

Vraagarticulatie Optimalisatie gegevensuitwisseling arts VG – huisarts

Deelproject A: HIS-HIS

Addendum optie HIS-HIS, 15-06-2026, versie 0.8
(conceptversie)



Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	3
1.1 Aanleiding en context	3
1.2 Huidige situatie samenwerking arts VG en huisarts	3
1.3 Huidige situatie dossiervoering en gegevensuitwisseling	4
1.4 Beproeven van oplossingsrichtingen	4
1.5 Uitgangspunten deelproject A - HIS-HIS	4
2. Vraag voor beproeving.....	6
2.1 Introductie.....	6
2.2 Laag 1: Organisatie.....	6
2.3 Laag 2: Zorgproces	6
2.3.1 Gewenste aanvullende functionaliteit.....	8
2.4 Laag 3: Informatie	8
2.4.1 Doorkijk naar de toekomst (buiten scope van dit project)	8
2.4.2 Standaarden	9
2.5 Laag 4: Applicaties	9
2.5.1 Vereisten	9
2.5.2 Wensen	9
2.6 Laag 5: IT-infrastructuur	9
2.6.1 Uitwisselingsinfrastructuur	9
2.6.2 Authenticatie	10
2.6.3 Autorisatie	10
2.6.4 Toestemming	10
2.6.5 Inzage ter zake uitwisseling	10
2.6.6 Lokalisatie	10
2.6.7 Adressering.....	10
Bijlage 1: Kernoverzicht art VG- huisarts	11

1. Inleiding

1.1 Aanleiding en context

In september 2024 is het [Convenant Medisch Generalistische Zorg \(MGZ\)](#) ondertekend. Met dit convenant borgen ActiZ, InEen, LHV, NVAVG, Verenso, VGN en ZN de beschikbaarheid en toegankelijkheid van MGZ voor mensen met een indicatie voor langdurige zorg (Wlz).

Om een deel van de afspraken uit het convenant te concretiseren en implementeren is in opdracht van VWS, directie Langdurige Zorg een project gestart om de mogelijkheid van het verbeterd ontsluiten en uitwisselen van (medische) gegevens tussen huisarts en arts verstandelijk gehandicapten (hierna te noemen arts VG) te verkennen en om daarna bij te dragen aan de realisatie. Stichting ICTU voert dit project uit in samenwerking met NVAVG, VGN en NHG en InEen.

Onderdeel van het project is het initiëren en begeleiden van pilots in de gegevensuitwisseling tussen arts VG en huisarts. Dit document bevat een beschrijving van de (functionele) wensen van gebruikers in deze pilots.

1.2 Huidige situatie samenwerking arts VG en huisarts

Mensen met een verstandelijke beperking hebben typisch te maken met een huisarts die de reguliere generalistische medische zorg levert en de arts VG die specialistische medische zorg levert die gerelateerd is aan de verstandelijke beperking. Huisarts en arts VG werken dus complementair aan elkaar en hebben ieder een eigen expertisegebied. De samenwerking tussen huisarts en arts VG verschilt per regio en per gehandicaptenzorgorganisatie. Daarnaast verleent een waarnemend huisarts op een huisartsenpost de generalistische zorg in de avond, nacht en weekend uren.

Enkele cijfers over de VG-zorg in Nederland

- Er zijn ongeveer 142.000 mensen met een verstandelijke beperking waarvan zo'n 47.000 cliënten die zorg met behandeling ontvangen. Ook bij de overige circa 95.000 mensen met een verstandelijke beperking zijn vaak een huisarts en een arts VG betrokken.
- Mensen met een verstandelijke beperking maken 1,7 keer vaker gebruik van de huisartsenpost dan de algemene populatie.
- Er zijn ongeveer 300 artsen VG in Nederland. Zij werken samen met een veelvoud aan huisartsen (ongeveer 13.000).

1.3 Huidige situatie dossiervoering en gegevensuitwisseling

Op dit moment kan worden geconstateerd dat de gegevensuitwisseling tussen artsen VG en huisartsen niet optimaal functioneert. Daar waar de gegevensuitwisseling tussen huisarts (HIS) en huisartsenpost (HAPIS) via het LSP verloopt op basis van de landelijk [richtlijn](#) voor waarneemgegevens en breed is geadopteerd, leunt de uitwisseling tussen arts VG en huisarts nog veel op lokale afspraken en gebruik van oplossingen als medvri (edifact), zorgmail en het telefonisch nabellen. Van een goed functionerende landelijk gestandaardiseerde gegevensuitwisseling is in deze nog geen sprake.

VG-organisaties faciliteren hun artsen VG met een HIS of ECD om de medische dossiervoering te kunnen uitvoeren voor hun VG patiënten. Als artsen VG hun medische dossiervoering in een ECD vastleggen, is er op dit moment (nog) geen mogelijkheid om mee te draaien in de gegevensuitwisseling zoals nu tussen huisartsen en huisartsenposten verloopt met waarneemsamenvattingen en waarneemverslagen. Zowel de voor de uitwisseling gebruikte infrastructuur (LSP/aorta) als de HL7 standaard (HL7 V3) wordt nu niet door de ECD leveranciers ondersteund.

Maar ook als VG-organisaties ervoor kiezen om de artsen VG te laten werken in een HIS en er een LSP/Aorta koppeling is ingericht, functioneert de gegevensuitwisseling vaak niet naar wens. De oorzaken van het niet (goed) functioneren van gegevensuitwisseling tussen het HIS van een huisarts en het HIS van een arts VG lijken uiteenlopend te zijn en het lukt in de praktijk nog onvoldoende om hier een structurele en betrouwbare oplossing voor te vinden.

1.4 Beproeven van oplossingsrichtingen

Binnen het project “Optimalisatie gegevensuitwisseling arts VG – huisarts” gaan we binnen een twee deelprojecten op zoek naar oplossingen voor het nog niet goed functioneren van de digitale gegevensuitwisseling tussen artsen VG en huisartsen. We maken daarbij onderscheid tussen twee situaties:

- Deelproject A: Hierbij gebruiken de arts VG en de huisarts allebei een HIS voor de medische dossiervoering.
- Deelproject B: Hierbij gebruikt de arts VG een ECD voor de medische dossiervoering en werkt de huisarts in een HIS.

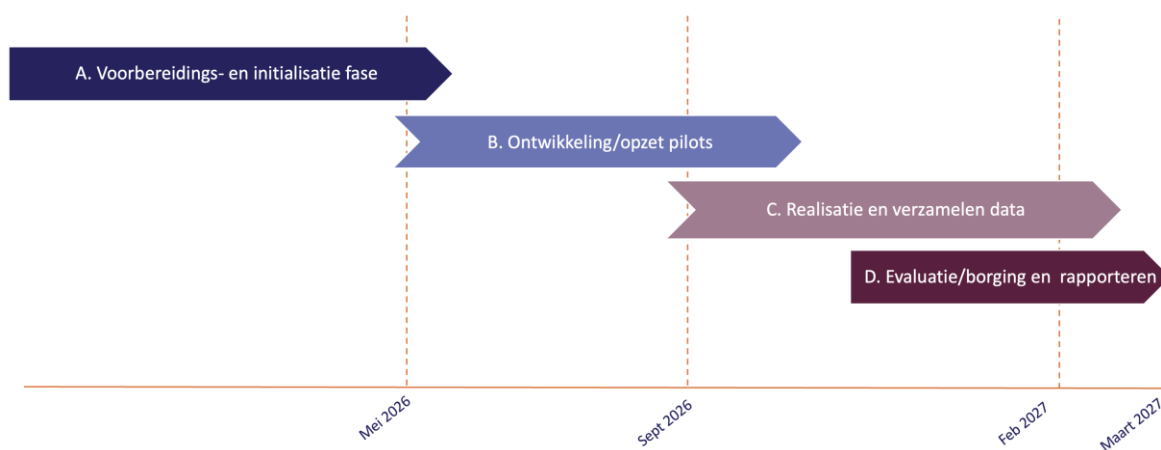
De beproevingen en uitkomsten van beide deelprojecten vormen de opmaat naar een situatie waarin databeschikbaarheid tussen artsen VG en huisartsen straks geborgd is ongeacht de keuze voor de applicatie (ECD, HIS of anders) en infrastructuur (LSP/Aorta, NUTS of anders).

In deze vraagarticulatie zoomen we verder in op **deelproject A**, waarin de focus ligt op gegevensuitwisseling tussen het HIS van de artsen VG en het HIS van de huisarts. Voor deelproject B is een aparte vraagarticulatie opgesteld.

1.5 Uitgangspunten deelproject A - HIS-HIS

De volgende uitgangspunten zijn geformuleerd voor deelproject A - HIS-HIS:

- De vaste arts VG en de huisarts zijn beide brondossierhouder. Zij wisselen onderling de relevante medische gegevens uit zodat beide brondossier up to date zijn.
- De arts VG respectievelijk de huisarts wisselen zelf gegevens uit met hun eigen achterban, bijvoorbeeld de waarnemend artsen
- De beproeving heeft als doel om eerste resultaten te boeken op basis van reeds beschikbare gegevensset, functionaliteit in HIS-en en bestaande infrastructuur.
- In deelproject A: HIS-HIS zal zo min mogelijk nieuw ontwikkeld worden en ligt de focus op het optimaliseren van bestaande processen en het doen van kleine aanpassingen zodat bestaande gegevensuitwisseling tussen huisarts en HAP ook voor artsen VG stabiel functioneert.
- Focus op het gebruiken van de reeds bestaande gegevensset (richtlijn gegevensuitwisseling huisarts en huisartsenpost (Hap) en werkende infrastructuur die reeds door HIS leveranciers is ingebouwd¹.
- Er wordt geen definitieve keuze gemaakt met betrekking tot de infrastructuur. Er wordt voor de duur van het deelproject A: HIS-HIS gekozen voor het gebruik van het LSP/Aorta als infrastructuur. In de eindevaluatie van het deelproject wordt deze voorlopige keuze geëvalueerd.
- Om gestandaardiseerd gegevens tussen artsen VG en huisartsen uit te wisselen, is het van belang om gestructureerd en gestandaardiseerd dossiervoering te doen.
 - o Uitgangspunt is dat deze gestandaardiseerde vastlegging aan de kant van de huisarts op orde op basis van het [HIS-referentiemodel](#) en de richtlijn “Adequate dossiervorming met het elektronisch patiëntendossier (ADEPD)”
 - o Een HIS is niet primair gemaakt voor een arts VG, waardoor elke VG-organisatie noodzakelijke aanpassingen doet in de dossiervoering. Binnen deelproject HIS-HIS wordt gewerkt met een nulmeting waarbij we samen in kaart brengen in hoeverre het gestandaardiseerd en gestructureerd dossiervoeren fit for use is voor gegevensuitwisseling. Waar nodig wordt samen met de deelnemers een verbeterplan opgesteld.
- De globale tijdslijn van het deelproject A: HIS-HIS is als volgt weer te geven (figuur 1)



Figuur 1: tijdsplanning van het deelproject A: HIS-HIS

¹ Meer informatie over deze bestaande gegevensuitwisseling is te vinden via de volgende links: [Richtlijn gegevensuitwisseling huisarts en HAP \(nhg\)](#), [ontwerp huisartswaarnemgegevens](#), [autorisatierichtlijn waarnemgegevens \(VZVZ\)](#)

2. Vraag voor beproeving

2.1 Introductie

Dit document richt zich op VG-zorgorganisaties, huisartsenpraktijken en hun IT-leveranciers om bij hen interesse te wekken voor pilots waarin sprake is van uitwisseling van medische gegevens tussen huisartsen en artsen VG. Het gaat hierbij om de uitwisseling tussen zorgorganisaties. Het gaat **niet** om uitwisselingen tussen systemen binnen een zorgorganisatie of tussen vestigingen van één zorgorganisatie.

Nictiz hanteert het nevenstaande interoperabiliteitsmodel om systematisch de aspecten te benoemen die nodig zijn voor het kunnen uitwisselen van zorggegevens. Dit hoofdstuk hanteert de indeling van dit model: elk van de volgende paragrafen beschrijft de aspecten van één laag uit het model die relevant zijn in het kader van een beproeving.



2.2 Laag 1: Organisatie

De arts VG werkt in een VG-organisatie en levert handicapgebonden generalistische zorg. Voor deze vraagarticulatie (deelproject A HIS-HIS) gaan we uit van een huisarts die in een huisartsenpraktijk buiten de VG-organisatie werkt en de niet-handicapgebonden generalistische zorg levert.

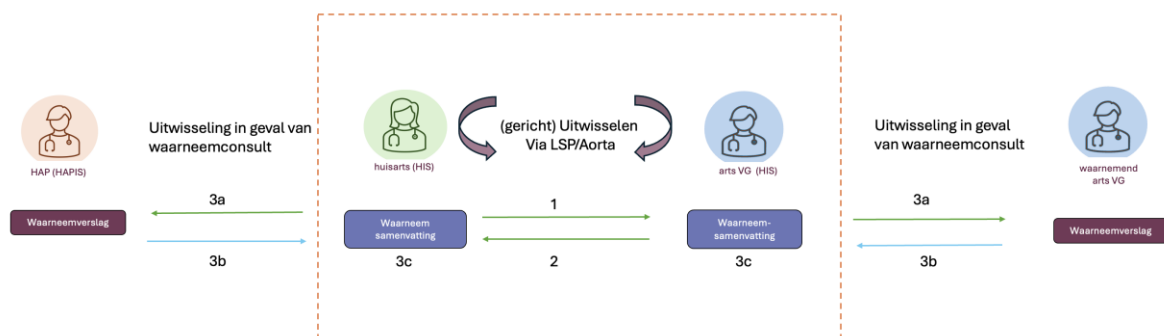
Zowel arts VG als de huisarts zijn dossierhouder voor de zorg die zij verlenen. Zij zijn allebei ook verantwoordelijk voor het bijwerken van hun patiëntdossier als zorg door een waanemend arts wordt verleend, op basis van het waarneemverslag dat ze van de waarnemend arts ontvangen.

De VG-organisatie bepaalt in wat voor soort informatiesysteem de arts VG het patiëntdossier bijhoudt. Dit is of een HIS of een ECD. De keuze van de organisatie wordt beïnvloed door factoren als mate van geschiktheid van een systeem, mogelijkheid om een integraal dossier te kunnen voeren met het verzorgend personeel van de VG-organisatie, mogelijkheid tot externe gegevensuitwisseling en kosten.

In deze vraagarticulatie gaan wij er van uit dat de art VG in een HIS werkt dat is aangeschaft door de VG-organisatie.

2.3 Laag 2: Zorgproces

Figuur 2 geeft een overzicht van de uitwisselingen die in de zorgprocessen plaatsvinden. Het patroon weergegeven in figuur 2 is vergelijkbaar met die beschreven in de zorgtoepassing Waarneemgegevens van AORTA/LSP tussen HAP en huisarts.



Figuur 2: Schematisch overzicht uitwisseling in zorgproces.

In onderstaande tabel (tabel 1) worden de informatie-uitwisselingen per deelproces weergegeven inclusief de trigger voor het starten van het proces en het resultaat

Nr.	Proces	Trigger	Resultaat na consult
1	Arts VG vraag waarneemsamenvatting op bij huisarts	Start consult	Bijgewerkt dossier arts VG
2	Huisarts vraag waarneemsamenvatting op bij arts VG	Start consult	Bijgewerkt dossier huisarts
3a	Waarnemend arts vraagt waarneemsamenvatting op bij arts	Start consult	nvt
3b	Waarnemend arts verstuurt waarneemverslag naar arts	Einde consult	Waarneemverslag is gedeeld met vaste arts
3c	De vaste arts verwerkt waarneemverslag	Notificatie	Het waarneemverslag is verwerkt in het brondossier van de vaste arts

Tabel 1: informatiestromen zoals weergegeven in figuur 2

Deelproject B focust zich op de processen die vallen binnen het oranje kader (1,2 en 3c) en laat in principe de overige processen binnen de looptijd van het project ongemoeid.

Het algemene patroon is dat een patiënt een consult heeft bij een arts VG of huisarts. De betreffende arts haalt voor of bij aanvang van het consult een patiëntsamenvatting op bij de andere vaste behandelend arts van de patiënt.

Voor een vaste arts geldt dat tijdens en na het consult het eigen patiëntdossier wordt bijgewerkt. Deze bijgewerkte versie van het patiëntdossier is vervolgens beschikbaar voor het maken van een waarneemsamenvatting wanneer die wordt opgevraagd.

Voor een waarnemend arts geldt dat deze tijdens en na het consult een waarneemverslag opstelt en deze verstuurt naar de corresponderende vaste arts.

Voor de waarnemend arts VG zijn er drie mogelijkheden:

1. De waarnemend arts VG werkt in het systeem van de VG-organisatie; hij of zij heeft een login op dat systeem, en heeft rechtstreeks toegang tot het patiëntdossier van de arts VG.

2. De waarnemend arts VG werkt in een eigen ECD; gegevensuitwisseling tussen ECD en HIS is buiten scope van deze vraagarticulatie.²
3. De waarnemend arts VG werkt in een eigen HIS; de situatie is vergelijkbaar met een waarnemend huisarts (HAP).

In deelproject A (HIS-HIS) wordt de gegevensuitwisseling tussen de waarnemend arts VG en de vaste arts VG wel verkend. Het is echter geen primair doel van dit deelproject om deze gegevensuitwisseling te realiseren cq te optimaliseren. In de eindrapportage zullen wel advies worden geformuleerd hoe deze gegevensuitwisseling bij verdere uitrol meegenomen kan worden.

2.3.1 Gewenste aanvullende functionaliteit

Aanvullend op dit patroon is het wenselijk dat de arts VG een notificatie krijgt als er een update plaatsvindt aan het patiëntdossier bij de huisarts, en vice versa.

Dit is niet expliciet uitgewerkt in de zorgtoepassing Waarneemgegevens omdat het waarneemverslag daar als antwoordbericht de signaalfunctie vormt en tegelijkertijd de inhoud van het waarneemverslag in zich heeft. Bij het opvragen van een waarneemsamenvatting tussen arts VG en huisarts (zoals weergegeven in proces 1 en 2 van figuur 1), is er geen sprake van een signaalfunctie als de andere partij nieuwe informatie registreert. Een invulling van een notificatie wil het project verkennen zodat de arts pro-actief een waarneemsamenvatting kan opvragen en daarmee het eigen dossier kan bijwerken, ook als er nog geen consult is gepland.

2.4 Laag 3: Informatie

De gegevensuitwisseling tussen arts VG en huisarts in deelproject A betreft de waarneemsamenvatting zoals gespecificeerd in de zorgtoepassing Waarneemgegevens van AORTA/LSP. De waarneemsamenvatting in de uitwisseling tussen huisarts - HAP en samenvatting zoals we beogen toe te passen in dit deelproject zijn inhoudelijk identiek en maakt gebruik van de standaard HL7 V3.

In de context van de gegevensuitwisseling tussen arts VG en huisarts dekt de term “waarneemsamenvatting” lading niet volledig; het betreft immers geen waarneemsituatie maar beide artsen zijn vaste behandelaar. Toch hanteren we binnen deelproject A (HIS-HIS) de term waarneemsamenvatting om te benadrukken dat we gebruik maken van een bestaande informatiestandaard.

In bijlage 1 van deze vraagarticulatie wordt een uitgebreider beeld geschetst hoe binnen het volledige project de gegevensset wordt gezien.

2.4.1 Uitbreidingen op waarneemsamenvatting voor VG patiënt (buiten scope deelproject A)

Huisartsen en artsen VG hebben in het voortraject van het project aangegeven gegevens aanvullend op die in de huidige waarneemsamenvatting willen kunnen uitwisselen. Binnen het project is de werkgroep

² In de vraag articulatie deelproject B – HIS-ECD wordt deze gegevensuitwisseling we besproken.

dossiervoering arts VG actief die de gewenst aanvullingen formuleert en afstemt. Deze aanvullingen moeten in de toekomst geformaliseerd worden in de vorm van een informatiestandaard. Het opstellen van een dergelijke informatiestandaard en het implementeren daarvan valt buiten de scope van dit deelproject. In deelproject B (HIS-ECD) wordt wel gewerkt aan het uitwisselen van aanvullende gegevens in opmaat naar een potentiële uitbreiding van de informatiestandaard.

2.4.2 Standaarden

Voor de looptijd van het project baseert het deelproject A zich op de standaard huisartswaarneming³ gebaseerd op HL7v3. Deze is breed geïmplementeerd door HIS- en HAPIS-leveranciers en kent een zeer hoge dekkingsgraad onder huisartsenpraktijken.

Deze standaard wordt de komende periode gemoderniseerd naar HL7 FHIR. Deze update van de standaard en de implementatie ervan door leveranciers en AORTA/LSP zal naar verwachting niet gereed zijn voor gebruik in dit project.

2.5 Laag 4: Applicaties

2.5.1 Vereisten

1. Een HIS moet een waarneemsamenvatting kunnen maken volgens de informatiestandaard. Nog niet verwerkte waarneemverslagen worden hierin integraal opgenomen.
2. Een HIS moet een waarneemsamenvatting kunnen opvragen volgens de informatiestandaard, via AORTA/LSP bij een andere HIS. De waarneemsamenvatting moet kunnen worden getoond aan de arts. Nog niet verwerkte waarneemverslagen worden integraal getoond.
3. Een HIS moet een waarneemverslag kunnen verwerken. Met verwerken wordt hier bedoeld:
 - a. Het waarneemverslag wordt digitaal ontvangen
 - b. De inhoud van het waarneemverslag wordt op basis van o.a. BSN gekoppeld aan het juiste patiëntdossier
 - c. De inhoud van het waarneemverslag wordt aan de juiste datavelden in het HIS gekoppeld en weergegeven als concept
 - d. De huisarts kan de in concept vastgelegde gegevens (al dan niet in gewijzigde vorm) accepteren en zo onderdeel van het brondossier maken
4. Bovenstaande punten 1 t/m 3 moeten kunnen worden uitgevoerd door een arts VG en door een huisarts (op basis van de BIG-rolcode).

2.5.2 Wensen

1. Een HIS moet elementen uit een waarneemsamenvatting en uit een waarneemverslag op een gebruiksvriendelijke manier kunnen laten overnemen in het eigen patiëntdossier.
2. Een HIS moet een gerichte notificatie kunnen versturen aan een andere HIS dat een patiëntdossier is bijgewerkt op onderdelen die de waarneemsamenvatting raken.
Dit lijkt nog geen onderdeel van de informatiestandaard.

2.6 Laag 5: IT-infrastructuur

2.6.1 Uitwisselingsinfrastructuur

Als uitwisselingsinfrastructuur gebruiken we AORTA/LSP op basis van de bestaande zorgtoepassing.

³ <https://www.nictiz.nl/releases/huisartswaarneming6-10-1-3/>

2.6.2 Authenticatie

Authenticatie van de handelend arts gebeurt met een UZI-pas. Zowel de huisarts als de arts VG kan een UZI-pas met eigen rolcode (huisarts, arts VG) verkrijgen.

Als andere Dezi-inlogmiddelen beschikbaar zijn kunnen die ook gebruikt worden mits de betreffende leverancier en AORTA/LSP deze geïmplementeerd hebben.

2.6.3 Autorisatie

Autorisatie gebruikt het mechanisme van AORTA/LSP, op basis van de actuele autorisatierichtlijn⁴. Deze richtlijn voorziet in het opvragen van de waarneemgegevens door de arts VG (en specialist ouderengeneeskunde).

2.6.4 Toestemming

Toestemming wordt op dezelfde manier geregeld als voor iedere andere gegevensuitwisseling via AORTA/LSP.

In de praktijk zal de toestemming veelal niet-digitaal worden vastgelegd gezien de aard van de beperkingen van VG-patiënten, en het vooralsnog ontbreken van de mogelijkheid om als wettelijk vertegenwoordiger de toestemming online te regelen.

2.6.5 Inzage ter zake uitwisseling

Logging toevoegen conform de standaard wijze (www.volgjezorg.nl) op organisatieniveau.

2.6.6 Lokalisatie

We gebruiken de verwijsindex van AORTA/LSP. De patiënt is na toestemming aangemeld in de verwijsindex door de behandelend arts VG en door de behandelend huisarts.

2.6.7 Adressering

We gebruiken de AORTA/LSP functie voor adressering.

⁴ <https://www.aorta-lsp.nl/over-aorta-lsp/autorisatierichtlijnen/autorisatierichtlijn-waarneemgegevens>

Bijlage 1: Kernoverzicht art VG- huisarts

Binnen het project Optimalisatie gegevensuitwisseling arts VG-huisarts introduceren we een nieuwe term: het “kernoverzicht arts VG- huisarts”. Dit staat voor de gegevensset (samengesteld uit zibs) die tussen een huisarts en een arts VG worden uitgewisseld om onderling de brondossiers up to date te houden.

Het kernoverzicht arts VG – huisarts is samengesteld uit onderdelen van verschillende informatiestandaarden. Zie figuur 3:



Figuur 3: overzicht onderdelen die samen het Kernoverzicht arts VG – huisarts vormen

In deelproject A HIS-HIS is het uitgangspunt dat we geen nieuwe functionaliteiten of zibs toevoegen en gebruik maken van bestaande functionaliteit en gegevenssets. De gegevensuitwisseling tussen arts VG en huisarts betreft de waarneemgegevens zoals gespecificeerd in de zorgtoepassing Waarneemgegevens via AORTA/LSP.

Concreet bestaat de set die we uitwisselen in project A (HIS-HIS) uit:

- Waarneemsamenvatting (huisarts-HAP in HL7 V3)
- Nog niet verwerkte waarneemverslagen*

In het andere deelproject (deelproject B HIS-ECD) ligt de focus op het ontwikkelen van bouwstenen voor de aanvullende gegevensset in HL7 FHIR R4. Deze aanvullende gegevensset bestaat uit informatie die specifiek relevant is voor uitwisseling bij VG patiënten en wordt uitgewerkt door de werkgroep Dossiervoering arts VG die onderdeel is van het project.

Op het moment van schrijven is de exacte samenstelling van de EHDS Patient Summary nog niet bekend. Wel wordt het bij het (door)ontwikkelen zo veel als mogelijk rekening gehouden met de EHDS (patient summary en discharge report) om desinvesteringen en de noodzaak van hetontwikkeling te voorkomen.