

Samen werken aan beschikbare informatie binnen de chronische zorg

WHITEPAPER

Betere zorg
door betere informatie



Datum 19 december 2013	ID Nummer 13011		
Auteur(s) Irene van Duijvendijk en Kim Idzardi			
In samenwerking met Guus Schrijvers (oud-hoogleraar Public Health en Gezondheidseconoom)			

Samenvatting

In Nederland hebben ruim 2,5 miljoen mensen een of meer chronische aandoeningen, zoals astma en hart- en vaatziekten. In Europees verband wordt geschat dat 70 tot 80% van de ziektelasten is toe te schrijven aan chronische aandoeningen. Onderdeel van deze uitgaven is een grote verscheidenheid aan zorgverleners waar mensen met een chronische aandoening mee te maken krijgen. Uit onderzoek van Vektis in opdracht van Nictiz blijkt dat dit er gemiddeld zes zijn. De vele ontwikkelingen binnen de chronische zorg, zoals de verschuiving van formele naar informele zorg, het kiezen van een meer integrale aanpak en de aandacht voor zelfmanagement en 'patient empowerment' spelen een belangrijke rol in de opschaling van kwalitatief goede zorg voor mensen met één of meer chronische aandoeningen.

De grote verscheidenheid aan zorgverleners en de ontwikkelingen binnen de chronische zorg hebben tot gevolg dat veel verschillende mensen en partijen continu

en gestructureerd met elkaar moeten afstemmen om de beste zorg voor mensen met een chronische aandoening te leveren. Hiervoor zijn verschillende (ICT-)oplossingen beschikbaar.

Het individueel zorgplan (IZP) vormt een sleutelrol in de kwaliteit van chronische zorg. Het multidisciplinair overleg (MDO) zorgt voor structurele afstemming rondom mensen met complexe zorgvraag. Een persoonlijk gezondheidsdossier (PGD) centraliseert de versnipperde opgeslagen gegevens van patiënten.

In deze whitepaper leest u meer over de ontwikkelingen binnen de chronische zorg en eerder genoemde oplossingen. Daarnaast vindt u tips om de samenwerking en informatie-uitwisseling tussen de persoon met een chronische ziekte, zorginstanties, mantelzorgers en overige betrokkenen zo goed mogelijk te laten verlopen.

Inleiding

In Nederland hebben ruim 2,5 miljoen mensen één of meer chronische aandoeningen, zoals astma en hart- en vaatziekten [1]. De toename van het aantal mensen met een chronische aandoening heeft onder andere te maken met de toegenomen medische mogelijkheden in de afgelopen decennia, om voorheen fatale ziekten te overleven [2]. Daarnaast stijgen de cijfers als gevolg van een ongezonere leefstijl [3].

In Europees verband wordt geschat dat 70-80% van de ziektelasten toe te schrijven is aan chronische aandoeningen [4]. Onderdeel van deze uitgaven is een grote verscheidenheid aan zorgverleners waarmee mensen met een chronische aandoening te maken krijgen. Uit cijfers van Vektis blijkt dat iemand met een chronische ziekte in twee jaar tijd te maken heeft met gemiddeld zes verschillende zorgverleners [1]. Om de dreigende onbetaalbaarheid van de zorg en personeelstekorten op te lossen, vindt er steeds meer een verschuiving plaats van formele zorg naar een combinatie van formele zorg, informele zorg (mantelzorg) en zelfmanagement (patiënt). Het besef groeit dat goed samenspel tussen formele en informele zorg (wat veelal thuis plaatsvindt) een positieve invloed heeft op de kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven van patiënten. Dit geldt met name voor mensen met een chronische aandoening.

Deze verschuiving en de grote verscheidenheid aan zorgverleners hebben tot gevolg dat veel verschillende mensen en partijen continu en gestructureerd met elkaar moeten afstemmen om de beste zorg voor mensen met een chronische aandoening te leveren. Iedereen binnen het zorgproces informeren en op de hoogte houden is voor zorgverleners echter een lastige taak waar weinig tijd voor beschikbaar is, zo blijkt uit gesprekken tussen Nictiz en zorgverleners. Daarnaast vindt mantelzorg niet in georganiseerd verband plaats, maar ontstaat de zorg op basis van een sociale relatie. Dit kan gestructureerde informatie-uitwisseling in de weg zitten. En de persoon met een chronische ziekte leeft continu met de ziekte en zoekt naar mogelijkheden om zo goed mogelijk zijn normale leven te blijven leiden en kwalitatief goede zorg te krijgen.

Hoe zorg je er nou voor dat de afstemming en samenwerking tussen de verschillende personen (zorgverleners, patiënten en mantelzorgers) op structurele en zo efficiënt mogelijke wijze plaatsvindt en iedereen elkaar begrijpt?

Met behulp van gesprekken met experts, een literatuurstudie en onze eigen ervaringen met ICT in de zorg, geven wij u antwoord op deze vragen. ICT wordt steeds vaker ingezet om informatie-uitwisseling tussen grote groepen te realiseren, het fungeert als informatiebron, het biedt beslissingsondersteuning, maakt communicatie eenvoudiger (zoals het maken van een afspraak), en geeft een gezamenlijk inzicht in de behandeling en alles wat daarbij komt kijken. Deze ontwikkelingen nemen wij dan ook mee in de whitepaper.

Wij danken in het bijzonder Guus Schrijvers voor zijn inhoudelijke bijdrage aan deze whitepaper en zijn inspirerende woorden als het gaat om het leveren van kwalitatief goede zorg voor mensen met een chronische aandoening.

Wat weet u na het lezen van deze whitepaper?

Deze whitepaper geeft u:

- een kort overzicht van wat er momenteel speelt binnen de chronische zorg;
- uitleg van relevante termen en onderwerpen binnen het thema 'chronische zorg';
- een aantal (ICT-)oplossingen die de informatie-uitwisseling en -voorziening tussen zorgverleners, patiënten en mantelzorgers kunnen verbeteren;
- twaalf tips om de samenwerking en informatie-uitwisseling tussen zorgverleners, patiënten en mantelzorgers naar een hoger niveau te tillen.

Voor wie is deze whitepaper bedoeld?

Deze whitepaper is geschreven voor zorgverleners, zorgmanagers, accountmanagers bij zorgverzekeraars, ICT-managers en informatiemanagers in de zorg, die te maken hebben met zorg voor mensen met een chronische aandoening. De whitepaper is nadrukkelijk ook bedoeld voor personen met een chronische aandoening en voor mantelzorgers.

De chronische zorg in beweging, een overzicht

Wanneer wij in deze whitepaper van een 'chronische ziekte' of een 'persoon met een chronische aandoening' spreken, gaan wij daarbij uit van de volgende betekenis van chronische ziekten.

'Chronische ziekten worden omschreven als onomkeerbare aandoeningen zonder uitzicht op volledig herstel en met een relatief lange ziekteduur. Een chronische ziekte onderscheidt zich verder door een langdurig beroep op de zorg [5].'

Verschil langdurige zorg en chronische zorg

De termen 'chronische zorg' en 'langdurige zorg' worden nogal eens door elkaar heen gebruikt. De termen beteken echter niet hetzelfde. Langdurige zorg hoeft namelijk geen chronische zorg te behelzen, zoals bijvoorbeeld de zorg voor iemand met niet aangeboren hersenletsel (NHA) die dagelijks verzorgd wordt. Daarnaast ontvangt niet elk persoon met een chronische aandoening langdurige zorg, zoals iemand met diabetes die zijn eigen bloedsuikers regelt. Langdurige zorg bestaat uit verpleging en verzorging van ouderen, gehandicapten en (deels) de geestelijke gezondheidszorg [6].

Binnen de chronische zorg zijn een aantal ontwikkelingen gaande. Deze ontwikkelingen schetsen we op de volgende pagina's.

Verschuiving naar informele zorg

Informele zorg wordt steeds belangrijker, onder andere door de dreigende onbetaalbaarheid van de zorg en personeelstekorten. Informele zorg staat bijvoorbeeld ook steeds hoger op de politieke agenda door de verschuiving van rechten en plichten uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Het idee achter deze verschuiving is dat burgers eerst hulpbronnen in de eigen omgeving aangrijpen voordat ze een beroep kunnen doen op professionele zorg [7].

*'Onder **informele zorg** verstaan we de zorg en ondersteuning die onbetaald en vrijwillig verleend wordt aan mensen met een hulpvraag.'*

We onderscheiden drie vormen van informele zorg, namelijk:

- *Mantelzorg; partners, familieleden of buren die een belangrijk deel van de verzorging van hun naasten op zich nemen.*
- *Familieparticipatie; het meehelpen door een naaste bij de verzorging van een familielid in een (zorg)instelling. Anders dan bij mantelzorg neemt de familie de zorg niet helemaal of gedeeltelijk over.*
- *Vrijwilligers in de zorg; verrichten onbetaalde en niet verplichte werkzaamheden vanuit een georganiseerd verband. Ze doen dit voor mensen die zorg en ondersteuning nodig hebben en met wie ze voorafgaand aan de zorg nog geen band hebben.*

Bron: VILANS (2012)

Ter ondersteuning van deze verschuiving hebben verschillende koepelorganisaties een handreiking opgesteld waarin staat dat de cliënt of diens vertegenwoordiger intensief moet worden betrokken bij de ontwikkeling en uitvoering van bijvoorbeeld het zorgplan [7]. In de praktijk is deze afstemming en samenwerking niet altijd even vanzelfsprekend en eenvoudig. Zo blijkt uit onderzoek [9] dat zorgverleners of –instellingen 65% van de mantelzorgers in de provincie Overijssel niet of te weinig betrekken bij het invullen en uitvoeren van het zorgplan en zou er meer tijd moeten zijn voor overleg tussen de zorgprofessionals en de mantelzorger. Daarnaast worden gemaakte afspraken en informatie over ziektes niet (goed) vastgelegd.

Een geïntegreerde aanpak van zorg

Het huidige zorgsysteem in Nederland is niet ingericht op zorg voor mensen met een chronische aandoening. De zorg is gefragmenteerd ingericht en richt zich nu vooral op de bestrijding van acute zorgvragen en de zorgverlening is versnipperd en reactief van aard [11]. Mensen met een chronische aandoening hebben uiteraard wel degelijk acute zorgvragen, bijvoorbeeld als iemand met de chronische longziekte COPD een ernstige benauwdheidsaanval krijgt. Maar voor de geplande controle, ondersteuning, preventie, bestrijding en begeleiding is een meer geïntegreerde aanpak gewenst. Voor een geïntegreerde aanpak van zorg bestaan er meerdere begrippen, die in grote lijnen verwijzen naar hetzelfde idee, zoals 'integrale zorg', 'ketenzorg', 'transmurale zorg' en 'disease management'. In deze whitepaper spreken we van de Engelse term 'disease management'.

'Bij disease management staat de patiënt met zijn zorgvraag centraal en wordt voorzien in een zoveel mogelijke sluitende keten van vroegtijdige onderkenning, preventie, zelfmanagement en zorg [12].'

De gedachte achter deze integrale aanpak van zorg is dat patiënten meer samenhangende zorg krijgen, de volgende aspecten komen hierbij terug [13]:

- Het gaat om zorg voor mensen met een chronische aandoening [12].
- De persoon met een chronische aandoening wordt gestimuleerd actief deel te nemen aan het zorgproces, zodat de mogelijkheden van de persoon goed worden benut bij het omgaan met de ziekte (zelfmanagement) [12].
- Er is sprake van een gezamenlijke verantwoordelijkheid van huisartsen, medisch specialisten, paramedici en patiënten zelf, waarbij de zorg zo veel mogelijk wordt uitgevoerd door gespecialiseerde verpleegkundigen in plaats van bijvoorbeeld een medisch specialist (dit wordt ook wel taakherschikking genoemd).
- Er is een centrale aansturing van zowel proces als inhoud.
- Er is sprake van een aanpak rondom één specifieke aandoening, gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. De aanpak is bedrijfsmatig: adequaat managen van processen, een scherper kostenbewustzijn, het meten van uitkomsten en het voortdurend bewaken van de kwaliteit op basis van feedback over de uitkomsten. Dit vergt overigens wel een bepaalde grootschaligheid van de organisatiestructuur, met passende ICT- en managementinformatiesystemen.

Een overzicht van diverse disease managementprojecten zijn te vinden op de website van ZonMw [14].

Het Chronic Care Model is een voorbeeld van een geïntegreerde aanpak waarin de zorg wordt verschoven van formele zorg naar een combinatie van formele zorg (zorgverlener), informele zorg (mantelzorger) en zelfmanagement (patiënt).

De persoon met een chronische ziekte centraal in het Chronic Care Model (CCM)

Het model beschrijft de zorgverlening aan personen met een chronische aandoening binnen een bredere maatschappelijke en beleidsmatige context. Er worden vier niveaus onderscheiden: community (gemeenschap), organisatie, zorgteam of praktijk en patiënt. In het model krijgt de patiënt met één (of meer) chronische aandoening(en) een centrale rol in het zorgproces en daarmee verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid. De zorgverlener is er niet alleen voor behandeling en verpleging, maar krijgt een ondersteunende taak. Ondersteuning is niet alleen gericht op de lichamelijke en/of psychische effecten van de aandoening of ermee samenhangende beperking(en), maar ook op de sociale gevolgen van de aandoening. Daarbij heeft hij oog voor de omgeving van de patiënt en maakt gebruik van daar aanwezige hulpbronnen.

Bron: Vilans (2012)

Meer aandacht voor zelfmanagement en 'patient empowerment'

Naast de economische noodzaak tot verandering van het zorgproces, kan zelfmanagement en 'patient empowerment' van de persoon met een chronische aandoening ook een verbetering in de kwaliteit van zorg bewerkstelligen.

'Zelfmanagement betekent dat mensen met een chronische aandoening zelf de regie voeren over hun leven met de ziekte en de behandeling daarvan [2].'

Bij het versterken van 'patient empowerment' gaat het om het ondersteunen van de patiënt bij het ontdekken en ontwikkelen van capaciteiten om verantwoordelijkheid te dragen voor zijn eigen leven en gezondheid. Het doel van 'empowerment' is dan ook dat de patiënt een stem krijgt in de besluitvorming, gehoord wordt en daardoor invloed en controle kan uitoefenen op datgene wat er gebeurt [15].

Om zelfmanagement mogelijk te maken moeten patiënten ondersteund worden. Inzicht in de ziekte en toegang tot eigen betrouwbare medische informatie is daarbij een voorwaarde [16]. Er zijn bijvoorbeeld aanwijzingen dat patiëntportalen die inzage in eigen medische gegevens mogelijk maken, zelfmanagement bevorderen [17]. Maar alleen goede en toegankelijke informatie is niet voldoende. Ondersteuning van zelfmanagement vraagt een andere rol van zorgverleners. Zij hebben vaardigheden en instrumenten nodig om de belangrijke rol van coach te kunnen vervullen en 'patient empowerment' te stimuleren. Onder vaardigheden verstaan we bijvoorbeeld motiverende gespreksvoering of het verstrekken van informatie. Patient empowerment is een voorwaarde voor zelfmanagement. ICT draagt bij aan zelfmanagement in de vorm van ondersteuningsprogramma's zoals patiëntportalen, medische apps en informatiesystemen. Deze instrumenten kunnen het persoonlijke contact met professionals of ervaringsdeskundigen aanvullen of vervangen [3] en toegang tot informatie verschaffen. Dit kan bijvoorbeeld via het internet met behulp van een instructiefilm.

'Het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën (ICT), en met name internet-technologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren, noemen we eHealth [18].'

Diabetes Interactief Educatie Programma (DIEP)

DIEP is een internetprogramma gericht op stimulering en ondersteuning van zelfmanagement voor mensen met diabetes mellitus type 2. De website levert informatie en bestaat uit gesproken en geschreven tekst, plaatjes en videobeelden (www.diep.info). Patiënten krijgen informatie via het internet en kunnen vragen stellen.

Bron: DIEP (2013)

De Reumamonitor

De Reumamonitor is een hulpmiddel voor mensen met reumatoïde artritis om zelf hun ziekteactiviteit en dagelijks functioneren te kunnen monitoren. Patiënten kunnen ziektegerelateerde gegevens bijhouden en hebben de mogelijkheid om deze gegevens naar de zorgverlener te e-mailen.

Bron: Reumamonitor (2013)

Oplossingen voor een gezamenlijk inzicht in de behandeling

Verschillende organisaties en professionals ontwikkelen de laatste jaren producten en diensten die ervoor zorgen dat de verschuiving naar informele en een integrale aanpak van zorg - waarbij de patiënt centraal staat – daadwerkelijk gaat plaatsvinden. ICT is bij deze oplossingen veelal als hulpmiddel ingezet voor het realiseren van gestructureerde en eenduidige informatie, dat voor verschillende mensen en organisaties toegankelijk is. Dit kan gaan over het archiveren van data of over communicatie en beslissingsondersteuning voor zorgverleners en patiënten. Van deze producten en diensten hebben wij onderzocht welke oplossingen bijdragen aan een structurele en efficiënte afstemming en samenwerking tussen zorgverleners, mantelzorgers en de persoon met de chronische aandoening.

Individueel zorgplan (IZP)

In artikel 3 van de Kwaliteitswet zorginstellingen (Kwzi) is bepaald dat de zorgaanbieder de zorgverlening op een zodanige manier moet organiseren, dat dit leidt tot verantwoorde zorg. Hierbij is de regie over het eigen leven voor de patiënt en duidelijkheid over welke zorg en ondersteuning de patiënt kan krijgen van belang [19]. Het individueel zorgplan (IZP) helpt hierbij en vormt een sleutelrol in de kwaliteit van de chronische zorg.

*‘Het **individueel zorgplan** is een plan waarin alle onderdelen zijn vastgelegd die van belang zijn bij de behandeling van de patiënt, voor de patiënt en samen met de patiënt. Het gaat hierbij om individuele doelstellingen, streefwaarden, educatie en therapietrouw. Het **proces** van individuele zorgplanning kenmerkt zich door een persoonsgerichte aanpak, niet de ziekte staat centraal maar de persoon met zijn wensen en behoeften. Het proces van individuele zorgplanning sluit aan bij de behoeften van de patiënt en is daarmee per definitie voor elke patiënt geschikt [20].’*

Het IZP stelt alle informatie over de patiënt volgens een vaste structuur beschikbaar voor en tussen patiënt, diens familie en de bij de zorgverlening betrokken professionals (denk hierbij aan de huisarts, verpleegkundige, apotheker, fysiotherapeut, medisch specialist en maatschappelijk werker). Het is een belangrijk hulpmiddel bij het maken, realiseren en evalueren van afspraken over de te leveren zorg en ondersteuning aan de patiënt. Een goede en brede inventarisatie van de zorgbehoefte, naast de diagnostiek, gaat vooraf aan het opstellen van het Individueel zorgplan. Het is belangrijk om het IZP in ieder geval een keer per jaar te evalueren.

Wettelijk kader

Met de invoering van zorgzwaartebekostiging AWBZ heeft voormalig staatssecretaris Bussemaker het zorgplan in 2009 verplicht gesteld. Het daaropvolgende besluit zorgplanbespreking AWBZ (Algemene maatregel van bestuur van de Kwaliteitswet zorginstellingen) uit 2011 verplicht zorgaanbieders om in samenspraak met de cliënt een zorgplan te maken. De RVZ pleit inmiddels voor het breder wettelijk vastleggen van een verplicht in te voeren zorgplan [21].

Bron: Rijksoverheid (2013) en RVZ (2013)

Nog niet iedere zorgverlener of zorginstelling maakt gebruik van een IZP (19% maakt er gebruik van), zo blijkt uit onderzoek onder 800 patiënten met een chronische aandoening [22]. Ook blijkt dat patiënten over het algemeen tevreden zijn over de afspraken die zorgverleners maken in individuele zorgplannen, maar niet over het nakomen ervan. Personen met een chronische aandoening die een zorgplan hebben worden veel beter betrokken bij hun behandeling dan patiënten zonder zorgplan.

Het zorgplan in de praktijk

Een goed voorbeeld van een IZP dat veelvuldig wordt gebruikt binnen de chronische zorg is het Individueel Zorgplan Diabetes van de Diabetesvereniging Nederland, Vilans, het Nationaal Actieprogramma Diabetes (NAD) en de Nederlandse Diabetesfederatie (NDF). Een ander voorbeeld is het Individueel Zorgplan Vitale Vaten van de Hart- & Vaatgroep.

Vilans [23] heeft op haar website een overzicht van zorgplannen in Nederland, waarin onderscheid is gemaakt tussen ziektespecifiek, generiek, ICT-ondersteund (digitaal) of niet ICT-ondersteund (papier).

Bron: Vilans (2013)

Aangezien steeds meer patiënten meerdere aandoeningen hebben (multimorbiditeit), is er behoefte om de verschillende ziektespecifieke individuele zorgplannen te verenigen en standaardiseren. Het Nederlands Huisartsen Gemeenschap (NHG), de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) en Vilans werken daarom aan een generiek individueel zorgplan. Dit doen zij in overleg met vertegenwoordigers van andere branche- en patiëntenorganisaties en gebeurt met subsidie van ZonMw. Het generieke IZP geeft eenduidig en overzichtelijk de actuele afspraken weer die de patiënt met zijn verschillende zorgverleners heeft gemaakt. Nictiz is betrokken bij dit project.

De termen comorbiditeit en multimorbiditeit worden in de praktijk door elkaar gebruikt. Dit zijn echter twee verschillende begrippen [24]:

- **Co-morbiditeit:** er zijn meerdere aandoeningen gerelateerd aan een (chronische) ziekte (bijvoorbeeld depressie bij dementie, of verslechterde ogen door diabetes).
- **Multi-morbiditeit:** er zijn meerdere aandoeningen/ziekten tegelijk aanwezig (bijvoorbeeld parkinson en incontinentie).

Bron: Vilans (2013)

Multidisciplinair overleg

Om de complexe zorg rondom mensen met een chronische aandoening structureel af te stemmen, is frequent overleg tussen zorgverleners nodig, oftewel een multidisciplinair overleg.

*‘Een **multidisciplinair overleg (MDO)** is een centraal overleg met een bepaalde frequentie (van twee keer per week tot twee keer per jaar) van deskundigen uit verschillende beroepsgroepen, bijvoorbeeld een arts, verpleegkundige en fysiotherapeut. De verschillende hulpverleners bespreken de informatie over hun patiënten, omschrijven samen de problemen en bepalen wie welke actie onderneemt. Deze afspraken leggen ze vast in een zorgplan of in het medisch dossier.’*

De patiënt (of zijn vertegenwoordiger) is meestal niet bij een MDO overleg aanwezig of uitgenodigd, maar steeds meer VVT-instellingen zien het belang (en de mogelijkheden) om hem toch uit te nodigen. Voorbeelden hiervan zijn Stichting Woonzorg West Zeeuws-Vlaanderen en verpleeghuis Kalorama in Beek Ubbergen. Alhoewel het overleg meestal fysiek plaatsvindt, overleggen steeds meer ziekenhuizen door middel van een videoverbinding, zoals het Erasmus MC en het Havenziekenhuis. In 2010 vond onder subsidie van ZonMw en Menzis zorgverzekeraar in Velp bij de Stichting Een Plus Samenwerkingen (SEPS) een pilot plaats met een MDO in de eerste lijn voor kwetsbare en complexe ouderen [25]. Patiënten en mantelzorgers zijn volgens het rapport tevreden over deze gecoördineerde aanpak van gezondheid en welzijn, omdat als uitgangspunt de wensen en beperkingen van de oudere en mantelzorger centraal staan.

Volgens onderzoek van het integraal kankercentrum Nederland (IKNL) zijn er meerdere succesfactoren voor een effectief en efficiënt MDO [26]. Voorbeelden hiervan zijn het geven van een presentatie over patiënt door de behandelend arts, op tijd beginnen en eindigen van een MDO, het hebben van een coördinator voor organisatorische zaken en goede ICT-voorzieningen.

Er zijn steeds meer ICT-oplossingen beschikbaar die het mogelijk maken om de patiënt structureel en intensiever te betrekken bij een MDO. Hieronder beschrijven we een aantal voorbeelden.

Zorg- en WelzijnsInfoPortaal ZWIP voor ouderen

fungeert als een digitale overlegtafel en brengt daarmee zorgprofessionals rondom een oudere in een virtuele omgeving bij elkaar. De oudere kan alle berichten lezen die hulpverleners aan elkaar sturen, vragen stellen en antwoord geven en beslissen hoe de zorg eruit ziet. Het ZWIP bevat daarnaast een digitaal NHG-conform multidisciplinair zorgplan.

Bron: ZWIP (2013)

elektronisch Gestructureerd Patiënten Overleg (eGPO)

Zorgverleners, patiënten en mantelzorgers kunnen inzage krijgen in alle gegevens die de hulpverleners met elkaar delen, maar ook actief deelnemen aan het overleg. Toestemming van de patiënt is nodig om gegevens te delen.

Bron: eGPO (2013)

Facetalk

Wordt gebruikt voor het digitaal uitvoeren van het MDO. Facetalk is een manier om via een internetverbinding een video-gesprek te voeren, er kunnen maximaal 12 personen aan het MDO deelnemen met behulp van Facetalk.

Bron: Facetalk (2013)

De voorbeelden zijn onder andere voor mensen met een chronische aandoening. Voor alle drie de oplossingen is toestemming van de patiënt nodig om de gegevens te delen. Ook wordt Facetalk gebruik voor het digitaal uitvoeren van het MDO.

Betere zorg in Engeland, met de patiënt als uitgangspunt

Ook in Engeland is onderzoek gedaan naar succesfactoren van een MDO, in dit geval voor mensen met kanker. Naast organisatorische, infrastructurele en menselijke factoren, valt ook 'patient-centred care' hieronder. De patiënt heeft het recht om te weten dat het MDO plaatsvindt, wat er wordt besproken en wanneer hij een terugkoppeling kan verwachten. Voorafgaand aan het overleg is de patiënt gevraagd naar zijn wensen en voorkeuren voor het te bepalen behandelplan.

Bron: NHS (2010)

Persoonlijk gezondheidsdossier (PGD)

De laatste jaren wordt een persoonlijk gezondheidsdossier (PGD) ingezet om de versnipperd opgeslagen gegevens van patiënten (met een chronische aandoening) te centraliseren. Dit levenslange dossier kunnen patiënten delen met zorgverleners en mantelzorgers.

'Een PGD valt volgens Pluut (2012) te omschrijven als een database met persoonlijke gezondheidsinformatie, gecombineerd met 'tools' die patiënten helpen bij het benutten van die informatie [27].'

Door het verzamelen van relevante medische informatie in een PGD kunnen gegevens zo worden gepresenteerd dat het voor de patiënt te begrijpen is en biedt het een zoek sleutel om gericht te zoeken naar specifieke medische informatie [16]. Dit kan op papier, maar de meeste PGD's zijn verbonden via het internet of beschikbaar op een USB-stick of cd. Daarnaast wordt er onderscheid gemaakt in een PGD dat alleen bedoeld is voor de patiënt en zijn omgeving, en een PGD dat verbonden is met het medische dossier van de arts. In Nederland zijn de mogelijkheden hiervoor zeer beperkt. In een PGD kunnen bijvoorbeeld uitslagen, verzekeringsgegevens, gemaakte afspraken, klachten, diagnoses, anamneses en medicatie worden opgenomen. Met name voor personen met een chronische aandoening kan het toegevoegde waarde opleveren om ook een zorgplan op te nemen in het PGD. Een PGD is geen vervanging van het wettelijk medisch dossier [28].

Ondersteuning van mantelzorgers in Amerikaanse MyHealthVet

De 'iHealth Copilot Program' geeft mantelzorgers de mogelijkheid om via een PGD met de arts te communiceren over de persoon waarvoor zij zorgen. De zoon van een bejaarde vrouw, die bezoek krijgt van een arts, kan bijvoorbeeld deze arts via het PGD informeren over ontwikkelingen in de gezondheid van zijn moeder en de arts kan vragen iets te onderzoeken. Met het oog op dit Amerikaanse PGD 'MyHealthVet' is geconstateerd dat een grote meerderheid van de patiënten bereid is familieleden toegang tot hun PGD te geven.

Bron: Bettine Pluut (2012)

Er zijn twee soorten digitale PGD's te onderscheiden, een 'standalone PGD-systeem' en een 'geïntegreerd PGD-systeem'. Bij de eerste heeft alleen de eigenaar of geautoriseerde personen toegang tot het dossier. Een voorbeeld hiervan is een lokale elektronische applicatie, die niet

gekoppeld is aan een ander systeem. Geïntegreerde systemen zijn wel gekoppeld aan een ander informatiesysteem [16]. Hierbij bestaan twee varianten:

1. Tethered PGD: hierbij wordt (een deel van) een medisch dossier, via een webportaal per zorgaanbieder, beschikbaar gemaakt.
2. Interconnected PGD: hierbij vormen verschillende bronnen samen een persoonlijk dossier. Het eigen dossier wordt dan aangevuld met informatie uit tal van systemen, zoals EPD-systemen van ziekenhuizen, apotheeksystemen, etc.

De 'interconnected PGD' kan de patiënt en de zorgverlener een completer beeld geven over de gezondheid van de patiënt. Dit is echter de meest complexe variant om te realiseren. Er moeten afspraken gemaakt worden over hoe de verbinding opgebouwd wordt, hoe de beveiliging wordt geregeld en wie er toegang heeft tot de gegevens [16].

Kaiser Permanente My health manager.

Met My Health kunnen gebruikers in Amerika persoonlijke en medische gegevens inzien, contact hebben met hun zorgverlener, medicatie aanvragen en afspraken maken. Kaiser Permanente en Microsoft health hebben hun systemen gekoppeld. Hierdoor zijn patiënten in staat om hun eigen gegevens in te voeren en onder andere uit te wisselen met gegevens van de zorgverleners van Kaiser Permanente. Dit is een voorbeeld van een geïntegreerd PGD-systeem.

Bron: TNO(2009)

Volgens de eHealth-monitor 2013 houdt 4% van de Nederlanders zijn eigen gezondheidsgegevens bij [28]. Momenteel maakt 2% van de Nederlanders gebruik van een online PGD [29]. 59% zou dit in de toekomst wel willen doen. Mensen met een chronische aandoening (of de ouders/verzorgers hiervan), handicap of mensen die gericht zijn op een gezonde levensstijl lijken PGD's het meest te gebruiken [27]. Zij zien met name de meerwaarde als ze zeker weten dat de gegevens veilig zijn, ze meer overzicht krijgen in het verloop en herstel van hun ziekte en meer gesteund worden in het volhouden van hun behandeling [29]. Op de website van Digitale Zorggids staat een overzicht van (gratis) digitale instrumenten om een PGD te maken [30].

TNO geeft in haar rapport een overzicht van PGD-systemen die in Nederland beschikbaar zijn [16], met daarbij een score op onder andere ondersteuning in het (zelf)zorgproces. De NPCF heeft een visie ontwikkeld als het gaat om het PGD. Als een van de randvoorwaarden voor een PGD noemen zij gestandaardiseerde gegevensverzamelingen en geïntegreerde digitale zorgdiensten [31].

Tips voor een goede samenwerking

Het IZP, een MDO en het PGD zijn oplossingen die ervoor zorgen dat de informatie-uitwisseling tussen betrokken partijen zo structureel en efficiënt mogelijk plaatsvindt. De combinatie van zelfregistratie door de persoon met een chronische ziekte plus de uitwisseling met de betreffende zorgverleners, zorgen voor een sterk samenspel van in informatievoorziening. Een goed voorbeeld hiervan is een Persoonlijk Gezondheidsdossier (PGD) dat met techniek gekoppeld is aan een elektronisch patiëntendossier (EPD). In Nederland is dit helaas nog lang niet vanzelfsprekend. Al de individuele oplossingen hebben echter wel een gezamenlijk gedachtegoed: de patiënt staat centraal¹.

Het klinkt logisch en eenvoudig om op deze manier goede zorg te verlenen, maar de zorg is op dit moment nog niet ingericht op bijvoorbeeld de veranderende rollen waarin de patiënt samen met

¹ Onder patiënt verstaan we vanaf hier ook 'een persoon met een chronische aandoening'.

de zorgverlener beslist [32]. Daarnaast bestaat dé patiënt niet, maar gaat het altijd om maatwerk en is de behoefte afhankelijk van de persoonlijkheid van mensen en de aard van de benodigde zorg.

Wij kunnen ons dan ook voorstellen dat u behoefte heeft aan handvatten om de oplossingen voor een betere informatie-uitwisseling met behulp van ICT toe te passen. En de samenwerking met alle betrokken mensen en instanties, zo goed mogelijk te laten verlopen. Daarom hebben wij elf tips voor u op een rijtje gezet die u kunnen helpen daarbij. Deze tips zijn tot stand gekomen na bestudering van de literatuur en documentatie zoals genoemd in de bronnenlijst en naar aanleiding van gesprekken met experts op dit gebied.

Tip	Uitleg
Beslis samen wie de hoofdbehandelaar is en wie het centrale aanspreekpunt is	<p>Deze centrale zorgverlener (bijvoorbeeld een praktijkondersteuner) heeft een coachende rol en neemt het voortouw om samen met de patiënt, mantelzorgers en zorgprofessionals het zorgproces in te richten. Leg deze informatie vast in het (digitale) zorgplan.</p>
Beoordeel de mate waarin de patiënt of mantelzorgers een actieve rol wil spelen. De zorgverlener treedt hierbij coachend op.	<p>Geef aan wanneer de patiënt en/of mantelzorgers een actieve rol wil hebben in het zorg- en besluitvormingsproces (bijvoorbeeld bij het ontwikkelen van het behandelplan) en wanneer juist niet (bijvoorbeeld bij het horen van een slechte diagnose of als de patiënt zich in een noodsituatie bevindt). Leg deze afspraken vast in het (digitale) zorgplan.</p> <p>In verpleeghuis Bos en Duin in Scheveningen is 'mantelzorgmanagement' geïmplementeerd. Aandacht was er voor het systematisch en effectief managen van de betrokkenheid, inzet en activiteiten van mantelzorgers als partners in de zorg [33]. Dit is een voorbeeld waarbij de coördinerende rol binnen de zorg bij de mantelzorgers ligt en er dus sprake is van gezamenlijke zorg tussen alle partijen.</p>
Kies gezamenlijk voor de beste of meest passende behandeling	<p>De zorgverlener is deskundig op medisch en gezondheidsgebied en weet wat helpt bij de meeste mensen. De patiënt heeft zijn eigen voorkeuren, kent zijn eigen lichaam en weet wat wel en niet bij hem werkt. Drie soorten gesprekken zijn volgens Vilans cruciaal om tot deze gezamenlijke besluitvorming te komen [34].</p> <ul style="list-style-type: none"> • Choice talk, er valt iets te kiezen. • Option talk, wat valt er te kiezen? • Decision talk, wat kiest de patiënt?
Houd als zorgverlener of mantelzorgers rekening met de wensen en behoeften van desbetreffende patiënt	<p>Motivaction en de NPCF hebben een model ontwikkeld met drie typen zorgconsumenten en hun behoeften [29].</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minder zelfredzame zorgconsumenten (zoeken vooral naar praktisch bruikbare informatie) • Pragmatische zorgconsumenten (gaan actief zelf op zoek, zijn zelfredzaam en veeleisend) • Maatschappijkritische zorgconsumenten (gezonde leefstijl is belangrijk, kritisch, zelfredzaam, zoeken naar diepgang). <p>Dit kan een eerste handvat zijn voor het bepalen van de wensen en behoeften. 'De patiënt' bestaat niet en elke patiënt heeft individuele wensen en behoeften. Een volgende stap is om deze informatie vast te leggen, bijvoorbeeld in het IZP.</p>

<p>Bepaal gezamenlijk de behoeften van de patiënt aan de hand van de fase waar hij zich in bevindt</p>	<p>Tijdens het gehele zorgtraject zijn er meerdere fases waar de patiënt zich in kan bevinden, elk met eigen emoties, behoeften en vragen. Een voorbeeld hiervan is dat de diagnose wordt gesteld. De patiënt heeft op dat moment bijvoorbeeld behoefte aan informatie over zijn ziektebeeld (zorginhoudelijke informatie) en wat de vervolgstappen zijn (praktische informatie). Op de website van Frankwatching [35] is het gehele proces binnen de cure (ziekenhuizen) nader uitgewerkt.</p>
<p>Bepaal een stip op de horizon in de gezamenlijke behandeling</p>	<p>Stel tenminste een keer per jaar, maar liefst vaker, een ‘stip op de horizon’ vast waar je gezamenlijk naartoe wilt werken. Bij een patiënt met hart- en vaatziekten kan het doel zijn om het komende jaar vijf kilo af te vallen. Als dit doel is geformuleerd kunnen alle partijen hier gericht aan werken en is het helder waar men gezamenlijk naartoe wilt.</p>
<p>Zoek de balans tussen digitale communicatie en face-to-face contact</p>	<p>Gedurende het zorgtraject zijn er verschillende middelen om aan informatie te komen. Beoordeel met elkaar wat een juiste balans is tussen persoonlijk contact en het informeren via digitale middelen zoals mail of patiëntportalen. Geef als patiënt ook duidelijk aan wanneer face-2-face contact gewenst is.</p> <p>Voorbeelden van websites waarin de zorgverlener, mantelzorger en patiënt direct met elkaar in contact staan zijn www.carenzorgt.nl, www.zorgsite.nl en www.cc-net.nl. Een voorbeeld van een combinatie van zowel persoonlijk als digitaal contact is screen-to-screen contact met behulp van bijvoorbeeld Skype of Facetime.</p>
<p>Houd rekening met culturele verschillen</p>	<p>Wanneer een patiënt bijvoorbeeld de taal niet spreekt en daardoor niet deel kan nemen aan een digitaal MDO, kan er een tolk worden ingezet. Zo kan de patiënt alsnog deelnemen.</p>
<p>Meet en evalueer de ervaringen van de gezamenlijke zorg tussen patiënt, mantelzorger en zorgverlener</p>	<p>Door regelmatig met elkaar te bespreken of de zorg die wordt geleverd nog naar wens is, gezien vanuit alle partijen, kan er tijdig bijsturing plaats vinden. De zorg kan ook op patiënt niveau getoetst worden, bijvoorbeeld tijdens de evaluatie van het zorgplan. Een voorbeeld waarbij de zorg ook wordt geëvalueerd, maar dan op populatieniveau, is ‘Routine Outcome Monitoring’ (ROM) in de GGZ. ROM toetst de rapportage, de behandeling en de vooruitgang tussentijds. Het routinematig afnemen van vragenlijsten bij patiënten geeft professionals informatie over de voortgang van de patiënten en kan helpen bij de behandeling, evaluatie en planning [36].</p>

<p>Mobiliseer de kennis en ervaringen en het netwerk van de mantelzorger</p>	<p>De mantelzorger heeft op verschillende niveaus een hoop informatie over de patiënt die belangrijk is voor de behandeling. Vilans en MOVISIE hebben het model SOFA [37] ontwikkeld dat de verschillende rollen van de mantelzorger omschrijft en hoe je dit kunt gebruiken in de samenwerking met de zorgverlener.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Samenwerken (collega) • Ondersteunen (cliënt) • Faciliteren (naaste) • Afstemmen (expert) <p>Voor deze verschillende vormen van samenwerking kan gebruik gemaakt worden van digitale tools, voor afstemmen is er bijvoorbeeld ShareCare, een tool waarmee men zorgen kan delen en zorgtaken verdelen (www.zorgsite.nl).</p>
<p>Vraag de patiënt om advies voor het MDO plaatsvindt</p>	<p>Informeert de patiënt en mantelzorger van te voren over de keuzes van behandeling die tijdens het MDO worden besproken. De patiënt en de mantelzorger krijgen zo de mogelijkheid om van te voren een voorkeur uit te spreken. Deze voorkeur kan de zorgverlener meenemen tijdens het MDO en daarmee zwaar meewegen in de uiteindelijke beslissing voor het vervolg van de behandeling.</p>
<p>Laat de betrokkenen weten waar je als patiënt de medische informatie thuis bewaart</p>	<p>Laat de zorgverlener(s) en de mantelzorger(s) weten waar het eigen (digitale) medisch dossier of zorgplan ligt en zorg ervoor dat deze informatie up-to-date is.</p>

Over de auteurs



Irene van Duijvendijk MSc. heeft een achtergrond als verpleegkundige en gezondheidswetenschapper en is adviseur Zorg ICT & Innovatie bij Nictiz. Zij houdt zich bezig met projecten en vraagstukken op het raakvlak van Zorg en ICT, met name binnen de caresector. Irene draagt zorg voor de implementatie van de informatie standaard 'eOverdracht in de care' en zorgt voor kennisdeling door middel van artikelen, whitepapers en haar bijdrage aan congressen en symposia. Daarnaast participeert zij in het platform 'internetzorg en patiëntportalen' en het project 'generieke overdrachtsgegevens'.



Kim Idzardi is communicatieadviseur bij Nictiz en houdt zich bezig met het vertalen van technische, vaak ingewikkelde en versnipperde informatie naar begrijpelijk en toegankelijk materiaal. Direct toe te passen in de praktijk en afgestemd op de vragen en behoeften van de lezer. Deze informatie vertaalt zich naar bondige whitepapers, verklarende boeken, aansprekende infographics en bijdragen aan evenementen. Via social media staat Kim in contact met mensen en organisaties om de wensen en behoeften uit het veld te inventariseren.

Meer informatie

Indien u vragen of opmerkingen heeft naar aanleiding van deze whitepaper, dan kunt u contact opnemen met Irene van Duijvendijk (duijvendijk@nictiz.nl) of Kim Idzardi (idzardi@nictiz.nl).

Literatuur

1. I. van Duijvendijk en M. ten Hove. *Zorgverleners in beeld: inzicht in behandeling van een chronische ziekte*. (Nictiz en Vektis, 2013)
2. J. Ursum et al. *Zorg voor chronisch zieken. Organisatie van zorg, zelfmanagement, zelfredzaamheid en participatie* (NIVEL, 2011)
3. A. Blokstra et al. *Vergrijzing en toekomstige ziektelast, Prognose chronische ziektenprevalentie 2005-2025*. (RIVM, 2007)
4. *The reflection process on chronic diseases. Interim report*. Commission, European (EU, 2010)
5. G.A.M van den Bos et al. *Chronisch zieken en gezondheidszorg*. (Elsevier, 2000)
6. S.L.N. Zwakhals. Zorgatlas [citaat van 13 juni 2013 <http://www.zorgatlas.nl/zorg/langdurige-zorg/>]
7. *Het belang van informele zorg*. Vilans. [Citaat van: 12 augustus 2013 <http://www.vilans.nl/Pub/Informatiecentrum/Informatiecentrum-overig/Informatiecentrum-overig-Het-belang-van-informele-zorg.html?highlight=informele%2c%20zorg&search=1>]
8. *Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg*. KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland, NPCF (KNMG, 2010)
9. W. Lensen en A.W. Asma. *Signalen van mantelzorgers in verpleeg- en verzorgingshuizen in Overijssel*. (Platform Mantelzorg Overijssel, 2011)
10. C. Spreeuwenberg. *Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten* (NIVEL, 2009)
11. M.E.M. Huijben. *Het Chronic Care Model in Nederland*. (Raad voor Volksgezondheid, 2011)
12. *Wat is ketenzorg?* Nationaal Kompas Volksgezondheid van RIVM [Citaat van: 12 augustus 2013 <http://www.nationaalkompas.nl/zorg/sectoroverstijgend/ketenzorg/wat-is-ketenzorg/>]
13. *Zorg voor chronisch zieken, integrale zorg*. Rijksoverheid [Citaat van: 12 augustus 2013 <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-voor-chronisch-zieken/integrale-zorg>].
14. *Programma disease management chronisch zieken*. ZonMw [Citaat van 8 oktober 2013: <http://www.zonmw.nl/nl/programmas/programma-detail/diseasemanagement-chronische-ziekten/projecten/>]
15. Drs. M.H. Meijerink. *De participerende patiënt*. (RVZ, 2013)
16. Ing. R.J. Barelids et al. *Het Persoonlijk Gezondheidsdossier. Een foto van een PGD in Nederland*. TNO , 2009)
17. R. Polman. *Betekenis van een online persoonlijk gezondheidsdossier voor zelfmanagement en gedeelde besluitvorming*. (iBMG, 2011)
18. J. Krijgsman en G. Klein Wolterink. *Ordering in de wereld van eHealth*. (Nictiz, 2012)
19. *Zorgzwaartebekostiging: handreiking zorgplan versie 2.0*. Bureau HHM i.o.v. ministerie van VWS, 2009)
20. *Individueel zorgplan*. Kennisplein chronische zorg [Citaat van: 12 augustus 2013 http://www.kennispleinchronischezorg.nl/kcz/Dossiers/Dossiers-Individueel-zorgplan.html?pagerv_page=2#reldst]
21. *Zorgvisie*. RVZ: 'Zorgplan voor patiënt in wet vastleggen'. Zorgvisie. [Online] 20 juni 2013. [Citaat van: 12 juli 2013.] <http://www.zorgvisie.nl/Kwaliteit/Nieuws/2013/6/RVZ-Zorgplan-voor-patient-in-wet-vastleggen-1288037W/>.
22. *Meldactie Integrale bekostiging*. (Patiëntenfederatie NPCF, Diabetesvereniging Nederland, de Hart en Vaatgroep en het Astmafonds, 2012)
23. *Inventarisatie individuele zorgplannen*. Vilans. [Online] 15 december 2011. [Citaat van: 16 juli 2013.] <http://www.vilans.nl/Pub/Home/Ons-aanbod/Producten/Inventarisatie-Individuele-zorgplannen.html>.
24. *Een ziekte komt zelden alleen. Een verkenning van de organisatie van zorg voor chronisch zieken met comorbiditeit in de eerste lijn*. (Vilans, 2010)

25. E. Bertholet, H. Barnhoorn, H. Kodde. *Handreiking multidisciplinaire ouderenzorg met een specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn*. (Praktijk ouderengeneeskunde Bertholet en Stichting Een Plus Samenwerkingen, 2012)
26. E. van Drielen, M.M. de Boer-Dennert. *Succesfactoren voor een efficiënt en effectief MDO*. (IKNL, 2011)
27. B. Pluut. *Wetenschappers over het PGD*. (NPCF, 2012)
28. J. Krijgsman et al. *eHealth-monitor 2013: eHealth, verder dan je denkt*. (NIVEL en Nictiz, 2013)
29. L. Gijsberts, F. Vegter en M. Wallien. *Onderzoeksrapportage 'van EPD naar PGD'*. (Motivaction en NPCF, 2012)
30. *Overzicht van PGD's*. Digitale Zorggids/Bohn Stafleu van Loghum en NPCF. [Citaat van: 6 september 2013 <http://www.digitalezorggids.nl/persoonlijk-gezondheidsdossier-pgd>]
31. *Onze kijk op het Persoonlijk GezondheidsDossier*. NPCF. [Citaat van: 24 juli 2013 http://www.npcf.nl/index.php?option=com_content&view=article&id=5192:onze-kijk-op-het-persoonlijk-gezondheidsdossier&catid=2:nieuws&Itemid=26]
32. R. Gerads. *De patiënt als gezagvoerder, de dokter als co-piloot*. (Nictiz en RVZ, 2010)
33. *Impulspakket samenspel*. (Expertisecentrum Mantelzorg met financiering van het ministerie van VWS, 2010)
34. Factsheet. *Gezamenlijke besluitvorming in de langdurende zorg*. (Vilans, 2013)
35. A. Naafs. *Zet de patiënt nadrukkelijker centraal met online tools*. Frankwatching. [Citaat van 24 juli 2013 http://www.frankwatching.com/archive/2013/05/07/zet-de-patient-nadrukkelijker-centraal-met-online-tools/?utm_source=website&utm_campaign=wordtwit&utm_medium=web]
36. B. Semlianoi. *Routine Outcome Measurement: Eerste reacties van behandelaren en een inventarisatie van behandel-effecten*. (Universiteit Twente, 2013)
37. *SOFA*. Expertisecentrum Mantelzorg. [Citaat van: 26 juli 2013 <http://www.expertisecentrummantelzorg.nl/smartsite.dws?ch=def&id=141758>]

Optimale toepassing van eHealth en ICT in de zorg kan niet zonder standaardisatie. In nauwe samenwerking met zorgverleners, koepelorganisaties, standaardisatieorganisaties en industrie draagt Nictiz zorg voor de ontwikkeling en beschikbaarheid van de noodzakelijke standaarden. We doen dit door het organiseren van gemeenschappelijke ontwikkelprojecten, kennisoverdracht en kwaliteitstoetsing.

Nictiz

Postbus 19121
2500 CC Den Haag
Oude Middenweg 55
2491 AC Den Haag

T 070 - 317 34 50

 @Nictiz
info@nictiz.nl
www.nictiz.nl