



# Onderzoek Ondersteuningsbehoefte implementatie PGO's

v1.1



**Van** Jeroen Biesboer; Björn Brusse

**Versie** v1.1

**Datum** 21-12-2022



## Inhoudsopgave

<b>1. Managementsamenvatting</b>	<b>3</b>
<b>2. Inleiding – Implementatie ná de VIPP-regelingen?</b>	<b>4</b>
2.1. <i>Aanleiding</i>	4
2.2. <i>Context van dit onderzoek</i>	5
2.3. <i>Aanpak &amp; scope van het onderzoek</i>	5
<b>3. Bevindingen op basis van interviews en deskresearch</b>	<b>6</b>
3.1. <i>Wat valt er weg als de VIPP-bureaus ophouden te bestaan?</i>	6
3.2. <i>Wat is aanvullend nodig? Robuuster stelsel &amp; implementeren vanuit meerwaarde</i>	7
3.2.1. <i>Doorontwikkeling - een robuuster stelsel</i>	7
3.2.2. <i>Het glas is halfvol: implementatie richten op meerwaarde van PGO's</i>	8
<b>4. Van bevindingen naar behoeften: sectoroverstijgende en sectorale implementatieondersteuning</b>	<b>8</b>
4.1. <i>Sectoroverstijgende implementatieondersteuning</i>	9
4.2. <i>Sectorale implementatieondersteuning</i>	11
4.3. <i>Transparante, flexibele en snelle besluitvorming ten behoeve van implementatie</i>	12
<b>5. Van behoefte naar concrete actie: aanbevelingen voor implementatieondersteuning</b>	<b>13</b>
<b>6. Bijlage 1 – ‘Bijvangst’ onderzoek - Onderbrengen sectoroverstijgende implementatieondersteuning</b>	<b>15</b>
<b>7. Bijlage 2 – Respondenten</b>	<b>16</b>
<b>8. Bijlage 3 – Documenten</b>	<b>17</b>
<b>9. Bijlage 4 – Revisietabel</b>	<b>17</b>



## 1. Managementsamenvatting

Aan het einde van 2022 en in 2023 loopt een aantal VIPP-regelingen<sup>1</sup> af. Daarmee eindigt de implementatieondersteuning die door deze regelingen is geboden. Vanuit haar maatschappelijke rol heeft het ministerie van VWS aan ICTU de opdracht verstrekt om in het zorgveld te verkennen wat er nodig is aan implementatieondersteuning van PGO's<sup>2</sup> in de fase ná de VIPPs. De focus hierbij ligt op de sectoren MSZ, GGZ en huisartsenzorg.

Die verkenning is uitgevoerd aan de hand van deskresearch en interviews met betrokkenen bij verschillende VIPP-regelingen. Het resultaat van de verkenning bestaat uit bevindingen, behoeften en actiegerichte aanbevelingen voor de implementatieondersteuning van PGO's na afloop van de VIPP-regelingen. De aanbevelingen zijn een praktische vertaling van de bevindingen en behoeften.

Een belangrijke bevinding op basis van de interviews is dat een aantal functies die de VIPP-bureaus vervulden nodig blijft. Denk hierbij aan kennisdeling, technische ondersteuning en 'korte lijntjes' met veld- en stelselpartijen betrokken bij implementatie. Naast de behoefte aan het continueren van bureaufuncties blijft ook capaciteit nodig bij de sectoren op het gebied van projectleiding, communicatie en issuemanagement. Ook is er -om lerend te kunnen doorontwikkelen- bekostiging nodig.

Daarbij geven respondenten aan dat er behoefte is aan aanvullende zaken op het gebied van implementatieondersteuning van PGO's:

- een verder ontwikkeld (robuuster) stelsel, en;
- doorontwikkeling van PGO's moet gericht zijn op meerwaarde voor de eindgebruikers van PGO's (patiënten/ cliënten) en zorgprofessionals.

Uit de gevoerde gesprekken wordt duidelijk dat meerwaarde van een PGO bestaat uit beschikbaarheid van relevante informatie uit meerdere sectoren. Om die reden vraagt doorontwikkeling van PGO's om sectoroverstijgende implementatieondersteuning. Die behoefte aan sectoroverstijgende ondersteuning bestaat o.a. uit: het afstemmen met landelijke programma's, het ondersteunen van vraagarticulatie (o.b.v. casuïstiek<sup>3</sup> uit de praktijk), kennisdeling en het coördineren en ondersteunen van lerend doorontwikkelen. In relatie tot de besluitvorming over implementatievraagstukken is er behoefte aan transparante, flexibele en snelle (inhoudelijke) besluitvorming gericht op de implementatiepraktijk.

De belangrijkste aanbevelingen zijn:

- richt een implementatiebureau in met een multidisciplinair team. Betrek daarbij naast implementatiedeskundigen nadrukkelijk ook zorgprofessionals en patiënten/cliënten;
- start met een kwartiermaker als aansluiting op de in 2023 aflopende VIPP 5 regeling en start de ondersteuning voor de sectoren waar een VIPP-regeling geëindigd is;
- zorg voor ondersteuning per sector die aansluit bij de zorgprofessionals, zorgaanbieders en koepels/brancheverenigingen van een sector. Positioneer de ondersteuning daarom in een sector zelf: deels bij de koepel, deels in het veld;
- kies voor een lerende en ontwikkelingsgerichte aanpak en bouw de sectoroverstijgende capaciteit stapsgewijs op, zodat lessen en bevindingen uit de

---

<sup>1</sup> VIPP-regelingen (Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional) zijn subsidieregelingen gericht op elektronische gegevensuitwisseling in de zorg, waaronder PGO's.

<sup>2</sup> In dit document wordt met PGO's altijd PGO's conform het MedMij Afsprakenstelsel bedoeld, tenzij anders aangegeven.

<sup>3</sup> Casuïstiek en/of usecases zijn concrete praktijktoepassingen waarbij juist een PGO meerwaarde biedt. Onderzoek Ondersteuningsbehoefte implementatie PGO's



praktijk gedurende de ondersteuning kunnen leiden tot nadere invulling of bijstelling van de benodigde capaciteit, kennis en vaardigheden;

- stuur tijdens de implementatie op realisatie van meerwaarde voor patiënten/cliënten en zorgprofessionals door o.a. co-creatie en het mogen leren van fouten, het maken van inhoudelijke keuzes en het zetten van kleine –snel te realiseren- stappen;
- maak kennisdeling praktisch door offline en online community management;
- organiseer bestuurlijk commitment bij de betrokken partijen. Zowel voor de in dit document voorgestelde aanpak en voor de besluitvormingsstructuur;
- houd rekening met de resultaten van nog lopende onderzoeken over PGO's waaronder de herijking i.k.v IZA.

Naast de hierboven genoemde behoeften, bevindingen en aanbevelingen kwamen er uit meerdere interviews suggesties voor het onderbrengen van de sectoroverstijgende implementatieondersteuning: enerzijds bij MedMij, anderzijds bij (een bestuurlijke tafel) van het IZA. Die twee suggesties zijn 'bijvangst', want de onderbrenging van implementatieondersteuning is geen onderdeel van dit onderzoek. Zie bijlage 1 voor een nadere uitwerking en de aanbeveling dat er op korte termijn een keuze gemaakt zou moeten worden voor de onderbrenging.

## **2. Inleiding – Implementatie ná de VIPP-regelingen?**

### **2.1. Aanleiding**

Het ministerie van VWS heeft sinds een aantal jaar een zichtbare rol bij het stimuleren en ondersteunen van de implementatie van PGO's. De bredere doelstelling is om met PGO's een instrument te bieden waarmee de inwoners van Nederland meer regie over hun gezondheid kunnen krijgen. Een centraal instrument bij het stimuleren en ondersteunen van de implementatie van PGO's zijn sectorale VIPP-programma's. Deze tijdelijke versnellingsprogramma's bestaan op hoofdlijnen uit een (subsidie)regeling en een programmabureau. Een VIPP-bureau ondersteunt de aan de regeling deelnemende zorgaanbieders bij het bereiken van de doelstellingen van de regeling.

Dankzij de inspanningen van de deelnemers aan regelingen, de VIPP-bureaus, de betrokken sectoren, stelselpartijen en het ministerie is in het kader van de VIPP-regelingen veel bereikt. Vooral op het technisch mogelijk maken van de elektronische gegevensuitwisseling tussen bronssystemen en PGO's. Gegevens die conform het MedMij afsprakenstelsel ontsloten kunnen worden vanuit HIS'en, EPD's en ECD's zijn hier concrete voorbeelden van. Naast deze concrete resultaten op technische realisatie is er veel belangrijk pionierswerk verzet. Dat heeft waardevolle leerervaringen opgeleverd over wat nodig is voor die technische realisatie ten behoeve van PGO's. Door die technische realisatie in het kader van de VIPPs kan er vervolg gegeven worden aan de implementatie – het daadwerkelijk in gebruik nemen van PGO's<sup>4</sup>.

De aanleiding van dit onderzoek is de vaststelling dat met het ophouden van een VIPP-regeling de behoefte aan implementatieondersteuning van PGO's niet ophoudt. Sterker: er blijft implementatieondersteuning nodig om op langere termijn de doelstellingen uit het coalitieakkoord en het integraal zorgakkoord te kunnen realiseren. Wat die behoefte is en

---

<sup>4</sup> Deze definitie is gebaseerd onder meer op die van ZonMW ([Wat verstaan we onder implementatie? - ZonMW](#)) en Zorg voor innoveren ([Wat is implementatie? | Implementatie | Zorg voor innoveren](#)).  
Onderzoek Ondersteuningsbehoefte implementatie PGO's



hoe dat in de praktijk vorm kan krijgen is niet vanzelfsprekend. Kortom: er moet een plan komen voor de fase ná de VIPP-regelingen.

Dit document bevat aanbevelingen ten behoeve van dat plan. De onderbouwing is een onderzoek op basis van de vraag welke ondersteuning er nodig is om de implementatie van PGO's te borgen. Meer concreet: welke behoefte er is aan implementatieondersteuning? De verdiepende vragen zijn:

- Welke functies/taken die door de VIPP-bureaus worden ingevuld zouden (na afloop van de regelingen) moeten blijven bestaan?
- Welke zaken zijn op korte termijn van belang om te continueren? Wat moet structureel worden ingericht?
- Wat hebben zorgverleners (zorgprocesniveau) nodig?
- Wat hebben zorgaanbieders (organisatieniveau) nodig?
- Wat kunnen sectoren zelf doen?
- Welke samenwerking is er nodig?
- Wat moet ondersteund worden?
- Op welke manieren zou die ondersteuning vorm kunnen krijgen?
- Wat zou centraal/overkoepelend moeten worden ingericht?

## **2.2. Context van dit onderzoek**

Er gebeurt op dit moment veel in relatie tot PGO's en het zorgveld. Verschillende afspraken over PGO's zijn gemaakt in het coalitieakkoord en in het integraal zorgakkoord. Naar aanleiding van deze afspraken worden verschillende onderzoeken uitgevoerd die (grote) invloed kunnen hebben op de uitkomsten in dit document. De uitwerking van de visie op PGO's en het vaststellen wat 'een goed functionerend PGO voor iedereen' is, is bepalend voor de behoefte aan implementatieondersteuning, omdat deze erop gericht moet zijn de visie en het doel van PGO's te realiseren. Het te bereiken doel is immers bepalend voor de implementatieondersteuning die nodig is. De omgeving van de uitkomsten van dit onderzoek is hiermee in beweging. Het opstellen van mitigerende maatregelen of een impactassessment valt buiten de scope van dit onderzoek. Relevante ontwikkelingen zijn onder andere:

- coalitieakkoord 2021 – 2025;
- integraal zorgakkoord;
- onderzoek visie PGO;
- Europese ontwikkelingen en EHDS;
- publiek houderschap informatiestandaarden
- veldverkenningen Nictiz/MedMij Standaarden;
- Wegiz; Amendement over de uitwisseling met PGO's.
- Herijkingsonderzoek PGO's door Pluut & Partners

## **2.3. Aanpak & scope van het onderzoek**

De inhoud van het voorstel is tot stand gekomen door interviews met betrokkenen en een documentenstudie<sup>5</sup>. Rekening houdend met beperkte doorlooptijd is de volgende scope gehanteerd:

---

<sup>5</sup> Overzicht van respondenten, documenten staan in de bijlage.  
Onderzoek Ondersteuningsbehoefte implementatie PGO's



- Focus op (binnenkort) aflopende VIPP regelingen: VIPP GGZ, VIPP OPEN en VIPP 5.
- Ga uit van de volgende prioritering bij uitnodigen respondenten voor de interviews:
  - Vertegenwoordiging van betrokken koepelorganisatie
  - Vertegenwoordiging van programmabureaus
  - Vertegenwoordiging Zorgverzekeraars Nederland, Patiëntenfederatie Nederland, MedMij
  - Vertegenwoordiging betrokkenen VWS
  - Vertegenwoordiging lopende/aanstaande VIPP-regelingen
- ICT-Leveranciers gelijktijdig / via bestaande tafel betrekken bij onderzoek:
  - Haak aan bij bestaande leverancierstafel MedElkaar

MedMij organiseerde parallel aan dit onderzoek tafels over 'Het leven na de VIPPs'. Ten behoeve van de samenhang tussen beide trajecten heeft ICTU als toevoerder deelgenomen aan de door MedMij georganiseerde tafels van VIPP GGZ en VIPP OPEN. Tenslotte is er vooraf aan en tijdens het onderzoek aangehaakt bij het Overkoepelend VIPP overleg van VWS (Aftrap op 5-9 en delen van bevindingen op 15-11). Een conceptversie van dit voorstel is voorgelegd aan de respondenten en ontvangen feedback verwerkt.

### 3. Bevindingen op basis van interviews en deskresearch

De geïnterviewden, onder wie de mensen van bij een VIPP-regeling betrokken koepelorganisaties en VIPP-programmabureaus, geven op hoofdlijnen dezelfde punten aan. De onderwerpen die genoemd worden, zijn in te delen in:

1. het wegvallen van 'bureaufuncties' doordat de VIPP-programmabureaus eindigen. Deze 'functies' blijven nodig in het kader van implementatieondersteuning van PGO's;
2. aanvullende implementatieondersteuning op basis van de geleerde lessen uit de VIPP- programma's van de afgelopen jaren.

De uitwerking van die bevindingen staan in dit hoofdstuk.

#### 3.1. Wat valt er weg als de VIPP-bureaus ophouden te bestaan?

Het aflopen van de VIPP-regelingen en het ophouden van de programmabureaus betekent voor alle sectoren een continuïteitsprobleem wanneer het gaat over implementatieondersteuning van PGO's. Dat probleem speelt inhoudelijk en procesmatig vlak.

#### Kennis over de implementatie van Zorg-ICT & de 'korte lijntjes'

De mensen die een inhoudelijke en/of procesmatige rol hebben gespeeld, meestal als onderdeel van het programmabureau, vertrekken. In een papieren overdracht wordt voorzien, maar opvolging is niet geborgd. De kennis die nodig is voor continuïteit van PGO implementatie hebben veel sectoren niet in huis. De consequentie is dat de volgende onderdelen van implementatieondersteuning wegvallen:

- parate en actuele kennis over netwerksamenwerking in de implementatiepraktijk;
- technische ondersteuning, advies & duiding aan koepels en sectoren;
- parate en actuele kennis over de werking van het informatiestelsel (en met name op de techniek en verhoudingen Nictiz, Medmij, VZVZ, etc.) en doorvertaling van en ondersteuning hierover aan zorgaanbieders;
- korte lijntjes met stelselpartijen, veldpartijen en de implementerende zorgaanbieders en continuïteit van relaties dankzij meerjarige samenwerking met een veelvoud aan



stakeholders. Waaronder de stelselpartijen, VWS-directies, leveranciers (bronsystemen, DVA, DVP), programmabureaus van parallelle VIPP regelingen, en (nationale)programma's, projectleiders en/of penvoerders bij deelnemers en regio's.

### **Capaciteit: projectleiding & ICT**

Ook aan organisatorische- en projectmanagement kant vallen onderdelen weg. Het gaat om:

- projectleiding, procesbegeleiding, communicatie en issuemanagement
  - periodieke afstemming over voortgang, het monitoren van voortgang en distributie van resultaten en doel van PGO's, het najagen van aangekaarte issues bij de relevante partijen;
  - organiseren van leverancierstafels, bijpraatsessies met projectleiders en stelselpartijen, transparante & centrale communicatie;
  - organiseren van testmogelijkheden, begeleiden van testen, signaleren van knelpunten en samenbrengen van issues;
- bekostiging van activiteiten, bemensing en ICT
  - faciliteren en ondersteunen van ontwikkelen, testen, kwalificeren van standaarden;
  - organiseren van testen met deelnemers;
  - ondersteunen gecoördineerde vraagarticulatie naar leveranciers.

### **3.2. Wat is aanvullend nodig? Robuuster stelsel & implementeren vanuit meerwaarde**

De drie sectoren, waarop de focus ligt in dit onderzoek, geven aan dat voor doorontwikkeling en implementatie van PGO's aan de volgende voorwaarden moet worden voldaan:

- het stelsel moet robuuster;
- doorontwikkeling en implementatie moet gericht zijn op meerwaarde voor patiënt/cliënt en zorgprofessional.

Twee van de drie sectoren geven hierbij aan te verwachten dat de doorontwikkeling stil komt te vallen indien niet aan deze voorwaarden is voldaan. Als reden wordt opgegeven dat leveranciers wel kosten maken, maar hier geen inkomsten tegenover zien. Dat is verliesgevend en stoppen met de doorontwikkeling. Bijvoorbeeld door een nieuwe versie van een gegevensdienst niet in te bouwen. Een vergelijkbare situatie wordt beschreven aan de kant van de zorgaanbieders. Die komen voor ICT-kosten te staan waar geen baten tegenover staan. Een veel aangedragen voorbeeld van dergelijke kosten zijn de facturen die zorgaanbieders moeten betalen voor DVZA's. De andere reden die wordt gegeven is dat PGO's in de huidige vorm ('inkijk functie') ten opzichte van portalen geen meerwaarde bieden. Portalen zijn (vaak) gebruiksvriendelijker en bieden functionaliteiten -zoals interactie tussen patiënt en professional- met meerwaarde voor zowel patiënt/client als zorgprofessional.

#### **3.2.1. Doorontwikkeling - een robuuster stelsel**

In de gesprekken geven de geïnterviewde partijen aan dat het stelsel nog verder doorontwikkeld moet worden. Hierbij wordt genoemd dat de technische werking van de gegevensuitwisseling verder verbeterd moet worden en de doorlooptijden en complexiteit van het kwalificatieproces moeten worden verbeterd. Verschillende partijen verwoorden dit als "het robuuster maken van het stelsel". Daarbij geven de geïnterviewde partijen aan dat zij



weten dat hieraan wordt gewerkt in het samenwerkingsverband MedElkaar en zij onderschrijven de door MedElkaar gedefinieerde bouwblokken. Tegelijkertijd wordt aangegeven dat het voor een goede samenwerking belangrijk is om reële planningen met elkaar af te spreken en zij nog moeten zien hoelang dit gaat duren. Partijen geven aan niet echt betrokken te zijn en niet scherp te hebben wat de resultaten op korte termijn zullen zijn.

### 3.2.2. Het glas is halfvol: implementatie richten op meerwaarde van PGO's

Ondanks de bovengenoemde behoeften omtrent stelsel en techniek geven deelnemers aan de potentie van PGO's nog steeds te zien. "Het glas is halfvol". Om die potentie verder te brengen moet volgens respondenten implementatie -en de ondersteuning daarvan- gericht zijn op het realiseren van meerwaarde van PGO's.

De vraag 'wat is meerwaarde van PGO's' is buiten scope van dit onderzoek. Er zijn bovendien lopende onderzoeken die toegespitst zijn op die vraag. Tijdens het onderzoek is de meerwaarde van PGO's echter zo nadrukkelijk benoemd én het belang ervan onderstreept door alle respondenten dat het onderwerp meegenomen wordt in dit voorstel. Zonder meerwaarde heeft implementeren – in gebruik nemen in de praktijk – geen zin. In relatie tot deze meerwaarde van PGO's zijn volgende de respondenten in dit onderzoek de volgende punten van belang

- Een PGO met meerwaarde biedt functionaliteiten op basis van behoeften uit de praktijk. Die behoefte is dat er gegevens uit bronssystemen van professionals uit meerdere sectoren beschikbaar moeten zijn.
- Hiermee kan een PGO zich onderscheiden van een portaal, welke verbonden is aan een specifieke zorgaanbieder. Deze meerwaarde van PGO's is de basis voor de interactie van PGO's in het zorgproces (cf. afspraak IZA);
- Het bereiken van deze meerwaarde gebeurt nog niet vanzelf. Er zijn nog geen verdienmodellen en sectoren zijn nog niet in staat zelf de ondersteuning te bieden die nodig is om de volgende stap te kunnen zetten voor de meerwaarde van PGO's;
- Het succes van implementatie neemt toe als participatie van eindgebruikers stevig is verankerd in de implementatieactiviteiten.
- Een PGO 'is van die patiënt', maar het is belangrijk om tijdens implementatie bewust om te gaan met het feit dat het gebruik van PGO's invloed zal hebben op zorgprocessen en dús op het werk van zorgprofessionals.

## 4. Van bevindingen naar behoeften: sectoroverstijgende en sectorale implementatieondersteuning

Uit de bevindingen komt eenduidig naar voren dat alle uit te voeren activiteiten op het gebied van implementatie van PGO's iets moeten opleveren met meerwaarde voor de patiënten/cliënten en/of voor zorgprofessionals. Hiervoor is het nodig dat de techniek op orde is, het stelsel robuuster wordt en informatie van verschillende zorgaanbieders en/of verschillende typen zorgprofessionals (multidisciplinaire informatie) beschikbaar is in PGO's.

Implementatieondersteuning moet zich vervolgens richten op het toewerken naar concrete functionaliteit in PGO's die op basis van casuïstiek/ usecases interactie mogelijk maken in het zorgproces. Casuïstiek/ usecases die tijdens de gesprekken kort zijn benoemd, zijn: actueel medicatieoverzicht, overdracht tussen GGZ instellingen, en de combinatie van informatie uit huisartsenzorg, GGZ en ziekenhuis.





Daarbij heeft iedere sector eigen kenmerken, zoals aantal en grootte van zorgaanbieders, wel of geen ICT afdeling bij zorgaanbieders, regionale ondersteuningsstructuren en aantal en volwassenheid van ICT leveranciers. Ook zijn er verschillen per sector in bijvoorbeeld de manier waarop zorg wordt aangeboden, de duur van een gemiddelde behandelrelatie en de hoeveelheid (potentiële) interacties tussen patiënt/cliënt en zorgprofessional. Denk hierbij aan onderscheid tussen huisartsenpraktijken en ziekenhuizen, maar ook tussen cure en care, langdurige trajecten in de GGZ t.o.v. korte episodes, etc.

Dit betekent voor de implementatieondersteuning dat deze enerzijds gericht moet zijn op sectoroverstijgende ondersteuning ten behoeven van de patiënt/cliënt en de meerwaarde die voor hen ontstaat door het sectoroverstijgende karakter van PGO's te benutten. Anderzijds betekent dit dat implementatieondersteuning gericht moet zijn op de zorgprofessionals die werkzaam zijn in hun eigen sector en dus ondersteuning per sector nodig hebben. Om die reden is de centrale conclusie op basis van de bevindingen als volgt:

Implementatieondersteuning na afloop van de VIPP-regelingen moet zowel sectoroverstijgend als per sector worden uitgevoerd en heeft alleen zin als de techniek op orde is en deze gericht is op realisatie van concrete meerwaarde van PGO's.

#### **4.1. Sectoroverstijgende implementatieondersteuning**

Sectoroverstijgende implementatieondersteuning is nodig omdat dit aansluit op het realiseren van meerwaarde van PGO's. Die meerwaarde ontstaat doordat informatie uit verschillende sectoren (multidisciplinaire informatie) beschikbaar is. Een deel van deze behoeften wordt ingevuld door het programma MedElkaar zoals beschreven in de bouwblokken en werkgroepen. Deze ontwikkelingen kunnen versterkt worden door aanvullend sectoroverstijgende implementatieondersteuning in te richten op de volgende onderwerpen.

- **Samenhang programma's**

Het onderling afstemmen en creëren van samenhang tussen landelijke (VWS) programma's, zodat ieder groot programma met een PGO-component het gebruik van PGO's te stimuleren en iedere keer een stap verder te brengen. Denk hierbij aan het elkaar versterken van bijvoorbeeld Medicatieoverdracht en Wegiz in combinatie met het stimuleren van implementatie van PGO's. Sectoroverstijgend moet verder gewerkt worden aan dezelfde doelen met dezelfde tijdslijnen. Een patiënt/cliënt wil immers bij iedere instelling gebruik kunnen maken van dezelfde gegevensdienst.

- **Ondersteunen vraagarticulatie en ontwikkelingen delen met regio's en zorgaanbieders**

Het ondersteunen van implementatie van concrete casuïstiek en usecases door een omgeving te creëren, organiseren en faciliteren waar sectoroverstijgend geëxperimenteerd kan worden en samenwerking gefaciliteerd en ondersteund wordt tussen patiënten/cliënten, zorgprofessionals en leveranciers (van PGO's/bronsystemen/andere noodzakelijke ICT systemen of modules). Daarbij het stimuleren en faciliteren dat sectoroverstijgende kennis en ervaring concreet wordt teruggelegd naar initiatieven in regio's of bij zorgaanbieders. Hierdoor kunnen de



gerealiseerde producten in regio's of bij zorgaanbieders worden geïmplementeerd, eventueel voorafgegaan door een pilot of praktijkproef.

- **Implementatietempo omhoog en kleine stappen zetten**

Het leren door te ontwikkelen en implementeren in kleine (iteratieve) stappen. Door het organiseren van de juiste expertise en kennis en het stimuleren en faciliteren van het zetten van kleine stappen die een zo kort mogelijke doorlooptijd hebben, kunnen betrokkenen snel leren wat er nodig is ten behoeve van concrete meerwaarde van PGO's. Ondersteuning in de vorm van deskundige begeleiding helpt hierbij met het zetten van kleine concrete stappen, die snel gerealiseerd kunnen worden.

- **Coördineren van de keten: van bronsysteem tot PGO**

De ondersteuning van implementatie die gericht is op het zetten van kleine en snelle stappen die concrete meerwaarde creëren op basis van casuïstiek of usecases vraagt van alle ketenpartijen en experts die hierbij betrokken zijn een intensieve samenwerking. Het is daarom nodig om ondersteuning te bieden die samenwerking organiseert over de gehele keten (inclusief stelselpartijen) en betrokkenen uit het 'ecosysteem' (zoals bronsysteem leveranciers en zorgaanbieders, zie hieronder).

- respondenten geven aan dat 'de keten' begint bij de (gebruikers van) bronsystemen en eindigt bij de gebruikers van een PGO. Immers, de manier waarop gegevens geregistreerd worden in bronsystemen is van invloed op de manier waarop deze getoond (kunnen) worden in een PGO. De behoefte aan coördinatie op deze hele keten is daarmee breder dan de wijze waarop deze nu wordt ingevuld.
- de stelselpartijen: MedMij, Nictiz, VZVZ, etc.;
- Samenwerkingsverbanden zoals MedElkaar
- het ecosysteem met de hierboven genoemde ketenpartijen aangevuld met alle betrokken zorgaanbieders, (vertegenwoordiging van) zorgprofessionals, koepels, brancheverenigingen, RSO's, PGO's, EPD/ECD leveranciers, DV(Z)A's, etc.
- Tenslotte is er behoefte aan helderheid over de coördinatie en aansturing van activiteiten binnen het stelsel op landelijke niveau. Men doelt daarmee op
  - maken en nakomen van afspraken;
  - vaststellen van het kritieke pad;
  - maken en najagen van realistische plannings;
  - maken van keuzes over welke inhoud op korte termijn gerealiseerd kan worden en welke iets langer duurt en daarmee in de volgende versie wordt gerealiseerd;
  - bieden van een aanspreekpunt voor alle betrokken partijen in de vorm van een helpdesk;
  - adresseren van issues bij de juiste partij en escaleren, indien nodig.

- **Inzicht voor beleid**

Het krijgen en houden van overzicht verschaft informatie over de stand van zaken van de ontwikkeling en implementatie van PGO's. Met informatie over welke concrete meerwaarde wordt gerealiseerd en vervolgens gebruikt en in welke mate,



kan VWS op inhoud meer 'in the lead' komen. Dit betreft meerwaarde voor zowel patiënten/cliënten als zorgprofessionals. Het inzicht dat hiermee ontstaat kan worden gebruikt voor het maken van beleid op dit onderwerp.

- **Betrokkenheid bij en kennis van implementatie bij VWS**

Respondenten geven aan dat ook na afloop van de VIPP regelingen betrokkenheid bij en kennis van implementatie van PGO's nodig blijft bij VWS. Deze betrokkenheid sluit aan op de in te richten sectorale en sectoroverstijgende implementatieondersteuning en biedt de basis voor kennisopbouw op het gebied van implementatie en techniek, gerelateerd aan PGO's. Ook is het nodig om relaties verder te borgen, afspraken tussen veldpartijen en VWS op het gebied van PGO's te bewaken, te stroomlijnen en op te volgen. Ook continuïteit en eenduidigheid in de communicatie over (stand van zaken) PGO's is nodig.

#### **4.2.Sectorale implementatieondersteuning**

Het sectoroverstijgend samenwerken op het gebied van implementatie van PGO's vraagt ook per sector capaciteit. Koepelorganisaties en brancheverenigingen zijn hierop (nog) niet ingericht. Daarbij komt duidelijk naar voren dat de huidige capaciteit onvoldoende is, het scheiden van uitvoering en beleid helpt om rollen te scheiden en taken te beleggen bij de juiste deskundigen/experts. De benodigde capaciteit vraagt een andere invulling dan de bestaande capaciteit en is aanvullend. Om die reden is het nodig om per sector implementatieondersteuning te bieden in de vorm van:

- uitvoerende capaciteit met;
- kennis van veranderkunde en zorg-ICT implementatie en;
- vaardigheden op het gebied van ICT implementatie en samenwerking.

Deze uitvoerende capaciteit per sector is nodig om invulling te geven aan o.a. de volgende behoeften:

- Het leggen van de verbinding tussen activiteiten en ontwikkelingen op sectoroverstijgend niveau en de specifieke kenmerken, volwassenheid van informatievoorzieningen en ICT(-implementatie) van de sector.
- Vertaling en impact bepalen van (door)ontwikkelingen en wijzigingen in techniek en standaarden. Te denken valt aan wijzigingen aan bestaande zorginformatiebouwstenen en/of (basis) gegevenssets die onderdeel zijn van een gegevensdienst. En de ervaring van patiënt/cliënt/zorgprofessional hiermee vanuit de sector bezien.
- De sectoroverstijgende kennis, keuzes, prioriteiten, oplossingen, implementaties, etc. met korte lijnen terugleggen naar en delen met de 'eigen werkvloer' (patiënt-professional interactie) in regionale of lokale initiatieven. Bijvoorbeeld ook wanneer het gaat om de inzet van PGO's bij hybride zorg en de andere digitaliseringsopgaven van de zorgsectoren. De implementatie van PGO's en de digitaliseringsopgaven van de zorgsectoren, waaronder hybride zorg, kunnen elkaar versterken door zoveel mogelijk van elkaar te leren, samen te werken en kennis, keuzes, en oplossingen, etc. met elkaar te delen.



- Communiceren over de bedoeling, mogelijkheden en ontwikkeling in relatie tot PGO's en het gebruik ervan in de dagelijkse praktijk. Deze communicatie kan direct en indirect gericht zijn op patiënten/cliënten en zorgprofessionals.
- Op basis van multidisciplinaire casuïstiek/ usecases vaststellen wat de mogelijkheden en belemmeringen in de 'eigen' sector zijn en wat er binnen de sector nodig is aan implementatieondersteuning om deze casuïstiek te implementeren. Bijvoorbeeld als groepen patiënten aangeven de informatie van de huisarts in hun PGO graag willen combineren met de informatie uit het ziekenhuis of GGZ instelling. Wat betekent deze vraag aan de informatiebehoefte voor het ziekenhuis en GGZ instelling en bij hun ICT leveranciers?
- Aanleveren van feiten uit de uitvoering indien belangen en prioriteiten niet overeenkomen met die uit andere sectoren en helpen de verbinding te maken naar beleid en in de voorbereiding van (bestuurlijke) besluitvorming hierover.

### **4.3. Transparante, flexibele en snelle besluitvorming ten behoeve van implementatie**

Uit de gesprekken komt naar voren dat er op verschillende tafels wordt gesproken over het onderwerp PGO's en dat het nemen van soms complexe inhoudelijke besluiten met (sectoraal) tegengestelde belangen lastig is (denk aan wat wel of niet moet worden vastgelegd en ten behoeve van wie). Hierdoor ontstaat het beeld dat het niet (helemaal) duidelijk is op welke tafel welke besluiten worden genomen. Tegelijkertijd wordt duidelijk dat snelle en doelgerichte besluitvorming als zeer wenselijk wordt gezien. Snelheid van de besluitvorming is belangrijk, omdat voortgang afhankelijk is van deze besluiten. In de praktijk betekent dit dat partijen wachten met actie tot een besluit. Daarbij betekent snelheid ruimte op de agenda, duidelijke en transparante voorwaarden en proces (comfort) voor besluitvorming en regelmatige bijeenkomsten waar de besluiten voorbereid en genomen kunnen worden. Deze besluiten overstijgen de informatiestandaarden zoals wordt ingericht bij de houderschapstafels.

Met betrekking tot besluitvorming en de structuur hiervan wordt duidelijk dat:

- transparante, flexibele en snelle besluitvorming gericht op implementatie en met bestuurlijk commitment nodig is;
- besluitvorming gebaseerd moet zijn op feiten uit de uitvoering;
- deze feiten indien nodig van juiste beleids-/management informatie moet worden voorzien, zodat doorgeleiding naar bestuurlijk niveau mogelijk is;
- indien nodig, geïnformeerde besluiten kunnen worden genomen op strategisch/bestuurlijk niveau, bijvoorbeeld als belangen van verschillende sectoren met elkaar conflicteren;
- om deze redenen de besluitvormingsstructuur van implementatieondersteuning uit drie lagen bestaat: strategisch/bestuurlijk, tactisch/management en operationeel/uitvoerend;
- van deze structuur verlangd wordt dat soms technische/inhoudelijk complexe besluiten i.r.t. PGO implementaties vertaald worden naar bestuurlijke besluitvorming;
- deze besluitvormingsstructuur sectoroverstijgend moet zijn;
- uit het experimenteren met en leren van het gebruik van sectoroverstijgende PGO's nieuwe en nog onbekende issues zullen voortkomen, die om sectoroverstijgende besluitvorming vragen op bestuurlijk niveau;



- in deze structuur vertegenwoordigd zijn: VWS, ZN, PFN en de (vertegenwoordigers van) zorgprofessionals en zorgaanbieders, koepels en brancheverenigingen die betrokken zijn bij het te nemen besluit.

## 5. Van behoefte naar concrete actie: aanbevelingen voor implementatieondersteuning

De bevindingen van dit onderzoek en de daaruit voortkomende behoeften leiden tot de volgende aanbevelingen<sup>6</sup> in relatie tot implementatieondersteuning van PGO's na de VIPP-regelingen.

1. Richt een implementatiebureau in, dat invulling geeft aan de behoefte op het gebied van:
  - sectoroverstijgende implementatieondersteuning (denk aan ongeveer 4 fte, gebaseerd op wat er wegvalt en nodig is om te continueren en wat er aanvullend sectoroverstijgend nodig is);
  - implementatieondersteuning per sector (denk aan 1 fte per sector, op basis van wat wegvalt en wat aanvullend nodig is aan ondersteuning per sector);
  - ondersteuning bij VWS t.b.v. kennis opbouw en aansluiting op implementatieondersteuning (denk aan ongeveer 1 fte, gebaseerd op de aansluiting bij de sectoren, de sectoroverstijgende ondersteuning en opbouw van kennis en ervaring).
2. Huur binnen de sectoroverstijgende ondersteuning zorgprofessionals in voor 4 uur per week per 'type' zorgprofessional voor concrete input op basis van kennis en ervaring van de praktijk. Zorg voor een vergoeding o.b.v. vacatiegelden die in de sector gebruikelijk is. Overweeg om dit zelfde te doen voor inhuur van patiënten(vertegenwoordiging). Zet deze zorgprofessionals en patiënten in in de rol van direct betrokken eindgebruiker bij de ontwikkeling en implementatie.
3. Start deze inrichting op korte termijn met de aanstelling van een kwartiermaker inclusief ondersteuning om op uiterlijk 1 april 2023 met een uitgewerkt plan te komen, zodat per 1 juni 2023 overgegaan kan worden tot uitvoering en de aansluiting geborgd is met het aflopen van de VIPP regeling in de MSZ (en andere regelingen die per 1 juli 2023 aflopen zoals InZicht).
4. Start parallel aan de activiteiten van de kwartiermaker met ondersteuning van de implementatiebehoefte bij de sectoren waar de VIPP-regeling (bijna) is afgelopen, bijvoorbeeld met de inventarisatie van multisectorale casuïstiek/usecases en afstemming met lopende (landelijke) programma's (denk aan IZA, Medicatieoverdracht, nog lopende VIPP-regelingen, etc), zodat het 'momentum' niet verloren gaat.
5. Organiseer de implementatieondersteuning per sector zodanig dat deze gepositioneerd is in de sectoren en daardoor aansluiting heeft bij:
  - ontwikkelingen en activiteiten op het gebied van informatiebeleid van de koepel(s) binnen de sector;
  - de dagelijkse (zorg)praktijk van instellingen, zorgaanbieders en zorgprofessionals.
6. Kies voor een 'lerende en ontwikkelingsgerichte aanpak' en zoek hierbij aansluiting op andere initiatieven op het gebied van implementatieondersteuning die vanuit



VWS zijn geïnitieerd, zoals de 'implementatieboard'. Gebruik deze lerende en ontwikkelingsgerichte aanpak om stap voor stap te kanaliseren en samenhang te zoeken op implementatieondersteuning. Bouw de sectoroverstijgende capaciteit stapsgewijs op, zodat lessen en bevindingen gedurende de ondersteuning kunnen leiden tot nadere invulling of bijstelling van de benodigde capaciteit, kennis en vaardigheden.

7. Maak tijdens de uitvoering gebruik van (online) community management, zodat kennis en ontwikkelingen op een toegankelijke manier gedeeld kunnen tussen betrokkenen op landelijk, sectoraal, regionaal en lokaal niveau. Sluit aan bij bestaande communities en richt niet zelf een nieuwe community op. Waar mogelijk verbind je communities met elkaar wanneer de implementatie daar om vraagt. Denk aan een nieuwe case waarbij een bepaald specialisme of discipline betrokken moet worden.
8. Stuur tijdens de uitvoering op:
  - meerwaarde van PGO's voor patiënten/cliënten en zorgprofessionals op basis van co-creatie mét patiënten/cliënten en zorgprofessionals;
  - het kunnen en mogen experimenteren en leren (veel is nog nieuw, dus fouten maken mag en leer hiervan);
  - het maken van inhoudelijke keuzes en prioriteiten: niet alles kan tegelijk;
  - het zetten van kleine, snel te realiseren stappen die meerwaarde kunnen laten zien en continuïteit in doorontwikkeling: "die feature nemen we mee in de volgende release, en die is ook ingepland";
  - een gebalanceerde toename van de capaciteit van de organisaties in de keten met een landelijke rol (MedMij, Nictiz, VZVZ, MedElkaar etc), omdat het geheel zo snel/sterk is als de traagste/zwakste schakel.
9. Organiseer bestuurlijk commitment voor de in te richten implementatieondersteuning (inclusief het vraagstuk waar deze onder te brengen) en de besluitvormingsstructuur bij alle betrokken partijen. Organiseer deze commitment in ieder geval bij VWS, ZN, PFNL en de koepels en brancheverenigingen die binnen de scope van dit onderzoek vallen (MSZ, HA-zorg, GGZ). In tweede instantie kan gekeken worden naar andere koepels en brancheverenigingen van sectoren die betrokken zijn bij de te implementeren casuïstiek/ usecases.
10. Dit onderzoek vindt plaats parallel aan een aantal andere onderzoeken in het kader van PGO's. Het onderzoek van Pluut & Partners naar herijking van PGO's i.k.v. IZA is daar een voorbeeld van. Houdt rekening met de uitkomsten van deze andere lopende onderzoeken en verbindt die uitkomsten met de uitkomsten in dit document.



## 6. Bijlage 1 – ‘Bijvangst’ onderzoek - Onderbrengen sectoroverstijgende implementatieondersteuning

Naast de inhoudelijke behoefte aan sectoroverstijgende implementatieondersteuning na de VIPPs is er tijdens een aantal interviews ook gesproken over het onderbrengen van de sectoroverstijgende implementatieondersteuning. Dat is buiten scope van dit onderzoek maar wordt als belangrijk gezien door de respondenten. De twee suggesties voor onderbrenging van de implementatieondersteuning inclusief de voor- en nadelen die door respondenten genoemd zijn, staan hieronder als ‘bijvangst’ beschreven.

- Zorg voor onderbrenging zo dicht mogelijk aan tegen de bestuurlijke (overleg) tafels waarop het IZA besproken wordt en over de inhoud van het IZA besluiten worden genomen.

Als voordelen van deze optie wordt genoemd:

- Vertegenwoordigers van zorgprofessionals en veld zijn betrokken
- Er is veel aandacht voor de gemaakte afspraken
- Versterking door afstemming tussen de gemaakte afspraken, het combineren van de benodigde ondersteuning ligt dicht bij elkaar
- Hier zit ‘energie’.

Als nadeel wordt aangeven:

- Het IZA is geen bestaande structuur waar iets ‘opgehangen’ kan worden;
- Het heeft een tijdelijk karakter.

- Onderbrenging bij MedMij

De gedachten die hier meegegeven worden, zijn:

- Er is aansluiting op de bestaande structuren en partijen;
- Een implementatiebureau kan als zelfstandige eenheid onder de stichting worden ‘gehangen’;

De nadelen bij deze optie zijn:

- In de governance van MedMij zijn niet alle zorgprofessionals vertegenwoordigd (bijvoorbeeld, FMS, V&VN, NVZ, ZKN, etc) en deze zijn wel cruciaal voor het succes van implementatie van PGO's die meerwaarde bieden aan patiënten/cliënten én zorgprofessionals door interactie in het zorgproces;
- De onafhankelijkheid van implementatieondersteuning ten opzichte van de rol van MedMij als houder van het stelsel, omdat MedMij ook een partij is in de samenwerking met Nictiz, VZVZ, etc

Aanbeveling:

Maak een keuze voor het onderbrengen van de implementatieondersteuning. Dit onderzoek heeft zich niet op dit onderwerp gericht. De onderbrenging vergt andere onderzoeksvragen en andere respondenten. Indien voor een keuze voor onderbrengen nog te weinig informatie beschikbaar is, overweeg dan een vervolgonderzoek in te stellen.



## 7. Bijlage 2 – Respondenten

<b>Naam</b>	<b>Programma / Organisatie</b>
<b>Hanny Schulten</b>	OPEN (LHV)
<b>Arthur Eyck</b>	OPEN (InEen)
<b>Martina Bartelink</b>	OPEN (PB <sup>7</sup> )
<b>Bart Brandenburg</b>	OPEN (PB)
<b>Ginette van Riel</b>	VIPP 5 (PB)
<b>Marleen Stijnman</b>	VIPP 5 (PB)
<b>Christine Leenen</b>	VIPP 5 (PB)
<b>Jaap Schrieke</b>	VIPP GGZ (GGZ Nederland)
<b>Margon Tuinstra</b>	VIPP GGZ (PB)
<b>Michiel Schiffers</b>	VGVIPP (PB en koepel)
<b>Marcel Heldoorn</b>	Patiëntenfederatie
<b>Christine Beerepoot</b>	Ministerie van VWS
<b>Louise van Kranendonk</b>	Ministerie van VWS
<b>Sabine Geerdes</b>	Ministerie van VWS
<b>Julia Orti</b>	Ministerie van VWS
<b>Olga van Diem</b>	Zorgverzekeraars Nederland
<b>Peter Jansen</b>	Zorgverzekeraars Nederland
<b>Marc van Dijk</b>	MedMij
<b>Margo Brands</b>	MedMij
<b>Gregory Scholten</b>	Nictiz
<b>Marja Verwoerd</b>	Medicatieoverdracht
<b>Dorine Veldhuizen</b>	VIPP BabyConnect (PB)
<b>Jasper Prinsen</b>	VIPP BabyConnect (PB)
<b>Nienke Lemstra</b>	VIPP BabyConnect (PB)

<sup>7</sup> PB: Programmabureau van VIPP programma  
Onderzoek Ondersteuningsbehoefte implementatie PGO's





## 8. Bijlage 3 – Documenten

Type Document	Beschrijving document
<b>Notitie</b>	Verkenning mogelijkheden PGO binnen de Zvw (10 februari 2022)
<b>Kamerbrief</b>	Stand van zaken persoonlijke gezondheidsomgevingen(23 juni 2022)
<b>Normen/Wetten/Kaders</b>	NEN 7522: 2021 Medische informatica - Ontwikkelen en beheren van standaarden en stelsels van standaarden
<b>Normen/Wetten/Kaders</b>	Integraal Zorgakkoord: Samen werken aan gezonde zorg (16-9-2022)
<b>Normen/Wetten/Kaders</b>	Wettekst: Wet Elektronische Gegevensuitwisseling in de Zorg
<b>Normen/Wetten/Kaders</b>	Wettekst: Wegiz - Amendement [...] over de uitwisseling van gegevens met de persoonlijke gezondheidsomgeving van patiënten.
<b>Normen/Wetten/Kaders</b>	Coalitieakkoord 2021 - 2025 'Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst' (15-12-2021)
<b>Onderzoek / Evaluatie</b>	VIPP 12 Evaluatie (11-3-2020)
<b>Onderzoek / Evaluatie</b>	Eindrapportage VIPP ziekenhuizen en overige instellingen medisch-specialistische zorg. Samen vooruit met dezelfde doelen in informatie-uitwisseling. (201112)
<b>Onderzoek / Evaluatie</b>	Overzicht antwoorden uitvraag VIPP programma's (interne uitvraag VWS)
<b>Onderzoek / Evaluatie</b>	Gupta Strategists: Update kosten-batenanalyse persoonlijke gezondheidsomgeving (2019)
<b>Onderzoek / Evaluatie</b>	Pluut & Partners (2022): PGO's: voorbij de kinderschoenen? Een actieonderzoek naar de implementatie en doorontwikkeling van PGO's.
<b>Presentatie/Slides</b>	20221110-04a Presentatie houderschapdag informatiestandaarden PGO JO (10-11-2022)
<b>Presentatie/Slides</b>	Medmij overzicht VIPP regelingen resultaten begin november
<b>Onderzoek / Evaluatie</b>	Nictiz Rapport Model voor stelselregie (14-9-2022)

## 9. Bijlage 4 – Revisietabel

Datum	Versie	Auteur	Opmerking
<b>21-11-2022</b>	0.1	JB;BB	Initiële versie
<b>24-11-2022</b>	0.2	JB;BB	Bevindingen en behoeften
<b>25-11-2022</b>	0.3	JB;BB	Aanbevelingen
<b>28-11-2022</b>	0.4	JB;BB	Verdere uitwerking inhoud
<b>30-11-2022</b>	0.5	JB;BB	Conceptversie tbv respondenten
<b>5-12-2022</b>	0.6	JB;BB	Feedback respondenten verwerkt
<b>9-12-2022</b>	0.7	JB;BB	Opmerkingen opdrachtgever en QA
<b>9-12-2022</b>	0.8	JB;BB	Werkversie intern
<b>12-12-2022</b>	0.9	JB;BB	Definitief concept ter review opdrachtgever
<b>16-12-2022</b>	1.0	JB;BB	Finale versie
<b>21-12-2022</b>	1.1	BB	Aanpassingen in opmaak o.b.v. WCAG 2.1 toets

