

# PLATFORMS IN DE ZORG

Strategische '24-uurs-meeting'  
over betekenis, kansen en kaders

INGEN  
DAEL <sup>24</sup>



# INGEDAEL24: AMBITIE EN DAADKRACHT VOOR BETERE ZORG

**De ontwikkeling in de zorg is duidelijk: passende zorg en een focus op gezondheid. Dat vraagt om het goed kunnen delen van informatie, in het gehele netwerk van zorgprofessionals en daarbuiten. Zodat de juiste informatie op het juiste moment beschikbaar is. Daar loopt het vast, want de informatievoorziening van de zorg is hier onvoldoende op ingericht. Wat is nodig om dat vlot te trekken?**

Ingedael24 is een spin-off van het Ingendael Discours, dat de Blommestein Groep elk jaar aan het einde van de zomer organiseert voor bestuurders uit de curatieve zorg. Op de voorgaande editie werden ideeën verkend rondom een nationaal dataplatform. Op Ingendael24 werd dit uitgewerkt, met een selecte groep van zo'n dertig bestuurders van zorginstellingen en verzekeraars, medisch specialisten en marktpartijen. Zij bogen zich gedurende 24 uur, van donderdagmiddag 17 maart 15:00 tot vrijdagmiddag 18 maart 15:00, over het vraagstuk van de informatievoorziening in de zorg. Is één nationaal dataplatform voor de zorg de oplossing? Welke (deel)platformen voor de zorg bestaan er al? En wat is eigenlijk een dataplatform? Na een aantal verdiepende sessies kwam men tot de conclusie dat het bouwen van een alomvattend nieuw, nationaal dataplatform voor de zorg waarschijnlijk niet de beste optie is. Beter is om wat er al is slim te gebruiken en tegelijkertijd voor te sorteren op de toekomst. Er werden concrete stappen geformuleerd hoe dit te bereiken.





## REMKO NIENHUIS

oprichter van Melius Health Informatics

# VAN HAARBAL NAAR INNOVATIEPLATFORM

Wat is eigenlijk een dataplatform? Welke zorgplatforms bestaan er en hoe maak je daar het beste gebruik van? Remko Nienhuis, oprichter van Melius Health Informatics, zet het in zijn mini-masterclass helder uiteen. Allereerst de definitie van een platform. Die is niet vastomlijnd en het is bovendien een term die te pas en te onpas wordt gebruikt. In het algemeen zou elk platform de volgende kenmerken moeten hebben, zegt Nienhuis: het is gestandaardiseerd, andere partijen kunnen er ook op ontwikkelen, het wordt krachtiger naarmate het aantal gebruikers toeneemt en het leidt tot innovatie die de makers ervan niet voorzien.

Er zijn veel verschillende soorten platforms: voor samenwerking, voor transacties, voor sociale media. De huidige EPD-systemen kun je geen platforms voor innovatie noemen, zegt hij: “Het huidige EPD lijkt op een enorme haarbal: als je iets aanpast, valt er ergens anders iets om. Je kunt de data niet makkelijk of helemaal niet delen, het groeit eindeloos door en de innovatiecurve van deze systemen vlakt af.”

*“Het huidige EPD lijkt op een enorme haarbal: als je iets aanpast, valt er ergens anders iets om. Je kunt de data niet makkelijk of helemaal niet delen, het groeit eindeloos door en de innovatiecurve van deze systemen vlakt af.”*

Maar het EPD kan wel een platform voor innovatie worden, stelt hij. Er zijn partijen die daarop inzetten, zoals de Apperta Foundation en de samenwerkende Chipsoftziekenhuizen. “Het moment komt eraan om het EPD als platform voor innovatie te zien. Ziekenhuizen spelen als grote klant een belangrijke rol om deze ontwikkeling een zetje te geven.”

## INNOVATIE IN DE PLATFORMECONOMIE

Er zijn talloze platforms voor de zorg, voor allerlei doeleinden. “Er is niet één oplossing, één heilige graal. En dat is maar goed ook, want anders zouden we daar veel te afhankelijk van worden.” De truc is om de onderdelen te vinden die nodig zijn en om die puzzelstukjes in elkaar te passen, zegt hij. Hoe doe je dat, zonder dat het een warboel van IT-oplossingen wordt? “Ga niet uit van een specifieke groep patiënten of vakgroep, maar rationaliseer op samenwerkingsvorm. Ontrafel wat je nodig hebt en zoek naar de gemene deler, bijvoorbeeld een oplossing voor shared care, thuismonitoring of verwijzen. Zoek daar een platform voor. Daarna kun je voor elke use case de juiste platforms selecteren.” Hij voegt eraan toe dat platformtechnologie slechts een middel is. “Ik ben geen techno-optimist, ik geloof niet dat deze technologie op zichzelf de zorg gaat veranderen. Waar het mij om gaat, is dat er wordt geïnnoveerd in de zorg. Die innovatie ontstaat alleen in een samenwerking van zorgaanbieders en leveranciers. De manier van denken en werken die past bij de platformeconomie, van open ecosystemen, ondersteunt die innovatie.”

## HET NEDERLANDSE ZORGPLATFORMLANDSCHAP

Op Ingendael24 gaat een aantal belangrijke spelers in de 'zorgplatformmarkt' met elkaar en de andere deelnemers in gesprek. Hoe verhouden de verschillende oplossingen zich tot elkaar en wat ontbreekt er? Wilco Bothof, partner bij Quint, vraagt de aanwezigen naar hun visie hierop. "Technologisch gezien is veel goed geregeld, maar dat betekent niet dat we klaar zijn. Er gaat een immense hoeveelheid berichten over het Landelijk Schakelpunt (LSP), maar nog steeds kloppen verpleegkundigen gegevens over. In hoe de oplossingen worden gebruikt, is dus nog een wereld te winnen," zegt Henk Gerla, lid raad van toezicht van de Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie (VZVZ) en bestuurslid van verzekeraar Zorg & Zekerheid.

José Strijbos, director Health IT bij Philips: "Technologisch kan er veel, maar organisatorisch is het lang niet altijd geregeld. Daar valt nog veel te verbeteren en daar ligt een rol voor alle partijen die hier aanwezig zijn: verzekeraars, leveranciers, ziekenhuizen en medisch specialisten."

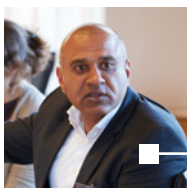
*"Technologisch gezien is veel goed geregeld, maar dat betekent niet dat we klaar zijn. Er gaat een immense hoeveelheid berichten over het Landelijk Schakelpunt (LSP), maar nog steeds kloppen verpleegkundigen gegevens over."*

### HENK GERLA

lid raad van bestuur Zorg en Zekerheid en lid raad van toezicht VZVZ



*"Ik denk dat de zorg veel baat heeft bij meer eenduidigheid en simpliciteit. In vergelijking hoe het in de telecomwereld is geregeld: overal gelden dezelfde afspraken, alle toetreders moeten daaraan voldoen, met als resultaat dat je overal ter wereld kunt bellen."*



### VINOOD MANGROELAL

executive vice president KPN Health

## INTERNATIONALE STANDAARDEN

In de discussie gaat het over verschillende standaarden die nu niet overal en ook niet op gelijke manier worden gebruikt en over de Babylonische spraakverwarring in de zorg. De verschillende terminologie die de diverse beroepsgroepen gebruiken, maken het heel lastig om automatisch gegevens uit te wisselen. "Het zou de innovatie in de zorg veel goed doen als we de internationale standaarden toepassen. Een reden waarom we op de Nederlandse zorgmarkt zo weinig toetreders hebben, is dat we met een voor Nederland uniek systeem van DBC's werken. Als we dat loslaten en gaan werken zoals de rest van de wereld, dan kunnen we innovaties veel gemakkelijker overnemen," stelt Mark van Houdenhoven, voorzitter raad van bestuur, St Maartenskliniek. Vinood Mangroelal, executive vice president KPN Health: "Ik denk dat de zorg veel baat heeft bij meer eenduidigheid en simpliciteit. In vergelijking hoe het in de telecomwereld is geregeld: overal gelden dezelfde afspraken, alle toetreders moeten daaraan voldoen, met als resultaat dat je overal ter wereld kunt bellen."

## WAAK VOOR DE WAAN VAN DE DAG

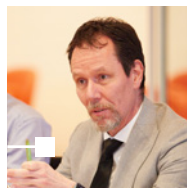
Voor het krijgen van meer eenduidigheid in het zorgplatformlandschap, zullen alle partijen aanpassingen moeten doen, zo is een conclusie. Wie zet dat in gang? Niet de burger of patiënt, zegt Godfried Bogaerts, CEO BeterDichtbij: “De zorg is een van de weinige sectoren waarin de consument niet meedoet. Daarom gaat verandering zoveel langzamer dan in andere sectoren.”

De beweging moet komen van alle spelers, zegt Van Houdenhoven: “Ik hoop dat leveranciers alleen nog bouwen volgens de standaarden. Dat ziekenhuisbestuurders ophouden met roepen dat ze zo bijzonder zijn en dat zij die standaarden volgen. Dat zorgverzekeraars de uitzonderingen niet meer financieren. Dit is een spel dat we gezamenlijk moeten spelen.” Het is bovendien een spel waarin een zeker evenwicht nodig is en een te grote afhankelijkheid van marktpartijen wordt voorkomen.

*“Ik hoop dat leveranciers alleen nog bouwen volgens de standaarden. Dat ziekenhuisbestuurders ophouden met roepen dat ze zo bijzonder zijn en dat zij die standaarden volgen. Dat zorgverzekeraars de uitzonderingen niet meer financieren. Dit is een spel dat we gezamenlijk moeten spelen.”*

## MARK VAN HOUDENHOVEN

voorzitter raad van bestuur St Maartenskliniek



*“De zorg is een van de weinige sectoren waarin de consument niet meedoet.*

*Daarom gaat verandering zoveel langzamer dan in andere sectoren.”*



## GODFRIED BOGAERTS

CEO en oprichter Beter Dichtbij

Daar loopt ZorgDomein tegenaan, vertelt Arnold Bos, directeur Corporate Strategy en Public Affairs bij ZorgDomein. De commerciële partijen zullen uiteraard willen blijven innoveren, hoe doe je dat en neem je tegelijkertijd de angst bij zorgaanbieders weg voor een te grote afhankelijkheid?

Focus op het optimaliseren van de huidige functionaliteit en breid niet uit zonder dat duidelijk is dat er geen vendor lock-in dreigt, antwoordt Van Houdenhoven. Bos refereert aan wat Nienhuis vertelde in zijn inleiding, namelijk dat innovatie het beste kan plaatsvinden in een samenwerking van zorgaanbieders en leveranciers. Ook daarmee wordt wellicht de angst voor een te grote afhankelijkheid weggenomen.

Simon Vermeer, CIO Erasmus MC, concludeert aan het eind van deze sessie: “Het landschap dat we nu hebben, gaat uit van de klassieke verdeling in eerste-, tweede- en derdelijnszorg. Dat is iets heel anders dan shared care en netwerkzorg. We rennen onszelf nu voorbij in de waan van de dag, terwijl we ook moeten nadenken over waar we over tien jaar willen zijn. Laten we fundamenteel anders gaan denken over hoe we platformen kunnen gebruiken om daar te komen.”





## JAN HAZELZET

emeritus hoogleraar Kwaliteit en Uitkomsten van Zorg en voormalig CMIO Erasmus MC

# VEELHEID AAN DATA-INITIATIEVEN

Jan Hazelzet, emeritus hoogleraar Kwaliteit en Uitkomsten van Zorg en voormalig CMIO Erasmus MC, neemt de aanwezigen in sneltreinvaart mee langs internationale initiatieven en ontwikkelingen op het gebied van standaarden en dataharmonisatie in de zorg. Hij bespreekt onder meer een onderzoek waarin de OECD de Nederlandse overheid adviseert om meer de regie te nemen. Hij vertelt over de datastrategie van de Europese Commissie en over het project EHDEN, een breed Europees samenwerkingsverband rondom patiëntdata.

“Er gebeurt veel op dit vlak, het is belangrijk om dat te volgen en daarbij waar mogelijk aan te haken.” Het is hoog tijd dat de zorgsector internationale standaarden gaat toepassen en leveranciers dwingt om oplossingen te leveren die innovatie en netwerkgang mogelijk maken, stelt hij. “De huidige EPD-systemen werken niet meer, het zijn producten van de vorige eeuw. Ziekenhuizen kunnen producten vragen die beter passen bij de eisen van deze tijd. Die werken volgens internationale standaarden. Ziekenhuizen kunnen dat gezamenlijk eisen, van de ACM mag het.”

## VERPLICHTE STANDAARDEN

Registratie van patiëntgegevens bij de bron en het scheiden van data en applicaties zijn randvoorwaarden voor het goed kunnen delen van data, zegt Hazelzet. “Zorgorganisaties zijn daarin aan zet, want zij zijn de stewards van de data van de patiënt. Eis die data op en stop ze in een nutsvoorziening.”

Hij bepleit het afdwingen van het gebruiken van bestaande standaarden, zoals SNOMED. Uit zijn betoog blijkt de grote afstand tussen technologische mogelijkheden, wat er nodig is voor een toekomstgerichte zorg en de praktijk van alledag. Projecten die goede resultaten leverden stoppen omdat de subsidie afloopt. Er is veel onwetendheid over standaarden bij zorgprofessionals, zodat ze deze niet gebruiken. Waardevolle patiëntdata, zoals die uit wearables, worden niet verzameld. Wie kan dit doorbreken? Hazelzet ziet een belangrijke rol voor ziekenhuizen, als belangrijke en machtige klant. En de overheid: “Het kan niet anders dan dat de overheid meer de regie neemt. De vrijheid-blijheid moet eraf.”



## LANDELIJKE NORMEN, REGIONALE IMPLEMENTATIE

Moet de overheid de regie nemen, zoals Hazelzet bepleit? Bogaerts: “We zijn als zorgsector ook zelf aan zet. De overheid kan voorschrijven, wij moeten dat met elkaar invullen. Wetgeving kan helpen om de boel in beweging te krijgen, kijk wat PSD2 deed in de bankenwereld.” Van Houdenhoven: “De banken werden gedwongen om gegevens te delen en ontwikkelden daarvoor hun eigen standaarden. Dat kunnen ziekenhuizen ook. En dat we dan accepteren dat dit het is en dat iedereen die standaard gebruikt.” Ideeën over hoe dit uitgewerkt kan worden, worden in diverse deelgroepen besproken. Uit de plenaire terugkoppeling blijkt dat meer richting en regie een gezamenlijke conclusie is. Dirk Jan van den Berg, voorzitter Zorgverzekeraars Nederland: “Nu laten we in de zorg overall goede initiatieven ontstaan, die later problemen opleveren omdat ze lastig aan elkaar zijn te knopen. Laten we dus vooraf een aantal afspraken maken en ons daar aan houden.”



Meer regie is ook een conclusie van de groep waar Gita Gallé, raad van bestuur Prinses Máxima Centrum, aan deelnam: “Ook wij pleiten voor het gebruiken van standaarden. Maar dan wel standaarden die de ruimte geven aan innovatie. Dat kan een spanningsveld zijn, daar moeten we alert op zijn. Belangrijk daarnaast is dat deze landelijk worden afgesproken en dat het zoveel mogelijk internationale standaarden zijn. De implementatie is regionaal, want op dat niveau kennen we elkaar en gaat het sneller dan wanneer je het landelijk zou doen.”

## GEBREK AAN KENNIS

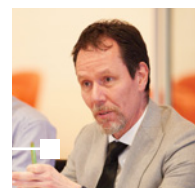
Standaarden en principes voor het opslaan en delen van zorgdata bestaan al geruime tijd. Waarom lukt het dan niet om zorgbreed de juiste informatie op het juiste moment beschikbaar te maken? Waarom kopen ziekenhuizen bijvoorbeeld niet meer gezamenlijk in en dwingen ze het gebruik van standaarden af? Dat onderwerp werd besproken aan de tafel van Van Houdenhoven. “Tot mijn eigen schande moet ik bekennen dat we wel pogingen doen om samen te werken, maar als het concreet wordt dan gaat iedereen toch weer voor zijn eigen belang. Ik denk dat we dat moeten onderkennen. En dat het nodig is dat een andere partij dan de ziekenhuizen de regie neemt. De overheid, door met wetgeving te komen. Of de verzekeraars.

Dat vinden wij in de zorg niet zo leuk.” Hij noemt nog een onderwerp dat aan zijn tafel werd besproken en dat meerdere deelnemers onderschrijven: er is een tekort aan IT-kennis bij zorgbestuurders en medisch specialisten en dat bemoeilijkt het gesprek hierover. “IT is zo langzamerhand onze core business geworden. We moeten die kennis echt bijspijkeren.” IT zou veel meer een onderdeel moeten worden van de zorgteams en niet een aparte afdeling, was een conclusie aan de tafel van Albert van Wijk, voorzitter raad van bestuur IJsselland Ziekenhuis: “In een moderne bedrijfsvoering gaan inhoud en proces hand in hand. Zo hebben we het in de zorgsector meestal nog niet georganiseerd. Daarnaast werken onze beloningsmechanismen innovatie zelfs tegen, want het gaat alleen over de dagelijkse operatie. We kunnen dus nog veel aan de randvoorwaarden doen om meer innovatie mogelijk te maken.”

*“IT is zo langzamerhand onze core business geworden. We moeten die kennis echt bijspijkeren.”*

## MARK VAN HOUDENHOVEN

voorzitter raad van bestuur St Maartenskliniek





## GERARD RIEMEN

voormalig directeur Pensioenfederatie

# LEREN VAN HET PENSIOENOVERZICHT

Is er voor de zorg wat te leren van de ontwikkeling van het pensioenoverzicht? Gerard Riemen was als directeur Pensioenfederatie nauw betrokken bij de totstandkoming hiervan. In het pensioenoverzicht, niet 'pensioenregister' genoemd omdat die naam al was geclaimd, kun je zien wat je kunt verwachten aan pensioen, inclusief AOW en een mogelijk nabestaandenpensioen. Het register werd verplicht gesteld in de Pensioenwet van 2007.

“Toen we eenmaal bezig waren, zag de sector zelf de kansen van het register. Maar de wet was wel echt nodig om de sector in beweging te brengen.” Riemen vertelt dat het pensioenoverzicht in meerdere opzichten een geslaagd project is. “Het doet het, gebruikers zijn enthousiast. In 2020 waren er 3,5 miljoen unieke bezoekers.” Hij deelt een aantal succesfactoren. Allereerst de eenvoud van het systeem: “Vanaf het begin hebben we, de stichting die de bouw regisseerde, bewaakt dat het eenvoudig en toegankelijk moest zijn. Het is niet perfect en de functionaliteit is beperkt.” Begin bescheiden en bepaal je eigen groeitempo, is een les die hij deelt: “Toen het eenmaal werkte, kwamen er allerlei wensen van de overheid en de pensioensector. Groeien mag, maar laat anderen het niet bepalen. En groei alleen als het past bij je core business. Ik vond het heel prettig om vooral de overheid op afstand te houden.” Ook technisch gesproken is gekozen voor een relatief eenvoudige oplossing: “Het is geen database, maar een digitaal tool waarop de burger inlogt met DigiD. Het tool vraagt de relevante gegevens uit bij diverse bronsystemen en presenteert die samen in één beeld.”

## GEÏNSTITUTIONALISEERD WANTROUWEN

Riemen vertelt over de samenwerking die nodig was om tot dit overzicht te komen, een samenwerking die zeker niet vanzelfsprekend is tussen de grote en de kleine pensioenfondsen en de verzekeraars. “In de governance die we voor de stichting kozen zie je het geïstitutionaliseerd wantrouwen terug. De drie partijen kregen elk twee zetels en iedereen heeft een vetorecht.” Hij wil het pensioenoverzicht geen IT-platform noemen, maar het voldoet wel aan één van de kenmerken die Nienhuis in zijn inleiding noemde: het maakt onvoorziene dingen mogelijk. Riemen: “Waar ik heel trots op ben, is dat we de automatische overdracht van kleine pensioenen hebben geregeld. Dit soort

pensioenen wordt vaak afgekocht. Een pensioenfonds vraagt nu via het pensioenregister voor een deelnemer onder die afkoopgrens of deze persoon elders pensioen aan het opbouwen is. Zo ja, dan wordt de waarde automatisch overgedragen aan dat andere fonds en telt het daar mee met de opbouw. Dat levert mensen toch vaak een beter pensioen op dan wanneer het wordt afgekocht. Dat vind ik een mooi en onvoorzien resultaat van het pensioenoverzicht.”

## MEDMIJ

In de aansluitende discussie worden parallellen gezocht met de zorg. Het pensioenoverzicht lijkt qua opzet op wat MedMij voor de zorg had moeten zijn, zegt Han Tanis, directeur Finance & IT bij Zilveren Kruis en directeur VECOZO: “We zijn ooit vanuit dezelfde principes begonnen: een burger zou moeten inloggen met DigiD en dan in één overzicht alle bij verschillende zorgaanbieders opgeslagen informatie over hem of haar moeten zien. Helaas zijn we totaal afgegleeden naar een diffuus veld van brokers die informatie ophalen, concurrerende PGO-leveranciers, burgers moeten inloggen bij verschillende omgevingen en weten niet waar precies informatie te vinden is, standaarden zijn er wel maar worden niet afgedwongen en niemand is verantwoordelijk voor hoe het hele zaakje werkt. Het is mega frustrerend.” Er zijn inderdaad parallellen met MedMij, maar vanuit technologisch oogpunt is er een belangrijk verschil, zegt Bogaerts. Hij was eigenaar en oprichter van Mirabeau, dat meebouwde aan het pensioenoverzicht: “Hoe je pensioenen administreert is sterk gestandaardiseerd. We hebben daarop afspraken gemaakt hoe je deze gegevens ontsluit. Wat ook belangrijk is voor het slagen van het pensioenoverzicht is dat het geen eigen omgeving is. Het haalt alleen data bij elkaar, er wordt niks opgeslagen. Dat maakt het technisch makkelijker te realiseren.”



# SFEERIMPRESSIE INGENDAEL24





## PETER VAN DEN BERG

CIO ZorgSaam Zorggroep

# MET MINDER MENSEN MEER ZORG VERLENEN

Peter van den Berg, CIO ZorgSaam, werkte 35 jaar in het commerciële bedrijfsleven voordat hij 2,5 jaar geleden overstapte naar ZorgSaam. ZorgSaam is een ziekenhuis met drie locaties in de regio Zeeuws-Vlaanderen en biedt ziekenhuiszorg, thuiszorg, ouderenzorg en ambulancezorg. In Zeeland hebben zorgorganisaties, inclusief het sociaal domein, de handen ineengeslagen in de Zeeuwse Zorg Coalitie. Het streven is om de zorg toegankelijk te houden.

Om dit te ondersteunen is een digitaal platform nodig, met een tweeledig doel: “De burger moet via één loket al zijn of haar gegevens op het gebied van gezondheidszorg kunnen vinden. Zorgverleners moeten er zo goed mogelijk mee ondersteund worden, want we moeten met minder mensen meer zorg verlenen.” Hij benadrukt dat het geen technologisch ingestoken project is: “Dit gaat over het optimaliseren van de gebruikerservaring. Niet elke burger is digitaal vaardig, we houden alle kanalen open. Op de achtergrond kunnen we digitaliseren, standaardiseren en automatiseren.” De governance voor dit project is inmiddels neergezet en er zijn afspraken gemaakt over onder meer de architectuur. “We willen een datalaag waarin alle gegevens staan, die data worden beschikbaar gesteld door de IT-afdelingen. In de laag boven die data komen toepassingen waarmee de burger en de zorgverlener toegang krijgen tot die data.” Er wordt niet geïnvesteerd in een groot platform en er is ook nog geen digitale partner geselecteerd. “Die is wellicht wel nodig, maar eerst willen we helder krijgen wat we precies willen. We beginnen klein, met use cases. Die beoordelen we op basis van onze strategie en de architectuurprincipes. Dan gaan we uitproberen en van daaruit groeien.”

*“We willen een datalaag waarin alle gegevens staan, die data worden beschikbaar gesteld door de IT-afdelingen. In de laag boven die data komen toepassingen waarmee de burger en de zorgverlener toegang krijgen tot die data.”*

## DISRUPTIE DOET PIJN

Van den Berg benadrukt dat zijn kerncompetentie transformatie is, niet IT: “Als CIO word je gauw in de IT-hoek gezet en dan word je gezien als die ondersteunende dienst die steeds meer mensen en geld nodig heeft, wat ten koste gaat van de verpleging. Dat is een slechte uitgangspositie om te werken aan innovatie en transformatie van de zorg, wat mijn opdracht is. Datatechnologie speelt een belangrijke rol in transformatie, maar het is een middel, geen doel.” Hij heeft in zijn loopbaan organisaties helpen transformeren, zoals reisorganisatie TUI. Een inzicht dat hij deelt: “Als bestuurders in de zorgsector niet bereid zijn om disruptie als deel van de strategie mee te nemen, dan gaat de ziekenhuiszorg de boot missen. Het goede nieuws is: er is nog tijd. Eind jaren negentig begonnen er door internet dingen te veranderen in de reiswereld, twintig jaar later zie je dat reisorganisaties uit de markt worden gedrukt. We hebben in de zorg dus de tijd, maar realiseer je dat de hele zorg op de schop zal gaan.”

Disruptie is iets anders dan innoveren, zegt hij: het is onprettig en ongemakkelijk, het doet pijn. Hoe pas je dat toe in je strategie? “Je kunt je strategie bepalen op basis van toekomstige, gewenste competenties. Als je geen zorgorganisatie maar een gezondheidsorganisatie wilt worden, dan leidt dat bijvoorbeeld tot meer investeren in preventie en minder medisch specialisten. En tot het wegvallen van het onderscheid in een eerste en tweede lijn. Disruptie is iets anders dan innovatie, het is onprettig en ongemakkelijk. Het kan leiden tot de existentiële vraag: ben je bereid jezelf als organisatie op te heffen, als dat beter is voor het maatschappelijk belang?”

## DRIE PUNTEN

De belangrijkste vraagstukken en knelpunten zijn in de voorgaande sessies ontrafeld en de aanwezigen gaan uiteen in kleinere groepen om oplossingen te formuleren. Bij de plenaire terugkoppeling blijkt een opmerkelijke eensgezindheid. Bestuurders van ziekenhuizen en verzekeraars, medisch specialisten en marktpartijen komen samen tot een plan met drie punten, die de haperende informatievoorziening in de zorg vlot moet trekken.

Dirk Jan van den Berg vat het samen: “We hebben als eerste een discussie en daarna een schets nodig van de bedoeling. Waar willen we in de gezondheidszorg naartoe, geredeneerd vanuit de patiënt? Als tweede volgt daaruit een discussie over de nationale architectuur die we gaan gebruiken, inclusief de standaarden die we volgen. Ten derde is een nationale besturing noodzakelijk, die zorgt dat de juiste koers wordt ingezet en blijft behouden. Hoe je dat precies invult komt later, het gaat er nu om dat we dit helder op papier zetten.” Er wordt besloten om een gezamenlijk document te maken waarin deze drie punten globaal worden uitgewerkt: de Ingendael Intentie (zie ook de kadertekst in dit document). Diverse aanwezigen geven aan hiermee aan de slag te willen, om de boodschap verder te communiceren en draagvlak ervoor te verwerven.

*“Het is wel belangrijk dat we de vele initiatieven die er zijn, plotten op de nationale bedoeling. We hebben het idee dat een aantal een beetje zijn afgedreven.”*



### KLAASJAN RENEMA

IO en Manager MCIT, Jeroen Bosch Ziekenhuis

*“Dit zou verder moeten gaan dan een digitale paragraaf en het hele akkoord moeten doorspekken. Het gaat om de lange termijn van de zorg en informatietechnologie is daar een wezenlijk onderdeel van.”*



### RAHEEL RAISI

Sr Manager Strategie & Innovatie, Zilveren Kruis

## INTEGRAAL ZORGAKKOORD

In de aansluitende discussie wordt een aantal noties besproken om mee te nemen in de Ingendael Intentie. Het idee is om aan te haken bij het integraal zorgakkoord dat nu in de maak is. Raheel Raisi, senior manager Strategie & Innovatie, Zilveren Kruis: “Dit zou verder moeten gaan dan een digitale paragraaf en het hele akkoord moeten doorspekken. Het gaat om de lange termijn van de zorg en informatietechnologie is daar een wezenlijk onderdeel van.”

Het is niet zo dat er op dit moment niets gebeurt aan het verbeteren van het delen van data in de zorg, nuanceert Gallé: “We slagen er echter onvoldoende in om dit te laten zien, op een zodanige manier dat iedereen het kan begrijpen.” Jurgen Sernee, lid raad van bestuur Noordwest Ziekenhuisgroep: “Het is ook niet zo dat we moeten stoppen met de huidige initiatieven, want we zetten nu allemaal stapjes die ons helpen om te leren hoe we zorg op een andere manier kunnen leveren. We moeten ze alleen wel koppelen aan een langetermijnvisie.” Klaas Klaasjan Renema, CIO en manager MCIT Jeroen Bosch Ziekenhuis: “Het is wel belangrijk dat we de vele initiatieven die er zijn, plotten op de nationale bedoeling. We hebben het idee dat een aantal een beetje zijn afgedreven.”



## SAMENWERKING PUBLIEK EN PRIVAAT

Nienhuis refereerde eraan in zijn inleiding: het lijkt nu soms alsof zorgaanbieders en leveranciers tegenover elkaar staan, terwijl ze elkaar nodig hebben voor de transformatie van de zorg. Renema sluit daarbij aan: “Het is belangrijk dat we investeren in goede en transparante relaties, zodat publieke en private partijen elkaar beter weten te vinden. De conclusie in mijn groep was dat dit beter gaat als we een aantal generieke voorzieningen publiek maken. Zoals die voor toegang. Dan voorkom je discussies over monopolies en kunnen alle partijen producten ontwikkelen die deze voorzieningen gebruiken.” Deze en andere notities verwoordden de aanwezigen in de Ingendael Intentie. Van den Berg concludeert: “Het is heel krachtig dat we vanuit de sector breed aangeven dat we dit willen. Het is bovendien noodzakelijk. Als we dit in de zorg niet van bovenaf structureren, dan blijven we met ronkende motoren op de startbaan staan. Dan is straks de brandstof op en wordt er helemaal niet meer gevlogen.”

*“Dit zou verder moeten gaan dan een digitale paragraaf en het hele akkoord moeten doorspekken. Het gaat om de lange termijn van de zorg en informatietechnologie is daar een wezenlijk onderdeel van.”*



### DIRK JAN VAN DEN BERG

voorzitter Zorgverzekeraars Nederland

## DE INGENDAEL INTENTIE

Goede zorg moet ook in de toekomst voor iedereen toegankelijk en betaalbaar blijven. De steeds sterker toenemende zorgvraag kan echter niet meer gedragen worden door de zorg zoals we die nu hebben georganiseerd. Een van de problemen is dat de zorg vastloopt door een gebrekkige informatievoorziening. De juiste informatie op de juiste tijd voor de juiste professional beschikbaar krijgen, is daardoor niet of nauwelijks mogelijk. Dit fnuikt de ambitie om te komen tot toegankelijke, betrouwbare en passende zorg. De deelnemers aan Ingendael24 kwamen eensgezind tot de conclusie dat dit anders moet en kan. Zij formuleerden in de Ingendael Intentie drie randvoorwaarden om te komen tot blijvend toegankelijke en betaalbare zorg.

### 1. WAAR DOEN WE HET VOOR: DE NATIONALE BEDOELING

De tendens in de curatieve zorg is duidelijk, de ontwikkeling is ingezet naar passende zorg, de juiste zorg op de juiste plek en een focus op gezondheid. Maar wat willen we op de langere termijn in de zorg? Wat is ons ultieme doel? En, als dat bekend is, welke acties zijn nodig om daar te komen? Dat is de nationale bedoeling.

**De volgende noties en uitgangspunten zijn hierin essentieel:**

- De patiënt en de burger staan centraal;
- De focus is breed: niet alleen medische zorg, maar ook preventie en algemene gezondheid;
- De nationale bedoeling wordt onderschreven door alle stakeholders;
- Deze is gebaseerd op een gedeeld inzicht in maatschappelijke en technologische ontwikkelingen en initiatieven;
- Het is transparant welke ontwikkelingen en initiatieven bijdragen aan het bereiken van het doel – en welke niet;
- Bestaande belangen zijn niet heilig, het bereiken van de nationale bedoeling staat voorop. Dat zal soms pijn doen, dat hoort bij innovatie en disruptie. Die pijn wordt onderkend en waar mogelijk gemitigeerd;
- Er zijn duidelijke spelregels ten aanzien van de samenwerking tussen partijen en de verwachte rol en verantwoordelijkheid van partijen. Niet in de minste plaats spelregels ten aanzien van marktwerking in relatie tot zorg-IT;
- De informatievoorziening in de zorg is zodanig dat deze interactie mogelijk maakt, zodat de patiënt een regierol kan nemen;
- Doel is dat de juiste informatie op de juiste plek beschikbaar is, over disciplines en domeinen heen;
- Keuzes om te komen tot het realiseren voor deze nationale bedoeling worden landelijk gemaakt en regionaal geïmplementeerd. <<

## 2. DE NATIONALE IT-ARCHITECTUUR

Om de nationale bedoeling te kunnen realiseren, is het delen van zorgdata essentieel. Daarvoor zijn afspraken nodig over een IT-architectuur die alle partijen in de zorg gebruiken. Met architectuur bedoelen we gezamenlijke uitgangspunten en (stuur)principes.

**De volgende noties en uitgangspunten zijn hierin essentieel:**

- De uitgangspunten en principes zijn gedefinieerd vanuit patiëntperspectief;
- We kiezen voor internationale standaarden;
- Data zijn open en zitten niet opgesloten in systemen: data worden gescheiden van applicaties;
- We kiezen voor open systemen met gestandaardiseerde en open connectivity;
- Omdat de systemen open zijn, vormen ze een vruchtbaar landschap voor (onvoorziene) innovatie door allerlei partijen;
- Bronsystemen (waarin dossiers worden gevormd) moeten open zijn. Dit is essentieel voor het goed kunnen delen van gegevens;
- De architectuur is tevens een raamwerk om bestaande en nieuwe initiatieven te categoriseren en hun onderlinge samenhang en waarde voor de nationale bedoeling transparant te maken voor alle stakeholders;
- Het gaat niet alleen om gegevensuitwisseling zoals nu het geval is, er zal meer nadruk komen te liggen op het delen van informatie in netwerken (in plaats van het uitwisselen en kopiëren van gegevens). ««

## 3. HOE HOUDEN WE KOERS: DE NATIONALE BESTURING

Helaas lijkt het zelfsturend vermogen van ons zorgstelsel in de huidige vorm onvoldoende sterk om de nationale bedoeling te realiseren. Geen enkele partij is daarvoor groot en sterk genoeg. Op bestuurlijk niveau en bij beleidsmakers is daarnaast vaak onvoldoende kennis van digitalisering om regie te kunnen nemen. Daarnaast is de samenwerking tussen publieke en commerciële partijen verre van optimaal, terwijl deze wel nodig is. Want samenwerking leidt tot meer kennis en versnelling van de gewenste veranderingen. De Ingendael Intentie roept daarom op tot nationale sturing op de realisatie van de nationale bedoeling en de ontwikkeling van een nationale IT-architectuur.

**De volgende noties en uitgangspunten zijn hierin essentieel:**

- Een aantal (zorg)partijen krijgt het mandaat om te werken aan de totstandkoming van de nationale IT-architectuur, namens alle stakeholders;
- Een nog te vormen agentschap houdt toezicht op het daadwerkelijk gebruiken van deze IT-architectuur. Het agentschap zal deze architectuur beheren, stelt spelregels op en toetst gevraagd en ongevraagd initiatieven aan de nationale bedoeling. ««

# GESPREKSPARTNERS INGENDAEL24



## DIRK JAN VAN DEN BERG

VOORZITTER ZORGVERZEKERAARS NEDERLAND

*“We moeten de informatievoorziening in de zorg meer structureren. Als we dat niet doen, dan blijven we met ronkende motoren op de startbaan staan, is straks de brandstof op en wordt er helemaal niet meer gevlogen.”*

## PETER VAN DEN BERG

CIO ZORGSAAAM ZORGGROEP

*“Wil je jouw positie opheffen zodat het anders kan? Dat is de kernvraag van disruptie. Het moet pijn doen.”*



## GODFRIED BOGAERTS

CEO EN OPRICHTER BETER DICHTBIJ

*“De zorg is een van de weinige sectoren waarin de consument niet meedoet. Daarom gaat verandering zoveel langzamer dan in andere sectoren.”*

## WILCO BOTHOF

PARTNER, QUINT

*“Voor de middelgrote en kleine zorgorganisaties wordt het in de komende jaren te ingewikkeld wordt om zelf ICT en technologie in de lucht te houden. De security eisen, de vele technische ontwikkelingen en de moeite om goed eigen personeel te vinden zijn hier oorzaken voor.”*



## ARNOLD BOS

DIRECTEUR PUBLIC AFFAIRS ZORGDOMEIN

*“Het gevaar is dat we als spelers in de zorg steeds naar de status quo worden gezogen en het huidige zorgsysteem gaan optimaliseren. We moeten ons vooral ook afvragen hoe de zorg er in de toekomst uit kan zien. En wat we moeten organiseren om daar naartoe te gaan.”*

# GESPREKSPARTNERS INGENDAEL24

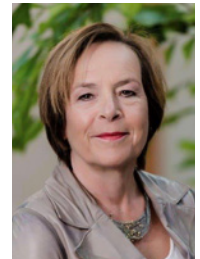


**MARC VAN DIJK**  
DIRECTEUR, MEDMIJ

**GITA GALLÉ**

RAAD VAN BESTUUR PRINSES MÁXIMA CENTRUM

*“We hebben wetgeving en landelijke standaarden nodig, waarna we regionaal snelheid kunnen maken met implementeren.”*



**HENK GERLA**

LID RAAD VAN BESTUUR ZORG EN ZEKERHEID EN LID RAAD VAN TOEZICHT VZVZ

*“Er gaat een immense hoeveelheid berichten over het Landelijk Schakelpunt, maar nog steeds kloppen verpleegkundigen gegevens over. Technologisch gezien is veel goed geregeld, maar dat betekent niet dat we klaar zijn. In hoe de oplossingen worden gebruikt is nog een wereld te winnen.”*



**MARTIJN GROOT**

HEAD MARKET ACCESS & PUBLIC AFFAIRS, NOVARTIS



**JAN HAZELZET**

EMERITUS HOOGLERAAR KWALITEIT EN UITKOMSTEN VAN ZORG EN VOORMALIG CMIO ERASMUS MC

*“Ziekenhuizen zijn de stewards van de data van de patiënt. Eis die data op en stop ze in een nutsvoorziening. Ik zie hierin een belangrijke rol voor de overheid. De tijd van vrijheid-blijheid is voorbij.”*



# GESPREKSPARTNERS INGENDAEL24



## MARK VAN HOUDENHOVEN

VOORZITTER RAAD VAN BESTUUR ST MAARTENSKLINIEK

*“Het wordt tijd dat we in de zorg kiezen voor internationale standaarden. Dan kunnen we innovaties uit de hele wereld gebruiken.”*

## IRMA JEPMA

DIRECTEUR DATA CARE CSCC, VGZ

*“Het lijkt er op of we de burger centraal uit het oog zijn verloren. Om hier weer naar terug te keren zijn verantwoordelijkheid nemen, lef - durven kiezen- en tijd cruciaal. Samen onze weg vinden uit het doolhof waarin we zijn verzand vanuit het belang van alle burgers in Nederland.”*



## VINOOD MANGROELAL

EXECUTIVE VICE PRESIDENT KPN HEALTH

*“De informatievoorziening in de zorg is veel te complex geworden en dat belemmert het delen van informatie. Zoek naar meer simplicitéit en eenduidigheid.”*

## ALBERT-JAN MANTE

LID RAAD VAN BESTUUR, BRAVIS

*“Wat mij betreft moeten we streven naar het gebruik van (internationale) standaarden, het generiek maken (nutsvoorziening) van infrastructuur, om te komen tot het punt dat iedere burger zijn eigen gezondheidsinformatie online, realtime, gebruiksvriendelijk en deelbaar voor handen heeft.”*



## REMKO NIENHUIS

OPRICHTER MELIUS HEALTH INFORMATICS

*Het moment komt eraan om het EPD om te vormen tot platform voor innovatie.”*

# GESPREKSPARTNERS INGENDAEL24



## RAHEEL RAISI

SR MANAGER STRATEGIE & INNOVATIE, ZILVEREN KRUIS

*“Dit zou verder moeten gaan dan een digitale paragraaf en het hele akkoord moeten doorspekken. Het gaat om de lange termijn van de zorg en informatietechnologie is daar een wezenlijk onderdeel van.”*

## KLAASJAN RENEMA

CIO EN MANAGER MCIT, JEROEN BOSCH ZIEKENHUIS

*“Het is belangrijk dat we investeren in goede en transparante relaties, zodat publieke en private partijen elkaar beter weten te vinden. De conclusie in mijn groep was dat dit beter gaat als we een aantal generieke voorzieningen publiek maken. Zoals die voor toegang. Dan voorkom je discussies over monopolies en kunnen alle partijen producten ontwikkelen die deze voorzieningen gebruiken.”*



## GERARD RIEMEN

VOORMALIG DIRECTEUR PENSIOENFEDERATIE

*“Wij zijn met het pensioenoverzicht bescheiden en simpel begonnen. Daarna konden we groeien, maar we bepaalden wel ons eigen groeitempo. Dat is een succesfactor gebleken.”*

## BAS ROUKEMA

KNO-ARTS EN MEDISCH MANAGER ‘ZORG DICHTERBIJ’, TERGOOIJ

*“Het komt voor dat ik tegen een patiënt moet zeggen ‘sorry ik heb de beelden nog niet’ en de patiënt dan antwoordt ‘we hebben tegenwoordig toch e-mail’? We worden als dokter door de gebrekkige zorginformatievoorziening te kakken gezet.”*



## JURGEN SERNEE

LID RAAD VAN BESTUUR NOORDWEST ZIEKENHUISGROEP

*“Laten we in de zorg dezelfde standaarden en technologie gaan gebruiken, zodat we ons kunnen onderscheiden op waar het daadwerkelijk om gaat: de inhoud van de zorg.”*

# GESPREKSPARTNERS INGENDAEL24



## JOSÉ STRIJBOS

DIRECTOR HEALTH IT PHILIPS

*“De onderliggende IT-architectuur die ziekenhuizen gebruiken, verschilt helemaal niet zoveel van elkaar. Als dat op nationaal niveau gelijkgetrokken wordt en internationale standaarden worden gevolgd, dan scheelt dat heel veel tijd en energie. En kunnen ziekenhuizen veel makkelijker oplossingen gebruiken die elders ook goed werken.”*

## HAN TANIS, DIRECTEUR

INANCE & IT BIJ ZILVEREN KRUIS EN DIRECTEUR VECOZO

*“We zijn ooit vanuit dezelfde principes begonnen als het Pensioenoverzicht: een burger zou moeten inloggen met DigiD en dan in één overzicht alle bij verschillende zorgaanbieders opgeslagen informatie over hem of haar moeten zien. Helaas zijn we totaal afgegeden naar een diffuus veld van brokers die informatie ophalen, concurrerende PGO-leveranciers, burgers moeten inloggen bij verschillende omgevingen en weten niet waar precies informatie te vinden is, standaarden zijn er wel maar worden niet afgedwongen en niemand is verantwoordelijk voor hoe het hele zaakje werkt. Het is mega frustrerend.”*



## MARIT TANKE

DIRECTEUR CORPORATE STRATEGY OFFICE, VGZ

# GESPRESKSPARTNERS INGENDAEL24



## GERRIT TIMMER

MEDE-OPRICHTER & CHIEF SCIENCE OFFICER, ORTEC

*“Het thema “dataplatform” is zeer relevant maar ook complex. De noodzaak tot verbetering is groot, maar wat er dan precies moet gebeuren en wie daar welke rol in kan en moet spelen is verre van eenvoudig. Hoopvol dat de discussies op Ingendael24 tot een behoorlijk sterke consensus hebben geleid en ook hoopvol dat het inzicht ontstond dat de deelnemers wellicht de kern kunnen vormen om benodigde krachten los te maken op weg naar verbetering.”*

## SIMON VERMEER

CIO ERASMUS MC

*“We lopen in de zorg allemaal tegen dezelfde problemen aan, maar we lossen het overal verschillend op.”*



## ALBERT VAN WIJK

VOORZITTER RAAD VAN BESTUUR IJSSELLAND ZIEKENHUIS

*“We belonen de oplossing van vandaag, maar hebben we er later ook wat aan? Laten we in onze beloningsmechanismen meer ruimte inbouwen voor innovatie.”*



## TOT **BESLUIT**

In de komende 2 maanden worden de elementen verkend voor het Integraal Zorgakkoord. Een kerngroep vanuit Ingendael24 zal de Ingendael Intentie inbrengen in de diverse overleggen en gremia, met als doel om deze visie en uitgangspunten een onderdeel te maken van het Integraal Zorgakkoord. De kerngroep zal de Ingendael Intentie verder uitwerken. Ook wordt het uitgebreid met een verwijzing naar aanvullende rapporten en andere notities.

[De verdere uitwerking en onderliggende documenten vindt u hier »](#)

**WWW.BLOMMESTEINGROEP.NL**

Organisatie:

**BLOMMESTEIN**  
GROEP

