dat de integratie van Digizorg en Zorgviewer daarbij van belang is. De Zorgviewer heeft als focus de beschikbaarstelling van gegevens aan de professional; Digizorg heeft als focus de beschikbaarstelling van gegevens aan de inwoner. In fase 1 wordt door UMC Utrecht gestart met de in gebruik name van Digizorg en is daarmee koploper voor de regio. In fase 1 wordt tevens gestart met de regionale analyse voor het gebruik van Digizorg binnen de regio en wordt de regio actief betrokken bij de in gebruik name bij UMC Utrecht.

Verkenning uitbreiding gebruik Boards over meerdere usecases regio Eemland

Regio Eemland gaat fase 1 gebruiken voor een verkenning naar het (actueel) medicatie overdracht. Daaruit volgt een plan om -al dan niet- in fase 2 het gebruik van Boards verder op te schalen ter ondersteuning van meerdere usecases. Met het oog op harmonisatie van digitale toepassingen in de regio, zal ook worden gekeken naar andere (bestaande) applicaties. Zodat we de lessons learned van zowel Boards als zorgviewer kunnen ophalen. Dit om vooral te kijken naar de behoefte van de professionals om efficiënter te kunnen samenwerken.

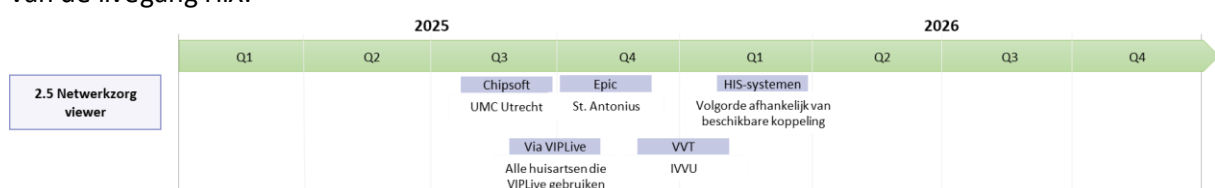
Het ondersteunen van het proces en functionaliteit ten behoeve van Pro Actieve Zorgplanning (PZP), verloopt in de combinatie netwerkzorg viewer (usecase 2.5) en VIPLive. Voor PZP leunen we op de uitwerkingen die door de ACP-Coalitie al zijn gemaakt ten aanzien van proces, informatie en standaarden. Met leveranciers en professionals werken we toe naar (ondersteuning van) gestandaardiseerde registratie en vastlegging van behandelwensen in het kader van PZP. Eemland zal hiermee starten en middels Boards deze usecase realiseren. In dit transformatieplan worden middelen aangevraagd voor de technische uitvoering hiervan. Palliatieve zorg Eemland is in de lead van het project en de (veranderende) processen die daarbij horen.

In bijlage 3 staat een schrijven opgenomen betreffende de samenhang van de verschillende Transformatieplannen voor Eemland en Trijn.

Oplevering De volgende deelresultaten leveren we op:

1. Uitgevoerde hiëtenanalyse Zorgviewer 'as is' in relatie tot inhoudelijke plannen
2. Gerealiseerde SSO-koppelingen in EPDs / ECDs voor het ontsluiten van de data in de Zorgviewer (als toepassing)
3. Een 360-graden beeld met (zorg-)data in de Zorgviewer
4. Gerealiseerde randvoorwaarden zoals benodigde overeenkomsten
5. Een beschikbaar gestelde en in gebruik genomen Zorgviewer door de koplopers
6. Georganiseerde inbreng uit de regio in de roadmap Zorgviewer
7. Verbeterde registratie aan de bron en uniforme nieuwe manier van werken
8. Georganiseerde betrokkenheid bij in gebruik name Digizorg door UMCU
9. Gestandaardiseerde registratie en vastlegging behandelwensen voor PZP in Boards (Eemland)

Koplopers usecase 2.5 Netwerkzorg viewer: UMC Utrecht, St Antonius Ziekenhuis, RegiozorgNu, Unicum, HUS, en VVT volgt zodra beschikbaar. Meander MC volgt in 2026. Wanneer precies hangt af van de livegang HiX.



Bij succesvolle implementatie van de zibs en het ontsluiten van de informatie (onder het fundament), kan ook in 2026 het beschikbaar stellen van deze data in een acute situatie via een 360-graden beeld in de Netwerkgorg viewer (usecase 2.5) worden verkend voor de GGZ, VVT, GZ en mogelijk GGD en Veilig Thuis.

Begroting Voor de implementatie van de werkwijze m.b.v. een viewer hebben de organisaties menskracht en veranderruimte nodig die nu en straks niet regulier gefinancierd is. De kosten van de Netwerkgorg viewer vallen onder het plan van RIVO-Noord. Wel kunnen we via dit plan wellicht bijdragen aan versnelling in de ontwikkeling van de Netwerkgorg viewer. Er zijn afspraken gemaakt met RIVO-Noord om de uitrol van de Zorgviewer in onze regio te starten vanaf Q3 2025. De exacte volgorde van aansluiten van de koplopers wordt nog bepaald. Dit is mede afhankelijk van hoe snel de contracten zijn getekend door de verschillende organisaties, met RIVO-Noord.

Onderstaand staat aangegeven wat wij nodig denken te gaan hebben voor het uitvoeren van de usecase 2.5. Het gaat hier om een overzicht van de rollen binnen het regionaal implementatie team en werkgroepen, alsmede de bijkomende kosten. Voor usecase 2.5 Netwerkgorg viewer, is de interne inzet kleiner begroot t.o.v. de externe inzet (35% versus 65%). De projectleiders functie betreft coördinatie op regio niveau met specifieke (technische) kennis in samenhang met de Zorgviewer van RIVO-Noord. Overige project- en werkgroepleden zijn intern voorzien en betreft voornamelijk informatie- en datamanagement en representatie vanuit de (directe) zorg. Daarnaast is projectmanagementondersteuning voor de organisaties opgenomen.

NB. De begroting voor DNP/Eemland is separaat opgenomen en verwerkt onder “Algemeen”, net als de inzet voor het (zorg)transformatie team.

Benodigd personeel (in fte)	Vanuit	2025 Q2-Q4	2026 Q1-Q2	Toelichting/ opmerking
Projectleider	Regio	1,2	1,0	Projectleider Netwerkgorg Viewer (incl minimale PMO support)
Projectleider / Coördinator UC2.5	(Zorg)organisaties	0,4	0,4	Project coördinatoren/ zorgorganisaties (koplopers)
Informatiemanager	(Zorg)organisaties	0,4	0,4	In totaal, gemiddeld 2u p/w per koploper organisatie (5)
Werkgroep lid	(Zorg)organisaties	0,4	0,4	In totaal, gemiddeld 2u p/w per koploper organisatie (5) met kennis van (zorg)inhoudelijke processen en mandaat
Inschatting personele kosten (x 1.000)		€ 392	€ 708	

Benodigd materieel	2025 Q2-Q4	2026 Q1-Q2	Toelichting/ opmerking
Marketing- en communicatiematerialen	€ 5	€ 3	(stelpost)
Inschatting materiële kosten (x 1.000)	€ 5	€ 3	

2.2.9 Kwalitatieve en kwantitatieve impactanalyse thema 2

Met de realisatie van de usecases onder thema 2 werken we ook al in de eerste fase toe naar regionale kwalitatieve en kwantitatieve impact.

Met **usecase 2.3 Verpleegkundige Overdracht** zetten we in op het maken van afspraken in het kader van overdracht in het netwerk van zorg, en uitwisselen van de MeO tussen ziekenhuizen en VVT. Hierdoor ontstaat een verbeterde continuïteit van verpleegkundige zorg bij overplaatsing en een verminderde administratieve last voor professionals. RTA's worden gemaakt en de standaardisatie in registratie aan de bron voor gegevensvastlegging en -uitwisseling bewerkstelligd. Verpleegkundigen in

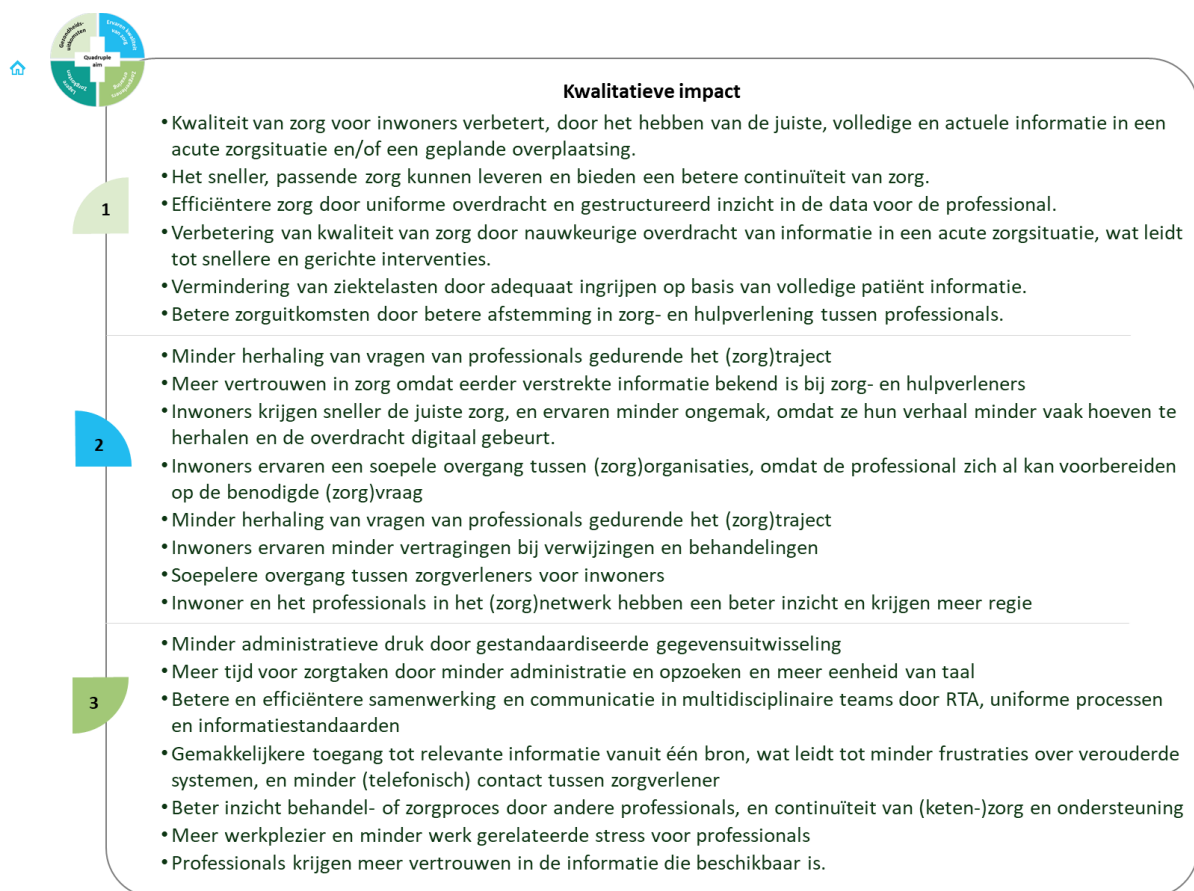
het netwerk van zorg, zullen aanzienlijk minder administratieve lasten ervaren, meer werkplezier en tijdsparing bij ontvangst van een elektronische verpleegkundige overdracht. Hiermee dragen we zorg voor betere zorguitkomsten door gegevensuitwisseling tussen professionals. **Usecase 2.4 Databeschikbaarheid Acute Zorg** richt zich nadrukkelijk op de realisatie van de spoedsamenvattingen en rapportages tussen huisartsen, ambulances en SEH. Elektronische gegevensuitwisseling in de acute zorgketen moet leiden tot:

- ✓ betere gezondheidsuitkomsten;
- ✓ een efficiënter zorgproces;
- ✓ kwalitatief betere zorg.

Met de implementatie van selectieve berichten voor de Acute zorg en het beschikbaar stellen van data via de Netwerkgorg viewer, verwachten wij een regionale tijdswinst door betere databeschikbaarheid in de acute keten in 2026.

Met **usecase 2.5 Netwerkgorg Viewer** zetten we vol in op de realisatie van databeschikbaarheid middels de Zorgviewer als toepassing voor professionals. Het realiseren van de multidisciplinaire dossierinzage heeft in algemene zin en per (zorg)toepassing specifieke kwalitatieve impact.

Het merendeel van de kwantitatieve impact van de digitale transformatie in de regio en het implementeren van de Zorgviewer, wordt toegerekend aan de data-ontsluiting en het beschikbaar stellen van de data aan professionals. Hierbij wordt uitgegaan van het hergebruik van data en zo mogelijk kunnen overnemen en verrijken van de data. Deze kwantitatieve impact is echter doorgerekend op het niveau van realisatie van alle usecases in dit transformatieplan en het fundament. Realisatie van usecase 2.5 vindt plaats in nauwe samenhang met het fundament.





4

Kwalitatieve impact

- Digitale aanvragen en een gestandaardiseerd overzicht van de overdracht besparen professionals tijd, die ze aan zorgtaken kunnen besteden.
- Voorkomen van verkeerde behandelingen, dubbele diagnostiek, onnodige heropnames en verspilling van materiaal door missende of foutieve informatie, wat leidt tot minder uitgaven.
- Verlagen van kosten zorgmiddelen en papier.
- Efficiëntere zorgketen met minder tijdsverlies door geautomatiseerde digitale overdracht, resulterend in minder administratieve lasten en kostenbesparing
- Voorkomen van onnodige gezondheidsschade en onnodige zorgkosten door effectievere en efficiëntere zorg
- Betere kwaliteit en continuïteit van zorg, met als gevolg dat een inwoner sneller de juiste zorg krijgt en minder onnodige zorg geleverd krijgt of bedden bezet houdt.
- Professionals zijn per saldo minder tijd kwijt aan handelingen rond medicatie (voorschrijven, verstrekken, toedienen) omdat zij minder tijd kwijt zijn aan het verifiëren
- Minder zorghandelingen zoals ziekenhuisopnames of consulten bij huisartsen, instellingsartsen of de spoedeisende hulp door afname incidenten
- Verlagen van kosten zorgmiddelen en papier.

Zorgtoepassing specifieke kwalitatieve impact



360-graden beeld

- Meer passende zorg kunnen leveren door het hebben van een compleet beeld van de inwoner.
- Makkelijker samen kunnen werken met andere professionals rond een inwoner.



Actueel medicatie overzicht

- Minder ongewenste interactie tussen medicijnen door het niet op de hoogte zijn van medicatie gebruik.
- Betere zorguitkomsten door het passend kunnen voorschrijven van medicatie of het aanpassen van het huidige medicatie gebruik.
- Minder navragen bij de inwoner.



Proactieve zorgplanning (PZP)

- Meer regie en autonomie bij de inwoner over haar/zijn zorgproces.
- Betere communicatie tussen de inwoner en de professional over haar/zijn wensen.
- Minder stress en onzekerheid bij inwoners en hun naasten door het vastleggen van toekomstige medische interventies.

Kwantitatieve impact usecase 2.3 Verpleegkundige Overdracht

Doelgroep	# Verpleegkundige overdrachten van en naar het ziekenhuis	# Verpleegkundige overdrachten van en naar de VVT	# Verpleegkundige overdrachten van en naar de GGZ	# Heropnames in het ziekenhuis
Effect van de usecase	10 min tijdswinst bij verzending, 15 min tijdswinst bij ontvangst	5 min tijdswinst bij verzending, 60 min tijdswinst bij ontvangst	5 min tijdswinst bij verzending, 34 min tijdswinst bij ontvangst	Afname van heropnames met 1%
Inclusie <i>Onderstaande inclusiepercentages gelden voor alle doelgroepen en effecten en zowel voor de verzendende als de ontvangende partij (NB: volgorde van implementatie staat nog niet definitief vast)</i>				
2025	35%	35%	35%	20%
2026	71%	71%	71%	50%
2027	90%	90%	90%	80%
2028	95%	95%	95%	90%
2029	95%	95%	95%	95%
Impact				
	Zorgkosten in EUR x 1.000		FTE	
2025	€ 384		4,8	
2026	€ 810		9,9	
2027	€ 1.067		12,6	
2028	€ 1.168		13,5	
2029	€ 1.212		13,6	
Cum. impact t/m 2029	€ 4.641		54,5	

Kwantitatieve impact usecase 2.4 Acute Zorg

Doelgroep	Tijdsbesparing acute situaties van/naar VVT en GGZ ca. 4.200 per jaar	Tijdsbesparing door impl. MSB berichtnr. 7, 11, 13, 14 ca. 3.800 per jaar	Kostenbesparing door voorkomen onnodige zorghandelingen	
Effect van de usecase	30 minuten bespaarde tijd per overdracht van/naar GGZ 30 minuten bespaarde tijd per overdracht van/naar VVT	Bericht #13: 30 seconden tijdsbesparing per uitwisseling Bericht #14: 90 seconden tijdsbesparing per uitwisseling	75 euro besparing per voorkomen onnodige zorghandeling, als gevolg van: - Effecten VVT en GGZ - Implementatie berichtnummers 7, 11, 13, 14	
Inclusie				
Onderstaande inclusiepercentages gelden voor alle doelgroepen en effecten en zowel voor de verzendende als de ontvangende partij (NB: volgorde van implementatie staat nog niet definitief vast)				
			VVT/GGZ	Berichtnummers
2025	0%	6%	0%	6%
2026	10%	25%	20%	25%
2027	20%	25%	40%	25%
2028	40%	25%	40%	25%
2029	80%	25%	80%	25%
Impact				
	Zorgkosten in EUR x 1.000		FTE	
2025	€ 22		0,2	
2026	€ 126		1,0	
2027	€ 166		1,3	
2028	€ 225		1,7	
2029	€ 330		2,4	
Cum. impact t/m 2029	€ 869		6,6	

Kwantitatieve impact usecase 2.5 Netwerkzorg viewer		
Doelgroep	Tijdswinst bij Arts/Medisch specialist/Arts-assistent door het niet meer bij elkaar hoeven te zoeken van informatie vanuit 360-graden beeld en tijdswinst door het voorkomen van aanvullende diagnoses	Reductie in tijd van GZ psycholoog door direct toegang te hebben tot een actueel medicatieoverzicht (AMO) van de cliënt/patiënt
Effect van de usecase	3 minuten besparing per overdracht vanuit Arts/Medisch specialist 5 minuten besparing per overdracht vanuit Arts-assistent 8 minuten besparing per overdracht door voorkomen van aanvullende diagnoses	Tijdsbesparing tijdens intake, per verstrekking, en bij ontslagmomenten
Inclusie <i>Onderstaande inclusiepercentages gelden voor alle doelgroepen en effecten en zowel voor de verzendende als de ontvangende partij (NB: volgorde van implementatie staat nog niet definitief vast)</i>		
2025	20%	0%
2026	50%	10%
2027	100%	20%
2028	100%	80%
2029	100%	80%
Impact		
	Zorgkosten in EUR x 1.000	FTE
2025	€ 295	1,8
2026	€ 3.636	38,0
2027	€ 7.540	76,6
2028	€ 26.328	281,4
2029	€ 27.292	283,7
Cum. impact t/m 2029	€ 65.092	681,5

2.2.10 Detaillering aanpak en activiteiten planning thema 2

In de bijlagen zijn de gedetailleerde uitwerkingen van de planning ([zie planning Thema 2](#)) en uitvoeringsagenda voor alle usecases onder thema 2 opgenomen. Bij de uitwerking van de usecases onder thema 2 is reeds een hoogover visualisatie van deze planning weergegeven.

2.3 Fundament

Het fundament bevat de digitaliseringsstrategie en bijbehorende doelarchitectuur. Deze ondersteunen de uitwerking van de thema's en is daarmee voorwaardelijk.

2.3.1 Detaillering aanpak en activiteiten Fundament

In fase 1 van het transformatieplan zetten we in op de volgende onderdelen:

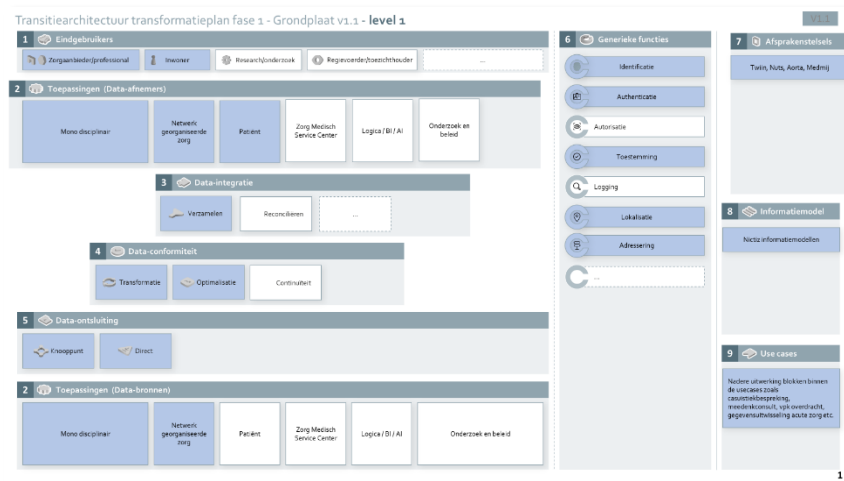
1. Het opstellen en realiseren van de **regionale architectuur data governance** waaronder:
 - a. Een regionale architectuurraad met leden uit betrokken sectoren die toetst en adviseert over te maken keuzes in relatie tot de doelarchitectuur. Deze is inmiddels gestart.
 - b. Een gremium voor advisering over informatiebeveiliging en privacy (IB&P), zoals een regionale privacy commissie. Deze is in oprichting.
 - c. Herijking van uitgewerkte architectuurprincipes gebaseerd op de [DIZRA](#) en die van [RSO NL](#), en door ontwikkelen vastgestelde principes vanuit de digitaliseringsstrategie RSO Trijn. Deze is inmiddels gestart en voorzien zijn van de essentie, rationale en implicaties van deze principes voor de regio Midden-Nederland.
 - d. Het uitwerken en implementeren van fundamentele ontwerpkeuzes voor het inrichten van een regionale data-infrastructuur en architectuurprocessen aan de hand waarvan

ontwikkelingen kunnen worden getoetst aan de doelarchitectuur. Bijv. bij de beoordeling en selectie van toepassingen. Uitwerkingen vinden momenteel plaats.

2. Een **transitiearchitectuur** als onderdeel van de routekaart, die ons van IST naar SOLL leidt:

De SOLL-situatie is hoogover in onderstaande plaat uitgewerkt, gebaseerd op de grondplaat voor databeschikbaarheid. Deze wordt in detail uitgewerkt en zal als leidraad dienen voor de resultaten in fase 1. Dit omvat onder andere het analyseren van de huidige situatie, het formuleren van doelstellingen en het implementeren van concrete stappen om verandering te realiseren en tot onze uiteindelijke doelarchitectuur te kunnen komen. Het zijn de tekeningen incl. maten voor de bouw van ons droomhuis. De transitiearchitectuur heeft als doel te komen van fragmentatie naar harmonisatie en de realisatie van gegevensuitwisseling en databeschikbaarheid. Een voorbeeld hiervan is om te komen tot een gestandaardiseerde dataset, waar mogelijk met zibs, voor het tonen van de labwaarden in de Zorgviewer. Zo worden er per dataset afspraken gemaakt in de regio.

Dit draagt bij aan plateau 1 en 2 van de Nationale Visie en Strategie op het gezondheidsinformatiestelsel ([NVS](#)) (zie ook bijlage voor grotere weergave).



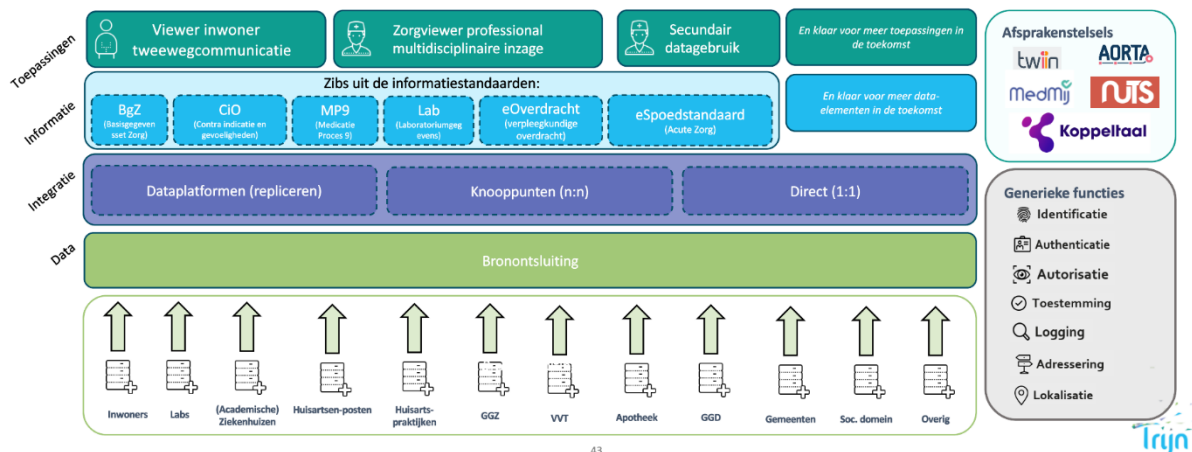
3. De **doelarchitectuur** als stip op de horizon waar we naartoe werken:

Door het stap voor stap realiseren van onderstaande regionale **doelarchitectuur**, wordt databeschikbaarheid en dossierinzage mogelijk gemaakt over vier verschillende lagen. Daarbij hoort het ontsluiten van bronnen uit verschillende domeinen, de integratie van de data, de ontsloten data-elementen op basis van zibs en de mogelijkheid tot inzage van gegevens via een viewer. Het verwezenlijken van de technologie gaat volgens afsprakenstelsels en parallel aan de gemeenschappelijke voorzieningen.

Doel is het implementeren van standaarden en het gebruik van gemeenschappelijke voorzieningen voor generieke functies. Dit zorgt ervoor dat informatie beschikbaar, deelbaar en uitwisselbaar wordt. Hierbij richten we ons op:

- **Landelijke infrastructuur**, zoals het LSP, XDS en de datastations.
- **Landelijke afsprakenstelsels**, waaronder Twiin, AORTA en Nuts.
- **FHIR-standaarden** voor koppelingen (indien nodig aangevuld met openEHR).
- **Vorbereiding op en beperkte implementatie van de Wegiz-standaarden** voor cruciale overdrachten én het ontsluiten van de beschikbare zibs (zie paragraaf 2.2).
- Standaarden voor **privacy en informatieveiligheid**.

Naast gegevensuitwisseling is het belangrijk om te zorgen voor gestandaardiseerde en gestructureerde gegevensregistratie, zodat deze vindbaar, interpreteerbaar, benaderbaar en reproduceerbaar (FAIR) zijn. Ook het gebruik van gemeenschappelijke voorzieningen, zoals voor adressering en toestemmingen, is hierbij een belangrijke voorwaarde. Dit vraagt een intensieve inzet in de regio en een grote verandering in de werkwijze van zorgprofessionals.



4. De regionale data governance:

De uitwerking van het brede scala aan activiteiten, afspraken, verantwoordelijkheden en spelregels over hoe (zorg)data in de regio wordt beheerd, gedeeld/beschikbaar wordt gesteld en gebruikt. Een proces dat begint bij de verzameling van gegevens, het verwerken ervan om bruikbaar te zijn en het bewaren en beveiligen van deze data. Hieronder valt het opstellen en realiseren van de **regionale data governance**, waaronder de data-conformiteit, het voldoen aan (internationale) informatiemodellen en de opschoning van data, ook wel registratie aan de bron t.b.v bruikbaarheid. Het betreft het beheer op data-ontsluiting, data beschikbaarheid, integriteit van de data en informatiebeveiliging en privacy.

5. De implementatie van Mitz⁶ voor toestemming van inwoners.

Trijn is koploperregio. De inzet van de projectleider wordt voor een deel vergoed door VZVZ. De activiteiten die organisaties voor deze implementatie zelf uit moeten voeren zijn opgenomen als kosten in dit plan. Onderdeel van de implementatie is een nieuwe manier van werken voor professionals en een gedragsverandering van inwoners.

6. Aanvullen van gegevens in het ZORG-AB waarvoor geen landelijke registers zijn, zoals Veilige Mail.

Dit doen we voor alle zorgsoorten in het ZORG-AB. Er wordt een start gemaakt met het zinvol inzetten van ZORG-AB in de regio. Dit doen we voor alle zorgsoorten in het ZORG-AB. Zoals het beschikbaar stellen van de gegevens uit het ZORG-AB voor zorgmedewerkers via Outlook of een webportaal en het koppelen van ZORG-AB met verschillende informatiesystemen. Trijn is hiervoor koploperregio. De inzet van de projectleider wordt vergoed door VZVZ. De activiteiten die organisaties voor deze implementatie zelf uit moeten voeren zijn opgenomen als kosten in dit plan. Dit project loopt al in de regio, vooruitlopend op de transformatiegelden. Onderdeel hiervan is ook weer de nieuwe manier van werken eigen maken voor professionals.

⁶ Tijdens het koplopertraject in 2025 wordt de regionale coördinatie gefinancierd door VZVZ. Overige implementatiekosten financieren we via IZA.

7. Voorbereiding op een gefaseerde overstap op het **Dezi (De ZorgIdentiteit)-stelsel**.

Tot die tijd gebruiken organisaties nog UZI. Het Dezi stelsel is pas vanaf 2026 beschikbaar, waarna de daadwerkelijke implementatie/overgang kan starten. Organisaties hebben de tijd tot en met december 2028. Tot die tijd zal er sprake zijn van een duale situatie, waarbij zowel ingelogd kan worden met het Dezi stelsel, als met de UZI pas. Voorbereidingen voor organisaties dienen te worden getroffen zoals het aanpassen van protocollen en het maken van afspraken met leveranciers.

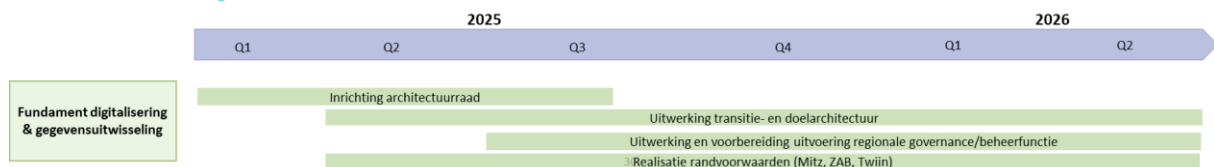
8. De uitvoering van een 0-meting voor Twiin.

Op organisatieniveau aansluiten als Twiin-deelnemer, stimuleren om het opstellen van de werkagenda per zorgorganisatie/koepel o.b.v. de 0-meting en het uitvoeren daarvan. Het UMC Utrecht fungeert als pilot voor de regio voor het uitvoeren van de Twiin 0-meting. Deze zal de komende tijd worden voorbereid. Op dit moment zijn wij een propositie van Trijn als Twiin Dienstverlener aan het uitwerken.

Oplevering De volgende deelresultaten leveren we op:

1. Ingerichte architectuurraad die toetst en adviseert
2. Ingericht gremium voor advisering over privacy en gegevensbeveiliging
3. Uitgewerkte en gebruikte architectuurprincipes
4. Uitgewerkte en gebruikte architectuurprocessen ter toetsing van keuzes
5. Een in detail uitgewerkte transitiearchitectuur voor fase 1 op het niveau van bouwtekeningen voor ons droomhuis conform NVS
6. Uitgewerkte informatieblokken binnen de usecases thema 1 en thema 2
7. Een in detail uitgewerkte doelarchitectuur toegespitst op de regio, op basis van hoog over plaat
8. Waar mogelijk geïmplementeerde standaarden en ingezette gemeenschappelijke voorzieningen voor generieke functies
9. Een uitgewerkte regionale governance incl. de voorbereiding voor uitvoering van de regionale beheerfunctie
10. Gerealiseerde integraties (met API's) tussen bronsystemen en Zorgvieuwer
11. Geïmplementeerde centrale toestemming Mitz
12. Ingericht en gebruikt ZORG-AB
13. Voorbereide overstap op het Dezi-stelsel
14. Uitgevoerde 0-meting en uitgewerkte propositie Twinn dienstverlener

2.3.2 Planning voor realisatie van het Fundament



In de bijlagen zijn de gedetailleerde uitwerkingen van de planning ([zie planning Fundament](#)) en uitvoeringsagenda voor alle componenten onder het Fundament opgenomen.

2.3.3 Begroting Fundament

Hieronder staat aangegeven wat wij hiervoor nodig denken te gaan hebben voor realisatie fundament fase 1. Het gaat hier om een overzicht van de rollen op het niveau van programmamanagement en projectleiderschap mede in kader van de aansturing en realisatie van verandering van werkwijzen.

Zowel op regio- als op organisatieniveau maken we gebruik van de inzet van analisten en architecten ter uitwerking van de details van de transitie- en doelarchitectuur. Deze inzet is voor 44% extern begroot, primair vanwege de (boven-)regionale rollen, waaronder 1 fte architect. De architecten en werkgroepleden zijn juist ook intern voorzien en betreft voornamelijk de brede representatie vanuit de verschillende domeinen en sectoren, zoals ook 0,5 fte architect voor sociaal domein en gemeenten (56% interne inzet). Ook is rekening gehouden met de inzet van projectleiders (0,3 fte per organisatie) en CXIO (0,2 fte per organisatie) in de koploperorganisaties. Belangrijk hierin te vermelden is dat de inspanning vanuit Booozt niet is meegenomen in de begroting van dit plan, echter wel een directe afhankelijkheid aanwezig is van de resultaten en inspanning vanuit Booozt op de generieke functies.

Benodigd personeel (in fte)	Vanuit	2025 Q2-Q4	2026 Q1-Q2	Toelichting/ opmerking
Programma Manager Fundament	Regio	1,0	1,0	Coördinatie en inhoudelijke ondersteuning Fundament
Projectleider	Regio	0,6	0,6	Twee projectleiders; 1) Generieke Functies en 2) Afsprakenstelsels
Projectleider	(Zorg)organisaties	1,2	1,2	Projectleiders en coördinatoren vanuit de koploper zorgorganisaties (4x) tbv zorgviewer (gemiddeld 0,3Fte)
Architect	Regio	1,0	1,0	Regionale (enterprise / informatie) architect
Business analist	Regio	1,2	1,2	Business- en informatie analyse
Engineer	Regio	0,8	1,2	Integratie specialist aantal fte afhankelijk van te realiseren APIs
Architect	(Zorg)organisaties	1,7	1,7	Inzet architecten uit (Zorg)organisaties (1,2) en Sociaal Domein (0,5)
Experts	(Zorg)organisaties	0,8	0,8	Expert per koploper organisatie (4x), rep op niveau van CMIO / CNIO
Werkgroep lid	(Zorg)organisaties	2,0	2,0	Ziekenhuis 0,3, VVT 0,1, GGZ 0,1, Huisarts 0,1, Sociaal Domein 1,0, zorgorganisaties 0,5
Inschatting personele kosten (x 1.000)		€ 1.593	€ 1.141	

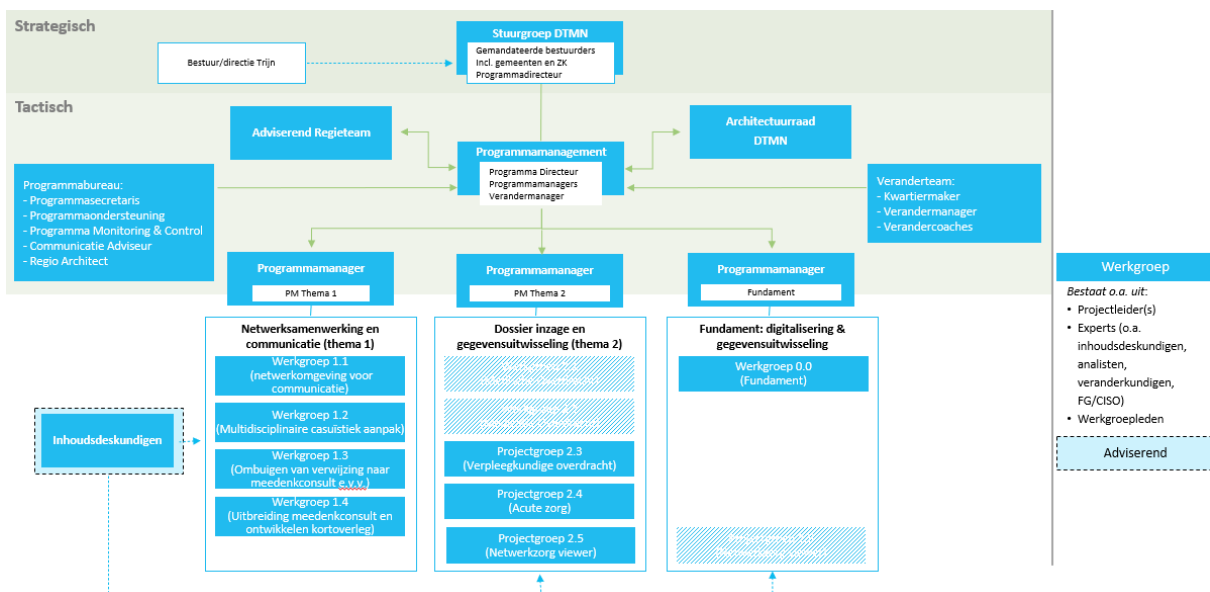
Benodigd materieel	2025 Q2-Q4	2026 Q1-Q2	Toelichting/ opmerking
Applicaties en licenties	€ 62	€ 213	
Inschatting materiële kosten (x 1.000)	€ 62	€ 213	

Het fundament geeft geen directe impact, maar draagt bij aan de impact van de thema's en het inhoudelijke regioplan. Om deze reden is de impact hier niet nader uitgewerkt.

3 Programmaorganisatie & governance

Met het toenemende aantal leden en partners van Trijn die dit transformatieplan ondersteunen en zelf deel uitmaken van de uitvoering, is een gedegen governance en programmastructuur van belang. Op strategisch niveau is in de stuurgroep van dit plan een vertegenwoordiging van gemandateerde bestuurders vanuit de ALV van Trijn, een vertegenwoordiging van betrokkenen (niet zijnde) leden van Trijn, de programmadirecteur en een vertegenwoordiging van de financiers: zorgverzekeraars (b.v.k. ZK) en de IZA-gemandateerde gemeenten (b.v.k. één bestuurder) opgenomen. Vanwege de complexiteit en continuïteit van het programma verbindt de programmadirecteur zich voor minimaal drie jaar aan het programma en kenmerkt zich door een wijze van aansturing die past bij het programma. Omdat het programma gebruik maakt van de infrastructuur van Trijn, is de afstemming met het bestuur / de directie van Trijn in de structuur opgenomen.

Op tactisch niveau speelt het programmamanagement een centrale rol. Deze informeert en legt verantwoording af aan de stuurgroep. De programmadirecteur laat zich adviseren door het adviserend regieteam en de architectuurraad (architecten vanuit de betrokken organisaties en de regio-architect). In het adviserend regieteam is naast functionarissen met verschillende achtergronden vanuit de betrokken organisaties (o.a. transmurale managers, CxIO's, CIO's en financiële experts) ook een vertegenwoordiging van de zorgverzekeraars en gemandateerde gemeenten aanwezig. De adviezen worden meegenomen in het programma team én de programmarapportages voor de stuurgroep. Tevens is de programmadirecteur verantwoordelijk voor een zorgvuldige terugkoppeling vanuit de stuurgroep richting beide gremia.



Deze belangrijke en grote verandering in de regio vergt stevige ondersteuning van het regionaal (implementatie) team voor het succesvol uitvoeren en begeleiden van het programma. Om dit effectief op de verschillende thema's en het fundament te coördineren en managen, wordt op regioniveau een programma organisatie ingericht.

In onderstaande is de begrote benodigde bemensing en capaciteit voor de uitvoering van het transformatieplan fase 1 samengevat. Door wie deze rollen zullen worden ingevuld en of deze rollen vanuit Trijn of haar leden en partners worden bemenst, is hierin nog niet bepaald. Bovenaan staat dat

het gros van de daarin opererende functionarissen afkomstig uit de betrokken organisaties dient te zijn. Belangrijk in deze is om te vermelden dat voor het zorgtransformatie (verander)team en verandercoaches, het grotendeel van de bemensing (90%) extern is begroot. De meeste organisaties hebben deze functionarissen namelijk niet standaard in huis. Deze capaciteit is bedoeld voor inzet op het strategisch en tactisch niveau van verandermanagement, terwijl de veranderkracht op operationeel niveau juist vanuit de project- en werkgroepen en in werkgroepleden zijn voorzien. Governance en programmamanagement is grotendeels (60%) intern begroot.

Ons doel is om de te werven functionarissen binnen de programma organisatie een aanstelling te geven op regioniveau. Na fase 1 komt fase 2 en daarna zal hoogstwaarschijnlijk een vervolg aan het IZA worden gegeven. De opgebouwde kennis en expertise willen we op deze manier t.b.v. de continuïteit in een **regiopool** beschikbaar houden voor de regio. Functionarissen die we vanuit de betrokken organisaties binnen de programma organisatie inzetten, willen we ook op deeltijd basis beschikbaar houden in die pool en wel om diezelfde reden.

Het betreft hier de **programma organisatie** op regioniveau, voor de uitvoering en centrale coördinatie van de regionale IZA transformatieopgave **‘Digitalisering en databeschikbaarheid als drijvende kracht voor netwerksamenwerking in Midden-Nederland’**.

Benodigd personeel (in fte)	Vanuit	2025 Q2-Q4	2026 Q1-Q2	Toelichting/ opmerking
Programma Directeur	Regio	1,2	1,2	Overall programma Directeur
Programma Manager	Regio	1,5	1,5	Thema Coördinatie en Programma Management (2x 3 dgn)
Kwartiermaker	Regio	1,0	1,0	Kwartiermaker en strategisch management veranderteam
Verander Manager	Regio	1,0	1,0	Zorgtransformatie Expert
Verander Coaches	Regio	0,9	1,9	Verandercoach - 3 coaches à 20 uur per week (oplopende inzet)
Communicatie Adviseur	Regio	1,0	1,0	Communicatie experts i.h.k.v. regionale veranderopgaven
Projectleider RTA	Regio	1,0	1,0	Projectleider RTA
PMO	Regio	2,3	2,3	PMO ondersteuning in programma en programma secretaris
Project Control	Regio	0,6	0,6	Controller en/of juridische expertise
Programmamanager	Sociaal Domein	1,0	1,0	
Communicatieadviseur	Sociaal Domein	0,5	0,5	
IZA Stuurgroep leden	(Zorg)organisaties	0,1	0,1	Stuurgroepleden - 0,5 uur per week * 4 stuurgroepleden
Kerngroep leden	(Zorg)organisaties	0,1	0,1	Kerngroepleden - 0,5 uur per week * 5 kerngroepleden
Zorgtransformatie Expertise	(Zorg)organisaties	0,3	0,3	Inzet vanuit de zorg ten behoeve van de transformatie opgaven
Inschatting personele kosten (x 1.000)		€ 2.223	€ 1.791	Exclusief Sociaal Domein

Benodigd materieel	2025 Q2-Q4	2026 Q1-Q2	Toelichting/ opmerking
Veranderaanpak	€ 61	€ 29	T.b.v. bijeenkomsten, informatiesessies, veranderaanpak
Governance en Transformatieplan	€ 414	€ 0	Incl. opstellen Transformatie Plan
Monitoring (tooling)	€ 462	€ 0	Inrichten dashboards t.b.v. monitoring & verantwoording
Inschatting materiële kosten (x 1.000)	€ 936	€ 29	

3.1 Aanpak inrichting programmamanagement en governance

Het streven is om na indiening van het transformatieplan binnen drie maanden het programmamanagement ingericht te hebben, aansluitend op de behoefte vanuit de transformatie. Dit houdt ook in dat de bemensing van de programma organisatie en de sleutelrollen voor het regionale implementatie team en projectgroepen zullen worden ingevuld. Bij het inrichten van het programmamanagement, de teams, de monitoring en processen voor een optimale uitvoering en sturing van het programma, zijn onderstaande onderdelen van belang.

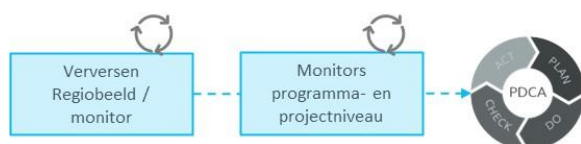


Met regionale (gezondheids-)monitoring kan worden toegewerkt naar datagedreven besluitvorming; ook voor het tijdig bijstellen van plannen. Om de implementatie van het plan succesvol te laten verlopen, is tussentijdse **monitoring** vereist in nauwe samenwerking met zorgverzekeraars.

Met en weten en als onderdeel van de veranderopgave, benadrukken wij het nut en de noodzaak om op regio portfolio-, programma- en projectniveau te monitoren voor verantwoording, evaluatie, iteratie in het leren en bijsturen van veranderinterventies en –activiteiten. Het doel van monitoring en evaluatie is om de effecten van initiatieven te beoordelen, inzicht te verkrijgen in de voortgang en verantwoording af te leggen waar nodig. We plaatsen wel een kanttekening, want bij innoveren en transformeren hoort dat we van tevoren en tijdens het proces niet alles weten en/of kunnen meten.

Monitoring biedt een integraal beeld van de **gezamenlijke inspanningen en resultaten (KPI's) in de regio**, en de effecten hiervan. Hierdoor kunnen **datagedreven keuzes** worden gemaakt en zonodig worden bijgestuurd. Het is een iteratief proces waarbij we kunnen **leren van de resultaten en inspanningen** die we verrichten en kunnen de kennis die we hiermee vergaren meenemen in de kernboodschappen onder het communicatieplan over wat werkt wel; succesverhalen, en wat werkt niet; bijsturen in uitvoering.

Veel van de mijlpalen in de planning kunnen door het programmateam en de projectgroepen worden gemonitord. **Monitoring van de effecten op zorggebruik** in het netwerk van zorg en sociaal domein, evaluatie en bijsturing verloopt op regionaal niveau met de gezondheidsmonitor via Trijn.

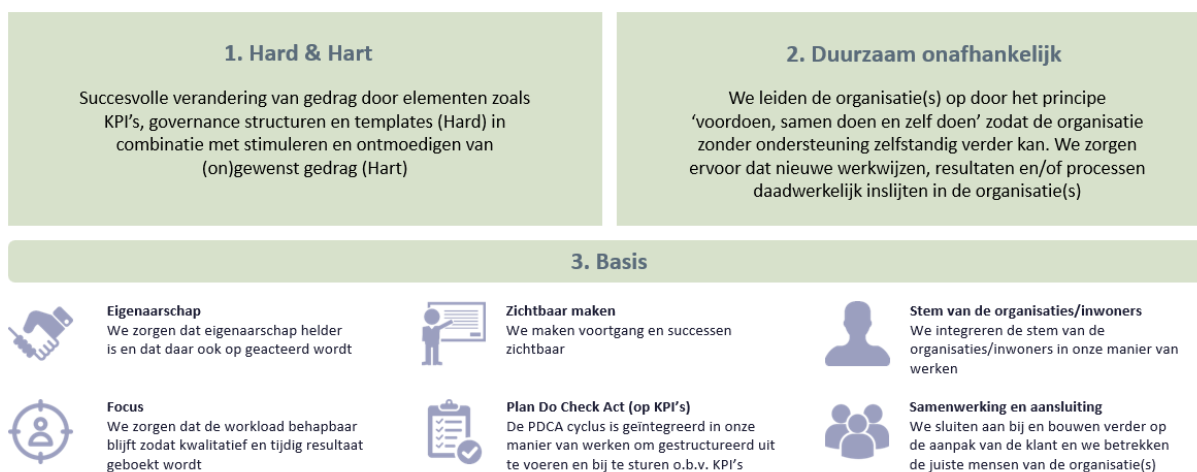


Binnen drie maanden programmamanagement inrichten naar behoeften (zorg)organisaties en regio implementatie teams



3.2 Aanpak realisatie transformatie vanuit het programma

De aanpak van het programmamanagement, het regionaal implementatie team en de projectgroepen, worden gevoed vanuit drie overtuigingen voor succesvolle realisatie van de transformatie opgaven; hard & hart, duurzaam onafhankelijk en de basis.



Het transformatieplan bestaat uit diverse initiatieven die samen een aanzienlijke veranderopgave vormen met veel overlap en samenhang in activiteiten. Om veranderbaarheid en onduidelijkheid te voorkomen is een integraal plan nodig om de thema's en usecases te begeleiden. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van het adoptie model '**snappen, willen, kunnen (blijven) doen**' (zie onderstaand).

Dit model is een vereenvoudigde en praktische vertaling van het [ADKAR-model van Prosci](#). We betrekken professionals en inwoners bij de verandering door gebruik te maken van de vier fases die men doorloopt tijdens de transformatie. Op basis van dit model worden adoptie activiteiten opgezet en kan continu gemeten worden waar de organisatie(s) staan in de transformatie.



Het model 'snappen, willen, kunnen, (blijven) doen' helpt om professionals en inwoners mee te nemen in het waarom (snappen), creëren van motivatie (willen), de juiste tools bieden (kunnen) en borgen (blijven doen) van de verandering. Aandacht voor adoptie van veranderingen door alle betrokkenen is cruciaal om de transformatie te laten slagen.

3.3 Aanpak realisatie transformatie vanuit het regionaal implementatie team

De omvang en complexiteit van de verandering in de regio vergt stevige ondersteuning van het regionaal implementatie team en de project teams. De (verander-)kracht komt vanuit de leden en partners van Trijn, en zal primair worden begeleid door inzet, capaciteit en betrokkenheid vanuit de (zorg-)organisaties in de regio en daar waar de verandering daadwerkelijk plaatsvindt.

In de aanpak van het verandertraject in de regio, onderscheiden wij een drietal fases, gekoppeld aan de vier fases die men doorloopt tijdens de transformatie van de hierboven toegelichte adoptie aanpak.



Elk domein, sector en individuele organisatie heeft een eigen verandercontext, startpunt, route en snelheid als het gaat om veranderen, adoptie en digitalisering. Iedere persoon die betrokken is bij de verandering volgt zijn/haar eigen verandercurve, met verschillende fases, snelheden en aandachtspunten. Om de (verander)aanpak en begeleiding met concrete activiteiten (op maat) toe te passen is inzicht per organisatie nodig. Daarom voeren we een quickscan uit per organisatie met als doel om te komen tot een passende aanpak per organisatie. Met de quickscan anticiperen we op wat de transformatie opgaven daadwerkelijk gaan betekenen in praktijk.



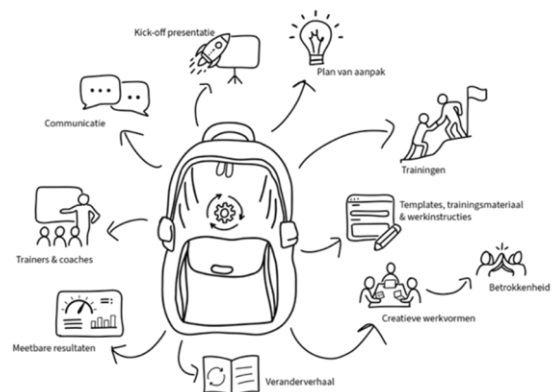
De principes van het model in combinatie van de uitslag van de quickscan worden vertaald naar een aanpak met als essentieel startpunt betrokkenheid en commitment vanuit het leiderschapsteam. Hieronder staat een voorbeeld van de veranderaanpak met adoptie activiteiten per fase, waarbij gerichte activiteiten per doelgroep worden ingezet op basis van de uitkomsten van de quickscan. Het gaat om voorbeelden van mogelijke activiteiten, dit overzicht is niet uitputtend. De daadwerkelijke activiteiten worden bepaald op basis van de uitkomsten van de quickscan.



*Toegesplitst per doelgroep (sector, organisatie, functie, etc.)

Met deze aanpak doorlopen alle organisaties binnen de verandering hetzelfde traject. De invulling hiervan kan echter per organisatie verschillen. Op basis van de quickscan resultaten ontvangt iedere organisatie een 'rugzak' met adoptie hulpmiddelen en begeleiding, die voldoet aan de behoeften en volwassenheid van de organisatie.

De rugzak die op basis van de quickscan gevuld wordt, kan op elk moment aangevuld worden. Bijvoorbeeld per fase: snappen, willen, kunnen en (blijven) doen. En ook n.a.v. PDCA-resultaten, feedback van koplopers of veranderde behoeften vanuit de organisatie. Het regionaal implementatie team en de project teams bepalen samen met de (zorg-)organisaties welke initiatieven passend zijn, waardoor de inzet en verantwoordelijkheid van organisaties wordt vergroot.



4 Risico's en mitigerende maatregelen

De realisatie van de ambities zijn afhankelijk van succesfactoren en mitigatie van risico's. Tijdens de uitvoering van het plan zien we toe op (mogelijke) risico's, om tijdig passende maatregelen te nemen. Geïdentificeerde risico's zien we bij projectmanagement en implementatie van het fundament en op governance en transformatie expertise. In onderstaand overzicht zijn enkel de risico's met hoge kans en impact opgenomen.

Onderwerp	Succesfactor / risico	Kans	Impact	Mitigerende maatregel
Project-management	1 Onvoldoende beschikbaarheid van mensen t.b.v. het implementeren van het transformatieplan, en/of onvoldoende (personele) capaciteit bij functioneel beheer en (M)ICT voor technische inrichting/koppeling tussen EPD/ECD en dashboards	Hoog	Hoog	- Planning vroegtijdig kenbaar maken om tijdig mensen vrij te maken voor uitvoering (commitment vanuit de organisaties contractueel vastleggen) - Realisatie van dit transformatieplan prioriteren binnen de zorgorganisaties (bestuurlijke commitment en sturing hierop helpt). Evt. extra personeel aantrekken of inhuren uit begroting plan. - Voldoende urgentie vanuit de werkvloer werkt ook als stimulans - Prioritering van het Trijn IZA-transformatieplan binnen de zorgorganisaties (met commitment op niveau van RvB/ directie en vanuit CIO's). En tijdelijk extra personeel aantrekken of extern inhuren - Op basis van de planning tijdig inventariseren en evalueren of capaciteit voldoende is – werkvloer betrekken - Geef duidelijk de opbrengsten/voordelen aan. Dat helpt bij acceptatie en medewerking van eindgebruikers, maar bijvoorbeeld ook een bestuur.
Project-management	2 Gebrek aan integraliteit en samenwerking van de usecases, waardoor niet het maximale uit de usecases gehaald kan worden	Hoog	Hoog	Sessies organiseren met betrokkenen bij alle usecases om dit te borgen en bespreken, met name om de tijdslijnen en technische afhankelijkheden in detail met elkaar door te nemen
Project-management	3 Gebrek aan capaciteit en focus door grote hoeveelheid projecten in de regio	Hoog	Hoog	- Prioriteren binnen de regio vanuit bestuurders en/of initiatieven onder de paraplu van dit project borgen - Bestuurders onderdeel laten zijn van het plan. Zie mee laten lezen en ruimte voor feedback scheppen. Dan is het voor hen ook duidelijk waarom er prioriteit op deze regionale programma's moet komen te zitten.
Project-management	4 Vertraging in de uitbetaling van IZA-transformatiegelden door het niet op tijd behalen van mijlpalen o.b.v. de KPI's	Hoog	Hoog	- Regelmatig monitoren en rapporteren op KPI's voor vroegtijdige signalering van vertragingen - Nauwe afstemming met zorgverzekeraars over haalbaarheid van de mijlpalen i.r.t. de transformatie realiteit
Governance	5 Bij een uitgebreide groep belanghebbenden is het lastig de juiste balans te vinden tussen betrokkenheid en inzet van tijd van professionals	Hoog	Hoog	Optie deelname aan werkgroepen of klankbordgroep
Transformatie expertise	6 Veranderemoedheid onder betrokkenen door meerdere projecten/initiatieven tegelijkertijd of opvolgend (in de regio en/of in organisaties). Dit kan ontstaan door de voortdurende veranderingen.	Hoog	Hoog	- Prioritering en bijsturen door bestuurders noodzakelijk - In het veranderverhaal nadrukkelijk stilstaan bij de ambitie en belang ambitie. Aansluiten bij de dagelijkse praktijk. - De transformatie borgen vanuit een 'veranderteam' om de impact te realiseren in de dagelijkse praktijk. - Organiseer een leuke activiteit/aardigheidje per organisatie in relatie tot deze projecten. Zorg dat mensen zich gehoord en gewaardeerd voelen. Dat doet veel met de energie die eindgebruikers in een project willen stoppen.
Transformatie expertise	7 Geen goede borging in de regio door hoge mate van externe inzet	Hoog	Hoog	- Mensen vanuit de regio inzetten in werkgroepen. Externen (gefaiseerd) laten uitstromen zodra mogelijk - Aanhaken van transformatie-expertise om individuele organisaties te helpen en vinden diverse bijeenkomsten plaats in kader van bewustwording en zorgtransformatie. Hierbij oog houdend voor overdracht en borging van kennis
Transformatie expertise	8 Weerstand tegen (technologische) verandering bij professionals en inwoners	Hoog	Hoog	Bewustwording creëren over noodzaak en kansen om anders te organiseren. Het waarom van de verandering continu blijven communiceren en hierover met de betrokkenen/ betroffene in gesprek gaan
Fundament	9 Implementatie Mitz loopt vertraging op en/of de adoptie door inwoners blijft achter Generieke functie Identificatie, authenticatie & autorisatie zoals Dezi, niet tijdig beschikbaar	Hoog	Hoog	- Tijdelijke workaround ontwikkelen en implementeren (bijv. SSO) - Voorzien in communicatie campagne en informatievoorziening richting inwoners én professionals (Werk-)afspraken maken m.b.t. het vastleggen van toestemming in bronsystemen van zorgaanbieders
Fundament	10 Kwaliteit van data is te laag door interpretatieverschillen van standaarden bij het inbouwen/ doorontwikkelen van informatiestandaarden/ (zibs) door leveranciers terwijl deze wel gekwalificeerd zijn door Nictiz	Hoog	Hoog	- Agenderen bij VWS, Nictiz, e.a. mbv voorbeelden uit de praktijk - Afspraken maken m.b.t. wijze van aggregeren data - Gezamenlijke teststrategie Nictiz, leveranciers en zorgaanbieders formuleren en uitvoeren
Fundament	11 Verwachtingen rondom de Zorgviewer zijn te hoog bij de eindgebruikers. Men verwacht meer te kunnen zien, dan dat het in werkelijkheid is.	Hoog	Hoog	- Heel duidelijk aangeven wat men kan verwachten. Goede communicatie hierover, zoals postercampagne, maar ook door het regelmatig geven van demo's. - Roadmap voor ontsluiting databronnen duidelijk communiceren. Wat kan men wanneer verwachten?
Fundament	12 Door de grote hoeveelheid aan viewers zien eindgebruikers de bomen door het bos niet meer en laten daardoor de Zorgviewer links liggen.	Hoog	Hoog	- Per organisatie moet er een heel duidelijke instructie worden gemaakt voor de eindgebruikers welke viewer zij voor welke toepassing moeten gebruiken - Het aantal viewers regionaal zoveel als mogelijk beperken. Maak hier duidelijke afspraken over.
Fundament	13 Ontwikkelingen op de Zorgviewer gaan niet snel genoeg bij Rivo Noord, waardoor de uitrol in de regio zal stokt	Middel	Hoog	- Gezamenlijk duidelijke prioritering aanbrengen in de roadmap van Rivo Noord - Uitrol zoveel mogelijk per regio, waardoor de focus blijft op het ontsluiten van die regio en dan de volgende
Fundament	14 Ontwikkelingen rondom de Digizorg App gaan niet snel genoeg, voor verdere uitrol in de regio	Middel	Middel	- Nauwe samenwerking/afstemming tussen de ontwikkelaars van de Digizorg App, UMC Utrecht en RSO Trijn - Project 'Digizorg App' met een hoge prioriteit plaatsen op de projectenkalender
Governance	15 Uitval van personeel door de druk die komt kijken bij het uitvoeren van het transformatieprogramma.	Middel	Hoog	- Zorgen voor een goede balans werk/privé voor de medewerkers. - Zorgen voor een open cultuur waarin mensen ook aan durven te geven dat het even teveel wordt - Organiseer af en toe een ontspannende activiteit met elkaar - Vier de successen met elkaar
Governance	16 Vertrek van medewerkers met veel kennis van het transformatieprogramma en de onderliggende plannen	Middel	Hoog	- Niet helemaal te voorkomen, maar wel belangrijk dat men documenteert! - Zorg voor tijdige opvolging, waardoor er nog een mate van overdracht kan zijn.
Transformatie expertise	17 Eindgebruikers weigeren om mee te gaan in alle veranderingen die op zich afkomen. Zij blijven bij hun 'oude werk	Laag	Hoog	- Communicatie is key! - Goede opzet van verandermanagement. Draag uit waarom wij iets doen en wat de voordelen voor de eindgebruiker zijn.

5 Begroting en maatschappelijke business case

Dit transformatieplan is een uitwerking van **fase 1** van het transformatieplan 'Digitalisering en databeschikbaarheid als drijvende kracht voor netwerksamenwerking in Midden-Nederland'. De impact van de transformatie is lastig op te splitsen in fase 1 en fase 2. Daarom tonen we in dit hoofdstuk eerst de **overkoepelende maatschappelijke business case** (fase 1 en fase 2) en zoomen we daarna in op de **investeringsaanvraag voor fase 1**.

5.1 Overkoepelende maatschappelijke business case (fase 1 en fase 2)

In onderstaand overzicht is de totale investeringsaanvraag voor de twee thema's 'netwerkgorg en communicatie' en 'dossier inzage en gegevensuitwisseling', én de fundamenteopgave Digitalisering & Gegevensuitwisseling incl. realisatie data- en applicatiearchitectuur, uitgewerkt onder incidentele kosten. Deze bedraagt in totaal ruim 29 mln. Daarnaast zijn de structurele kosten voor de regio uitgewerkt. Deze bedragen in totaal ~7.6 mln over de periode 2025 t/m 2029.

	2024	2025	2026	2027	2028	2029	Cumulatief
Incidentele kosten	€ 349.757	€ 8.674.817	€ 13.391.382	€ 6.780.356			€ 29.196.311
Personeel	€ -	€ 7.196.459	€ 11.894.529	€ 5.974.000			€ 25.064.987
Materieel	€ 349.757	€ 1.478.359	€ 1.496.853	€ 806.356			€ 4.131.324
Structurele kosten (direct)	€ -	€ -	€ 48.838	€ 1.995.338	€ 2.755.707	€ 2.872.648	€ 7.672.532
Personeel	€ -	€ -	€ -	€ 648.722	€ 1.371.784	€ 1.450.385	€ 3.470.891
Materieel	€ -	€ -	€ 48.838	€ 1.346.616	€ 1.383.923	€ 1.422.263	€ 4.201.641
Businesscase (exclusief indirecte kosten)	€ -349.757	€ -8.245.060	€ -8.221.548	€ 2.854.795	€ 30.861.234	€ 34.367.019	€ 51.266.683

5.1.1 Overkoepelende kwantitatieve impact (fase 1 en fase 2)

Met het leggen van het fundament voor digitalisering en gegevenstuitwisseling in de regio en de transformatie in de wijze waarop we samenwerken in het netwerk van zorg en sociaal domein, buigt de verwachte jaarlijkse stijging van de zorguitgaven in 2029 met ca. 29% af, naast ca. 26% ombuiging van de stijging in vacaturedruk. Dit doen we door meer ruimte voor de zorg te creëren middels de realisatie van de usecases onder de twee thema's 'netwerksamenwerking en communicatie' én 'dossierinzage en gegevensuitwisseling'. Deze ruimte is zowel in personele inzet (fte) als in zorgkosten uit te drukken. De volgende paragrafen gaan in meer detail in op deze ruimte.

	Impact op zorgpersoneel in 2029 (in fte)							Impact op zorgkosten jaarlijks vanaf 2029 (x € 1.000)						
	Huisarts	2 ^e & 3 ^e lijn	VVT	Apotheek	GGZ	Acute zorg	GHZ	Huisarts	2 ^e & 3 ^e lijn	VVT	Apotheek	GGZ	Acute zorg	GHZ
Netwerkgorg en communicatie	0,7	3,2						231	2.277					
Medische overdracht		13,9							3.244					
Medicatie-overdracht	0,3	1,3			0,1			778	4.984					
Verpleegkundige overdracht		3,7	9,9						318	810		83		
Databeschikbaarheid Acute zorg	0,6		0,2		1,5	0,1		83		26		203	18	
Netwerkgorg viewer	36,0	17,9	12,9	214,9	1,7		0,3	5.908	2.479	1.055	17.469	353		28
Totaal	37,2	40,0	22,9	214,9	3,3	0,1	0,3	7.000	13.302	1.891	17.469	639	18	28

Voor de 0^{de}-lijn is de impact niet gekwantificeerd – deze effecten zijn additioneel aan deze businesscase.

Meer ruimte voor de zorg betekent niet dat we kunnen besparen op zorgkosten of personeel, maar geeft aan dat een deel van de toekomstige zorgvraag kan worden opgevangen. De impact per usecase kan niet afzonderlijk van de andere usecases worden benaderd, daar deze grote afhankelijkheden van elkaar kennen en/of elkaars impact versterken in samenhang met de realisatie van het fundament.

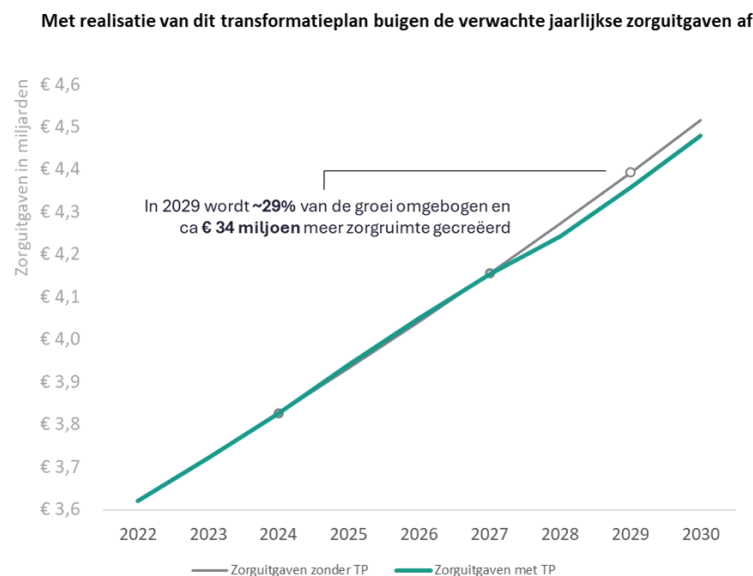
Veel van de impact is bijvoorbeeld toegerekend aan de Netwerkgorg viewer, vanuit de benadering dat de data middels deze usecase beschikbaar komt.

De synergie vanuit de inhoudelijke thema's, usecases en het fundament, is niet 1:1 doorberekend in de impactanalyse, maar is wel een realistische verwachting met de inzet van digitale communicatie en de netwerkgorg viewer als innovatieve zorgtoepassingen.

5.1.2 Overkoepelende impact op kosten (fase 1 en fase 2)

De zorgkosten (Zvw) in de regio Midden-Nederland zijn ca. € 3,6 miljard in 2022 en stijgen jaarlijks met gem. 2,8% tot ca. € 4,5 miljard in 2030 (bronnen: RIVM (% stijging zorguitgaven), Zorgcijfersdatabank (zorguitgaven)). Met realisatie van de usecases uit dit transformatieplan komt vanaf 2025 meer ruimte voor de zorg vrij met de implementatie van de eerste usecases, d.w.z. er kan meer zorg geleverd worden met dezelfde professionals.

Er is gekwantificeerd dat in 2029 met de usecases in dit plan ca. 29% van de jaarlijkse groei in zorguitgaven wordt omgebogen. Dit staat gelijk aan ca. € 34 miljoen per jaar wat aan zorgruimte gecreëerd wordt ten opzichte van de situatie zonder dit transformatieplan. Daarnaast wordt met dit transformatieplan een fundament gelegd wat als vliegwiel dient voor de digitalisering in de regio en de digitalisering in het sociaal domein verhoogt. Ook na fase 1 zullen aanvullende usecases (zoals beslissingsondersteuning door AI bij verwijzing en triage) uitgerold worden en meer sectoren worden aangesloten, zoals gehandicaptenzorg, (zorg)coördinatie voor chronische zieken, wat richting 2030 mogelijke nog eens jaarlijks extra zorgruimte zal creëren.

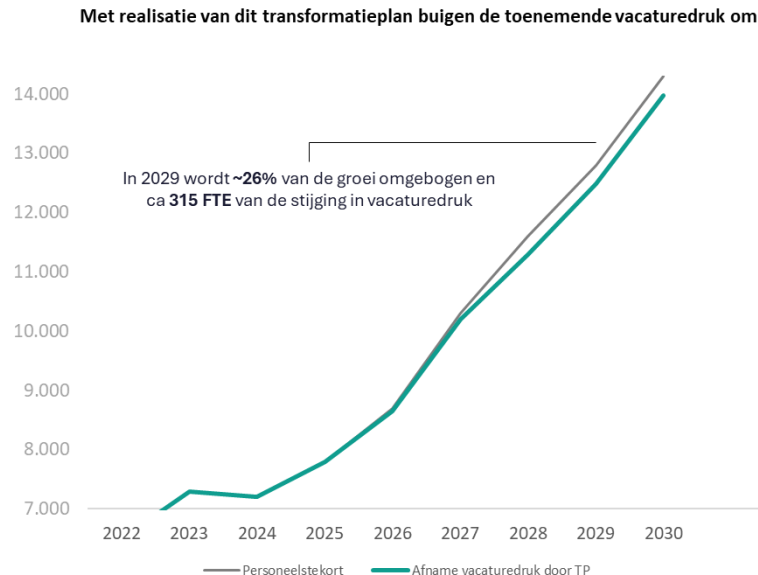


5.1.3 Overkoepelende impact op zorgpersoneel (fase 1 en fase 2)

Door toenemend personeeltekort zal de vacature druk in de regio toenemen van ca. 7.300 fte in 2023 naar ca. 14.300 fte in 2030, met een gemiddelde stijging van 10,1%. Met realisatie van de usecases uit dit transformatieplan komt vanaf 2025 meer ruimte voor de zorg vrij met de implementatie van de eerste usecases, d.w.z. er kan meer zorg geleverd worden met dezelfde professionals.

Er is gekwantificeerd dat in 2029 met de usecases in dit plan ca. 26% van de stijging in vacaturedruk wordt omgebogen. Dit staat gelijk aan ~ 315 fte minder vacaturedruk ten opzichte van de situatie zonder dit transformatieplan. Daarnaast wordt met dit transformatieplan een fundament gelegd wat

als vliegwiel dient voor de digitalisering in de regio. Ook na 2026 zullen aanvullende usecases (zoals regionaal capaciteitsinzicht, zorgcoördinatie of thuismonitoring) uitgerold worden en meer sectoren worden aangesloten, zoals gehandicaptenzorg en (zorg)coördinatie voor chronische zieken, waarmee richting 2030 naar verwachting nog eens extra percentages van de stijgende vacaturedruk kan worden omgebogen.



5.2 Investeringsaanvraag voor fase 1

Om in fase 1 van het transformatieplan een logisch samenhangend pakket van activiteiten te kunnen initiëren en uitvoeren, voorzien wij onderstaande begroting. Dit is inclusief de inzet en betrokkenheid vanuit het Sociaal Domein en Eemland. De totale aanvraag van IZA transformatiemiddelen voor **fase 1** bedraagt **€ 15.669.499**.

Bij de begroting hanteren we een aantal kader stellende uitgangspunten:

- We organiseren de programmaorganisatie zo licht als mogelijk, en zwaar waar nodig.
- De begroting onder 'Algemeen' is ten dienste van de regio opgenomen. In de detailuitwerking van de begroting staat precies op welke manier deze begroting wordt ingezet. Bijvoorbeeld voor de coördinatie op samenwerking en samenhang, eenduidigheid, monitoring op de KPI's, opstellen van rapportages, toepassen van lessons learned en behoud van draagvlak. Specifiek voor de organisaties verandercapaciteit die bij de organisaties wordt ingezet en vergoedingen voor inzet van medewerkers uit organisaties in de verschillende gremia.
- We zetten in op interne capaciteit, tenzij. We weten nog niet welke rollen we intern kunnen invullen. In de begroting gaan we voor het gemak uit van minder dan 50% inzet van externe capaciteit ten opzichte van interne inzet. In de projectfase wordt de beschikbare capaciteit in beeld gebracht.
- Interne capaciteit wordt bij voorkeur ingezet vanuit de organisaties.

Afwijkingen worden beargumenteerd ter besluitvorming voorgelegd aan de stuurgroep.

Fase 1 TP 2025 Q2 t/m 2026 Q2	
Incidentele kosten	Bedrag
Personeel totaal Fase 1	€ 13.129.991
Materiaal totaal Fase 1	€ 2.539.508
Grand totaal Fase 1	€ 15.669.499

Onderstaand is de uitsplitsing naar thema's en usecases opgenomen.

Fase 1 TP 2025 Q2 t/m 2026 Q2			
Algemeen	Regio	Organisatie	Materieel
Zorgtransformatieteam	€ 1.162.142	€ 603.291	€ 1.963.369
Governance en Organisatie	€ 1.225.376	€ 1.023.090	
Beheergovernance	€ 195.962	€ 160.023	
DNP/Eemland	€ 163.597	€ 454.867	
Subtotaal	€ 2.747.078	€ 2.241.270	
Totaal	€ 6.951.717		
Thema 1 -Transformatieplan Fase 1	Regio	Organisatie	Materieel
Netwerksamenwerking en communicatie	€ 1.537.671	€ 866.801	€ 147.732
Totaal	€ 2.552.204		
Thema 2 - Transformatieplan Fase 1	Regio	Organisatie	Materieel
Medische overdracht	€ -	€ -	€ -
Medicatieoverdracht	€ -	€ -	€ -
Verpleegkundige overdracht	€ 99.757	€ 783.666	€ 72.732
Acute zorg	€ 206.100	€ 813.970	€ 72.732
Netwerkzorg viewer	€ 393.573	€ 706.397	€ 7.793
Subtotaal	€ 699.430	€ 2.304.033	€ 153.257
Totaal	€ 3.156.720		
Fundament - Transformatieplan Fase 1	Regio	Organisatie	Materieel
Fundament	€ 1.586.192	€ 1.147.516	€ 275.151
Subtotaal	€ 1.586.192	€ 1.147.516	€ 275.151
Totaal	€ 3.008.858		

5.2.1 Overzicht verhouding interne en externe (personele) inzet

@

Onderdeel	2025 Intern	2025 Extern	2026 Intern	2026 Extern	Totaal Intern	Totaal Extern
Netwerksamenwerking en communicatie	92%	8%	92%	8%	92%	8%
Medische overdracht (BgZ MSZ)	n.v.t.					
Medicatie overdracht	n.v.t.					
Verpleegkundige Overdracht	51%	49%	51%	49%	51%	49%
Acute zorg	43%	57%	50%	50%	47%	53%
Netwerkgzorg viewer	34%	66%	36%	64%	35%	65%
Fundament	56%	44%	54%	46%	55%	45%
Zorgtransformatie-expertise	10%	90%	7%	93%	8%	92%
Governance & programmamanagement	60%	40%	67%	33%	63%	37%
Beheerorganisatie & governance	0%	100%	100%	0%	59%	41%
DNP/ Eemland	85%	15%	93%	7%	88%	12%
Totaal	60%	40%	64%	36%	62%	38%

Hieronder volgt hetzelfde overzicht, maar dan o.b.v. FTE in plaats van procentueel:

Onderdeel	2025 Intern	2025 Extern	2026 Intern	2026 Extern	Totaal Intern	Totaal Extern
Netwerksamenwerking en communicatie	8,4	0,8	8,7	0,8	17,1	1,5
Medische overdracht (BgZ MSZ)	n.v.t.					
Medicatie overdracht	n.v.t.					
Verpleegkundige Overdracht	0,9	0,8	0,9	0,8	1,7	1,6
Acute zorg	0,6	0,8	0,8	0,8	1,4	1,6
Netwerkgzorg viewer	0,8	1,6	0,8	1,4	1,6	3,0
Fundament	5,7	4,5	5,7	4,9	11,4	9,4
Zorgtransformatie-expertise	0,3	3,0	0,3	4,0	0,6	7,0
Governance & programmamanagement	5,5	3,7	6,1	3,1	11,6	6,8
Beheerorganisatie & governance	0,0	1,8	2,6	0,0	2,6	1,8
DNP/ Eemland	3,6	0,6	3,2	0,3	6,8	0,9
Totaal	23,1	19,7	26,5	18,2	49,6	37,9

6 SMART planning & KPI's

In onderstaande tabel zijn de KPI's voor fase 1 uitgewerkt. Dit betreft KPI's zowel op het overkoepelend niveau als voor thema 1, 2 en het fundament. De KPI's zijn smart geformuleerd, er is een geplande opleverdatum bijgetoond, incl. type KPI en totaalbedrag. De dubbele nummering refereert aan KPI's opgesteld voor het totale plan.

#	Periode	Gebruik/Effect	KPI (SMART omschrijving)	Geplande opleveringsdatum	Type KPI	Gekoppeld aan uitbetaling	Totaal Bedrag Kassier	Eemland	Sociaal Domein
1	Q2-25	Voorbereiding	Vaststellen Transitieplan fase 1 'Digitalisering en data beschikbaarheid als drijvende kracht voor netwerksamenwerking in Midden-Nederland' 2024-2025. Als onderdeel van het ontwerp van het transitieplan en mobilisatie van de regionale governancestructuur voor uitvoering van IZA Transitieplan Programma 'Digitalisering en data beschikbaarheid als drijvende kracht voor netwerksamenwerking in Midden-Nederland' 2025-2026, is de Architectuurraad Midden-Nederland ingesteld.	1-jul-25	Inspanning	Ja	€ 1.200.000	€ 683.183	€ 609.000
2	Q2-25	Voorbereiding	Realisatie invullen sleutelrollen in regionale governance en projectorganisatie voor uitvoering IZA Transitieplan Fase 1. Programma 'Digitalisering en data beschikbaarheid als drijvende kracht voor netwerksamenwerking in Midden-Nederland' 2025-2026. Dit betreft de bemensing vanuit de regio.	1-jul-25	Inspanning	Ja	€ 435.000	€ 0	€ 0
3	Q2-25	Voorbereiding	Programmaplan (incl. monitoring) 2025 is uitgewerkt, voorgelegd aan en goedgekeurd door de IZA Stuurgroep van het Transitieplan Digitalisering en data beschikbaarheid als drijvende kracht voor netwerksamenwerking in Midden-Nederland: 1. Veranderoep en -Strategie incl. aanpak op hoofdlijnen 2. Thema 1 Netwerksamenwerking en communicatie 3. Thema 2 Dossierinzage en Gegevensuitwisseling 4. Fundament Digitalisering en Gegevensuitwisseling	1-okt-25	Inspanning	Ja	€ 435.000	€ 683.183	€ 0
4	Q3-25	Beschikbaarheid	Uitbreiding en publicatie van regionale transmurale werkspraken (RTA) voor: a) Multidisciplinaire casuskiekaanpak (UC1.2). b) Aangevuld de werkspraak digitale communicatie huisarts en specialist (UC1.3).	1-okt-25	Inspanning	Ja	€ 435.000	€ 683.183	€ 609.000
5	Q3-25	Beschikbaarheid	Regionale governance en samenwerking voor het Fundament is opgesteld en geacordeerd. Daarin wordt het ontwerp voor een regionale organisatie uitgewerkt, ter ondersteuning van de realisatie, het onderhoud en de doorontwikkeling van het platform en de digitale (zorg)toepassingen. Dit is inclusief het ontwerp document regionale inrichting van de Zorgviewer.	1-okt-25	Inspanning	Ja	€ 870.000	€ 683.183	€ 0
6	Q3-25	Beschikbaarheid	De Minimale Overdracht (MeO) is gerealiseerd en beschikbaar bij koplopers van UC2.3 Verpleegkundige Overdracht (UMC Utrecht, Diaconessenhuis, Silvercare, Zorgspectrum, Beweging 3.0, ExpertCare en Altrecht). D.w.z. dat elektronische uitwisseling van de MeO mogelijk is.	1-okt-25	Inspanning	Ja	€ 435.000	€ 0	€ 0
7	Q4-25	Gebruik	Uit termijn 2025 (6) koplopers, d.w.z. EDO's en/of EDO's bij unieke zorgorganisaties (zoals HX bij UMU, Epic bij Antonius, Topicus bij Huisartsen en Netop ONS bij VVT), wordt data beschikbaar gesteld via de Netwerkgroep viewer, bij minimaal twee (2) koploper organisaties (cross-sectoraal; sociaal domein, eerste-, tweede- en derde lijn: UMC Utrecht, RegioZorgNU, HUS, en VVT).	1-jan-26	Resultaat	Ja	€ 435.000	€ 0	€ 0
8	Q4-25	Beschikbaarheid	Aangevuld programma van eisen voor functionaliteit multidisciplinaire casuskiekaanpak (UC1.2).	1-jan-26	Inspanning	Ja	€ 435.000	€ 136.125	€ 406.000
9	Q4-25	Beschikbaarheid	Publicatie van regionale transmurale werkspraken (RTA) voor: a) Werkspraak voor Overdracht vastgesteld incl. uniform digitaal format voor vastlegging (UC2.5 Netwerkgroep viewer); b) RTA Acute Zorg is conform richtlijn Acute Zorg, vastgesteld incl. uniform digitaal format voor vastlegging (UC2.4 Acute Zorg en UC2.5 Netwerkgroep viewer).	1-jan-26	Inspanning	Ja	€ 435.000	€ 136.125	€ 0
10	Q1-26	Beschikbaarheid	Levenscycclus selectie uitgevoerd voor het ombuigen van een verwijzing en meedenkconsult voor een reëlen en specifiek uit de twee delen (UC1.3). Daarna heeft de verkenning voor uitbreiding van het gebruik van Boards over meerdere use cases in de regio Eemland plaatsgevonden (UC2.5).	1-apr-26	Inspanning	Ja	€ 435.000	€ 136.125	€ 0
11	Q1-26	Ervaring	Tussenmeting: Er is een verbeterde ervaring door professionals en inwoners in de netwerksamenwerking en communicatie in de regio Midden-Nederland; professionals ervaren een verbeterde samenwerking en vertrouwen door gezamenlijke het beschikbaar stellen van informatie en elkaar kunnen vinden, waarbij 70% van de gebruikers bij de koplopers een positieve beoordeling geeft. Door beschikbaar stellen informatie ervaren inwoners meer regie op het eigen behandelproces.	1-apr-26	Resultaat	Ja	€ 435.000	€ 136.125	€ 0
12	Q1-26	Voorbereiding	Programmaplan Veranderoep en -Strategie (incl. monitoring) voor het jaar 2026 is uitgewerkt en geacordeerd. Op basis van de veranderdiagnose (change impact analyse) wordt in dit plan geïdentificeerd op wat de transitie informatie opgeven daadwerkelijk gaan betekenen in praktijk; op inhoud, (zorg) processen, voor professionals, inwoners en technologie. Per sector en deelnemende organisaties in de regio, worden op maat toegespte actieplannen met concrete doelstellingen en veranderinterventies opgenomen.	1-apr-26	Inspanning	Ja	€ 435.000	€ 0	€ 0
13	Q2-26	Beschikbaarheid	Uitgevoerd onderzoek voor duurzame financiering platform voor samenwerking (UC1.1) en Netwerkgroep viewer (UC2.5) en fundamenteel (0.0).	1-jul-26	Inspanning	Ja	€ 435.000	€ 0	€ 0
14	Q2-26	Beschikbaarheid	Levenscycclus selectie uitgevoerd voor het loort overleg voor brede inzet in de regio op basis van behoeften en inzichten uit andere regio's (UC1.4).	1-jul-26	Inspanning	Ja	€ 435.000	€ 136.125	€ 0
15	Q2-26	Toepassing	In 80% van de betrokken organisaties HUS/SterkZorg, RegioZorgNU, Unicum, Axion Continuu, Careyn, ZorgSpectrum, Santé Partners, IncLurio, Meander MC, Huisartsen Eemland is de omgeving voor netwerksamenwerking beschikbaar gesteld (VIPive Samenwerken of Boards) (UC1.1).	1-jul-26	Inspanning	Ja	€ 435.000	€ 136.125	€ 0
16	Q2-26	Beschikbaarheid	Uitgevoerd onderzoek ontsluiting informatie wachttijden en beschikbaarheid ca paschelt (UC1.1).	1-jul-26	Inspanning	Ja	€ 435.000	€ 0	€ 0
17	Q2-26	Toepassing	Door 80% van de betrokken organisaties Altrecht, VVT, ZONAZIN, RHO's, koplopers apotheken en sociaal domein is het mogelijk gemaakt om het meedenkconsult in te zetten ter verbetering van kwaliteit van zorg en samenwerking (UC1.4). Regionale samenwerkingsspraken zijn hiervoor uitgewerkt en aangevuld in de bestaande RTA Digitale Communicatie, en vastgesteld door het platform RTA en belokt held door de IZA Stuurgroep.	1-jul-26	Resultaat	Ja	€ 435.000	€ 0	€ 406.000
18	Q2-26	Toepassing	10% van de VVT-, GGZ-organisaties in de regio Midden-Nederland, en waar nodig GGD en Veilig Thuis, hebben (dossier) inzage via een 360-graden beeld in de netwerkgroep viewer in acute zorgsituatie (UC2.5 Netwerkgroep viewer - 360-graden beeld).	1-jul-26	Resultaat	Ja	€ 435.000	€ 136.125	€ 0
19	Q3-26	Beschikbaarheid	Er is beschikbaarheid van 75% van de items uit de (informatie)standaard European Patient Summary (EPS) kan worden weergegeven via de Zorgviewer o.b.v. de beschikbare zits vanuit de MSZ middels de netwerkgroep viewer. Dit is in voorbereiding op de EHD's en ook in het kader van het 360-graden beeld waar wij naartoe werken.	1-jul-26	Resultaat	Ja	€ 870.000	€ 0	€ 0
20	Q4-26	Effect	Door realisatie van usecase 2.3 Verpleegkundige Overdracht, onder thema 2 besparen we 0,5% van de tijd in administratieve handelingen bij een overdracht tussen VVT en Ziekenhuizen en/of vice versa. De besparing wordt afgetrekt tegen de (effect) parameters zoals overgenomen o.b.v. impact analyse in BuCa Transitieplan Digitalisering en gegevensuitwisseling Midden-Nederland.	1-jul-26	Resultaat	Ja	€ 53.893	€ 0	€ 0

Bijlage 1 Samenhang transformatieplannen

TP Trijn	Valpreventie	
	TP Valpreventie	TP Trijn
Thema 1		
Usecase 1.1	• Samenwerkingsafspraken valpreventie • Samenwerken op één platform	• Fase 1: beschikbaar maken Platform voor netwerksamenwerking voor ter ondersteuning van valpreventie (Trijn) • Fase 1: implementeren van het Platform voor netwerksamenwerking (organisaties onder begeleiding van Trijn)
Usecase 1.2	-	• Fase 1: implementeren werkafpraak multidisciplinaire casuïstiekaanpak (organisaties onder begeleiding van Trijn) • Fase 1: beschikbaar maken multidisciplinaire casuïstiek aanpak (Trijn)
Usecase 1.3	-	• Fase 1: implementeren werkafpraak digitale communicatie huisarts en specialist, incl. meedenkconsult, ombuiging naar verwijzing e.v.v. en kort overleg (organisaties onder begeleiding van Trijn) • Fase 2: aansluiten op meedenkconsult (organisaties onder begeleiding van Trijn)
Usecase 1.4	-	-
Thema 2		
Usecase 2.1	-	• Fase 2 of later: BgZ (organisaties onder begeleiding van Trijn)
Usecase 2.2	-	• Fase 2 of later: MP9.0 (organisaties onder begeleiding van Trijn)
Usecase 2.3	-	• Fase 2 of verder: overdragen cf. eOverdracht of andere beschikbare informatiestandaard (organisaties onder begeleiding van Trijn)
Usecase 2.4	-	
Usecase 2.5	-	• Fase1: Onderzoek Zorgviewer beschikbaar maken voor paramedie en sociaal domein o.a. BgZ, AMO, zibs en pdf verpleegkundige overdracht, PZP (organisaties onder begeleiding van Trijn) • Fase 2: Zorgviewer beschikbaar maken voor paramedie en sociaal domein (Trijn) • Fase 2: Implementeren Zorgviewer (organisaties onder begeleiding van Trijn)
Fundament		
	• Aansluiting bij regionale digitaliseringsstrategie en bijbehorende architectuur	• Fase 1: onderzoek bronontsluiting via de data-integratieoplossing van de Zorgviewer (Trijn) • Fase 1: Plan maken voor het opschonen van de data en/of vertalen (organisaties onder begeleiding van Trijn) • Fase 1: implementatie generieke functies. In eerste instantie Mitz en ZORG-AB (organisaties onder begeleiding van Trijn) • Fase 2: implementatie generieke functies voor organisaties later op de roadmap van Mitz. In eerste instantie Mitz en ZORG-AB (organisaties onder begeleiding van Trijn)

TP Trijn	Mentaal gezondheidsnetwerk (MGN)	
	TP MGN	TP Trijn
Thema 1		
Usecase 1.1	• Samenwerkingsafspraken MGN • Samenwerken op één platform • Digitale zelfhulp toepassing selecteren/ (door)ontwikkelen	• Fase 1: beschikbaar maken Platform voor netwerksamenwerking voor MGN ter ondersteuning van het verkennend gesprek (Trijn) • Fase 1: implementeren van het Platform voor netwerksamenwerking (Mijngezondheid.net (MGN) onder begeleiding van Trijn) • Fase 2: integreren digitale zelfhulp in Platform voor netwerksamenwerking (MGN onder begeleiding van Trijn) • Fase 1: onderzoek naar de ontsluiting van informatie over wachttijden en beschikbare capaciteit ter ondersteuning van het verkennend gesprek (MGN onder begeleiding van Trijn) • Fase 2: ontsluiting van wachtlijsten en capaciteit beschikbaar maken via Platform voor netwerksamenwerking (MGN onder begeleiding van Trijn)
Usecase 1.2		
Usecase 1.3		
Usecase 1.4		
Thema 2		
Usecase 2.1		• Fase 2 of later: BgZ/BGgZ (MGN onder begeleiding van Trijn)
Usecase 2.2		• Fase 2 of later: MP9.0 (MGN onder begeleiding van Trijn)
Usecase 2.3	• Implementatie werkafpraak Overdracht	• Fase 1: overdragen van gegevens cf. methodiek van MeO (MGN onder begeleiding van Trijn) • Fase 2: overdragen cf. eOverdracht (MGN onder begeleiding van Trijn)
Usecase 2.4		
Usecase 2.5		• Fase 1: Zorgviewer beschikbaar maken voor ZCC via VIPLive domein o.a. BgZ, AMO, zibs en pdf verpleegkundige overdracht, PZP (Trijn) • Fase 1: implementeren Zorgviewer (MGN onder begeleiding van Trijn)
Fundament		
	• Aansluiting bij regionale digitaliseringsstrategie en bijbehorende architectuur	• Fase 1: bronontsluiting via de data-integratieoplossing van de Zorgviewer (Trijn) • Fase 2: wachtlijsten en capaciteit beschikbaar maken via de data-integratie oplossing van de Zorgviewer (MGN onder begeleiding van Trijn) • Fase 1: plan en start maken voor het schonen van de data (MGN onder begeleiding van Trijn) • Fase 1: implementatie generieke functies. In eerste instantie Mitz en ZORG-AB (MGN onder begeleiding van Trijn) • Fase 2: implementatie generieke functies voor organisaties later op de roadmap van Mitz. In eerste instantie Mitz en ZORG-AB (MGN onder begeleiding van Trijn)

TP Trijn	Zorgcoördinatie Midden-Nederland (ZCC/NAZMN)	
	TP ZCC/NAZMN	TP Trijn
Thema 1		
Usecase 1.1		
Usecase 1.2		
Usecase 1.3	Digitale zelftriage	- Fase 1: implementeren werkspraak digitale communicatie huisarts en specialist, incl. meedenkconsult, ombuiging naar verwijzing e.v.v. en kort overleg (ZCC/NAZMN onder begeleiding van Trijn) - Fase 1: Toepassing meedenkconsult beschikbaar maken voor gebruik ZCC en in gebruik nemen bij ZCC (ZCC/NAZMN onder begeleiding van Trijn)
Usecase 1.4		
Thema 2		
Usecase 2.1		Fase 2 of later: BgZ (ZCC/NAZMN onder begeleiding van Trijn)
Usecase 2.2		Fase 2 of later: MP9.0 (ZCC/NAZMN onder begeleiding van Trijn)
Usecase 2.3		
Usecase 2.4	Implementatie RTA Acute zorg	- Fase 1: Relevante informatiestandaarden implementeren (ZCC/NAZMN onder begeleiding van Trijn) - Fase 2 en verder: overige informatiestandaarden implementeren (ZCC/NAZMN onder begeleiding van Trijn)
Usecase 2.5		- Fase 1: Zorgviewer beschikbaar maken voor ZCC via VIPLive o.a. BgZ, AMO, zibs en pdf verpleegkundige overdracht, PZP (ZCC/NAZMN onder begeleiding van Trijn) - Fase 1: Implementeren Zorgviewer (ZCC/NAZMN onder begeleiding van Trijn)
Fundament		
	Aansluiting bij regionale digitaliseringsstrategie en bijbehorende architectuur	- Fase 1: bronontsluiting via de data-integratieoplossing van de Zorgviewer (ZCC/NAZMN onder begeleiding van Trijn) - Fase 1: plan maken en starten van het schonen van data (ZCC/NAZMN onder begeleiding van Trijn) - Fase 1: implementatie generieke functies voor organisaties later op de roadmap van Mitz. In eerste instantie Mitz en ZORG-AB (ZCC/NAZMN onder begeleiding van Trijn)

Bijlage 2 Data-ontsluiting middels de Netwerkgorg viewer

De Netwerkgorg viewer (de toepassing) ontsluit data uit de aangesloten bronsystemen, ordent deze en biedt de gebruiker de mogelijkheid om informatie te kunnen zien vanuit een bepaalde context (b.v. PZP). Deze gegevens zijn alleen in te zien na expliciete toestemming van de inwoner (Mitz). De Zorgviewer in het kort toegelicht:

1. **Voor professionals, door professionals** Bedacht en ontwikkeld door professionals en organisaties zelf.
2. **Realtime informatie uit elkaars dossier** Het eerste systeem in Nederland waarmee professionals informatie over inwoners snel en eenvoudig uit elkaars dossier kunnen inzien.
3. **Draagt bij aan betere inwonerveiligheid** Goede uitwisseling van gegevens draagt bij aan betere inwonerveiligheid
4. **Toestemming van de inwoner is nodig** Zonder toestemming is het niet mogelijk om de gegevens in te zien.
5. **Voordeel voor professionals** Voorkomen dubbele diagnostiek & administratiedruk kan dalen.
6. **Voordeel voor inwoners** Betere zorg en ondersteuning, minder 'voorgeschiedenis vertellen', minder dubbele handelingen.
7. **Hoe meer gebruikers van de viewer, hoe groter de voordelen.** Dit geldt zowel voor professionals als inwoners.
8. **Uiteindelijke doel is landelijke dekking én toegang voor de gehele zorgketen**

In de realisatie en de ontsluiting van data via de Netwerkgorg viewer, hanteren wij specifieke uitgangspunten. De **leidende principes** voor het ontwerp en de realisatie zijn:

1. De architectuur moet generiek en voor verschillende usecases toepasbaar zijn.
2. Alle actoren, (zorg) professionals hebben inzage in dezelfde informatie, op basis van de gegeven toestemming van de inwoner.
3. Informatie blijft primair bij de bron en wordt zo min mogelijk gerepliceerd:
 - Registratie aan de bron - zorg voor juiste bron registratie, ontsluit wat er is;
 - Aanpassen aan de bron, mappings in de bron en bron corrigeren als mogelijk.
4. De viewer wordt opgestart vanuit de eigen informatieomgeving, bronsysteem.
5. Informatie kan worden overgenomen in het eigen informatiesysteem wanneer daaraan behoefte is (*is toekomstperspectief*).
6. De informatie wordt gefilterd op basis van de specifieke informatiebehoefte, bijvoorbeeld:
 - actief zorgpad
 - alle zorgepisodes van de afgelopen 2 jaar
 - alle benodigde informatie voor een gedefinieerd specifiek zorgpad
 - alle labuitslagen van de afgelopen 4 maanden
7. De architectuur gaat uit van een haalbare eerste versie vanuit bestaande werkwijzen en technische mogelijkheden.
8. De architectuur voldoet aan wet- en regelgeving en maakt compliance op het gebied van privacy en security mogelijk.
9. De architectuur rust op de verleende toestemming door de inwoner. De inwoner bepaalt of gegevens worden gedeeld en heeft inzicht in wie de gegevens raadpleegt of overneemt.
10. De architectuur is gebaseerd op [open standaarden](#).
11. Taal en transport zijn gescheiden, zodat vendor-lock-in wordt voorkomen.

Bijlage 3 Samenhang Transformatieplannen Eemland en Trijn

Trijn werkt als penvoerder aan het transformatieplan: 'Digitalisering en Databeschikbaarheid als drijvende kracht voor Netwerkgroep in Midden-Nederland'. Dit plan bouwt aan een fundament voor digitale transformatie binnen de regio. Veel van de leden van Samen Sterker Eemland doen hier actief aan mee als lid van Trijn. In dit fundament wordt er gekozen om te werken naar een doelarchitectuur met bepaalde standaarden. Hier sluiten wij volledig op aan waar mogelijk.

Verder worden in dit plan twee thema's beschreven. Het eerste thema bestaat uit het realiseren van een netwerkomgeving voor samenwerking en communicatie tussen inwoner en professionals en professionals onderling. Het tweede thema bestaat uit het realiseren van gegevensuitwisselingen en het beschikbaar stellen van data via een netwerkgroep viewer en middels bron-naar-bron uitwisseling tussen organisaties.

In Eemland staan we achter deze twee doelen, maar werken we op veel plekken al met Boards om deze doelen te realiseren. Daarom staat er zowel in dit transformatieplan als in het transformatieplan van penvoerder Trijn dat Eemland Boards gaat inzetten voor bepaalde use cases. In het plan van Trijn gaat dit voornamelijk over Proactieve zorgplanning en medicatieoverdracht in het plan van Samen Sterker Eemland komt dit terug in het mentaal gezondheidsnetwerk (verkennend gesprek) en binnen ONTiE (meedenkconsult). Beide onderwerpen komen ook voor in het transformatieplan van Trijn en worden met hen en de U23 (waar nodig) verder op elkaar afgestemd.

Binnen het transformatieplan van Trijn zal Samen Sterker Eemland ook een actieve bijdrage doen aan de verkenning met het sociaal domein binnen de regio Eemland.

Bijlage 4 Overzicht gebruikte systemen in de regio

Contact met andere professionals

- **Conraad** - Contact met OM, Rechtbanken en burgemeester.
- **Edifact** – Brieven naar huisartsen, receptenverkeer huisarts (apotheek, lab-uitslagen etc.).
- **Epic** – CareEverywhere – EPD module voor gegevensuitwisseling en inzage.
- **EVOCS** – Delen van beelden en documenten tussen zorgorganisaties.
- **Point** – Zorgoverdracht.
- **Siilo** – Messenger.
- **TCCN** – Teleconsulten voor artsen in de eerste lijn met medisch specialisten.
- **Zorgdomein** – Digitaal verwijzen.
- **Zorgmail** – Beveiligde mail.

	Altrecht	Antonius	Axion	Diakones senhuis	HUS	Meander	Regiozorg NU	Santé	UMCU	Unicum	Zorgspect rum
Conraad	x										
Edifact	x	x		x	x	x			x		
Epic (Chipsoft)		x			x					x	
EVOCS		x				x					
Point			x			x			x		
Siilo				x	x	x		x	x	x	
TCCN		x		x		x			x		
Zorgdomei n	x		x	x	x	x		x	x		
Zorgmail	x			x	x	x	x	x	x		x

Contact met inwoners

- **BeterDichtbij** - Contact met inwoner, ook mogelijkheid om te beeldbellen.
- **Calculus VIP** – App waarin professionals, inwoner en mantelzorger gemakkelijk en veilig informatie met elkaar kunnen uitwisselen. Wordt gepromoot door Unicum.
- **Caren** - Digitale gezondheidsomgeving, geeft inzage en controle in je eigen gezondheid.
- **Portavita** – Health management platform.
- **Weseedo** – Beeldbellen.
- **Zorg4zeist, corpio** - Inzage in zorgaanbod van Zeist.
- **Webcamconsult** – Beeldbellen.
- **Videobutler** – Beeldbellen met live technische support (nog 2 behandelaren).
- **EPD-chat**: vanuit het portaal (inwoner) & EPD (professional) communiceren via chat.

	Altrecht	Axion	Diakones enhuis	Meander	Regiozorg NU	Santé	Unicum
BeterDichtbij			x				
Calculus VIP						x	
Caren	x						
Familienet		x					
Portavita				x	x	x	
Weseedo					x		
Zorg4zeist, corpio							x
Webcamconsult				x			
Videobutler				x			
EPD-chat				x			

Bijlage 5 Termen en definities

Termen en definities	Toelichting
API	'Application Programming Interface'. Dit is een koppeling (oftewel verbinding) tussen twee verschillende applicaties van systemen, die ervoor zorgt dat zij met elkaar kunnen communiceren.
Bronstelsysteem	Digitale toepassing waarin informatie wordt vastgelegd en beheerd. Denk hierbij aan een elektronisch dossier van een huisarts of ziekenhuis. Dit is de digitale omgeving van waaruit een professional werkt.
Data	Data zijn de vastgelegde weergaven van feiten, begrippen of aanwijzingen, geschikt voor overdracht, interpretatie of verwerking door een persoon of apparaat. Data betekent hetzelfde als 'gegevens'. Data zijn woorden, cijfers, tekens, afbeeldingen; alle mogelijkheden om iets weer te geven. Ze krijgen betekenis in hun context en in samenhang met elkaar, dan ontstaat informatie.
Databeschikbaarheid	(Gezondheids)data moet beschikbaar zijn voor gebruik. Databeschikbaarheid omvat het beschikbaar, bereikbaar en bruikbaar hebben van vastgelegde (gezondheids)data voor de specifieke informatiebehoefte. Dit voor alle vormen van (her)gebruik, proces- en usecase-onafhankelijk, met nadrukkelijke waarborgen voor inwonerveiligheid en privacy.
Domein	Afgebakend terrein dat in een bepaalde setting wordt onderscheiden, bijvoorbeeld een bepaald werktterrein als onderdeel van een bepaalde sector of een bepaalde sector als geheel. Zo wordt het sociaal domein onderscheiden als onderdeel van het gemeentelijk domein.
Gegevens	Weergave van een feit, begrip of aanwijzing, geschikt voor overdracht, interpretatie of verwerking door een persoon of apparaat. Synoniem van 'gegeven'.
Gemeenschappelijke voorziening	Een product of dienst gericht op het ondersteunen van een generieke functie, waarbij de ontwikkeling wordt overgelaten aan private partijen, maar er één gezamenlijke initiator is die de randvoorwaarden bepaalt (in de meeste gevallen vanuit de overheid). De gemeenschappelijke voorziening kan door een organisatie zelfstandig binnen haar invloedssfeer worden geïmplementeerd of worden gekozen, maar bevat afhankelijkheden met andere organisaties waardoor gemeenschappelijke afspraken nodig zijn.
Generieke functies	Een functie die voor meerdere toepassingsgebieden nodig is om vindbaarheid, toegankelijkheid, interoperabiliteit of hergebruik van gegevens te kunnen realiseren. Een generieke functie is door de zorg-ICT-markt in te vullen op basis van een set van afspraken, protocollen, en open (waar mogelijk internationale) standaarden. Deze afspraken worden in een norm/technische afspraak vastgelegd.
Informatiestandaard	Verzameling afspraken die ervoor zorgen dat gegevens elektronisch, gestandaardiseerd, goed en veilig kunnen worden uitgewisseld tussen verschillende partijen. De afspraken beschrijven welke gegevens in het primaire proces worden vastgelegd, welke partijen welke informatie uitwisselen en in welk format deze gegevens worden uitgewisseld.
Infrastructuur	Het geheel aan voorzieningen dat nodig is om iets goed te laten functioneren.

Interoperabiliteit	Interoperabiliteit is de mogelijkheid van verschillende autonome, heterogene eenheden, systemen, partijen, organisaties of individuen om met elkaar samen te werken, te communiceren en informatie uit te wisselen.
Projecten	Projecten zijn nodig als aanpak om te komen tot de realisatie van een usecase. Dat begint bij het maken van een RTA of werkafspraken wanneer deze er nog niet is tot aan het in gebruik nemen van een toepassing door betrokken partijen.
RTA's en werkafspraken	We hanteren in dit plan zowel de begrippen 'regionale transmurale werkafspraken (RTA's)' als 'werkafspraken'. Het verschil hiertussen is: • RTA: dit zijn formele afspraken die betrekking hebben op een specifieke patiëntengroep. Ze worden officieel vastgesteld en ondertekend door de ALV van Trijn. RTA's zorgen voor duidelijke richtlijnen over diagnostiek, behandeling, consultatie en verwijzing. • Werkafpraak: dit zijn concrete afspraken die niet specifiek gericht zijn op een patiëntengroep, maar heel concreet omschrijven wie waarvoor verantwoordelijk is in een specifiek werkproces. De werkafspraken worden vastgesteld door het platform RTA's binnen Trijn. Zowel RTA's als werkafspraken worden beheerd en beschikbaar gesteld aan de regio via de website van Trijn.
Toepassing	Dit is een (deel van) een digitale applicatie die wordt ingezet om een proces te ondersteunen.
Usecase	Een usecase geeft een uitwerking van een specifiek (werk)proces binnen netwerksamenwerking, de betrokken partijen en de gebruikte toepassing of toepassingen.
ZorgInformatie Bouwsteen (ZIB)	Gegevensmodellen waarin zorginhoudelijke concepten beschreven worden in termen van gegevenselementen waaruit dat concept bestaat, datatypes van die gegevenselementen, et cetera. Door gebruik te maken van zorginformatiebouwstenen worden bepaalde onderdelen uit het zorgproces gestandaardiseerd beschreven, zodat deze gegevens goed uitgewisseld kunnen worden tussen verschillende (zorg)partijen en goed herbruikbaar zijn.

Bijlage 6 Detaillering aanpak en activiteiten planning thema 1

	mei-25	jun-25	jul-25	aug-25	sep-25	okt-25	nov-25	dec-25	jan-26	feb-26	mrt-26	apr-26	mei-26	jun-26	Betrokken organisaties	Waar liggen de acties / wie verantwoordelijk?
Thema 1																
1.1 Netwerksamenwerking en communicatie																
Ontwikkeling, vaststelling en implementatie werkafpraak Netwerksamenwerking (res. 1-2)															Expertgroep vanuit de RHO's, WT, GGZ en sociaal domein en U23	Coördinatie vanuit Trijn, met vertegenwoordiging van de regio in een werkgroep
Opschaling VIPLive samenwerken in stad en regio Utrecht (res. 3) incl. eventuele nieuwe functionaliteiten (res. 4)															HUS/Sterkzorg (huisartsen, apotheken, paramedie), RegiozorgNU, Unicum, Axion Continu, Careyn, ZorgSpectrum, Santé Partners (ikv ouderenzorg en leefstijl), gemeenten met SD partner(s)	Projectleiders, wijkcoördinatoren en transmuraal managers betrokken organisaties onder begeleiding van Trijn. Met ondersteuning vanuit IT- en opleidingsafdelingen organisaties.
Analyse en harmonisatie gebruik VIPLive Samenwerken binnen RHO's (res. 5-6)															Regionaal alle betrokkenen	Trijn met bestuurders en projectleiders betrokken organisaties
Uitvoering onderzoek ontsluiting informatie wachttijden en beschikbaarheid capaciteit t.b.v. verkennend gesprek (res. 7)															Expertgroep vanuit de betrokkenen uit WT, GGZ en soc domein	Coördinatie vanuit Trijn, met vertegenwoordiging van de partijen in een werkgroep
PZP ondersteuning met Boards in Eemland (res. 8)															Meander MC, Huisartsen Eemland en Beweging 3.0	Coördinatie vanuit Trijn i.s.m. DNP
Onderzoek duurzame financiering platform voor netwerksamenwerking (res. 9)															HUS/Sterkzorg, RegioZorgNU, Unicum Huisartsenzorg, Huisartsen Eemland, IZA verantwoordelijke gemeenten, ZK	Coördinatie vanuit Trijn, met vertegenwoordiging van de partijen in een werkgroep

	mei-25	jun-25	jul-25	aug-25	sep-25	okt-25	nov-25	dec-25	jan-26	feb-26	mrt-26	apr-26	mei-26	jun-26	Betrokken organisaties	Waar liggen de acties / wie verantwoordelijk?
1.2 Multidisciplinaire casuïstiekaanpak																
Ontwikkeling, vaststelling en implementatie werkafpraak multidisciplinaire casuïstiekaanpak (res. 10-11)															Expertgroep vanuit de RHO's, WT, GGZ en sociaal domein en U23	Coördinatie vanuit Trijn en inzet inhoudelijke expertgroep incl. IT capaciteit
Werkafspraken maken met U23 en welzijnstafel KUS en inrichting governance incl. coalitie digitalisering (res. 12)															Experts U23, welzijnstafel KUS met Trijn	Trijn coördineert en werkt nauw samen met de aangewezen sleutelfiguren vanuit de gemeenten, sociaal domein en welzijn
Consultatiesessies achterban SD en verkenning onderwerpen (res. 13)															Experts sociaal domein	Sociaal domein onder begeleiding van Trijn
Vervolg consultatie en ontwikkeling gemeentelijk beleid (res. 14 - 15)															Experts sociaal domein	Sociaal domein onder begeleiding van Trijn
Onderzoek samenvoeging werkafpraak Eemland en Trijn (res. 16)															Werkgroep met o.a. experts Eemland	Coördinatie vanuit Trijn i.s.m. DNP
Aanvullen procesmodel en bestaand programma van eisen aanvullen (res. 17)															Expertgroep vanuit de betrokken sectoren	Coördinatie vanuit Trijn
Analyse verrijking passende context en informatiesets (res. 18)															Expertgroep vanuit de betrokken sectoren	Coördinatie vanuit Trijn

	mei-25	jun-25	jul-25	aug-25	sep-25	okt-25	nov-25	dec-25	jan-26	feb-26	mrt-26	apr-26	mei-26	jun-26	Betrokken organisaties	Waar liggen de acties / wie verantwoordelijk?
1.3 Ombuigen van verwijzing naar meedenkconsult e.v.v.																
Aanscherpen werkafpraak digitale communicatie huisarts en specialist, i.k.v. ombuigen meedenkconsult naar verwijzing e.v.v. (res. 19)															Expertgroep vanuit ziekenhuizen en RHO's	Coördinatie vanuit Trijn en inzet inhoudelijke expertgroep
Aanscherping PvE ombuigen verwijzen en meedenkconsult op basis van onderzoek naar wat in andere regio's is ontwikkeld (res. 20)															Expertgroep vanuit ziekenhuizen en RHO's	Coördinatie vanuit Trijn met inhoudelijk en IT experts
Verkenning ontwikkeling functionaliteit ombuigen meedenkconsult en verwijzing (res. 21)															Expertgroep vanuit ziekenhuizen en RHO's	Coördinatie vanuit Trijn met inhoudelijk en IT experts
Keuze applicatie ter ondersteuning ombuigen (res. 22)															Expertgroep vanuit ziekenhuizen en RHO's	Coördinatie vanuit Trijn met inhoudelijk en IT experts

	mei-25	jun-25	jul-25	aug-25	sep-25	okt-25	nov-25	dec-25	jan-26	feb-26	mrt-26	apr-26	mei-26	jun-26	Betrokken organisaties	Waar liggen de acties / wie verantwoordelijk?
1.4 Uitbreiding meedenkconsult en kort overleg																
Aanvulling werkafpraak digitale communicatie GGz, VWT, ZCC/NAZMN, sociaal domein en U23 (res. 23)															Experts van Altrecht, VWT, ZCC/NAZMN, apotheken, sociaal domein en U23, RHO's	Coördinatie vanuit Trijn met inhoudelijk experts
<i>Meedenkconsult:</i> onderzoek aansluiting bij bestaande toepassing en benodigde aanpassingen/uitbreidingen (res. 24)															Experts van Altrecht, VWT, ZCC/NAZMN, apotheken, sociaal domein en U23, RHO's	Coördinatie vanuit Trijn met inhoudelijke IT experts
<i>Meedenkconsult:</i> inrichten postbus en koppeling aan de juiste personen per organisatie (res. 25)															Altrecht, VWT, ZCC/NAZMN, apotheken en RHO's (sociaal domein en U23 in fase 2)	Coördinatie vanuit Trijn, betrokken organisaties richten in
Aanvulling PvE <i>kort overleg</i> op basis van behoeften en laatste inzichten (res. 26)															Experts ziekenhuizen en RHO's	Coördinatie vanuit Trijn met inhoudelijke IT experts
Uitvoering onderzoek en keuze applicatie ter ondersteuning <i>kort overleg</i> (res. 28)															Experts ziekenhuizen en RHO's	Coördinatie vanuit Trijn met inhoudelijke IT experts

Bijlage 7 Detaillering aanpak en activiteiten planning thema 2

	jan-25	feb-25	mrt-25	apr-25	mei-25	jun-25	jul-25	aug-25	sep-25	okt-25	nov-25	dec-25	jan-26	feb-26	mrt-26	apr-26	mei-26	jun-26	Betrokken organisaties	Waar liggen de acties/wie verantwoordelijk?
Thema 2																				
Aanpassing regionale samenwerking en werkprocessen conform de vigerende, landelijke richtlijnen. Maken van afspraken rondom de regionale samenwerking, op basis van richtlijn medicatieoverdracht in de keten, richtlijn acute zorgen richtlijn verpleegkundige overdracht.																			Regionaal alle betrokkenen (kosten regio)	Coördinatie vanuit Trijn, uitvoering door expertgroep en organisaties
Maken van een werkafpraak om overdracht van gegevens mogelijk te maken (BgZ, eOverdracht, etc.), op basis van bestaande richtlijnen, als Medicatieoverdracht in de keten, etc.																			Trijn met expertgroep vanuit de betrokkenen (kosten regio)	Trijn met expertgroep
Implementeren van gemaakte afspraken om overdracht van gegevens mogelijk te maken (BgZ, eOverdracht, etc.), op basis van bestaande richtlijnen, als Medicatieoverdracht in de keten, etc.																			Regionaal alle betrokkenen (kosten regio)	Coördinatie vanuit Trijn, uitvoering door organisaties
Werkafpraak operationeel. Professionals werken volgens de gemaakte afspraken rondom overdracht																				Expertgroepen en bijbehorende organisaties
Opstellen van een veranderanalyse (mens, proces, informatie en techniek) per organisatie en hierbij het maken van een veranderplan, om de aanpassingen in de werkwijze te implementeren.																			Regionaal alle betrokkenen (kosten regio)	Coördinatie vanuit Trijn, uitvoering door expertgroep en organisaties
Analyse van de functionele eisen en behoeften die voortkomen uit de vigerende richtlijnen, Egiz-informatiestandaarden en RTA's.																			Expertgroep Funct. Beheer en adviseurs	Coördinatie vanuit Trijn

	jan-25	feb-25	mrt-25	apr-25	mei-25	jun-25	jul-25	aug-25	sep-25	okt-25	nov-25	dec-25	jan-26	feb-26	mrt-26	apr-26	mei-26	jun-26	Betrokken organisaties	Waar liggen de acties / wie verantwoordelijk?
Gegevensuitwisseling																				
Brede implementatie koplopers MeO (Minimale eOverdracht)																			UMC Utrecht, Silverein, Zorgspectrum, Beweging 3.0 ExpertCare	Coördinatie vanuit Trijn, betrokken organisaties koplopersgroep
Uitbreiding van het aantal deelnemers rondom de MeO, aansluitend op een succesvolle live gang van de koplopers groep. Laatste is randvoorwaardelijk om verdere uitrol mogelijk te maken.																			STAZ, AxionContinu, Careyn, Bartholomeus Gasthuis	Coördinatie vanuit Trijn, betrokken organisaties
MeO operationeel																				Coördinatie vanuit Trijn, betrokken organisaties
Implementatie informatiestandaarden acute zorg																			RAVU, STAZ, UMC Utrecht, Diak, Meander, SpoedzorgNU, HUS, Uncium	Coördinatie vanuit Trijn, betrokken organisaties
Informatiestandaarden operationeel acute zorg																				Coördinatie vanuit Trijn, betrokken organisaties
Implementatie berichten (21,22,7,11,13,14); MSB 2,0																				Coördinatie vanuit Trijn, betrokken organisaties

	jan-25	feb-25	mrt-25	apr-25	mei-25	jun-25	jul-25	aug-25	sep-25	okt-25	nov-25	dec-25	jan-26	feb-26	mrt-26	apr-26	mei-26	jun-26	Betrokken organisaties	Waar liggen de acties / wie verantwoordelijk?
Netwerkzorg viewer																				
In kaart brengen van de benodigde informatie en verbeteringen registratie																			UMC Utrecht, Meander, STAZ, ZCC, Unicum, RegiozorgNU, HUS, Centraal, Beweging 3.0, Careyn	
Uitvoeren hiatenanalyse Zorgviewer in relatie tot inhoudelijke plannen																			UMC Utrecht, Meander, STAZ, ZCC, Unicum, RegiozorgNU, HUS, Beweging 3.0, Careyn	
Organiseren randvoorwaarden zoals overeenkomsten																			UMC Utrecht, Meander, STAZ, ZCC, Unicum, RegiozorgNU, HUS, Beweging 3.0, Careyn	
Beschikbaar maken data voor integraal beeld Zorgviewer. Met name stuk veranderingmanagement in de manier van registreren door professionals in hun eigen systeem.																			Q3 2025 UMC Utrecht, Q4 2025 STAZ, ZCC*, Unicum,	Betrokken organisaties
Implementatie integraal beeld Zorgviewer. Aansluiting van de Zorgviewer op de verschillende bronsystemen, waar dit (al) mogelijk is. Volgend op de ontwikkelagenda van RIVO-Noord.																			2026 volledig IVVU, Jellinek	Trijn/RIVO-Noord/Betreffende organisaties
Uitrol en gebruik Zorgviewer door Chipsoft-huizen																			UMC Utrecht	Coördinatie/projectleiding vanuit Trijn, uitvoering leden van Trijn en ChipSoft, RIVO-Noord
Gebruik Zorgviewer via VIPLive (huisartsen)																			Alle huisartsen die VIPLive gebruiken	Coördinatie/projectleiding vanuit Trijn, uitvoering via leverancier VIPLive, RIVO-Noord

[illegible]

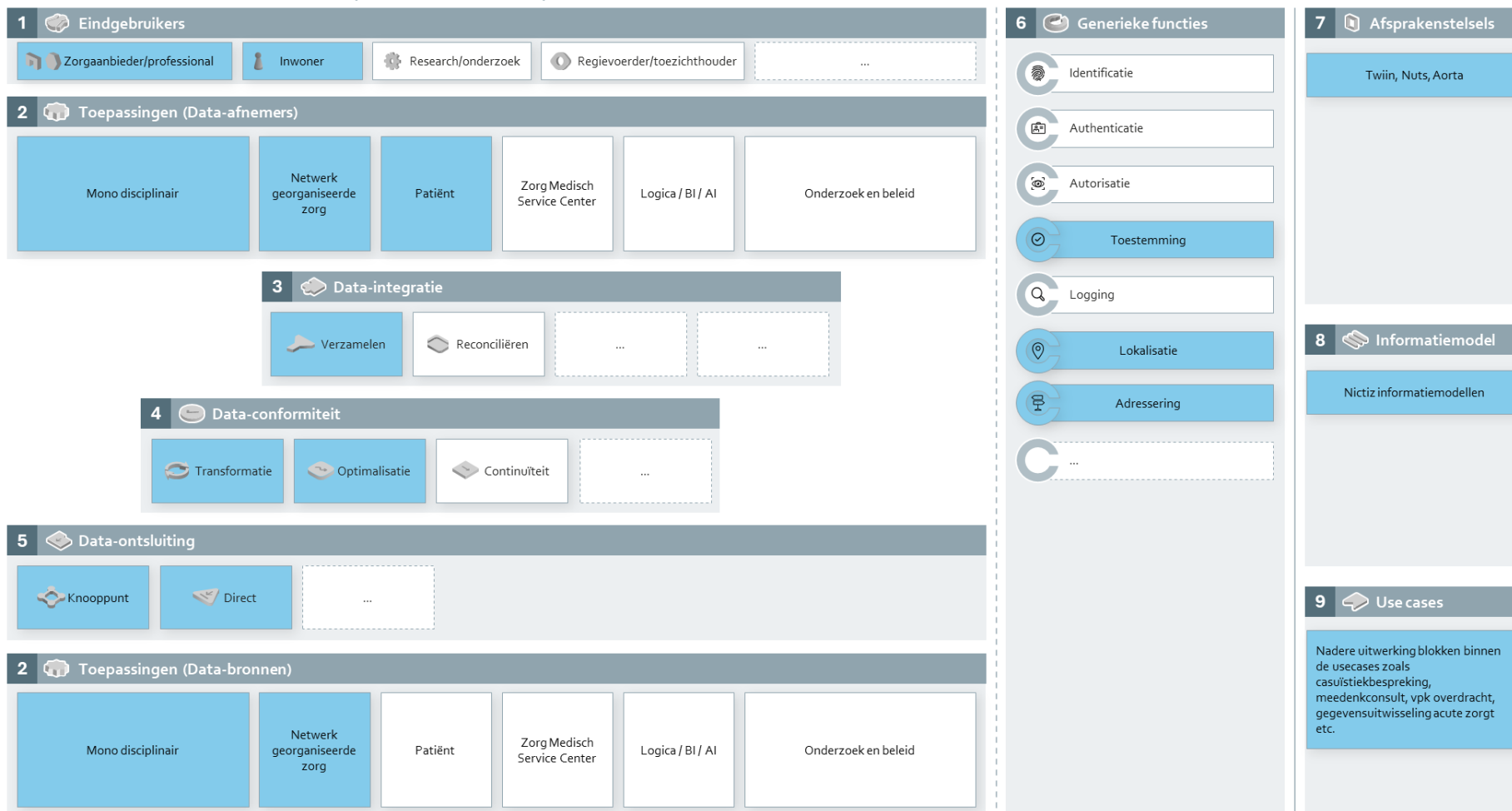
Bijlage 8 Planning voor realisatie van het Fundament

	jan-25	feb-25	mrt-25	apr-25	mei-25	jun-25	jul-25	aug-25	sep-25	okt-25	nov-25	dec-25	jan-26	feb-26	mrt-26	apr-26	mei-26	jun-26	Betrokken organisaties	Waar liggen de acties / wie verantwoordelijk?
Fundament																				
Regionale architectuur																				
Samenstellen architectuurraad (res. 1)																			Alle leden Trijn	Coördinatie/opzet vanuit Trijn, leden van Trijn kunnen plaats namens hun eigen organisatie(s).
Opstellen regionale architectuurprincipes (res. 3)																			Alle leden Trijn	Coördinatie vanuit Trijn, vanuit de architectuurraad, waar leden van Trijn plaats hebben en namens hun organisatie(s) praten.
Oprichten regionaal platform IB en GB (res. 2)																			Alle leden Trijn	Coördinatie vanuit Trijn, vanuit de architectuurraad, waar leden van Trijn plaats hebben en namens hun organisatie(s) praten.
Opstellen en implementeren regionale architectuurprocessen (res. 4)																			Alle leden Trijn	Coördinatie vanuit Trijn, vanuit de architectuurraad, waar leden van Trijn plaats hebben en namens hun organisatie(s) praten.
Uitwerken regionale afspraken en functionele uitwerking betreffende informatiebeveiliging en privacy (res. 3)																			Alle leden Trijn	Coördinatie vanuit Trijn, vanuit de architectuurraad, waar leden van Trijn plaats hebben en namens hun organisatie(s) praten.
Transitiearchitectuur																				
Gedetailleerde uitwerking transitiearchitectuur (res. 5)																			Alle leden Trijn	Coördinatie/projectleiding vanuit Trijn, verder een vertegenwoordiging van de verschillende ICT afdelingen van de leden.
Uitwerken informatieblokken (res. 6)																			Alle leden Trijn	Coördinatie/projectleiding vanuit Trijn, verder een vertegenwoordiging van de verschillende ICT afdelingen van de leden.

Doelarchitectuur																				
In detail verder uitwerken en onderhouden doelarchitectuur (res. 7)																			Alle leden Trijn	Coördinatie/projectleiding vanuit Trijn, verder een vertegenwoordiging van de verschillende ICT afdelingen van de leden.
Waar mogelijk implementeren standaarden en generieke functies (res. 8)																			Alle leden Trijn	Coördinatie/projectleiding vanuit Trijn, verder een vertegenwoordiging van de verschillende ICT afdelingen van de leden.
Regionale governance																				
Uitwerken regionale (beheer) governance (res. 9)																			Alle leden Trijn	Coördinatie/projectleiding vanuit Trijn, verder een vertegenwoordiging van de verschillende ICT afdelingen van de leden.
Vorbereiding uitvoering regionale beheerfunctie (res. 9)																			Alle leden Trijn	Coördinatie/projectleiding vanuit Trijn, verder een vertegenwoordiging van de verschillende ICT afdelingen van de leden.
Randvoorwaarden																				
Implementatie Mitz (res. 10)																			Alle leden Trijn	Coördinatie/projectleiding vanuit Trijn, verder een vertegenwoordiging van de verschillende ICT afdelingen van de leden.
Vulling en implementatie ZORG-AB (res. 11)																			Alle leden Trijn	Coördinatie/projectleiding vanuit Trijn, verder een vertegenwoordiging van de verschillende ICT afdelingen van de leden.
Uitwerken planning uitrol Dezi in de regio (res. 12)																			Alle leden Trijn	Coördinatie/projectleiding vanuit Trijn, verder een vertegenwoordiging van de verschillende ICT afdelingen van de leden.
Twiin																				
Uitvoeren nulmetingen (res. 13)																			Alle leden Trijn. Start bij UMC Utrecht	Coördinatie/projectleiding vanuit Trijn. UMC Utrecht en vervolgens de andere leden van Trijn.
Opstellen werkagenda's n.a.v. nulmeting (res. 13)																			Alle leden Trijn. Start bij UMC Utrecht	Coördinatie/projectleiding vanuit Trijn. UMC Utrecht en vervolgens de andere leden van Trijn.
Uitvoeren werkagenda (res. 13)																			Alle leden Trijn. Start bij UMC Utrecht	Coördinatie/projectleiding vanuit Trijn. UMC Utrecht en vervolgens de andere leden van Trijn.

Transitiearchitectuur transformatieplan fase 1 - Grondplaat v1.1 - level 1

V1.1



Bijlage 9 Detailbegroting, KPI's en verwachte resultaten gemeenten en sociaal domein

Verwachte resultaten

In fase 1 verwachten we de volgende resultaten te realiseren:

1. Samenwerking in het sociaal domein versterken

Resultaten:

- Structureel overleg (governance) tussen gemeenten ingericht over digitale samenwerking en innovatie binnen het Sociaal Domein
- Aanvullende usecases geïnventariseerd voor fase 2
- Gezamenlijke roadmap fase 2 opgesteld voor digitale voorzieningen in het sociaal domein (o.a. voor gegevensuitwisseling en gebruik AI)

2. Intensievere samenwerking met Trijn (en leden)

Resultaten:

- U23 is vertegenwoordigd in de architectuurraad en werkgroepen, thema 1, usecase 1.1, 1.2, 1.4.
- Trainingen en kennissessies georganiseerd voor beleidsmakers en informatiemanagers binnen het sociaal domein
- Werkafspraken over transitiearchitectuur en doelarchitectuur Sociaal Domein
- Werkafspraken multidisciplinaire samenwerking met huisartsen, welzijn en GGZ, VVT en ziekenhuizen

3. Versterken van digitale inclusie binnen sociaal domein

Doel: Inwoners meenemen in de digitale transformatie met specifieke aandacht voor kwetsbare doelgroepen

Resultaten:

- Verbinding gelegd tussen IZA-fundamenten digitalisering en digitale vaardigheden

Begroting

Usecase	Type kosten	Functie	€ x 1.000							FTE		
			Fase 1			Fase 2			Totaal	Fase 1		
			2025 Q2-Q4	2026 Q1-Q2	Totaal	2026 Q3-Q4	2027 Q1-Q2	Totaal		2025 Q2-Q4	2026 Q1-Q2	Totaal
1.1 - 1.4 Digitale communicatie	Personeel	Projectleider	346	230	576	230	230	461	1.037	3,0	3,0	3,0
	Personeel	Werkgroep lid	346	230	576	230	230	461	1.037	3,0	3,0	3,0
	Personeel	PMO	52	35	86	35	35	69	156	0,5	0,5	0,5
	Materiaal		45	30	75	30	30	60	135			
Fundament	Personeel	Architect	90	60	150	60	60	120	270	0,5	0,5	0,5
	Personeel	Werkgroep lid	115	77	192	77	77	154	346	1,0	1,0	1,0
Governance & organisatie	Personeel	Programmanager	156	104	259	104	104	207	466	1,0	1,0	1,0
	Personeel	Communicatieadviseur	69	46	115	46	46	92	207	0,5	0,5	0,5
Totaal			1.218	812	2.030	812	812	1.624	3.653	9,5	9,5	9,5

KPI's

Onderstaand overzicht geeft een selectie van de KPI's die specifiek het sociaal domein en gemeenten betreffen.

#	Periode	Niveau	Gebruik/Effect	KPI (SMART omschrijving)	Geplande opleveringsdatum	Type KPI	Bewijsvoering/ Deliverable	Gekoppeld aan uitbetaling	(totaal)Bedrag Kassier	Sociaal Domein
1	Q2-25	Overkoepelend	Voorbereiding	Vaststellen Transitieplan Fase 1 'Digitalisering en databeschikbaarheid als drijvende kracht voor netwerksamenwerking in Midden-Nederland' 2024 - 2026. Als onderdeel van het ontwerp van het transitieplan en mobilisatie van de regionale governancestructuur voor uitvoering van IZA Transitieplan Programma 'Digitalisering en databeschikbaarheid als drijvende kracht voor netwerksamenwerking in Midden-Nederland' 2025 - 2026, is de Architectuurraad Midden-Nederland ingesteld.	1-jul-25	Inspanning	In het portaal is het Transitieplan Fase 1 van Trijn als 'voldoende' beoordeeld en goedgekeurd door verzekeraars. Besluit IZA-stuurgroep en deel van de notulen waaruit blijkt dat de architectuurraad regio Midden-Nederland is geïnstalleerd.	Ja	€ 1.200.000	€ 609.000
4	Q3-25	Thema 1	Beschikbaarheid	Uitbreiding en publicatie van regionale transmurale werkspraken (RTA) voor: a) Multidisciplinaire casusnetwerken (UC1.2), b) Aangevulde werkspraak digitale communicatie huisarts en specialist (UC1.3).	1-okt-25	Inspanning	Opleveren aangepaste regionale werkprocessen, vastgesteld door platform RTA en bekrachtigd door de IZA-stuurgroep, wat is vastgelegd in de notulen.	Ja	€ 435.000	€ 609.000
8	Q4-25	Thema 1	Beschikbaarheid	Aangevuld programma van eisen voor functionaliteit multidisciplinaire casusnetwerken (UC 1.2)	1-jan-26	Inspanning	Opleveren aangepaste regionale werkprocessen vastgesteld door platform RTA en bekrachtigd door de IZA-stuurgroep, wat is vastgelegd in de notulen.	Ja	€ 435.000	€ 406.000
17	Q2-26	Thema 1	Toepassing	Door 80% van de betrokken organisaties Altrecht, VVT, ZCC/NAZMN, RHO's, koplopers apotheken en sociaal domein is het mogelijk gemaakt om het meedenkconsult in te zetten ter verbetering van kwaliteit van zorg en samenwerking (UC 1.4). Regionale samenwerkingsafspraken zijn hiervoor uitgewerkt en aangevuld in de bestaande RTA Digitale Communicatie, en vastgesteld door het platform RTA en bekrachtigd door de IZA Stuurgroep.	1-jul-26	Resultaat	Inventarisatie bij betrokken organisatie op de werkelijke toepassing en inzet van het meedenkconsult (onderdeel waardebeoordeling). Notulen van de IZA Stuurgroep waaruit blijkt dat de aangepaste RTA is opgeleverd en vastgesteld door het platform RTA en waaruit blijkt dat de Stuurgroep deze RTA bekrachtigt.	Ja	€ 435.000	€ 406.000

KPI 1 betreft zitting nemen in de architectuurraad

KPI 4 betreft alleen deel onder A