

## NOTA TER BESPREKING



### Doelarchitectuur

#### 5.2 Architectuurboard Zorg

##### Algemeen

Zorgaanbieders ervaren vermijdbare lasten doordat zij betrokken zijn bij uiteenlopende elektronische gegevensuitwisselingen, waarvan het doel niet ter discussie staat, maar die ten opzichte van elkaar te veel verschillen en daardoor afwijkende en soms tegenstrijdige eisen stellen aan de zorgaanbieder.

De opgave is om die ketens in de toekomst niet meer te laten botsen maar elkaar juist te laten versterken. Dat vereist dat we het ketenperspectief verlaten en het netwerkperspectief als leidend paradigma gaan hanteren bij het inrichten van de informatievoorziening in de zorgsector. Vanuit het netwerkperspectief bezien, wordt een grotere variëteit aan interacties gefaciliteerd. Door te focussen op het beschikbaar en toegankelijk maken van gegevens (hergebruik en meervoudig gebruik in meerdere netwerken, met data bij de bron) kunnen meerdere technieken naast elkaar bestaan.

De doelarchitectuur biedt een richting gevend perspectief waar je langer en breder op kunt doorgaan en ondersteund bij het maken van keuzes.

##### Advies AB aan het IB

De Architectuurboard Zorg (AB) adviseert het Informatieberaad (IB) om de twee gevraagde principe besluiten over te nemen:

1. Scenario Zorgbreed.
2. Harmonisatie op registratieniveau.

Ondersteunend daaraan adviseert de AB het IB om:

1. Het **netwerkperspectief** als leidend paradigma te hanteren.
  - a. Dit past bij een **zorgbrede** aanpak.
  - b. Maak afspraken over **initiële bekostiging van de transitie** (ipv steeds in losse componenten te investeren, waarvan we niet weten hoe die in het breder geheel en naar de toekomst toe passen), de **transitieperiode** en **beleidsconsistentie** (koers houden).
  - c. Breng elk initiatief dat hedendaagse problemen oplost in perspectief van het bredere geheel zodat naar toekomst toe gewerkt wordt en geleerd wordt van wat daar gebeurt. Geef daarbij kaders mee aan de ontwikkelaars.
2. Het **beschikbaar** en **toegankelijk** maken van data als leidend principe hanteren (FAIR data).
  - a. Breng de ambitie tav de harmonisatie van informatiemodellen omhoog: kies voor **registratie** en dus **hergebruik van gegevens** en beperk die niet tot kernsets (ketendenken).
  - b. Laat werken aan een bovenliggende, gemeenschappelijke **ontologie** waardoor zorgaanbieders in staat zijn de eigen taal te blijven spreken en toch met anderen te kunnen communiceren (eenduidigheid van begrip).
3. Geef het ontwerpteam een **vervolgopdracht** om verdere uitwerking te geven aan het stuk mbt:
  - a. De voorgestelde uitwerkingen tav:
    - i. Ontzorgen van zorgverleners bij gestructureerde registratie;
    - ii. Vinden en adresseren van zorgverleners;

**5.2 DATUM**  
6 november 2020

**OPGESTELD DOOR**  
Secretariaat  
Architectuurboard Zorg

**AFGESTEMD MET**

**BIJLAGE(N)**

- 
- iii. Uitwisseling direct met elkaar en/of via knooppunt (ontzorgpunten, DVZA's).
  - b. Wat wordt de lijn en welke stappen richting transformatie ga je zetten?
  - c. Op welke hoofdthema's afspraken nodig zijn? Bijv.:
    - i. Vereist het werken met netwerken api-technologie?
    - ii. Welke standaarden gebruiken we?
    - iii. Hoe organiseren we toegang tot en vindbaarheid, vertrouwen, veiligheid en traceerbaarheid van gegevens?
    - iv. Welke gemeenschappelijke voorzieningen zijn eventueel nodig?
    - v. Welke certificaten moeten gebruikt worden?
  - d. Gevolgen voor de DIZRA.

#### **Toelichting op het advies van de AB**

De discussie over de doelarchitectuur lijkt gekaapt door direct drie vragen beantwoord te willen hebben. Daarmee vertroebelt het gesprek. Het resultaat biedt handvatten om criteria en richtlijnen op te stellen om daarna antwoorden op de drie vragen te geven. Document kan sterker worden door vanuit de scenario's de concrete vragen te beantwoorden.

Vanuit het denken in ketens en programma's wordt veel van bottom-up en met hoge snelheid ontwikkeld. Daarbij is de intentie om dingen goed af te stemmen, maar er zullen andere vragen moeten worden gesteld om het goed te regelen. Van hen wordt verwacht om specifiek probleem snel op te lossen, zonder dat er goed genoeg naar de verschillende varianten te kijken. De programmadoelstelling krijgt prioriteit over het groter geheel. Aan infrastructurele kant ontbreekt daarbij een modelkeuze. De AB omarmt de netwerkgedachte en de denktrant van generieke uitgangspunten voor de technische oplossing. Als vanuit netwerkzorg wordt gedacht, kunnen we veel beter integraal afspraken maken. Waarbij gebruik gemaakt kan worden van generieke componenten en standaarden en specifiek waar nodig. Immers, de meeste randvoorwaarden voor het beschikbaar maken van gegevens zijn niet (zorg) specifiek. Ipv het aan elkaar knopen van allerlei specifieke elementen hetgeen in de keten misschien nog lukt, maar in netwerken zal vastlopen. Door beter af te stemmen en vanuit netwerkperspectief te benaderen, is het voor zorgaanbieders, beheerders en leveranciers makkelijk om te gebruiken. Als zorg aan het vernetwerken is dan is dat het perspectief ipv ketendenken (voorspelbaar, vaste set, voor bepaald doel een serie afspraken) het denken in netwerken (meerdere doelen, afspraken). Ter voorkoming van een veelheid van niet op elkaar afgestemde ketentjes die zelfstandig functioneren, maar niet als geheel.

Het gaat hierbij om zorgbrede afspraken en standaarden op generieke en specifieke onderdelen. Het netwerk wordt gefaciliteerd omdat een aantal functies boven het niveau van grote partijen, regio's of leveranciers uitstijgen. Probleem van bewust verkavelen is dat vanuit bepaalde invalshoeken benaderd je scherpe lijnen kunt trekken, maar de meeste zorgverleners vallen in diverse kavels. Optelsom is dat je te maken hebt met afspraken die onnodig verschillen. Onze kavels zijn te fluide om bewuste verkaveling te kiezen (kavels zijn onvergelijkbaar op inhoud en organisatie, maar ook onderdeel van vele veranderingen). Alle verkavelingen gaan tot problemen leiden.

Met betrekking tot infrastructurele keuzes is randvoorwaardelijk om op het niveau van organisatie (van het interoperabiliteitsmodel) afspraken te maken over ieders verantwoordelijkheid, de zorgbrede standaarden te beschrijven obv open (internationale) standaarden en de implementatie van de afspraken op het niveau van techniek aan de markt te laten. Rekening houdend met internationale ontwikkelingen en internettechnologie. Het is volstrekt logisch om technologieën, standaarden en voorzieningen te bekijken die al elders (buiten zorg, internationaal) worden gebruikt. Als iets niet voorhanden blijkt, dan

---

kan ervoor worden gekozen zelf te ontwikkelen. Maar dan wel zo breed mogelijk (niet geënt op specifieke toepassing, maar op genericiteit (en eventueel toepasbaar buiten de zorg). De keuzes moeten net zoals de afspraken gemaakt worden op een hoger niveau (organisatie) dan waar nu voornamelijk vanuit de programma's de keuzevorming plaatsvindt (technische informatie/applicatie/infrastructuur niveau). Bovendien is het zoals hierboven beschreven onmogelijk om het per programma te regelen, dit moet altijd één of twee niveaus hoger.

De doelarchitectuur zou een basis moeten zijn voor een high level roadmap. Duidelijk moet worden gemaakt wat de consequenties zijn voor de lopende programmering. Met andere woorden: gaan we de verbouwing anders doen, of kunnen we daarmee verder werken rekening houdend met noodzakelijke aanpassingen richting toekomst. Afspraken over de transitie zijn nodig. Die geven helderheid over welke stappen gemaakt moeten worden passend bij de lange lijn. Zodat prioriteiten kunnen worden aangegeven. Dat biedt houvast en voorkomt desinvesteringen (inspanning en geld). Voorwaarde is wel dat er minder vrijblijvendheid en meer regie komt. Een gezaghebbende partij moet regie op de transitie roadmap houden vanuit koersvastheid, sturing informatiestelsel en financiën. Het gaat om majeure veranderingen die bij grilligheid resulteren in verlies van draagvlak. Afdwingbaarheid is nodig om de langere termijn afspraken te borgen. Als we goede afspraken maken over de transitie, het op een beheerste manier doen en geduld hebben, komen we veel verder dan de wijze waarop we nu de vraagstukken oppakken.

Harmonisatie van informatiemodellen is uiterst complex. Het is een doodlopende weg om één informatiemodel te willen maken en te implementeren. De AB acht het beter haalbaar om te kiezen voor een beschrijving van de betekenis van de data die wordt geregistreerd. Dit kan in de vorm van een ontologie. De AB kiest niet voor het aanpassen van alle informatiemodellen, maar kiest dat we alle informatiemodellen kunnen begrijpen in de termen van de ontologie. Belangrijk is daarom dat we afspraken maken over de ontologie en fasering van beschikbaarheid. De ambitie is de toegang tot en beschikbaarheid van gegevens die we kunnen begrijpen en interpreteren. Daarin moeten we ons niet (laten) beperken. Daarmee realiseren we interoperabiliteit en hergebruik.

Beschikbaarheid van gegevens is nodig voor de netwerkgedachte. Dat kan door middel van linked data op basis van een bovenliggende, gemeenschappelijke ontologie. Met het voorstel voorkeursscenario stel je zorgaanbieders in staat de eigen taal te blijven spreken en toch met anderen te kunnen communiceren. Dus niet steeds moeite doen om een andere taal te leren. Talen en dialecten blijven toch wel bestaan. Een keuze voor een basisset (keuze 4) lijkt makkelijk, maar zal nooit het eindstation zijn. Een gemeenschappelijke taal begrijpen betekent niet dat we dezelfde taal hoeven te spreken. Het gaat erom dat we de taal van een domein begrijpen. Toegang hebben tot zaken die in de taal van een ander domein zijn vastgelegd, is makkelijk als jij die taal ook begrijpt en kan omzetten naar je eigen definities.

#### ***Relatie tot DIZRA***

De doelarchitectuur werkt versterkend ten opzichte van de DIZRA. Een verdere uitwerking van de doelarchitectuur geeft invulling aan de DIZRA.

#### **Belangenverklaring**

Voorafgaand zijn de belangen van de Architectuurboardleden kenbaar gemaakt. De verschillende belangen zijn gewogen en hebben geleid tot uitsluiting van advies van een boardlid.