

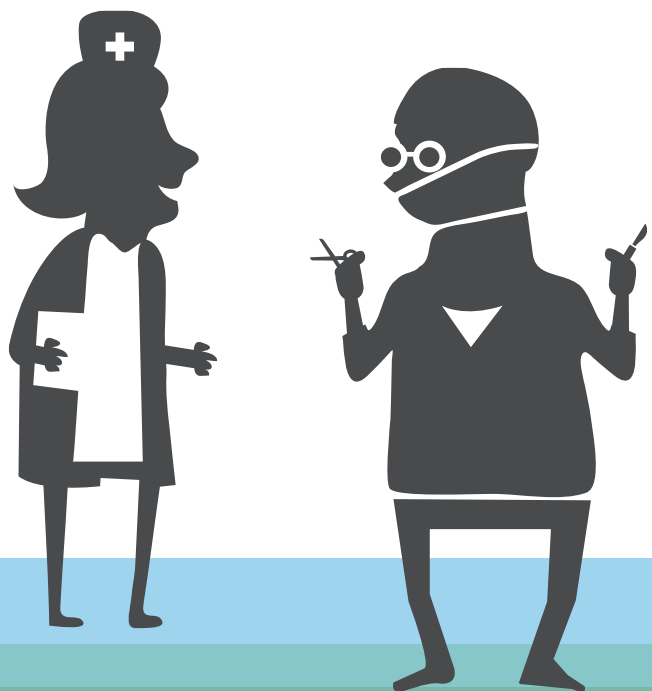
Registratie aan de bron

Zorginformatie delen en optimaliseren

Implementatiestrategie Registratie aan de bron

Uitkomsten en aanbevelingen vanuit sessies

19-1-2022
Versie 0.9



Inhoud

Managementsamenvatting	3
Dankwoord	3
Inleiding	4
Aanpak	5
Huidige en toekomstige situatie	7
De 'Hoe': Randvoorwaarden	8
De 'Wie': Competenties	9
De 'Wat': Criteria.....	10
Geïdentificeerde kloven: Eén voor allen, allen voor één.....	12
Resultaten	13
Aanbevelingen	14
Bijlage: Lijst met afkortingen	15

Managementsamenvatting

“VWS neemt regie op het organiseren en stimuleren van meervoudig gebruik van gezondheidsinformatie door samen met het gehele zorgveld tot besluiten te komen.

Dat doen we door als regering meer regie te nemen en besluiten te nemen waarmee we het zorgveld ondersteunen. De genomen besluiten worden door het zorgveld uitgedragen, in het bijzonder door de koepels.

Het komende jaar stellen we ‘het deltaplan 2030’ op met antwoord op de vraag: “Waar moeten we in 2030 staan?”, inclusief de weg ernaartoe en welke stappen er genomen moeten worden. Daarin moet wel gekeken worden welke stappen volwassen genoeg zijn om landelijk uit te rollen en welke stappen eerst lokaal of regionaal beproefd moeten worden.

We stimuleren dit óók voor het behoud en aantrekken van zorgprofessionals, doordat administratieve lasten worden verlaagd en de professional weer kan doen waarvoor hij/zij is opgeleid.”

Dit is de fictieve sectie in het toekomstige regeerakkoord over de implementatie van het principe ‘eenmalig, eenduidig vastleggen voor meervoudig gebruik’ in de zorg.

Hiermee werd de laatste sessie van het traject *Implementatiestrategie* uit een reeks van vier afgesloten. Deze uiteenzetting geeft een belangrijke behoefte vanuit het veld weer. Gedurende vier sessies werd antwoord gegeven op de vraag: “Hoe kunnen we het principe eenmalig en eenduidig vastleggen voor meervoudig gebruik implementeren in de medisch specialistische zorg?”. De sessies vonden plaats in de periode september tot en met november 2021 met een brede vertegenwoordiging vanuit de medisch specialistische zorg (MSZ). Vanuit de sessies zijn de aanbevelingen samen te vatten in de volgende punten:

- Prioriteer op, en organiseer rondom de meerwaarde voor de zorgprofessional
- Stap allen over je eigen schaduw heen
- Maak daadkrachtige zorg-brede keuzes, er bestaan geen volledig goede of foute keuzes
- Heb allen oog voor het perspectief van de ander

Dankwoord

Onze dank gaat uit naar iedereen die heeft bijgedragen aan dit traject. In het bijzonder willen wij de sponsorgroep, bestaande uit Guido van den Broek, Viola Brouwer, Robert Hardholt, Peter den Hollander en Edwin van der Meer, bedanken voor hun inzet. Jullie inbreng is erg waardevol in de opzet en inhoud van dit traject. Ook bedanken wij onze collega's bij Registratie aan de bron voor hun bijdrage.

Inleiding

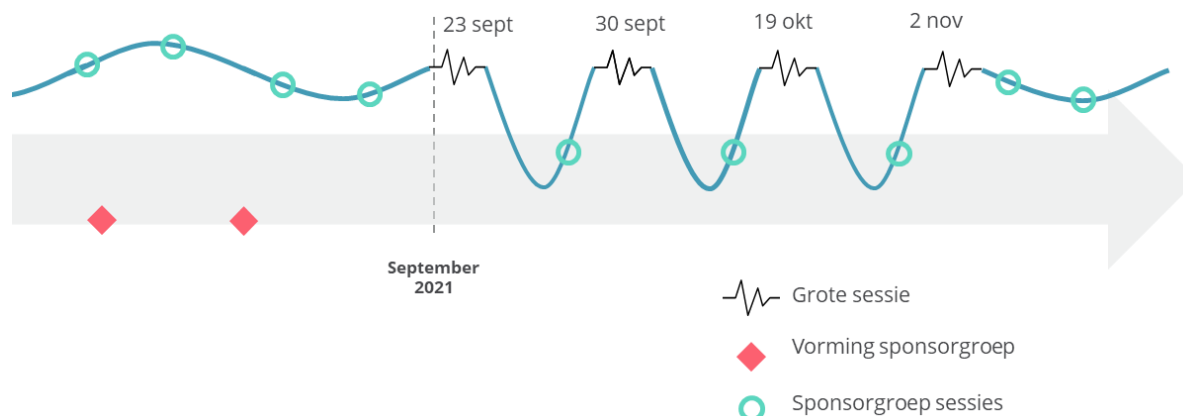
“Alleen kun je het niet, je moet het samen doen” is één van de bekendste quotes van Johan Cruijff die naadloos aansluit bij de aanleiding van dit traject. Door de jaren heen zijn er namelijk veel goede initiatieven ontstaan rondom het principe ‘eenmalig, eenduidig vastleggen voor meervoudig gebruik’. Uit de resultaten van het traject *Verkenningssfase leveranciersmanagement* blijkt dat er onvoldoende samenwerking en/of onderlinge afstemming tussen deze initiatieven is. Dit heeft met name te maken met een gebrek aan gezamenlijke afspraken en richting. Volgens velen leidt deze situatie ertoe dat implementatie van het bovengenoemde principe niet op een eenduidige wijze en eenzelfde tempo verloopt. Voor het realiseren van hergebruik van zorginformatie, oftewel interoperabiliteit, is goede afstemming en samenwerking essentieel - aldus de respondenten in het vooronderzoek. In dit voortraject zag het zorgveld een duidelijke rol voor Registratie aan de bron om verschillende stakeholders samen te brengen. Hieruit is het project *Implementatiestrategie Registratie aan de bron* ontstaan. Het belangrijkste uitgangspunt van het gehele traject is het samenbrengen en verbinden van belangrijke spelers waarbij zij elkaars perspectief leren te begrijpen.

Het doel van de implementatiestrategie is te komen tot gezamenlijke afspraken, zoals landelijke criteria en een bijbehorende prioriteringslat. Deze prioriteringslat is een hulpmiddel in het maken van een prioritering over hetgeen dat eerder geïmplementeerd dient te worden en wat later kan. Verbinding tussen verschillende partijen en begrip voor elkaars perspectief noodzakelijk om te komen tot gezamenlijke afspraken. De gezamenlijkheid en verbinding zijn daarom het belangrijkste uitgangspunt van dit traject.

De uitwerking van deze doelen is bewerkstelligd door het organiseren van vier grote sessies (online en offline) waar vertegenwoordigers vanuit het gehele veld (virtueel) zijn samengekomen – een overzicht van de vertegenwoordigde partijen is toegelicht op pagina 6. Samen met een sponsorgroep bestaande uit vijf belangrijke vertegenwoordigers van verschillende perspectieven zijn de sessies ontworpen. De sessies vonden plaats van september t/m november 2021 waar de focus continu lag op het voeren van open gesprekken en begrijpen van eenieders perspectief. Dit document is een weergave van de uitkomsten en aanbevelingen vanuit deze sessies.

Leeswijzer

Dit document start met een toelichting over de inhoudelijke opbouw en methodiek van de sessies. Daarna komen de huidige en ideale toekomstige situatie aan bod en staan de randvoorwaarden voor het behalen van de toekomstige situatie centraal. Vervolgens wordt vormgegeven welke competenties er nodig zijn om de toekomstige situatie ook daadwerkelijk te vormen. Daaropvolgend worden de criteria die invloed hebben op wat we wanneer doen toegelicht. Door het gehele document komen aanbevelingen terug. Het document eindigt met een toelichting op de behaalde resultaten en biedt een nadere toelichting op deze aanbevelingen.



Figuur 1: Tijdslijn Implementatiestrategie

Aanpak

Opbouw

In de eerste sessie is gestart met het vormen van een integraal beeld. Hierbij is gefocust op de samenwerking die nodig is om te komen tot implementatie en hetgeen 'Waarheen' we willen bewegen. De tweede sessie stond in het teken van 'Wat' daar voor nodig is. Hierin zijn criteria opgehaald waarop keuzes moeten worden gebaseerd van hetgeen we eerder, of juist later, willen implementeren. Sessie drie ging over de 'Wie' en de competenties die nodig zijn om samen succesvol te implementeren. De vierde en laatste sessie ging over het 'Hoe' waarbij de vraag 'Welke randvoorwaarden zijn nodig voor succesvolle implementatie?' centraal stond. In dit eindverslag worden de belangrijkste conclusies en aanbevelingen uiteengezet. Voor een uitgebreid verslag en beschrijving van de werkvormen zie het document *Verslag sessies Implementatiestrategie*.¹

Methodiek

In de opzet van de sessies is *Samen* het sleutelwoord en samenwerking de belangrijkste bouwsteen. Door het bij elkaar brengen van verschillende perspectieven en het creëren van wederzijds begrip onder de verschillende stakeholders werd gewerkt aan consensus en commitment. Het traject is ingericht aan de hand van Theorie U, een verandermethode waarbij men op een andere manier naar complexe vraagstukken kijkt. Theorie U richt zich onder andere op het open gesprek en laat de nieuwe toekomst zich aandienen. De werkvormen tijdens de sessies komen voort uit deze theorie. Deelnemers moesten niet alleen luisteren naar de feitelijkheden die werden besproken, maar ook naar het gevoel en de drive bijvoorbeeld. De deelnemers werden gevraagd deel te nemen met:

- Een open hoofd: nieuwsgierigheid en loslaten van ideeën of gedachten;

¹ Op te vragen via info@registratieaandebron.nl

- Een open hart: compassie en respect en de situatie door de ogen van de ander te bekijken;
- Een open intentie: willen deelnemen en aanwezig zijn, moed en de capaciteit om het bekende los te laten.

Deelnemers

Voor een zo divers en breed mogelijke blik, is er gekozen voor een uitgebreide lijst van deelnemers die de verschillende perspectieven van het werkveld rondom het bovengenoemde principe vertegenwoordigen. Tijdens de sessies waren de deelnemers in wisselende samenstellingen aanwezig. Gezien de grote van de groep was het niet mogelijk om vier data te vinden waarop iedereen aanwezig kon zijn. Iedere sessie waren er 23 tot 27 deelnemers aanwezig. Hierdoor zijn er deelnemers die slechts één sessie hebben bijgewoond en deelnemers die alle sessies aanwezig zijn geweest. Tijdens de sessies was er vertegenwoordiging vanuit de volgende organisaties: Amsterdam UMC, Bureau Informatieberaad Zorg, BovenIJ, ChipSoft, Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, DHD, DICA, EPIC, Erasmus MC, FMS, gebruikersvereniging EPIC, Haaglanden Medisch Centrum, IKNL, Isala, MedicatieOverdracht, Ministerie van VWS, MUMC+, Naar regionale oncologienetwerken, Nexus, NFU, Nictiz, NVZ, Radboudumc, Registratie aan de bron, Santeon, UMCG, VIPP5 en ZKN.

Vanuit deze organisaties was er een diversiteit aan rollen, zoals: CMIO's, CNIO's, zorgprofessionals, programmamanagers, CEO's, CTO's, beleidsadviseurs, softwareontwikkelaars, managers, dataspecialisten en (data)architecten.

Huidige en toekomstige situatie

In de eerste sessie gaven de deelnemers letterlijk vorm aan de huidige en gewenste toekomstige situatie waarbij zij een integraal (hoog-over) beeld vormden. De groep typeert de huidige situatie met een gebrek aan connectie tussen de vele verschillende partijen in het veld. Daarbij ziet de groep een versnipperd landschap, zowel tussen organisaties als de verschillende lijnen in de zorg (1^e/2^e/3^e lijn).

De verschillende groepen stellen de aanpassingen voor de gewenste situatie/samenwerking als volgt voor:

- Inzet van een overkoepelend orgaan;
- Uitwisseling zorginformatie binnen een eenduidig systeem;
- Ontwikkeling van gezamenlijke afspraken over uitwisseling per type gegevens;
- Sterk beleid ten opzichte van informatie-uitwisseling;
- Duidelijk overzicht van gremia die actief zijn op het gebied van digitale uitwisseling;
- Kwalitatieve verbetering van registraties.

Alle groepen reflecteerden nadien uitgebreid op hun huidige en toekomstige modellen. Deze reflectie bracht een diepere laag mee voor de opdracht. In verschillende groepen kwam de frustratie van snelheid naar boven met vragen als: "Waarom lukt dit nog niet?". Ook zagen velen een risico van meer versnippering wanneer de situatie in de huidige staat zou blijven. Daarbij werd in sommige groepen benoemd dat hun oplossing wel erg dicht lag bij het idee van een eerder afgewezen landelijk elektronisch patiëntendossier, iets wat voor velen (politiek) gevoelig ligt.

Tussentijdse aanbeveling deelnemersgroep

Organiseer centrale regie welke:

- Werkt vanuit verbinding en samenhang;
- Overzicht creëert tussen de verschillende initiatieven en sectoren/lijnen;
- Verantwoordelijk is voor het ontwikkelen van gezamenlijke afspraken en kaders.

De 'Hoe': Randvoorwaarden

Een terugkerende behoefte gedurende het traject is het invullen van een duidelijke regierol. De meeste randvoorwaarden zijn terug te voeren naar het nemen van besluiten. Er werd zelfs gesteld dat er wellicht geen volledig goede of foute besluiten zijn, wanneer het gaat om iets eerder te implementeren en het ander later. "Als er maar een besluit wordt genomen" werd gesteld. Het doel valt in de ogen van de deelnemers dus zowel linksom als rechtsom te behalen. Het gebrek aan het maken van keuzes zorgt ervoor dat het veld niet vooruit lijkt te komen en een versnipperd landschap zich voordoet. Gelijktijdige implementatie van programma's, concepten, en dergelijken is hierin uiteraard wenselijk. Volgens de deelnemers dient er wel ruimte te blijven bestaan voor ontwikkeling en beproeving, bijvoorbeeld door te werken in proeftuinen. In dergelijke omgevingen kan het conceptuele worden beproefd in de praktijk, voordat het wordt opgeschaald en landelijk uitgerold. Deze proeftuinen dienen dan ook korte(re) doorlooptijden te kennen. Zodat er een plan-do-check-act cyclus kan worden ingericht.

Tussentijdse aanbeveling deelnemersgroep

Het inrichten van een regierol moet voorzien in een aantal belangrijke randvoorwaarden voor geslaagde landelijke implementatie van het principe:

1. Er worden keuzes gemaakt over wat we (eerder) doen en wat niet (of later).
2. Er is een gezamenlijk doel om naartoe te werken waarbij duidelijk bestaat over hetgeen wat gereed moet zijn op welk moment in de toekomst.
3. Er zijn kaders opgesteld waaraan de implementatie moet voldoen.
4. Er is overzicht waardoor men weet wat er van hen verwacht wordt en welke kennis er al beschikbaar is.

Schaal daarbij op dat wat in de praktijk beproefd is. Richt kort cyclische proeftuinen in om dat wat nog niet in de praktijk bewezen effectief is te beproeven en door te ontwikkelen. Zorg voor een ronde plan-do-check-act cyclus waarbij theorie en praktijk samen worden gebracht.

De 'Wie': Competenties

Op de vraag 'Wie moet de implementatie van het principe tot een succes maken?' is men geneigd te denken in huidige structuren en organisaties. Voor het doorbreken van deze patronen zijn de deelnemers aan de slag gegaan om de 'Wie' vorm te geven aan de hand van competenties. Hierin werd onderscheid gemaakt in (1) het denkvermogen dat nodig is, (2) de mate van betrokkenheid en (3) wat we verwachten van inspiratie die een persoon of instantie kan bieden. Figuur 2 geeft een overzicht van de belangrijkste eigenschappen. Naast de hieronder genoemde competenties werd door de deelnemers ook benadrukt dat het mandaat en zeggenschap van een persoon of instantie erg belangrijk is om bepaalde zaken af te dwingen. De groep was het over het volgende eens: "Ongeacht welke keuzes er worden gemaakt, er zal weerstand komen. Hoe dan ook, blijft het nodig om keuzes te maken". Indirect wordt hiermee ook gezegd dat de verantwoordelijkheid op hoog niveau moet worden belegd.



Figuur 2: Invulling competenties van 'De wie?'

Tussentijdse aanbeveling deelnemersgroep

De centrale regie dient gedragen én uitgedragen te worden door het veld. Zij moet mandaat hebben vanuit het veld om besluiten te nemen en gevoed worden door het veld om tot juiste besluiten te komen.

Dit orgaan dient over veel competenties te beschikken (Figuur 2) waarbij het hebben van overzicht, het combineren van belangen, het slaan van bruggen en het maken van keuzes als de zwaarstwegende competenties gezien worden.

De 'Wat': Criteria

Om een antwoord te geven op de vraag in welke volgorde aanbevelingen geïmplementeerd moeten worden, is het wenselijk om gezamenlijke criteria af te spreken. Criteria bepalen waarom het één wel wordt geïmplementeerd en het ander niet - of later. Transparantie in de genomen afwegingen is daarin belangrijk.

De implementatie van het principe eenmalig en eenduidig vastleggen voor meervoudig gebruik vraagt grotendeels inspanning van eenzelfde groep mensen en middelen. We hebben te maken met mensen die slechts eenmaal ingezet kunnen worden in een bepaald tijdsbestek. Daarnaast kunnen middelen of financiën ook slechts eenmaal uitgegeven worden. De wens is om in eenzelfde tempo en in eenzelfde volgorde implementaties te bewerkstelligen om deze middelen op een zo efficiënt mogelijke manier in te zetten. De deelnemers zijn gevraagd om criteria op te stellen aan de hand waarvan bepaald kan worden waarom iets geïmplementeerd wordt. Vervolgens hebben de deelnemers de criteria geprioriteerd wat heeft geleid tot de lijst in Tabel 1.

Tabel 1: Beoordeelde criteria implementatie van het principe 'eenmalig, eenduidig vastleggen voor meervoudig gebruik'

Criterium	Weging (# stemmen)
Meerwaarde zorgverlener / impact / consensus	14
Technische en organisatorische haalbaarheid (simpliciteit)	6
Meerwaarde patiënt	5
Herbruikbaarheid in verschillende use cases	5
Kosten versus baten	3
Workflow / gebruiks- vriendelijkheid	2
Technische haalbaarheid	2
Lokaal / keten / landelijk	2
Flexibiliteit / aanpasbaarheid (in de toekomst)	1
Behapbare brokken	1
Organisatorische haalbaarheid	1

Het belangrijkste criterium is volgens de groep met uitstek 'meerwaarde voor de zorgverlener'. Dit is, net als de overige criteria, nog hoog-over. Het behoeft verdere verdieping om de verschillende criteria inhoud te geven.

Simpliciteit wordt gezien als een belangrijk criterium. Hiermee werd beschreven dat hoe complexer de oplossing vaak is, hoe lager de deelnemers de betrokkenheid achten van het

veld. Dit contrasteert met het feit dat de betrokkenheid van gebruikers juist een belangrijke rol speelt in het creëren van succesvolle implementaties.

Tussentijdse aanbeveling deelnemersgroep

Concretiseer de criteria zodat deze meer kwantitatief gewogen kunnen worden wanneer een landelijke roadmap op basis hiervan wordt samengesteld.

Aanbeveling aanpak

De CMIO's uit de sponsorgroep werken het criterium 'meerwaarde voor de zorgverlener' verder uit en toetsen dit aan hun achterban: het CMIO-netwerk. Ook doen de CMIO's een voorstel hoe het criterium 'meerwaarde voor de patiënt' verder uit te werken.

Voor het criterium 'technische haalbaarheid' werkt de leverancier uit de sponsorgroep dit verder uit en toets dit aan de vertegenwoordiger van een gebruikersvereniging vanuit de sponsorgroep en zijn achterban: de epd-leveranciers.

Het criterium 'organisatorische haalbaarheid' wordt uitgewerkt door de twee organisatorische kopstukken in de sponsorgroep en getoetst aan hun achterban: programmamanagement en stuurgroep Registratie aan de bron.

Geïdentificeerde kloven: Eén voor allen, allen voor één

Het tussendoor samenbrengen van de sessies bracht het inzicht dat er diverse kloven te identificeren zijn, die het maken van gezamenlijke keuzes omtrent implementatie van het principe bemoeilijkt. De geïdentificeerde kloven, of tegenstrijdigheden, raken allen op een bepaalde manier het concept van 'één voor allen' versus 'allen voor één' en zijn hierop ingedeeld. De deelnemers zijn in de aansluitende sessie gevraagd richting welke kant het veld zich volgens hen zou moeten bewegen (Figuur 3). De stemming geeft aan dat in deze fase van implementatie de voorkeur met name gaat naar acties onder de noemer één voor allen. Zo is er een duidelijke voorkeur zichtbaar voor het implementeren van oplossingen die generiek toepasbaar zijn: Liever iets kleins eenmaal implementeren waar velen gebruik van kunnen maken, dan hele specifieke oplossingen. Ook wordt snelheid geprefereerd boven perfectie van implementatie. Over de weg om dit te bereiken (via wet- en regelgeving of via het olievlek principe) bestaan verschillen; enkelen geloven in de ene of andere kant waarbij een gedeelte ook gelooft dat het naast elkaar kan bestaan. Er bestaat verdeeldheid over het spreekwoordelijk slaan met de stok of belonen met de wortel.



Figuur 3: Stemming kloven

Tussentijdse aanbeveling deelnemersgroep

Focus op het implementeren van oplossingen die generiek toepasbaar zijn in de zorg en streef niet naar perfectie. Organiseer dit vanuit landelijke regie.

Resultaten

Het voornaamste uitgangspunt van dit traject was het samenbrengen en verbinden van verschillende stakeholders uit het werkveld. Dit werd gefaciliteerd aan de hand van Theorie U waardoor men in staat is gesteld het open gesprek te voeren en door de bril van de ander te kijken. De verschillende werkvormen, die vaak anders zijn dan de dagelijkse werkzaamheden, droegen hieraan bij. In de reflectie gaven veel deelnemers aan dat ze perspectieven hebben ingezien waar ze zich eerder niet van bewust waren. Het opzoeken van deze verbinding blijkt erg waardevol. Het feit dat verschillende stakeholders elkaar en de organisatie tussen de sessies door hebben opgezocht met vragen, maakt dat dit doel is behaald.

Naast verbinding heeft het traject verschillende andere resultaten opgeleverd. Zo is er een eerste aanzet voor de criteria en prioriteringslat opgesteld. Ook zijn de grootste ervaren problemen in de huidige situatie gedestilleerd in de vorm van de beschreven kloven. Het ambitieuze plan om een roadmap op te leveren aan het einde van dit traject is niet volledig behaald. Wel is door de deelnemers aangegeven dat binnen bestaande initiatieven al gedegen onderzoek is gedaan om te komen tot eerste keuzes.

Aanbevelingen

Het traject heeft voor veel onderlinge verbinding gezorgd tussen de deelnemers. Er zijn belangrijke kaders en randvoorwaarden geschetst om te komen tot een gezamenlijke roadmap en de implementatie hiervan. Vanuit de input van de vier sessies met het veld worden de volgende aanbevelingen gedaan:

1. Prioriteer op, en organiseer rondom de meerwaarde voor de zorgprofessional:
 - Maak behaalde stappen en resultaten meer zicht- en tastbaar voor zorgprofessionals;
 - Concretiseer en kwantificeer 'meerwaarde voor de zorgprofessional' evenals andere criteria waarop een prioritering wordt gebaseerd.
2. Stap allen over je eigen schaduw heen:
 - Iedere stap die in de MSZ wordt gezet dient bij te dragen aan een hoger zorgbreed doel;
 - Zorg voor gelijktijdigheid van implementatie, zodat het voordeel sneller voelbaar is door de sector;
 - Wees pragmatisch, wacht niet tot er zorgbrede regie is, maar blijf voortgang boeken zonder het zorgbrede belang uit het oog te verliezen;
 - Gooi niet weg wat al is gedaan en is geleerd en borduur voort op reeds gemaakte keuzes (zoals module 3 van VIPP5 en MedicatieOverdracht).
3. Maak daadkrachtige zorgbrede keuzes, er bestaan geen volledig goede of foute keuzes;
 - Beleg besluitvoering op hoog niveau met het mandaat voor eenduidige landelijke keuzes (denk aan VWS);
 - Zorg voor de juiste inhoudelijke kennis en expertise waarop keuzes en daarmee een prioritering wordt gemaakt (veldpartijen en koepelorganisaties zijn verantwoordelijk om de juiste mensen beschikbaar te stellen);
 - Leef gemaakte keuzes na, draag als koepelorganisatie of veldpartij de keuzes uit;
 - Schaal op wat volwassen genoeg is voor landelijke uitrol, beproef en verbeter in de praktijk wat nog niet in praktijk toepasbaar is gebleken.
4. Heb allen oog voor het perspectief van de ander:
 - Breng theorie en praktijk met elkaar in verbinding;
 - Richt een continu lerende omgeving in waar geleerde lessen worden samengebracht en doorontwikkeling centraal staat: sectoraal en regionaal en breng dit landelijk samen;
 - De leverancier moet ook een plek krijgen aan tafel en gehoord worden;
 - Heb respect voor de fase waarin de ander zich bevindt, niet iedereen heeft dezelfde startpositie, wel hetzelfde eindpunt.

Bijlage: Lijst met afkortingen

CEO	Chief Executive Officer
CMIO	Chief Medical Information Officer
CNIO	Chief Nursing Information Officer
CTO	Chief Technology Officer
DHD	Stichting Dutch Hospital Data
DICA	Dutch Institute for Clinical Auditing
Epd	Elektronisch patiënten dossier
FMS	Federatie Medisch Specialisten
IKNL	Integraal Kankercentrum Nederland
Ministerie van VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport
MSZ	Medisch Specialistische Zorg
MUMC+	Maastricht Universitair Medisch Centrum Plus
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
UMCG	Universitair Medisch Centrum Groningen
VIPP	Versnellingsprogramma informatie-uitwisseling patiënt en professional
ZKN	Zelfstandige Klinieken Nederland