

Evaluatie en leerpunten VIPP

Gebundelde ervaring 325+ eindtoetsen

De VIPP-programma's zijn succesvol gebleken als versneller van de implementatie van nationale standaarden voor gegevensuitwisseling in de zorg. Echter verandering, vereenvoudiging en regie gericht op de praktijk is noodzakelijk wil Nederland ontsnappen uit de techniek!



WE DO TRUST

The Technology Governance Company

Datum: 14 februari 2025
Versie: 1.0

Inhoudsopgave

**Hans Donkers**

Partner
Tel: +31 653754323
hansdonkers@wedotrust.nl

Jan de Boer

Partner
Tel: +31 651546750
jandeboer@wedotrust.nl

Jasper de Vries

jasperdevries@wedotrust.nl

Reinder Attema

reinderattema@wedotrust.nl

Edward Veen

edwardveen@wedotrust.nl

Jan Hoogstra

janhoogstra@wedotrust.nl

Huibert Bouthoorn

huibertbouthoorn@wedotrust.nl



WeDoTrust.nl

- 1** Inleiding: Hoe zat het ook al weer met VIPP? **P 3**
- 2** Samenvatting: Belangrijkste lessen en leerpunten **P 4-7**
- 3** Organisaties: Dank voor de medewerking en inspanning **P 7**

Hoe zat het ook al weer met VIPP?



De VIPP-programma's (Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional) zijn in 2016 opgezet door het Ministerie van VWS met als doel om de digitale informatie-uitwisseling in de zorg te verbeteren, vooral tussen zorgverleners en patiënten.

Doelen van VIPP

De belangrijkste doelstellingen van VIPP zijn geweest:

- Patiënten toegang geven tot hun medische gegevens via een Persoonlijke Gezondheidsomgeving (PGO).
- Verbeteren van gegevensuitwisseling tussen zorgverleners om efficiëntere en betere zorg mogelijk te maken.
- Stimuleren van standaardisatie en interoperabiliteit in de zorgsector.

De VIPP-programma's zijn als eerste bij de ziekenhuizen gestart. Sindsdien is het programma uitgebreid naar andere zorgsectoren, zoals de GGZ, de huisartsen, de langdurige zorg, geboortezorg en farmacie (zie overzicht). Elk afzonderlijk programma richtte zich op specifieke doelen binnen de zorg.

Subsidieverstrekking en aantoonbaar voldoen aan VIPP

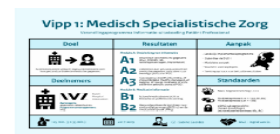
Om de beoogde versnelling te realiseren is een subsidieregeling door VWS opgezet. Tot eind 2024 is er meer dan EUR 500 miljoen aan subsidies verstrekt. Om aanspraak te maken op een subsidie moesten zorgorganisaties een aanvraag indienen waarbij er kon worden ingeschreven op verschillende modules met elk eigen resultaatdoelstellingen. Het vertrekken van de subsidies is niet vrijblijvend geweest.

Bij de meeste VIPP-programma's dienden er verplichte eindtoetsen (audits) te worden uitgevoerd door een Register IT Auditor (RE) waarbij met redelijke mate van zekerheid moest worden vastgesteld of de subsidieaanvrager (de betreffende zorginstelling) de VIPP resultaatdoelstellingen heeft gerealiseerd. De opdracht diende te worden uitgevoerd overeenkomstig met Richtlijn 3000D van NOREA.

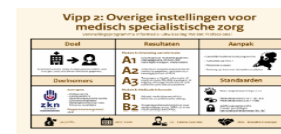
Evaluatie en leerpunten VIPP

De VIPP-programma's zijn, met uitzondering van VIPP Farmacie, eind 2024 afgerond. Als WeDoTrust hebben wij de afgelopen jaren bij meer dan 125 zorgorganisaties (ziekenhuizen, GGZ en VVT instellingen) ruim 325 eindtoetsen (audits) uitgevoerd.

Juist omdat het gaat om publieke gelden hebben wij ons verplicht gevoeld onze evaluatie te delen over wat wij hebben geleerd. Bijgevoegd vindt u het resultaat.



VIPP1 Medische specialistische zorg



VIPP2 Overige instellingen voor medisch specialistische zorg



VIPP3 GGZ



VIPP4 GGZ vrijgevestigden



VIPP5 Ziekenhuizen, UMCs en zelfstandige klinieken



VIPP OPEN (huisartsen)



VIPP BabyConnect (geboortezorg)



VIPP InZicht (langdurige zorg)



VIPP Farmacie

Door WeDoTrust zijn ruim 325 eindtoetsen uitgevoerd bij de ziekenhuizen, zelfstandige klinieken, GGZ- en VVT-organisaties.



Belangrijkste lessen en leerpunten

1

De VIPP-programma's met een resultaatverplichting zijn een goede versneller gebleken, de ingezette beweging is onomkeerbaar: De betrokken zorginstellingen in heel Nederland hebben samen met hun medewerkers, consultants en IT-leveranciers hard gewerkt om de doelstellingen van de VIPP-programma's te realiseren. Ze hebben geïnvesteerd in geavanceerde elektronische patiënten/cliënten-dossiers, digitale consultaties, standaardisering van gegevens, online patiëntportalen en het leggen van koppelingen naar PGO's. De maatregel van het verplicht uitvoeren van een eindtoets 'audit' gaf echt druk en heeft goed geholpen om zorgorganisaties deadline- en resultaatgericht te laten werken.

Onze conclusie: VIPP heeft de basis gelegd voor een betere gegevensuitwisseling (databeschikbaarheid). Deze verbetering was zonder VIPP nooit, organisatie/leveranciers/zorglijn-overstijgend, met deze snelheid en impact gerealiseerd. De beweging die met VIPP is ingezet is onomkeerbaar en tevens noodzakelijk geweest om de status quo die na het wegstemmen van het landelijke EPD in 2011 is ontstaan na vele jaren te doorbreken.

2

De harde realiteit is dat beter niet betekent dat het nu goed gaat: Er moet de komende jaren nog heel veel gebeuren wil er in Nederland echt sprake zijn van een betrouwbare (juist, volledige en tijdige) gegevensuitwisseling (databeschikbaarheid) waar de patiënt/cliënt en zorgprofessionals samen wat aan hebben. De uitvoering van de VIPP-programma's zijn (te) technisch ingestoken en sterk gericht geweest op het voldoen aan de gestelde normen. VIPP heeft ons als land 'gevangen' in de 3 onderste lagen van het NictiZ-model. Het was voor subsidiebehoud voldoende om technisch te laten zien dat het mogelijk is gegevens uit te wisselen zonder te toetsen wat de dagelijkse zorgpraktijk hieraan heeft. De landelijke (verbeter)programma's incl. PGO-aanbesteding, Mijn Gezondheidsoverzicht en CumuluZ lijken deze (te) technische lijn verder door te zetten. De huidige voorgestelde VWS-verbeteringen kennen daarbij eveneens een lange doorlooptijd (meer dan 2 jaar) en geven nu geen oplossing om het vertrouwen en het gebruik bij zorgorganisaties, zorgverleners en burgers/patiënten te vergroten.

Leerpunt A → Verleg drastisch de focus van de techniek naar de praktijk. Het gaat slechts om 10% techniek en 90% om het doorvoeren en in de praktijk brengen van de verandering (proces en mens). Vertrouwen bouw je in de praktijk en in de regio op met zorgverleners, burgers en IT-leveranciers. Stop met de focus op het steeds aanpassen en verbeteren van de techniek en het gezondheidsinformatiestelsel, richt je voornamelijk op de ander 90%. Richt je op de digitaal vaardige mens, zowel zorgverleners als patiënten. Dit zijn degenen die het gebruik los kunnen trekken. Vergeet de mantelzorger daarbij als groep niet.

3

De organisatie van de VIPP-programma's kent sterke en zwakke punten: Sterk is de keuze geweest voor de samenwerking en het faciliteren vanuit de afzonderlijke brancheorganisaties NVZ, ActiZ, Nederlandse GGZ, etc. Dit heeft goed gewerkt naar het werkveld toe. Een groot gemis in de governance is echter de overall-regie geweest. Zo is verzuimd de verschillende VIPP-regelingen en -programma's toekomstgericht op elkaar af te stemmen. Elke regeling kende eigen doelen, scope, normen, planningen en prioriteiten. De relatie van VIPP met andere landelijke programma's zoals Mitz, Zorg-AB, MP9, etc. is eveneens niet duidelijk en soms zelfs afwezig geweest. Dit alles heeft een vertragende werking gehad op het versnellen van de gegevensuitwisseling in de zorg.

Leerpunt B → Versterk de overall-regie, de samenwerking met de brancheorganisaties en zet in op de regio's: De ambitie van VWS is om de centrale regierol op het gebied van digitale zorgtoepassingen en met name databeschikbaarheid op te pakken. Vanuit de vele eindtoetsen die wij hebben uitgevoerd zien wij dat meer regie zeker noodzakelijk is met de focus op de praktijk (zie leerpunt A) en eenvoud (zie leerpunt C).



Belangrijkste lessen en leerpunten

4

Het informatiestelsel is door de jaren heen onwerkbaar complex geworden: In de 8 jaar hebben wij gezien dat zorgorganisatie, zorgverleners en ook de IT-leveranciers met alles rekening hebben gehouden op het gebied van databeschikbaarheid/gegevensuitwisseling incl. doorvoeren van de vele aanpassingen: MedMij (ZIBs), E-overdracht, KIK-V, MP9, MitZ, TWINN, Zorg-AB, Autorisatie, NEN7510, EHDS, WEGIZ, etc. De ZIB's staan als bouwstenen centraal en blijken in de praktijk geen uitwisselingsblokken te zijn. De in de VIPP-programma's gebruikte ZIB 2017 versie loopt sterk achter bij de huidige versie, dat vraagt aanpassing van alle systemen. Dat geeft bij IT-leveranciers technische- en capaciteits-uitdagingen in de realisatie. De optelsom van de vele initiatieven is dat door de jaren heen een informatiestelsel is ontstaan die zo ingewikkeld is geworden dat Nederland technisch en organisatorisch vast gaat lopen.

Leerpunt C → Keep It Simple Stupid (KISS) Verzin niet alles zelf! Ga terug naar de basis, eenvoud en sluit echt aan op internationale standaarden incl. het gebruik van wat (internationale) leveranciers nu al aanbieden om vernieuwing door te voeren (de wereld is groter dan Nederland). Versterk als VWS het portfoliomanagement en richt tevens een onafhankelijke Quality Assurance-rol in, met kennis en ervaring die op afstand staat van het belang en de druk om steeds maar door te gaan op dezelfde weg. Deze onafhankelijke QA, met kennis en ervaring, ontbreekt en dat is een groot risico bij zulke grote initiatieven.

5

De doelen tijdens de 'wedstrijd' zijn door VWS verlaagd: Door VWS zijn tijdens de uitvoering van de regelingen de afgesproken resultaatsdoelstellingen meerdere keren op een erg laat moment verlaagd incl. toetsingskader en de interpretatie daarvan. De drempel om te voldoen aan VIPP werd naar het einde toe steeds lager en de kans op het behoud van de subsidie daarmee groter. Dit heeft nadelig uitgewerkt voor de landelijke werking van gegevensuitwisseling en de positie van PGO's. Het gevolg is geweest dat niet elke zorgsector en zorgorganisatie na VIPP (eindtoets) nog meedoet aan gegevensuitwisseling. Zo wisselen de VVT en GGZ zeer beperkt uit met PGO's. De ziekenhuizen en huisartsen blijven/zijn terughoudend in het aanbieden van de PGO-mogelijkheid en schuiven vooral hun eigen portaal-oplossingen naar voren. Dat wordt versterkt doordat de portaal-oplossingen van de reguliere EPD-, ECD- en HIS-leveranciers over de volle breedte van de zorg steeds beter en rijker aan functionaliteit zijn geworden. De PGO's zijn niet stabiel en dat geldt ook voor de PGO-markt. De financiering is in 2024 stopgezet en de PGO-aanbesteding verliep moeizaam. De opschaling van de PGO's vindt niet plaats. Daarbij zijn de landelijke PGO-cijfers in de VIPP-periode structureel te positief gecommuniceerd. Ze gaan uitsluitend over gegevensuitwisseling en niet over het doel en gebruik van PGO's. Het ontbreekt zorgorganisaties, zorgverleners en burgers aan de prikkel op het daadwerkelijke gebruik in de praktijk over de zorg heen incl. opschaling van het gebruik PGO's.

Leerpunt D → Als het noodzakelijk is de regels aan te passen doe dit tijdig, communiceer helder en blijf de focus houden op het einddoel: Het type maatregel vanuit VWS om van een resultaats- naar inspanningsverplichting over te gaan is geen goede keuze geweest. Met name in de laatste twee jaar hebben wij gezien dat hierdoor onduidelijkheid en een gelatenheid is ontstaan waarbij de focus van zorgorganisaties incl. de IT-leveranciers is verlegd naar subsidiebehoud. In de eerste jaren van VIPP stond zorgbreed veel meer het realiseren van de VIPP-doelen centraal. Vanuit een auditperspectief is het onverantwoord om slechts enkele weken voor de deadline aan te kondigen dat de regels veranderen. Dit geeft in het auditproces bij alle stakeholders veel onduidelijkheid.

Leerpunt E → Heroverweeg de positie en rol van 'het PGO' in het gezondheidinformatiestelsel: Door VWS wordt tot op heden vastgehouden aan doelstelling zoals die is verwoord in het IZA "Alle inwoners in Nederland die dat willen in 2025 kunnen beschikken over een gebruiksvriendelijke en goed gevulde persoonlijke gezondheids-omgeving (PGO) die van meerwaarde is in het zorgproces en voor iedereen begrijpelijke informatie bevat." Wij vragen ons echt af of deze doelstelling haalbaar is en of de PGO's in de huidige vorm wel enige toekomst hebben als zowel zorgaanbieders, zorgverleners als de EPD/ECD-leveranciers daar in de praktijk niet enthousiast over blijken te zijn. Wij zien nog niet hoe de PGO-aanbesteding en Mijn Gezondheidsoverzicht hier verandering in brengt.

Belangrijkste lessen en leerpunten



6

Verzuimd is om in VIPP de focus te leggen op data-kwaliteit: In 2 en 4 is aangegeven dat voor subsidiebehoud het voldoende was om technisch te laten zien dat het mogelijk is om gegevens uit te wisselen. Niet de gegevensuitwisseling maar juist het gebrek aan datakwaliteit kwam veelvuldig naar voren in de door ons uitgevoerde audits. VWS heeft de focus inmiddels verlegd van gegevensuitwisseling naar het realiseren van databeschikbaarheid. De gedachte is dat databeschikbaarheid voor burgers leidt tot meer grip op leefstijlgerelateerde ziekten, betere kwaliteit en veiligheid van zorg, grotere tevredenheid van zorggebruikers, lagere zorgconsumptie en uiteindelijk tot lagere zorgkosten (citaat CIO VWS).

Leerpunt F → Verleg de focus naar datakwaliteit en relevantie voor het zorgproces: Wij hebben geleerd dat er al heel veel data beschikbaar is voor de burger en zorgverleners. De uitdaging zit niet alleen in het uitwisselen of de beschikbaarheid maar vooral in het verbeteren van de kwaliteit van data en hoe deze toegevoegde waarde te geven voor de burger en zorgverlener. Stop met rondpompen data is een veel gehoord punt in de audits. Maak meer gebruik van te bevragen basisbronnen zoals RIVM, VECOZO, Implantatenregister, GBA, etc. en onderzoek de mogelijkheid van een centraal medicatieregister.

7

De gegevens die (verplicht) moeten worden uitgewisseld zijn deels niet relevant, deels onvolledig en moeilijk te begrijpen: De initiële VIPP-slogan uit 2016 "Als je over je data kan beschikken heb je regie over je gezondheid" gaat in de praktijk niet op. Meer data en gegevensuitwisseling leidt niet tot meer regie! Burgers en zorgverleners zitten niet te wachten op meer gegevens maar juist op informatie die voor hen daadwerkelijk op dat moment relevant is. Dat zijn veelal niet de volledige (te optimaliseren) gegevenssets. De BGZ is deels niet informatief voor patiënten, de BGGZ draagt momenteel bijna niets bij, net als de BGLZ. Huisarts ZIB (algemene gegevens) is niet te combineren met andere ZIB's. De verschillende praktijkgerichte use-cases die wij zijn tegengekomen bij zorgorganisaties zoals wondzorg, ouderenzorg, etc. vragen om andere gegevens dan de landelijke (verplichte) gegevens.

Leerpunt G → Leg de nadruk op een betere en meer behandelgerelateerde weergave: Vaak zijn documenten (PDF) ook goed bruikbaar om gegevens over te dragen. Het opnieuw invoeren blijkt in de praktijk niet altijd een probleem. Werk de beoogde praktijkgerichte 'workflows' rondom patiënt- en zorgverlener-interactie verder uit. Veel behoefte is aan praktische middelen o.a. vragenlijsten, berichtjes, informatie over ziekte/aandoening, contact zorgverlener, etc.

Leerpunt H → Doorgrond de daadwerkelijke (praktische) consequenties van keuzes die in het informatiestelsel zijn gemaakt: Voorbeelden die tijdens de uitgevoerde audits meerdere keren naar voren kwamen zijn: 1. de keuze die (technisch) in het stelsel is gemaakt om een behandelaanwijzing over te dragen tussen zorgaanbieders is juridisch niet correct, 2. er wordt voorbijgegaan aan de druk en het werk wat het eenmalig registreren echt betekent voor zorgorganisaties die aan het begin van de gehele keten/bron staan (denk aan het registreren allergieën), 3. er wordt voorbijgegaan aan de hoeveel tijd die nodig is en het vertrouwen dat moet worden opgebouwd tussen ketenpartners voordat deze in het zorgproces op elkaars aangeleverde gegevens gaan steunen. Opvallend is dat veel zorgorganisaties afzonderlijk vele maken hetzelfde wiel hebben uitgevonden. Er was beperkt ruimte om binnen de VIPP-programma's zaken op voorhand goed uit te zoeken, te leren en best practices te verzamelen en te delen.



Belangrijkste lessen en leerpunten

8

Met de afronding van VIPP ontstaat een knelpunt door gebrek aan (structurele) financiering en bemensing: De meeste zorgorganisaties zijn goed geweest in het binnenhalen van landelijke VIPP-subsidies. Wij zien dat na afronding van de laatste eindtoets de opgebouwde projectorganisaties zijn ontmanteld incl. de betrokken mensen. Kennis gaat op dit moment verloren.

Leerpunt I → Zorg voor een structurele financiering en focus op schaal: Het gebrek aan perspectief op structurele financiering, ook vanuit IZA, van digitaliserings-initiatieven zit een betrouwbare gegevensuitwisseling en de langdurige transformatie van de zorg in de weg. Zekerheid en betrouwbaar optreden van VWS en ook de zorgverzekeraars zijn cruciaal. Focus bij de inzet van financiële middelen en de capaciteit op opschaling. Voorkom versnippering over Nederland door bijvoorbeeld door de selectie van een aantal kernregio's als vliegwiel voor landelijke opschaling. Zorg ook voor praktische hulp/kennis dat een aantal basiszaken, die noodzakelijk zijn als fundament om op te schalen, samen met en in de regio adequaat worden geïmplementeerd (b.v. Informatiebeveiliging & privacy).

9

De (commerciële) belangen van IT-leveranciers zijn groot waarbij de toekomstrichting en regierol vanuit VWS diffuus is: In de afgelopen jaren hebben wij gezien dat het verplicht vanuit de overheid stimuleren van standaardisatie, interoperabiliteit en hybride netwerkzorg de IT-markt daadwerkelijk heeft doen veranderen. De betrokken IT-leveranciers hebben allen actief meegewerkt aan de invoering van VIPP. Tevens zijn de kansen voor hen groter dan ooit om te innoveren en zich te verbreden buiten de primaire zorgsector (silo) waar zij vanuit historie actief op waren. Dit is/wordt verder verstrekt door de digitaliseringsbeweging die op gang is gekomen vanuit COVID, IZA en technische vooruitgang zoals cloud, AI, etc. Er staat de komende jaren (commercieel) veel op het spel voor IT-leveranciers waarbij de markt van hybride zorgnetwerk- en patiënten-platformen zal worden verdeeld. Wij hebben zeker geconstateerd dat alle betrokken IT-leverancier hebben meegewerkt aan VIPP. Echter, leveranciers zijn verschillend omgegaan met de mate waarin zij hun producten hebben aangepast aan de vereisten. Ook stellen wij vast dat VWS niet in staat is geweest om IT-leveranciers op een uniforme wijze te dwingen zich te conformeren aan de VIPP-vereisten incl. blijvende naleving. Zorgorganisaties die mee hebben gedaan aan VIPP zijn ook niet bij machte geweest dit te doen. Vanuit de uitgevoerde eindtoetsen komt naar voren dat het helpt als zorgorganisaties gezamenlijk optrekken richting hun IT-leverancier(s).

Leerpunt J → VWS wees terughoudend met het tegelijkertijd optreden als beleidsmaker, opdrachtgever, ontwikkelaar, beheerder en marktpartij: Vanuit de vele eindtoetsen die wij hebben uitgevoerd zien wij dat het zou helpen als VWS primair de focus legt op het zijn van beleidsmaker en opdrachtgever. Dat geeft duidelijkheid en draagt bij aan het versnelt landelijk realiseren van een betrouwbare (juist, volledige en tijdige) databeschikbaarheid met meerwaarde. Het Adviescollege ICT-toetsing heeft eind 2024 onderzoek gedaan naar de ontwikkeling van Mijn Gezondheidsoverzicht en de aanbesteding PGO. Ook zij hebben aangegeven dat bundeling van vele rollen een punt van aandacht is en niet bijdraagt aan verbetering van functionaliteit.

Dank voor de medewerking en inspanning



Wij willen als WeDoTrust alle betrokken zorginstellingen in heel Nederland danken die samen met hun medewerkers, consultants en IT-leveranciers hard hebben gewerkt om de doelstellingen van de VIPP-programma's te realiseren. Tevens willen wij hen danken voor het gegeven vertrouwen dat wij de eindtoetsen hebben mogen uitvoeren.



© 2025 WeDoTrust

WeDoTrust B.V. is ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder KvK nummer 65568346

WeDoTrust is een advies- en auditorganisatie die directies, bestuurders en toezichthouders grip geeft op digitalisering.

Onze expertises

Strategie & realisatie

Wij begeleiden onze opdrachtgevers bij het opstellen van een realistische digitale strategie en het projectmatig realiseren van de veranderagenda.

Governance & Assurance

Wij voeren onafhankelijke audits uit, geven zekerheid (assurance) en advies over IT-governance vraagstukken.

Technologie & Security

Wij helpen organisaties met het ontwerpen, versterken en beoordelen van hun technologie en security.