

Verslag digitaal themabijeenkomst over gebruikersgroepen en architectuurscenario's

Op dinsdag 26 mei vond er een digitale bijeenkomst plaats voor (aankomende) projectleiders en geïnteresseerden. Met ruim 20 mensen was het een grote opkomst.

Er stonden twee onderwerpen op de agenda: de gebruikersgroepen bij VIPP Babyconnect en architectuurscenario's. Via de chat konden er vragen gesteld worden, die bijna allemaal direct beantwoord konden worden.

Hieronder vind je de twee presentaties:

- [Presentatie gebruikersgroepen](#)
- [Presentatie architectuurscenario's](#)

Uitleg bij de gebruikersgroepen

Susan Osterop geeft een korte presentatie.

Belangrijk is dat [de gebruikersgroepen](#) is dat deze blijvend zijn. Hun rol is meekijken naar de eisen en wensen voor digitale gegevensuitwisseling in de geboortezorg. In de beleidsregel bij [VIPP Babyconnect](#) hebben de gebruikersgroepen een rol bij het toetsen van de implementatie van de outcomedoelen.

Vanuit de regio's kunnen mensen zich aanmelden voor deelname aan de gebruikersgroepen. Dit hoeft niet pas te gebeuren als je met een subsidietraject start. Juist nu gaan meedenken betekent ook wat te zeggen te hebben.

Alle gebruikersgroepen zijn nu nog digitaal. [De planning](#) voor 2020 staat gepubliceerd. Op de gebruikersdag op 17 november komen alle gebruikersgroepen bij elkaar en nemen we blikken we terug en kijken we vooruit.

Er wordt altijd een artikeltje gepubliceerd als er een gebruikersgroep bijeen is geweest, een greep hieruit:

- [Gebruikersgroep cliënten maakt kennis met PGO](#)
- [Use cases verder vormgegeven met behulp van input van zorgverleners](#)
- [Whole system in the room: een foutloze kernset aanleveren vereist goede samenwerking](#)
- [Eerste gebruikersgroepen cliënten in 2020 achter de rug](#)

Vraag; hoe zit het met de financiering van de gebruikersgroepen?

Deelnemers ontvangen vacatiegeld en reiskosten.

Vraag; hoe zit het met de governance?

Daar zijn we mee bezig in de innovatie- en beheercyclus. Het gaat om het duurzaam borgen. Dat is nog niet duidelijk in welke vorm.

Een voorbeeld van deelname is vanuit een regioanle moederraad. Vanuit de zorgstandaard wordt een moederraad ingericht, van daaruit zagen we dat door Noord Holland Noord is aangesloten bij de gebruikersgroep cliënten.

Vraag; kunnen we de namen krijgen van mensen uit de regio die nu al deelnemen aan de groepen?

Anneke Kamer, projectleider gebruikersgroepen, kan dit oppakken, maar we moeten ons wel houden aan de AVG. Dus zomaar namen vrijgeven moet eerst in overleg met de deelnemers. Dit kunnen we in volgende bijeenkomsten wel gaan vragen.

Architectuurscenario's

Toon Wezenberg geeft een korte presentatie.

In een dia licht Toon de koppeling naar TWINN toe. Het is de bedoeling dat we de netwerken aan elkaar

koppelen. De rode rand wordt als TWINN-knooppunt gebruikt; een gtk (gekwalificeerd TWINN-knooppunt). In de architectuur is het bedoeld dat er centrale knooppunten zijn in het land. Binnen de scenario's geeft Toon aan wie er allemaal en knooppunt kunnen zijn, RSO, ziekenhuis etc.

Vraag; Kunnen de verloskundige- en kraamsystemen een dvza worden?

Dit is in discussie. Zeker omdat hier hoge kosten aan zitten. Waar zit de dvza het meest efficiënt? Wij werken met een hybride model.

Dit zijn scenario's als optie. Wij bepalen niet hoe het moet, maar hoe het kan. In de regio worden eigen keuzes gemaakt. Belangrijk is dat het werkt en aan elkaar gekoppeld kan worden.

Vraag; Zijn de kosten van de DVZA-functie bekend?

Ja, die zijn wel bekend, maar daar zit een knelpunt. Deze kosten zijn zo hoog en de DVZA is nodig zorgbreed. Programmabureau Babyconnect praat met leveranciers, maar ook met VWS om dit knelpunt aan te kaarten.

Digid functie binnen dvza; dit is prijzig. Het wordt een onderdeel van beslisbomen, dus hier willen we op korte termijn inzicht in geven. We zijn bezig om deze kosten inzichtelijk te maken. Het moet wel passen binnen de totaalpakketten; framework, Medmij, TWINN etc. We zijn ons bewust van het belang van inzicht in deze kosten i.v.m. een bestuurlijke beslissing.

Vraag; Het afvallen van keuzes; is dat voorzien?

Nee; de regio kiest zelf. Afvallen is niet aan de orde; verschillende regio's kunnen verschillende keuzes hebben. De essentie hierbij is dat omdat het knooppunten zijn, alles daarop gebaseerd is. Wat er achter het knooppunt gebeurt, daar gaat bijv. Twinn niet over. Er moet een veilige verbinding zijn.

Vraag; is er een tijdslijn waarop we dit kostenoverzicht kunnen aanleveren?

Het concept is al klaar, dat zouden we kunnen delen (tijdens dit overleg). Inmiddels is [de Handreiking keuze leveranciers VIPP Babyconnect](#) gepubliceerd. Dit is een middel, maar kan nooit een volledig beeld zijn, omdat de kennis uit de regio's hier bij hoort. Het programmabureau maakt geen contracten met leveranciers, dit wordt in de regio's gedaan, dus daar zullen de onderhandelingen plaatsvinden. Het programmabureau wil en kan wel meedenken en mogelijk regio's aan elkaar verbinden, waardoor onderhandelen mogelijk nog scherper kan.

Vraag; Wanneer worden deze scenario's implementeerbaar?

De scenario's zijn al te implementeren. Regio's kunnen de mogelijkheden voor hun regio op een rijtje gaan zetten, evt. landelijke mogelijkheden er bij houden en vanuit kosten, efficiency en met de zorg kijken wat de oplossing is voor implementatie.

Vraag; Fijn om te horen dat we TWINN-lijn moeten volgen. Moeten we via TWINN-lijn ook andere gegevens gaan delen? Dus niet alleen in de geboortezorg. Dit zou schelen bij bijvoorbeeld ziekenhuis bestuurders. Bestuurders haken af, als ze straks hetzelfde nog een keer moeten doen.

De kern van de BabyConnect-oplossing is dat het gebruikt moet kunnen worden in de hele zorg en het moet kunnen werken in de hele zorg. Start in de geboortezorg vanwege de voordelen; eenheid van Taal, standaarden etc. Maar zoek zeker naar oplossingen die zorgbreed zijn.

Vraag; is er al een inventarisatie van de kosten van de viewers?

Hier wordt aan gewerkt, de conceptversie is klaar. Dit is altijd een keuze. Inmiddels is [de Handreiking keuze leveranciers VIPP Babyconnect](#) gepubliceerd.

Vraag; Hoe past het ontsluiten van data via DVZA ten behoeve van PGO's (langs de MedMij-route) in deze architectuur?

Dit past volledig. De PGO moet naar het zorg-adresboek, vindt daar de juiste zorgaanbieder, haalt daar gegevens op, via dvza. Zorgaanbieder dient met een dvza zijn gegevens te ontsluiten, zodat er een koppelvak ontstaat. Als het ziekenhuis zelf wil ontsluiten kan zij een eigen dvza voeren. De RSO heeft een verwerkersverantwoordelijkheid als daar een dvza zit.

De verwerkersverantwoordelijkheid van de RSO is discussie; er zijn nog niet veel RSO's die dit dragen. Dit zou wel kunnen helpen voor de eerste lijn. Er zijn wel bepaalde RSO's die die rol wel vervullen, maar nog niet voor de PGO, maar dat verschilt wel per regio. Daar zitten enorme verschillen in.

Vraag ; Wat gebeurt er eigenlijk om regionaal meer de totale VIPP-architectuur bespreekbaar te maken (en dus niet specifiek en alleen de architectuur voor de geboortezorg)? Zou heel waardevol zijn!

VIPP-breed architectuur zou een mooi doel zijn; ieder VIPP-programma heeft eigen voorwaarden, deze zijn niet vergelijkbaar. Qua architectuur probeer je daarin naar elkaar toe te komen. Daar is overleg over met leveranciersmanagers, en programmamanagers. Architectuur staat nog niet op de agenda, dit kan Babyconnect wel inbrengen. Susan zoekt uit hoe dat op de agenda kan komen.

Onder regie van het informatieberaad wordt een coördinatiebureau ingericht om naar samenhang van al die projecten te kijken. Dat vertaalt zich naar de architectuurdiscussie, plus de governance discussie. Er wordt over nagedacht om dit te centraliseren.

Vraag; wordt er voor Babyconnect ook een harde architectuur voorgeschreven, qua eisen?

Nee, dit is niet vastgelegd in de beleidsregel. Dit bespreek je in je regio. Het [framework](#) is de basis.

Vraag; wat is de status van de landelijke categorale dvza-oplossing verloskunde/kraamzorg?

We zijn aan het kijken of het landelijk kan; HINQ is directe oplossing, maar NUTS en Open health hub ook. De categorale gang zijn we aan het bekijken op verschillende gebieden. De eerste lijn bedienen vanuit de RSO is een droom vanuit Babyconnect. Wat we hopen voor elkaar te krijgen is de governance. De eerste lijn heeft weinig kennis over ict, daarom hebben zij een dienstverlenende organisatie hierbij nodig: de RSO.

Vraag; is er al ook al meer bekend over het stuk van medicatie en de rol van de geboortezorg in het medicatieproces?

Dit is een punt van aandacht. Voor het medicatieprogramma zien we in de viewer wel een omgeving waar dat goed gepresenteerd kan worden, maar wel op basis van relevantie. We zullen aanhaken op het programma medicatie wat al loopt; gebruiken wat al is en niet opnieuw.

Vraag; welke tijdslijn voorzien jullie voor alle genoemde onderzoeken en uitwerkingen?

In de roadmap staat de target 2022. Op korte termijn zijn er nog een aantal gangen te gaan:

- het mogelijk maken dat de technologie voor de geboortezorg beschikbaar komt
- het maken van het VIPP Babyconnect Afsprakenstelsel en
- het inrichten en gebruiken van een landelijke test- en validatieomgeving.

Deze landelijke ontwikkelingen worden voor 1 juli opgeleverd.

Usecases zijn uitgewerkt, met een overzicht wat er al in zibs is en wat in FHIR. Een overzicht is beschikbaar en dit is een groeidocument. We zoeken nu een vorm om dit te publiceren.

In Utrecht zijn ze met usecases in een werkgroep aan de slag en hier sluit het programmabureau bij aan.

Vraag; zijn usecases/ zibs al ingebouwd in de verloskundesystemen?

Nee, nog niet, maar dat komt wel. Zibs is de toekomst. Werken met zibs is de kern van Babyconnect, maar tijdelijk wordt gewerkt met viewers. De eisen van leveranciers voor zibs zijn te tijdrovend en te kostbaar, daarom wordt nu gekozen voor vertalen. D.m.v. een vertaalmachine wordt het wel geleverd in zibs/FHIR/SNOMED. Aanleveren via wat er al is. Governance van de RSO is hier wel heel belangrijk.

Vraag; Wat is de impact van het tijdspad van VIPP-5 (ziekenhuizen) op ontsluiting van geboortezorggegevens vanuit ziekenhuizen (gynaecologie)?

Ook met datgene wat beschikbaar is uit ziekenhuizen, kan vertaald worden naar dit soort gegevens. We kunnen dus ook ziekenhuizen faciliteren. Die kunnen dan in hun eigen planning om naar andere technieken, wanneer het kan. Vertaalmachine zijn tijdelijk en zetten we dan later uit. De data blijft bij het aanleverend systeem staan; registratie aan de bron, plus gegevens opvragen uit de bron. Zolang als dat niet werkt, zetten we de vertaalmachine ertussen. Dat is de essentie van Babyconnect.

Vraagt dit nog iets aan de vertalers om die gegevens uit de ziekenhuizen te kunnen vertalen?

Dat is een goed punt. Nu gaat men ervan uit dat gynaecologische zibs gewoon beschikbaar komen. Niemand had bedacht om de gegevens die nu al beschikbaar zijn, te ontsluiten; de vertaalmachine moet daar voor ingezet worden! Dus agenderen.

Vraag; waarom niet wachten totdat het wel kan? Waarom vertalers als tussenoplossing?

Het is belangrijk dat verschillende systemen in verschillende momenten gegevens op kunnen leveren. Het scherm van de zorgverlener moet gevuld zijn. Als we wachten op leveranciers, is het hun plan, dan krijg je verschillende periodes en dan zijn al die gegevens niet volledig. De vertaler kan het wel op hetzelfde moment. Het idee is, gebruik wat er is, totdat het andere mogelijk is.

Vraag; Betekent voorlopig gebruik maken van vertalers ook dat er ook weinig beschikbaar is voor PGO's tot er ZIB's uit bronsystemen kunnen worden gehaald?

Nee betekent het niet. Medmij is sterk en actief. Ook Epic is bezig om een bgz af te leveren en pgo's te kunnen bedienen. Ook in die gang zijn we geïnteresseerd. Die willen we gebruiken voor zorgverleners onderling.

Vraag; klopt het dat geboortezorg-zibs nog niet gedefinieerd zijn?

Dat klopt. Er zijn specialisten actief bij Nictiz om zibs en FHIR-profielen te maken voor de geboortezorg. Kandidaat zibs zijn al aangeboden aan het zibcentrum. Wij volgen de normale gangen zoals het aanmelden van kandidaat-zibs aan het zibcentrum. We zijn al wel aan het testen met die kandidaat-zibs.

Vraag; welke incentives zijn er voor leveranciers om de zibs te incorporeren zolang er vertaalmachines gebruikt worden? Die kunnen achterover gaan leunen.

Dat kan, maar wij denken dat alle andere zorg er ook aan gaan trekken. Het is niet het doel dat leveranciers hun systeem ombouwen naar zibs, maar dat ze leveren in zibs, dus zelf een vertaler in zetten. Dan is de vraag; kan die index gefaciliteerd worden door een RSO?

Evaluatie bij de rondvraag

Er werd veel gezegd dat deze bijeenkomst zinvol en informatief was. De mix van RSO en RSO bij elkaar is aanvullend.