



Nieuwsbrief

Regie op Registers

Zorginstituut Nederland | juli 2021, nr. 6

Voorwoord

In 2021 is een nieuwe fase aangebroken van het project Regie op Registers voor Dure Geneesmiddelen (ROR DGM). De plannen en visies die zijn ontwikkeld, worden nu middels de casestudies getoetst en aangescherpt in de praktijk. Om deze belangrijke fase in het project te leiden en later over te gaan tot implementatie, heeft het Zorginstituut een nieuwe programmamanager aangesteld voor ROR DGM. Per 1 juni 2021 heeft Hans Paalvast alle werkzaamheden overgenomen van oud-programmamanager Anke ter Horst. Hans is sinds 2013 in dienst bij het Zorginstituut en heeft gewerkt aan veel complexe projecten. Onder meer als programmamanager Zinnige Zorg en als teammanager Hart, Vaat en Long. We vroegen Hans naar zijn visie op ROR DGM.



Hans Paalvast

Wat maakt ROR DGM zo bijzonder?

“Dit is een interessant project, omdat het Zorginstituut de regie mag nemen op een moeilijk onderwerp. We leveren een bijdrage aan het oplossen van problemen rondom het opzetten en onderhouden van registers voor alle stakeholders. Best bijzonder, want het Zorginstituut zelf is in de rol van pakketbeheer ook een belanghebbende. Het Zorginstituut moet daarom goed definiëren wat er vanuit

pakketbeheer nodig is aan informatie. Ook moet het Zorginstituut de andere stakeholders betrekken bij het bepalen van de inhoud van het project. En bij onderwerpen als governance, financiering, datadelen, internationale afstemming, et cetera.”

Hoe wil je de verschillende belanghebbende partijen meenemen in het project?

“Laten we eerst maar eens kijken wie er allemaal betrokken zijn.

We zien de patiëntenfederaties, de zorgverzekeraars, de wetenschappelijke verenigingen, zorgverleners als (academische) ziekenhuizen, apothekers en farmaceuten, de registerhouders en de overheid. De overheid heeft verschillende gedaantes, zoals ZonMW (onderzoek en financiering), IGJ (veiligheid), Lareb (bijwerkingen), CBG en EMA (markttoelating) en het Zorginstituut zelf (pakkettoelating).

Een les die we hebben geleerd in de definitiefase is dat bij bepaalde stakeholders de behoefte bestaat aan een nog grotere betrokkenheid. Ze willen meer meedenken en meer ruimte om (waar nodig en mogelijk) mee te beslissen. We gaan in de komende tijd bekijken hoe we op een goede manier invulling kunnen geven aan die wens. We zijn al blij dat veel partijen hun medewerking hebben toegezegd en dat veel gezaghebbende experts zijn aangesloten.

“Ik spreek liever over een informatielandschap dan een registratielandschap”

Daarnaast is het een kunst om met de juiste partijen en vertegenwoordigers aan tafel te komen om voortgang te boeken. Het gevaar is dat er veel energie gestoken wordt in overleggen waarvan de thema's bij nader inzien buiten de eigenlijke scope van het project blijken te liggen. Goede kaders en communicatie over de doelstellingen, aanpak en voortgang zijn essentieel. Daar gaan we een goede balans in vinden.”

Hoe ziet het ideale registratielandschap er in de toekomst uit?

“Ik spreek liever over een informatielandschap dan over een registratielandschap. In een ideaal informatielandschap krijgen we beter inzicht in de

effectiviteit van geneesmiddelen voor specifieke patiëntgroepen. Zo kunnen we gepast gebruik bevorderen. De dokter moet met goede informatie worden ondersteund in de keuzes die hij maakt, in overleg met zijn patiënt. In het ideale informatielandschap is meer informatie beschikbaar voor de patiënt en kan er beter wetenschappelijk onderzoek naar dure geneesmiddelen worden uitgevoerd. Last but not least kan pakketbeheer plaatsvinden op basis van goede en betrouwbare informatie. Pakketbeheer is een taak die door het Zorginstituut én zorgverzekeraars wordt uitgevoerd. En in een echt ideaalplaatje krijgen patiënten eerder toegang tot innovatieve medicijnen. We kunnen dan hopelijk ook sneller een vervanger toepassen als een medicijn in de praktijk minder effectief blijkt te zijn.

Om dit ideale informatielandschap te creëren, moeten we onderzoeken of gegevens in ‘standaard’ elektronische patiëntendossiers (EPD) of in andere systemen kunnen worden ingevoerd. Hier mogen we als overheid best wat ambitie laten zien. Als het invoeren van gegevens niet in de standaard-systemen lukt, moet er goede governance komen die bepaalt voor welke aandoeningen

Over Hans Paalvast

Hans is een ervaren en resultaatgerichte manager die graag samenwerkt met verschillende belanghebbenden. Hij heeft graag een divers team om zich heen, waarin hij mensen in hun kracht zet. Relevante projecten waar Hans in het verleden bij het Zorginstituut aan heeft gewerkt zijn onder meer:

- programmamanager Zinnige Zorg;
- teammanager Hart, Vaat en Long, onder meer verantwoordelijk voor de projecten:
 - pijn op de borst;
 - perifere Arterieel Vaatliden;
 - duiding hooggebergtebehandeling voor mensen met ernstig oncontroleerbare astma;
 - slaapapneu (OSA);
- toelating en nationale inrichting Intra-arteriële trombolysie;
- opzet netwerk International Zinnige Zorg Initiatives.

registers nodig zijn. Goede processen moeten bepalen welke informatie in die registers kan worden opgenomen en hoe die informatie wordt opgenomen, zodat de vulling en validiteit gegarandeerd is. Ook moet duidelijk zijn hoe de gewenste uitwisseling en koppeling van data vorm krijgt. Bij dit alles hoort uiteraard ook passende financiering, waar VWS nu over nadenkt, en een solide data-infrastructuur. Zodat registers snel, veilig en goed kunnen worden opgezet.”

Wat is er nodig om dit project te laten slagen?

“ROR DGM is een uitdagend project. Samenwerking is essentieel. Ik prijs me gelukkig met de deskundigheid,

betrokkenheid en energie van de teamleden, VWS, de stuurgroep en de RvB. Bestuurslid Peter Siebers is persoonlijk heel dicht aan dit programma verbonden. De grootste uitdaging is wel de externe samenwerking. De betrokkenheid van stakeholders is erg belangrijk en er moet een goede samenwerking worden gezocht met verschillende programma's (kwaliteitsregisters, Health RI, enzovoorts). Alleen samen kunnen we de ambitie voor het project goed houden en slagen.”

Advies Governance & Financiering uitgebracht

In samenwerking met verschillende partijen uit de zorg heeft het Zorginstituut een advies opgesteld over de inrichting van een landelijke governance- en financieringsstructuur voor de registratie en het gegevensgebruik van (dure) geneesmiddelen. Het advies, dat onderdeel is van het programma Regie op Registers voor Dure Geneesmiddelen (ROR DGM) is op 15 juni uitgebracht aan het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Governance & financiering

Er komen steeds meer innovatieve dure geneesmiddelen op de markt. Om de effecten van geneesmiddelen in de praktijk te evalueren, en geneesmiddelen steeds beter en doelmatiger in te zetten, zijn registraties nodig. Om tot een duurzaam, eenduidig en onafhankelijk registratielandschap te komen, is het belangrijk een structurele financiering voor registers op te zetten en te onderhouden. Hiervoor is een landelijke governancestructuur nodig waarbij afspraken zijn gemaakt over de

werkwijzen en waarin de belangrijkste stakeholders vertegenwoordigd zijn.

Het Zorginstituut adviseert het volgende:

1. Data over (dure) geneesmiddelen wordt bij voorkeur aandoeningsgericht geregistreerd zodat verschillende behandelingen met elkaar vergeleken kunnen worden;
2. Registreer data bij voorkeur eenmalig en gestandaardiseerd waardoor de registratielast zoveel mogelijk wordt geminimaliseerd;
3. Registraties dienen een maatschappelijk belang en moeten duurzaam en publiek gefinancierd worden (vanuit premiegelden of overheidsgelden);
4. Voeg ROR DGM samen met het project Governance van Kwaliteitsregistraties. Op deze manier kan worden toegewerkt naar aandoeningsgerichte registraties waarin zowel geneesmiddelen als andere zorg wordt geregistreerd voor zowel kwaliteitsdoeleinden als beleids- en onderzoeksdoeleinden;
5. Een erkende registratie kent rechten (zoals financiële ondersteuning) en plichten (zoals het beschikbaar stellen van informatie ten behoeve van gepast gebruik en pakketbeheer);
6. Voor urgente vraagstukken wordt maatwerk geadviseerd totdat structurele financiering is gerealiseerd.

Bekijk [hier](#) het volledige advies governance & financiering ROR DGM.

Casestudies toetsen registers in de praktijk



Lonneke Timmers

De afgelopen twee jaar heeft het Zorginstituut met partijen in het veld gewerkt aan manieren om te komen tot eenduidige registers voor dure geneesmiddelen. Deze registers moeten duidelijk maken of geneesmiddelen in de praktijk waarmaken wat ze beloven en hoe ze optimaal ingezet kunnen worden. Onlangs zijn vier casestudies gestart om te toetsen hoe dat gaat in de praktijk.

Tekst Jos Leijen | Bron [Zorginstituut Magazine juli 2021](#)

“Op het moment dat een geneesmiddel geregistreerd wordt, zijn er nog veel vragen”, zegt Lonneke Timmers, secretaris van de Wetenschappelijke Adviesraad van het Zorginstituut. Zij is nauw betrokken bij het traject Regie op Registers voor Dure Geneesmiddelen. “Zeker nu steeds vaker geneesmiddelen voor kleine patiëntengroepen versneld onder voorwaarden op de markt worden gebracht. Het is belangrijk om te leren van de resultaten in de praktijk.”

Registers zijn een hulpmiddel om te beoordelen welke effecten geneesmiddelen in de praktijk hebben. De registers kunnen antwoord geven op vragen zoals:

- Hoe goed doet een geneesmiddel het in de praktijk?
- Bij welke patiënten zijn de resultaten goed, bij welke minder?
- Wat zijn de beste momenten om te starten en te stoppen met een therapie?
- Wat is een doelmatige behandelstrategie?

Registraties moeten relevante informatie bieden aan verschillende belanghebbenden. Een register geeft behandelaren inzicht in de behandeling te optimaliseren. Ook geeft het zicht op praktijkvariatie. Voor behandelaar en patiënt kan het helpen om samen te beslissen over de te volgen therapie. Daarnaast helpen de gegevens om gepast gebruik te bevorderen en daarmee de kosten te beheersen.

Het Zorginstituut voert op verzoek van het ministerie van VWS de regie om te komen tot eenduidige registratie. “Er zijn al allerlei registers”, zegt Timmers. “Maar het is een versnipperd landschap, opgezet met diverse doelen en ze leveren niet altijd de informatie op die we nodig hebben.” In samenspraak met betrokken partijen werkt het Zorginstituut daarom sinds oktober 2019 aan een werkwijze voor registers. Wat moet erin komen? Hoe verzamelen we de informatie? Welke eisen stelt dat aan ICT? Hoe borgen we de privacy van patiënten? En wie betaalt het? Dit jaar zijn vier



Mariëtte Driessens



Pieter Sonneveld

casestudies gestart om in de praktijk te toetsen wat werkt en wat niet.

HemoNED – register voor hemofilie

HemoNED is een register dat de behandeling van de bloedstollingsstoornis hemofilie monitort. Het register is in 2017 opgezet door verenigingen van behandelaren, verpleegkundigen en patiënten. Het doel is de kwaliteit van de zorg verbeteren, bijvoorbeeld door bijwerkingen te registreren. Aan het register neemt 85 procent van de patiënten met de ernstige vorm van de ziekte deel en 70 procent van de patiënten met de milde vorm. Zij registreren met de app VastePrik het verloop van hun ziekte. Die informatie wordt ook direct toegepast om hun eigen behandeling te verbeteren.

Deelname van HemoNED aan de casestudie dient verschillende doelen, vertelt Mariëtte Driessens, secretaris van Stichting HemoNED. Zij zit namens de Nederlandse Vereniging van Hemofilie Patiënten (NVHP) in het stichtingsbestuur. “We willen een professionaliseringslag maken. Onder meer door een koppeling te maken met de elektronische patiëntendossiers, zodat we completere gegevens hebben en de registratielast omlaag kan.” Ze wil ook door de patiënt ervaren uitkomsten van de behandeling opnemen in het register, de zogeheten *patient reported outcome measures* (PROMs). Hierbij gaat het onder meer om informatie over pijnklachten, deelname aan de samenleving en therapietrouw. “We sluiten aan bij internationale uitkomstensets.

Een uitdaging is om deze gegevens te verzamelen zonder lange vragenlijsten, bijvoorbeeld door slimme software die onnodige vragen overslaat.”

Vanuit het Zorginstituut en het pakketbeheer is de registratie van het dure geneesmiddel emicizumab een aandachtspunt. Dit nieuwe geneesmiddel heeft enkele voordelen boven de huidige behandeling. Zo biedt het medicijn een stabielere bescherming en kan het onder de huid worden ingespoten in plaats van in de ader. Ook kan het al bij baby's worden toegepast. Maar het is mogelijk ook duurder in het gebruik dan de gangbare behandeling met stollingsfactor.

“We willen een professionaliseringslag maken. Onder meer door een koppeling te maken met de elektronische patiëntendossiers”

“Ik hoop dat we over twee jaar, als de casestudie wordt afgerond, beter inzicht hebben in de behandeling en die behandeling beter kunnen toespitsen op individuele patiënten”, zegt Driessens. “Verder verwacht ik dat verschillende partijen die we nodig

hebben voor de gegevens er dan goed bij betrokken zijn. En het zou mooi zijn als we in de richting gaan van onafhankelijke financiering. Nu zijn we nog afhankelijk van de farmaceutische industrie.”

Multipel myeloom

Het register voor de aandoening multipel myeloom is een nieuw op te zetten register. Hematoloog en hoogleraar Pieter Sonneveld is een van de initiatiefnemers. Multipel myeloom is een kwaadaardige vermenigvuldiging van plasmacellen in het beenmerg. Het veroorzaakt onder meer bloedarmoede, verlies van weerstand, aantasting van het skelet en een verslechterde nierfunctie. Jaarlijks krijgen elf- tot dertienhonderd mensen deze vorm van kanker.

De afgelopen jaren heeft de behandeling van multipel myeloom een flinke ontwikkeling doorgemaakt, vertelt Sonneveld. In tien jaar zijn er elf nieuwe geneesmiddelen op de markt gekomen. Meestal worden die in combinatie gebruikt. “Hierdoor zijn er veel verschillende behandelingschema's en is het lastig om het overzicht te houden. Daarnaast zijn de medicijnen duur. Een register moet helpen om inzicht te krijgen.”

Twee derde van de patiënten met multipel myeloom is ouder dan 65. Vaak hebben zij ook andere klachten. Bij trials die de werking van geneesmiddelen onderzoeken blijft deze groep buiten beeld. Ook daarom zijn registers belangrijk. “Ze laten zien wat er echt gebeurt bij patiënten, bij welke patiënten de medicijnen welk effect hebben.”

Vier casestudies

Casestudie 1 (oncologisch)

Coördinerend ziekenhuis: UMC Utrecht
Register: PLCRC/DCCG
Aandoening: Colorectaal carcinoom (dikkedarmkanker)
Insteek: Vraag gericht op tweedelijns-behandeling (encorafenib + cetuximab). Verzamelen PROMs en data-uitwisseling via traditionele en Personal Health Train-methodiek.

Casestudie 2 (niet-oncologisch)

Coördinerend ziekenhuis: LUMC
Register: HemoNED
Aandoening: Hemofilie
Insteek: Aanvullende dataverzameling op emicizumab gericht op automatische ontsluiting van EPD-data en andere bronnen en implementatie PROM.

Casestudie 3 (niet-oncologisch)

Coördinerend ziekenhuis: Amsterdam UMC
Register: MLDi
Aandoening: Metachromatische leukodystrofie (MLD)
Insteek: Opzetten registratie voor zeer zeldzame ziekte in een internationale context.

Casestudie 4 (oncologisch)

Coördinerend ziekenhuis: Erasmus MC
Register: nieuw op te zetten
Aandoening: Multipel myeloom (ziekte van Kahler)
Insteek: Opzetten van aandoeningen-register multipel myeloom met data voor alle opvolgende behandelingslijnen, onder meer door koppeling van verschillende databronnen.

Een werkgroep van de stichting Hemato-Oncologie voor Volwassenen Nederland (HOVON) heeft al een studie opgezet naar door patiënten gerapporteerde uitkomsten (PROMs). Die informatie moet de komende twee jaar uitgroeien tot een volwaardig register inclusief klinische uitkomsten. Daarbij kan onder meer gebruikgemaakt worden van gegevens uit Dutch Hospital Data (DHD) en de databank van het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL). “Het register moet handvatten bieden voor cyclisch pakketbeheer”, zegt Sonneveld. “Wat leveren behandelingschema’s op voor de patiënt? Welke behandelingen komen erbij? Wat kan eraf? Er komen steeds nieuwe geneesmiddelen bij. Dat is prachtig, want het betekent langere overleving en meer deelname aan het sociale leven. Maar het brengt ook de noodzaak om elk jaar te evalueren. Daarbij heeft het register een cruciale rol.”

“Door onvoldoende gebruik te maken van de data uit de praktijk, doen we vooral patiënten te kort”

Het project Regie op Registers voor Dure Geneesmiddelen (ROR DGM) is gestart met de casestudiefase. Vier casestudies moeten inzicht geven in hoe zorgverleners en zorgaanbieders de effecten van behandeling met geneesmiddelen in de toekomst effectief kunnen monitoren. Met internist-oncoloog Dorien Lobbezoo, lid van projectteam ROR DGM, bespreken we de verwachtingen van de casestudies. Ook vragen we haar hoe zij ROR DGM als dokter ervaart.

In het verleden ben je internist-oncoloog geweest bij Maastricht UMC+, hoe kijk je met je doktersblik naar het project ROR DGM?

“Door mijn ervaring als arts-onderzoeker, maar ook als oncoloog, besef ik dat de inzichten die we van onze patiënten uit de dagelijkse praktijk krijgen waardevol en onmisbaar zijn. Tegelijk weet ik hoe moeilijk en tijdrovend het is om data uit de dagelijkse praktijk te verzamelen en hoe versnipperd de registraties van deze data op dit moment zijn. Hierdoor benutten we niet het volledige potentieel van deze waardevolle gegevens en doen we onszelf als behandelaars, maar vooral ook onze patiënten tekort. Ik zie ROR DGM als een

mooie stap om de waardevolle data uit registers ten volle te gaan benutten. Voor mij als dokter is de uitdaging van dit project om de data op een efficiënte en doelmatige manier te gebruiken. Het primaire zorgproces moet voorop staan en we moeten veel meer gebruik maken van bestaande gegevens en processen.”

Wat is volgens jou de toegevoegde waarde van real world data bij geneesmiddelen-beoordelingen of pakketbeoordelingen in het algemeen?

“Volgens mij realiseert vrijwel iedereen zich wel dat er toegevoegde waarde is van real world data. Hoe we die data gaan inzetten voor pakketbeoordeling is een



Dorien Lobbezoo

belangrijke vraag. Feit is dat we te maken hebben met toenemende onzekerheden over behandelingen op het moment dat ze worden toegelaten en toegepast in de dagelijkse praktijk. Om die onzekerheden te verminderen is het waardevol om data van voldoende kwaliteit te verzamelen over de toepassing van deze behandelingen in de praktijk. We weten dat de patiënten in de dagelijkse praktijk niet dezelfde patiënten zijn die meedoen aan studies, dus moeten we monitoren of het middel in de praktijk ook dezelfde waarde heeft. Daarbij gaat het niet alleen om effectiviteit, maar ook om kwaliteit van leven en bijwerkingen, ook voor de langere termijn. Gegevens daarover zijn niet alleen zinvol voor de pakketbeoordeling, maar ook voor het perspectief van arts en patiënt.”

Een bekend bezwaar van artsen is de toenemende registratielast, hoe kijk je daar tegenaan?

“Iedereen in de gezondheidszorg weet dat registratielast een belangrijk thema is. De weerstand tegen het opstarten van nieuwe registers en het registreren van steeds meer data is dan ook terecht, vanuit het oogpunt van de al torenhoge registratielast. De bedoeling van ROR DGM is juist niet om meer registers te gaan opzetten of meer data te verzamelen, maar om te kijken naar wat er al bestaat en daarop voort te borduren. Hoe kunnen we zorgen dat de data uit de elektronische patiëntendossiers (EPD) voor meerdere doeleinden gebruikt worden? Hoe kunnen we voor elkaar krijgen dat bestaande initiatieven, registers en projecten meer gaan samenwerken en niet alleen eigen doelen proberen te realiseren? Dat zijn volgens mij belangrijke vragen die we binnen dit project moeten blijven stellen.”

Hoe gaat het project artsen in de toekomst helpen en het werk makkelijker maken?

“Als we data uit de dagelijkse praktijk op een efficiënte manier verzamelen en beschikbaar en bruikbaar maken, dan hebben we het werk van de artsen makkelijker gemaakt én de zorg voor patiënten verbeterd. Een voorbeeld: bijwerkingen van dure geneesmiddelen zijn nu niet of onvoldoende gestructureerd in EPD's terug te vinden. Maar een patiënt die voor je in de spreekkamer zit, wil wel weten wat hem of haar te wachten kan

staan bij een bepaalde behandeling. Die inzichten vanuit registerdata maken dat we beter in staat zijn onze patiënten gepaste voorlichting te geven.”

Hoe kunnen artsen zorgen dat hun stem gehoord wordt binnen ROR DGM?

“Wat mij is opgevallen in de korte tijd dat ik bij dit project werk, is de betrokkenheid van iedereen. Niet alleen bij artsen, de betrokkenheid is groot in het hele veld. Iedereen voelt het belang, en ook het moment, om nu deze belangrijke taak op te pakken. Als projectteam is het onze taak om te zorgen dat alle betrokkenen ook echt input kunnen geven. En om de kennis die er is ook echt mee te nemen en te gebruiken. Dat is meteen ook een uitdaging in het project, omdat we nu met een relatief klein team druk bezig zijn met de vier casestudies. Maar die uitdaging gaan we graag aan. Hopelijk houden de artsen en andere betrokkenen ons hierin scherp!”

Wat voor resultaten verwacht je van de casestudies?

“We verwachten dat de casestudies ons leren wat er nodig is om registraties geschikt te maken voor het monitoren van de effectiviteit en kosteneffectiviteit van dure geneesmiddelen. Daarvoor moeten er straks bepaalde kaders en afspraken zijn waaraan registers en registerdata moeten voldoen. Daarin hebben we een gezamenlijke verantwoordelijkheid met het veld. Uiteraard bepalen wij niet de daadwerkelijke inhoud en opzet van de registers. Bij ROR DGM kijken we naar welke data we nodig hebben voor het monitoren van de effectiviteit en kosteneffectiviteit van dure geneesmiddelen. Dat is natuurlijk afhankelijk van het ziektebeeld en het geneesmiddel. Daarnaast bekijken we hoe we de kwaliteit van de uiteindelijke data kunnen waarborgen. Maar ook hoe we de gegevens op een eenduidige manier

“Iedereen voelt het belang – en het moment – om deze taak op te pakken”

moeten vastleggen, zodat ze voor meerdere doeleinden te gebruiken zijn. En als we data nodig hebben die nu niet in bestaande registraties te vinden zijn, maar wel al ergens worden vastgelegd, hoe krijgen we die dan bij elkaar? Die vraag is bijvoorbeeld vaak aan de orde bij kwaliteit-van-leven-vragenlijsten die niet standaard onderdeel zijn van het EPD.” In de casestudies werken verschillende partijen samen. Iedereen heeft zijn eigen belangen, hoe ga je daarmee om? “Omdat dit project alleen succesvol kan zijn als het straks een plaats krijgt in het veld, is de samenwerking in de casestudies essentieel. De casestudies zijn gestart met als doel een proeftuin te creëren, waarin we de hypotheses en plannen die achter het bureau zijn uitgedacht in de praktijk toetsen en aanscherpen. Dit doen we nadrukkelijk in co-creatie met de registratiehouders van de vier casestudies. Voor het Zorginstituut is deze samenwerking nieuw. Ook de casestudiepartijen zoeken naar de beste manier om een doelmatig en efficiënt register te realiseren en in stand te houden. Juist ieders verschillende achtergrond, ervaring en kennis brengt mooie dingen in de casestudies. En dan blijken de belangen eigenlijk niet zover uit elkaar liggen. Alle partijen willen namelijk zorgen dat goede registerdata leiden tot betere kwaliteit van zorg op alle niveaus.”

Wanneer is de casestudiefase voor jou geslaagd?

“De casestudiefase is voor mij geslaagd als we laten zien dat we door meer regie te voeren op registraties ook echt bruikbare data opleveren. En dat we meer gebruik kunnen maken van bestaande en innovatieve IT-mogelijkheden. Bijvoorbeeld artificial intelligence om data te filteren en structureren. We doen dingen in het hier en nu op basis van huidige mogelijkheden, maar ROR DGM is pas echt geslaagd als we met elkaar vaststellen waar we in de toekomst naartoe willen.”