



DENKTANKDINERS

PLATFORMS VAN WAARDE(N)

15 april 2025

MANAGEMENT SUMMARY

Hoe komen we tot meer databeschikbaarheid en datasolidariteit in de zorg? Zodat we de zorg beter en goedkoper maken? Dat is het onderwerp van gesprek tijdens het denktankdiner Platforms van Waarde(n), op 15 april 2025. Technologische hindernissen, het belang van standaardisatie, veranderkundige aspecten, goede en verkeerde prikkels in het zorgsysteem: het onderwerp wordt van veel kanten verkend.

De Blommestein Groep organiseert in een coproductie met ZorgDomein 'Platforms van Waarde(n)'. Een serie kleinschalige en verdiepende denktankdiners rondom digitalisering en netwerkplatforms in de zorg.

Platforms van Waarde(n) is een serie kleinschalige denktankdiners rondom de paradigma's van digitale netwerkplatforms in de zorg, een initiatief van Blommestein Groep en ZorgDomein. Op 15 april 2025 komt een divers gezelschap deskundigen bij elkaar in Hotel New York in Rotterdam. Gespreksleider is Sietske Rozie, niet-praktiserend radioloog, professioneel spreker over AI en Academic Director bij TIAS.

EEN ROBBERTJE VECHTEN

Bianca Rouwenhorst, directeur Informatiebeleid en CIO, ministerie VWS: "Wij willen dat partijen in het zorgstelsel goed samenwerken en het algemeen belang vooropstellen. Wij spreken ze aan als ze dat niet doen. We onderzoeken nu zelfs hoe we het gebruik van het landelijk dekkend netwerk voor gegevensuitwisseling straks kunnen verplichten." Met 60.000 zorgaanbieders met heel verschillende problematiek en datavolwassenheidsniveaus, is het een flinke uitdaging om de gegevensuitwisseling zorgbreed op de rit te krijgen. "Ik ben niet bang voor een partijtje vechten. Ik moet het wel vaak doen en ik word er steeds beter in. Maar liever doe ik het natuurlijk niet. Hoe bereiken we dat iedereen in het stelsel gaat voor databeschikbaarheid en datasolidariteit?"

VERTROUWEN IS HET KERNWOORD

"We maakten een visie die het hele zorgveld onderschrijft, nu is het zaak om deze visie uit te voeren. We moeten niet afwachten tot de basisinfrastructuur er ligt, want alle partijen kunnen nu al stappen zetten," zegt Rouwenhorst. Op verschillende niveaus is actie nodig. Ze noemt de prikkels in het stelsel, die maken dat zorgverleners wel of niet gebruikmaken van (elkaars) data. "Daar moeten we de komende periode beter naar kijken. Daarnaast moeten we het cross-sectorale vraagstuk aanpakken dat de baten van gegevensuitwisseling vaak niet landen bij de partij die de data deelt." Een kernwoord is volgens haar vertrouwen. "Dat zit

"We maakten een visie die het hele zorgveld onderschrijft, nu is het zaak om deze visie uit te voeren. We moeten niet afwachten tot de basisinfrastructuur er ligt, want alle partijen kunnen nu al stappen zetten."



BIANCA ROUWENHORST

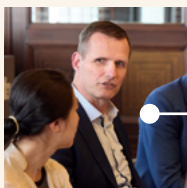
directeur Informatiebeleid en CIO,
ministerie VWS

op verschillende lagen. In het vertrouwen hebben dat je soms je eigenbelang achterstelt op het algemeen belang, dat je open bent over die belangen en over dingen die mislukken. Het gaat ook over zorgverleners die de data van anderen vertrouwen. En het gaat over het inzichtelijk maken van data en het vertrouwen in de kwaliteit van data. Vertrouwen op al deze niveaus is volgens mij essentieel om dit te doen slagen. Tegelijkertijd is het de achilleshiel, want als het fout loopt met het vertrouwen dan krijgen we een herhaling van het EPD-drama en raken we jaren op achterstand."

CUMULUZ

CumuluZ is een initiatief voor gegevensbeschikbaarheid in de zorg. "Het doel is dat elke patiënt een digitaal medisch (levensloop)dossier moet hebben. Als we dat voor de patiënt kunnen regelen, dan lukt het ook voor de zorgverlener," vertelt Simon Vermeer, directeur IT bij het Erasmus MC en mede-initiator van CumuluZ. Veel zorgpartijen hebben zich inmiddels achter het initiatief geschaard en er is structurele financiering. Vermeer:

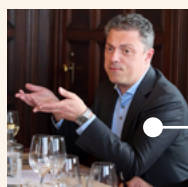
"Het doel is dat elke patiënt een digitaal medisch (levensloop)dossier moet hebben. Als we dat voor de patiënt kunnen regelen, dan lukt het ook voor de zorgverlener,"



SIMON VERMEER

directeur IT bij het Erasmus MC en mede-initiator van CumuluZ

"Als ik in de data kan zien dat een patiënt iets al twintig jaar heeft, dan hoef ik niet een 2e CT-scan te doen. Als we dit in de data kunnen zien, dan kunnen we mensen beter helpen en goedkopere zorg leveren. Dat is mijn toekomstdroom."



DAVID BADEN

SEH-arts, Diaconessenhuis en Voorzitter Expertgroep 'Met Spoed Beschikbaar'

"We gaan een spannende tijd tegemoet, want er zullen keuzes gemaakt moeten worden. Het is nu nog breed, breder dan het originele concept. Nu moeten we bepalen wat wel en niet gaat bijdragen aan ons doel. We kunnen niet alles erop aansluiten, want dan krijgen we niet de versnelling die nodig is."

TOEKOMSTDROOM

Rouwenhorst stelt dat een goede gegevensuitwisseling bijdraagt aan een betere én goedkopere zorg. David Baden, SEH-arts, Diaconessenhuis en Voorzitter Expertgroep 'Met Spoed Beschikbaar', onderschrijft dat: "Als ik in de data kan zien dat een patiënt iets al twintig jaar heeft, dan hoef ik niet een 2e CT-scan te doen. We zien dat 20% van de patiënten 80% van de zorg gebruiken, soms terecht maar soms omdat ze niet op de juiste plek komen. Als we dit in de data kunnen zien, dan kunnen we mensen beter helpen en goedkopere zorg leveren. Dat is mijn toekomstdroom." Er moet





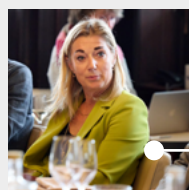
nog veel gebeuren om die droom te realiseren, zegt hij ook: "We kunnen in de systemen die we hebben, al best veel. Maar we gebruiken die mogelijkheden nog weinig. Dat komt ook doordat we in de zorg permanent bang zijn om iets te missen, en het daarom maar weer zelf gaan onderzoeken. Er is er veel wantrouwen in het systeem, mede door het tuchtrecht." Harry Verbunt, Chief Patients Officer, AVL: "Ik kwam in het ziekenhuis in Den Bosch voor een spoedgeval en vertelde dat ze in mijn gegevens in het AVL konden kijken. De ziekenhuizen gebruiken allebei dezelfde ziekenhuis-epd's. Maar ze zeiden dat dat niet kon. Ik heb het later nagevraagd maar het kan al sinds 2018. De beperking zit dan dus niet in de technologie, maar in onwil bij de professionals om het te gebruiken."

ONTWERPEN MET ZORGVERLENERS

Bestaande mogelijkheden om gegevens in te zien worden onvoldoende gebruikt, zo is een conclusie. Zijn de systemen niet gebruiksvriendelijk genoeg? Leonique Niessen, directeur-bestuurder, Nictiz: "Databeschikbaarheid gaat niet alleen over de beschikbaarheid van gegevens, maar ook over bereikbaarheid en de bruikbaarheid. Technologisch gezien kan eigenlijk alles. Maar hoe krijg je het op je scherm, en sluit het aan bij hoe zorgverleners werken?" Zorgverleners worden betrokken bij de ontwikkeling van software, maar dat gaat uiterst moeizaam,

zegt Robert van Wijk, vertegenwoordiger van de organisaties van IT-leveranciers Silizo, OIZ en Nedxis, en namens leveranciers lid van het Digitaal Transitie Overleg. "Leveranciers willen heel graag zorgverleners betrekken bij het ontwerp- en ontwikkelproces. Een mooi voorbeeld is de oplossing waarin medewerkers voor de avond-, nacht- en weekenddiensten gegevens uitwisselen. Daar waren verschillende leveranciers en zorgverleners bij betrokken, het was in negen maanden klaar en wordt nu in de regio's uitgerold. Dit is hoe het zou moeten gaan. Maar in de praktijk blijkt het lastig om zorgverleners te betrekken." Baden erkent dat: "Ik zit in de gebruikersgroep van een ICT leverancier. Dat kost mij zo'n acht uur in zes maanden. Het is echter niet altijd motiverend, omdat oplossingen in mijn ogen te langzaam gaan."

"Databeschikbaarheid gaat niet alleen over de beschikbaarheid van gegevens, maar ook over bereikbaarheid en de bruikbaarheid.



LEONIQUE NIESSEN

directeur-bestuurder, Nictiz



VERANDERKUNDIG PROBLEEM

Technologisch gezien is bijna alles mogelijk, zegt Niessen: "De transitie waar we mee bezig zijn, is niet alleen technisch maar ook een organisatorisch verhaal. Zijn we bereid te transformeren, processen anders in te richten, digitale mogelijkheden te gebruiken?" Jos Knaapen, 'Innovatiefiguur' bij Isala en mProve: "Het verbaast mij elke keer weer dat we in dit kleine land alles zelf willen doen. Natuurlijk, iedere regio is uniek en heeft eigen kenmerken, maar we schelen geen 80%. Sterker nog: misschien zijn regio's voor 95% van de zorg in heel Nederland wel hetzelfde." In het huidige zorglandschap houdt iedereen vast aan zijn eigen, vertrouwde toepassingen en dat maakt gegevensuitwisseling lastig. "In ons ziekenhuis gebruiken we meer dan tweeduizend programma's. Dat is te veel, maar mensen zijn eraan gehecht," zegt Baden. Dan Zhang, reumatoloog en CMIO, Frisius MC: "De uitdaging binnen ziekenhuizen is dat de medische staf veel invloed heeft op lijnbesluiten. Daardoor worden bepaalde zaken minder goed doorgevoerd. We kunnen beter beredeneren vanuit de patiënt, want daar is niemand het mee oneens." Verbunt onderschrijft dat: "Maar helaas hebben we de zorg niet vanuit de patiënt georganiseerd. Daar loopt het spaak."

RODE BROEK

Wat te doen met zorgverleners die niet willen veranderen? Rozie noemt gekscherend 'de specialist met de rode broek', als beeld van een oudere chirurg die verandering tegenhoudt en, naar een voorbeeld dat Baden noemde, niet vanuit huis in het ziekenhuis-epd wil kijken. Rozie: "Waarom worden deze mensen daar niet op aangesproken? Er is een verschil tussen willen en kunnen. We hebben lang genoeg gepraat, hoe gaan we het nou doen?" Bepaalde triggers kunnen helpen, zo wordt gesteld. Rouwenhorst noemt de belangstelling die bestuurders ineens hebben voor cybersecurity, omdat de nieuwe Cyberbeveiligingswet hen straks bij een incident hoofdelijk aansprakelijk kan stellen. Jeroen van den Oever, directievoorzitter Fundis noemt de bekostigingssystematiek: "Zolang die uitgaat van PxQ, is er geen prikkel om data te delen en om daarmee te innoveren."

"Helaas hebben we de zorg niet vanuit de patiënt georganiseerd. Daar loopt het spaak."



HARRY VERBUNT

Chief Patients Officer, AVL

LANDELIJK OF IN DE REGIO

"Data delen in de zorg is niet zozeer een technisch, maar een veranderkundig probleem. In het IZA trokken we de conclusie dat je daarom het beste in de regio kunt beginnen. Want daar kennen de partijen elkaar. Als iedereen de urgentie voelt, dan komt die verandering," zegt Van den Oever. Hij noemt als voorbeelden de Zorgviewer en de vereniging Gedeelde Zorg, waar alle partijen in de regio aan deelnemen. Veranderkundig gezien is dat een goede aanpak, maar hoe zorg je ervoor dat alles wat in de regio tot stand kwam, later wel in samenhang kan werken, vraagt Niessen: "Als je landelijk opschaaft, dan moeten altijd ook weer pijnlijke keuzes gemaakt worden van waar

"Voor databeschikbaarheid en datasolidariteit heb je landelijke afspraken en voorzieningen nodig. Die vormen de basis van de innovatie die je het beste in de regio tot stand brengt. Het gaat samen, het is niet het één of het ander."



FLOOR BOS

manager Digitale Zorg bij Sigra en
bestuursvoorzitter van RSO Nederland

een regio afscheid van moet nemen." Bovendien zul je bepaalde zaken op nationaal of Europees niveau moeten regelen, zegt Floor Bos, manager Digitale Zorg bij Sigra en bestuursvoorzitter van RSO Nederland: "Voor databeschikbaarheid en datasolidariteit heb je landelijke afspraken en voorzieningen nodig. Die vormen de basis van de innovatie die je het beste in de regio tot stand brengt. Het gaat samen, het is niet het één of het ander."

GEEN VISIE, GEEN ARCHITECTUUR

Er is nog een ander element waardoor databeschikbaarheid en -solidariteit binnen de zorg zo moeizaam tot stand komen, zegt Vermeer: architectuur. Of liever het gebrek daaraan. Dat maakt het nu vaak zo bewerkelijk om data beschikbaar te krijgen. Knaapen: "Verpleegkundigen vertellen en onderzoek leert ons dat zorgverleners 30% tot 40% van hun tijd achter de computer zitten. Ik zou het zo mooi vinden als zij zich kunnen focussen op de patiënt en dat de computer en het component data daarin geen last is." Vermeer: "Het delen van data wordt bemoeilijkt door de duizenden koppelingen die we hebben. Dat is een praktisch probleem waar iedereen last van heeft. Maar zolang we geen architectuur hebben, wordt dat niet opgelost." Peter Brinkerink, CTO, ZorgDomein: "Hier geldt de wet van Conway, dat je architectuur altijd een reflectie is van je organisatie. We hebben in Nederland een lappendeken van IT-systemen, omdat de zorg als een lappendeken is georganiseerd. Het probleem zit hem niet in het ontbreken van een architectuur, maar in het ontbreken van een



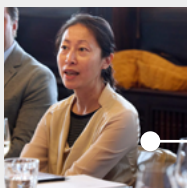
visie op hoe we ons organiseren." Vermeer: "Dat klopt. De organisatie komt eerst, daarna komt vertrouwen in elkaar en daaruit volgt dan een architectuur." Baden: "Alles kan en alles moet kunnen, dat is hoe we in Nederland kijken naar de zorg. Daardoor ontbreekt ook een helder doel van innovatie. Ik vind dat de overheid een duidelijke visie moet neerleggen over waar we met de zorg naartoe gaan."

HET BARBIE-EFFECT

Privacybezwaren en toegankelijkheid voor niet-digitaal vaardigen worden genoemd als redenen die innovatie afremmen. Brinkerink: "We hebben last van het debacle van het landelijke EPD en het Barbie-effect. Incidenten waardoor onbevoegden medische dossiers inzagen, zorgen ervoor dat we in Nederland huiverig zijn om gegevens te delen." Is dat terecht? Tijdens de discussie gaat het over de 4% Nederlanders die hun gegevens niet willen delen, omdat ze de overheid niet vertrouwen. "Daar moeten we wat mee, want we willen dat ook zij regie over hun gezondheid kunnen voeren," zegt Rouwenhorst. Mede daarom wordt er gewerkt aan een toestemmingsregister, waar een aantal aanwezigen hun vraagtekens bij zetten omdat het niet zou werken en omdat het innovatie in de weg staat. Vermeer: "Een kleine, activistische groep kaapt het debat, waardoor we het voor de 96% van de Nederlanders die wel hun gegevens willen delen nu niet goed kunnen regelen."

We zijn gaan doen, vanuit samenwerking en vertrouwen. Dat werkt en het smaakt naar meer. We overwegen nu om meer samen op te pakken. Zoals afspraken maken over telemonitoring.

Daar is nog geen standaard voor, en we willen voorkomen dat we allemaal het wiel gaan uitvinden waardoor we later niet op elkaar kunnen aansluiten."



DAN ZHANG

reumatoloog en CMIO, Frisius MC

"Hier geldt de wet van Conway, dat je architectuur altijd een reflectie is van je organisatie. We hebben in Nederland een lappendeken van IT-systemen, omdat de zorg als een lappendeken is georganiseerd. Het probleem zit hem niet in het ontbreken van een architectuur, maar in het ontbreken van een visie op hoe we ons organiseren."



PETER BRINKERINK

CTO, ZorgDomein

SAMENWERKING EN VERTROUWEN

Betere zorg verlenen doordat je in elkaars dossiers kunt kijken. Dat was het uitgangspunt voor de drie noordelijke provincies bij het realiseren van Zorgviewer. UMC Groningen ontwikkelde een eerste product en dat wordt nu gebruikt door de noordelijke ziekenhuizen en de huisartsen. VVT wordt de volgende aansluiting. Andere zorgverleners, van apothekers tot fysiotherapeuten en GGZ, haken later aan, vertelt Zhang: "We zijn gaan doen, vanuit samenwerking en vertrouwen." Dat werkt en het smaakt naar meer, vertelt ze: "We overwegen nu om meer samen op te pakken. Zoals afspraken maken over telemonitoring. Daar is nog geen standaard voor, en we willen voorkomen dat we allemaal het wiel gaan uitvinden waardoor we later niet op elkaar kunnen aansluiten."

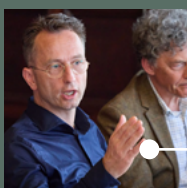
BUSINESS CASE

Zorgviewer gaat nu een spannende fase in, vertelt Zhang. "Het eerste deel financierden de instellingen zelf. We hebben nu subsidie gekregen voor de volgende fase. Dan moet je door een aantal hoepels springen, een groter plan maken." Het brengt de discussie op de business case achter innovaties in de zorg. Baden: "Veel business cases zijn niet sluitend. Startgeld kan vaak wel geregeld worden, maar daarna moet je een systeem onderhouden en doorontwikkelen. Dan moet het zichzelf kunnen bekostigen en dat is vaak een probleem."



Dat is echter een kwestie van hoe je de voordelen berekent, stelt een aantal deelnemers. "Zorgverleners kunnen dankzij digitalisering efficiënter werken, er is minder personeel nodig of minder werving omdat personeel langer blijft. Er zijn allerlei voordelen, maar die worden vaak niet berekend," zegt Rouwenhorst. Als je patiënten bijvoorbeeld via de ziekenhuisapp zelf laat doen wat zorgverleners nu doen, zoals MRI-vragenlijsten invullen, dan boek je flinke efficiencywinst, zegt Vermeer. Voor de Wegiz is uitgerekend welke winst elektronische gegevensuitwisseling de zorg oplevert, vertelt Rouwenhorst: "De baten van de wet zijn al ingeboekt, trapsgewijs vanaf 2028. Voor de farmacie en de medisch-specialistische zorg bedragen die tussen de 180 en 340 miljoen euro per jaar."

"Ik heb geen enkel mandaat over de ziekenhuizen en de huisartsen. Maar als iets goed is, dan gaan mensen het gebruiken."



YOERI ZUIDWIJK

huisarts en CMIO, Dokter Drenthe

GEEN URGENTIE

Je zou denken dat met de huidige uitdagingen in de zorg, zoals de toenemende zorgvraag en de personeelskrapte, de noodzaak tot data delen en innovatie vanzelf wel wordt gezien. Maar dat is niet zo, zegt Baden: "Het klinkt cynisch, maar in het huidige zorgsysteem hebben de zorgverleners geen probleem. De huisartsenpraktijken zitten vol en wij doen de duurste operaties, want die leveren het meeste geld op. Dit houdt zichzelf in stand, omdat de huidige visie op ons zorgsysteem uitgaat van het systeem en niet van gezondheid voor zoveel mogelijk mensen." Hoe zou hij het aanvliegen? "Als je gezondheidswinst kunt meten, dat kunt relateren aan IT en dat vervolgens financieren, dan wordt het winstgevend om op een andere manier te werken."

REGIE PAKKEN

VWS pakt de regie op gegevensuitwisseling door vijf paden te kiezen, waaromheen onder meer een vertrouwensstelsel wordt ontwikkeld. Van Wijk: "Het spel is op de wagen gezet, de grote uitdaging is nu dat de betrokken partijen duidelijker hun rol pakken. Ik vind het niet snel genoeg gaan, het urgentiegevoel om dit samen te realiseren is te laag." Het is goed dat dit nu landelijk wordt opgepakt, zegt Niessen. "We hebben echter nog wel het gesprek te voeren over wie welke rol in dit geheel heeft. Wat verwachten we van de medisch specialisten, het ministerie, de leveranciers, regionale organisaties en zorgverzekeraars? En hoe gaan we die rollen invullen? Het gesprek gaat nu wel erg over en nog te weinig met elkaar."



COALITION OF THE WILLING

Zorgviewer ontstond vanuit de behoefte van zorgverleners en de eerste versie voldoet daaraan. Yoen Zuidwijk, huisarts en CMIO, Dokter Drenthe: "Ik heb geen enkel mandaat over de ziekenhuizen en de huisartsen. Maar als iets goed is, dan gaan mensen het gebruiken." Paul Simoons, CEO ZorgDomein, onderschrijft dat: "Als een grote groep iets fijn vindt werken, dan wordt het groter." Maar voordat je zover bent moet er hard gewerkt worden, zegt hij ook: "Je bent al gauw zeven jaar bezig om te komen tot een veelgebruikt product. Daar zitten lange trajecten bij waarin we een probleem vanuit verschillende invalshoeken bekijken, omdat zorgverleners vaak een compleet ander beeld hebben van hetzelfde probleem. Dan is het een kwestie van veel afstemmen, samen met onze ontwerpers, starten met een coalition of the willing en daarna continu bijstellen."

STARTEN MET DE CARE, NIET DE CURE

Uit de aan tafel besproken voorbeelden blijkt dat samenwerken in de regio vaak beter gaat dan landelijk. En dat bovendien partijen in de care meer zijn geneigd tot samenwerken dan partijen in de cure. Bos: "Ziekenhuizen zijn vaak politieke organisaties, een arena van belangen. Organisaties in de care zijn vaak kleiner en als je klein bent, ben je gedwongen om samen te werken en van elkaar te leren." Rouwenhorst: "Veel geld voor innovaties wordt door verzekeraars geïnvesteerd in ziekenhuizen en niet in de langdurige zorg. Misschien moeten we dat veranderen. Dat we voor CumuluZ use cases kiezen in de care, en met de huisartsen." Vermeer: "De echte winst van CumuluZ ligt in samenwerking in de keten. Niet per se de cure of de care. We kunnen wel een keten kiezen waar veel care in zit."

"Als een grote groep iets fijn vindt werken, dan wordt het groter." Maar voordat je zover bent moet er hard gewerkt worden."

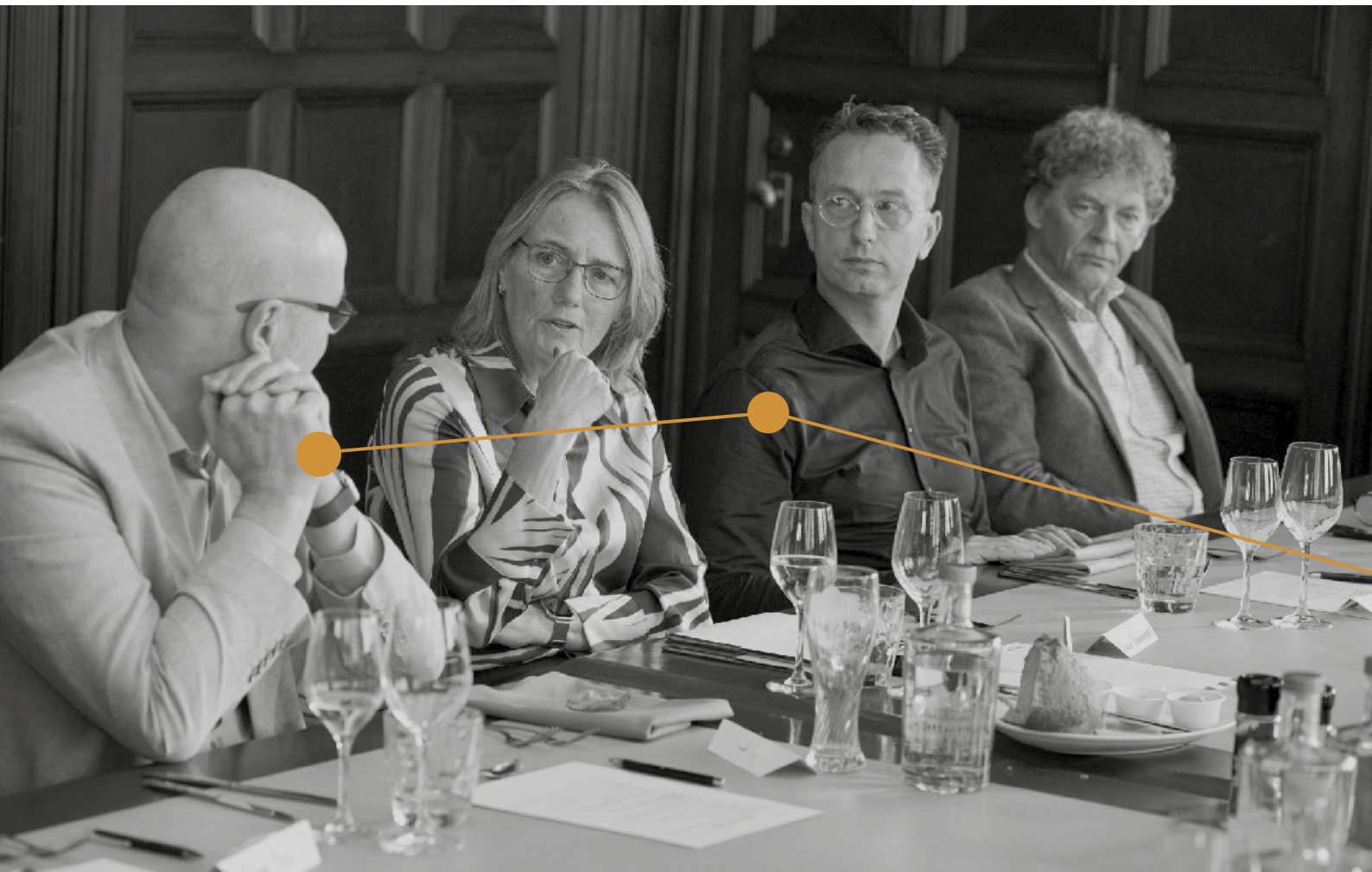


PAUL SIMOONS

CEO ZorgDomein

LAPPENDEKEN

"Als we niet willen standaardiseren, dan krijgen we de gegevensuitwisseling in de zorg niet voor elkaar," stelt Van Wijk. En dan niet standaardiseren op de manier waarop het met de zorginformatiebouwstenen is gegaan, want daarvan zijn in de loop der tijd allerlei smaakjes ontstaan die gegevensuitwisseling lastig maken. Verbunt: "Als je met een helicopterview kijkt naar de IT in de zorg, dan zie je een enorme lappendeken. Puntoplossingen maken lukt nog wel, maar als we die willen verknopen dan lopen we muurvast. Ik vind dat we moeten nadenken over een ander landschap, vanuit een overkoepelende architectuur, centraal aangestuurd door het ministerie. En dat we de oude lappendeken langzaam uitfasen." Bos betwijfelt of dat een oplossing is: "Die lappendeken is niet voor niets ontstaan. Als we het zorgstelsel laten zoals het is, met alle verschillende partijen, dan groeit er vanzelf een nieuwe lappendeken."



ROL LEVERANCIERS

"Er gebeurt nu te weinig omdat we allemaal op elkaar wachten. We hopen dat iemand anders met een oplossing komt, maar dat gebeurt niet. Het is jammer dat leveranciers niet komen met betere oplossingen voor gegevensuitwisseling in de zorg," zegt Zuidwijk. Net als de partijen in de zorg, hebben ook leveranciers allemaal hun eigen voorkeuren over hoe ze hun systemen openzetten. Hierin kan het ministerie niets betekenen, want dat onderhoudt geen formele contacten met leveranciers, zegt Rouwenhorst: "Ik kan leveranciers niets verplichten, maar zorgaanbieders wel. We onderzoeken hoe we dit kunnen meenemen in het algehele verplichte traject. Want het kan niet zo zijn dat we veel geld steken in de infrastructuur en vervolgens toestaan dat partijen deze niet gebruiken, maar hun eigen infrastructuur eropna houden." Dergelijke verplichtingen kunnen zorgaanbieders ertoe aanzetten om hun vraag aan de markt te bundelen, wat leveranciers in beweging brengt, zegt ze.

"Data delen in de zorg is niet zozeer een technisch, maar een veranderkundig probleem. In het IZA trokken we de conclusie dat je daarom het beste in de regio kunt beginnen. Want daar kennen de partijen elkaar. Als iedereen de urgentie voelt, dan komt die verandering,"



JEROEN VAN DEN OEVER

directievoorzitter Fundis

PLEIDOOI VOOR REALISME

Tijdens het denktankdiner is de complexiteit van gegevensuitwisseling in de zorg, van databeschikbaarheid en datasolidariteit, vanuit verschillende invalshoeken bekeken. Vanuit technologie en standaardisatie, vanuit veranderkundig oogpunt en vanuit het veelkleurige landschap van de zorg, met veel partijen met allemaal hun eigen belangen. De frustratie over het tempo van verandering was soms voelbaar bij de

aanwezigen. Rouwenhorst sluit af met een pleidooi voor realisme: "We kozen voor de inrichting van dit zorgstelsel, met 60.000 zorgverlenende en semi-private partijen die allemaal voor hun eigen continuïteit moeten zorgen. Dat stelsel gaat de komende jaren niet veranderen. Leg je dus niet neer bij het feit dat het werken aan databeschikbaarheid in dit stelsel lang duurt, maar neem de stappen die je alvast kunt zetten. Want anders komen we nergens."



"We onderzoeken nu hoe we het gebruik van het landelijk dekkend netwerk voor gegevensuitwisseling kunnen verplichten."

ORGANISATIE:

BLOMMESTEIN
GROEP

