

Adviesrapport

Adviesrapport over de uitbreiding van gegevensuitwisseling binnen de acute zorg voor acute Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT), acute geestelijke gezondheidszorg (ggz) en planbare ambulancezorg.

Versie 1.0 | juli-2026



Inhoudsopgave

1. Algemene inleiding

- 1.1 Inleiding 7
- 1.2 Aanleiding en doel 7
- 1.3 Werkwijze van de verkenning 8

2. Conclusie

- 2.1 Conclusie 10
- 2.2 Bevindingen 10

3. Advies

- 3.1 Advies voor de acute VVT, acute ggz en planbare ambulancezorg 11
- 3.2 Aanbevelingen en vervolgstappen 18

4. Routekaart

- 4.1 Routekaart acute VVT, acute ggz en planbare ambulancezorg 20

Bijlage 1 Volledig rapport

Auteurs | Hannelore Albrecht, Daphne Bos, Gert Koelewijn

Voorwoord

Dit document is het adviesrapport van de verkenning naar de acute VVT, acute ggz en planbare ambulancezorg. Het doel van dit rapport is om de lezer op hoofdlijnen inzicht te geven in de belangrijkste bevindingen, het advies en de voorgestelde vervolgstappen.

Naast dit adviesrapport is het volledige rapport van de verkenning beschikbaar, waarin de analyse, onderbouwing en aanbevelingen uitgebreider zijn beschreven. Voor meer achtergrond- en detailinformatie verwijzen wij naar het verkenningsrapport. Op aanvraag is dit document 'Verkenningsrapport advies acute VVT acute GGZ planbare ambulancezorg v1.0' verkrijgbaar via de [Nictiz Servicedesk](#).

Het adviesrapport wordt onderschreven door de Nederlandse ggz, ActiZ, Ambulancezorg Nederland (AZN) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).



AMBULANCEZORG
NEDERLAND

de
Nederlandse
ggz

nhg
Nederlands
Huisartsen
Genootschap

Korte samenvatting

De kwaliteit en toegankelijkheid van de acute zorg staan onder toenemende druk. Het Integraal Zorgakkoord (IZA)¹ benadrukt het belang van samenwerking en doelmatige inzet van zorg binnen de acute zorgketen. Zorgcoördinatie² is daarbij essentieel om patiënten tijdig de juiste zorg op de juiste plek te bieden en de doorstroom in de keten te verbeteren. Goede databeschikbaarheid en effectieve gegevensuitwisseling vormen hiervoor een cruciale randvoorwaarde, ook binnen de domeinen Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT), de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en de planbare ambulancezorg.

In opdracht van het IZA is een verkenning uitgevoerd naar de mogelijkheden om de richtlijn gegevensuitwisseling acute zorg te verbreden naar deze domeinen.

De verkenning is uitgevoerd volgens het QA-ontwikkelp proces van Nictiz en richtte zich op het in kaart brengen van informatiebehoeften in de praktijk, bestaande zorgprocessen en relevante use cases voor gegevensuitwisseling, in samenhang met de huidige acute ketenpartners: huisarts(HA), huisartsenspoedpost (HAP), ambulancezorg (AMB), meldkamer (MKA) en spoedeisendehulp (SEH). De verkenning bestond uit deskresearch, interviews met zorgverleners, aansluiting bij lopende initiatieven, expertsessies en het ontwikkelen van persona's en zorgverlener journeys. Daarnaast is een fit-gap analyse uitgevoerd waarbij de geïdentificeerde use cases zijn gemapt op bestaande berichtcategorieën binnen de richtlijn en informatiestandaard acute zorg, zoals spoedsamenvattingen, verwijzingen, rapportages, logistieke berichten en ambulanceberichten.

De belangrijkste bevindingen zijn:

- Voor de acute VVT, acute ggz en planbare ambulancezorg zijn aanvullende use cases en informatiebehoeften geïdentificeerd.
- De bestaande richtlijn en informatiestandaard zijn grotendeels bruikbaar, maar behoeven uitbreiding op specifieke onderdelen.
- Binnen de ggz is al sprake van standaardisatie en kwaliteitsnormen³, dit vergemakkelijkt de overgang naar een gestandaardiseerde gegevensuitwisseling in de acute ggz.
- Binnen de VVT is standaardisatie nog in beperkte mate aanwezig, waardoor de stap naar een gestandaardiseerde gegevensuitwisseling in de acute VVT meer aandacht en inspanning zal vragen.
- Planbare ambulancezorg (B-inzetten) is onderdeel van het kwaliteitskader ambulancezorg⁴.

¹ Verwijzing naar het Integraal zorg akkoord

² Verwijzing naar het Advies Landelijke Inrichting zorgcoördinatie

³ GGZ standaard – Acute psychiatrie (Generieke Module Acute Psychiatrie) zorgcoördinatie

⁴ Kwaliteitskader ambulancezorg 2.0

Uit de analyse blijkt dat de bestaande afspraken en standaarden in belangrijke mate herbruikbaar zijn voor het verbeteren van databeschikbaarheid in acute situaties binnen de VVT, ggz en planbare ambulancezorg. Hoewel de uitwerking op het niveau van individuele gegevenssets nog beperkt is, laat de mapping zien dat een verbreding van de richtlijn haalbaar en kansrijk is. Nadere verdieping en toetsing in de praktijk zijn wel noodzakelijk voor een structurele inbedding. Het advies luidt om de geïdentificeerde use cases voor de acute VVT en de acute ggz, overeenkomstig met de resultaten van de uitgevoerde mapping onder tabel 1 en 2, te beschouwen als een mogelijke verbreding van de richtlijn gegevensuitwisseling acute zorg.

Binnen de context van de richtlijn gegevensuitwisseling acute zorg wordt niet de volledige planbare ambulancezorg in scope gebracht, maar alleen die ambulance-inzetten die onderdeel zijn van de afhandeling van een acute zorgvraag. Het gaat om inzetten waarbij vervoer of zorg door de ambulance vooraf kan worden gepland, maar wel binnen 2 uur, en die nodig is voor de triage, beoordeling, behandeling, overdracht of doorgeleiding van een patiënt binnen het acute zorgproces. Reguliere planbare ambulancezorg zonder directe relatie met een acute zorgvraag valt buiten deze scope.

Gezien deze samenhang tussen planbare ambulancezorg en de acute zorgketen wordt geadviseerd om de geïdentificeerde use cases voor planbare ambulancezorg, overeenkomstig de resultaten van de uitgevoerde mapping in tabel 1 en 2, te beschouwen als een mogelijke verbreding van de richtlijn gegevensuitwisseling acute zorg. Hiermee kan worden aangesloten bij bestaande landelijke afspraken, informatiestandaarden en gegevensuitwisselingen binnen de acute zorg, waardoor harmonisatie van gegevensuitwisseling binnen de ambulancezorg wordt bevorderd. Als voor planbare ambulancezorg aanvullende of specifieke landelijke afspraken noodzakelijk of wenselijk zijn, is het van belang deze expliciet vast te leggen en hier binnen de richtlijn naar te verwijzen.

Voordeel van het onderbrengen in de richtlijn: De governance-inrichting voor de huidige spoedzorgketen bestaat al. Hierdoor hoeven betrokken partijen niet daarnaast ook deel te nemen aan een nieuwe governance voor acute VVT, acute ggz en planbare ambulancezorg. Bovendien is het voor deze partijen eenvoudiger om toe te treden tot de bestaande governance van de spoedzorgketen dan om een aanvullende governance-structuur op te zetten.

Nadeel van het onderbrengen in de richtlijn: De groep betrokken ketenpartijen kan te groot worden, waardoor de governance mogelijk minder overzichtelijk en moeilijker beheersbaar wordt.

Als wordt besloten af te zien van een verbreding van de richtlijn, leidt dit naar verwachting tot verdere versnippering binnen de zorg. Dit staat een versterking van de samenwerking binnen de spoedzorgketen in de weg, resulteert in onnodige dubbele handelingen en belemmert een continue en betrouwbare informatievoorziening. Daarmee neemt het risico toe op vermijdbare

fouten, met negatieve gevolgen voor zowel de patiëntveiligheid als de doelmatigheid van de zorglogistiek.

Dit zijn aanbevelingen ter verbetering van de gegevensuitwisseling binnen de acute zorg:

- Hergebruik van de richtlijn gegevensuitwisseling acute zorg voor de geïdentificeerde use cases voor acute VVT, acute ggz en planbare ambulancezorg, overeenkomstig met de resultaten van de uitgevoerde mapping onder tabel 1 en 2.
- Hergebruik van de informatie-uitwisseling huisarts-ggz voor de verwijzingen van de huisarts naar de acute ggz.
- Hergebruik van de Handreiking gegevensuitwisseling tussen huisarts en wijkverpleegkundige voor de opvragingen van de acute VVT bij de huisarts, verwijzingen van de huisarts naar de acute VVT en rapportage van de acute VVT naar de huisarts.
- Hergebruik van de informatiestandaard e-overdracht voor de use cases zoals genoemd in tabel 5.

De vervolgstappen zijn:

- Het rapport als onderbouwd besluitvormingskader voorleggen aan de spoedzorgtafel voor een mogelijke verbreding van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen⁵, wat vervolgens kan worden voorgelegd aan de richtlijnhouders Acute zorg voor een mogelijke verbreding van de richtlijn gegevensuitwisseling acute zorg. Deze verbreding vormt de basis voor de verdere doorontwikkeling van de informatiestandaard acute zorg.
- Voer verdiepende analyses uit op de use cases, incl. concretisering van gegevenselementen en praktijkvoorbeelden om een structurele inbedding mogelijk te maken.

⁵ Inclusief een verbreding van de informatieparagraaf, addendum Kwaliteitskader Spoedzorgketen.

1. Algemene inleiding

1.1 Inleiding

De kwaliteit en toegankelijkheid van de acute zorg staan onder druk. Het Integraal Zorgakkoord (IZA) vraagt om samenwerking en doelmatige inzet van zorg. Zorgcoördinatie versterkt de samenwerking binnen de acute zorgketen, waardoor patiënten tijdig de juiste acute zorg op de juiste plek ontvangen en de doorstroom verbetert. Databeschikbaarheid vormt het fundament onder effectieve zorgcoördinatie, doordat actueel en betrouwbaar inzicht in patiëntgegevens snelle en goed onderbouwde besluitvorming ondersteunt. Gegevensuitwisseling is een strategische bestuurlijke randvoorwaarde voor toekomstbestendige acute zorg in alle domeinen, inclusief de VVT en de ggz.

Om inzicht te krijgen in hoe de gegevensuitwisseling in acute situaties binnen de VVT, ggz en bij planbare ambulancezorg kan worden verbeterd, is een verkenning uitgevoerd.

De verkenning is uitgevoerd volgens het QA-ontwikkelp proces van Nictiz en richt zich op het inventariseren van informatiebehoeften in de praktijk, het analyseren van bestaande zorgprocessen en kaders, en het in kaart brengen van relevante use cases ter ondersteuning van gegevensuitwisseling in samenwerking met de acute zorg partijen HA, HAP, AMB, MKA & SEH.

1.2 Aanleiding en doel

De aanleiding van deze verkenning komt uit het IZA; Partijen nemen onder leiding van Nictiz het initiatief om de reikwijdte van de richtlijn gegevensuitwisseling acute zorg uit te breiden met het oog op effectieve zorgcoördinatie. Hierbij richt de verkenning zich op de situaties binnen de Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT), de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en planbare ambulancezorg.

De bij de zorg betrokken partijen⁶ zijn:

- zorgverleners van de acute VVT;
- zorgverleners van de acute ggz;
- de huisarts op de huisartsenpraktijk;
- zorgverleners op de HAP;
- de ambulancezorgprofessionals;

⁶ Partijen zoals politie, sociaal domein en verloskundigen zijn impliciet onderdeel geweest van deze verkenning.

- de (verpleegkundig) centralisten op de MKA;
- de zorgverleners op de SEH.

Het doel van deze verkenning is het formuleren van een onderbouwd advies over een mogelijke verbreding van de gegevensuitwisseling binnen de acute zorg, met specifieke aandacht voor de acute VVT, acute ggz en planbare ambulancezorg.

Het rapport bevat een advies dat kan leiden tot een besluit om de reikwijdte van het kwaliteitskader spoedzorgketen en de richtlijn gegevensuitwisseling acute zorg waar mogelijk te verbreden. In dit advies worden, als een verbreding van de richtlijn gegevensuitwisseling acute zorg niet haalbaar of wenselijk blijkt, naar andere bestaande landelijke afspraken gekeken zoals naar de Richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts-ggz, de Handreiking gegevensuitwisseling tussen huisarts en wijkverpleegkundige en de Informatiestandaard eOverdracht.

1.3 Werkwijze van de verkenning

De verkenning richt zich op de samenwerking binnen de spoedzorgketen en de behoefte aan gegevensuitwisseling tussen betrokken partijen. Daarbij is gefocust op het inventariseren van informatiebehoeften in de praktijk, het analyseren van bestaande zorgprocessen en kaders, en het in kaart brengen van relevante use cases ter ondersteuning van de gegevensuitwisseling om de samenwerking met de huidige acute ketenpartijen (HA, HAP, ambulancezorg, MKA en SEH) te verbeteren.

Voor deze verkenning zijn de volgende activiteiten uitgevoerd:

- Deskresearch en documentanalyse.
- Aansluiting bij lopende initiatieven in het veld.
- Interviews met zorgverleners uit de VVT, ggz en planbare ambulancezorg.
- Opstellen van persona's en zorgverlener journeys ter verdieping; In eerdere projecten zijn al persona's opgesteld om de gegevensuitwisseling binnen de acute zorgketen inzichtelijk te maken. Voor de acute VVT, acute ggz en planbare ambulancezorg in relatie tot acute zorg bestonden deze nog niet. Daarom hebben we in deze verkenning, op basis van interviews en sessies met zorgprofessionals, persona's ontwikkeld die een representatief beeld geven van de verschillende actoren binnen de keten. Aan de hand van journey mapping hebben we de ervaringen, emoties en informatiebehoeften van zorgprofessionals in kaart gebracht. Een zorgverlener journey visualiseert hoe een zorgverlener het zorgproces doorloopt en waar knelpunten of verbeterkansen liggen, in dit geval op het gebied van gegevensuitwisseling. Dit helpt om beter te begrijpen of het zorgproces goed is ingericht en waar optimalisatie mogelijk is. De beschreven zorgverlener journeys zijn gebaseerd op individuele gesprekken met zorgverleners en de opgehaalde input uit expertsessies. Hoewel ze niet volledig zijn en niet in alle situaties

- een-op-een overeenkomen met de praktijk, bieden ze wel waardevolle inzichten. Ze zijn bedoeld als hulpmiddel om het gesprek over toekomstige werkprocessen te faciliteren en gezamenlijk tot verbeteringen te komen.
- Organisatie van twee expertsessies om de informatiebehoefte, inclusief relevante use cases, in kaart te brengen.
 - Er is een fit-gap analyse uitgevoerd op de richtlijn gegevensuitwisseling acute zorg en de bijbehorende informatiestandaard. Hierbij zijn de geïdentificeerde use cases gemapt op de verschillende categorieën van berichten, waaronder het opvragen van spoedsamenvattingen, het versturen van verwijzingen, rapportages, logistieke berichten en ambulanceberichten. Daarbij is specifiek gekeken naar de mogelijkheden voor hergebruik van bestaande berichten binnen de huidige acute ketenpartijen (HA, HAP, ambulancezorg, MKA en SEH). Deze mapping biedt een eerste inzicht in welke bestaande berichten herbruikbaar zijn. De analyse is echter nog niet volledig uitgewerkt op het niveau van individuele gegevenssets, waardoor de inhoud van sommige gegevenssets op onderdelen kan afwijken. De verdere detaillering naar het niveau van afzonderlijke gegevenselementen is slechts beperkt meegenomen. Voor een structurele en duurzame inbedding van de gegevensuitwisseling zijn daarom aanvullende analyses noodzakelijk, waaronder het verder concretiseren van gegevenselementen en het toetsen van de mapping in de praktijk.

De resultaten van deze verkenning zijn gebundeld in dit rapport. Het volledige adviesrapport biedt een overzicht van de geïdentificeerde use cases, de knelpunten in de huidige processen en concrete verbetervoorstellen voor de bestaande kaders. Daarnaast zijn de ontwikkelde persona's uit de acute zorg opgenomen, die voor dit advies zijn toegespitst op de context van de acute VVT en acute GGZ.

2. Conclusie

2.1 Conclusie

Uit de analyse blijkt dat de bestaande afspraken en standaarden in belangrijke mate herbruikbaar zijn voor het verbeteren van databeschikbaarheid in acute situaties binnen de VVT, ggz en planbare ambulancezorg. Hoewel de uitwerking op het niveau van individuele gegevenssets nog beperkt is, laat de mapping zien dat een verbreding van de richtlijn haalbaar en kansrijk is. Nadere verdieping en toetsing in de praktijk zijn wel noodzakelijk voor een structurele inbedding.

2.2 Bevindingen

De belangrijkste bevindingen zijn:

- Voor de acute VVT, acute ggz en planbare ambulancezorg zijn aanvullende use cases en informatiebehoeften geïdentificeerd.
- De bestaande richtlijn en informatiestandaard zijn grotendeels bruikbaar, maar behoeven uitbreiding op specifieke onderdelen.
- Binnen de ggz is al sprake van standaardisatie en kwaliteitsnormen, dit vergemakkelijkt de overgang naar een gestandaardiseerde gegevensuitwisseling in de acute ggz.
- Binnen de VVT is standaardisatie nog in beperkte mate aanwezig, waardoor de stap naar een gestandaardiseerde gegevensuitwisseling in de acute VVT meer aandacht en inspanning zal vragen.
- Planbare ambulancezorg (B-inzetten) is onderdeel van het kwaliteitskader ambulancezorg.

3. Advies

3.1 Advies voor de acute VVT, acute ggz en planbare ambulancezorg

Op basis van de analyse acute VVT, acute ggz en planbare ambulancezorg kan worden geconcludeerd dat de bestaande afspraken in belangrijke mate herbruikbaar zijn om de databeschikbaarheid in spoedsituaties te waarborgen.

In de huidige verkenningfase is de mapping van de geïdentificeerde use cases voornamelijk gericht geweest op de categorieën van berichten (zoals opvragen van spoedsamenvattingen, het versturen van verwijzingen, rapportages, logistieke berichten en ambulanceberichten). De verdere uitwerking naar het niveau van individuele gegevenssets is beperkt meegenomen. Voor een structurele inbedding zijn aanvullende analyses noodzakelijk, inclusief de concretisering van gegevenselementen en de toetsing van de mapping op de praktijk.

Het advies luidt om de geïdentificeerde use cases voor de acute VVT en de acute ggz, overeenkomstig met de resultaten van de uitgevoerde mapping onder tabel 1 en 2, te beschouwen als een mogelijke verbreding van de richtlijn gegevensuitwisseling acute zorg.

Binnen de context van de richtlijn gegevensuitwisseling acute zorg wordt niet de volledige planbare ambulancezorg in scope gebracht, maar alleen die ambulance-inzetten die onderdeel zijn van de afhandeling van een acute zorgvraag. Het gaat om inzetten waarbij vervoer of zorg door de ambulance vooraf kan worden gepland, maar wel binnen 2 uur, en die nodig is voor de triage, beoordeling, behandeling, overdracht of doorgeleiding van een patiënt binnen het acute zorgproces. Reguliere planbare ambulancezorg zonder directe relatie met een acute zorgvraag valt buiten deze scope.

Gezien deze samenhang tussen planbare ambulancezorg en de acute zorgketen wordt geadviseerd om de geïdentificeerde use cases voor planbare ambulancezorg, overeenkomstig de resultaten van de uitgevoerde mapping in tabel 1 en 2, te beschouwen als een mogelijke verbreding van de richtlijn gegevensuitwisseling acute zorg. Hiermee kan worden aangesloten bij bestaande landelijke afspraken, informatiestandaarden en gegevensuitwisselingen binnen de acute zorg, waardoor harmonisatie van gegevensuitwisseling binnen de ambulancezorg wordt bevorderd. Als voor planbare ambulancezorg aanvullende of specifieke landelijke afspraken

noodzakelijk of wenselijk zijn, is het van belang deze expliciet vast te leggen en hier binnen de richtlijn naar te verwijzen.

Voordeel van het onderbrengen in de richtlijn: De governance-inrichting voor de huidige spoedzorgketen bestaat al. Hierdoor hoeven betrokken partijen niet daarnaast ook deel te nemen aan een nieuwe governance voor acute VVT, acute ggz en planbare ambulancezorg. Bovendien is het voor deze partijen eenvoudiger om toe te treden tot de bestaande governance van de spoedzorgketen dan om een aanvullende governance-structuur op te zetten.

Nadeel van het onderbrengen in de richtlijn: De groep betrokken ketenpartijen kan te groot worden, waardoor de governance mogelijk minder overzichtelijk en moeilijker beheersbaar wordt.

Als wordt besloten af te zien van een verbreding van de richtlijn, leidt dit naar verwachting tot verdere versnippering binnen de zorg. Dit staat een versterking van de samenwerking binnen de spoedzorgketen in de weg, resulteert in onnodige dubbele handelingen en belemmert een continue en betrouwbare informatievoorziening. Daarmee neemt het risico toe op vermijdbare fouten, met negatieve gevolgen voor zowel de patiëntveiligheid als de doelmatigheid van de zorglogistiek.

Daarnaast is het wenselijk om ook andere richtlijnen en handreikingen voor de gegevensuitwisselingen te betrekken bij een mogelijke verbreding en hiernaar te verwijzen, overeenkomstig met de resultaten van de uitgevoerde mapping onder tabel 3, 4, 5, in het bijzonder:

- [Handreiking gegevensuitwisseling tussen huisarts en wijkverpleegkundige](#)
- [Informatiestandaard eOverdracht](#)
- [Richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts-ggz](#)

3.1.1 Geïdentificeerde use cases

De mapping van de geïdentificeerde use cases is voornamelijk gericht op de categorieën van berichten (zoals opvragen van spoedsamenvattingen, het versturen van verwijzingen, rapportages, logistieke berichten en ambulanceberichten). De uitwerking naar het niveau van individuele gegevenssets is beperkt meegenomen en voor een structurele inbedding zijn aanvullende analyses noodzakelijk.

Tabel 1 geeft een overzicht van de use cases die goed te mappen zijn op de richtlijn gegevensuitwisseling acute zorg.

Nr Use cases goed te mappen op de richtlijn gegevensuitwisseling acute zorg	
Verwijzing met een Huisarts- en triagistverwijzing van de HAP-triagist of waarnemend huisarts naar de SEH	
1	HAP → VVT-alarmcentrale De waarnemend huisarts of triagist van de HAP stuurt een verwijzing naar de VVT-alarmcentrale.
2	HAP → VVT-coördinatiepunt De waarnemend huisarts of triagist van de HAP verstuurt een verwijzing naar het VVT-coördinatiepunt.
3	HAP → ggz-crisisdienst en ggz-beoordelings-/crisisteam De waarnemend huisarts of triagist van de HAP verstuurt een verwijzing voor beoordeling naar de verpleegkundig triagist ggz-crisisdienst en naar de psychiater of sociaal-psychiatrisch verpleegkundige.
4	Ggz-crisisdienst → MKA De verpleegkundig triagist ggz-crisisdienst verstuurt een verwijzing naar de meldkamer voor aanvraag ambulance voor U0 of U1
Verwijzing met Triagistverwijzing van de MKA-centralist naar huisarts of HAP	
1	MKA → VVT-alarmcentrale De meldkamer centralist (MKA) stuurt een verwijzing naar de VVT-alarmcentrale.
2	MKA → ggz-crisisdienst De meldkamer verstuurt een verwijzing voor beoordeling naar de verpleegkundig triagist ggz-crisisdienst en naar de psychiater of sociaal- psychiatrisch verpleegkundige.
Verwijzing met Triagistverwijzing van de SEH-triageverpleegkundige naar de HAP	
1	SEH → VVT-coördinatiepunt De SEH verpleegkundige of transferverpleegkundige verstuurt een verwijzing naar het VVT-coördinatiepunt.
2	GGZ → VVT-coördinatiepunt De GGZ stuurt een verwijzing naar het VVT-coördinatiepunt.
3	SEH → ggz-crisisdienst en ggz-beoordelings-/crisisteam De SEH verstuurt een verwijzing voor beoordeling naar de verpleegkundig triagist ggz-crisisdienst en naar de psychiater of sociaal - psychiatrisch verpleegkundige.
4	SEH → MKA planbare ambulancezorg De SEH verstuurt een verwijzing over aanvraag inzet vervoer naar de meldkamer centralist planbare ambulancezorg.
5	Acute VVT → MKA planbare ambulancezorg De acute VVT verstuurt een verwijzing over aanvraag inzet vervoer naar de meldkamer centralist planbare ambulancezorg.

Verwijzing van de Ambulancezorgprofessional naar de HAP	
1	AMB → ggz-crisisdienst en ggz-beoordelings-/crisisteam De ambulancezorgprofessional verstuurt een verwijzing voor beoordeling naar de verpleegkundig triagist ggz-crisisdienst en naar de psychiater of sociaal- psychiatrisch verpleegkundige.
Spoedmelding van de HA/HAP naar de MKA	
1	Ggz-crisisdienst → MKA planbare ambulancezorg De ggz-crisisdienst verstuurt een verwijzing over aanvraag inzet vervoer naar de meldkamer centralist planbare ambulancezorg.
2	HA → MKA planbare ambulancezorg De huisarts op de dagpraktijk verstuurt een verwijzing over aanvraag inzet vervoer naar de meldkamer centralist planbare ambulancezorg.
3	HAP → MKA planbare ambulancezorg De waarnemend huisarts HAP verstuurt een verwijzing over aanvraag inzet vervoer naar de meldkamer centralist planbare ambulancezorg.
4	Ggz-crisisdienst → MKA planbare ambulancezorg De ggz-crisisdienst verstuurt een verwijzing over aanvraag inzet vervoer naar de meldkamer centralist planbare ambulancezorg.
Opvragingen uit het dossier middels spoedsamenvatting bij de HA	
1	Zorginstelling (SO en VPK) → HA De specialist ouderengeneeskunde/verpleegkundige zorginstelling vraagt de spoedsamenvatting op bij de huisarts.
2	Ggz-crisisdienst → HA De verpleegkundig triagist ggz-crisisdienst vraagt de spoedsamenvatting op uit het dossier bij de huisarts.
3	Ggz-beoordelings-/crisisteam → HA De psychiater of sociaal - psychiatrisch verpleegkundige vraagt de spoedsamenvatting op uit het dossier bij de huisarts.
Rapportage berichten met Spoedeisendehulpportage	
1	SO → HA De specialist ouderengeneeskunde rapporteert bevindingen en vervolgdadvies aan de huisarts.
2	Ggz-beoordelings-/crisisteam → HA De psychiater of sociaal - psychiatrisch verpleegkundige verstuurt een rapportage over de crisisbeoordeling naar de huisarts.
3	Ggz-beoordelings-/crisisteam → ggz-behandelaar De psychiater of sociaal - psychiatrisch verpleegkundige verstuurt een rapportage over de crisisbeoordeling naar de ggz-behandelaar.
Logistieke berichten	
1	Ggz-crisisdienst → HAP De verpleegkundig triagist ggz-crisisdienst verstuurt een bevestiging naar de HAP.

2	Ggz-crisisdienst → HA De verpleegkundig triagist ggz-crisisdienst verstuurt een bevestiging naar de huisarts.
3	Ggz-crisisdienst → AMB/MKA De verpleegkundig triagist ggz-crisisdienst verstuurt een bevestiging naar de ambulance/MKA.
4	Ggz-crisisdienst → SEH De verpleegkundig triagist ggz-crisisdienst verstuurt een bevestiging naar de SEH.
5	MKA centralist planbare ambulancezorg → SEH De meldkamer centralist planbare ambulancezorg verstuurt een bevestiging incl. ETA ambulance of een afwijzing naar de SEH.
6	MKA centralist planbare ambulancezorg → Acute VVT De meldkamer centralist planbare ambulancezorg verstuurt een bevestiging incl. ETA ambulance of een afwijzing naar de acute VVT.
7	MKA centralist planbare ambulancezorg → ggz-crisisdienst De meldkamer centralist planbare ambulancezorg verstuurt een bevestiging incl. ETA ambulance of een afwijzing naar de ggz-crisisdienst.
8	MKA centralist planbare ambulancezorg → HA De meldkamer centralist planbare ambulancezorg verstuurt een bevestiging incl. ETA ambulance of een afwijzing naar de huisarts op de dagpraktijk.
9	MKA centralist planbare ambulancezorg → HAP De meldkamer centralist planbare ambulancezorg verstuurt een bevestiging incl. ETA ambulance of een afwijzing naar de waarnemend huisarts HAP.
Ambulance berichten	
1	AMB → nieuwe zorgorganisatie (SEH/VV-instelling/ggz-instelling) De ambulancezorgprofessional verstuurt een vooraankondiging naar de nieuwe zorgorganisatie waar de patiënt naartoe gaat.

Tabel 1: Use cases **goed** te mappen op de richtlijn gegevensuitwisseling acute zorg

Tabel 2 geeft een overzicht van de use cases die nieuw zijn voor de richtlijn gegevensuitwisseling acute zorg.

Nr Use cases nieuw voor de richtlijn gegevensuitwisseling acute zorg	
Opvragingen uit het dossier middels spoedsamenvatting bij de VVT of ggz	
1	SEH → SO De SEH vraagt een spoedsamenvatting op bij de SO van de zorginstelling
2	HAP → SO De HAP vraagt een spoedsamenvatting op bij de SO-zorginstelling
3	Ggz-crisisdienst → SO De ggz-crisisdienst vraagt een spoedsamenvatting op bij de SO-zorginstelling
4	Ggz-crisisdienst → ggz-behandelaar

	De verpleegkundig triagist ggz-crisisdienst vraagt de spoedsamenvatting op uit het dossier bij de ggz-behandelaar
5	Ggz beoordelings-/crisisteam → ggz-behandelaar De psychiater of sociaal-psychiatrisch verpleegkundige vraagt de spoedsamenvatting op uit het dossier bij de ggz-behandelaar.
6	HAP → ggz-behandelaar De HAP vraagt de spoedsamenvatting op uit het dossier bij de ggz-behandelaar
7	AMB → ggz-behandelaar De ambulancezorgprofessional vraagt de spoedsamenvatting op uit het dossier bij de ggz-behandelaar
8	SEH → ggz-behandelaar De SEH vraagt de spoedsamenvatting op uit het dossier bij de ggz-behandelaar
9	HA → GGZ behandelaar De HA vraagt de spoedsamenvatting op uit het dossier bij de ggz- behandelaar

Tabel 2: Use cases **nieuwe** voor de richtlijn gegevensuitwisseling acute zorg

Tabel 3 geeft een overzicht van de use cases die **goed** te mappen zijn op de Richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts-ggz.

Nr Use cases goed te mappen op de Richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts-ggz	
Verwijsbrief van de huisarts naar de ggz	
1	HA → ggz-crisisdienst en ggz-beoordelings-/crisisteam De huisarts op de dagpraktijk verstuurt een verwijzing voor beoordeling naar de verpleegkundig triagist ggz-crisisdienst en naar de psychiater of sociaal-psychiatrisch verpleegkundige.

Tabel 3: Use cases **goed** te mappen op de Richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts-ggz

Tabel 4 geeft een overzicht van de use cases die **goed** te mappen zijn op de Handreiking gegevensuitwisseling tussen huisarts en wijkverpleegkundige.

Nr Use cases goed te mappen op de Handreiking gegevensuitwisseling tussen huisarts en wijkverpleegkundige	
Verwijsbrief van de huisarts naar de ggz	
1	HA → VVT-alarmcentrale De huisarts verstuurt een verwijzing voor verpleegkundige inzet naar de centralist van de VVT-alarmcentrale.
2	HA → VVT-coördinatiepunt: De huisarts verstuurt een verwijzing naar het VVT-coördinatiepunt.
Opvragingen uit het dossier middels raadpleging door wijkverpleegkundige van huisartsdossier.	

1	VWT-alarmcentrale/acute thuiszorg → HA De VWT-alarmcentrale/acute thuiszorg vraagt spoedsamenvatting op vanuit de huisarts en zet de informatie door naar de acute thuiszorg.
2	VWT-coördinatiepunt → HA Het VWT-coördinatiepunt vraagt spoedsamenvatting op vanuit de huisarts.
Rapportage berichten middels beëindiging van zorg door wijkverpleegkundige aan huisarts.	
1	Acute thuiszorg → HA De acute thuiszorg rapporteert bevindingen en vervolgadvis aan huisarts.
2	Acute thuiszorg → HAP De acute thuiszorg rapporteert bevindingen als update aan waarnemend huisarts.

Tabel 4: Use cases **goed** te mappen op de Handreiking gegevensuitwisseling tussen huisarts en wijkverpleegkundige

Tabel 5 geeft een overzicht van de use cases die **goed** te mappen zijn op de Informatiestandaard eOverdracht.

Nr Use cases goed te mappen op de Informatiestandaard eOverdracht	
Verwijzing middels een verpleegkundige aanmelding	
1	VWT-alarmcentrale → Acute thuiszorg De VWT-alarmcentrale draagt benodigde inzet en alle informatie over aan het team voor acute thuiszorg (verzorgende IG of verpleegkundige).
2	Zorginstelling → VWT-alarmcentrale De zorginstelling (SO en VPK) stuurt een verwijzing naar de VWT-alarmcentrale.
3	VWT-coördinatiepunt → zorginstelling De triagist/centralist van het VWT-coördinatiepunt verwijst een patiënt naar een zorginstelling en stuurt alle gegevens door.
Opvragingen uit het dossier middels verpleegkundige overdracht	
1	VWT-alarmcentrale/acute thuiszorg → zorginstelling De VWT-alarmcentrale/acute thuiszorg vraagt (spoed)samenvatting op vanuit een zorginstelling.
Rapportage berichten middels verpleegkundige overdracht	
1	Acute thuiszorg → VPK zorginstelling De acute thuiszorgverpleegkundige stuurt een overdracht naar de verpleegkundige van een zorginstelling.
Logistieke berichten middels verpleegkundige aanmelding	
1	VWT-coördinatiepunt → SEH Het VWT-coördinatiepunt stuurt een bericht over de overplaatsing naar de SEH
2	VWT-coördinatiepunt → HAP Het VWT-coördinatiepunt stuurt een bericht over de overplaatsing naar de HAP

3	WT-coördinatiepunt → HA Het WT-coördinatiepunt stuurt een bericht over de overplaatsing naar de huisarts
4	WT-coördinatiepunt → Ggz Het WT-coördinatiepunt stuurt een bericht over de overplaatsing naar de ggz

Tabel 5: Use cases **goed** te mappen op de Informatiestandaard eOverdracht.

3.2 Aanbevelingen en vervolgstappen

3.2.1 Aanbevelingen

- Verwijzingen naar VVT en ggz:
 - De wens om een verwijzing te ontvangen van de HAP, HA, AMB, MKA, SEH sluit aan bij de beschrijving in de richtlijn voor acute zorg. Voor de verwijzing van de huisarts naar de acute ggz blijkt echter dat de standaard verwijsbrief van huisarts naar de ggz, volgens de richtlijn informatie-uitwisseling huisarts–ggz, beter aansluit bij de praktijk. Voor de verwijzing van de Huisarts – VVT sluit de handreiking huisarts en wijkverpleegkundige beter aan op de praktijk.
- Opvragingen spoedsamenvatting bij de huisarts door VVT en ggz:
 - De wens om de spoedsamenvatting van de huisarts te kunnen raadplegen sluit aan bij de behoefte zoals beschreven in de richtlijn voor acute zorg.
- Rapportages van VVT en ggz aan huisarts:
 - De wens om een rapportage naar de huisarts te versturen sluit aan bij de behoefte zoals beschreven in de richtlijn voor acute zorg. Voor de wijkverpleegkundige is de handreiking huisarts en wijkverpleegkundige passender.
- Logistieke berichten van en naar VVT, GGZ en planbare ambulancezorg:
 - De wens om een bevestigings- en spoedmeldingen te versturen ter ondersteuning van het logistieke proces sluit aan bij de behoefte zoals beschreven in de richtlijn voor acute zorg.
- Opvragingen spoedsamenvatting bij de ggz- behandelaar en VVT-instellingen:
 - De zorgverleners van de acute GGZ, de huisarts op de huisartsenpraktijk, zorgverleners op de HAP, de ambulancezorgprofessionals, de (verpleegkundig) centralisten op de MKA, de zorgverleners op de SEH geven aan dat het essentieel is om een spoedsamenvatting bij de betrokken ggz-behandelaar te kunnen opvragen.
 - Eveneens geven zorgverleners van de acute VVT, de huisarts op de huisartsenpraktijk, zorgverleners op de HAP, de ambulancezorgprofessionals, de (verpleegkundig) centralisten op de MKA, de zorgverleners op de SEH aan dat opvragen van een spoedsamenvatting bij de betreffende VVT-instelling van groot belang is.

3.2.2 Vervolgstappen

- Het rapport als onderbouwd besluitvormingskader voorleggen aan de spoedzorgtafel voor een mogelijke verbreding van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen, wat vervolgens kan worden voorgelegd aan de richtlijnhouders acute zorg voor een mogelijke verbreding van de richtlijn gegevensuitwisseling acute zorg. Deze verbreding vormt de basis voor de verdere doorontwikkeling van de informatiestandaard acute zorg.
- Voer verdiepende analyses uit op de use cases, incl. concretisering van gegevenselementen en praktijkvoorbeelden om een structurele inbedding mogelijk te maken.

4. Routekaart

4.1 Routekaart acute VVT, acute ggz en planbare ambulancezorg

- Besluitvorming voor een mogelijke verbreding kwaliteitskader
De landelijke spoedzorgtafel besluit tot opname van de acute VVT en de acute ggz in het kwaliteitskader spoedzorgketen. Ambulancezorg is al een deelnemer binnen het kwaliteitskader.
- Besluitvorming voor een mogelijke verbreding richtlijn
De autorisatiecommissie van de richtlijn gegevensuitwisseling acute zorg besluit tot opname van de in dit document voorgestelde use-cases voor de acute VVT en de acute ggz in de richtlijn.
- Besluitvorming voor een mogelijke verbreding informatiestandaard
De autorisatiecommissie van de informatiestandaard acute zorg besluit tot opname van de in de richtlijn opgenomen use-cases in de informatiestandaard. Bij de doorontwikkeling van de informatiestandaard acute zorg wordt aangesloten bij lopende initiatieven voor verdere ontwikkeling op basis van FHIR R4 en voor aansluiting bij de European Health Data Space (EHDS). Hiermee is de governance conform NEN 7522 geborgd.
- Aanvullende vervolgtrajecten
Parallel aan de besluitvorming kan worden gestart met het uitvoeren van verdiepende analyses van de use-cases, inclusief de concretisering van gegevenselementen en het uitwerken van praktijkvoorbeelden, om een structurele inbedding mogelijk te maken.

Voor het testen en implementeren van de nieuwe use-cases kan worden gewerkt volgens een vergelijkbare aanpak als in het programma Met Spoed Beschikbaar. Hierbij wordt samen met koplopers op kleine schaal nieuwe functionaliteit in de praktijk beproefd.

Bijlage 1 Volledig rapport

Naast dit adviesrapport is er een volledig rapport van de verkenning beschikbaar, waarin de analyse, onderbouwing en aanbevelingen uitgebreider zijn beschreven. Voor meer achtergrond en detailinformatie wordt verwezen naar het verkenningsrapport.

Nictiz is de Nederlandse kennisorganisatie voor digitale informatievoorziening in de zorg. We ontwikkelen en beheren standaarden die digitale informatievoorziening mogelijk maken en zorgen ervoor dat zorginformatie eenduidig kan worden vastgelegd en uitgewisseld.

Daarnaast adviseren we en delen we kennis over digitale informatievoorziening in de zorg. Daarbij kijken we niet alleen naar Nederland, maar ook naar wat er internationaal gebeurt.

Nictiz | Postbus 19121 | 2500 CC Den Haag | Oude Middenweg 55 | 2491 AC Den Haag
070 - 317 34 50 | www.nictiz.nl