

To: [5.1.2e] [5.1.2e@minvws.nl]
Cc: [5.1.2e] [5.1.2e@minvws.nl]; [5.1.2e] [5.1.2e@minvws.nl]
From: [5.1.2e]
Sent: Mon 3/1/2021 10:51:23 AM
Subject: Re: Versnellingsimpuls digitale zorg - vragen over koppeling nieuwetoeepassingen digitale zorg
Received: Mon 3/1/2021 10:51:32 AM

TOP! Succes!!! Bij vragen weet je me te vinden.

Kind regards,

[5.1.2e]

[5.1.2e@luscii.com]

[5.1.2e]
www.luscii.com

Op 1 mrt. 2021, om 10:57 heeft [5.1.2e] <[5.1.2e@minvws.nl]> het volgende geschreven:

Ha [5.1.2e]

Dank. Later deze week komen we er inhoudelijk op terug.

Wel alvast mbt de versnellingsimpuls: Dat is geen subsidieregeling, maar er wordt wel vol op ingezet om bestaand geld veel meer voor deze versnelling in te zetten.

Groet,

[5.1.2e]

Van: [5.1.2e] <[5.1.2e@luscii.com]>

Verzonden: maandag 1 maart 2021 10:34

Aan: [5.1.2e] <[5.1.2e@minvws.nl]>

CC: [5.1.2e] <[5.1.2e@minvws.nl]> [5.1.2e] <[5.1.2e@minvws.nl]>

Onderwerp: Re: Versnellingsimpuls digitale zorg - vragen over koppeling nieuwe toepassingen digitale zorg

Beste [5.1.2e]

Zoals beloofd, zie hieronder.

Met vriendelijke groet,

[5.1.2e]

Op 25 feb. 2021, om 12:48 heeft [5.1.2e] <[5.1.2e@minvws.nl]> het volgende geschreven:

Ha [5.1.2e]

Ik refereerde maandag al kort aan onderstaande. En je benoemde het ook in je verhaal voor VWS flex.

Zoals wellicht al meegekregen wordt vanuit VWS in 2021 ingezet op een versnellingsimpuls digitale zorg om tijdens en na Covid-19 niet terug te veren, maar verder op te schalen. Hierbij is de technologie niet het doel, maar de bijdrage die het kan leveren aan organiseerbaarheid en toegankelijkheid van de zorg. En de daartoe benodigde transformatie naar juiste zorg op de juiste plek.

Patiënt/burger en professional(s) beslissen samen of/wanneer digitale zorg wenselijk en mogelijk is, of wanneer fysieke zorg nodig.

['Versnellingsimpuls voor opschalen bewezen digitale zorg' - ICT&health](#)

Tamara van Ark: 'Zorg moet schokbestendiger worden' - ICT&health

Eén van de aspecten waar een impuls op kan worden gegeven is de koppeling van nieuwe toepassingen op bestaande legacy-systemen/infra van instellingen. Dit is een groot vraagstuk waar VWS o.a. via het informatieberaad, wetgeving en tal van activiteiten aan werkt. Zie diverse kamerbrieven van eind 2020 daarover.

Mag ik vragen wat de versnellingsimpuls concreet is? Is het een subsidieregeling? Is het betrokkenheid van mensen? Is het iets anders? Of is dat nog niet duidelijk?

Tegelijk willen we kijken waar er al oplossingen zijn gevonden voor dit vraagstuk. En dan met name voor toepassingen die zich richten op **thuismonitoring/-begeleiding/-coaching, digitaal zelfmanagement, digitale triage, digitale consulten/ spreekuren, samenwerking professionals.**

De oplossingen die jullie bieden richten zich daar ook op. Een paar vragen daarom:

- Is het gelukt om een koppeling te realiseren met bestaande ICT-systemen (zoals EPD's) van meerdere zorgaanbieders?

Ja. Wij hebben inmiddels koppeling met alle grote EPD's. En voor de goede orde, die koppeling gaat verder dan alleen een 'viewer' want dat is niet schaalbaar.

- Zo ja, hoe snel/makkelijk ging dat. Zo nee, welke nadelen heeft dat?

Het ging niet makkelijk omdat wij in veel gevallen de eerste waren. Bij Chipsoft heeft bv. Een team van Lusciï meegeschreven aan de code samen met een team van Chipsoft voor de eerste integratie. Dat heeft ca. een jaar geduurd. Nieuwe integraties kunnen nu wel sneller omdat die architectuur, volledig gebaseerd op standaarden (oa HL7 FHIR) er nu staat.

Bij Epic zijn er diverse manieren om te integreren waaronder via de eigen Epic App Store. Dat is echter heel duur (alleen al een PDF krijgen met de specificaties als je je inschrijft kost EUR 3,000). Wij hebben uiteindelijk derhalve zelf een schaalbare Epic koppeling gemaakt met IT mensen van een ziekenhuis.

- Is dat gelukt tegen acceptabele kosten, met acceptabele doorlooptijden en inzet/kennis van medewerkers van jullie of de zorgaanbieder?

Ja. Je hebt zeker eigenlijk drie dingen nodig: 1) je eigen developers, 2) goedkeuring (of nog liever, open API's) van een fabrikant en 3) de IT mensen van een zorgorganisatie voor de inrichting. De bereidheid om een koppeling toe te staan wisselt heel erg per aanbieder. Sommige willen dit graag en werken snel mee, sommigen willen wel maar hebben geen capaciteit, sommigen willen maar hebben een hopeloos oude architectuur en sommige willen niet of blokkeren om oneigenlijke redenen (bv omdat zij zelf toepassingen maken in het domein). De architectuur van het systeem waarmee je koppelt wisselt ook enorm waarbij een deel moderne architectuur betreft die gebruik maakt van standaarden maar ook een groot deel van de systemen is hopeloos verouderd, zoals lokale instances, oude standaarden of helemaal zelf gebakke code.

- Is de gemaakte koppeling alleen geschikt voor jullie applicatie of is het ook toepasbaar om in te zetten / te hergebruiken voor andere toepassingen van digitale zorg, ook van andere leveranciers.

Wij maken 100% gebruik van open standaarden. Dit moet ook wel omdat wij inmiddels in 7 landen actief zijn en er nog meer volgen. Op dat niveau is dus koppelen herbruikbaar. Echter de inrichting is vaak specifiek. Wat wil je precies gekoppeld hebben? Hoe werkt dat in de praktijk in het betreffende systeem voor een zorgverlener. Dat zal per EPD en applicatie die daaraan koppelt verschillen. Maar de principes zijn herbruikbaar (en dat gebeurt ook al).

- Zijn jullie, eventueel in samenspraak met zorgaanbieders (en bij voorkeur ook leveranciers van de legacy systemen), deze koppelingen en informatie of/hoe te koppelen, willen delen met andere zorgaanbieders en leveranciers?
Zo ja, onder welke voorwaarden. Zo nee, waarom niet?

Er zijn hier twee uitdagingen, een technische en een commerciële :

1. Hoe dit in andere sectoren werkt, is dat er normaal gesproken open API's zijn. Dat zijn eigenlijk kant en klare koppelingen waar systemen tegen elkaar kunnen 'praten' voor diverse functies. Daarmee is dus automatisch een koppeling herbruikbaar voor iedereen en zo hoort het. In de zorg ontbreken dergelijke API's veelal bij legacy systemen. Soms omdat ze het niet willen, soms omdat het technisch niet kan wegens oude infrastructuren.

2. Een tweede element is de kosten die gerekend worden voor koppelingen. Ik maak me zorgen dat dit 'het nieuwe verdienmodel' gaat worden. Wij rekenen als Luscii bv niets aan licentiekosten voor koppelingen (is onderdeel van onze standaard, geen upsell) maar ik zie om me heen dat dit ook weleens anders gaat en er soms zelfs belachelijke bedragen gerekend worden. Natuurlijk is het logisch dat koppelen zelf (het werk om iets aan elkaar te verbinden) iets kost want daar zitten ook echt manuren in, maar het moet niet zo zijn dat het een nieuw verdienmodel wordt in mijn ogen.

Wij hebben het denk ik op een technisch hele aardige manier opgelost zodat het ook echt 'open' is en zelfs ook als zodanig gecertificeerd. Mocht dat leuk zijn dan kan ik altijd vragen of ons integratie team mee wil werken aan een showcase daarvan om te vertellen hoe ze dat gedaan hebben en welke afwegingen ze gemaakt hebben zodat anderen daarvan kunnen leren. Het lastigste is dat het echt 'een vak apart' is en niet alle bedrijven de competenties hebben om dat goed te doen waardoor ze gaan 'knutselen', en dat is nu precies waar je nu last van hebt omdat er dus heel veel maatwerk geknutsel in de markt bij de legacy partijen is. Ook moeten we denk ik zorgen dat we niet dingen 'te Nederlands' maken qua oplossingen want uiteindelijk is dit een internationale markt.

- Zien jullie, los van alle landelijke ontwikkelingen op het gebied van standaardisatie, interoperabiliteit etc. nog extra kansen om in 2021 extra impulsen te geven die bijdragen aan versnelde opschaling van digitale zorg tijdens en na Covid-19?

Ja. Er is nog steeds geen echt goede oplossing voor de vergoeding van specifieke meet-apparatuur (en dan bedoel ik dus geen iPads maar bv ECG meters voor thuis). Er kan heel veel met bring your own device maar ik zie ook dat afwegingen van kosten soms gemaakt worden om goedkope Chinese rommel in te zetten en dat is echt risicovol in mijn ogen. Dus in sommige gevallen (niet altijd) zou het wel mogelijk moeten zijn en dat is het nog steeds niet of nauwelijks.

Ik ben hier bezig met Isala om dit probleem te doorleven, als het interessant is dan kan ik iemand van jullie aanhaken om eens te horen wat nu het echte probleem is met Isala instrumentele dienst samen?

Een tweede is mijn visie op de regio en monitoring. Zie bijlage plaatje hieronder (deze svp niet voor sociale media). In die ontwikkeling zie je 2 dingen:

1) over de schotten heen blijft financiering nog lastig. Maar de andere kant is er ook. Als je nog niets hebt staan en vanaf scratch met tien partijen iets gaat neerzetten, dat het dan al snel praatclubs worden. Impulsen waar partijen die al iets doen kunnen versnellen als ze regionaal opschalen is interessant. Denk bv het ziekenhuis dit verder met regiepartners regionaal uitrollen zouden interessant kunnen zijn (of als huisartsen al iets doen dat ze ziekenhuis aanhaken etc).

2) als gevolg van Covid zijn er overal veel virtual wards ontstaan. Dit zijn de ideale stepping stones voor verbreding, zowel in de diepte (meer ziektebeelden en grotere schaal) als in de regio (naar remote patient support en self care). Het voordeel is dat dit allemaal partijen zijn die de basis op orde hebben en dus sneller kunnen gaan. Goede voorbeelden: JBZ, CWZ, Franciscus, Isala, OLVG,, UMCU, WZA, Antoinus, Albert

Schweitzer. Daar kunnen impulsen direct tot versnelling leiden.

Hopende je hiermee van dienst te zijn,
Met vriendelijke groet,

5.1.2e

<image001.png>

Indien gewenst bespreken we graag jullie reactie in een online overleg.

Met vriendelijke groet,

5.1.2e

5.1.2e

Ministerie van VWS

Innovatie & Zorgvernieuwing / Juiste Zorg op de Juiste Plek

5.1.2e

<https://www.linkedin.com/in/>

5.1.2e

<image001.jpg>

