



# ZorgConext

## Een verkenning naar een federatieve authenticatie- en autorisatie-infrastructuur voor zorgverleners

Organisatie: SURF  
Auteur: Peter Jurg, Steven van der Linden  
Datum: 28-8-2015  
Versie: 1.1  
Classificatie: Definitief

CAPITAR IT GROUP BV

AMSTERDAMSEWEG 34B  
6712 GJ EDE  
THE NETHERLANDS

+31.88.695.00.00  
INFO@CAPITAR.COM  
WWW.CAPITAR.COM

BTW/VAT NR. NL8504.53.252.B01  
TRADE REGISTER K.V.K. ARNHEM, NR. 52455785  
ING BANK, IBAN NR. NL24 INGB 0000 2165 77

# 1 Inleiding

---

SURFnet biedt haar doelgroep de federatieve authenticatie- en autorisatie-infrastructuur (AAI) SURFconext. Via SURFconext worden instellingen in hun rol als Identity Provider (IdP) middels een centrale hub gekoppeld aan (web) Service Providers. Een dergelijke infrastructuur biedt vele mogelijkheden en oplossingen op het vlak van b.v. single sign on, instellingsoverstijgend gebruik van applicaties, en standaardisering.

Naast de universiteiten, hogescholen en onderzoeksinstituten behoren ook de universitaire medische centra (UMC's) en topklinische ziekenhuizen (STZ's) tot de doelgroep van SURFnet. Een deel van deze ziekenhuizen heeft een koppeling met SURFconext, maar om in de volle omvang de mogelijkheden te benutten die het platform biedt zouden er veel meer samenwerkingspartners van deze ziekenhuizen ook op deze infrastructuur aangesloten moeten worden. Echter, deze samenwerkingspartners (zoals perifere ziekenhuizen, GGZ's, huisartsen) vallen typisch niet binnen de SURFnet doelgroep waardoor de meerwaarde van het SURFconext platform voor de academische ziekenhuizen niet ten volle wordt uitgenut. Wat zijn in dit kader mogelijke oplossingen? Een van de richtingen die het onderzoeken waard is, is om te kijken of het mogelijk zou zijn om een aparte AAI voor de (hele) zorgsector op te zetten op basis van bijvoorbeeld OpenConext<sup>1</sup>. OpenConext is de open source software die aan de basis ligt van het SURFconext platform. Een dergelijk platform zou analoog aan SURFconext kunnen worden opgezet en mogelijk zelfs onderling met elkaar verbonden kunnen worden zodat ook op infrastructureel niveau schaalvoordelen en uitwisselbaarheid zou kunnen ontstaan. Op een dergelijk platform ('ZorgConext') zou dan zorgsector-breed organisaties kunnen worden aangesloten.

Om een dergelijke opzet te onderzoeken is aan Capitar gevraagd een inventarisatie te doen bij een aantal zorginstellingen die behoren tot de SURFnet doelgroep. Dit verslag is een weergave van deze eerste inventarisatie.

---

<sup>1</sup> <https://www.openconext.org>

## 2 Onderzoek

---

### 2.1 Onderzoeksgroep

Er is gesproken met een aantal personen verantwoordelijk voor informatievoorziening en/of informatieveiligheid in de volgende organisaties:

ENVOLVE

Erasmus MC

IKNL

LUMC

UMCG

UMCU

VUmc

### 2.2 Onderzoeksvragen

De volgende vragen lagen aan de basis van alle gesprekken:

- Bekendheid met SURFconext
- Zou dit bruikbaar zijn voor de zorg of onderwijs in de zorg?
- Wat is de belangrijkste toegevoegde waarde? (killer apps e.d.)
- Zijn er al bestaande initiatieven?
- Wat moet er intern nog gebeuren om er gebruik van te maken?
- Wie moeten er mee doen? Hoe krijg je het van de grond?
- Welke belemmeringen zijn er voor invoering?
- Welke kansen ontstaan er door invoering?
- Wat is een haalbare aanpak?

### **3 Samenvatting van de gespreksresultaten**

---

De gesprekken zijn samengevat op basis van de onderzoeksvragen. De meeste hieronder vermelde zaken zijn in meer dan een gesprek gemeld.

#### **3.1 Bekendheid met SURFconext**

Alle gesprekspartners waren bekend met SURFconext. In de meeste gevallen werd er reeds in meer of mindere mate gebruik van gemaakt. Waar gebruik wordt gemaakt van SURFconext betreft het onderwijs/onderzoeksactiviteiten en of toegang tot generieke bedrijfsfuncties. In de directe zorg, waar het om patiëntgegevens gaat, wordt het niet gebruikt.

#### **3.2 Zou dit bruikbaar zijn voor de zorg of onderwijs in de zorg?**

De bruikbaarheid van het concept werd niet in twijfel getrokken. Bijna alle gesprekspartners zagen de meerwaarde van een 'ZorgConext', een dienst vergelijkbaar met SURFconext, maar toegankelijk voor (alle) zorgverleners. eID (sinds kort idensys genaamd) is genoemd als mogelijke andere oplossing.

Inschatting is dat, vanwege de onderwijs-scope van SURF, via SURFconext maximaal 30% van de zorgverleners bereikt kan worden. De overige 70% zijn:

- Perifere ziekenhuizen – ziekenhuizen rondom de UMC's waar artsen in opleiding hun AIO-schappen lopen, maar die zelf geen formele opleidingstaak hebben.
- Care-instellingen als Verpleeghuizen, GGZ-instellingen, waar sommige patiënten na de zorg in het ziekenhuis terecht komen.
- Huisartsen, fysiotherapeuten, apothekers, onafhankelijke specialisten; zelfstandige ondernemingen die aan het begin én eind van de zorgketen staan en vaak patiënten / cliënten in meerdere zorginstellingen hebben.
- Ondersteunende en administrerende organisaties waar gegevens over zorgverlening, zorgpaden, accreditaties en statistische gegevens aan geleverd worden of van worden afgenomen.
- Onafhankelijke laboratoria en onderzoeksinstellingen.
- Enz.

Er is dus een brede markt voor een apart ZorgConext.

#### **3.3 Wat is de belangrijkste toegevoegde waarde? (killer app's e.d.)**

Hier liepen de meningen over uit een. Het is moeilijk om één killer app te definiëren. De doelgroep is zeer breed en daarmee het potentiële gebruik ook. De volgende werden genoemd als mogelijke diensten:

- POINT (overdracht van patiënten van ziekenhuizen van en naar andere zorgaanbieders - [www.verzorgdeoverdracht.nl/Over-POINT/Paginas/POINT.aspx](http://www.verzorgdeoverdracht.nl/Over-POINT/Paginas/POINT.aspx) )

- RePal (registratie voor Hospicevoorzieningen - [www.ecommany.com/portfolio/detail/registratiesysteem-palliatieve-zorg-repal-19.html](http://www.ecommany.com/portfolio/detail/registratiesysteem-palliatieve-zorg-repal-19.html))
- Vektiz (ondersteunt de administratie van gedeclareerde zorg / DBC - [www.vektis.nl/](http://www.vektis.nl/))
- Zorgdomein (ondersteunt het zorgproces en de communicatie tussen 1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> lijns zorg - [www.zorgdomein.nl](http://www.zorgdomein.nl))
- Ambulance & vervoerplanning
- Huisartsen-portalen
- Verplichte registraties (DBC, KMNG, BIG, CBS)
- Gedeelde zorgdata/zorgketens:
  - IKNL (oncologie – [iknl.nl](http://iknl.nl) )
  - PALGA (pathologie, communicatie tussen laboratoria en zorgverleners - [www.palga.nl/](http://www.palga.nl/))
  - NDF (Diabetes, communicatie tussen patiënten, zorgverleners en onderzoekers - [www.diabetesfederatie.nl](http://www.diabetesfederatie.nl))
  - Hersenletsel.nl (Beroertes en ander hersenletsel, communicatie tussen patiënten, zorgverleners en onderzoekers - [www.hersenletsel.nl](http://www.hersenletsel.nl) )
  - Peridos (prenatale registratie, digitale dossier voor zorgverleners in het kader van de screening op Downsyndroom en het SEO - [www.peridos.nl/](http://www.peridos.nl/))
  - Zorgpad Levensende (Palliatieve zorg - [www.iknl.nl/palliatieve-zorg/diensten/verbetertrajecten/zorgpad-stervensfase](http://www.iknl.nl/palliatieve-zorg/diensten/verbetertrajecten/zorgpad-stervensfase))
  - Revalidatie Nederland (revalidatie - [www.revalidatie.nl](http://www.revalidatie.nl) )
- DICA (Dutch Institute for Clinical Audits - [www.clinicalaudit.nl/](http://www.clinicalaudit.nl/))
- RIVM (bevolkingsonderzoeken, en dergelijke - [www.rivm.nl/](http://www.rivm.nl/))
- Gezamenlijke laboratoria
- Contact met/voor stagebegeleiders vanuit opleidingsziekenhuizen.
- KNMG, bewaakt de accreditatie van artsen, artsen moeten regelmatig daar hun status bijwerken - [knmg.artsennet.nl](http://knmg.artsennet.nl))

Al deze diensten bedienen een specifieke groep zorgverleners. Er is geen killer-app genoemd waarmee meteen een groot deel van de zorgverleners wordt geraakt.

### 3.4 Zijn er al bestaande initiatieven?

Er zijn geen 100% vergelijkbare initiatieven. Er zijn wel veel regionale initiatieven welke in meer of mindere mate te vergelijken zijn. Zo zijn er in meerdere regio's samenwerkingsverbanden waarmee de verschillende instellingen met elkaar verbonden zijn. In de gesprekken zijn de volgende genoemd:

- ZorgRing in Noord-Holland ([www.zorgring.nl](http://www.zorgring.nl))
- RingAmsterdam in Amsterdam
- EZDA in Amsterdam ([ezda.nl/](http://ezda.nl/))

- RijnmondNet in Rotterdam ([rijnmondnet.nl/](http://rijnmondnet.nl/))
- Stichting Gerrit in Friesland ([www.gerrit-net.nl](http://www.gerrit-net.nl))
- Sleutelnet (Leiden) ([www.sleutelnet.nl](http://www.sleutelnet.nl))

Er kan mogelijk gebruik gemaakt worden van de UZI-pas als authenticatie middel. Het nadeel hiervan is dat de UZI pas niet breed geaccepteerd is / gebruikt wordt. Dit wordt geweten aan de logge bureaucratie achter het systeem.

### **3.5 Wat moet er intern nog gebeuren om er gebruik van te maken?**

De meeste organisaties zijn zelf 'klaar' voor gebruik, ze maken dan ook al gebruik van SURFconext. Er zijn wel zorgen of de ketenpartners (huisartsen, fysiotherapeuten, GGZ's, thuiszorgorganisaties, verpleeghuizen, enz.) er klaar voor zijn. Het veiligheidsbewustzijn is daar lager. Ook zijn sommige van deze instellingen zo klein dat er weinig of geen IT ondersteuning is.

### **3.6 Wie moeten er mee doen?**

De volgende partijen zijn genoemd als mogelijk te betrekken bij dit initiatief:

- VZVZ – leverancier van het LSP ([www.vzvz.nl](http://www.vzvz.nl))
- NVZ – vereniging van ziekenhuizen, heeft een rol in het 'standaardiseren van werkwijzen' over ziekenhuizen, kent werkgroepen op het gebied van ICT verbeteringen en informatiebeveiliging ([www.nvz-ziekenhuizen.nl](http://www.nvz-ziekenhuizen.nl))
- NICTIZ – wordt gezien als een wat afstandelijke controlerende partij, zal geen initiatieven nemen, was oorspronkelijk betrokken bij het LSP. ([www.nictiz.nl/](http://www.nictiz.nl/))
- IHE, Integrating the Healthcare Enterprise – organisatie die tracht om de uitwisseling in de zorg, op basis van standaarden en protocollen, te versterken. ([www.ihe-nl.org](http://www.ihe-nl.org))
- Koepels: LHV (Huisartsen), KNFG (Fysiotherapeuten), KMNP (Apothekers)  
Belangenverenigingen voor de kleinere spelers, hebben mogelijk inzicht in de behoeften van deze groeperingen en middelen om deze groepen te benaderen / activeren.
- GGZ Nederland – koepel voor de CARE-zorgverleners
- NFU - Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra. Onderdelen daarvan zijn:
  - AcZie – de ICT directeuren academische ziekenhuizen. Hebben diverse platformen voor innovatie en samenwerking, wordt steeds minder vrijblijvend.
  - TAcZie – de ICT managers. Is een platform waar ideeën aan getoetst kunnen worden.
- Ministerie van VWS als primaire overheids-betrokkene.

### **3.7 Hoe krijg je het van de grond?**

Dit wordt als een groot knelpunt gezien. Er is geen overkoepelend orgaan dat in staat is dergelijke initiatieven te trekken. Sommige zien een taak voor het ministerie van VWS,

maar andere zien daarin juist weer een 'bureaucratische' belemmering. Alle deelnemers zijn het er wel over eens dat er veel geïnformeerd en gelobbyd dient te worden. Pas als er voldoende draagvlak is kan een start worden gemaakt.

Een regionale aanpak wordt een aantal keer genoemd. De zorg is eerder regionaal dan landelijk gericht.

Er is gekeken naar de opzet van GovRoam. Het heeft een paar jaar lobbyen gekost om het van de grond te krijgen. Belangrijk voor het succes is de stichting GovRoam met een onafhankelijk en gezaghebbend bestuur en de faciliterende functie van SURFnet (infrastructuur).

### **3.8 Welke belemmeringen zijn er voor invoering?**

De volgende aandachtspunten werden genoemd:

- De veiligheidseisen van zorgverleners liggen hoger dan bij onderwijs, alsmede het veiligheidsbewustzijn. De dienst moet daarom een mate van certificering hebben welke voldoet aan de wettelijke normen als ISO 27001 / NEN 75xx
- De grote instellingen hebben hun eigen IDM redelijk op orde, dit is niet zo in de kleinere instellingen.
- Er is geen gezamenlijke koepel over alle zorgverleners.
- De kleine zorgverleners kunnen vrezen voor de macht van de grote. Een initiatief vanuit de UMC's zou kunnen worden zien als een machtsblok.
- Informatiesystemen zijn overal anders. Het uitwisselen van data is op dat niveau al een uitdaging. Met name EDP's en PACS-en verschillen hierin sterk.

### **3.9 Welke kansen ontstaan er door invoering?**

Iedereen zag dat het invoeren van ZorgConext grote voordelen met zich mee gaat brengen. Maar de algemene tendens is dat het niet gauw een 'killer' zal worden. Het voordeel is moeilijk te verwoorden en zal eerder moeten worden ervaren.

Het is belangrijk dat wordt gestart met een bepaalde kritische massa.

### **3.10 Wat is een haalbare aanpak?**

- Zorg voor een goede, betrouwbare, onafhankelijke beheerpartij.
- Leg goed uit wat het is, en wat het nut is.
- Maak ZorgConext veilig en goed te auditen.
- Lobbyen, ook gebruik maken van afgestudeerden die SURFconext kennen.
- Zorg voor slagkracht, een organisatie die het uitdraagt.
- Probeer van onder af, niet via ministeries en dergelijke, zie het debacle LSP.
- Rolmodel, voorbeeldgedrag.
- Welke diensten kunnen worden aangeboden?
- Werk een aantal haalbare scenario's uit.

## 4 Analyse

---

### 4.1 Behoeftte

Er is duidelijk behoefte aan een federatief systeem in de zorg waar alle zorgverleners zich op kunnen aansluiten. De UMC's hebben connecties met vele partijen die gegevens leveren aan de UMC's of informatie gebruiken van de UMC's. Deze partijen zouden baat hebben bij een betrouwbaar, veilig en zichzelf bewezen systeem als SURFconext.

### 4.2 Inrichting / aanpak

De meeste deelnemers waren van mening dat de meeste kans op succes komt vanuit een nieuw op te zetten, onafhankelijke organisatie. Het commercieel opzetten van zo'n organisatie werd nergens als een bezwaar gezien.

Rondom de zorgverleners zijn zeer veel belangengroepen, koepelorganisaties, overheidsinstellingen en dergelijke actief de alle in meer of mindere mate een rol zouden kunnen spelen in ZorgConext. Maar elk van deze organisaties heeft weer als nadeel dat ze een ander deel van de zorgmarkt uitsluiten.

Wat een aantal malen werd gemeld is dat de zorgmarkt eerder regionaal dan landelijk is geïënteerd. Dit is geen bezwaar voor het gebruik van ZorgConext, maar wel een belangrijk aspect in de keuze van aanpak.

Informereren, lobbyen en activeren wordt door de meeste gezien als de eerste vervolg stap. De zorgmarkt is zich namelijk nog niet voldoende bewust van de waarde van federatie.

### 4.3 Risico's

Een groot risico wat werd gemeld is het veiligheidsniveau. De perceptie van de deelnemers is dat het veiligheidsniveau van SURFconext 'te laag' is voor de zorg. Duidelijke certificering en voldoen aan in de zorg gedragen normen als NEN75xx worden als vereisten gezien.

De algemene tendens is dat de zorgmarkt zeer verdeeld is en dat er geen partijen zijn die door alle zorgaanbieders 'vertrouwd' worden. De groten wantrouwen het kwaliteitsniveau van de kleinen, de kleinen wantrouwen de macht van de groten.

### 4.4 Alternatieven

eID is het enige een serieuze alternatief voor de zorgmarkt. De pilots die het najaar voor eID worden gedefinieerd zullen uitwijzen of het voldoende aansluit bij de behoeften van de zorgmarkt.



## 5 Conclusie & vervolg

---

ZorgConext heeft een serieuze kans van slagen mits er met de volgende aandachtspunten rekening wordt gehouden:

- Grote en kleine zorgverleners  
Er lijkt een groot verschil te zijn tussen de grote en kleine zorgorganisaties. Dit onderzoek is uitgevoerd vanuit de visie van een aantal van de grootste en op cure gerichte zorgverleners, de UMC's. Het beeld wat zij hebben van de andere zorgverleners kan afwijken van de werkelijkheid van die andere partijen, dit geldt zowel voor de kleinere cure organisaties als voor de care organisaties.
- Regionaal en Landelijk  
De samenwerking van zorgverleners is grotendeels regionaal georiënteerd. Zorgregio's kennen een centrale grote partij, vaak een UMC of topklinisch ziekenhuis, waarop de rest van de regio gericht is. Verder wordt vaak gebruik gemaakt van regionale organisaties voor het uitwisselen van informatie (zie §3.4). Voor ZorgConext betekent dit dat, hoewel de techniek en inrichting landelijk kan, er gekeken moet worden naar een regionale aanpak voor uitrol.
- eID  
eID kan een geduchte concurrent op dit vlak worden. Het zal nog enige tijd duren voordat inzichtelijk wordt of eID deze rol op zich neemt, of dat er is aangetoond dat eID niet afdoende is voor de vraag van de zorg. De pilots voor eID, waaronder een pilot met het UMCG, starten in het najaar en lopen door tot in 2016. Daarna volgt evaluatie en besluitvorming.
- Ontbreken van een duidelijke Killerapp  
Er is niet één product dat duidelijk als killerapp geïdentificeerd kan worden. De zorgwereld is breed en complex en kent veel regionale of vakgerichte oplossingen. Er zijn weinig, of geen, producten die breed in de zorg worden gebruikt.
- Geen partij die het voortouw gaat nemen  
Er is geen partij gevonden waarvan verwacht kan worden dat die het voortouw zal nemen in het op de kaart zetten van ZorgConext. Bijna alle gesproken partijen onderschrijven de wens om iets dergelijks te realiseren, maar geen van deze partijen zal zelf daartoe initiatief nemen. De meeste kans van slagen heeft een partij die het onafhankelijk van de huidige partijen in de markt acteert. Meerdere malen is gezegd dat een commerciële partij als een serieuze optie wordt gezien.
- Veel lobbywerk  
De ervaring bij zorgorganisaties, en de ervaring van GovRoam, leert dat er veel lobbywerk noodzakelijk zal zijn. Zowel zorgverleners, koepelorganisaties als leveranciers moeten worden benaderd en bewerkt. Een goede lobby is een voorwaarde voor het slagen van ZorgConext.

- **Beperkte concurrentie tussen leveranciers**  
De zorgproducten kennen geen echte marktwerking op dit gebied. Voor een leverancier is er geen overduidelijk commercieel voordeel om aan te sluiten op ZorgConext.
- **Lange leadtime**  
Het realiseren van ZorgConext, in welke vorm dan ook, zal een lange doorlooptijd kennen. Zorgorganisaties zijn niet snel in beeldvorming en besluitvorming. Het zal dan ook een lange tijd duren voordat de benodigde investeringen in ZorgConext worden terug verdient.
- **Bewezen technologie**  
Het feit dat de gebruikte technologie zich uitvoerig heeft bewezen in de onderwijsmarkt is een krachtig voordeel. Omdat informatievoorziening een kritische functie is in het zorgproces loopt de zorg niet voorop bij nieuwe technieken en maakt zij gebruik van 'proven technology' en bewezen methode van uitrol en gebruik.