

Vergaderjaar 2018–2019

**27 529**

## **Informatie- en Communicatietechnologie (ICT) in de Zorg**

**Nr. 166**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 20 december 2018

Uw Kamer heeft mij op verschillende momenten en in meerdere moties (gewijzigde motie van het lid Aukje de Vries c.s.<sup>1</sup>, van het lid Ellemeet<sup>2</sup> en de motie van het lid Raemakers c.s.<sup>3</sup>) en in reactie op berichtgeving in de media over «haperende ICT in de zorg» gevraagd meer regie te nemen op het gebied van elektronische gegevensuitwisseling tussen zorgverleners. Met deze brief die ik u mede namens de Minister en de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport stuur, schets ik hierop mijn reactie en visie. In bijlage 1<sup>4</sup> vindt u bovendien mijn reactie op uw verzoek van 30 mei jongstleden (Algemeen Overleg over onder meer administratieve lasten en elektronische gegevensuitwisseling; Kamerstukken 29 515, 32 012, 32 620 en 27 529, nr. 433) om een aantal concrete onderwerpen rond elektronische gegevensuitwisseling in de zorg toe te lichten.

#### **1. Versnellen en verplichten**

Goede en tijdige informatie-uitwisseling met de patiënt en tussen zorgaanbieders is nodig voor goede kwaliteit van zorg. Door gebrekkige elektronische gegevensuitwisseling in de zorg worden vermijdbare fouten gemaakt, moeten mensen steeds weer opnieuw hun verhaal vertellen, moeten zorgverleners gegevens steeds opnieuw intypen ten koste van de tijd voor patiënten en worden onderzoeken onnodig herhaald. In het artikel over «haperende ICT in de zorg»<sup>5</sup> waarover u mij vragen stelde<sup>6</sup> worden voorbeelden aangehaald die laten zien dat het vaak (net niet) mis gaat. Bijvoorbeeld als een patiënt medicatie voorgeschreven krijgt die niet

<sup>1</sup> Kamerstuk 29 515, nr. 432

<sup>2</sup> Kamerstuk 29 515, nr. 427

<sup>3</sup> Kamerstuk 29 515, nr. 46

<sup>4</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

<sup>5</sup> <https://nos.nl/artikel/2250725-haperende-ict-in-de-zorg-verkeerde-medicatie-foute-beslissingen.html>

<sup>6</sup> Aanhangsel Handelingen II 2018/19, nr. 220

past bij de medicijnen die hij al gebruikt. Of hoe gevaarlijk het kan zijn dat informatie over een allergie niet automatisch vanuit het systeem van de ene zorgverlener in dat van de andere belandt. Ik vind dat dat snel anders moet. In het belang van de patiënt, die recht heeft op kwalitatief goede zorg – en goede informatievoorziening en gegevensuitwisseling zijn daarvoor randvoorwaardelijk – ga ik de belemmeringen in elektronische gegevensuitwisseling aanpakken. Mijn ambitie is dat de gegevensuitwisseling in de zorg in Nederland in rap tempo volledig digitaliseert waardoor ook patiënten al hun eigen gegevens digitaal kunnen inzien en beheren. Zowel tussen instellingen als binnen instellingen moet digitaal het nieuwe normaal worden. De afgelopen jaren is gebleken dat dat niet altijd vanzelf gebeurt en zeker niet snel genoeg terwijl de tijd er rijp voor is.

Daarom ga ik in concrete stappen elektronische gegevensuitwisseling overeenkomstig de bijpassende informatiestandaarden wettelijk verplicht stellen. Ook ga ik ervoor zorgen dat alle partijen hun rol pakken en resultaat boeken.

Overigens is het mijn overtuiging dat wij hier een gezamenlijke verantwoordelijkheid hebben. Parlement, het Ministerie van VWS, het zorgveld en de leveranciers.

## **2. De uitdaging**

Digitalisering van gegevensuitwisseling is een behoorlijke uitdaging. «De zorg» is groot en divers. Het gaat om huisartsen, ziekenhuizen, langdurige zorg, wijkverpleging en veel, heel veel meer. Alle betrokken beroepsgroepen spreken hun eigen taal en die moet op elkaar worden afgestemd in alle mogelijke gegevensuitwisselingen. Dat is veel werk. Daarnaast zijn er ook heel veel technische standaarden (die voor beelden bijvoorbeeld anders zijn dan voor documenten) en is er niet in elke regio al een infrastructuur voor elektronische uitwisseling. Er zijn, kortom, tekortkomingen in taal en techniek. En tot slot zijn er ook tekortkomingen in de aanpak van digitalisering, die sinds 2011 – toen de regering met de motie van het Eerste Kamerlid Tan<sup>7</sup> verzocht werd elke beleidsinhoudelijke, financiële en organisatorische medewerking aan de landelijke infrastructuur voor elektronische gegevensverwerking te beëindigen – vooral is gebaseerd op het stimuleren van veldpartijen en daarmee op – wat mij betreft – teveel vrijblijvendheid. Het nemen van meer regie door de overheid betekent een koerswijziging ten opzichte van die lijn (zie ook bijlage 2)<sup>8</sup>.

## **3. Meer regie door wettelijk verplichten**

### **1. Per zorgproces verplichten**

Juist omdat de zorg zo divers is en het probleem zo taai wil ik in concrete stappen toewerken naar wettelijke verplichting. Ik wil dat zorgproces voor zorgproces wordt gedigitaliseerd op basis van verplichte, eenduidige afspraken over taal – dat wil zeggen iedereen dezelfde taal spreekt – en techniek. Ik zie bijvoorbeeld voor me dat het medicatieproces binnen afzienbare termijn overal elektronisch en volgens dezelfde informatiestandaarden (afspraken over taal en techniek) wordt gevolgd. Daar hebben mensen direct baat bij, en de betrokken zorgverleners ook.

<sup>7</sup> Motie van het lid Tan (PvdA) c.s. over het beëindigen van de ontwikkeling van het Landelijk Schakelpunt (Kamerstuk 31 466, X)

<sup>8</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

## 2. Samenhang door verplicht gebruik van bouwstenen voor taal en techniek

Het digitaliseren van zorgprocessen alleen is niet genoeg, ze moeten ook beter digitaal op elkaar aansluiten zodat gegevensuitwisseling tussen de zorgprocessen mogelijk is. Daarom zal ik ook standaard «bouwstenen» vaststellen die verplicht moeten worden gebruikt zodat voor belangrijke begrippen (zoals bijvoorbeeld vochtbalans, bloeddruk of laboratoriumuitslag) altijd dezelfde taal wordt gebruikt en ook technische standaarden worden hergebruikt waar het kan. Een volgend zorgproces digitaliseren hoeft dan niet bij nul te beginnen. Het is mijn verwachting dat daarom elke volgende stap in de digitalisering weer (iets) sneller kan worden gezet.

## 3. Roadmap en programma

Ik geef alle betrokkenen drie maanden de tijd om samen met mij tot een roadmap te komen van met prioriteit te digitaliseren zorgprocessen en bijbehorende (te verplichten) standaarden. Het digitaliseren van zorgprocessen houdt in dat de uitwisseling van informatie tussen zorgverleners die bij dat zorgproces betrokken zijn digitaal verloopt. Om hiermee een vliegende start te maken heeft NICTIZ op mijn verzoek een eerste aanzet gemaakt voor prioritaire processen:

- ambulanceoverdracht,
- huisartswaarneming,
- triageverwijzing,
- acute verloskunde,
- verpleegkundige overdracht,
- ziekenhuisoverdracht,
- medicatie,
- beelduitwisseling,
- verwijzing,
- jeugdgezondheidszorg en
- ketenzorg bij chronische aandoeningen.

De definitieve roadmap zal ik in april met uw Kamer delen. Daarbij reken ik op de blijvende betrokkenheid van de veldpartijen, óók al vooruitlopend op de komende wettelijke verplichting.

Ik zal ook een programma inrichten waarin regie wordt gevoerd op uitvoering van de genoemde roadmap en u voor de zomer van 2019 over dit programma informeren. Het Informatieberaad zal de implementatie van de roadmap in alle sectoren besturen op basis van ambitieuze maar haalbare implementatietermijnen.

## **4. Meer regie op huidig instrumentarium**

Naast de komende wettelijke verplichting blijf ik vol inzetten op de reeds ingeslagen weg (zie bijlage 3)<sup>9</sup> en wil ik het bestaande instrumentarium waarover ik beschik verscherpt inzetten om de belemmeringen in taal en techniek (zie bijlage 4)<sup>10</sup> aan te pakken.

### **Meer regie op eenheid van taal**

#### Prioritaire zorgprocessen op de Meerjarenagenda van het Zorginstituut

Veldnormen zijn de bron van eenheid van taal in registratie en overdracht. Voor de prioritaire zorgprocessen die de komende jaren worden gedigitaliseerd zullen die veldnormen beschikbaar moeten zijn, inclusief de bijbehorende afspraken over samenwerking, overdracht en gegevensuitwisseling. De prioritaire zorgprocessen zullen daarom op de Meerjarenagenda van het Zorginstituut een prominente plek krijgen. Zo zijn op dit

<sup>9</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

<sup>10</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

moment al veldnormen beschikbaar voor spoedzorg en voor het medicatieproces. Daar waar veldnormen kwaliteitstandaarden<sup>11</sup> zijn, kunnen ze worden voorgedragen aan het Zorginstituut om te worden ingeschreven in het register. Mochten deze veldnormen niet worden aangeboden door het veld dan zal de doorzettingmacht van het Zorginstituut – voor die processen waar dat voor kan – worden benut om ze toch te realiseren.

#### Meer consistentie tussen informatieafspraken

Ik zet ook stappen om te borgen dat digitale zorgprocessen onderling consistent zijn<sup>12</sup> op basis van zorgbrede afspraken over eenheid van taal. Bijvoorbeeld door toepassing in alle zorgprocessen van de Basis Gegevensset Zorg (BGZ)<sup>13</sup>. Het Zorginstituut zal zodra dit kan<sup>14</sup> deze generieke afspraken publiceren voor hergebruik in alle veldnormen. Tot die tijd zal het Informatieberaad dat doen.

#### Gemeenschappelijk woordenboek

Om eenheid van taal in de hele zorg te bevorderen is een gemeenschappelijk «woordenboek» nodig. In de geboortezorg loopt men hierin al voorop en werkt actief aan «eenheid van taal». Het RIVM en Nictiz bevelen in hun rapport over Eenheid van Taal aan om hiervoor een aantal internationale standaarden te gaan gebruiken<sup>15</sup>. Dit is een grote opgave. Ik zal het veld ondersteunen door te stimuleren dat de door het RIVM en Nictiz aanbevolen internationale standaarden in het Nederlands beschikbaar komen.

#### ICT-leveranciers moeten afspraken inbouwen

Leveranciers van in de zorg gebruikte ICT moeten afspraken over taal in hun systemen inbouwen. Ik ga met het Nederlands Normalisatie Instituut (NEN) in gesprek of zij mogelijkheden zien om normen te ontwikkelen voor eenheid van techniek die passend zijn bij die afspraken over eenheid van taal. Mijn doel is dat deze onderdeel worden van de kwaliteitsborging van zorgaanbieders en randvoorwaardelijk worden voor het mogen leveren en toepassen van ICT-systemen. Daarbij zal ik ook bezien of organisaties die de kwaliteit van zorgaanbieders auditeren (accreditatieorganisaties) gegevensuitwisseling kunnen meenemen in hun audits. Hierbij zal uiteraard ook overleg plaatsvinden met die accreditatieorganisaties.

---

<sup>11</sup> Kwaliteitsstandaarden zijn openbaar toegankelijke documenten die goede zorg beschrijven voor een bepaald gezondheidsgerelateerd thema. Onder kwaliteitsstandaarden vallen richtlijnen en zorgstandaarden. Het Toetsingskader kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten bevat criteria voor kwaliteitsstandaarden die zich richten op het proces van totstandkoming en de beschrijving van de zorg.

<sup>12</sup> «Het is wenselijk dat de kwaliteitsstandaard consistent is met andere standaarden die opgenomen zijn in het Register of dat eventuele inconsistenties inzichtelijk worden gemaakt.»

<sup>13</sup> Dit is de minimale set van patiëntgegevens die specialisme, ziektebeeld en beroepsgroep overstijgend relevant is en die van belang is voor de continuïteit van zorg. De ontwikkeling hiervan vindt al plaats in bestaande en al gefinancierde programma's zoals Registratie aan de Bron.

<sup>14</sup> Bij uw Kamer is een wetsvoorstel aanhangig waarin een bepaling is opgenomen op grond waarvan het Zorginstituut de mogelijkheid krijgt om na goedkeuring van de Minister van MSZ andere dan wettelijk opgedragen werkzaamheden te verrichten.

<sup>15</sup> Het gaat onder meer om SNOMED CT, LOINC en IDMP. Identification of Medicinal Products (IDMP) is een reeks van vijf ISO-standaarden die zijn ontwikkeld naar aanleiding van een wereldwijde vraag naar internationaal geharmoniseerde specificaties voor geneesmiddelen. IDMP is de basis voor registratie van geneesmiddelen in Europa.

## **Meer regie op eenheid van techniek**

### Gezamenlijk eisen formuleren

Koepels en zorgaanbieders kunnen inkoopkracht richting leveranciers realiseren door gezamenlijk eisen te formuleren. Ik zal dat stimuleren, zoals al gebeurt samen met ziekenhuizen en huisartsen. Als een zorgorganisatie en ook de betrokken koepel er met een leverancier toch niet uitkomt, dan organiseert VWS een escalatieoverleg onder leiding van de SG met koepels, leveranciers en betrokken zorgaanbieders. Vanaf dit najaar voer ook ik een dergelijk overleg het nodig is.

### Open en toegankelijk maken van systemen

Systemen binnen instellingen moeten in de toekomst altijd digitaal zijn gekoppeld, zodat, daar waar toestemming is verleend door de patiënt, integraal inzicht in alle gegevens van die patiënt ontstaat voor behandelend zorgprofessionals. Dit betekent dat ik openheid, toegankelijkheid en uitwisselbaarheid van gegevens verwacht van alle – interne – systemen waarin patiëntgegevens worden opgeslagen en uitgewisseld. Ik ga met NEN in gesprek over de mogelijkheden om ook hiervoor normen te ontwikkelen<sup>16</sup>. Hierbij is de genoemde roadmap leidend.

### Komen tot aan elkaar gekoppelde regionale gegevensuitwisseling

Ik wil dat de zorg snel de beschikking krijgt over landelijk dekkende en gekoppelde infrastructuren op basis van in het Informatieberaad vastgestelde technische koppelvlakken. Dit moet te realiseren zijn binnen de huidige afspraken en bekostiging. Er zijn immers al verschillende regio's – zoals bijvoorbeeld in het noorden van het land (Gerrit), in Twente en de Achterhoek (IZIT) en in de regio Rijnmond (RijnmondNet) – waar een regionale infrastructuur (op basis van internationale standaarden) floreert. Maar er zijn ook witte vlekken. Het zijn de bestuurders van zorginstellingen die moeten komen tot samenwerking en (een infrastructuur voor) uitwisseling. Dat is ook nodig om te kunnen gaan voldoen aan de komende verplichting tot digitalisering van prioritaire gegevensuitwisselingen.

### Landelijke voorzieningen

Voor landelijke gegevensuitwisseling zijn afspraken en voorzieningen nodig. Deels zijn deze er al (zoals de infrastructuur voor UZI-passen waarmee zorgprofessionals zich elektronisch kunnen identificeren), maar er zijn wellicht ook nieuwe voorzieningen nodig. Denk bijvoorbeeld aan afspraken over digitale adressering van zorgprofessionals en de mogelijkheid om een dergelijk adres op te zoeken. Sommige voorzieningen, zoals de verbindingen tussen regionale netwerken van zorgaanbieders, zullen waarschijnlijk door het veld zelf al gerealiseerd worden. Op andere onderdelen ligt een rol van de overheid voor de hand. Zo kan het door VWS gerealiseerde Landelijke Register Zorgaanbieders wellicht een rol gaan spelen in het toegankelijk maken van elektronische adresgegevens van zorgprofessionals en zorgaanbieders.

### Informatieveiligheid

Voor versnelling van elektronische gegevensuitwisseling is (vertrouwen in) informatieveiligheid van groot belang. Zorgaanbieders moeten al voldoen aan concrete normen ten aanzien van informatieveiligheid. Ik zal nagaan of verscherping van deze normen in het licht van bredere

<sup>16</sup> Bijvoorbeeld via open API's: een application programming interface, een verzameling definities op basis waarvan een computerprogramma kan communiceren met een ander programma of onderdeel».

digitalisering nodig is. Met steun van mijn ministerie is door het veld ook Z-Cert<sup>17</sup> opgericht. Z-CERT heeft specifieke kennis van hard- en software en medische technologie in de zorg en ondersteunt zorgverleners op het moment dat ze worden getroffen door een incident. Daarnaast biedt Z-CERT diensten om de weerbaarheid van de sector op het gebied van cybersecurity te vergroten. Nog niet alle zorginstellingen zijn aangesloten. Ik vind dat alle zorginstellingen aangesloten zouden moeten zijn bij een organisatie als Z-Cert. Ik zal daarom in 2019 de publieke betrokkenheid bij Z-Cert herijken en beoordelen hoe sneller tot meer deelnemers in meer sectoren kan worden gekomen.

### **Meer regie in de aanpak**

In aanloop naar een wettelijke verplichting zal ik de huidige aanpak op basis van zelfbinding van sterkere regie voorzien. Ik voer het gesprek met partijen als deze er in het Informatieberaad niet uitkomen of als zorgkoepels er met hun sectorale leveranciers niet uitkomen.

#### Zelfbinding versnellen

Ook binnen de context van zelfbinding kan er al worden versneld. Mochten de leden van het Informatieberaad er bijvoorbeeld samen niet uitkomen dan zal ik vanaf nu ook zelf een escalatieoverleg voeren met de bestuurders van de betrokken koepelorganisaties.

#### Sturen op samenhang en voortgang

Ik zal ook samen met het veld sterker sturen op samenhang en voortgang. Bijvoorbeeld door bij de financiering van nieuwe programma's te vereisen dat deze zich conformeren aan alle in het Informatieberaad en in veldnormen gemaakte afspraken over gegevensuitwisseling en dat ze over samenhang met andere programma's rapporteren. Ik zorg er samen met de leden van het Informatieberaad voor dat er op basis hiervan, zoals ook door KPMG<sup>18</sup> geadviseerd, voor de zomer van 2019 een samenhangend overzicht is van de belangrijkste programma's waarop door het Informatieberaad en VWS daadwerkelijk gestuurd kan worden.

### **5. Financiering**

Het kabinet heeft meer dan 400 miljoen euro beschikbaar gesteld voor versnellingsprogramma's voor informatie-uitwisseling in diverse sectoren. Ook heeft elektronische gegevensuitwisseling een prominente plek gekregen in Hoofdlijnenakkoorden, in stimuleringsprogramma's en bijvoorbeeld ook in het rapport van de Taskforce Zorg op de Juiste Plek. Het digitaliseren van gegevensuitwisseling zal naast de huidige stimuleringsprogramma's en tegen de bestaande tarieven binnen de reguliere bedrijfsvoering van zorginstellingen worden gerealiseerd. Ik zal voordat een met prioriteit te digitaliseren zorgproces op de eerder genoemde roadmap wordt geplaatst vooraf een risicoanalyse maken waarin ook financiering wordt meegenomen.

### **6. Tot slot**

In deze brief heb ik geschetst hoe ik meer regie zal nemen en wil komen tot wettelijke verplichting als het gaat om het verbeteren van elektronische gegevensuitwisseling in de zorg. Ik streef ernaar om in 2019 een voorstel aan uw Kamer te sturen waarin de noodzakelijke wettelijke

<sup>17</sup> <https://www.z-cert.nl/>

<sup>18</sup> Kamerstuk 27 529, nr. 162

verplichtingen worden gerealiseerd. De voorbereiding is inmiddels begonnen en vergt enige tijd, omdat het moet gaan om een wettelijke verplichting tot elektronische gegevensuitwisseling voor alle sectoren van de zorg en bindend voor zorgprofessionals, zorginstellingen, infrastructuur voor elektronische gegevensuitwisseling en ICT-leveranciers.

Eerder schreef ik u dat meer en betere elektronische gegevensuitwisseling kan leiden tot lagere administratieve lasten<sup>19</sup>. Uiteraard wil ik voorkomen dat mijn aanpak leidt tot onnodige verhoging van de administratieve lasten van instellingen en tot hogere kosten van zorg. Ook wil ik goed nagaan of er geen overlappingsen of dubbelingen ontstaan door de verschillende genoemde maatregelen. Ik begin dan ook met een risicoanalyse op hetgeen ik aan acties en maatregelen noem. Daar kom ik op terug in mijn brief die u zoals gevraagd met de motie van Raemakers c.s.<sup>20</sup> voor 1 april 2019 ontvangt. Daarin zal ik ook beschrijven welke concrete gegevensuitwisselingen de komende jaren beheerst en stapsgewijs door het zorgveld zullen worden gedigitaliseerd. Om voldoende snelheid te maken zal ik een programma inrichten en een plan opstellen dat ik u voor de zomer van 2019 zal toesturen. Hierin zullen ook de in deze brief genoemde acties een plek krijgen.

De Minister voor Medische Zorg,  
B.J. Bruins

---

<sup>19</sup> Kamerstuk 25 424, nr. 388

<sup>20</sup> Kamerstuk 35 000 XVI, nr. 46