

# Informatie-uitwisseling in de GGZ-sector

RAPPORTAGE

Betere gezondheid  
door betere informatie





# Informatie-uitwisseling in de GGZ-sector

## RAPPORTAGE

Betere gezondheid  
door betere informatie



### Datum

Oktober 2017

### Auteur

Lisanne van der Molen – Nictiz

### Coauteurs

Steven Ham – Rivierduinen

Peter Kloekke – Arkin

Frank Kuiper – GGZ Oost-Brabant

Kasper de Nooijer – Parnassia Groep

Aisha Sie – Nictiz

### Redacteur

Linda Dinkgreve – Nictiz



# Inhoud

<b>Samenvatting</b>	<b>6</b>
<b>H-1 Inleiding</b>	<b>8</b>
<b>H-2 Issue- en stakeholderanalyse</b>	<b>9</b>
2.1 Issue-analyse	9
2.2 Stakeholderanalyse	15
2.3 Issues en interoperabiliteit	18
<b>H-3 Koppelvlakken</b>	<b>20</b>
3.1 Koppelvlakken	20
3.2 Koppelvlakbeschrijving en het interoperabiliteitsmodel	20
3.3 Categorisering koppelvlakken	21
3.4 Gemeente	23
3.5 GGZ-instellingen	24
3.6 eHealth	25
3.7 Overige koppelvlakken	26
<b>H-4 Conclusie en aanbevelingen</b>	<b>32</b>
4.1 Conclusies	32
4.2 Aanbevelingen	32
<b>H-5 Referenties</b>	<b>34</b>

# Samenvatting

De Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) staat voor grote uitdagingen op het gebied van financiering, wachtlijsten en informatie-uitwisseling. Door verschillende ontwikkelingen in de zorgsector, waaronder de opkomst van persoonlijke gezondheidsomgevingen en het belang van ketenuitwisseling, wordt informatie-uitwisseling ook voor de GGZ een steeds belangrijker onderwerp. Alvorens de informatie-uitwisseling nader kan worden ingevuld, heeft Nictiz met een viertal GGZ-instellingen de inhoudelijke en sectorale issues beschreven, evenals de partners waarmee informatie wordt uitgewisseld (in de vorm van koppelvlakken). Deze eerste opzet van issues en koppelvlakken is een startpunt om aanbevelingen te doen gericht op de inrichting van de informatie-uitwisseling in de GGZ-sector en in de zorgketen.

De inhoudelijke issues die direct verband houden met informatie-uitwisseling in de GGZ-sector zijn onderverdeeld in: standaardisatie, leveranciersmanagement, parallelle initiatieven en administratieve lasten. De overkoepelende issues, die de GGZ-sector in zijn geheel kenmerken, zijn onderverdeeld in: veranderende wet- en regelgeving, sectorale governance, bezuinigingen, toegankelijkheid digitale patiëntgegevens en professionele autonomie. Op deze issues kunnen verschillende stakeholdergroepen invloed uitoefenen. De focus van dit onderzoeksrapport naar informatie-uitwisseling in de GGZ ligt op het realiseren van standaardisatie, faciliteren en coördineren van overleggen met EPD/ECD en eHealth leveranciers, het bundelen van relevante parallelle initiatieven en het verlagen van de administratieve lasten.

De gedefinieerde koppelvlakken betreffen informatie-uitwisseling met zorginhoudelijke ketenpartners (o.a. ziekenhuis, huisarts, laboratoria, apotheek, GGZ-instelling), financieel/administratieve ketenpartners (o.a. gemeente, justitie, politie, DBC/DIS, Vecozo) en de patiënt/cliënt als partner (o.a. patiënt/cliënt en eHealth toepassingen). Uit een analyse van de koppelvlakken op het interoperabiliteitsmodel komt naar voren dat een drietal koppelvlakken directe aandacht verdient gelet op informatie-uitwisseling en de daar aan verbonden inhoudelijke issues: GGZ-instellingen onderling, GGZ-instelling en eHealth, en GGZ-instelling en gemeente.

Om de informatie-uitwisseling in de GGZ-sector en de zorgketen een impuls te geven verdient een zevental aanbevelingen directe aandacht:

1. Gebruik van bestaande standaarden in de GGZ is het beginpunt voor gestructureerde gegevensuitwisseling, zoals met de BgZ, verpleegkundige overdracht, laboratoria en medicatie;
2. Gap-analyse op de bestaande standaarden om ontbrekende GGZ specifieke informatie in kaart te brengen;
3. Expertgroep die zich bezighoudt met standaardisatie van aanvullende GGZ specifieke informatie;
4. Standaardisatie van de formulieren waarmee informatie wordt uitgewisseld tussen GGZ-instelling en gemeente, waarbij eenheid wordt aangebracht in de wijze van verantwoording;
5. Leveranciersbijeenkomsten waarbij afspraken worden gemaakt over de technische specificaties bij het uitwisselen van gegevens;

6. Het creëren van een GGZ-brede (en sector overstijgende) community om de informatie-uitwisseling in de keten te blijven optimaliseren;
7. Focus op patiënt/cliënt centraal, waarbij een visie moet worden ontwikkeld op de rol van patiënt/cliënt binnen PGO's en bij het gebruik van eHealth.

# H-1 Inleiding

De Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) bestaat uit een grote variëteit aan GGZ-instellingen of zorginstellingen die geestelijke gezondheidszorg verlenen. De zorg in de GGZ wordt geleverd in een breed spectrum, van praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ) en generalistische basis GGZ tot specialistische GGZ en langdurige GGZ: door de zorgketen en bij vrijevestigden. De GGZ heeft de laatste jaren te maken gehad met vele veranderingen met grote impact. De overheveling van onder andere jeugd-ggz naar de gemeenten heeft in 2016 geen forse kostendaling met zich meegebracht. Hiermee blijft de GGZ-sector financieel onder druk staan, terwijl de wachtlijsten de afgelopen jaren zijn toegenomen.<sup>1</sup>

Niet alleen overheveling van zorg, bezuinigingen en wachtlijsten zijn veelbesproken items in de GGZ, ook informatie-uitwisseling is een veelbesproken onderwerp in de GGZ. Sectoroverstijgend is het ontstaan van knelpunten bij informatie-uitwisseling al enige tijd een geïdentificeerd risico. In toenemende mate wordt vanuit het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aandacht besteed aan informatie-uitwisseling, waarbij in het Informatieberaad (een bestuurlijke samenwerking tussen deelnemers uit het zorgveld en het ministerie van VWS) verschillende outcomedoelstellingen zijn geformuleerd. Van deze outcomedoelstellingen ziet één op de overdracht van gegevens: *‘per 1 januari 2020 dragen zorgverleners altijd de gegevens die nodig zijn voor goede zorg en behandeling van een patiënt digitaal, gestandaardiseerd, beveiligd en, tenzij dat onmogelijk is, met toestemming van de patiënt, over aan andere bij het zorgproces van die patiënt betrokken zorgverleners’*.

De afgelopen jaren is Nictiz door diverse veldpartijen om betrokkenheid en visie gevraagd met betrekking tot het verbeteren van de informatievoorziening in de GGZ-sector. Om een actieve bijdrage te kunnen leveren aan het optimaliseren van de informatievoorziening in de GGZ-sector, is in samenwerking met een viertal GGZ-instellingen gestart met een (technisch) marktonderzoek, waarbij de sector uitgebreid is verkend. De resultaten van het marktonderzoek zijn opgesplitst in twee onderdelen: een issue- en stakeholderanalyse en een beschrijving van koppelvlakken. De issue- en stakeholderanalyse geeft weer welke thema's en betrokkenen op verschillende levels een rol spelen in de GGZ-sector. Met de koppelvlakken is beoogd een analyse te maken aan de hand van het interoperabiliteitsmodel, door op verschillende niveaus naar informatie-uitwisseling tussen stakeholders te kijken.

De focus van het onderzoek ligt op informatie-uitwisseling in de GGZ-sector, beschreven vanuit het perspectief van GGZ-instellingen. Het doel van het onderzoek is het verkrijgen van inzicht in relevante stakeholders, koppelvlakken en de mate van volwassenheid van informatie-uitwisseling in de GGZ-sector, met als uiteindelijke doel het formuleren van aandachtspunten voor de verdere ontwikkeling van informatie-uitwisseling in de GGZ-sector. In dit rapport zijn de bevindingen te lezen van het onderzoek naar de informatie-uitwisseling in de GGZ-sector dat Nictiz in samenwerking met een viertal instellingen in de eerste helft van 2017 heeft uitgevoerd.

---

<sup>1</sup> Oosterom (2017)

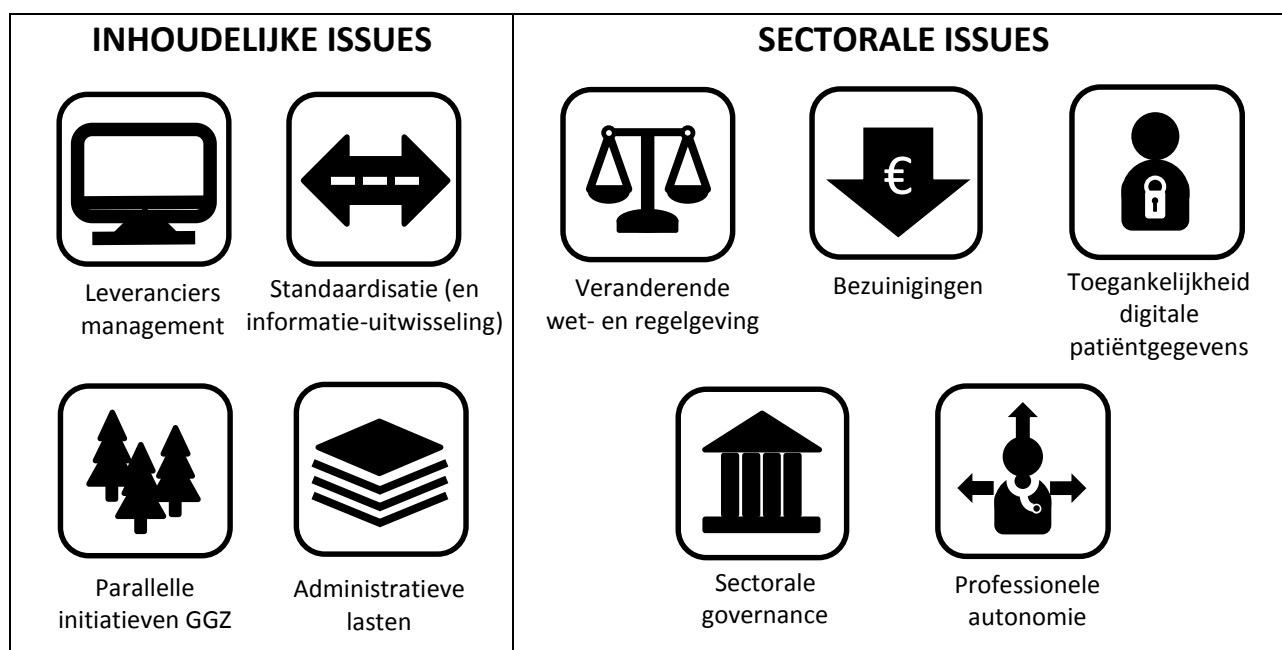


## H-2 Issue- en stakeholderanalyse

Om inzicht te verkrijgen in relevante issues en stakeholders met betrekking tot informatie-uitwisseling in de GGZ-sector wordt in dit hoofdstuk een uiteenzetting gegeven van de belangrijkste partijen en onderwerpen. Deze uiteenzetting is echter geen uitputtende lijst van issues en stakeholders, maar startpunt voor analyse. Alvorens de verschillende stakeholders worden weergegeven, wordt eerst een overzicht gegeven van de belangrijkste issues die spelen in de GGZ-sector met betrekking tot informatie-uitwisseling. Tot slot worden de issues in kaart gebracht op het interoperabiliteitsmodel van Nictiz.


### 2.1 Issue analyse

Onder issue wordt in dit rapport verstaan: een onderwerp waarbij meerdere stakeholders mogelijk verschillende belangen hebben, dan wel er zaken geregeld moeten worden die niet door partijen onderling opgepakt kunnen worden. In onderstaande tabel worden een aantal overkoepelende issues met een relevantie voor informatie-uitwisseling in de GGZ-sector beschreven. De issues zijn op hoofdlijnen onder te verdelen in: veranderende wet- en regelgeving, sectorale governance, administratieve lasten, bezuinigingen, parallele initiatieven in de GGZ, leveranciersmanagement, toegankelijkheid digitale patiëntgegevens, standaardisatie (en informatie-uitwisseling), en professionele autonomie. De issues vallen vervolgens weer uiteen in een tweetal categorieën: inhoudelijke issues met betrekking tot informatie-uitwisseling en sectorale issues die de GGZ-sector in zijn geheel kenmerken. Onderstaande legenda geeft de issues per categorie weer.



Figuur 1 – categorisering issues


De inhoudelijke issues houden rechtstreeks verband met informatie-uitwisseling in de GGZ, en zullen door Nictiz worden meegenomen in het plan om een betere informatie-uitwisseling te kunnen bewerkstelligen. De sectorale issues spelen een belangrijke rol bij het realiseren van digitale gegevensuitwisseling in de GGZ, maar zullen door een (boven)sectorale visie en aansluitend beleid verder vorm moeten krijgen. De betrokken partijen, zowel binnen als buiten de GGZ-sector, zullen per issue verschillen en worden aangekaart in de hieropvolgende stakeholderanalyse (sectie 2.2).


<p style="text-align: center;"><b>VERANDERENDE WET- EN REGELGEVING</b></p> 	<p><b>Achtergrond:</b> De wet- en regelgeving in de GGZ is de laatste jaren sterk aan veranderingen onderhevig. De overheveling van de AWBZ naar de Wlz en de Wmo, de nieuwe wet cliëntenrechten zorg, de nieuwe wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg en de nieuwe wet verplichte geestelijke gezondheidszorg hebben in het verleden en heden veel vragen doen oproepen over de reikwijdte van bepaalde wet- en regelgeving, de rechtspositie van de GGZ-patiënt en de ontstane extra handelingen en administratieve lasten. Ook is er een sterke tendens naar ‘patient included’: het betrekken van de patiënt/cliënt en deze volwaardig en tijdig van de juiste informatie te voorzien, langs elektronische weg. Gelet op privacy wetgeving wordt de WBP per mei 2018 vervangen door de AVG.</p> <p><b>Issue:</b> Uit diverse onderzoeken en publicaties<sup>2</sup> blijkt dat de snelle opvolging van complexe veranderingen in wet- en regelgeving zorgt voor veel discussie en onduidelijkheid in de GGZ-sector. De GGZ-sector moet uit noodzaak anticiperen op deze stelselveranderingen: dit kost GGZ-partijen veel moeite en tijd, waardoor minder aandacht overblijft voor resterende issues in de sector.</p>
<p style="text-align: center;"><b>SECTORALE GOVERNANCE</b></p> 	<p><b>Achtergrond:</b> De GGZ-sector is al jaren onderhevig aan vele veranderingen (o.a. bezuinigingen en decentralisatie), waardoor onderlinge verdeeldheid ontstaat over de te varen koers, met daarbij een visie die teveel naar binnen is gericht. De focus ligt voornamelijk op overleven en veranderingen op korte termijn, terwijl er nauwelijks een overkoepelende visie en beleid is gericht op een duurzame en toekomstbestendige GGZ.<sup>3</sup> De complexiteit van de GGZ-sector maakt dat een integrale aanpak nodig is, met stevige regie en coördinatie op beleidsniveau. Hiervoor is een nadere definiëring van de verantwoordelijkheden van overheden en andere instanties uiterst noodzakelijk.<sup>4</sup></p> <p><b>Issue:</b> Diverse GGZ-instellingen geven aan de invulling van sectorale governance te missen en noodgedwongen zelf een regierol te pakken. Dit leidt tot een grote variatie aan praktische implementaties van o.a. digitale informatie-uitwisseling.</p>

<sup>2</sup> Zie in dit verband onder andere: NZa (2016) en de GGZ-connect community Zorg en Recht

<sup>3</sup> Skipr (2015)

<sup>4</sup> Trimbos-instituut (2012)

<p style="text-align: center;"><b>BEZUINIGINGEN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SUBSTITUTIE VAN ZORG <ul style="list-style-type: none"> <li>• WACHTLIJSTEN</li> <li>• ZORGMIJDEN</li> </ul> </li> </ul> 	<p><b>Achtergrond:</b> Om de zorg in de GGZ-sector betaalbaar te houden is enkele jaren geleden begonnen met het herplaatsen van patiënten. De verschuiving van patiënten van (duurdere) gespecialiseerde zorg naar (goedkopere) zorg dichtbij huis moet bijdragen aan een betaalbare, voor iedereen toegankelijke en kwalitatief hoogwaardige GGZ. Het aantal patiënten in de gespecialiseerde GGZ neemt af, terwijl het aantal patiënten in de generalistische GGZ en bij de POH-GGZ toeneemt. De totale behandelkosten in de GGZ zijn tussen 2011-2015 van €3.33 naar €3.21 miljard gedaald, voornamelijk door een daling in de gespecialiseerde GGZ (kosten in generalistische GGZ en POH-GGZ nemen toe). De meeste kosten worden nog steeds gemaakt in de gespecialiseerde GGZ.<sup>5</sup></p> <p>De bezuinigingen hebben verscheidene effecten op de GGZ-sector. Zo blijkt dat het financiële resultaat van de GGZ-sector voor 2016 is gehalveerd ten opzichte van 2015.<sup>6</sup> De wachttijden van 2016 zijn juist gestegen ten opzichte van 2015. Voor deze wachttijden zijn verschillende oorzaken aan te wijzen: beperkt budget/verdeelp probleem, budgetten basis GGZ en gespecialiseerde GGZ zijn niet uitwisselbaar, bereikt omzetplafond wordt niet tijdig vermeld en te weinig behandelcapaciteit. Daarnaast blijkt de eigen bijdrage voor GGZ te leiden tot een stijging van het aantal dwangopnames en crisisbehandelingen wegens het mijden van zorg door kwetsbare groepen, waardoor de problemen verergeren en escaleren tot gedwongen en acute behandelingen. Deze zijn niet alleen onprettig voor de patiënt, maar ook duurder voor de samenleving.<sup>7</sup></p> <p><b>Issue:</b> Wegens bezuinigingen met reeds veel impact op de gehele GGZ-sector, zijn de beschikbare middelen voor nieuwe ontwikkelingen beperkt.</p>
--	--


<p style="text-align: center;"><b>ADMINISTRATIEVE LASTEN</b></p> 	<p><b>Achtergrond:</b> Door de overheveling van GGZ-taken van het Rijk naar de gemeenten zijn de administratieve lasten explosief toegenomen. Onder andere het versnipperde speelveld van zorgverzekeraars, zorgkantoren, gemeenten en ministerie van V&amp;J verhogen de administratieve lasten. De administratieve lasten zijn hoog door onder andere het ongestandaardiseerd werken (wegens gebrek aan coördinatie) in het sociale domein, de doorgeslagen lasten in het primair proces en de hoge productieverantwoording in de Zvw.<sup>8</sup></p> <p><b>Issue:</b> Er gaat veel tijd verloren aan (zorg)administratie ten koste van de kwaliteit van de zorg voor de patiënt/cliënt.</p>
--	---


<sup>5</sup> KPMG (2017)

<sup>6</sup> Intrakoop (2016)

<sup>7</sup> Ravesteijn et al. (2017)

<sup>8</sup> GGZ Nederland (2017)

<p><b>LEVERANCIERS-MANAGEMENT</b></p> 	<p><b>Achtergrond:</b> Het gebruik van ICT (EPD's/ECD's en eHealthtoepassingen) in GGZ-instellingen wordt regelmatig (noodgedwongen) ad-hoc uitbesteed, waardoor een gedifferentieerd veld aan ICT-leveranciers en een complexe regievoering ontstaat.<sup>9</sup> Hierdoor worden (zelfs binnen departementen van dezelfde GGZ-instelling) veel maatwerkoplossingen geleverd. In toenemende mate staat de GGZ-sector voor de uitdaging om oplossingen voor de toekomst te bedenken, in plaats van de huidige digitale kopieën van het bestaande aanbod.<sup>10</sup> Bezuiniging in de GGZ-sector betekent mogelijk dat meer investeringen worden gevraagd van leveranciers voor nieuwe ontwikkelingen van software.</p> <p><b>Issue:</b> De vele niet op elkaar afgestemde of gekoppelde ICT oplossingen maken informatie-uitwisseling niet mogelijk zonder onderlinge afspraken tussen de vele leveranciers, zonder beperking tot alleen eigen gebruikers.</p>
---	---

<p><b>TOEGANKELIJKHEID DIGITALE PATIËNTGEGEVENS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PRIVACY</li> <li>• TRANSPARANTIE</li> </ul> 	<p><b>Achtergrond:</b> De GGZ-sector ondergaat een transformatie, waarbij een meer digitale cliënt/patiënt benadering centraal staat. In toenemende mate worden gegevens beschikbaar in bijvoorbeeld PGO's of via e-consulten. Belangrijke termen die in het verlengde van toegankelijkheid van digitale gegevens liggen zijn privacy en transparantie. Een onderzoek van onder andere de LPGGZ op het gebied van privacy toont aan dat de helft van de respondenten (n = 7173) niet weet wat de rechten en plichten omtrent privacy inhouden. Daarbij weet 31% niet wat er in het dossier geregistreerd staat en is 38% van de respondenten niet op de hoogte van de rechten bij het weigeren van het delen van vertrouwelijke informatie.<sup>11</sup> Daarnaast is per 25 mei 2018 de nieuwe wet AVG van toepassing ter vervanging van de Wbp met o.a. versterking en uitbreiding van de privacy rechten wat ongetwijfeld verdere impact zal hebben op de kennis en kunde van patiënten/cliënten alsook zorgprofessionals.<sup>12</sup></p> <p>Ook de reikwijdte van de mogelijkheid tot het delen van informatie is meermaals discussiepunt (geweest) binnen de GGZ. Naar aanleiding van het rapport dat de IGZ schreef over de zorgverlening aan Bart van U., volgen een aantal belangrijke algemene aanbevelingen: het verkrijgen en vastleggen van een volledig beeld van de patiënt, het medisch beroepsgeheim staat het luisteren naar informatie van familie/derden niet in de weg en de overdracht tussen zorgaanbieders in de GGZ kan beter (warme overdracht en huisarts belangrijke schakel).<sup>13</sup> Gelet op transparantie hebben patiëntenorganisaties, zorgaanbieders en zorgverzekeraars</p>
--	--

<sup>9</sup> Groothuis en Roelofs (2014)

<sup>10</sup> GGZ Nederland (2014)

<sup>11</sup> LPGGz et al. (2016)

<sup>12</sup> Verordening (EU) 2016/679

<sup>13</sup> IGZ (2017)


	<p>eind 2015 afspraken gemaakt om meer inzicht in en informatie over de kwaliteit van ggz-behandelingen te geven, door middel van een kwaliteitsstatuut.</p> <p>Ook de Routine Outcome Monitoring (ROM) wordt gebruikt om inzicht te verkrijgen in het effect van een behandeling. Momenteel levert het gebruik van de ROM als benchmark veel discussie op in de GGZ-sector. De ROM zou beperkingen hebben voor het gebruik in het nieuwe bekostigingsmodel en ROM informatie moet sterk verbeterd worden om hiervoor te kunnen worden gebruikt.<sup>14</sup></p> <p><b>Issue:</b> Voor informatie-uitwisseling in de GGZ is onvoldoende duidelijk welke gegevens wanneer uitgewisseld mogen worden onder welke voorwaarden.</p>
--	--

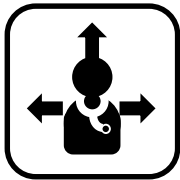
<p><b>STANDAARDISATIE (EN INFORMATIE- UITWISSELING)</b></p> 	<p><b>Achtergrond:</b> Onderzoek naar de gegevensuitwisseling in de GGZ laat zien dat er geringe samenwerkingsafspraken zijn met betrekking tot gegevensuitwisseling. Op informatieniveau is er nauwelijks consensus: er bestaat bijvoorbeeld nog geen kernset aan gegevens die binnen de GGZ-sector minimaal vastgelegd en uitgewisseld moet kunnen worden. Enkele richtlijnen (waaronder de NHG-richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts – GGZ) voorzien wel in regels op welke manier de informatie door de zorgketen moet worden verstuurd, maar zijn daarbij beperkt tot een aantal use cases en niet verder op sector-breed niveau afgestemd. De ICT-systemen die ten grondslag liggen aan de informatie-uitwisseling in de GGZ-sector zijn veelal gesloten, en er wordt niet of onvoldoende gebruik gemaakt van uniforme standaarden om eenvoudig data uit te wisselen.<sup>15</sup> Inzage in gebruikte ICT (EPD's/ECD's en eHealthtoepassingen) in een aantal GGZ-instellingen heeft aangetoond dat er (vrijwel) alleen met vrije tekst wordt gewerkt en dat veel maatwerkoplossingen worden geleverd, ook bij verschillende departementen in één GGZ-instelling. De GGZ-sector kan nog veel winst behalen bij het inzetten van digitale zorg- en klantdata voor daadwerkelijke zorgverbetering. Software moet niet enkel op registratie en communicatie zijn gericht, maar ook op hergebruik van data. Door data eenduidig te registreren en vervolgens beter te ontsluiten en aan elkaar te koppelen groeit het hergebruik van data. Standaardisatie van registraties en data-uitwisseling kan in het gefragmenteerde GGZ-veld veel opleveren: door het analyseren van gezamenlijke gegevens met eenduidige betekenis groeit het inzicht in wat wel en niet werkt binnen de GGZ als basis voor zorgverbetering.<sup>16</sup></p> <p><b>Issue:</b> Er zijn onvoldoende overkoepelende afspraken rondom informatie-uitwisseling, waardoor de huidige praktijk inhoudelijk varieert in de registratie, de uitwisseling en het hergebruik van gegevens.</p>
---	--

<sup>14</sup> Algemene Rekenkamer (2017)

<sup>15</sup> RVS (2016)

<sup>16</sup> ING (2017)

<p><b>PARALLELE INITIATIEVEN GGZ</b></p> 	<p><b>Achtergrond:</b> In de GGZ-sector zijn de afgelopen jaren talloze initiatieven gestart met betrekking tot digitalisering en eHealth. Ondanks dat met bepaalde initiatieven mooie resultaten worden bereikt, is er ook een kritische noot te plaatsen. In de praktijk worden initiatieven te veel als losstaand project opgepakt, waarbij de ontwikkeling niet gekoppeld wordt aan organisatiedoelen en/of een duidelijke stip op de horizon ontbreekt. Zorgaanbieders geven aan in toenemende mate met transities, programma's en wettelijke aanpassingen te worden overladen, waardoor er onvoldoende tijd is voor het daadwerkelijk implementeren van ICT-toepassingen/eHealth.<sup>17</sup> Critici spreken van een ongebreidelde wildgroei, waarbij de regels van het betreden van de digitale snelweg slechts gedeeltelijk bekend zijn. De mogelijkheden op het gebied van onder andere eHealth zijn oneindig, echter in combinatie met een langzaam volgende sector, waar voldoende richting, acceptatie en kennis regelmatig ontbreken.<sup>18</sup> Daarnaast blijken individuele initiatieven gebaseerd te zijn op kortdurende projectsubsidies zonder structurele vertaling in budget.</p> <p><b>Issue:</b> GGZ-partijen zien door de bomen het bos niet meer, met daarbij een gemis aan samenwerking tussen de verschillende initiatieven op het gebied van digitalisering en informatie-uitwisseling.</p>
--	---

<p><b>PROFESSIONELE AUTONOMIE</b></p> 	<p><b>Achtergrond:</b> In de GGZ hebben de psychiaters en psychologen jarenlang vanuit de expert positie eigen behandelrichtlijnen opgesteld. In toenemende mate wordt deze individuele professionele autonomie ingeperkt door het handelen van onder andere beroepsverenigingen, patiënten en het ministerie van VWS (<i>best practices</i>). De vrijheid van handelen wordt ook ingeperkt door managers, voorschriften van verzekeraars en de rol van de politiek.<sup>19</sup> De angst die bestaat is dat standaardisatie voorbijgaat aan de diversiteit van de vraag, de noodzakelijke variatie in behandeling en competenties van de professional. Geen twee cliënten/patiënten en geen twee behandelingen zijn gelijk aan elkaar.<sup>20</sup> Echter, in toenemende mate wordt het belang van standaardisatie erkend en uitgewerkt in bijvoorbeeld de ontwikkeling van zorgstandaarden door het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, dat is opgericht door de NVvP, NIP en LPGGz.</p> <p><b>Issue:</b> Een balans tussen standaardisatie van gegevens en gepersonaliseerde zorg op basis van de klinische blik van GGZ-professionals met oog op kwaliteit en continuïteit van de zorg is noodzakelijk.</p>
---	---

<sup>17</sup> GGZ Nederland (2014) en RVS (2016)

<sup>18</sup> GGZ totaal (2016)

<sup>19</sup> Oosterhoff (2015)

<sup>20</sup> Smijsters (2006)

## 2.2 Stakeholderanalyse

Onder stakeholder wordt in dit rapport verstaan: een partij die een aantoonbaar belang heeft aangaande één of meerdere issue(s), die in dit rapport verband houden met informatie-uitwisseling in de GGZ. De analyse is een indicatie van (groepen van) belanghebbenden, en is geenszins een uitputtende lijst met stakeholders. De stakeholder analyse is onderverdeeld in groepen belanghebbenden, met daaraan gekoppeld de issues waar deze stakeholdergroep direct invloed op heeft. Het doorwerken van issues (en de impact) op stakeholdergroepen wordt hierbij buiten beschouwing gelaten. Er wordt in de stakeholderanalyse een onderscheid gemaakt tussen de volgende groepen: koepelorganisaties, financiers, ICT-leveranciers, beroepsgroep, patiënt/cliënt, toezicht, standaardisatie en ketenpartners.

**KOEPELORGANISATIES**

GGZ Nederland, NHG, VNG, KING en  
Zorgverzekeraars Nederland

**FINANCIERS**

Ministerie van VWS,  
zorgverzekeraars en gemeenten

**ICT-LEVERANCIERS**

PinkRoccade, User, Nexus etc.,  
gebruikersverenigingen, VZVZ en  
Stichting Koppeltaal

**BEROEPSGROEP**

Zorgverleners in GGZ-instellingen  
vertegenwoordigd door NIP, NVvP,  
vereniging vrijgevestigden GGZ,  
landelijke vereniging POH GGZ





## PATIËNT/CLIËNT

Patiënt/cliënt en diens familie en/of mantelzorger(s) en MIND



## STANDAARDISATIE

Nictiz (en Zorginstituut Nederland voor iWLZ en iJW)



## TOEZICHT (OP KWALITEIT)

NZa, IGZ en SBG



## KETENPARTNERS

o.a. ziekenhuis, huisarts, apotheek en laboratorium

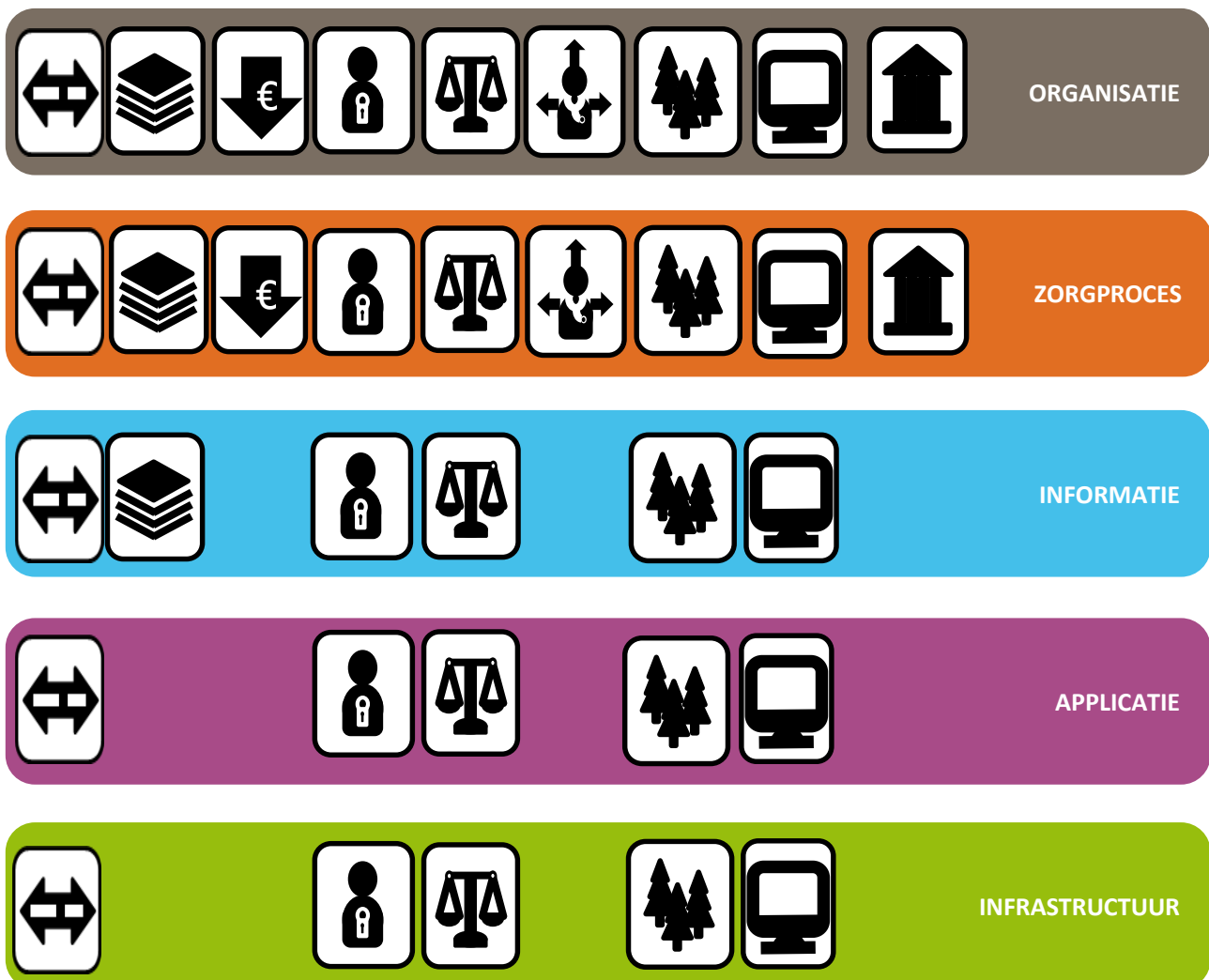


### 2.3 Issues en het interoperabiliteitsmodel

Met het interoperabiliteitsmodel wordt op een gestructureerde en inzichtelijke manier in kaart gebracht welke issues een rol spelen op het gebied van informatie-uitwisseling. Door inzichtelijk te maken op welke laag van interoperabiliteit men met welke issues te maken heeft, wordt inzichtelijk welke keuzes op welke laag worden gemaakt. Het interoperabiliteitsmodel bestaat uit vijf lagen, aangevuld met de component wet- en regelgeving:

1. **Organisatie** – de issues die direct een rol spelen op bestuurlijk niveau;
  2. **Zorgproces** – de issues die direct een rol spelen op het level van zorgprofessionals en managers;
  3. **Informatie** – die issues die direct een rol spelen op het niveau van informatievoorziening;
  4. **Applicatie** – de issues die direct een rol spelen op het niveau van onder andere systeemontwikkelaars en softwareleveranciers;
  5. **Infrastructuur** – de issues die direct een rol spelen op het level van ICT-professionals;
- \* **Wet- en regelgeving** – de issues die direct verband houden met de geldende wet- en regelgeving.

*N.B. de gedefinieerde stakeholdergroepen kunnen tot meerdere lagen van het interoperabiliteitsmodel horen.*



*Figuur 2 – issues en het interoperabiliteitsmodel*

Gelet op de weergave van issues in figuur 2 kan worden geconcludeerd dat veel issues op meerdere lagen doorwerken. De expertise van Nictiz is voornamelijk terug te leiden tot het vormgeven van de informatielaag, maar indirect wordt hierbij rekening gehouden met de issues op de andere lagen van het interoperabiliteitsmodel. Ten aanzien van de overige lagen van het interoperabiliteitsmodel zal Nictiz een ondersteunende rol kunnen spelen in overleg met veldpartijen. Ten aanzien van de lagen applicatie en infrastructuur moeten eerst hoger gelegen issues worden aangepakt/opgelost, alvorens in detail over technische specificaties kan worden nagedacht. In het volgende hoofdstuk worden een aantal koppelvlakken uitgewerkt, waarmee mede inzichtelijk wordt gemaakt waar de knelpunten met betrekking tot informatie-uitwisseling in de GGZ zitten.

## H-3 Koppelvlakken

Om inzicht te verkrijgen in de knelpunten met betrekking tot informatie-uitwisseling waar GGZ-instellingen mee te maken kunnen krijgen, zijn 16 koppelvlakken gedefinieerd. Onder koppelvlak wordt in dit verband verstaan: het geheel van gemeenschappelijke afspraken en ICT voorzieningen die de uitwisseling van elektronische gegevens (of berichten) tussen twee ketenpartners mogelijk maakt in het kader van één ketenproces. Deze uitwisseling is zo veel mogelijk onafhankelijk van en pleegt geen inbreuk op eigen bedrijfsprocessen, gegevens, applicaties en infrastructuur van betreffende ketenpartners. Het afsprakenkader behorende bij een koppelvlak bestaat uit een set van procesmatige, semantische, syntactische en technische afspraken. De 16 nader uitgewerkte koppelvlakken vormen geen uitputtende lijst, maar zijn een beginpunt voor nadere analyse en een eerste actiebeplanning.

### 3.1 Koppelvlakken

Als startpunt voor de analyse zijn de volgende koppelvlakken nader uitgewerkt:

GGZ-instelling	↔	Ziekenhuis
GGZ-instelling	↔	Huisarts
GGZ-instelling	↔	GGZ-instelling
GGZ-instelling	↔	Apotheek
GGZ-instelling	↔	Laboratorium
GGZ-instelling	↔	Politie
GGZ-instelling	↔	Justitie
GGZ-instelling	↔	AZR/WLZ
GGZ-instelling	↔	Gemeente
GGZ-instelling	↔	Zorgverzekeraar
GGZ-instelling	↔	Vecozo
GGZ-instelling	→	DBC/DIS
GGZ-instelling	↔	SBV/GBA
GGZ-instelling	→	SBG
GGZ-instelling	↔	eHealth
GGZ-instelling	↔	Patiënt/cliënt

*Figuur 3 – koppelvlakken*

### 3.2 Koppelvlakbeschrijving en het interoperabiliteitsmodel

De koppelvlakken zijn geanalyseerd aan de hand van het interoperabiliteitsmodel in samenwerking met GGZ-instellingen, waardoor deze grotendeels beschreven zijn vanuit het perspectief van de GGZ-instellingen. Alvorens de koppelvlakken worden beschreven, wordt eerst een korte omschrijving gegeven van de verschillende lagen van het interoperabiliteitsmodel gelet op de uitwerking van de koppelvlakken.

**ORGANISATIE**

aan-/afwezigheid van generieke (GGZ) beleids- en organisatiekaders met betrekking tot het koppelvlak

**(ZORG)PROCES**

aan-/afwezigheid van bedrijfsprocessen, administratieve processen en zorgprocessen met een relatie tot het koppelvlak

**INFORMATIE**

aan-/afwezigheid van o.a. gegevensstandaarden, informatiestandaarden, classificaties en terminologie met een relevantie voor het koppelvlak

**APPLICATIE**

aan-/afwezigheid van o.a. het elektronisch dossier (EPD/ECD) en uitwisselingsstructuren gebruikt bij het koppelvlak

**INFRASTRUCTUUR**

aan-/afwezigheid van o.a. schakelpunten en berichtenvoorzieningen gebruikt bij het koppelvlak

### 3.3 Categorisering koppelvlakken

Naast de analyse van de koppelvlakken op de lagen van het interoperabiliteitsmodel, is voor de koppelvlakken per laag van het interoperabiliteitsmodel gekeken in hoeverre de gestelde kaders voldoen voor een optimale informatie-uitwisseling in de GGZ-sector. Hiertoe is een drietal categorieën vastgesteld: in voorzien, aandachtspunt en behoeft nadere invulling.

<b>IN VOORZIEN</b>	Op het gebied van informatie-uitwisseling zijn in beginsel landelijke afspraken aanwezig, die in de GGZ-praktijk bekend, geïmplementeerd (of direct kunnen worden geïmplementeerd) en bekrachtigd zijn.
<b>AANDACHTSPUNT</b>	Op het gebied van informatie-uitwisseling zijn afspraken en/of standaarden aanwezig, maar deze sluiten mogelijk niet volledig aan bij de GGZ-praktijk. Daarnaast is het mogelijk dat bestaande standaarden niet worden gebruikt in de GGZ-sector.
<b>BEHOEFT NADERE INVULLING</b>	Op het gebied van informatie-uitwisseling is niets tot weinig gerealiseerd met betrekking tot afspraken of standaarden. Hierbij is een gezamenlijke visie en beleid noodzakelijk om verdere invulling te geven aan het vraagstuk van informatie-uitwisseling.

Op deze pagina is een overzicht weergegeven van de koppelvlakken op de verschillende lagen van het interoperabiliteitsmodel. In de volgende paragraaf worden de drie koppelvlakken met de grootste uitdagingen op het gebied van informatie-uitwisseling verder behandeld, waarbij gekeken is naar de onderliggende issues zoals eerder gedefinieerd. Een korte weergave van de overige koppelvlakken is weergegeven in paragraaf 3.7.



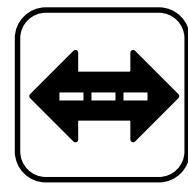
### 3.4 Gemeente

Sinds 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor de jeugdzorg inclusief jeugd-GGZ en voor integrale ondersteuning aan kwetsbare burgers. Voor deze typen zorg zullen GGZ-instellingen informatie met gemeenten uitwisselen ten behoeve van:

1. *Medische indicatie* – naar BIG geregistreerd persoon, alleen in specifieke gevallen en gegevens worden niet opgeslagen bij de gemeente;
2. *Facturatie* – persoonsgegevens voor verwerking binnen systemen van gemeentes;
3. *Rapportage/verantwoording* – algemene gegevens die betrekking hebben op het contract;
4. *Toekenning (beschikking)* – cliëntinformatie /SBGGZ of BGGZ / ingangsdatum / verwijzer.

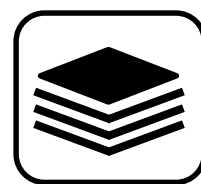
Specifieke beleidskaders gericht op informatie-uitwisseling tussen GGZ-instellingen en gemeenten ontbreken veelal. De administratieve processen zijn ingericht naar toewijzing en beschikking, verantwoording en facturatie. Gegevens kunnen zowel gestructureerd als ongestructureerd worden uitgewisseld, waarbij een uniform gehanteerde informatiestandaard of gegevensstandaard ontbreekt. De informatie die tussen GGZ-instellingen en gemeenten wordt uitgewisseld maakt gebruik van meerdere applicaties (o.a. Vecozo, veilig en onveilig e-mailen en diverse portals van gemeenten zelf). Ook worden meerdere infrastructuren gebruikt, o.a. Zorgmail, Zorgring en InternetMessaging. Informatie-uitwisseling kan daarbij ook op meerdere manieren plaatsvinden: realtime, batch en met behulp van een broker.

In de eerste helft van 2015 bleken veel verschillen tussen de ruim 350 verschillende gemeenten in Nederland te bestaan met betrekking tot de inrichting van zorg-administratieve processen.<sup>21</sup> Er bestonden reeds landelijke standaarden iWmo en iJw inclusief berichtspecificaties, echter bleek de inrichting hiervan nog te vrijblijvend. Deze grote variatie tussen gemeenten brengt onnodige kosten en risico's met betrekking tot de rechtmatigheid en vertraging en fouten in het administratieve proces. Om dit probleem op te lossen hebben VNG en Zorginstituut Nederland drie uitvoeringsvarianten uitgewerkt om verbinding te leggen tussen inkoop, zorgadministratie en berichtenstandaarden.



Standaardisatie (en informatie-uitwisseling)

Echter blijkt uit een onderzoek van GGZ Nederland<sup>22</sup> dat gemeenten deze standaarden zelfs mét deze uitvoeringsvarianten alsnog te vrijblijvend en/of inconsistent toepassen. Hierdoor blijven de onnodige hoge kosten en risico's voortbestaan. GGZ Nederland noemt ook dat veel gemeenten het "Accountantsprotocol Financiële Productieverantwoording Wmo en Jeugdwet" niet volgen of hier van afwijken. Dit levert extra accountant-controles en hogere administratieve lasten op.



Administratieve lasten

<sup>21</sup> Zorginstituut Nederland (2017)

<sup>22</sup> GGZ Nederland (2017)

De vraag is waarom deze landelijke standaarden niet gevolgd worden. Er zijn twee mogelijkheden: de standaarden zijn niet voldoende bekend of geschikt om in de praktijk te implementeren, of het volgen van de standaarden wordt niet voldoende bekrachtigd. Door het ontbreken van specifieke beleidskaders en informatiestandaarden dan wel gegevensstandaarden vragen veel van de ruim 350 verschillende gemeenten in Nederland op eigen wijze gegevens uit bij GGZ-instellingen (met betrekking tot soort informatie, inhoud, wijze van aanbieden, verwerken en terugkoppelen). Dit suggereert dat het gebrek aan sectorale governance een onderliggend issue is waardoor de ruim 350 verschillende gemeenten eigen verantwoordingsformulieren hanteren en waardoor de mate van standaardisatie zeer beperkt is.



Sectorale  
governance

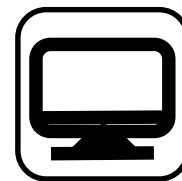
### 3.5 GGZ-instellingen

Er zijn verschillende scenario's mogelijk waarbij GGZ-instellingen onderling informatie uitwisselen:

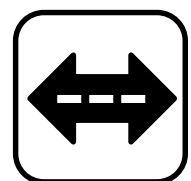
1. *Overdracht* – overplaatsing van een patiënt/cliënt van de ene naar de andere GGZ-instelling;
2. *Intercollegiaal overleg* – tussen zorgverleners (evt. in MDO) over patiënt/cliënt van verschillende GGZ-instellingen;
3. *Spoed of tijdelijke behandeling* – patiënt/cliënt is reeds in een andere GGZ-instelling bekend.

Specifieke beleidskaders gericht op informatie-uitwisseling tussen GGZ-instellingen onderling ontbreken veelal. Op procesniveau worden door het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ zorgstandaarden ontwikkeld, die bij implementatie mogelijk tot meer structuur op procesniveau zullen leiden. Wanneer informatie-uitwisseling tussen GGZ-instellingen plaatsvindt, kunnen gegevens zowel gestructureerd als ongestructureerd worden uitgewisseld, waarbij een uniform gehanteerde informatiestandaard of gegevensstandaard ontbreekt. Op applicatieniveau is een grote variatie in EPD's/ECD's en softwarepakketten. De inrichting van digitale gegevens in een dossier of pakket kan zelfs variëren binnen een GGZ-instelling. Ook zijn veel verschillende ROM applicaties in omloop, waarbij onduidelijk is in hoeverre deze in staat zijn om informatie uit te wisselen.

Op het gebied van informatie-uitwisseling tussen GGZ-instellingen ontbreken informatie- of gegevensstandaarden. Hierdoor is de huidige inrichting van EPD/ECD's in verschillende GGZ-instellingen nog veelal maatwerk en verschillen deze te veel van elkaar om tot goede informatie-uitwisseling te komen.<sup>23</sup> Dit complexe leveranciersmanagement maakt het lastig om te komen tot standaardisatie.



Leveranciers  
management



Standaardisatie (en  
informatie-uitwisseling)

GGZ-instellingen noemen wel de behoefte om samen tot een vastgestelde set kerngegevens GGZ te komen, maar initiatieven op dit gebied verliepen tot op heden moeizaam. In het verlengde hiervan is GGZ Nederland gestart met het traject informatievoorziening bij de waardegedreven GGZ. Onderdeel van dit traject is ook de werkgroep gegevensstandaardisatie, waarin uitgangspunten voor een kerndossier voor de GGZ worden geformuleerd. De hoge administratieve lasten krijgen bij GGZ-instellingen prioriteit, waardoor minder oog is voor het volledig uitwerken van standaardisatie. Mogelijk speelt ook het gebrek



Administratieve  
lasten



Sectorale  
governance

<sup>23</sup> PwC (2010)



aan sectorale governance om een dergelijke set kerngegevens GGZ tot een harde consensus te brengen en vervolgens naar de gehele GGZ-sector uit te dragen een rol.

Recentelijk is een gedeelte van de Basisgegevensset Zorg (BgZ) vanuit het landelijk programma Registratie aan de Bron beoordeeld als geschikt voor de GGZ, en streven is om deze te implementeren in de GGZ-sector.<sup>24</sup> Dit blijkt echter één van de vele parallelle initiatieven te zijn die zich richt op digitale informatie-uitwisseling in de GGZ. Het gevaar bestaat dat de invoering van de BgZ in de GGZ-sector overschaduw wordt door deze wildgroei aan initiatieven op het gebied van standaardisatie en digitalisering.

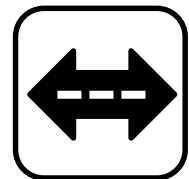


Parallele  
initiatieven GGZ

### 3.6 eHealth

Bij het generieke koppelvlak eHealth gaat het over de *uitwisseling van gegevens tussen het EPD/ECD en een veelvoud aan eHealth toepassingen*. Het betreft veilige uitwisseling van relevante patiëntinformatie over diagnose, behandeling, medische informatie (o.a. meetwaarden) en zorglogistiek, behalve ROM's. Eveneens wordt onder het koppelvlak eHealth aanlevering van informatie door de patiënt/cliënt verstaan.

De beleids- en informatiekaders die betrekking hebben op eHealth voorzien voornamelijk in regels met betrekking tot informatieveiligheid. eHealth wordt ingezet op alle verschillende aspecten van zorg, o.a. diagnostiek, behandeling en logistiek. Zorginhoudelijk wordt hier reeds op gestuurd door zorgverleners. Gelet op het gebruik van een groot scala aan eHealth toepassingen is er niet één enkele gegevensstandaard of informatiestandaard. Dit is hoogstwaarschijnlijk moeilijk te realiseren door het grote aanbod aan veelal zeer specifiek gerichte eHealth toepassingen, waarin een overkoepelende gegevensset moeilijk te definiëren is. Wel kan aangesloten worden op verschillende classificaties en terminologiestelsels o.a. DSM-IV en DSM-V, ICD-10 en SNOMED. Ook kan de BgZ dienen als uitwisselingsstandaard voor algemene patiëntgegevens.



Standaardisatie (en  
informatie-uitwisseling)

Op applicatieniveau wordt gebruik gemaakt van het EPD/ECD en een veelvoud aan eHealth toepassingen (in de cloud). Het belang van een goede informatie-uitwisseling is hoog, mede doordat de gegevens zich vaak in een primaire omgeving voor de patiënt bevinden. In tegenstelling tot on-premise software systemen (zoals EPD/ECD) bevinden eHealth toepassingen zich vaak in de cloud in een omgeving primair bedoeld voor de patiënt/cliënt, waar zorgverleners niet altijd direct bij kunnen. Dit vraagt extra aandacht voor de toegankelijkheid van digitale patiëntgegevens, zowel op het gebied van veiligheid van online beschikbare gegevens als ook privacy van en veilig gebruik door de patiënt/cliënt en GGZ-behandelaar.<sup>25</sup> Meerdere initiatieven lopen om standaardisatie te realiseren, zoals Koppeltaal: deze richt zich op een integratielaag als oplossing vanuit infrastructuur. Momenteel kunnen nog meerdere infrastructuren gebruikt worden, waardoor informatie-uitwisseling zowel gestructureerd (op database-niveau) als ongestructureerd (documenten) kan plaatsvinden. Gegevensverwerking kan eveneens op verschillende manieren (realtime, batch of met behulp van een broker) plaatsvinden.



Toegankelijkheid  
digitale  
patiëntgegevens

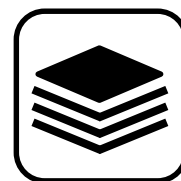
<sup>24</sup> Registratie aan de Bron (2016)

<sup>25</sup> Nictiz (2015a)

De GGZ-sector laat wat betreft het gebruik van eHealth toepassingen een bredere integratie en implementatie zien dan andere zorgsectoren: uit de eHealth monitor 2016<sup>26</sup> blijken bijna alle (92%) van praktijkondersteuners huisarts GGZ (POH-GGZ) met eMental Health te werken. Echter wordt gebruik gemaakt van een veelvoud aan eHealth toepassingen (complex leveranciersmanagement) die niet direct gekoppeld zijn aan het EPD/ECD. Dit zorgt voor onnodig hoge administratieve lasten en ontwikkel- en beheerkosten.<sup>27</sup>



Leveranciers  
management



Administratieve  
lasten

### 3.7 Overige koppelvlakken

De resterende koppelvlakken zijn uitgewerkt in tabelvorm op de volgende pagina's. Het betreft de koppelvlakken waar op het gebied van informatie-uitwisseling in voorzien is, of waar enkele aandachtspunten zijn geformuleerd. De koppelvlakken die in de tabel worden uitgewerkt zijn: ziekenhuis, huisarts, apotheek, laboratorium, politie, justitie, AZR/WLZ, zorgverzekeraar, Vecozo, DBC/DIS, SVZ-Z/GBA-V, SBG en patiënt/cliënt.

---

<sup>26</sup> Nictiz (2016)

<sup>27</sup> Nictiz (2015b)

<b>ZIEKENHUIS</b>	<b>HUISARTS</b>	<b>APOTHEEK</b>
<p><b>Beschrijving koppelvlak: informatie-uitwisseling ziekenhuis ↔ GGZ</b></p> <p>Het koppelvlak ziekenhuis heeft betrekking op de informatie die wordt uitgewisseld tussen ziekenhuis en GGZ-instelling, ten behoeve van medische behandeling (of verpleegkundige interventie of actie) en eventueel ontslag.</p>	<p><b>Beschrijving koppelvlak: informatie-uitwisseling huisarts ↔ GGZ</b></p> <p>Het koppelvlak dat ziet op de informatie-uitwisseling tussen huisarts en GGZ-instelling heeft betrekking op verwijzingen van huisarts naar GGZ-instelling, en eventuele consultatie of second opinion en ontslagbrieven van GGZ-instelling naar huisarts.</p>	<p><b>Beschrijving koppelvlak: informatie-uitwisseling apotheek ↔ GGZ</b></p> <p>Het koppelvlak apotheek omvat in de informatie-uitwisseling met GGZ-instellingen de processen van voorschrijven en leveren van medicatie en actueel medicatie-overzicht.</p>
<p><b>Behoeft nadere invulling: geen</b></p>	<p><b>Behoeft nadere invulling: geen</b></p>	<p><b>Behoeft nadere invulling: geen</b></p>
<p><b>Aandachtspunt: organisatie / zorgproces / informatie /applicatie / infrastructuur</b></p> <p>Beleidskaders, processen en standaarden ten aanzien van het uitwisselen van informatie tussen ziekenhuis en GGZ-instelling ontbreken veelal. Regionale of lokale afspraken over informatie-uitwisseling kunnen op verschillende niveaus zijn vormgegeven. Incidenteel vinden projecten tussen ziekenhuis en GGZ-instelling plaats, bijvoorbeeld op het gebied van preventie en onderzoek (echter geen structurele informatie-uitwisseling). Op het niveau van applicatie en infrastructuur vindt de overdracht van medicatiegegevens nog veelal op papier plaats. Enige uitwisseling vindt plaats via (de verouderde) Edifact berichtendienst. Bij sommige GGZ-instellingen vindt overige informatie-uitwisseling plaats via een glasvezelnetwerk, waarop al dan niet ook overige instellingen uit de regio zijn aangesloten.</p>	<p><b>Aandachtspunt: informatie / infrastructuur</b></p> <p>Meerdere infrastructuren worden gebruikt om informatie uit te wisselen tussen huisarts en GGZ-instelling, waaronder de (verouderde) Edifact berichtendienst, ZorgDomein (hanteert ontslagbrief conform NHG-richtlijn, vulling van alle velden van de ontslagbrief is niet altijd geborgd door tijdgebrek of onvolledige dossiervoering) en ZorgMail. De informatie-uitwisseling tussen huisarts en GGZ-instelling (GGZ-behandelaar) vindt zowel gestructureerd als ongestructureerd plaats, waarbij geen gedefinieerde gegevensset wordt gebruikt en handmatig informatie moet worden overgenomen. Consultatie en second opinion zijn voornamelijk geregeld in mondelinge en regionale afspraken, waarbij gebruik wordt gemaakt van door leveranciers ontworpen mogelijkheden die regelmatig niet onderling uitwisselbaar zijn.</p>	<p><b>Aandachtspunt: applicatie / infrastructuur</b></p> <p>Op applicatieniveau worden zowel het EPD/ECD, HIS, EVS als Edifact gebruikt. De infrastructuur wordt o.a. vormgegeven door ZorgMail en het LSP. Voor het voorschrijven in het EVS geldt dat er geen minimale eisen zijn gesteld met betrekking tot inhoud of qua uitwisseling van gegevens. Digitale voorzieningen zijn enigszins beperkt, o.a. niet iedere apotheek is aangesloten op de verouderde standaard Edifact. Ook het handmatig overnemen van medicatie vindt nog met enige regelmaat plaats. Het feitelijk gebruik van medicatie en terugkoppeling daarvan is voor de toekomst gewenst (indien mogelijk met participatie van de patiënt/cliënt).</p>
<p><b>In voorzien: geen</b></p>	<p><b>In voorzien: organisatie / zorgproces / applicatie</b></p> <p>Het organisatie- en beleidskader voorziet voornamelijk in regels met betrekking tot acceptatie van patiënten/cliënten (ten aanzien van ziektebeelden en wachtlijsten) en beleid ten aanzien van (tussentijds) berichtenverkeer naar de verwijzer. Het zorgproces wordt o.a. vormgegeven door NHG-richtlijnen, waarbij het zorgproces is onderverdeeld in de processen beoordeling verwijzing, behandeling en terugverwijzing of berichtgeving naar huisarts. Op applicatieniveau wordt gebruik gemaakt van EPD/ECD en het HIS (tevens zijn er meerdere verwijzersportalen in gebruik).</p>	<p><b>In voorzien: organisatie / zorgproces / informatie</b></p> <p>Met betrekking tot medicatievoorschrijving en medicatielevering gelden op organisatie- en beleidsniveau de veilige principes in de medicatieketen. Op procesniveau gelden diverse NHG richtlijnen, waaronder de richtlijn overdracht van medicatiegegevens in de keten. Het proces is onder te verdelen in de aspecten voorschrijven, verstrekken en toedienen, elk met aanvullende regels en kaders. Op de informatielaag gelden de G-standaard (classificatie van 'over de counter' medicatie) en de informatiestandaard medicatieproces.</p>

LABORATORIUM	POLITIE	JUSTITIE
<p><b>Beschrijving koppelvak: informatie-uitwisseling laboratorium ↔ GGZ</b></p> <p>Het koppelvak waarbij informatie wordt uitgewisseld tussen het laboratorium en een GGZ-instelling om resultaten van een labonderzoek door te geven (versturen lab-gegevens) of de aanvraag voor een labonderzoek vanuit een GGZ-instelling.</p>	<p><b>Beschrijving koppelvak: informatie-uitwisseling politie ↔ GGZ</b></p> <p>Het koppelvak politie heeft betrekking op de ongeoorloofde afwezigheid van een patiënt/cliënt, waarbij het gaat om het melden van een vermiste patiënt/cliënt aan de politie. De melding vindt plaats via een webformulier.</p>	<p><b>Beschrijving koppelvak: informatie-uitwisseling justitie ↔ GGZ</b></p> <p>Bij het koppelvak justitie wordt informatie uitgewisseld ten behoeve van:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Facturatie – persoonsgegevens ten behoeve van verwerking binnen systemen van justitie;</li> <li>2. Rapportage/verantwoording – algemene gegevens die betrekking hebben op het contract;</li> <li>3. Toekenning (beschikking) – plaatsing, aanname etc. via IFZO applicatie.</li> </ol>
<p><b>Behoeft nadere invulling: geen</b></p>	<p><b>Behoeft nadere invulling: geen</b></p>	<p><b>Behoeft nadere invulling: geen</b></p>
<p><b>Aandachtspunt: informatie / applicatie / infrastructuur</b></p> <p>Op de informatielaag is een informatiestandaard laboratoria beschikbaar. Veel gebruikte applicaties zijn het EPD/ECD, EVS, HIS, AIS en lab-systeem. De infrastructuur die hierbij gebruikt wordt varieert van het LSP tot Edifact en ZorgMail (ook papier en fax zijn nog veel gebruikte middelen met betrekking tot de informatie-uitwisseling tussen apotheek en GGZ-instelling). Om het proces van informatie-uitwisseling soepeler te laten verlopen is een betere digitale koppeling tussen GGZ-instelling en laboratorium (laboratoria) vereist, onder meer om dubbele belasting van de patiënt te voorkomen en informatie over bepaalde lab-waarden zijn essentieel bij het voorschrijven van medicatie.</p>	<p><b>Aandachtspunt: applicatie / infrastructuur</b></p> <p>Op applicatieniveau en gelet op de infrastructuur kan het melden van een vermist persoon vanuit een GGZ-instelling kan enkel via een webformulier (met een koppeling met EPD/ECD). Het melden van een vermiste patiënt/cliënt aan de politie verloopt gestructureerd door middel van het webformulier, echter is er op landelijk niveau geen aanspreekpunt. De verbinding waarlangs het formulier wordt ingevuld is niet altijd via een veilige verbinding bereikbaar en een EPD/ECD gegenereerd XML bericht is nog niet mogelijk.</p>	<p><b>Aandachtspunt: organisatie / zorgproces / informatie / applicatie / infrastructuur</b></p> <p>Generieke beleids- en organisatiekaders met betrekking tot de informatie-uitwisseling tussen justitie en een GGZ-instellingen ontbreken veelal. Ook gelet op het procesniveau is een verduidelijking van o.a. samenwerkingsprocessen en informatiebehoeften gewenst. De (veelal) administratieve processen zijn nu onderverdeeld in toewijzing en beschikking, verantwoording en facturatie. Ook uniforme gegevensstandaarden of informatiestandaarden om gestructureerd gegevens uit te wisselen ontbreken. Op applicatieniveau worden o.a. Vecozo, de Forza website en de IFZO applicatie gebruikt, waarbij de informatie vanuit de IFZO applicatie niet automatisch in te lezen is in o.a. EPD/ECD. Gelet op de infrastructuur is het Internet vereist om met de applicaties te kunnen werken.</p>
<p><b>In voorzien: organisatie / zorgproces</b></p> <p>De uitwisseling van lab-gegevens krijgt op organisatie- en beleidsniveau vorm door afspraken met betrekking tot medicatieveiligheid en afspraken tussen een GGZ-instelling en laboratorium. Op procesniveau werkt onder andere de KNMG-richtlijn overdracht medicatiegegevens in de keten door. Het procesniveau bestaat verder uit o.a. het aanvragen van lab-onderzoeken, beoordeling van lab-uitslagen, verwerking van lab-uitslagen in het eigen EPD/ECD of EVS en het eventueel beschikbaar stellen van lab-uitslagen via het LSP.</p>	<p><b>In voorzien: organisatie / zorgproces / informatie</b></p> <p>De beleidskaders bij het melden van een vermist persoon worden voornamelijk weergegeven door de bijsluiters formulier vermissingen vanuit instellingen. Op procesniveau is een werkinstructie aanwezig die aangeeft hoe het webformulier ingevuld dient te worden, waar gevraagde informatie gevonden kan worden en welke gegevens in het EPD/ECD moeten worden vastgelegd. Op informatieniveau wordt gestructureerd onderscheid gemaakt tussen gegevens zorginstelling en patiënt/cliënt, signalement, juridische status en tijdstip en/of omstandigheden.</p>	<p><b>In voorzien: geen</b></p>

<b>AZR/WLZ</b>	<b>ZORGVERZEKERAAR</b>	<b>VECOZO</b>
<p><b>Beschrijving koppelvlak: informatie-uitwisseling AZR ↔ GGZ</b></p> <p>Het koppelvlak AZR/WLZ omvat de zorgregistratie voor de Wet langdurige zorg (Wlz), gebaseerd op een systematiek voor het volgen van cliënten in alle fasen van de keten: het indiceren, het toewijzen en het leveren van zorg, en het opleggen van de eigen bijdrage. Het gaat onder meer om berichten die beschreven zijn conform de Vektis standaarden (voorheen AZR-berichtenverkeer). Daarmee vindt beveiligde informatie-uitwisseling plaats over zorgvragen van cliënten tussen het zorgkantoor en de zorgaanbieder.</p>	<p><b>Beschrijving koppelvlak: informatie-uitwisseling zorgverzekeraar ↔ GGZ</b></p> <p>Het koppelvlak waarbij informatie-uitwisseling plaatsvindt tussen de zorgverzekeraar en een GGZ-instelling heeft betrekking op declaraties vanuit de GGZ-instelling en een eventuele terugkoppeling van de zorgverzekeraar naar de GGZ-instelling.</p>	<p><b>Beschrijving koppelvlak: informatie-uitwisseling Vecozo ↔ GGZ</b></p> <p>Bij het koppelvlak Vecozo wordt relevante informatie getransporteerd naar de juiste zorgverzekeraar en/of gemeente. Het gaat binnen de GGZ voornamelijk om relevante informatie rondom declaraties (handmatig) of COV check (controle op verzekering check).</p>
<p><b>Behoeft nadere invulling: geen</b></p>	<p><b>Behoeft nadere invulling: geen</b></p>	<p><b>Behoeft nadere invulling: geen</b></p>
<p><b>Aandachtspunt: geen</b></p>	<p><b>Aandachtspunt: geen</b></p>	<p><b>Aandachtspunt: geen</b></p>
<p><b>In voorzien: organisatie / zorgproces / informatie / applicatie / infrastructuur</b></p> <p>De informatie-uitwisseling ten behoeve van het koppelvlak AZR/WLZ is onderhevig aan NZa beleidsregels op organisatielevel. Het zorgproces bestaat uit meerdere componenten: aanvraag indicatie, indicatiestelling, indicatiebesluit, toewijzing, leveren van zorg en einde zorg. De standaarden die gebruikt worden op het informatieniveau zijn o.a. het informatiemodel WLZ en de iStandaarden. Om de AZR berichten te kunnen uitwisselen zijn het EPD/ECD en de modules en services van Zorginstituut Nederland de gebruikte applicaties (iStandaarden – iWlz en iWmo). De infrastructuur wordt vormgegeven door een beveiligd schakelpunt van Vecozo voor het Wlz-berichtenverkeer (voorheen AZR-berichtenverkeer). Het betreft gestructureerde berichten beschreven conform de Vektisstandaarden.</p>	<p><b>In voorzien: organisatie / zorgproces / informatie / applicatie / infrastructuur</b></p> <p>De informatie-uitwisseling met zorgverzekeraars wordt o.a. vormgegeven door GGZ voorschriften, beleidsregels, tarieven en nadere regels voor de GGZ. Procesmatig speelt de gedragscode verwerking persoonsgegevens een rol bij declaratie via DBC's. Op de informatielaag wordt gebruik gemaakt van Vektis standaarden, met bijbehorende applicaties, producten en infrastructuur (relatie met Vecozo en DIS). Deze worden tevens gebruikt om afgekeurde DBC's retour te sturen naar de GGZ-instellingen.</p>	<p><b>In voorzien: organisatie / zorgproces / informatie / applicatie / infrastructuur</b></p> <p>Op organisatieniveau voorziet Vecozo in een Vecozo certificaat, waarin regels met betrekking tot authenticatie en identificatie zijn opgesteld. Alvorens het Vecozo certificaat is verkregen, dient een AGB-code bij Vektis te worden aangevraagd. Het zorgproces is onderverdeeld in financiële administratie (declaratie) en financiële afhandeling (validatie). Op informatieniveau gelden de gestructureerde EI-standaard en standaarden van verzekeraar, gemeente en justitie. Binnen de applicatie laag worden het EPD/ECD en financieel pakket (DBC-grouper tot 1 januari 2018) gebruikt om te communiceren met Vecozo. Het infrastructurele niveau is vormgegeven met een webservice. Klein aandachtspunt is de terugkoppeling van een declaratie, waarbij de reden van afkeuren niet altijd duidelijk is (waardoor het traject bewerkelijk kan zijn).</p>

<b>DBC/DIS</b>	<b>SBV-Z/GBA-V</b>	<b>SBG</b>
<p><b>Beschrijving koppelvlak: informatie-uitwisseling GGZ → DIS</b></p> <p>Het koppelvlak DIS ontvangt en beheert informatie over alle DBC behandeltrajecten die zorgaanbieders o.a. in de gespecialiseerde en generalistische basis-GGZ leveren en declareren. Het DIS zorgt voor een veilig beheer van de gegevens en voor de wettelijke data-uitleveringen. Het DIS dient twee belangrijke doelen: het doorontwikkelen van de DBC-systematiek en het genereren van beleidsinformatie voor met name de overheid. Het DIS bevat informatie over bijvoorbeeld de geleverde zorg, de kosten van de zorg en gegevens over wachtlijsten.</p>	<p><b>Beschrijving koppelvlak: informatie-uitwisseling SBV-Z/GBA-V ↔ GGZ</b></p> <p>Het koppelvlak SBV-Z (CIBG) vormt voor de zorgsector de toegangspoort tot de Beheervoorziening BSN (BVBSN). Een zorgaanbieder, indicatieorgaan of zorgverzekeraar kan het BSN van een patiënt opvragen of verifiëren en controleren of zijn/haar wettelijk identiteitsdocument in omloop is. Inzage door patiënt is mogelijk. GBA-V is één centrale, landelijke database die alle persoonsgegevens uit de Basisregistratie Personen (BRP) omvat en wordt geactualiseerd door de gemeentelijke GBA-systemen. Een online service zorgt voor de verstrekking vanuit GBA-V van de huidige volledige gegevensset (voor zover geautoriseerd) aan afnemers.</p>	<p><b>Beschrijving koppelvlak: informatie-uitwisseling GGZ → SBG</b></p> <p>Bij het koppelvlak SBGGZ wordt informatie uitgewisseld ten behoeve van het benchmarken naar aard en intensiteit van behandeling, toegepast behandelprotocol en protocoltrouw, timing van behandelplanbesprekingen, wachtlijstbeleid, organisatie van intervisie en opleiding, opleidingsniveau, expertise en ervaring van de behandelaar. Benchmarken leidt zo tot meer inzicht in de onderliggende processen van de eigen en andermans organisatie tegen het licht van de waargenomen verschillen in uitkomsten.</p>
<b>Behoeft nadere invulling: geen</b>	<b>Behoeft nadere invulling: geen</b>	<b>Behoeft nadere invulling: geen</b>
<b>Aandachtspunt: geen</b>	<b>Aandachtspunt: geen</b>	<b>Aandachtspunt: geen</b>
<p><b>In voorzien: organisatie / zorgproces / informatie / applicatie / infrastructuur</b></p> <p>De NZa bewaakt op organisatieniveau de aanlevering van de DIS en kan sancties opleggen bij weigering van aanlevering door zorgaanbieders. Op procesniveau is het primair zorgproces (inclusief diagnosestelling) vastgesteld op basis waarvan DBC's worden bepaald en geregistreerd. Op informatieniveau worden in een standaard o.a. DBC-code, verrichtingen, begindatum, einddatum, pseudo-identiteit, zorginstelling, zorgverzekeraar, specialisme, diagnose en zorgactiviteiten (profiel) weergegeven. Als applicatie wordt de gestructureerde DIS gebruikt (wettelijke verplichting), soms met een afhankelijkheid met Vecozo. De infrastructuur voor de DIS is de ZorgTTP.</p>	<p><b>In voorzien: organisatie / zorgproces / informatie / applicatie / infrastructuur</b></p> <p>Op iedere laag van het interoperabiliteitsmodel is met diverse regels, tabellen, specificaties en koppelingen voorzien (o.a. BRP-tabellen, NEN-ISO en digikoppeling). Informatie-uitwisseling ten behoeve van SBV-Z/GBA-V vindt realtime geheel gestructureerd plaats, waarbij iedere nieuwe patiënt/cliënt wordt geïdentificeerd.</p>	<p><b>In voorzien: organisatie / zorgproces / informatie / applicatie / infrastructuur</b></p> <p>Op organisatieniveau voorziet het SBG dataprotocol in de ontwikkeling, het beheer en de verstrekking van SBG-informatie. Ook met betrekking tot het niveau van zorgproces en informatie zijn verschillende handleidingen, GGZ-indicatoren en de SBG minimale dataset vormgegeven om de informatie-uitwisseling in goede banen te leiden. De informatie kan gestructureerd worden verwerkt met behulp van verschillende applicaties: EPD, ROM, Benchmark Rapportage Module (BRaM) en Vecozo. Als infrastructuur wordt gebruik gemaakt van ZorgTTP met een privacy verzend module.</p> <p><i>N.B. op het gebied van informatie-uitwisseling en standaardisatie is de SBGGZ functioneel en technisch gezien goed vormgegeven, maar inhoudelijk wordt de ROM-discussie gevoerd.</i></p>

## PATIËNT/CLIËNT

**Beschrijving koppelvlak: informatie-uitwisseling patiënt/cliënt ↔ GGZ**

De informatie-uitwisseling tussen patiënt/cliënt en GGZ-instelling heeft betrekking op inzage in het medisch dossier en het uitwisselen van (medische) gegevens met het PGO (o.a. MedMij).

**Behoeft nadere invulling: geen**

**Aandachtspunt: organisatie / zorgproces / informatie / applicatie / infrastructuur**

Het recht van de patiënt/cliënt op inzage in het eigen medisch dossier is in diverse wet- en regelgeving vastgelegd. Op organisatie- en beleidsniveau wordt hierbij verder een kader geschetst, echter weinig toegespitst op de patiënt/cliënt (veel met betrekking tot informatiebeveiliging en gegevensbescherming). Ook op procesniveau wordt informatie-uitwisseling tussen patiënt/cliënt en GGZ-instelling voornamelijk beschreven op niveau van de zorgverlener, o.a. in de richtlijn omgaan met medische gegevens. In dit verband wordt met de nieuwe richtlijn online inzage in het huisartsen EPD verder vormgegeven aan inzage door de patiënt/cliënt. Aan informatiestandaarden of gegevensstandaarden ontbreekt het veelal. Het applicatielandschap laat tevens een versnipperd beeld zien: zowel EPD/ECD als papier als diverse eHealth toepassingen kunnen gebruikt worden om inzage in gegevens te verkrijgen, dan wel om medische informatie aan te leveren. Ook diverse infrastructuren spelen hierbij een belangrijke rol. Naarmate men meer met PGO's gaat werken en de patiënt mogelijk eigenaar wordt van het eigen dossier, worden regels specifiek voor de patiënt ook essentieel om een zorgvuldige informatie-uitwisseling te kunnen waarborgen.

**In voorzien: geen**

## H-4 Conclusie en aanbevelingen

Gelet op de resultaten gepresenteerd in de voorgaande hoofdstukken, worden in dit hoofdstuk aan de hand van de issue- en stakeholderanalyse en de koppelvlakken conclusies getrokken ten aanzien van de stand van zaken op het gebied van informatie-uitwisseling in de GGZ. Daarnaast worden enkele aanbevelingen gedaan om de (gestandaardiseerde) informatie-uitwisseling in de GGZ verder te ontwikkelen en optimaliseren.

### 4.1 Conclusie

De GGZ-sector kenmerkt zich door een veelzijdigheid aan complexe omstandigheden, die voor de verschillende stakeholders in meer of mindere mate een rol kunnen spelen bij de informatie-uitwisseling. De inhoudelijke issues die direct verband houden met informatie-uitwisseling in de GGZ-sector zijn: standaardisatie, leveranciersmanagement, administratieve lasten en de hoeveelheid parallelle initiatieven in de GGZ. Onder andere het gebrek aan (het gebruik) van standaarden en het ad-hoc leveren van maatwerkoplossingen met betrekking tot ICT bij GGZ-instellingen worden als grote knelpunt gezien in het realiseren van informatie-uitwisseling in de GGZ-sector en door de keten. Naast de inhoudelijke issues heeft de GGZ ook te maken met een aantal sectorale issues, waaronder: regelmatig veranderende wet- en regelgeving, bezuinigingen (en substitutie), toegankelijkheid van digitale gegevens (en privacy), het ontbreken van governance en de grote mate van professionele autonomie. De sectorale issues zijn evenwel van invloed op informatie-uitwisseling in de GGZ-sector en de zorgketen, maar vallen buiten de scope van de eerste aanbevelingen voortvloeiend uit de marktanalyse. Om de verschillende communicatiepartners in kaart te brengen is een zestiental koppelvlakken gedefinieerd om inzichtelijk te maken welke informatiestromen veelvuldig worden gebruikt in de GGZ-sector. De koppelvlakken zijn geanalyseerd aan de hand van het interoperabiliteitsmodel, waarbij gecategoriseerd is naar 'in voorzien', 'aandachtspunt' en 'behoeft nadere invulling'. De analyse heeft laten zien dat er drie koppelvlakken zijn die direct nadere invulling behoeven: de informatie-uitwisseling tussen GGZ en gemeente, GGZ en eHealth toepassingen, en GGZ-instellingen onderling. Door het ontbreken van onder andere landelijke (beleids)kaders, standaarden en met elkaar communicerende infrastructures zijn de administratieve lasten hoog en zijn er verschillende initiatieven in deze domeinen aanwezig. Daarnaast is de mate van landelijke standaardisatie bij deze koppelvlakken beperkt.

Alvorens de stip op de horizon op het gebied van informatie-uitwisseling (en in het verlengde standaardisatie) in de GGZ-sector bereikt kan worden, is sector brede commitment voor het belang van informatie-uitwisseling (en standaardisatie) noodzakelijk. In toenemende mate wordt door partijen hiertoe actie ondernomen.<sup>28</sup>

### 4.2 Aanbevelingen

Om de GGZ-sector en ketenpartners verder te helpen met de informatie-uitwisseling en standaardisatie, is op hoofdlijnen een zevental aanbevelingen geformuleerd.

---

<sup>28</sup> Het Ministerie van VWS stelt in 2018 en 2019 geld beschikbaar om het gebruik van eHealth in de GGZ te stimuleren. Daarnaast wordt er gesproken over een informatieuitwisselingsprogramma GGZ (mogelijk vergelijkbaar met het VIPP).



**1. Gebruik bestaande standaarden**

Diverse sectoren in de zorg hebben projecten op het gebied van informatie-uitwisseling en standaardisatie gerealiseerd. Onder andere de Basisgegevensset Zorg (BgZ) is (gedeeltelijk) geschikt verklaard voor de GGZ-sector en kan hiermee een startpunt zijn om gegevens uit te wisselen. Daarnaast is voor de bestaande zorginformatiebouwstenen een toets noodzakelijk om vast te stellen of deze toepasbaar zijn voor de GGZ-sector. Ook diverse bestaande standaarden (al dan niet in combinatie met zorginformatiebouwstenen), waaronder de verpleegkundige overdracht (eOverdracht), informatiestandaard laboratoria en informatiestandaard medicatieveiligheid omvatten voldoende handvaten voor onderzoek in de GGZ-sector om tot implementatie over te gaan. Voor het daadwerkelijk implementeren en het volgen van successen in de GGZ-sector kunnen proeftuinen worden gedraaid.

**2. Gapanalyse**

Het implementeren van bestaande standaarden (en zorginformatiebouwstenen) laat mogelijk belangrijke GGZ gegevens in de overdracht achterwege. Enkele initiatieven om deze leemtes in kaart te brengen lopen. Om deze informatie daadwerkelijk te kunnen standaardiseren is een zorgvuldige analyse van alle verzamelde informatie met betrekking tot de ontbrekende GGZ specifieke gegevens die overgedragen behoeven te worden vereist.

**3. Expertgroep standaardisatie aanvullende GGZ gegevens**

Naar aanleiding van de gapanalyse is het samenstellen van een brede expertgroep om tot het ontwikkelen van zorginformatiebouwstenen (zib's) te kunnen komen noodzakelijk. Een brede expertgroep is in dit verband vereist, met zorg-inhoudelijke experts, experts gericht op architectuur en terminologie experts. Hiermee kan ontbrekende GGZ specifieke informatie beschikbaar worden om in de vorm van zorginformatiebouwstenen te delen in een digitale gestandaardiseerde (keten brede) overdracht.

**4. Standaardisatie formulieren informatie-uitwisseling GGZ en gemeente**

De rapportages vanuit de GGZ-instellingen naar de verschillende gemeenten leiden tot hoge administratieve lasten. Er worden ruim 340 verschillende verantwoordingsformulieren gebruikt. Een analyse van deze formulieren en gesprekken met gemeenten en andere relevante stakeholders heeft als doel tot één gestandaardiseerd uitwisselingsformulier te komen.

**5. Leveranciersbijeenkomsten**

Om standaarden te implementeren en koppelingen tussen eHealth-toepassingen en dossiers te kunnen realiseren is overeenstemming met EPD-leveranciers en eHealth leveranciers over o.a. technische specificaties van groot belang.

**6. Community**

In het verlengde van de leveranciersbijeenkomsten is een GGZ-brede community gewenst om een gezamenlijke visie, ervaringen en voortgang op het gebied van informatie-uitwisseling te delen.

**7. Patiëntparticipatie**

Naarmate de patiënt/cliënt meer centraal staat en met de opkomst van PGO's (onder andere MedMij) waarin de patiënt/cliënt meer regie krijgt, is het mogelijk dat nieuwe integratievraagstukken en standaarden ontstaan. Deze visie zal dan ook meegenomen moeten worden bij het vormgeven van de informatie-uitwisseling in de GGZ-sector en de zorgketen.

## H-5 Referenties

- Algemene Rekenkamer (2017). *Rapport bekostiging van de curatieve geestelijke gezondheidszorg*. Den Haag: Algemene Rekenkamer
- GGZ Nederland (2014). *Handreiking eHealth in de praktijk: tips en handvatten voor implementatie van eHealth in de ggz*. Amersfoort: GGZ Nederland
- GGZ Nederland (2017). *Het roer moet om*. Amersfoort: GGZ Nederland
- GGZ totaal (2016). *Met een bolderkar de digitale snelweg op*. In: eHealth magazine, juni 2016
- Groothuis, B. & Roelofs, J. (2014). *De ZIS/EPD markt zit op slot*. In: Zorgvisie, december 2014
- IGZ (2017). *Wel foto's, maar geen film: leren van de gebeurtenissen in de zorgverlening aan Bart van U*. Utrecht: IGZ
- ING (2017) *Digitalisering in de GGZ*. Amsterdam: ING
- Intrakoop (2016). *Jaarverslagenanalyse 2016 sectorrapport geestelijke gezondheidszorg*. Waardenburg: Intrakoop
- KPMG (2017). *Monitor generalistische basis GGZ*. Amstelveen: KPMG
- LPGGz et al. (2016). *Privacy in de zorg – de ervaringen en meningen van patiënten en cliënten ten aanzien van privacy in de zorg- en hulpverlening*. Utrecht: LPGGz, Patiëntenfederatie Nederland en Ieder(in)
- Nictiz (2015a). *Veilig omgaan met eHealth - dit zeggen de experts*. Den Haag: Nictiz
- Nictiz (2015b). *Advies ter verbetering van informatie-uitwisseling in de zorg*. Den Haag: Nictiz
- Nictiz (2016). *Meer dan techniek: eHealth monitor 2016*. Den Haag: Nictiz
- NZa (2016). *Marktscan GGZ 2016*. Utrecht: NZa
- Oosterhoff, M. (2015). *Professionele autonomie? Das war einmal*. In: Medisch Contact, 29 mei 2015
- Oosterom, H. (2017). *Behandelstop GGZ dreigt in Zeeland*. In: Trouw, 28 augustus 2017

PwC (2010). *Verantwoorde informatieoverdracht in de zorg*. Rotterdam: PwC

Ravesteijn, B. et al. (2017). *Association of Cost Sharing With Mental Health Care Use, Involuntary Commitment, and Acute Care*. In: JAMA Psychiatry, 2017

Registratie aan de Bron (2016). *Gestandaardiseerde uitwisseling in de keten leidt tot betere informatiepositie GGZ-cliënten*. Beschikbaar op: <https://www.registratieaandebron.nl/jaarbeeld-2016/gestandaardiseerde-uitwisseling-in-de-keten/>

RVS (2016). *Implementatie van e-health vraagt om durf en ruimte*. Briefadvies aan het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 26 januari 2016

Skipr (2015). *Ggz is teveel met zichzelf bezig*. In: Skipr, 23 oktober 2015

Smijsters, H. (2006). *Vakmanschap is meesterschap – de professional als middelpunt van management en onderzoek*. In: Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 61 (11)

Trimbos-instituut (2012). *Tendrapportage GGZ 2012*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Verordening (EU) 2016/679

Zorginstituut Nederland (2017). *Handreiking Uitvoeringsvarianten iWmo en iJw*. Diemen: Zorginstituut Nederland

**Nictiz**

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

070-3173450  
info@nictiz.nl  
www.nictiz.nl