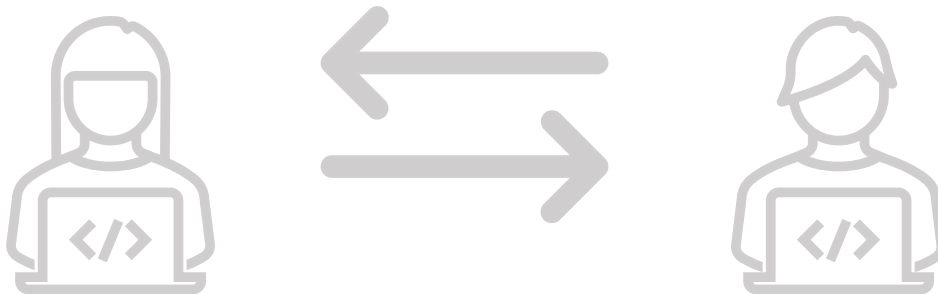


Handvattendocument Digitale ondersteuning Zorgcoördinatie

Werkgroepen Patiëntgegevens en Technische Infrastructuur



Datum: 15-10-2024
Versienummer: 0.8

Inhoudsopgave

1. Inleiding	3
2. Uitgangspunten en randvoorwaarden transformatieplannen	4
Minimale eisen implementatieplan	4
Relevante wet- en regelgeving	5
Ontwikkelingen toekomstige relevante wet- en regelgeving	5
3. Functie Eenduidige toegang	6
De bestaande mogelijkheden	6
4. Functie Eenduidige urgentiebepalingen en bepalen passende zorginzet	8
De bestaande mogelijkheden	8
5. Coördineren zorginzet	10
De bestaande mogelijkheden	10
6. Afkortingenlijst	13
Bijlage 1 Overzicht adviezen voor de regio's	14
Bijlage 2 Samenwerking Met spoed beschikbaar 2.0 - Zorgcoördinatie	17

1. Inleiding

De kwaliteit en toegankelijkheid van de acute zorg staan onder druk door een stijgende zorgvraag gecombineerd met krapte op de arbeidsmarkt. Om met de beschikbare mensen en middelen de toegankelijkheid en kwaliteit van (acute) zorg nu en in de toekomst te kunnen blijven borgen, is in het IZA afgesproken dat hiervoor plannen in ROAZ-verband worden uitgewerkt¹. Ook de implementatie van zorgcoördinatie is hier onderdeel van, waarbij de grote lijnen voor 2024 in het implementatieplan zorgcoördinatie zijn uitgewerkt.²

Met het realiseren van zorgcoördinatie moet ook de daarmee samenhangende databeschikbaarheid en technische infrastructuur van dit deel van de acute zorgketen worden gerealiseerd. Databeschikbaarheid, het delen van gegevens en een veilige communicatie tussen zorgverleners op basis van een geschikte technische infrastructuur zijn bouwstenen om triage en de inzet van passende zorg eenvoudiger en doelmatiger te maken en kwalitatief te verbeteren. De inrichting van zorgcoördinatie in de regio moet in samenhang worden gezien met de landelijke ambities voor het realiseren van een robuuste data infrastructuur. De technische oplossingen op korte, middellange en lange termijn moeten hier dan ook aan bijdragen³. De leden van de werkgroepen 'Patiëntgegevens' en 'Technische Infrastructuur' van de landelijke projectstructuur van zorgcoördinatie hebben dit document opgesteld, onder begeleiding van het ministerie van VWS, om te voorzien in een behoefte van de ROAZ-regio's.

De onderwerpen zorgcoördinatie enerzijds en digitalisering en gegevensuitwisseling anderzijds kennen een duidelijke samenhang, maar zijn tegelijkertijd werelden op zich. Niet voor niets is het onderwerp Digitalisering en gegevensuitwisseling een apart IZA thema⁴, waarin vele ontwikkelingen elkaar in rap tempo opvolgen. Zo is er een Nationale Visie en Strategie op het gezondheidsinformatiestelsel⁵ opgesteld om richting te geven aan de technische ontwikkelingen en worden technische basisbenodigdheden momenteel verder uitgewerkt, zoals een Landelijk Dekkend Netwerk⁶ en de ontwikkeling van Generieke Functies⁷ om alle zorgaanbieders met elkaar te kunnen verbinden. Dit zijn ontwikkelingen waar alle zorgaanbieders in de toekomst mee te maken krijgen, maar die tegelijkertijd op korte termijn nog geen antwoord geven op de vraag: hoe moet ik mijn digitale ondersteuning van zorgcoördinatie realiseren?

Dit handvattendocument is een hulpmiddel voor de ROAZ-regio's om te ondersteunen bij de implementatie van veranderopgaven 3 'Inzicht in relevante patiëntgegevens' en 5 'Technische infrastructuur zorgcoördinatie'. In dit document wordt weergegeven wat er op korte termijn mogelijk is op het gebied van delen van patiëntgegevens, de technische infrastructuur voor de implementatie van zorgcoördinatie omdat hier bijvoorbeeld al in andere regio's al ervaring mee is opgedaan en de mogelijkheden rondom het Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ). Er worden adviezen en tips gegeven hoe deze mogelijkheden kunnen worden ingezet en waar men rekening mee dient te houden bij implementatie.

Dit document is een eenmalige uitgave van de mogelijkheden en adviezen die op het moment van schrijven voor handen zijn. De inhoud van dit handvattendocument is niet normatief. Het is aan de ROAZ-partners om invulling te geven aan de regionale plannen, binnen de daarvoor gemaakte afspraken en rekening houdend met de minimale eisen zoals beschreven in het implementatieplan zorgcoördinatie.

¹ [Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg' | Rapport | Rijksoverheid.nl](#), bijlage C

² [Implementatieplan Zorgcoördinatie | Rapport | Rijksoverheid.nl](#)

³ Zie ook [Advies Landelijke Inrichting Zorgcoördinatie](#), hoofdstuk 4

⁴ [Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg' | Rapport | Rijksoverheid.nl](#), bijlage I

⁵ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2023/03/31/nationale-visie-en-strategie-gezondheidsinformatiestelsel>

⁶ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2024/01/22/kamerbrief-over-landelijk-dekkend-netwerk-van-infrastructuren>

⁷ [Generieke functies | Gegevensuitwisseling in de zorg](#)

2. Uitgangspunten en randvoorwaarden transformatieplannen

Minimale eisen implementatieplan

In het implementatieplan zorgcoördinatie⁸ staan minimale eisen en implementatiestappen beschreven van veranderopgaven 3 en 5 welke in het transformatieplan zorgcoördinatie een plek moeten krijgen. De minimale eisen staan per veranderopgave hieronder nader uitgewerkt:

Veranderopgave 3 Inzicht in relevante patiëntgegevens:

1. De huisartsen, huisartsenspoedposten, RAV's, en SEH's wisselen ten minste gegevens uit volgens de bestaande richtlijnen Gegevensuitwisseling acute zorg⁹ en Gegevensuitwisseling huisarts en HAP¹⁰. In iedere ROAZ-regio implementeren de ROAZ-partijen deze richtlijnen voor zover mogelijk.
2. Overige zorgaanbieders die regionaal betrokken zijn bij zorgcoördinatie (o.a. VVT en ggz) wisselen relevante informatie uit.
3. Voor de gegevensuitwisseling die begin 2025 nog niet gerealiseerd is, moet bekend zijn hoe deze vanaf 2025 via een tijdelijke constructie wordt ondervangen en op welke wijze deze uitwisseling structureel gerealiseerd kan worden.

Advies 1: Sluit aan bij landelijke trajecten, zoals Met Spoed Beschikbaar (2.0), om de gestandaardiseerde gegevensuitwisseling over zorgdomeinen en regio's heen mogelijk te maken. Het programma Met Spoed Beschikbaar ondersteunt de implementatie van de Richtlijn Gegevensuitwisseling acute zorg.¹¹ Kijk op de website van het programma als jouw organisatie mee wil doen als koploper: zorgaanbieders die samen met hun ketenpartners en ICT-leveranciers aan de slag willen met projecten waarin we nieuwe berichten gaan uitwisselen.¹¹ Of als jouw organisatie een in een koplopertraject beproefd bericht wil implementeren samen met ketenpartners en ICT-leveranciers. Zie ook paragrafen Bepalen Passende zorginzet en Coördineren zorginzet voor een nadere toelichting.

Advies 2: Het is aan te bevelen om, bijvoorbeeld middels een regionale werkgroep van zorgprofessionals en/of ICT-professionals van de betrokken organisaties, werkafspraken te maken die samenhangen met de mogelijkheden in de ROAZ-regio voor uitwisseling van patiëntgegevens. Bijvoorbeeld om te bepalen welke informatie er wel en niet wordt uitgewisseld. Het programma Met Spoed Beschikbaar kan ondersteunen met het maken van deze afspraken. Daarnaast is het Twiin Afsprakenstelsel de landingsplaats van het Landelijk vertrouwenstelsel. Twiin wordt gebruikt als set samenwerkingsafspraken voor het delen en beschikbaar maken van gezondheidsgegevens. Kijk op de website van Twiin voor meer informatie hierover.¹²

Advies 3: In de landelijke kaders voor de keten¹³ staat beschreven welke informatie er tussen overige zorgaanbieders (o.a. VVT en ggz) uitgewisseld kan worden. Ook op deze domeinen kunnen bestaande richtlijnen en standaarden worden toegepast.

Veranderopgave 5 Technische infrastructuur zorgcoördinatie:

1. Er is in elke regio een (tijdelijke) ICT-infrastructuur in gebruik, die voldoet aan bestaande wetgeving.
2. Nieuwe patiëntinformatie wordt in het eigen systeem van de zorgaanbieder geregistreerd en kan digitaal uitgewisseld worden met andere betrokken zorgaanbieders.
3. De infrastructuur draagt bij aan het bereiken van de minimale eisen voor Veranderopgave 3 (Inzicht in relevante patiëntgegevens) en Veranderopgave 4 (Inzicht in capaciteit van zorgaanbieders)¹⁴.

Advies 4: Het is belangrijk om de ontwikkelingen regionaal gecoördineerd te laten plaatsvinden. Er moet tenslotte zorgaanbieder en domeinoverstijgend worden samengewerkt. Om te voorkomen dat elke zorgaanbieder zelf het wiel moet uitvinden en hier veel capaciteit in moet stoppen, zijn er enkele adviezen om zorgaanbieders te ontzorgen:

⁸ [Implementatieplan Zorgcoördinatie | Rapport | Rijksoverheid.nl](#)

⁹ [Richtlijn-Gegevensuitwisseling-acute-zorg-versie-4-2022.pdf \(nictiz.nl\)](#)

¹⁰ [Richtlijn gegevensuitwisseling huisarts en huisartsenpost \(nhg.org\)](#)

¹¹ [Zorgaanbieder - Met spoed beschikbaar](#)

¹² [Twiin Afsprakenstelsel | Twiin](#)

¹³ [Richtlijn Gegevensuitwisseling acute zorg \(nhg.org\)](#), [Informatiestandaard Acute Zorg - Nictiz](#), [Kwaliteitskader Spoedzorgketen | Publicatie | Zorginstituut Nederland](#), [Informatiestandaard eOverdracht - Nictiz](#)

¹⁴ Veranderopgave 4 (Inzicht in capaciteit) wordt in dit document buiten beschouwing gelaten.

- Zorg dat verantwoordelijke ICT-projectleiders van één of meerdere verschillende zorgaanbieders in de regio goed zijn aangesloten op de regionale werkgroep zoals genoemd bij advies 1 en 2.
- Een regionale technisch coördinator kan de regionale technische planning opstellen, monitoren en waar mogelijk de technische ketentest coördineren. In sommige regio's¹⁵ is hiermee al ervaring opgedaan, bijvoorbeeld door een Regionale Samenwerkingsorganisatie (RSO) in te schakelen of één van de deelnemers deze rol te laten vervullen.

Relevante wet- en regelgeving

Voor de uitwisseling van medische gegevens geldt een juridisch kader. Algemene en specifieke wetten, maar ook aanvullende wetgeving spelen een rol. De belangrijkste wetgeving waarmee we op dit moment mee te maken hebben is:

- Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO)¹⁶;
- Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG)¹⁷;
- Uitvoeringswet Algemene Verordening Gegevensbescherming (UAVG)¹⁸;
- Dataproductieverdrag¹⁹;
- Wet digitale overheid (Wdo)²⁰;
- Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg (Wabvpz)²¹.

Nast bovenstaande wetgeving zijn er ook verschillende normen wettelijk verlicht gesteld onder de Wabvpz. Deze normen hebben betrekking op informatiebeveiliging. Dit betreft de normen NEN7510, NEN7512, NEN7513 en NTA 7516. De Gedragscode Elektronische Gegevensuitwisseling in de Zorg (EGiZ)²² biedt een handzaam overzicht van de regels waarmee je rekening moet houden bij de uitwisseling van medische gegevens.

Het programma Met Spoed Beschikbaar sluit aan op de bestaande wet- en regelgeving en houdt rekening met toekomstige wijzigingen. Zorgorganisaties die meedoen aan Met Spoed Beschikbaar kunnen er dus vanuit gaan dat ze voldoen aan geldende wetgeving.

Advies 5: Wanneer nieuwe technische mogelijkheden worden ingevoerd en/of werkprocessen zorgaanbieder overstijgend veranderd worden (bijvoorbeeld bij een andere inrichting van de governance), is het belangrijk om een toets op bovenstaande wet- en regelgeving als activiteit op te nemen in het transformatieplan. Met name het uitvoeren van een Data Protection Impact Assessment (DPIA) is hierin belangrijk, waarmee je kijkt naar welke impact bestaat op de informatieveiligheid en privacy. Een Security Officer en/of Functionaris Gegevensbescherming (of andere medewerker met vergelijkbare functie) van één of meerdere ROAZ-deelnemers kan hier invulling aan geven.

Ontwikkelingen toekomstige relevante wet- en regelgeving

Er zijn verschillende trajecten van wet- en regelgeving in ontwikkeling die invloed (kunnen) hebben op de uitwisseling van patiëntgegevens in de acute zorg. Het gaat hierbij om trajecten zoals:

- European Health Data Space (EHDS)
 - Een Europese verordening met als doel het verbeteren van beschikbaarheid van gezondheidsgegevens. Zowel voor acute als geplande zorg en zowel voor primair als secundair gebruik. Op 14 maart 2024 is er een voorlopig politiek akkoord gesloten over de EHDS. De EHDS moet nog formeel worden bekrachtigd, verwachting is dat dit begin 2025 plaatsvindt.

¹⁵ Voorbeelden zijn 8HRK, Rijnmondnet Rotterdam, Connect4Care Kennemerland, Sigra, Sleutelnet.

¹⁶ [wetten.nl - Regeling - Wijzigingswet Burgerlijk Wetboek, enz. \(geneeskundige behandelingsovereenkomst\) - BWBR0007021 \(overheid.nl\)](https://wetten.nl/Regeling-Wijzigingswet-Burgerlijk-Wetboek-enz.-geneeskundige-behandelingsovereenkomst-BWBR0007021-overheid.nl)

¹⁷ [AVG algemeen | Autoriteit Persoonsgegevens](https://www.avg.nl/AVG-algemeen-Autoriteit-Persoonsgegevens)

¹⁸ [wetten.nl - Regeling - Uitvoeringswet Algemene verordening gegevensbescherming - BWBR0040940 \(overheid.nl\)](https://wetten.nl/Regeling-Uitvoeringswet-Algemene-verordening-gegevensbescherming-BWBR0040940-overheid.nl)

¹⁹ [wetten.nl - Regeling - Verdrag tot bescherming van personen met betrekking tot de geautomatiseerde verwerking van persoonsgegevens - BWBV0002783 \(overheid.nl\)](https://wetten.nl/Regeling-Verdrag-tot-bescherming-van-personen-met-betrekking-tot-de-geautomatiseerde-verwerking-van-persoonsgegevens-BWBV0002783-overheid.nl)

²⁰ [wetten.nl - Regeling - Wet digitale overheid - BWBR0048156](https://wetten.nl/Regeling-Wet-digitale-overheid-BWBR0048156)

²¹ [wetten.nl - Regeling - Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg - BWBR0023864 \(overheid.nl\)](https://wetten.nl/Regeling-Wet-aanvullende-bepalingen-verwerking-persoonsgegevens-in-de-zorg-BWBR0023864-overheid.nl)

²² [EGiZ | KNMG](https://www.egiz.nl/)

- Wetsvoorstel opvraagbaarheid gegevens acute zorg (Wogaz).
 - De Wogaz heeft als doel het verbeteren van de opvraagbaarheid van gegevens in geval van acute zorg d.m.v. een opt-out regeling. De EHDS overlapt inhoudelijk met de Wogaz. Zolang de EHDS nog niet officieel bekrachtigd is, zal doorgewerkt worden aan de voorbereiding van het wetsvoorstel, voor zover deze werkzaamheden ook voor de EHDS relevant zijn. Een voorbeeld hiervan is het uitwerken van de mogelijkheid tot opt-out. Parallel zal de komende periode de implementatie van de EHDS worden voorbereid. Wanneer de EHDS definitief bekrachtigd wordt, zal door VWS worden besloten hoe de beschikbaarheid van gegevens in de acute zorg door middel van aanpassing van grondslagen zal worden geregeld.
- Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz) voor de acute zorg.²³
 - De Wegiz heeft als doel het verbeteren van zorg door goede en veilige elektronische gegevensuitwisseling, waardoor zorgverleners op het juiste moment kunnen beschikken over de juiste informatie. De Wegiz verplicht dat gegevensuitwisseling elektronisch en gestandaardiseerd plaats vindt. Dit wordt ook wel de zogenaamde spoor 2-aanwijzing genoemd. Acute zorg is in het IZA opgenomen als 5^e geprioriteerde gegevensuitwisseling onder de Wegiz.
 - Momenteel wordt de impact van de EHDS op de use case acute zorg (onder de Wegiz) onderzocht. Daarnaast wordt onderzocht hoe de EHDS het meest optimaal kan worden geïmplementeerd in onze nationale wetgeving.

Deze wetgevingstrajecten zijn nu nog in ontwikkeling. De impact hiervan zal pas duidelijk worden wanneer de besluitvorming hierover volledig is afgerond. Om nu niet op de zaken vooruit te lopen, worden de trajecten in dit handvattendocument verder buiten beschouwing gelaten. Zodra hierover nieuwe informatie beschikbaar komt zal dit worden gedeeld via de daarvoor bestemde communicatiekanalen. In het programma Met Spoed Beschikbaar wordt de impact van deze ontwikkelingen op de gegevensuitwisselingen ook bijgehouden, zodat keuzes voor de korte termijn passen binnen de Europese en landelijke ontwikkelingen voor de lange termijn en niet onomkeerbaar zijn.

3. Functie Eenduidige toegang

Het geleiden van patiënten met hun zorgvraag naar de juiste zorgverlener is belangrijk om de juiste zorg op de juiste plek te bieden en tegelijkertijd de echt urgente vragen snel te kunnen beantwoorden. De burger moet eenvoudig de juiste ingang kunnen vinden.

De bestaande mogelijkheden

Momenteel bestaan de volgende ingangen voor toegang tot spoedzorg:

1. *Telefonie*. Dit betreft vooral:
 - a. *112*. Dit landelijke nummer komt uit bij de (zorg)meldkamer
 - b. *Regionaal nummer Huisartsenspoedpost*.
 - c. *Regionaal nummer Acute VVT*.
 - d. *Regionaal nummer crisis ggz*.
2. *Digitale zelftriage*. Digitale zelftriage vindt plaats door de patiënt zelf voorafgaand aan het contact met 112, HAP of zorgcoördinatie en wordt op verschillende manieren al gebruikt:
 - a. *Digitale zelftriage binnen de ANW-zorg*. Binnen de ANW-zorg wordt al breed gebruik gemaakt van digitale ondersteuning van zelftriage van patiënten. Via een website of een app wordt de urgentie ingeschat van de zorgvraag, wat leidt tot een advies om direct 112 of de huisarts(enspoedpost) te bellen, een afspraak te maken bij de eigen huisarts of een advies voor zelfzorg (inclusief bijbehorende informatie). De meeste HAP's gebruiken een zelftriagefunctie gericht op de ANW-zorg, zoals Moetiknaardedokter.²⁴ Vaak is deze in de website van de HAP en in het Huisartsenpost Informatiesysteem (HAPIS) geïntegreerd.
 - b. *Digitale zelftriage voor de huisartsenzorg*. Steeds meer HAP's werken regionaal samen in een gemeenschappelijke functie voor zelftriage met de huisartsenzorg. Zo kan een patiënt 24/7 dezelfde ingang gebruiken voor de huisartsenzorg.

²³ [Wegiz: elektronische gegevensuitwisseling voor goede zorg | Over ons | Zorginstituut Nederland](#)

²⁴ <https://moetiknaardedokter.nl>

- c. *Eenduidige digitale toegang middels een regionale 'digitale voordeur'*²⁵. In een aantal regio's wordt een bredere 'digitale voordeur' ontwikkeld, waar ook andere zorgdomeinen bij betrokken zijn, zoals de MSZ en VVT. Ook in deze ontwikkeling heeft digitale (zelf)triage vaak een plek. Voorbeelden hiervan zijn Digizorg in regio Rijnmond en Spoedeisende medische dienst (SEMD) in regio Kennemerland²⁶.
3. *Overige communicatiekanalen*. Naast de telefonie en digitale zelftriage worden ook chat en beeldbelfuncties toenemend gebruikt. Zo biedt de 112 meldkamer met de 112NL app de mogelijkheid om te chatten met een hulpverlener. Deze app is vooral bedoeld voor mensen die slechthorend of doof zijn, moeite hebben met praten of moeite hebben met de Nederlandse of Engelse taal (de app ondersteunt meerdere talen). De Tolkcontact-app²⁷ is een ander voorbeeld van een app die een dergelijke behoefte voorziet. Ook door de HAP wordt op diverse plekken chat of beeldbellen aangeboden (voor ANW-uren, binnen de huisartsenzorg of als onderdeel van de regionale 'digitale voordeur').

Advies 6: De implementatie van nieuwe communicatiekanalen, zoals zelftriage, chat of beeldbellen vraagt naast een technische implementatie ook (veel) aandacht van de organisatie. Zo verwachten burgers een snelle reactie en moet bijvoorbeeld een chat 'wachtrij' worden ingericht om dat mogelijk te maken. Daarbij zal de druk op deze functie ook samenhangen met andere factoren, zoals de telefonische wachttijd en de organisatie van de dagzorg. De inzet van een dergelijke functie vergt dus ook aandacht vanuit meerdere disciplines. Kijk voor tips en suggesties op het gebied van beeldbellen in de 'Handreiking Videoconsulten' van de KNMG²⁸ en het 'Praktijkplan Beeldbellen' van de NVZ²⁹.

Advies 7: Maak zoveel mogelijk gebruik van een digitale triage tool, die ook geïntegreerd kan worden in het werkproces van de meldkamer, ambulance en het elektronisch patiëntendossier (EPD). De door Digizo³⁰ getoetste applicaties die voor digitale triage worden gebruikt, kunnen hier een inspiratie voor zijn. Let hierbij op dat de waardebeoordeling in de praktijk vaak nog moet plaatsvinden.

Advies 8: Synchrone communicatie, zoals chats of (beeld)bellen, kosten veel (doorloop)tijd en moeten door zorgverleners worden opgenomen in de werkprocessen. A-synchrone communicatie bij de zorgvragen, zoals een digitale triage tool, zijn eenvoudiger te implementeren.

Advies 9: Traditionele telefonie via het telefonienetwerk zal naar verwachting een ingang blijven voor de spoedzorg en daardoor ook een bedrijfskritische technische functie. Dit moet dan ook robuust worden uitgevoerd. De mogelijkheid van spraakverbinding of videoverbinding vanuit een digitale triage tool kan ook voorzien in een behoefte van de zorgverlener en de zorgvrager. Het is daarom aan te bevelen om in te zetten op het ontwikkelen van beide infrastructuren en te zorgen dat ze voor de zorgverlener volledig geïntegreerd zijn.

Advies 10: Bij aanpassingen in de telefonie (bijvoorbeeld het harmoniseren van nummers of het doorschakelen ervan) is het belangrijk om de continuïteit en betrouwbaarheid hiervan goed te borgen. Er moet rekening te houden met voldoende tijd en capaciteit om dit goed door te testen, want dit betreft een specifieke discipline in de ICT die ook specifieke kennis vraagt. Ontwikkelingen met betrekking tot telefonie voor de eenduidige toegang voor burgers wordt op een later moment uitgewerkt.

Advies 11: Naast de eenduidige toegang voor burgers, is ook eenduidige toegang voor zorgverleners (bijvoorbeeld verwijzers) relevant om rekening mee te houden. Dit gaat vooralsnog vooral via de huidige regionale telefoonnummers. Het is een mogelijkheid om deze regionale telefoonnummers op termijn te harmoniseren. Zorg Coördinatie Centrum Midden-Nederland heeft hier al ervaring mee opgedaan, deze ervaringen kunnen worden gedeeld.

²⁵ Een 'digitale voordeur' is één digitaal zorgplatform die de inwoners van een regio gemakkelijk toegang geeft tot de zorg die zij nodig hebben.

²⁶ Het volledige transformatieplan + snelle toets is via de website beschikbaar: [SEMD - Spoed Eisende Medische Dienst](#) .

²⁷ [Regel alles zelf met de Tolkcontact-app - Tolkcontact](#)

²⁸ [Alles wat u moet weten over videoconsulten met patiënten | KNMG](#)

²⁹ [Digitale zorg | NVZ \(nvz-ziekenhuizen.nl\)](#)

³⁰ [Digitale triage/consultvoorbereiding - Digizo.nu](#)

4. Functie Eenduidige urgentiebepalingen en bepalen passende zorginzet

In de spoedzorg zijn urgentiebepaling en diagnostisch redeneren nadrukkelijk gescheiden, hoewel die vaak in elkaars verlengde zitten, zoals bij zelfzorgadviezen. De triage is een kernfunctie van zorgcoördinatie en leidt tot de eerste urgentiebepaling van een zorgvraag. Op basis van de triage wordt eventuele verdere zorg ingezet. Kan volstaan worden met een zelfzorgadvies of een verwijzing naar de eigen huisarts op de volgende werkdag? Of is er meer nodig: een telefonisch of fysiek consult op de huisartsenspoedpost, of zelfs een onmiddellijke doorverwijzing naar de SEH via de ambulance? Daarmee is triage een centraal sturend en coördinerend mechanisme in de spoedzorg.

De bestaande mogelijkheden

Momenteel gebruiken alle HAP's, ongeveer de helft van de RAV's en een deel van de SEH's de Nederlandse Triage Standaard (NTS). Deze standaard is bestemd voor SEH-verpleegkundigen, triagisten op huisartsenspoedposten en centralisten op de meldkamers van de ambulancezorg. Daar waar de NTS wordt gebruikt op de HAP of SEH, is het geïntegreerd in de betreffende systemen. In de meldkamer staat het triagesysteem los van het meldkamersysteem (GMS), waarbij wel een koppeling voor de relevante inzetinformatie bestaat (dit geldt ook voor de niet-NTS meldkamers). De uitkomst van triage wordt niet alleen bepaald door de NTS zelf. Ook de context van de patiënt, de competenties van de triagist en aspecten van de organisatie, zoals spoedpost of de aanwezigheid van een regiearts, beïnvloeden het resultaat van de triage.

De NTS standaardiseert de toekenning van de urgenties en vervolgacties tijdens de triage door middel van protocollen. De protocollen bestaan uit verschillende triagecriteria voor ingangsklachten waarmee een patiënt contact opneemt. Deze helpen bij het bepalen van welke zorg en/of behandeling er nodig is voor de patiënt, om vervolgens de juiste hulpverlener te kunnen inschakelen.

Momenteel zijn de vervolgacties nog primair gericht op ambulance (stabilisatie en vervoer), SEH (complexe zorg), huisarts (generalistische zorg) en zelfzorgadvies. De vervolgacties ggz (crisisdienst) en VVT (geprotocolleerde verpleegkundige zorg) moeten nog verder worden uitgewerkt onder begeleiding van Nictiz.

Advies 12: Het is aan te bevelen om in de regio afspraken te maken over het overnemen van uitkomsten van de urgentiebepaling en vervolgacties in de gehele keten. Als er in de regio breder gebruik wordt gemaakt van NTS kan dit hierbij helpen doordat iedereen bekend is met het systeem en de taal. Door in de regio afspraken te maken kan je vertrouwen op de uitkomsten van de triage van een andere discipline en voorkom je dat er een dubbele triage plaatsvindt. Op termijn kan worden toegewerkt naar een urgentie-indeling die bruikbaar is voor de gehele keten van zorgcoördinatie.

Advies 13: Voor zorgcoördinatie is het nodig dat ketenpartners gegevens met elkaar uitwisselen, waarbij ze elk gebruik zullen blijven maken van hun eigen systeem. Voor gegevensuitwisseling tussen de HAP-triagisten en meldkamer centralisten is dit in de Richtlijn Gegevensuitwisseling acute zorg landelijk gestandaardiseerd middels gedefinieerde berichten tussen HAP en meldkamer. De regionale werkgroep (zie advies 2) kan de implementatie van deze gegevensuitwisseling op inhoud vormgeven en het programma Met Spoed Beschikbaar kan hierbij ondersteunen. Bekijk met het programma welke mogelijkheden hiervoor bestaan met de systemen die in de regio gebruikt worden. Op de website van het programma kan je de contactgegevens vinden om met ze in contact te komen.³¹

Nadat is bepaald welke vervolgzorg nodig is, wordt die vervolgzorg ingezet. Dit vergt werkafspraken over onder meer de uitwisseling van informatie (zie advies 2). In de Richtlijn Gegevensuitwisseling acute zorg is landelijk gestandaardiseerd welke gegevens tussen huisarts, HAP, ambulance, meldkamer en SEH worden uitgewisseld. Voor de overige disciplines zijn er op dit moment geen gedefinieerde berichten beschikbaar.

Advies 14: Uitwisseling van gegevens van de HAP-triagist of centralist meldkamer met de ketenpartners is landelijk gestandaardiseerd in de Richtlijn Gegevensuitwisseling acute zorg, waarvan de implementatie door het programma Met Spoed Beschikbaar wordt ondersteund. Bekijk met het programma welke mogelijkheden hiervoor bestaan met de systemen die in de regio gebruikt worden. Op de website Amigo! van Nictiz is aanvullende informatie te vinden over de

³¹ [Zorgaanbieder - Met spoed beschikbaar](#)

implementatie van gegevensuitwisseling in de (acute) zorg en welke stappen daarbij kunnen worden genomen.³²

De huidige Richtlijn Gegevensuitwisseling en Informatiestandaard acute zorg is bedoeld voor de HAP, meldkamer, RAV, huisarts en SEH. Landelijk wordt de uitbreiding voorbereid richting acute ggz en acute VVT. Voor de acute VVT heeft ActiZ aan regio's geadviseerd bij het in kaart brengen van de gegevensuitwisseling acute VVT-zorg, de Richtlijn Gegevensuitwisseling bij acute zorg (NHG) en de informatiestandaard acute zorg (Nictiz) als uitgangspunt te nemen

Advies 15: Op landelijk niveau wordt in kaart gebracht hoe de Richtlijn Gegevensuitwisseling Acute Zorg kan worden uitgebreid met de acute ggz en acute VVT. Dit kent een langere doorlooptijd, terwijl de behoefte om gegevens te delen nu urgent kan zijn. Geadviseerd wordt om tot die tijd digitale uitwisseling met de ggz en VVT via regionale oplossing te realiseren.³³ Daarvoor is het noodzakelijk om in de regio na te gaan welke informatiebehoefte bij de ggz en VVT bestaat. Vervolgens kan worden bekeken hoe deze behoefte kan worden ingevuld. Hoewel in deze richtlijn en informatiestandaard staat dat deze niet van toepassing zijn voor de VVT, bestaat ook de mening dat de informatiestandaard acute zorg zoals deze nu vastgesteld is, mogelijk ook (deels) bruikbaar is voor de VVT. Het is aan de partners in de regio om te verkennen op welke wijze ze (deels) (her)gebruik kunnen maken van de richtlijn voor andere ketenpartners. Regionale voorbeelden kunnen bij andere regio's worden opgevraagd.

Naast de implementatie van de Richtlijn Gegevensuitwisseling acute zorg, zijn er in diverse regio's ook initiatieven om databeschikbaarheid en gegevensuitwisseling voor (samenwerking in) de reguliere (niet-spoed) zorg te realiseren. Zo maakt de uitwisseling van behandelgrenzen (advance care planning of proactieve zorgplanning) in veel regio's onderdeel uit van IZA-transformatieplannen voor bijvoorbeeld het versterken van de zorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen of palliatieve zorg. Gezien het belang van dergelijke informatie voor de spoedzorgketen, kan een oplossing voor de reguliere zorg wellicht ook (tijdelijk) helpen om belangrijke informatie voor zorgcoördinatie te verkrijgen of meer inzicht te geven in behoeften voor informatie. Daarnaast bestaan er ook veel regionale initiatieven die secundair gebruik van informatie ondersteunen, bijvoorbeeld voor kwaliteitsdoeleinden. Ook dit kan mogelijk bijdragen aan de ontwikkeling van zorgcoördinatie.

Advies 16: Ga na welke initiatieven voor databeschikbaarheid en/of gegevensuitwisseling bestaan in de regio en of deze ook voor zorgcoördinatie (al dan niet tijdelijk) relevant kunnen zijn.

De EHDS, die hierboven al eerder is benoemd, gaat vastleggen welke gegevens moeten worden uitgewisseld tenzij de patiënt aangeeft daar bezwaar tegen te hebben (opt-out). Deze opt-out-constructie is vergelijkbaar met de donorregistratie in Nederland. Het uitwerken van dit proces en de implementatietermijn lopen tot minimaal 2028, en dus ook voor het veld hier de voordelen van gaat merken. Patiënten kunnen op dit moment wel de toestemming of bezwaar om hun gegevens te delen vooraf vastleggen, bijvoorbeeld bij de huisarts of via Mitz.³⁴

Advies 17: Regionaal kan men verkennen op welke manier huisartsen het vastleggen van de keuze van hun patiënten kunnen bevorderen.

Advies 18: Momenteel bestaan er veel initiatieven op het gebied van gegevensuitwisseling en databeschikbaarheid, die in het proces van financieringsaanvraag zitten. Het is belangrijk om al deze initiatieven in samenhang te bezien en te beoordelen. ZN heeft de leidraad Digitale platforms, infrastructuren en databeschikbaarheid in de zorg³⁵ opgesteld om hier richting aan te geven. Het raadplegen van deze leidraad kan helpen om te bepalen of die aanvraag voldoet aan de gestelde criteria.

³² [Home | Amigo! \(nictiz.nl\)](https://nictiz.nl)

³³ Voorbeelden van dergelijke regionale initiatieven zijn bijvoorbeeld Zorgviewer, Zorgdomein en Point.

³⁴ [Mitz, de online toestemmingsvoorziening. Alle info voor zorgaanbieders leest u hier \(mitz-toestemming.nl\)](https://mitz-toestemming.nl)

³⁵ <https://www.zn.nl/app/uploads/2023/06/Toetsingsproces-en-leidraad-Digitale-platforms-en-databeschikbaarheid-in-de-zorg.pdf>

5. Coördineren zorginzet

Het Kwaliteitskader Spoedzorgketen ³² geldt als de norm voor de acute zorgketen en beschrijft de vereisten voor de (regionale) organisatie van spoedzorg. Het kwaliteitskader is opgesteld door partijen in de spoedzorg en beschrijft de normen, richtlijnen en aanbevelingen die de kwaliteit van de spoedzorgketen bevorderen. Dit kwaliteitskader is gericht op de gewenste minimale kwaliteit van de huisartsenspoedzorg, ambulancezorg, zorg geleverd door de mobiele medische teams (MMT) en de spoedeisende ziekenhuiszorg. Ook de sectoren acute ggz en acute VVT zijn bezig met de voorbereidingen voor deelname aan het Kwaliteitskader Spoedzorgketen (ZIN). Het kwaliteitskader vormt tevens een bouwsteen op basis waarvan afspraken worden gemaakt over het delen van gegevens en inzicht in capaciteit.

De bestaande mogelijkheden

Voor inzicht in beschikbare capaciteit is er het Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ). Deze applicatie geeft zorgverleners inzicht in de beschikbaarheid van acute zorgcapaciteit bij (andere) zorgaanbieders of de druk op de acute zorgcapaciteit bij deze zorgverleners. De LPZ-applicatie maakt het momenteel al mogelijk acute zorgcapaciteit van ziekenhuizen in Nederland bijna realtime inzichtelijk te maken ter ondersteuning van de acute zorgketen. Andere zorgaanbieders zoals collega-ziekenhuizen, RAV's, huisartsenposten en verloskundigen kunnen deze capaciteit op basis van wederzijdse afspraken inzien. Het LPZ biedt inzicht in lokale, regionale en landelijke capaciteit. Door inzicht en monitoring kan de druk op de zorgcontinuïteit vroegtijdig gesignaleerd, afgewend of opgevangen worden. De applicatie wordt als nutsfunctie ter beschikking gesteld aan de Nederlandse zorgsector.

In het IZA - en gesteund door de ontwikkeling van zorgcoördinatie - hebben partijen afspraken gemaakt over implementatie van de LPZ-applicatie breder dan een ziekenhuissector. Momenteel worden er dan ook modules in het LPZ ontwikkeld voor de acute VVT, acute GGZ, HAP's en RAV's. In tabel 1 wordt meer informatie gegeven over deze nieuwe modules in het LPZ.

Tabel 1. Informatie nieuwe modules LPZ

Naam module	Wat wordt inzichtelijk gemaakt in LPZ?
Module Acute V&V	Inzicht in (boven)regionale beschikbaarheid capaciteit van acute V&V van de zorgaanbieders in de regio('s). Daarbij wordt zoveel mogelijk aangesloten op de werkwijze en de aanwezige capaciteitsinformatie bij de regionale coördinatiefuncties. Het delen van capaciteitsinformatie met de LPZ-applicatie wordt daarbij gefaciliteerd via 1) een koppeling voor externe (bron)systemen die worden gebruikt door de regionale coördinatiefuncties of 2) een koppeling via het elektronisch cliëntendossier (ECD) van de zorgaanbieder zelf of 3) via een handmatige functionaliteit.
Module Acute GGZ	Het doel van de implementatie van LPZ in de acute psychiatrie is inzicht in beschikbare capaciteit en mogelijk ook druk op de acute ggz te bieden (dit afhankelijk van technische mogelijkheden). Zorgverleners in de acute zorgketen worden zo geholpen efficiënt de beschikbare hulp te vinden voor een persoon in acute psychiatrische nood. Er zijn zo meerdere vormen van capaciteit te onderscheiden. Partijen zullen met elkaar bezien verkennen welk type capaciteitsinformatie relevant is om te ontsluiten via de applicatie LPZ en voor wie. Ter toelichting: De acute psychiatrie bestaat uit verschillende onderdelen. Eén daarvan is de ggz crisisdienst. Acute psychiatrie, ook wel de ggz crisisdienst genoemd, kenmerkt zich door het outreachende karakter. Daar waar iemand in acute nood verkeert, biedt de acute psychiatrie een 'uitrukteam' van een duaal koppel verpleegkundige en een arts/psychiater die in beginsel naar de persoon in nood toe gaat. Dit kan thuis zijn, op straat, op de SEH van een ziekenhuis etc. Het uitrukteam bepaalt (trageert) of het nodig is ander onderzoek te doen in een crisisbeoordelingslocatie (CBL). Het kan ook zijn dat de politie een persoon in psychische nood bij een CBL brengt. De uitkomst van

³² [Spoedzorgketen kwaliteitskader | Zorginzicht](#)

	de beoordeling kan leiden tot de afspraak voor intensief-ambulante behandeling of een opname in de ggz-kliniek. Het is aan de crisisdienst om dit te bepalen, een patiënt kan niet rechtstreeks verwezen worden naar een opnameplek.
Module RAV	<p>De meldkamers ambulancezorg (MKA) hebben nu al ieder voor zich realtime inzicht in de beschikbaarheid van de ambulances. De MKA's hebben daarmee met elkaar inzicht in de beschikbaarheid van ambulances in het hele land. Bij capaciteitsproblemen kan men een beroep doen op elkaar.</p> <p>Ter ondersteuning van zorgcoördinatie heeft AZN de wens om in aanvulling hierop de mate van beschikbaarheid van de ambulances gepresenteerd in de vorm van een "druktemeting/beschikbaarheidsindicatie in de regio" voor betrokken zorgaanbieders in regio('s) realtime via het LPZ in beeld te brengen. Het delen van deze informatie zal daarbij via een koppeling met het LPZ worden gerealiseerd.</p> <p>Daarnaast zal AZN, in afstemming met partijen, conform het implementatieplan zorgcoördinatie bezien of het mogelijk is om de visite auto's van HAP en GGZ in de ambulance-infrastructuur inzichtelijk te maken. Hierin heeft de LPZ-applicatie geen functie.</p>
Module HAP	<p>De huisartsenspoedposten (HAP) hebben ieder voor zich nu al realtime inzicht in de wachttijden (beschikbaarheid) van triageconsulten en spreekkamerconsulten. In sommige regio's wordt bij oplopende wachttijden triageconsulten bovenregionaal met elkaar geschakeld om elkaar op te vangen. Gezien de koppeling van aangesloten huisarts en daarmee patiënten met een HAP is het niet direct mogelijk om bij drukte elkaars patiënten op de HAP-locaties voor een consult op te vangen.</p> <p>Ter ondersteuning van zorgcoördinatie heeft InEen de wens om in aanvulling hierop de mate van beschikbaarheid van de huisartsenposten gepresenteerd in de vorm van een "druktemeting/ beschikbaarheidsindicatie" voor betrokken zorgaanbieders in de regio('s) realtime via het LPZ in beeld te brengen. Het delen van deze informatie zal daarbij via een koppeling met het LPZ worden gerealiseerd. In overleg met de huisartsenposten zal worden bezien hoe dit het beste vorm kan worden gegeven. Daarnaast beziet Ineen in afstemming met AZN of het mogelijk is om de visite auto's van HAP in de ambulance-infrastructuur inzichtelijk te maken. Hierin heeft de LPZ-applicatie geen functie.</p>

Hieronder wordt een overzicht gegeven van de huidige stand van zaken van het werken met het LPZ en van aanlevering en inzage in de data van LPZ.

Tabel 2. Actuele stand van zaken LPZ

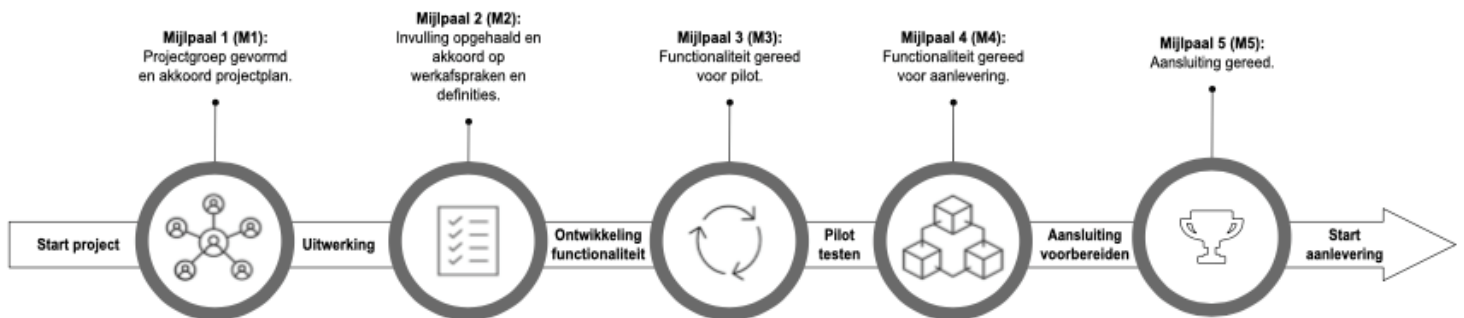
Modules	% aanleverende partij	Wie hebben inzage?
Module Spoed (ziekenhuis)	100% van de ziekenhuizen levert aan	Alle RAV's hebben inzage in de module en een aantal van de huisartsenposten en huisartsen heeft inzage in de SEH-stops.
Module covid (ziekenhuis)	50% van de ziekenhuizen levert automatisch aan, handmatige aanlevering van de andere ziekenhuizen is gestopt	Informatie is regionaal en landelijk beschikbaar voor RCPS- en LCPS-functie.

Module kliniek - Profielpagina (ziekenhuis)	100% van de ziekenhuizen levert aan	De RAV's hebben inzage.
Module kliniek - NICU, PICU (ziekenhuis)	100% van de NICU's en PICU's levert aan	De NICU- en PICU-centra hebben onderling inzage.
Module geboortezorg	Nagenoeg alle ziekenhuizen leveren de verloskunde-capaciteit en de verloskundestops aan.	Vele verloskundepraktijken zijn aangesloten op het LPZ. Zij hebben inzicht in het geboortezorg-dashboard waarop zij de beschikbare verloskunde capaciteit en de verloskundestops van ziekenhuizen en geboortezorgcentra kunnen inzien.

Hoe is het LPZ te implementeren

In het proces van ontwikkeling en aansluiting op een module van het LPZ zijn grofweg vijf mijlpalen te onderscheiden. In figuur 1 worden deze mijlpalen weergegeven waarbij het proces in werkelijkheid veel meer iteratief is.

Figuur 1. Proces module en aansluiting LPZ



Zoals in figuur 1 te zien is, is het maken van landelijke uniforme definities van capaciteit/drukte onderdeel van het proces dat doorlopen wordt bij het ontwikkelen van een nieuwe module in het LPZ. Hierbij is landelijk draagvlak van beroepsverenigingen en/of brancheorganisaties belangrijk; zij participeren dan ook in de projectgroep.

Het LPZ biedt de mogelijkheid tot rechtstreekse handmatige aanlevering van data door zorgaanbieders. Dit kan door het LPZ en zorgverlener snel worden gerealiseerd, maar is voor de zorgverlener arbeidsintensief en heeft daarom vaak niet de voorkeur. Vaak wordt de voorkeur gegeven aan automatische aanlevering. Dit kan in de praktijk in beperkte tijd worden gerealiseerd door de zorginstelling zelf. Dit is echter wel afhankelijk van de mate van inrichting van de ICT-omgeving van de zorginstelling (c.q. soms bevatten de ECD's en/of de bronsystemen niet de mogelijkheid om beschikbare capaciteit vast te leggen). Als het systeem niet voorziet in de data voor deze aanlevering en aanpassingen in het ICT-systeem nodig zijn, kan dit leiden tot vertraging. Dit geldt ook voor die situaties dat data via een systeem van een derde partij/externe ICT-organisatie worden aangeleverd aan het LPZ. Bij het LNAZ en de regionale netwerkbureaus acute zorg kan eventueel meer informatie verkregen worden over ontwikkeling en aansluiting op het LPZ.

Advies 19: Het is voor zorginstellingen in de ROAZ-regio aan te bevelen om aan te sluiten op de al beschikbare modules van het LPZ en zodra de nieuwe modules beschikbaar zijn, hier ook op aan te sluiten en capaciteitsgegevens te gaan delen. De landelijke ambitie is om deze informatie op een zo generieke en herbruikbare manier beschikbaar te stellen (via kleine herbruikbare bouwstenen). De prioritering van deze herbruikbare bouwstenen over de verschillende vraagstukken heen is op dit moment belegd bij het Landelijk Netwerk Acute Zorg.

6. Afkortingenlijst

Afkorting	Definitie
AZN	Ambulancezorg Nederland
ANW-zorg/uren	Avond-, nacht- en weekendzorg/uren
AVG	Algemene Verordening Gegevensbescherming
DPIA	Data Protection Impact Assessment
EHDS	European Health Data Space
EPD/ECD	Elektronisch Patiëntendossier/ Elektronisch Cliëntendossier
ggz	Geestelijke gezondheidszorg
HAP	Huisartsenspoedpost
IZA	Integraal Zorgakkoord
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (artsenfederatie)
LCPS	Landelijk coördinatiepunt patiënten spreiding
LNAZ	Landelijk Netwerk Acute Zorg
LPZ	Landelijk Platform Zorgcoördinatie
Ministerie van VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
MSZ	Medisch specialistische zorg
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NICU	Neonatale intensive care unit
NTS	Nederlandse Triage Standaard
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
PICU	Pediatrische intensive care unit
RAV	Regionale Ambulancevoorziening
RCPS	Regionaal coördinatiepunt patiënten spreiding
ROAZ	Regionaal Overleg Acute Zorgketen
RSO	Regionale Samenwerkingsorganisatie
SEH	Spoedeisende Hulp
VVT	Verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg
Wabvpz	Wet aanvullende bepaling verwerking persoonsgegevens in de zorg
Wegiz	Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst
Wogaz	Wetsvoorstel opvraagbaarheid gegevens acute zorg
ZIN	Zorginstituut Nederland
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

Bijlage 1 Overzicht adviezen voor de regio's

Advies 1: Sluit aan bij landelijke trajecten, zoals Met Spoed Beschikbaar (2.0), om de gestandaardiseerde gegevensuitwisseling over zorgdomeinen en regio's heen mogelijk te maken. Het programma Met Spoed Beschikbaar ondersteunt de implementatie van de Richtlijn Gegevensuitwisseling acute zorg.¹¹ Kijk op de website van het programma als jouw organisatie mee wil doen als koploper: zorgaanbieders die samen met hun ketenpartners en ICT-leveranciers aan de slag willen met projecten waarin we nieuwe berichten gaan uitwisselen.³⁶ Of als jouw organisatie een in een koplopertraject beproefd bericht wil implementeren samen met ketenpartners en ICT-leveranciers. Zie ook paragrafen Bepalen Passende zorginzet en Coördineren zorginzet voor een nadere toelichting.

Advies 2: Het is aan te bevelen om, bijvoorbeeld middels een regionale werkgroep van zorgprofessionals en/of ICT-professionals van de betrokken organisaties, werkafspraken te maken die samenhangen met de mogelijkheden in de ROAZ-regio voor uitwisseling van patiëntgegevens. Bijvoorbeeld om te bepalen welke informatie er wel en niet wordt uitgewisseld. Het programma Met Spoed Beschikbaar kan ondersteunen met het maken van deze afspraken. Daarnaast is het Twiin Afsprakenstelsel de landingsplaats van het Landelijk vertrouwenstelsel. Twiin wordt gebruikt als set samenwerkingsafspraken voor het delen en beschikbaar maken van gezondheidsgegevens. Kijk op de website van Twiin voor meer informatie hierover.³⁷

Advies 3: In de landelijke kaders voor de keten³⁸ staat beschreven welke informatie er tussen overige zorgaanbieders (o.a. VVT en ggz) uitgewisseld kan worden. Ook op deze domeinen kunnen bestaande richtlijnen en standaarden worden toegepast.

Advies 4: Het is belangrijk om de ontwikkelingen regionaal gecoördineerd te laten plaatsvinden. Er moet tenslotte zorgaanbieder en domeinoverstijgend worden samengewerkt. Om te voorkomen dat elke zorgaanbieder zelf het wiel moet uitvinden en hier veel capaciteit in moet stoppen, zijn er enkele adviezen om zorgaanbieders te ontzorgen:

- Zorg dat verantwoordelijke ICT-projectleiders van één of meerdere verschillende zorgaanbieders in de regio goed zijn aangesloten op de regionale werkgroep zoals genoemd bij advies 1 en 2.
- Een regionale technisch coördinator kan de regionale technische planning opstellen, monitoren en waar mogelijk de technische ketentest coördineren. In sommige regio's³⁹ is hiermee al ervaring opgedaan, bijvoorbeeld door een Regionale Samenwerkingsorganisatie (RSO) in te schakelen of één van de deelnemers deze rol te laten vervullen.

Advies 5: Wanneer nieuwe technische mogelijkheden worden ingevoerd en/of werkprocessen zorgaanbieder overstijgend veranderd worden (bijvoorbeeld bij een andere inrichting van de governance), is het belangrijk om een toets op bovenstaande wet- en regelgeving als activiteit op te nemen in het transformatieplan. Met name het uitvoeren van een Data Protection Impact Assessment (DPIA) is hierin belangrijk, waarmee je kijkt naar welke impact bestaat op de informatieveiligheid en privacy. Een Security Officer en/of Functionaris Gegevensbescherming (of andere medewerker met vergelijkbare functie) van één of meerdere ROAZ-deelnemers kan hier invulling aan geven.

Advies 6: De implementatie van nieuwe communicatiekanalen, zoals zelftriage, chat of beeldbellen vraagt naast een technische implementatie ook (veel) aandacht van de organisatie. Zo verwachten burgers een snelle reactie en moet bijvoorbeeld een chat 'wachtrij' worden ingericht om dat mogelijk te maken. Daarbij zal de druk op deze functie ook samenhangen met andere factoren, zoals de telefonische wachttijd en de organisatie van de dagzorg. De inzet van een dergelijke functie vergt dus ook aandacht vanuit meerdere disciplines. Kijk voor tips en suggesties op het gebied van beeldbellen in de 'Handreiking Videoconsulten' van de KNMG⁴⁰ en het 'Praktijkplan Beeldbellen' van de NVZ⁴¹.

³⁶ [Zorgaanbieder - Met spoed beschikbaar](#)

³⁷ [Twiin Afsprakenstelsel | Twiin](#)

³⁸ [Richtlijn Gegevensuitwisseling acute zorg \(nhg.org\)](#), [Informatiestandaard Acute Zorg - Nictiz](#), [Kwaliteitskader Spoedzorgketen | Publicatie | Zorginstituut Nederland](#), [Informatiestandaard eOverdracht - Nictiz](#)

³⁹ Voorbeelden zijn 8HRK, Rijnmondnet Rotterdam, Connect4Care Kennemerland, Sigra, Sleutelnet.

⁴⁰ [Alles wat u moet weten over videoconsulten met patiënten | KNMG](#)

⁴¹ [Digitale zorg | NVZ \(nvz-ziekenhuizen.nl\)](#)

Advies 7: Maak zoveel mogelijk gebruik van een digitale triage tool, die ook geïntegreerd kan worden in het werkproces van de meldkamer, ambulance en het elektronisch patiëntendossier (EPD). De door Digizo⁴² getoetste applicaties die voor digitale triage worden gebruikt, kunnen hier een inspiratie voor zijn. Let hierbij op dat de waardebeoordeling in de praktijk vaak nog moet plaatsvinden.

Advies 8: Synchrone communicatie, zoals chats of (beeld)bellen, kosten veel (doorloop)tijd en moeten door zorgverleners worden opgenomen in de werkprocessen. A-synchrone communicatie bij de zorgvragen, zoals een digitale triage tool, zijn eenvoudiger te implementeren.

Advies 9: Traditionele telefonie via het telefonienetwerk zal naar verwachting een ingang blijven voor de spoedzorg en daardoor ook een bedrijfskritische technische functie. Dit moet dan ook robuust worden uitgevoerd. De mogelijkheid van spraakverbinding of videoverbinding vanuit een digitale triage tool kan ook voorzien in een behoefte van de zorgverlener en de zorgvrager. Het is daarom aan te bevelen om in te zetten op het ontwikkelen van beide infrastructuren en te zorgen dat ze voor de zorgverlener volledig geïntegreerd zijn.

Advies 10: Bij aanpassingen in de telefonie (bijvoorbeeld het harmoniseren van nummers of het doorschakelen ervan) is het belangrijk om de continuïteit en betrouwbaarheid hiervan goed te borgen. Er moet rekening te houden met voldoende tijd en capaciteit om dit goed door te testen, want dit betreft een specifieke discipline in de ICT die ook specifieke kennis vraagt. Ontwikkelingen met betrekking tot telefonie voor de eenduidige toegang voor burgers wordt op een later moment uitgewerkt.

Advies 11: Naast de eenduidige toegang voor burgers, is ook eenduidige toegang voor zorgverleners (bijvoorbeeld verwijzers) relevant om rekening mee te houden. Dit gaat voornamelijk vooral via de huidige regionale telefoonnummers. Het is een mogelijkheid om deze regionale telefoonnummers op termijn te harmoniseren. Zorg Coördinatie Centrum Midden-Nederland heeft hier al ervaring mee opgedaan, deze ervaringen kunnen worden gedeeld.

Advies 12: Het is aan te bevelen om in de regio afspraken te maken over het overnemen van uitkomsten van de urgentiebeoordeling en vervolgacties in de gehele keten. Als er in de regio breder gebruik wordt gemaakt van NTS kan dit hierbij helpen doordat iedereen bekend is met het systeem en de taal. Door in de regio afspraken te maken kan je vertrouwen op de uitkomsten van de triage van een andere discipline en voorkom je dat er een dubbele triage plaatsvindt. Op termijn kan worden toegewerkt naar een urgentie-indeling die bruikbaar is voor de gehele keten van zorgcoördinatie.

Advies 13: Voor zorgcoördinatie is het nodig dat ketenpartners gegevens met elkaar uitwisselen, waarbij ze elk gebruik zullen blijven maken van hun eigen systeem. Voor gegevensuitwisseling tussen de HAP-triagisten en meldkamer centralisten is dit in de Richtlijn Gegevensuitwisseling acute zorg landelijk gestandaardiseerd middels gedefinieerde berichten tussen HAP en meldkamer. De regionale werkgroep (zie advies 2) kan de implementatie van deze gegevensuitwisseling op inhoud vormgeven en het programma Met Spoed Beschikbaar kan hierbij ondersteunen. Bekijk met het programma welke mogelijkheden hiervoor bestaan met de systemen die in de regio gebruikt worden. Op de website van het programma kan je de contactgegevens vinden om met ze in contact te komen.⁴³

Advies 14: Uitwisseling van gegevens van de HAP-triagist of centralist meldkamer met de ketenpartners is landelijk gestandaardiseerd in de Richtlijn Gegevensuitwisseling acute zorg, waarvan de implementatie door het programma Met Spoed Beschikbaar wordt ondersteund. Bekijk met het programma welke mogelijkheden hiervoor bestaan met de systemen die in de regio gebruikt worden. Op de website Amigo! van Nictiz is aanvullende informatie te vinden over de implementatie van gegevensuitwisseling in de (acute) zorg en welke stappen daarbij kunnen worden genomen.⁴⁴

⁴² [Digitale triage/consultvoorbereiding - Digizo.nu](#)

⁴³ [Zorgaanbieder - Met spoed beschikbaar](#)

⁴⁴ [Home | Amigo! \(nictiz.nl\)](#)

Advies 15: Op landelijk niveau wordt in kaart gebracht hoe de Richtlijn Gegevensuitwisseling Acute Zorg kan worden uitgebreid met de acute ggz en acute VVT. Dit kent een langere doorlooptijd, terwijl de behoefte om gegevens te delen nu urgent kan zijn. Geadviseerd wordt om tot die tijd digitale uitwisseling met de ggz en VVT via regionale oplossing te realiseren.⁴⁵ Daarvoor is het noodzakelijk om in de regio na te gaan welke informatiebehoefte bij de ggz en VVT bestaat. Vervolgens kan worden bekeken hoe deze behoefte kan worden ingevuld. Hoewel in deze richtlijn en informatiestandaard staat dat deze niet van toepassing zijn voor de VVT, bestaat ook de mening dat de informatiestandaard acute zorg zoals deze nu vastgesteld is, mogelijk ook (deels) bruikbaar is voor de VVT. Het is aan de partners in de regio om te verkennen op welke wijze ze (deels) (her)gebruik kunnen maken van de richtlijn voor andere ketenpartners. Regionale voorbeelden kunnen bij andere regio's worden opgevraagd.

Advies 16: Ga na welke initiatieven voor databeschikbaarheid en/of gegevensuitwisseling bestaan in de regio en of deze ook voor zorgcoördinatie (al dan niet tijdelijk) relevant kunnen zijn.

Advies 17: Regionaal kan men verkennen op welke manier huisartsen het vastleggen van de keuze van hun patiënten kunnen bevorderen.

Advies 18: Momenteel bestaan er veel initiatieven op het gebied van gegevensuitwisseling en databeschikbaarheid, die in het proces van financieringsaanvraag zitten. Het is belangrijk om al deze initiatieven in samenhang te bezien en te beoordelen. ZN heeft de leidraad Digitale platforms, infrastructuur en databeschikbaarheid in de zorg⁴⁶ opgesteld om hier richting aan te geven. Het raadplegen van deze leidraad kan helpen om te bepalen of die aanvraag voldoet aan de gestelde criteria.

Advies 19: Het is voor zorginstellingen in de ROAZ-regio aan te bevelen om aan te sluiten op de al beschikbare modules van het LPZ en zodra de nieuwe modules beschikbaar zijn, hier ook op aan te sluiten en capaciteitsgegevens te gaan delen. De landelijke ambitie is om deze informatie op een zo generieke en herbruikbare manier beschikbaar te stellen (via kleine herbruikbare bouwstenen). De prioritering van deze herbruikbare bouwstenen over de verschillende vraagstukken heen is op dit moment belegd bij het Landelijk Netwerk Acute Zorg.

⁴⁵ Voorbeelden van dergelijke regionale initiatieven zijn bijvoorbeeld Zorgviewer, Zorgdomein en Point.

⁴⁶ <https://www.zn.nl/app/uploads/2023/06/Toetsingsproces-en-leidraad-Digitale-platforms-en-databeschikbaarheid-in-de-zorg.pdf>

Bijlage 2 Samenwerking Met spoed beschikbaar 2.0 - Zorgcoördinatie

Gegevensuitwisseling in de (acute) zorg, en in het bijzonder bij zorgcoördinatie, is van essentieel belang om een goede kwaliteit van zorg te kunnen leveren. VWS werkt samen met het programma Met spoed beschikbaar 2.0 aan het mogelijk maken van deze gegevensuitwisseling in de acute zorg. Uiteindelijk is het aan de partijen in de regio's om daadwerkelijk aan de slag te gaan met de implementatie van deze gegevensuitwisseling. Via verschillende signalen uit het veld begrijpen wij dat het voor deze partijen belangrijk is om te weten wie welke rol heeft in dit proces, hoe de samenwerking tussen de twee trajecten vorm krijgt en waarvoor je bij welk traject wel of juist niet terecht kunt. Deze informatie hebben we daarom hieronder inzichtelijk gemaakt.

Met Spoed Beschikbaar 2.0

In de Richtlijn Gegevensuitwisseling acute zorg staat welke informatie, door wie, op welk moment uitgewisseld moet worden om acute zorg voor patiënten te ondersteunen. Het programma Met spoed beschikbaar 2.0 helpt zorgverleners in de acute zorg met de implementatie van de berichten uit deze richtlijn, zodat digitale uitwisseling van medische gegevens mogelijk wordt. Het programma is in samenspraak met alle betrokken stakeholders opgesteld en vervolgens door de opdrachtgevers (VWS en ZN) goedgekeurd, met een looptijd t/m 2026. De focus van het programma Met spoed beschikbaar 2.0 ligt op het ondersteunen bij het implementeren van de berichten uit de huidige Richtlijn Gegevensuitwisseling acute zorg. Dit betreft de uitwisseling van patiëntgegevens voor de sectoren Huisartsenspoedpost (HAP)/Meldkamer ambulancezorg (MKA)/Ambulancezorg/Spoedeisende hulp (SEH)/Huisarts (HA). Concreet biedt het programma Met spoed beschikbaar 2.0 op de volgende manier ondersteuning aan zorgaanbieders:

- Prioritering van berichten in samenwerking met de Expertgroep, waar vertegenwoordigers van de beroepsgroepen in de acute zorg zitting in hebben. Deze prioritering bepaalt de volgorde van implementatie;
- Koplopers. Het programma Met spoed beschikbaar 2.0 biedt ondersteuning aan koplopers (combinatie van zorgaanbieders en leveranciers die een nieuw bericht willen beproeven). Vanuit een multidisciplinair team is ondersteuning op het gebied van procesontwerp, werkafspraken, techniek, instructie en gebruik. Inzichten en resultaten van koploperprojecten zullen actief worden gedeeld met andere regio's;
- Brede uitrol. Daarnaast biedt het programma ondersteuning aan zorgaanbieders die reeds beproefde berichten willen implementeren. Een team van implementatieadviseurs biedt in samenwerking met ROAZ-regio's, RSO's en eventuele andere regionale organisaties, de zorgaanbieders ondersteuning in de implementatie van de berichten: aanpassen werkprocessen, opstellen werkafspraken, regelen techniek en instructie en communicatie. Om implementatie te versnellen worden netwerktafels en webinars georganiseerd waar zorgaanbieders *lessons learned* met elkaar kunnen uitwisselen. Tevens is er ter ondersteuning een toolkit met relevante proces- en ontwerputwerkingen, stappenplannen etc;

Hierbij borgt het programma aansluiting op landelijke ontwikkelingen.

De scope voor Met spoed beschikbaar is de Richtlijn Gegevensuitwisseling acute zorg. De sectoren acute VVT en acute ggz staan daar (nog) niet in waardoor deze sectoren (vooralsnog) niet worden meegenomen in het programma Met spoed beschikbaar 2.0.

Zorgcoördinatie

Zorgcoördinatie wordt breed geïmplementeerd voor de hele acute (niet-levensbedreigende) zorgketen. Het projectteam zorgcoördinatie van VWS is een werkgroep gestart om het delen van gegevens die noodzakelijk zijn voor zorgcoördinatie in goede banen te leiden. Deze werkgroep maakt inzichtelijk wat er kan en nodig is op het gebied van het delen van gegevens met de scope zorgcoördinatie. Hierin acteren zij informerend en agenderend richting regionale en landelijke partijen. Voor de implementatie van de uitwisseling van patiëntgegevens voor de sectoren HAP/MKA/Ambulancezorg/SEH/HA sluit zorgcoördinatie aan bij reeds lopende trajecten, zoals het programma Met spoed beschikbaar 2.0. De relevantie informatie van het programma Met spoed beschikbaar 2.0 is ook opgenomen in dit Handvattendocument 'Digitale ondersteuning Zorgcoördinatie'. Voor de overige sectoren, zoals de acute VVT en acute ggz, gaat zorgcoördinatie inventariseren wat het startpunt is op het gebied van gegevensuitwisseling en welke stappen (op korte termijn) nog gezet moeten worden. Hier volgt op een later moment communicatie over.

Samenwerking

Het programma Met spoed beschikbaar 2.0 en projectteam zorgcoördinatie onderstrepen allebei het belang van gegevensuitwisseling in de acute zorg en willen zorgprofessionals ondersteunen om

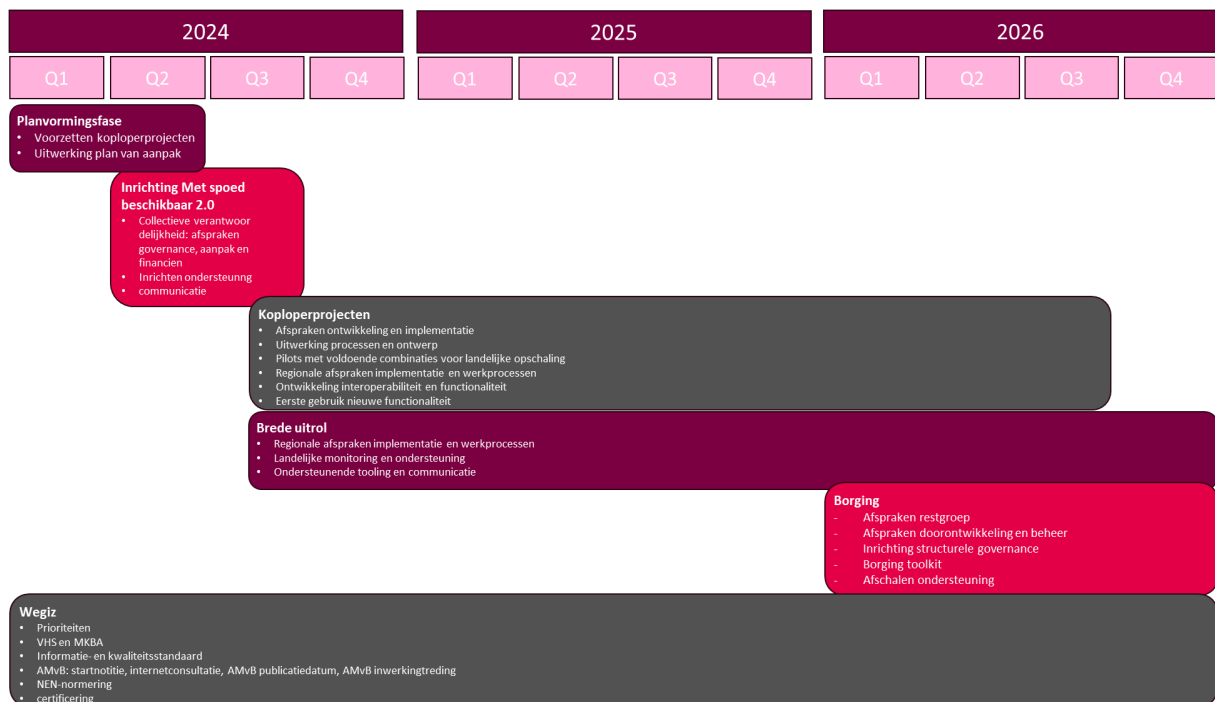
dit mogelijk te maken. Een goede samenwerking tussen de trajecten is daarom essentieel. Concreet zijn hierover de volgende afspraken gemaakt:

- Vanaf september 2024 hebben de twee trajecten maandelijks een bijpraat-moment om ontwikkelingen met elkaar te bespreken.
- Bij de bijeenkomst van de werkgroepen Patiëntgegevens en Technische Infrastructuur van zorgcoördinatie op 10 september 2024 sloot een vertegenwoordiging van het programma Met spoed beschikbaar 2.0 aan. Afstemming vindt plaats over meer structurele betrokkenheid bij de werkgroepen.
- Communicatie naar het veld wordt onderling afgestemd en waar nodig in gezamenlijkheid opgepakt.

Planning

Met spoed beschikbaar 2.0

Het programma Met spoed beschikbaar 2.0 loopt t/m 2026. In die periode ziet de planning er als volgt uit:



Zorgcoördinatie

Vanaf oktober 2024 gaan de werkgroepen Patiëntgegevens en Technische Infrastructuur aan de slag met het inventariseren wat er nodig is voor de lange termijn op het gebied van het uitwisselen van patiëntgegevens en de technische infrastructuur voor zorgcoördinatie. Hier volgt op een later moment communicatie over.

Vragen?

Voor vragen over het programma Met spoed beschikbaar 2.0 kun je contact opnemen via metspoedbeschikbaar@ictu.nl.

Voor vragen over zorgcoördinatie kun je contact opnemen via zorgcoördinatie@minvws.nl.