

Q&A Webinar

Digitale gegevensuitwisseling geboortezorg 13 juli 2026

Worden de echo gegevens uit de verloskundigeninformatiesystemen (VISen) ook al gepubliceerd?

Vanuit Onatal worden de echogegevens beschikbaar gesteld. Deze zijn te raadplegen via het geboortezorgoverzicht in de viewer.

Vanuit Vrumun wordt het echoverslag als document beschikbaar gesteld aan de viewer.

Vanuit Orfeus worden de echogegevens nog niet beschikbaar gesteld.

Er werden 3 softwareleveranciers van de kraamzorg genoemd, maar er zijn er 4; namelijk als vierde Healthsoft.

Dat klopt. Healthsoft heeft zich afgelopen week (opnieuw) aangemeld voor aansluiting op de digitale gegevensuitwisseling in de geboortezorg. Eerder had dat nog geen prioriteit, omdat er nog geen kraamzorgorganisaties met deze software werkten. Nu dat inmiddels wel zo is, gaat Blinkz samen met RSO Nederland, de RSO's, HINQ, Nictiz en natuurlijk Healthsoft zelf een stappenplan opstellen voor aansluiting van Healthsoft en de kraamzorgorganisaties die met Healthsoft werken. Als duidelijk is wat hiervoor nodig is, wordt dit meegenomen in de prioritering van doorontwikkelwensen.

Is inmiddels ingeregeld dat ik kan zien of iemand uit een andere organisatie mijn dossier ingezien heeft

Inzage in de geboortezorgviewer wordt vastgelegd in een logging-systeem. Daardoor kan altijd worden achterhaald wie wanneer welke informatie heeft ingezien. Deze informatie wordt echter op de achtergrond verzameld en is niet direct zichtbaar voor de zorgverleners. Het is wel zo dat een zorgverlener alleen inzage heeft in het dossier als er een behandelrelatie is.

De wens om in te kunnen zien dat een dossier is geraadpleegd en door wie. Dit staat op de lijst van doorontwikkelwensen en wordt van daaruit meegenomen in de prioritering voor de ontwikkelagenda. HINQ heeft hiervoor inmiddels een functionaliteit ontwikkeld waarmee zichtbaar wordt welke zorgverleners binnen het zorgnetwerk een dossier hebben ingezien. Deze functionaliteit is niet primair bedoeld als loggingvoorziening, maar ondersteunt ook het inzicht in de betrokken zorgverleners en stimuleert de wederzijdse uitwisseling van relevante gegevens binnen het zorgnetwerk. De verdere

beschikbaarstelling hiervan volgt via de reguliere doorontwikkeling van de geboortezorgviewer.

Is er een onderscheid in de kosten voor Blinkz en de RSO's?

Ja. Binnen de structurele bekostiging voor het Duurzaam Informatiestelsel Geboortezorg (DIG) is onderscheid gemaakt tussen verschillende kostensoorten. De vergoeding is bedoeld voor de kosten van de viewer, de beheerkosten van de RSO en de landelijke kosten van Blinkz. Deze onderdelen maken gezamenlijk deel uit van de vaste DIG-component binnen de structurele bekostiging. Hoe de geldstroom precies wordt ingericht – waaronder de verdeling van de vergoeding tussen de betrokken partijen – wordt momenteel nog verder uitgewerkt.

Wat als je cliënt geen toestemming geeft voor het delen van haar gegevens?

Voor het delen van gegevens moet toestemming gegeven worden voor de cliënt. Je hebt als zorgverlener een informatieplicht. Dit betekent dat je de cliënt duidelijk moet [informer](#)en over de toestemming die je vraagt. Informatie voor de cliënt over met welke zorgverleners gegevens gedeeld worden en waarom is o.a. beschikbaar in de folder Zwanger! <https://www.pns.nl/documenten/folder-zwanger>.

Als de cliënt aangeeft dat [gegevens](#) niet gedeeld mogen worden, worden er met geen enkele zorgorganisatie gegevens gedeeld. De cliënt kan niet kiezen tussen specifieke zorgorganisaties. Het is een 'alles-of-niets' principe: ofwel alle gegevens worden gedeeld met alle relevante zorgverleners, ofwel helemaal niet.

Als de client geen toestemming geeft voor het delen van gegevens, moet zij er zelf voor zorgen dat andere zorgverleners op de hoogte zijn van belangrijke informatie, maak hiervoor afspraken binnen je VSV.

Cliënten mogen er altijd voor kiezen hun gegevens niet (meer) te delen, de bevraagde organisatie kan dan de toestemming intrekken. De gegevens zullen in dat geval niet meer in de viewer te zien zijn.

Wanneer en op wat voor manier gaat de client aansluiten?

'Ivido' wordt momenteel gekwalificeerd als PGO-gegevensdienst voor de geboortezorg. Dat lijkt bijna afgerond: voor echogegevens is het afgerond, voor verloskundegegevens staan er nog slechts 2 van de oorspronkelijk 45 punten open en voor de kraamgegevens is de kwalificatiespecialist van Nictiz bezig met het afronden van de laatste punten. Wanneer Ivido gekwalificeerd is, zullen we dat communiceren.

Kunnen jullie iets meer vertellen over het concept uniform toestemmingsformulier? Hoe gaat deze de zorgverlener ondersteunen?

Het initiatief voor een uniform toestemmingsformulier is juist bedoeld om zorgverleners te ondersteunen bij het informeren van cliënten en het vragen en registreren van toestemming voor gegevensuitwisseling, naast de bestaande materialen zoals <https://www.pns.nl/documenten/folder-zwanger> en de [Babyconnect Clientfolder](#).

Vanuit verschillende VSV's en zorgverleners is aangegeven dat het soms lastig is om hierover het gesprek met cliënten te voeren. Er leven vragen als: welke zorgverleners kunnen de gegevens precies inzien, welke gegevens zijn dat en met welk doel worden deze gedeeld? Ook verschilt de manier waarop toestemming wordt uitgevraagd en toegelicht momenteel tussen regio's.

Om zorgverleners hierin te ondersteunen, wordt gewerkt aan een uniform toestemmingsformulier met een bijbehorende toelichting. Dit is nu dus nog in concept en wordt door een privacy jurist beoordeeld. Daarnaast wordt een flyer ontwikkeld voor zowel cliënten als zorgverleners. Deze materialen gaan hopelijk helpen om het gesprek over toestemming op een eenduidige en begrijpelijke manier te voeren en de registratie van toestemming te ondersteunen.

Wat als je als vsv geen gebruik wil maken van structurele bekostiging?

Als je als VSV geen gebruik wilt maken van structurele bekostiging dan kun je geen aanspraak maken op de vergoeding van de DIG kosten.

Het niet aanvragen van structurele bekostiging ontslaat het VSV echter niet van de verplichtingen, zoals vastgelegd in het VSV-basiskader. Bekostiging hiervoor zal dan op een andere manier moeten worden opgehaald. Zie ook het onderwerp '**Structurele bekostiging**' (pagina 7) in deze FAQ.

Waar loopt de toestemmingsregistratie bij ziekenhuizen nu op vast? Ik begreep dat hier vaak problemen mee zijn.

Het heeft vooral te maken met onbekendheid hoe het gesprek aan te gaan en hoe de toestemming vast te leggen. Daarvoor zijn handouts (handleidingen) gemaakt, die zorgverleners helpen om in hun eigen informatiesysteem hun weg te vinden: [Kennisdelen - Blinkz.nu](#). Om te weten hoe je het gesprek aan moet gaan, daar kunnen collega-zorgverleners in het netwerk mee helpen. Bij verloskundigen gaat het vastleggen van toestemming namelijk veel beter. Ga er binnen het VSV dus vooral het gesprek over aan, of kaart het aan in het regionale overleg met de RSO. Zie ook de eerdergenoemde informatie voor de cliënt over met welke zorgverleners gegevens gedeeld worden: <https://www.pns.nl/documenten/folder-zwanger> en de [Babyconnect Clientfolder](#).

Wie beheert de 55000 voor de VSV's? Waar komt dat geld vandaan?

De VSV's ontvangen het geld van de zorgverzekeraars via de structurele bekostiging. De gesprekken hierover worden gevoerd tussen het VSV en de preferente zorgverzekeraar. De overige zorgverzekeraars zullen die afspraken volgen en nemen het 'fair share' conform hun marktaandeel voor hun rekening (iedere zorgverzekeraar betaalt voor het deel van de cliënten dat bij hem verzekerd is). Zie hiervoor pagina 11 en 12 in de handreiking: [Handreiking inkoop 2027 Verloskundige Samenwerkingsverbanden](#).

Het bedrag dat het VSV ontvangt moet worden doorgestort aan andere organisaties voor de viewer (HINQ), het beheer (RSO) en de landelijke kosten (Blinkz).

Ik ervaar in de implementatie een grote kloof tussen het product wat er nu ligt en de waarde die dit heeft voor zorgprofessionals. Ondanks veel inzet van onze werkgroep, wordt de viewer zeer matig geadapteerd door mensen op de vloer, de 'whats in it for me' wordt niet ervaren.

Deels is dit helaas zoals het nu is. Bij velen was de verwachting dat met het afronden van Babyconnect de digitale gegevensuitwisseling in de geboortezorg 'klaar' zou zijn. Of in ieder geval een vast onderdeel zou zijn van het zorgproces, en dubbele registraties tot het verleden zouden behoren. Daar zijn we echter nog niet.

Dat is geen teken dat Babyconnect mislukt is. Babyconnect heeft de basis gelegd om digitale gegevensuitwisseling duurzaam te maken. Er is samenwerking tussen de geboortezorgpartijen, leveranciers, Nictiz, RSO's en andere betrokken organisaties. Er zijn informatiestandaarden ontwikkeld, landelijke afspraken gemaakt en de eerste werkende toepassingen zijn gerealiseerd. Het programma heeft bovendien laten zien dat digitale gegevensuitwisseling daadwerkelijk mogelijk is.

Voor de doorontwikkeling is het van belang dat gebruikt wordt wat nu wel mogelijk is. Daarmee wordt duidelijk wat er nodig is om de potentie te benutten en steeds meer waarde op te leveren.

Alleen 'omdat het moet' is niet genoeg, om de eindgebruikers aan te krijgen. Het kost de eindgebruikers namelijk nu iets (extra werk en verlies van kwaliteit) om via deze weg te werken. Welk perspectief kan ik onze werkgroep geven?

De geboortezorg beschikt vandaag over iets wat enkele jaren geleden nog ontbrak: een gezamenlijke structuur, gezamenlijke verantwoordelijkheid en een gedeelde ambitie om digitale gegevensuitwisseling blijvend te verbeteren. Hierdoor kunnen belemmeringen landelijk worden opgepakt en blijft de doorontwikkeling draaien. Dit kost tijd, maar bedenk: de eerste auto's waren minder snel en comfortabel dan een paard, maar door continue doorontwikkeling is dat inmiddels wel anders.

Is er een implementatieplan? Het gegeven dat softwareleveranciers niet gecontracteerd en 'nergens aan te houden' zijn is voor mij een grote zorg.

Het is niet helemaal zo dat softwareleveranciers 'nergens aan te houden' zijn. Tijdens Babyconnect waren er contracten tussen Babyconnect en de softwareleveranciers, waarin de softwareleveranciers door Babyconnect gehouden konden worden aan een vooraf vastgesteld resultaat. Vanuit de subsidie werden de softwareleveranciers hiervoor betaald. Afspraken, middelen en contractering verliepen dus over dezelfde lijn. In de huidige fase van duurzaam beheer verloopt de bekostiging van de softwareleveranciers via de zorgorganisaties, en staat de prestatie die daar tegenover

staat in het addendum op het contract tussen de zorgorganisaties en de softwareleverancier. Vanuit die contractuele relatie kunnen zorgorganisaties het verzoek doen bij de eigen leverancier om door te ontwikkelen. Tegelijkertijd is er vanuit Blinkz leveranciersmanagement ingericht. Er wordt door Blinkz actief contact gezocht met de leveranciers om de doorontwikkeling af te stemmen. Mocht dit onvoldoende effect hebben, dan zal Blinkz de zorgorganisaties opzoeken om gezamenlijk het verzoek bij de leverancier gewicht te geven.

Is de planning voor de JGZ koppelingen en de DOB overdracht bekend?

In Kennemerland draait momenteel een pilot. Deze pilot loopt tot eind juli, de opschaling is gepland in september. Parallel zijn de andere leveranciers in de JGZ op basis van de huidige ervaringen al aan het inbouwen.

Wij registreren in het ziekenhuis niet altijd de pasgeborenen in ons systeem. Dit lijkt mij een knelpunt?

Het aanmaken van een kinddossier in het eigen bronsysteem is geen randvoorwaarde voor de overdracht naar de JGZ. In de praktijk vindt de overdracht vaak al plaats voordat het kind een BSN heeft ontvangen. De JGZ ontvangt de gegevens van zowel de moeder als het kind en maakt vervolgens in het eigen bronsysteem een kinddossier aan, dat wordt gekoppeld aan het dossier van de moeder.

Wordt er vanuit landelijke organisatie ook een (tussentijdse) evaluatie verricht of HINQ voldoet aan de voorwaarden voor veilige en betrouwbare gegevensuitwisseling?

RSO's testen vanuit hun beheerdersrol de veiligheid en betrouwbaarheid van de infrastructuur en applicaties die zij voor hun leden beheren. Dit is vastgelegd in de contractering tussen HINQ en de RSO's. De landelijke organisaties zijn hier (nog) niet bij betrokken.

Zo ja, welke domeinen en beoordelingspunten worden gehanteerd?

Dit is na te vragen bij de RSO waar het VSV bij is aangesloten.

Ik heb ook begrepen dat er verschillende mogelijkheden zijn binnen Epic om de consulten te noteren. Zo wordt in sommige ziekenhuizen geen gebruik gemaakt van de 'zwangerschapskaart' binnen Epic. Dus nu ben ik benieuwd wat er nu precies wel en niet gedeeld wordt vanuit de bronsystemen. Kunnen er ook nog steeds zaken zijn die privé blijven?

De behoefte aan een overzicht van gegevens per systeem is breed aanwezig. De RSO's zijn samen met Blinkz bezig om dit overzicht op te stellen. In elk systeem zijn er mogelijkheden om zaken te noteren die niet met de viewer gedeeld worden

Wat is momenteel de landelijke dekking / gebruik van HINQ door VSV's?

Er zijn 631/739 organisaties aangesloten op HINQ (85%). Zij zouden de viewer kunnen gebruiken. We zien dat 28/56 VSV's (50%) de viewer actief gebruiken. Het (vergroten van het) gebruik is dan ook een belangrijk aandachtspunt.

Wanneer kunnen we als kraamzorgorganisaties echt samenwerken met de verloskundigen op deze manier (uitwisseling)? Op dit moment werkt het totaal niet, terwijl wij er als organisatie vanuit zijn gegaan dat dit de werkwijze op dit moment zou zijn. Wij zijn nu steeds genoodzaakt om allerlei formulieren handmatig bij te houden, terwijl we al een jaar digitaal werken.

Helaas is digitale gegevensuitwisseling nog niet op het niveau dat we bij de start van Babyconnect hadden gehoopt, maar Babyconnect heeft wel laten zien dat het werkt. Tegelijkertijd is door Babyconnect een belangrijke basis gelegd om de gegevensuitwisseling steeds verder te ontwikkelen en uiteindelijk dat punt wel te bereiken. Zie ook het antwoord op *“Ik ervaar in de implementatie een grote kloof tussen het product wat er nu ligt en de waarde die dit heeft voor zorgprofessionals. Ondanks veel inzet van onze werkgroep, wordt de viewer zeer matig geadapteerd door mensen op de vloer, de 'whats in it for me' wordt niet ervaren.”*.

Zijn er eisen m.b.t. de structurele bekostiging wat betreft het percentage van het VSV dat moet zijn aangesloten?

Hier zijn geen losse afspraken over gemaakt. Het is wel denkbaar dat de verzekeraars zullen vragen hoe het VSV aan de toekomstige wettelijke kaders op dit gebied wil gaan voldoen, zeker omdat er middelen voor beschikbaar zijn.

Waarom is de huidige werkwijze nog niet voldoende als we kijken naar EHDS?

De European Health Data Space (EHDS) is Europese wetgeving die ervoor moet zorgen dat gezondheidsgegevens in de toekomst veilig en gestandaardiseerd kunnen worden uitgewisseld. Om hieraan te kunnen voldoen, moeten informatiesystemen gebruikmaken van actuele internationale standaarden voor gegevensuitwisseling.

Het huidige technisch ontwerp van het DIG maakt nog gebruik van de oudere FHIR STU3-standaard. De EHDS gaat uit van de nieuwere FHIR R4-standaard. Daarom is een doorontwikkeling van het technisch ontwerp nodig, zodat het DIG ook in de toekomst blijft aansluiten op de landelijke en Europese ontwikkelingen.

Door deel te nemen aan het DIG bewegen VSV's mee met de landelijke doorontwikkeling richting de standaarden die de EHDS vraagt. De benodigde technische aanpassingen worden daarbij landelijk opgepakt, waardoor VSV's deze niet zelf hoeven te organiseren.

Communicatie

Uiterlijk begin augustus wordt aanvullende communicatie opgestart. Op 22 juli wordt dit in de werkgroep communicatie van het DIG besproken. Deze werkgroep bestaat naast Blinkz uit communicatieadviseurs van BEN, Bo Geboortezorg, KNOV, NVOG, NVK, Federatie VSV's en RSO Nederland. Vanaf dan willen we maandelijks vanuit DIG/Blinkz actief naar de VSV's communiceren in afstemming met partners.

Structurele bekostiging

Vanaf 2027 worden de regionale en landelijke kosten voor het Duurzaam Informatiestelsel Geboortezorg (DIG) vergoed via de structurele bekostiging van VSV's. Deze bekostiging loopt via de contractering met de zorgverzekeraars.

Hiermee worden de kosten voor de viewer, de beheerkosten voor de RSO en de landelijke kosten voor Blinkz bedoeld. Dit moet het VSV dus innen als kassier en daarna doorstorten.

In het VSV in 2027 nog geen entiteit is kan één van de leden-organisaties van het VSV als kassier namens het VSV optreden. Hiervoor moet het VSV wel goede afspraken op papier zetten, zie ook daarover een toelichting in de [handreiking Inkoop 2027 VSV's](#), pagina 7-8

Hoe dit precies gaat werken, wordt momenteel nog bekeken.

Voor het DIG is per VSV een bedrag van € 55.363 beschikbaar. Dit betreft zogenoemde 'on-top'-kosten. Dit bedrag staat los van de overige begroting en hoeft daarom niet te worden onderhandeld. De vergoeding voor het DIG wordt automatisch betaald als er structurele bekostiging wordt aangevraagd door het VSV. In het offerteformat van de zorgverzekeraars wordt VSV's gevraagd te beschrijven:

- Hoe het VSV invulling geeft aan het Duurzaam Informatiestelsel Geboortezorg (DIG) en welke regionale en bovenregionale afspraken hierover zijn gemaakt;
- Welke KPI's (resultaatafspraken en/of inspanningsverplichtingen) voor 2027 worden afgesproken ten aanzien van het DIG.

De lokale kosten voor digitale gegevensuitwisseling blijven, net als in 2026, onderdeel van de monodisciplinaire bekostiging.

Twijfel je als VSV of je structurele bekostiging wilt aanvragen? Neem dan contact op met de regiocoördinator van de Federatie. Wij denken graag met je mee over de mogelijkheden en de consequenties.

Het is goed om te realiseren dat het voldoen aan het VSV-basiskader een gezamenlijke verantwoordelijkheid blijft, ongeacht of een VSV gebruikmaakt van de structurele bekostiging. Wanneer geen structurele bekostiging wordt aangevraagd, zullen de kosten

voor de uitvoering van het basiskader uit eigen middelen moeten worden bekostigd.