



Probleemverkenning en vraagverheldering **Dataondersteund lerend en verbeterend geboortezorgsysteem**

Eindrapport

24 juni 2026

Melanie Knieriem
Liselotte Tjon Joe Gin
Izel Yildirim

 **EQUALIS**
VINTURA

Managementsamenvatting

Aanleiding en doel

De geboortezorg beschikt over veel data en leerinstrumenten, maar benut deze nog onvoldoende als één samenhangend, dataondersteund lerend en verbeterend systeem. Ondanks brede overeenstemming over de gewenste richting blijft structurele realisatie achter. Zorginstituut Nederland heeft Equalis gevraagd te verkennen hoe betrokken partijen het gewenste systeem duiden, welke rollen en verantwoordelijkheden zij zien en welke factoren realisatie bevorderen of belemmeren. Dit onderzoek biedt een probleemanalyse en basis voor gerichte vervolgstappen.

Kerninzicht: visie is er, uitvoering stukt

Uit deskresearch en interviews blijkt dat de visie op dataondersteund leren breed wordt gedeeld. Betrouwbare en eenduidige data, ingebedde feedbackloops en leren dichtbij de praktijk worden door alle partijen als randvoorwaardelijk gezien. Tegelijkertijd functioneert het huidige systeem als een verzameling losse onderdelen. Data, infrastructuur en leerinstrumenten zijn aanwezig, maar vormen geen doorlopende leer- en verbetercyclus. Hierdoor blijft het lerend vermogen sterk afhankelijk van lokale initiatieven en verschilt dit aanzienlijk per regio.

Waarom het systeem nu niet van de grond komt

De belangrijkste belemmeringen zijn niet technisch, maar liggen in governance, rolverdeling en inbedding in het zorgproces. Rollen en verantwoordelijkheden zijn herkenbaar, maar onvoldoende expliciet en rolvast belegd. Afhankelijkheden tussen partijen worden beperkt actief gemanaged, wat spanning veroorzaakt tussen verantwoordelijkheid en invloed en het vertrouwen in data ondermijnt. Leren en verbeteren is bovendien nog geen structureel onderdeel van het zorgproces; de

PDCA-cyclus stukt vaak na reflectie. Knelpunten in governance, datakwaliteit en inbedding versterken elkaar, waardoor een samenhangende aanpak nodig is.

Wat kenmerkt het gewenste systeem

In het gewenste systeem vormen data-infrastructuur en governance één samenhangend geheel. Data wordt eenduidig vastgelegd, geautomatiseerd uitgewisseld en direct benut voor leren en verbeteren op het juiste niveau. Leren vindt plaats dichtbij de praktijk, maar is landelijk geborgd via expliciete regie, prioritering en doorwerking, met aandacht voor context, het patiëntenperspectief en de bredere keten, inclusief neonatologie, kindzorg en de eerste 1.000 dagen.

De kernopgave: keuzes maken en borgen

De centrale conclusie is dat de geboortezorg geen kennisprobleem heeft, maar een keuzeprobleem. Verdere verkenning is niet de bottleneck; het uitblijven van expliciete keuzes over regie, mandaat, ambitie en eigenaarschap is dat wel. Zonder duidelijke besluitvorming en borging blijven initiatieven fragmentarisch en vrijblijvend. De opgave vraagt geen nieuwe blauwdruk, maar een processtrategie: drie samenhangende sporen die gelijktijdig worden opgepakt: 1) *governance en regie*, 2) *leren, duiden en opschalen*, en 3) *data, databeschikbaarheid en infrastructuur*.

Urgentie en vervolgstappen

Nationale en Europese ontwikkelingen, zoals de EHDS, maken uitstel geen optie. Dit onderzoek biedt Zorginstituut Nederland en de sector concrete aanknopingspunten om regie, governance en implementatiekracht expliciet te organiseren en de stap te zetten van gedeelde ambitie naar realisatie.

Leeswijzer

Dit rapport is als volgt opgebouwd:

Hoofdstuk 1 beschrijft de aanleiding van het onderzoek en de centrale vraagstelling. Daarbij wordt ingegaan op het belang van het onderzoek en de vraag van Zorginstituut Nederland aan Equalis. Ook wordt de onderzoeksaanpak kort toegelicht.

Hoofdstuk 2 presenteert de belangrijkste inzichten uit de deskresearch. Op basis van 34 documenten wordt samengevat wat bekend is over de huidige situatie, de belangrijkste knelpunten en bevorderende factoren, en welke hiaten er bestaan in de huidige kennisbasis.

Hoofdstuk 3 bevat de inzichten uit 21 interviews met partijen in en rondom het Nederlandse geboortezorgsysteem. In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe partijen de huidige situatie ervaren, welke knelpunten zij zien en hoe zij het gewenste systeem duiden. Daarnaast wordt ingegaan op rollen en verantwoordelijkheden, bevorderende factoren en de eerste concrete stappen richting dit gewenste systeem.

Hoofdstuk 4 bevat de conclusies en de beantwoording van de onderzoeksvragen.

Hoofdstuk 5 beschrijft de geadviseerde aanpak voor het vervolg.

In de bijlagen zijn de geanalyseerde documenten, de lijst met geïnterviewde partijen en de gebruikte interviewleidraad opgenomen.



Inhoudsopgave



Doel & aanpak

p. 5-10



Inzichten desk research

p. 11-17



Inzichten interviews

p. 18-38



Conclusie en door het veld genoemde vervolgstappen

p. 39-43



Advies aanpak vervolg

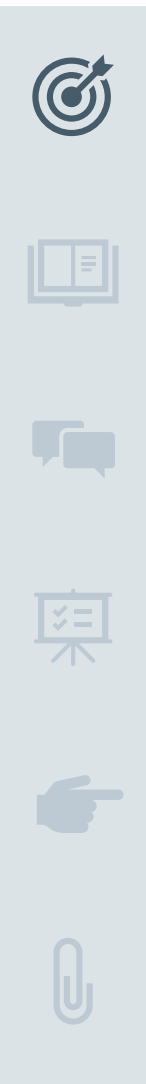
p. 44-45



Bijlage

p. 46-52

Doel & aanpak



Doel & aanpak

p. 5-10

Inzichten desk research

p. 11-17

Inzichten interviews

p. 18-38

Conclusie en door het veld genoemde vervolgstappen

p. 39-43

Advies aanpak vervolg

p. 44-45

Bijlage

p. 46-52

Een dataondersteund lerend en verbeterend geboortezorgsysteem is noodzakelijk, maar wordt geremd door knelpunten in informatievoorziening en samenwerking

Aanleiding



Passende zorg vraagt om dataondersteund leren

De geboortezorg streeft naar passende zorg rond zwangerschap en geboorte en wil beter kunnen sturen op kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Leren en verbeteren vormen hierin een essentiële voorwaarde en zijn niet mogelijk zonder het beschikbaar hebben en gebruiken van zorgdata. Een dataondersteund lerend en verbeterend geboortezorgsysteem maakt het mogelijk om inzichten te ontwikkelen die zowel de dagelijkse zorgpraktijk als beleids- en verbeterprocessen ondersteunen.



Informatievoorziening als randvoorwaarde

Voor het functioneren van zo'n systeem is een goede informatievoorziening nodig waarin primair en secundair datagebruik in samenhang worden benut. Primair datagebruik ondersteunt de dagelijkse zorgverlening en communicatie tussen zorgverleners en patiënten. Secundair datagebruik richt zich op kwaliteitsverbetering, transparantie, pakketbeheer, beleidsontwikkeling, onderzoek en innovatie. Juist het meervoudig gebruik (i.e. zowel primair als secundair gebruik) van data stelt hoge eisen aan datakwaliteit, standaardisatie en uitwisseling.



Eerdere adviezen en verkenningen

In de afgelopen jaren zijn meerdere adviezen en onderzoeken uitgevoerd die knelpunten in deze informatievoorziening zichtbaar hebben gemaakt. Het advies

Op weg naar een datagedreven lerend zorgsysteem³⁷ benadrukt het belang van gezamenlijke afspraken over data delen, principes voor meervoudig datagebruik en een samenhangende architectuur. Aanvullend hebben audits en onderzoeken, zoals de *MedicalPHIT-audit op de gegevensaanlevering aan Perined*¹⁷ en de *datareis-verkenning van KNOV en Perined*¹⁵, laten zien waar in de keten risico's ontstaan op dataverlies en verminderde datakwaliteit.



Behoefte aan integrale duiding

Deze bestaande inzichten maken duidelijk dat de opgave niet alleen technisch van aard is, maar ook raakt aan governance, samenwerking en organisatie. Wat nog ontbreekt, is een samenhangend beeld van hoe betrokken partijen kijken naar een goed functionerend dataondersteund lerend en verbeterend geboortezorgsysteem, welke rollen en verantwoordelijkheden daarbij horen en welke factoren realisatie bevorderen of belemmeren. Vanuit die behoefte is dit onderzoek opgezet, in opdracht van Zorginstituut Nederland, als probleemverkenning en vraagverheldering, aansluitend op eerdere adviezen en gericht op het bepalen van concrete vervolgstappen.

Dit onderzoek verheldert hoe bestaande inzichten kunnen worden vertaald naar implementatie van een goed functionerend dataondersteund systeem

Doel onderzoek

Dit onderzoek bouwt voort op de al bestaande inzichten door te verhelderen hoe betrokken partijen het systeem duiden, welke rollen en verantwoordelijkheden zij zien en welke factoren bepalend zijn voor realisatie.

Perspectieven op een goed functionerend systeem

Het onderzoek start bij de vraag wat een goed functionerend dataondersteund lerend en verbeterend geboortezorgsysteem betekent vanuit verschillende posities in het veld. Deze perspectieven geven richting aan de doelen, verwachtingen en accenten die worden gelegd in leren en verbeteren.

Rollen, taken en verantwoordelijkheden in samenhang

Vervolgens richt het onderzoek zich op de inrichting van het systeem in termen van rollen, taken en verantwoordelijkheden. Door de rolverdeling en onderlinge afhankelijkheden inzichtelijk te maken, wordt zichtbaar hoe deze bijdragen aan of juist belemmerend werken voor het lerend en verbeterend vermogen van het systeem.

Belemmerende en bevorderende factoren, geduid in samenhang

Ten slotte onderzoekt dit rapport welke factoren de realisatie van een dataondersteund lerend en verbeterend geboortezorgsysteem beïnvloeden. Daarbij wordt gekeken naar zowel belemmerende als bevorderende factoren en naar de mate waarin deze kunnen worden onderbouwd.

Concrete vragen

Perspectieven op een goed functionerend systeem

- \ Welke perspectieven hebben de verschillende betrokken partijen op een goed functionerend dataondersteund lerend en verbeterend geboortezorgsysteem
- \ Wat verstaan zij hieronder?

Rollen, taken en verantwoordelijkheden in samenhang

- \ Welke rollen, taken en verantwoordelijkheden zien de betrokken partijen hierin, voor zichzelf en voor de andere betrokkenen?
- \ Welke afhankelijkheden en samenhangen zien de betrokken partijen tussen deze rollen, taken en verantwoordelijkheden?
- \ Hoe draagt deze rol-, taak- en verantwoordelijkheidsverdeling bij aan de realisering van een goed functionerend dataondersteund geboortezorgsysteem?

Belemmerende en bevorderende factoren, geduid in samenhang

- \ In hoeverre kunnen volgens de betrokken partijen de voornoemde factoren belemmerend of bevorderend werken voor een dataondersteund geboortezorgsysteem?
- \ Zijn er nog andere factoren die volgens hen een rol spelen?
- \ In hoeverre kunnen de perspectieven van de betrokken partijen op de geïnventariseerde belemmerende en bevorderende factoren met feiten worden onderbouwd?
- \ Hoe kunnen de voornoemde factoren op basis van het gelaagd interoperabiliteitsmodel worden geduid en in samenhang beschreven?

Het interoperabiliteitsmodel van Nictiz is in dit onderzoek gebruikt als ondersteunend denkkader

Lagenmodel Nictiz

Binnen dit project is gebruikgemaakt van het interoperabiliteitsmodel van Nictiz als ondersteunend denkkader. Het model helpt om inzicht te krijgen in de randvoorwaarden die nodig zijn om gegevens in de geboortezorg goed en veilig uit te wisselen.

Voor een dataondersteund lerend en verbeterend systeem is niet alleen een technische basis nodig, maar ook samenhang in organisatie, processen en informatie. Het model onderscheidt vijf lagen:

1. **Organisatiebeleid** – governance en samenwerking
2. **Zorgproces** – hoe zorgprofessionals werken en gegevens vastleggen
3. **Informatie** – eenduidige standaarden en definities
4. **Applicaties** – systemen voor registratie en hergebruik
5. **IT-infrastructuur** – de technische basis voor uitwisseling

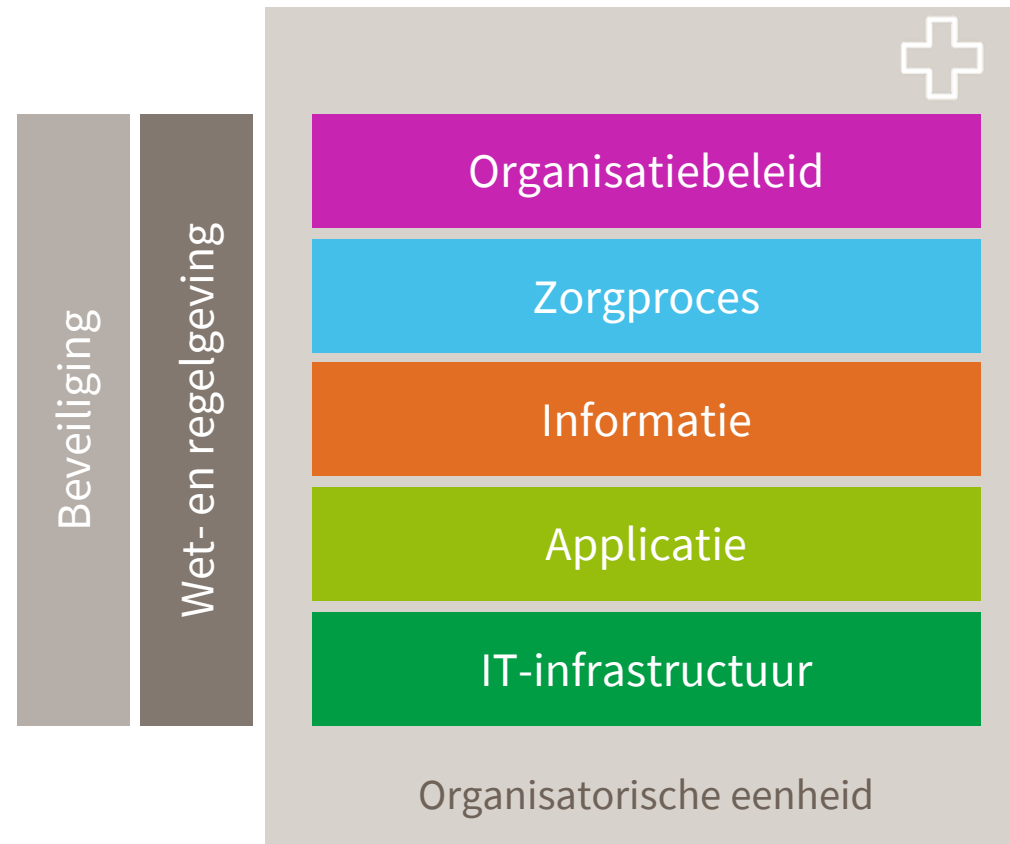
Beveiliging en wet- en regelgeving gelden als randvoorwaarden over alle lagen en zijn essentieel voor veilige gegevensuitwisseling.

Toepassing in dit project

In dit onderzoek is het model niet als leidend kader gebruikt, maar als hulpmiddel om inzichten te structureren. De geïdentificeerde knelpunten en bevorderende factoren zijn langs deze lagen geordend om samenhang te analyseren en te beoordelen wat wel en niet werkt.

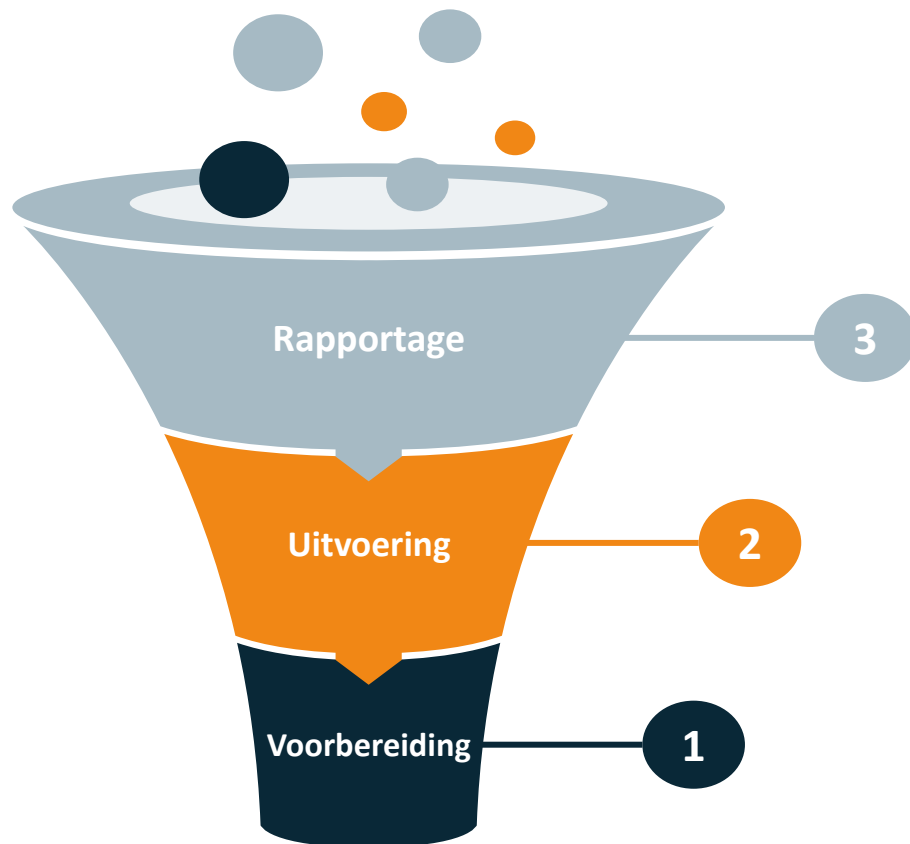
Hoewel het model primair is ontwikkeld voor gegevensuitwisseling in het zorgproces, blijkt de denkwijze ook toepasbaar op secundair datagebruik en leren en verbeteren.

Samenwerking, vertrouwen en gedrag zijn in dit rapport niet als aparte laag gepositioneerd, maar als factoren die over de lagen heen doorwerken.



Inzichten zijn opgehaald via deskresearch en interviews met het veld en integraal geanalyseerd om tot verdiepende inzichten te komen

Aanpak



Van probleemverkenning naar richting

Dit onderzoek richt zich op het verdiepen en verbinden van bestaande kennis, om te bepalen waar het systeem kan worden versterkt. In de **voorbereidingsfase** zijn scope, planning en betrokken partijen afgestemd met Zorginstituut Nederland, zodat het onderzoek aansluit op eerdere trajecten en vervolgstappen. De Werktafel Data van de LTIG¹ was hierbij betrokken.

Deskresearch als verbindend kader en interviews voor verdieping en context

In de **uitvoeringsfase** is gestart met deskresearch², die een inhoudelijk kader biedt door eerdere onderzoeken en adviezen over een dataondersteund lerende zorgsystemen te analyseren. Hierbij wordt gebruikgemaakt van geboortezorgspecifieke bronnen en relevante inzichten uit andere zorgdomeinen, met aandacht voor interoperabiliteit en meervoudig datagebruik. Deze analyse vormt de basis voor de samenhangende duiding van bevindingen. Aanvullend zijn semigestructureerde (groeps)interviews³ gehouden met partijen in en rondom de geboortezorg. Deze gesprekken verdiepen het inzicht in perspectieven, rolverdeling en beïnvloedende factoren, en maken zichtbaar hoe deze zich tot elkaar verhouden binnen het huidige stelsel⁴.

Integrale analyse en rapportage

In de **rapportagefase** zijn de opbrengsten uit deskresearch en interviews in samenhang geanalyseerd en geduid, met behulp van het gelaagd interoperabiliteitsmodel van Nictiz. De resultaten zijn vastgelegd in een eindrapportage, met tussentijdse afstemming en een conceptrapport, zodat deze direct bruikbaar zijn als basis voor beleidsmatige en inhoudelijke vervolgstappen van Zorginstituut Nederland.

1) Landelijke Tafel Integrale Geboortezorg; 2) Zie [bijlage A](#) voor een overzicht van alle gehanteerde bronnen; 3) Zie [bijlage B](#) voor een overzicht van alle geïnterviewde partijen; 4) Zie [bijlage C](#) voor de gebruikte interviewleidraad.

Door een combinatie van bronnen en perspectieven is een robuust en samenhangend beeld opgebouwd

Methodologische verantwoording

- Dit onderzoek is opgezet als een kwalitatieve probleemverkenning en vraagverheldering, gericht op het in samenhang duiden van bestaande kennis en praktijkervaringen rondom dataondersteund leren in de geboortezorg.
- De dataverzameling bestond uit een combinatie van deskresearch en semigestructureerde interviews, waarmee zowel bestaande inzichten als praktijkervaringen systematisch zijn meegenomen. In de deskresearch zijn relevante beleidsdocumenten, onderzoeken en adviezen geanalyseerd om een inhoudelijk kader te ontwikkelen voor de duiding van bevindingen.
- De interviewdata (transcripten) is thematisch geanalyseerd, waarbij uitspraken zijn gecodeerd en geclusterd tot terugkerende patronen en dominante lijnen over meerdere interviews heen. Waar relevante verschillen in perspectief naar voren kwamen, zijn deze expliciet benoemd en geduid.
- De analyse van deskresearch en interviews is integraal uitgevoerd (triangulatie), zodat bevindingen uit verschillende bronnen met elkaar konden worden vergeleken en versterkt. Dit vergroot de betrouwbaarheid van de conclusies en maakt het mogelijk om zowel breed gedragen inzichten als spanningsvelden zichtbaar te maken.
- Om de samenhang tussen technische, organisatorische en procesmatige factoren te structureren, is gebruikgemaakt van het interoperabiliteitsmodel van Nictiz als ondersteunend denkkader. Dit model is niet normatief toegepast, maar gebruikt om bevindingen systematisch te ordenen en verbanden zichtbaar te maken.
- Tot slot is de rapportage iteratief tot stand gekomen in afstemming met Zorginstituut Nederland en een klankbordgroep. Dit heeft bijgedragen aan validatie van de interpretaties en aansluiting bij de praktijk.



Inzichten desk research



Doel & aanpak

p. 5-10

Inzichten desk research

p. 11-17

Inzichten interviews

p. 18-38

Conclusie en door het veld genoemde vervolgstappen

p. 39-43

Advies aanpak vervolg

p. 44-45

Bijlage

p. 46-52

De visie op een dataondersteund lerend en verbeterend geboortezorgsysteem is al jaren consistent en breed gedragen, maar realisatie blijft structureel achter bij de ambities

Huidige situatie

De visie op dataondersteund leren is al jaren consistent en breed gedragen

In geboortezorgspecifieke adviezen wordt al meer dan tien jaar benadrukt dat data uit het primaire zorgproces beter benut moet worden voor leren, verbeteren, beleid en onderzoek. Zowel het Community-advies secundair gebruik geboortezorgdata (2019)¹ als het advies van Zorginstituut Nederland en Babyconnect (2022)³⁷ beschrijven een toekomstbeeld waarin herbruikbare en betrouwbare data de basis vormt voor kwaliteitsverbetering op praktijk-, regionaal- en landelijk niveau. Daarmee is er consensus over de richting, maar de vertaalslag naar de praktijk stukt^{1,37}.

De geboortezorg beschikt over bouwstenen, maar mist een samenhangend systeem

De geboortezorg wordt in deze adviezen niet neergezet als een sector die nog aan het begin staat. Er is sprake van een historisch gegroeid datalandschap met landelijke registraties, indicatorensets en toepassingen voor spiegelinformatie en onderzoek. Het Community-advies (2019)¹ positioneert de geboortezorg daardoor als relatief ver ontwikkeld ten opzichte van andere zorgsectoren. Tegelijkertijd wordt expliciet gewaarschuwd dat deze infrastructuur kwetsbaar is door organisatorische versnippering, technische complexiteit en het ontbreken van structurele borging. Hierdoor blijft de stap naar een duurzaam en samenhangend lerend systeem uit¹.

Deze visie sluit aan bij sectoroverstijgende inzichten over Learning Health Systems

De richting die in de geboortezorg wordt geschetst, sluit aan bij sectoroverstijgende literatuur over zogeheten Learning Health Systems. Wouters et al. (2020)³³ beschrijven dat zorgsystemen pas echt lerend worden wanneer routinedata structureel wordt teruggekoppeld aan de zorgpraktijk en onderdeel is van continue verbetercycli. Belleman

et al. (2025)³ laten in een Nederlandse casus zien dat de doorontwikkeling van een zorgregistratie naar een lerend systeem technisch haalbaar is, maar vraagt om duidelijke keuzes in organisatie, governance en cultuur. Deze inzichten maken duidelijk dat de geboortezorg vergelijkbare ontwikkelvragen kent als andere zorgsectoren.

Waar dataondersteund leren al wél functioneert

De deskresearch laat zien dat dataondersteund leren in andere zorgcontexten daadwerkelijk functioneert wanneer randvoorwaarden op orde zijn. Belleman et al. (2025)³ beschrijven hoe een Nederlandse prostaatkankerregistratie is doorontwikkeld tot een lerend systeem met structurele feedback aan professionals en gebruik in verbetercycli. Daarnaast laten internationale kwaliteitsnetwerken zien dat langdurig dataondersteund leren mogelijk is bij stabiele governance, datasets en feedbackloops. Binnen de geboortezorg functioneren perinatale audits al als leerinstrument, mits data betrouwbaar is en leren centraal staat in plaats van verantwoorden³.

De kloof tussen visie en structurele praktijk blijkt sectoroverstijgend hardnekkig

Gezamenlijk laten deze bronnen zien dat de geboortezorg inhoudelijk goed gepositioneerd is, maar dat de vertaalslag van visie naar structurele praktijk ook in andere zorgsectoren moeizaam verloopt. Initiatieven blijven vaak beperkt tot losse programma's, pilots of afzonderlijke registraties die onvoldoende uitgroeien tot een geïntegreerd lerend systeem. De geboortezorg vormt hierop geen uitzondering: ondanks de duidelijke richting en aanwezige infrastructuur is er nog geen sprake van een structureel functionerend, dataondersteund lerend netwerk waarin leren, verbeteren en sturen daadwerkelijk met elkaar zijn verbonden^{1,32}.

Zonder heldere regie, ingebedde leercycli en eenduidige betekenis van data kan de geboortezorgketen niet structureel leren, ongeacht beschikbare data of techniek

Knelpunten

Governance wordt consequent genoemd als randvoorwaarde, maar wordt zelden concreet ingericht

In geboortezorgspecifieke adviezen en zorgbrede raamwerken wordt governance genoemd als kritische succesfactor voor duurzaam secundair datagebruik. Het Community-advies (2019)¹ beschrijft dat veel partijen belang hebben bij secundair datagebruik, maar dat gezamenlijke regie, besluitvorming en collectieve prioritering ontbreken. Daarbij wordt expliciet gewezen op een rol voor overheid en financiers om markt-overstijgende belangen te borgen. Het Raamwerk voor secundair datagebruik van Zorginstituut Nederland (2022)³⁴ benadrukt vergelijkbaar dat zonder heldere verdeling van verantwoordelijkheden en stelselbrede regie versnippering blijft bestaan. Daarbij wordt benoemd dat gezamenlijke afspraken nodig zijn over wie toegang heeft tot data, welke standaarden worden gebruikt en wie zeggenschap heeft over gebruik en doorontwikkeling. Opvallend is dat governance in deze bronnen sterk wordt gepositioneerd als randvoorwaarde, maar relatief zelden wordt uitgewerkt in concrete besluitvormingsstructuren: wie prioriteert, wie heeft doorzettingsmacht bij conflicten, en hoe escalatie werkt tussen lokaal/regionaal/landelijk blijft vaak open.

Dataondersteund leren is onvoldoende ingebed in het dagelijkse zorgproces

Meerdere bronnen laten zien dat leren en verbeteren in de praktijk niet vanzelfsprekend onderdeel zijn van het dagelijks werk en van regionale samenwerking. De evaluatie van samenwerking binnen VSV's (Berenschot, 2021⁴) beschrijft dat doelgericht monitoren en evalueren vaak ontbreekt of niet wordt volgehouden, onder meer door werkdruk en gebrek aan mandaat, en dat VSV's zich in verschillende ontwikkelfasen richting netwerkgroep bevinden. Het ZonMw-programma Versterking VSV's (2023)³³ sluit

daarop aan door juist te investeren in basiskaders, evaluatietools en ondersteuning, omdat implementatieniveaus uiteenlopen en een PDCA-cyclus niet vanzelf ontstaat.

Gebrek aan eenduidige semantiek en context maakt datakwaliteit kwetsbaar en ondermijnt vertrouwen in uitkomsten

De informatielaag komt in vrijwel alle bronnen naar voren als het grootste inhoudelijke knelpunt. Zowel geboortezorgspecifieke adviezen (waaronder het Community-advies 2019¹ en het ZIN & Babyconnect-advies 2022³⁷) als sectoroverstijgende literatuur benadrukken dat verschillen in definities, datamodellen en contextinterpretatie leiden tot beperkte vergelijkbaarheid en verminderde datakwaliteit². Het Community-advies (2019)¹ benoemt expliciet dat interoperabiliteit onder druk komt te staan wanneer de context van gegevensvastlegging niet eenduidig is, zelfs wanneer er sprake is van eenheid van taal en standaardberichten. Het ZIN & Babyconnect-advies (2022)³⁷ maakt dit concreet door te pleiten voor gezamenlijke afspraken over betekenis en over welke data minimaal en eenduidig moet worden uitgewisseld, om te voorkomen dat systemen bij iedere nieuwe informatieaanvraag opnieuw moeten worden aangepast. Er bestaan veel standaarden en modellen (zoals ZIB*, FHIR*, openEHR, OMOP* en KIK-V), maar doordat deze niet vanuit één gezamenlijke betekenis worden gebruikt, worden gegevens verschillend geïnterpreteerd en kost hergebruik veel extra afstemming en bewerking¹²⁻¹³. Daarmee wordt semantiek niet alleen een technisch vraagstuk, maar ook een bestuurbaarheidsvraagstuk.

ZIB: Zorginformatiebouwstenen; FHIR: Fast Healthcare Interoperability Resources; OMOP: Observational Medical Outcomes Partnership-model.

Let op: de nummers in de tekst verwijzen naar de genummerde bronnen zoals weergegeven in [bijlage A](#).

Technische uitwisseling is ver gevorderd, maar zonder expliciet ontwerp voor leren en verbeteren blijven applicaties en infrastructuur kwetsbaar en reactief

Knelpunten

Leveranciersafhankelijkheid maakt fouten moeilijk voorspelbaar en foutafhandeling vaak reactief

Op applicatieniveau wordt in meerdere bronnen zichtbaar dat de kwaliteit en volledigheid van data sterk afhankelijk is van inrichting, mapping en aanleverfunctionaliteit van bronsystemen. De casus rond ontbrekende partussen die gezamenlijk is hersteld door ziekenhuis, softwareleverancier en Perined (2025)¹⁴, laat zien dat fouten in mapping of configuratie pas laat zichtbaar kunnen worden, en dat herstel in de praktijk vaak ad-hoc plaatsvindt in intensieve afstemming. Het KNOV-Perined traject rond datakwaliteit bij eerstelijns verloskundigen (2024)¹⁵ beschrijft dat onbetrouwbaarheid in meerdere stappen kan ontstaan, onder meer door verschillen in definities tussen bronsystemen en de registratieomgeving en door fouten in de “datareis” van invoer tot presentatie. De KNOV-oproep om de maandelijkse aanlevering te hervatten en structureel te maken (2025)¹⁴ laat zien dat een technische oplossing alleen werkt als processen en systeemondersteuning stabiel zijn; vertragingen werken direct door in de actualiteit en bruikbaarheid van terugkoppeling.

De huidige infrastructuur is gericht op gegevensuitwisseling, niet op lerende feedbackloops

De infrastructuur voor gegevensuitwisseling is in Nederland relatief ver ontwikkeld, mede door programma’s en wetgeving (zoals de Wegiz³⁶) die gestandaardiseerde uitwisseling stimuleren. Tegelijkertijd laten meerdere bronnen zien dat deze infrastructuur versnipperd is ingericht en onvoldoende is ontworpen vanuit het perspectief van lerende feedbackloops en verantwoord secundair gebruik. Het lagenmodel van Nictiz²² benadrukt dat interoperabiliteit alleen duurzaam werkt wanneer afspraken over meerdere lagen

samenhangend worden gemaakt, met beveiliging en wet- en regelgeving als randvoorwaarden.

Ontbrekende randvoorwaarden voor verantwoord meervoudig datagebruik

In de geboortezorgcontext beschrijft het ZIN & Babyconnect-advies (2022)³⁷ dat voor meervoudig datagebruik generieke functies nodig zijn, zoals eenduidige afspraken over wie toegang heeft tot data, welke standaarden worden gebruikt en wie zeggenschap heeft over het gebruik en de doorontwikkeling daarvan. Deze functies zijn nodig om data veilig, herhaalbaar en betrouwbaar te kunnen inzetten voor leren en verbeteren. Ook een overkoepelende architectuur voor primaire én secundaire gegevensuitwisseling is randvoorwaardelijk. Het Community-advies (2019)¹ benadrukt daarnaast dat in transitie ‘no-regret’ borging nodig is van datastromen op detailniveau: tijdens veranderingen in systemen, aanlevering of infrastructuur moet de bestaande aanvoer van gegevens intact blijven, zodat spiegelinformatie, monitoring en onderzoek kunnen doorgaan en niet tijdelijk wegvallen. Daarmee geldt dat meer gegevensuitwisseling niet automatisch leidt tot meer leren, zolang toegang, borging en feedbackloops niet expliciet zijn ontworpen. Op dit punt worden inmiddels concrete stappen gezet: het VWS-initiatief MeerMed heeft in juni 2026 drie prioriteiten vastgesteld om geboortezorggegevens beschikbaar te maken voor cliënten via de persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO), waaronder het partusverslag, kraambedverslag en intakeformulier, in samenwerking met DIG/Blinkz en Stichting MedMij.¹⁸

Succesvolle dataondersteunde leerprocessen ontstaan wanneer technische, organisatorische en culturele voorwaarden in samenhang worden ingevuld

Bevorderende factoren

Een gedeelde visie is noodzakelijk, maar op zichzelf niet voldoende

Een breed gedeelde visie op dataondersteund leren wordt in vrijwel alle geraadpleegde bronnen genoemd als startpunt. Zowel geboortezorgspecifieke adviezen als sectoroverstijgende literatuur benadrukken dat dataondersteund werken noodzakelijk is voor passende zorg, kwaliteitsverbetering en stelselsturing^{1,33,37}. Deze visie is daarmee geen discussiepunt, maar een gegeven. Tegelijkertijd laten diezelfde bronnen zien dat visie op zichzelf onvoldoende is om daadwerkelijke verandering te realiseren. Zonder expliciete keuzes over governance, afspraken over data en inbedding in werkprocessen blijft de visie richtinggevend, maar niet sturend. Juist omdat de visie breed wordt gedeeld, verschuift de kernvraag van “wat willen we?” naar “hoe richten we dit concreet in en wie maakt daarin keuzes?”.

Feedback werkt alleen als deze herkenbaar, tijdig en actiegericht is

Verschillende studies laten zien dat professionals data pas gebruiken wanneer zij hun eigen praktijk erin herkennen en wanneer feedback direct handelingsperspectief biedt. Belleman et al. (2025)³ beschrijven dit als een cruciale succesfactor: data zonder bruikbare terugkoppeling leidt niet tot gedragsverandering. In de geboortezorg bevestigen Perined-gerichte bronnen dit ook. Spiegelinformatie en kwaliteitsproducten hebben pas waarde wanneer zij gebaseerd zijn op betrouwbare en actuele data, wat afhankelijk is van volledige en frequente aanlevering en correcte verwerking^{14,15}. Perinatale audit-bronnen tonen daarnaast dat gestructureerde casusbespreking een krachtige leerroute is, mits de data betrouwbaar is en de setting veilig. Feedback is daarmee geen los product, maar een zorgvuldig ontworpen cyclus van data, contextuele duiding en handelen².

Samenwerking is zowel randvoorwaarde als opbrengst van dataondersteund leren

In meerdere geboortezorgbronnen wordt leren en verbeteren expliciet gepositioneerd als een regionale netwerkopgave. De evaluatie van VSV-samenwerking³⁵, het Basiskader VSV's en het ZonMw-programma Versterking VSV's³³ laten zien dat gelijkwaardigheid, mandaat en gezamenlijke doelen noodzakelijk zijn om een kwaliteitscyclus te laten functioneren. Tegelijkertijd maken deze bronnen duidelijk dat VSV's hierin sterk verschillen en dat samenwerking zich ontwikkelt in fasen. Dataondersteund leren werkt daarbij twee kanten op. Enerzijds vraagt het om een minimale samenwerkingsbasis om data gezamenlijk te gebruiken; anderzijds kan gezamenlijke monitoring en reflectie juist bijdragen aan een gedeeld kwaliteitsbeeld en de samenwerking versterken. Het belangrijke inzicht uit de deskresearch is dat samenwerking niet ‘af’ hoeft te zijn voordat datagebruik start, maar wel voldoende stevig moet zijn om te voorkomen dat datacycli veranderen in administratieve verplichtingen.

Transparantie over de datareis fungeert als hefboom voor vertrouwen en verbetering

Het KNOV-Perined datakwaliteitstraject (2024)¹⁵ maakt duidelijk dat fouten in elke stap van de datareis kunnen ontstaan, van registratie tot presentatie, en dat het zichtbaar maken en delen van fouten essentieel is om kwaliteit te verbeteren. De MST-ChipSoft-Perined casus (2025)²⁶ laat zien dat gezamenlijke probleemoplossing snel herstel mogelijk maakt, maar afhankelijk is van communicatie en inzicht in waar het proces faalt. Deze voorbeelden laten zien dat datakwaliteit en vertrouwen verbeteren met transparante processen, structurele validatie en snelle feedback. Transparantie fungeert daarbij als praktische governance: het maakt problemen bespreekbaar, verdeelt verantwoordelijkheden en verkleint de afstand tussen registratie en gebruik.

Implementatie van een dataondersteund lerend geboortezorgsysteem is geen technisch project met een eindpunt, maar een langdurig veranderproces

Implementatie

Lerende systemen ontwikkelen zich stapsgewijs, niet via een blauwdruk

De sectoroverstijgende literatuur over Learning Health Systems laat zien dat implementatie zelden slaagt via een vooraf vastgelegd eindbeeld^{3,33}. Wouters et al. (2020)³³ beschrijven lerende zorgsystemen als een continuüm, waarin sectoren geleidelijk groeien in datagebruik, feedbackloops en leervermogen. Dit impliceert dat verschillende ontwikkelstadia naast elkaar kunnen bestaan en dat niet iedere organisatie of regio dezelfde stap tegelijk kan zetten. Belleman et al. (2025)³ bevestigen dit beeld door te laten zien dat succesvolle transities vaak beginnen bij beperkte, concrete toepassingen die waarde opleveren voor professionals, en pas daarna worden uitgebreid. Implementatie is daarmee een iteratief proces van leren en bijstellen, geen lineaire uitrol van een vooraf ontworpen oplossing.

Implementatie vraagt expliciete keuzes over wat eerst te borgen en wat later volgt

Bronnen uit de geboortezorg benadrukken dat het borgen van bestaand datagebruik en leervermogen voorop moet staan, voordat nieuwe infrastructuur of werkwijzen worden toegevoegd. Ervaringen met datakwaliteit en gegevensaanlevering laten zien dat achterstanden of onderbrekingen direct doorwerken in de actualiteit en bruikbaarheid van spiegelinformatie en daarmee in leer- en verbeterprocessen. Implementatie vraagt daarmee om bewuste keuzes in volgorde: zorgen dat leren niet stilvalt tijdens vernieuwing, en pas daarna nieuwe ambities toevoegen.^{1,14-15}

Verschillen in regionale volwassenheid vragen om differentiatie in aanpak

Specifiek voor de geboortezorg laten meerdere bronnen zien dat regio's sterk verschillen in organisatiegraad, samenwerkingsniveau en leervermogen. De evaluatie van VSV-samenwerking (Berenschot, 2021⁴) beschrijft hoe VSV's zich in verschillende

fasen richting netwerkgorg bevinden, met bijbehorende belemmeringen en mogelijkheden. Het ZonMw-programma Versterking VSV's (2023)³⁴ bouwt hierop voort door geen uniforme implementatie-eisen te stellen, maar te werken met basiskaders, ontwikkelcycli en regionale ondersteuning. Recente praktijkinzichten uit reflexieve monitoring binnen VSV's^{8,20} laten zien dat een lineaire projectaanpak onvoldoende aansluit bij de realiteit van netwerkorganisaties. In plaats daarvan blijkt een iteratieve werkwijze, waarin periodiek wordt opgehaald, geduid en teruggekoppeld, beter aan te sluiten bij hoe leren en ontwikkelen in de praktijk vorm krijgt.

Implementatie slaagt alleen wanneer leren onderdeel wordt van regulier werk en governance

Zowel geboortezorgspecifieke als sectoroverstijgende literatuur laat zien dat lerende systemen vastlopen wanneer leren wordt georganiseerd als tijdelijk project of extra taak. Wouters et al. (2020)³³ benadrukken dat kortcyclische feedback en reflectie ingebed moeten zijn in de dagelijkse praktijk om effect te hebben. In de geboortezorg laten VSV-bronnen en perinatale audit-ervaringen zien dat leren pas duurzaam wordt wanneer het gekoppeld is aan bestaande overlegstructuren, zorgpaden en verantwoordelijkheden. Tijdelijke financiering of programma's kunnen versnellen, maar vervangen niet de noodzaak om leren structureel te organiseren binnen reguliere governance en werkprocessen.

De deskresearch laat zien dat er al langere tijd overeenstemming is over wat nodig is, terwijl expliciete keuzes over regie, ambitie en eigenaarschap steeds worden uitgesteld

Hiaten

De uitdaging zit niet in kennis, maar in het maken van keuzes

Wat opvalt in de geraadpleegde bronnen is de mate van herhaling. Sinds ten minste 2019 keren dezelfde randvoorwaarden terug in geboortezorgspecifieke adviezen en zorgbrede raamwerken: duidelijke governance, herbruikbare brondata, semantische eenduidigheid en korte feedbackloops^{1,4,37}. Sectoroverstijgende literatuur over Learning Health Systems bevestigt dit beeld. Ook daar zijn de technische mogelijkheden aanwezig, maar blijven bestuurlijke en organisatorische keuzes uit^{3,33}. De rode draad is dat er veel overeenstemming is over wat nodig is, terwijl de stap naar expliciete besluitvorming structureel wordt vermeden².

De regievraag blijft open: wie beslist, wie prioriteert en wie kan afdwingen?

Hoewel governance in vrijwel alle bronnen als randvoorwaarde wordt benoemd, blijft onduidelijk hoe regie concreet moet worden ingericht. Het Community-advies (2019)¹ wijst op het ontbreken van regie op gezamenlijke belangen, terwijl het ZIN-raamwerk (2022)³⁵ pleit voor stelselbrede afspraken en generieke functies. Wat echter grotendeels open blijft, zijn vragen over mandaat en doorzettingsmacht: wie bepaalt prioriteiten wanneer belangen botsen, hoe wordt escalatie georganiseerd en hoe verhoudt regionale autonomie zich tot landelijke samenhang? De deskresearch maakt het belang van deze vragen zichtbaar, maar kan niet bepalen hoe deze regie moet worden belegd.

Over semantiek bestaat consensus, maar niet over eigenaarschap en beheer

Eenduidige definities en betekenisgeving worden breed erkend als randvoorwaarde voor betrouwbaar secundair datagebruik en vertrouwen in analyses^{1,4}. Ook zorgbrede initiatieven benadrukken het belang van een gemeenschappelijk referentiemodel. Wat

ontbreekt, is een expliciete keuze over eigenaarschap: wie beheert de betekenislaag, wie beslist over wijzigingen en hoe wordt onderhoud structureel georganiseerd? Zolang deze vragen onbeantwoord blijven, blijft semantiek een erkend knelpunt zonder duidelijk handelingsperspectief.

Het ambitieniveau van het lerend systeem blijft impliciet

De literatuur beschrijft verschillende vormen van lerende systemen, variërend van betere benutting van registraties tot kortcyclisch of bijna realtime leren^{3,31}. In geboortezorgspecifieke adviezen wordt richting gegeven, maar zelden expliciet gemaakt welk ambitieniveau leidend is binnen de huidige context. Zonder expliciete ambitie blijven verwachtingen uiteenlopen, wat implementatie kwetsbaar maakt en het risico vergroot dat partijen langs elkaar heen werken.

Vertrouwen en professionele ruimte zijn essentieel, maar niet structureel verankerd

Meerdere bronnen erkennen dat dataondersteund leren alleen werkt in een context van vertrouwen, waarin data wordt gebruikt voor reflectie en verbetering in plaats van afrekening. Tegelijkertijd blijft de vertaling naar toezicht, transparantie-eisen en verantwoording beperkt uitgewerkt. De spanning tussen leren en verantwoorden wordt benoemd, maar niet opgelost, en blijft daarmee een open keuzevraagstuk dat de deskresearch niet kan beslechten.

Inzichten interviews | huidig systeem

Doel & aanpak

p. 5-10

Inzichten desk research

p. 11-17

Inzichten interviews

p. 18-38

Huidig systeem

p. 18-25

Conclusie en door het veld genoemde vervolgstappen

p. 39-43

Advies aanpak vervolg

p. 44-45

Bijlage

p. 46-52

Het huidige systeem kent datastromen en rollen, maar wordt door betrokkenen verschillend beleefd en functioneert nog niet als één doorlopend lerend systeem

Huidig systeem

Hoe het systeem nu is ingericht

In de huidige situatie worden gegevens in de geboortezorg vastgelegd in verschillende bronsystemen binnen de eerste, tweede en derde lijn. Deze bronregistraties vormen de basis voor twee parallelle sporen. Enerzijds worden gegevens gebruikt voor het primaire zorgproces, waarbij uitwisseling plaatsvindt tussen zorgverleners onderling en richting de patiënt. Anderzijds worden gegevens, veelal via bronsystemen van softwareleveranciers, aangeleverd voor secundair gebruik.

Voor secundair gebruik worden gegevens samengebracht in een landelijke kwaliteitsregistratie (Perined¹), waar zij worden gevalideerd en verwerkt tot spiegelinformatie en ondersteuning van audit en monitoring. Vanuit deze centrale voorziening worden gegevens benut voor regionale leer- en verbeteractiviteiten, zoals audits en kwaliteitsbesprekingen, en voor landelijke monitoring en analyses. Aanvullende databronnen kunnen daarbij worden gekoppeld voor onderzoek en duiding.

Deze inrichting leidt ertoe dat registratie, verwerking, duiding en verbetering als losse stappen zijn georganiseerd. Tegelijkertijd wordt het systeem niet ervaren als één gesloten keten, maar als een samenstel van opeenvolgende schakels die door verschillende partijen worden uitgevoerd.

Primair en secundair gebruik als gescheiden werkelijkheden

De afgelopen jaren lag de focus vooral op het op orde brengen van gegevensuitwisseling voor de dagelijkse zorgpraktijk. Deze nadruk op primair datagebruik is noodzakelijk: zonder stabiele registratie en uitwisseling in het zorgproces is leren niet mogelijk.

Tegelijkertijd is secundair datagebruik in de praktijk nog geen vanzelfsprekend vervolg op

primair gebruik. Data uit het zorgproces stroomt niet automatisch door naar leer- en verbetercycli, maar vraagt extra bewerking, interpretatie en capaciteit.

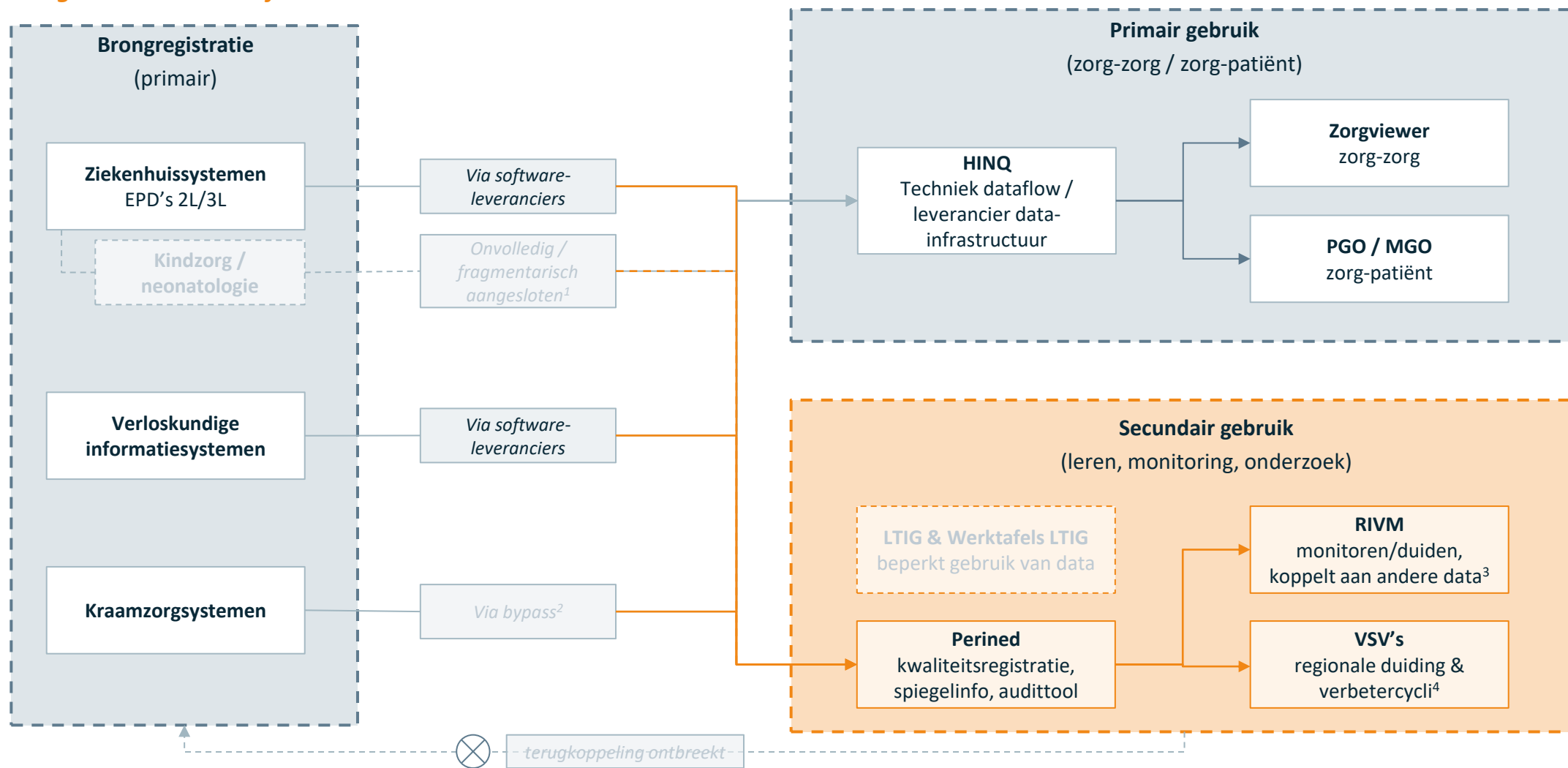
“Zolang primair niet staat, komt secundair niet van de grond”

Hierdoor wordt leren met data vaak ervaren als iets wat naast het zorgproces plaatsvindt, in plaats van als een integraal onderdeel ervan. Dit onderscheid is kenmerkend voor hoe het huidige systeem functioneert.

De data-infrastructuur kent centrale voorzieningen, maar verbindt primair en secundair gebruik nog niet tot een lerend systeem

Zie volgende pagina
voor toelichting

Huidige ervaren data-infrastructuur



1) Kindzorg / neonatologie is vaak ontbrekend en fragmentarisch aangesloten. Structurele aansluiting op de landelijke kwaliteitsregistratie (Perined) is nog niet gerealiseerd. 2) Kraamzorg levert data momenteel deels via een bypass aan, omdat structurele aansluiting op kwaliteitsregistratie (Perined) nog niet is gerealiseerd; 3) Onder andere CBS- en Vektis-data; 4) Verschil in mate van volwassenheid in leren en verbeteren tussen VSV's. Let op: dit is een versimpelde weergave van de werkelijkheid, bedoeld om overzicht te bieden in een complex geheel van systemen, partijen en datastromen.

De data-infrastructuur kent centrale voorzieningen, maar verbindt primair en secundair gebruik nog niet tot een lerend systeem

Huidige ervaren data-infrastructuur - toelichting

Deze visualisatie toont de huidige data-infrastructuur van het dataondersteund lerend en verbeterend geboortezorgstelsel zoals betrokken partijen deze ervaren. De figuur is een versimpelde weergave van de praktijk.

Uit de interviews blijkt dat gegevens in de geboortezorg momenteel worden vastgelegd in meerdere **bronsystemen**, zoals ziekenhuissystemen (EPD's), verloskundige informatiesystemen en kraamzorgsystemen. Deze registraties vormen de basis voor primair gebruik in het zorgproces en voor secundair gebruik via aanlevering door softwareleveranciers. Die aanlevering verloopt volgens geïnterviewden nog onvolledig, wisselend en deels zijn systemen fragmentarisch aangesloten. Voor onder meer kraamzorg bestaan bypass-constructies. Voor kindzorg en neonatologie geldt dat structurele aansluiting op de landelijke kwaliteitsregistratie nog niet is gerealiseerd. Hierdoor is de datastroom kwetsbaar en niet uniform georganiseerd.

Voor het **primaire gebruik** ondersteunt HINQ de technische gegevensuitwisseling tussen zorgprofessionals onderling (zorg-zorg) en richting patiënten (zorg-patiënt). HINQ is hierin leverancier en verbinder van de data-infrastructuur. Deze infrastructuur functioneert echter nog niet overall stabiel en uniform. Implementatie verschilt per regio en per leverancier. Niet alle partijen zijn aangesloten en uitwisseling tussen lijnen verloopt in de praktijk nog regelmatig via losse documenten of PDF's. Primair datagebruik wordt hiermee wel ondersteund, maar vormt volgens partijen nog geen stevige basis voor hergebruik richting leren en verbeteren.

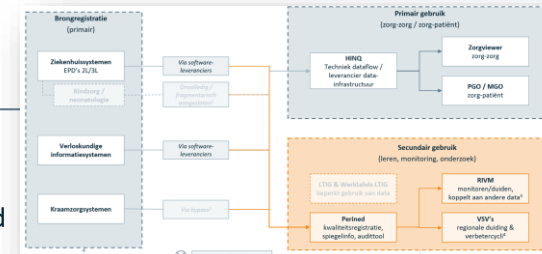
Voor de **zorg-zorguitwisseling** is infrastructuur beschikbaar waarmee zorgprofessionals gegevens kunnen inzien en delen (o.a. Zorgviewer). Ook hier geven partijen aan dat de werking nog niet stabiel en uniform is. De zorg-patiëntroute via PGO/MGO is beperkt

ontwikkeld en niet eenduidig, waardoor geboortezorgdata voor patiënten versnipperd zichtbaar is via verschillende portalen.

Voor **secundair gebruik** worden gegevens samengebracht in Perined, waar data wordt gevalideerd en ontsloten in de vorm van spiegelinformatie en auditondersteuning. Partijen zien Perined als een centrale, faciliterende voorziening voor het verzamelen, valideren en ontsluiten van data. Tegelijkertijd geven met name uitvoerende partijen aan dat mandaat en doorwerking beperkt expliciet zijn belegd, waardoor interpretatie en opvolging niet vanzelfsprekend worden afgedwongen. Het RIVM gebruikt Perined-data, aangevuld met andere databronnen (bijv. CBS), voor monitoring, analyse en duiding¹.

De stap van data naar **gezamenlijk leren en verbeteren** vindt in principe plaats bij VSV's en regio's, waar regionale duiding en verbetercycli worden georganiseerd. Verschillende partijen geven aan dat de uitvoering sterk verschilt per regio en afhankelijk is van capaciteit, expertise en organisatiegraad. De PDCA-cyclus blijft daardoor vaak steken bij reflectie; structurele opvolging is geen vanzelfsprekend onderdeel van de infrastructuur. De LTIG met haar **landelijke werktafels (Data, Kwaliteit en Organisatie)** maken onderdeel uit van deze infrastructuur als plek voor agendering, reflectie en afstemming. Partijen die nauw betrokken zijn bij de landelijke tafelstructuur geven aan dat signalen en data uit het veld daar wel worden besproken, maar nog beperkt worden doorvertaald naar expliciete keuzes en opvolging.

De huidige data-infrastructuur beschikt daarmee volgens partijen over belangrijke centrale voorzieningen en technische bouwstenen, maar verbindt primair gebruik en secundair hergebruik nog niet tot één robuust lerend systeem.



Het huidige systeem kent centrale voorzieningen en leerinstrumenten, maar verschillen in beleving en doorwerking beperken de samenhang en het lerend vermogen

Huidig systeem

De landelijke registratie-infrastructuur: gedeelde voorziening, verschillende beleving

Partijen zien de landelijke registratievoorziening breed als een noodzakelijke voorziening om zicht te krijgen op kwaliteit en variatie en om daarover het gesprek te voeren. Tegelijkertijd verschillen ervaringen met en beelden over deze registratie sterk. Waar sommige partijen de registratie zien als ruggengraat van het lerend systeem, ervaren anderen afstand tot de dagelijkse praktijk. Cijfers worden niet altijd herkend als weerspiegeling van de eigen werkelijkheid. Dat hangt volgens geïnterviewden niet alleen samen met definities en datavolledigheid, maar ook met de manier waarop cijfers worden bewerkt, gecorrigeerd en gepresenteerd.

Met name casemix-correcties maken dat uitkomsten kunnen afwijken van de ervaren praktijk, waardoor cijfers minder herkenbaar zijn voor zorgverleners. Beroepsverenigingen en professionals in de ziekenhuissetting geven aan dat dit spanningsveld zich duidelijk voordoet bij hoogcomplexen, laagvolume neonatale uitkomsten, waar kleine aantallen en complexe patiëntgroepen de herkenbaarheid verder onder druk zetten. Het verschil tussen ruwe registratie en gewogen uitkomsten is bovendien niet voor iedereen inzichtelijk. Dit draagt bij aan terughoudendheid in het gebruik van deze informatie voor leren en verbeteren.

“Mijn cijfers voelen niet als mijn werkelijkheid”

Ook de rolverdeling rond de registratie wordt niet door iedereen op dezelfde manier geïnterpreteerd. De grens tussen verzamelen en spiegelen van data enerzijds en het inhoudelijk duiden ervan anderzijds is niet altijd scherp. Deze verschillen in beleving maken onderdeel uit van het huidige systeem en verklaren waarom dezelfde registratie niet voor iedereen dezelfde betekenis heeft.

De audit ondersteunt het leren, maar de verbeterlus stopt vaak na het gesprek

De multidisciplinaire perinatale audit wordt door partijen genoemd als een belangrijk en waardevol leerinstrument. De veilige setting en het gezamenlijke gesprek dragen bij aan reflectie en bewustwording en leveren concrete verbeterpunten op. Tegelijkertijd geven partijen aan dat de stap van inzicht naar structurele verbetering regelmatig uitblijft. Verbeterpunten worden niet consequent opgevolgd door gebrek aan tijd, capaciteit of duidelijk eigenaarschap. Vooral wanneer verbeterpunten organisatie- of regiogrensoverschrijdend zijn, ontbreekt een vaste route om signalen te bundelen en door te zetten. Hierdoor blijft de PDCA-cyclus volgens geïnterviewden steken bij reflectie.

“We praten goed, maar daarna gebeurt er weinig”

Het patiëntenperspectief is nog beperkt aanwezig in het huidige systeem

Het belang van het patiëntenperspectief wordt door enkele partijen benoemd, maar maakt in de huidige situatie nog beperkt deel uit van de kern van het lerend systeem. Ervaringsgegevens worden wel verzameld, maar zijn nog nauwelijks geïntegreerd in de reguliere kwaliteitscyclus. Patiënten en hun vertegenwoordigers hebben beperkte toegang tot kerninformatie en spelen een bescheiden rol in interpretatie en prioritering. Voor delen van de keten, met name neonatologie en kindzorg, loopt dit perspectief bovendien noodzakelijk via ouders of wettelijk vertegenwoordigers. Dat vraagt om begrijpelijke informatie en een expliciete positionering van deze vertegenwoordiging in het leer- en verbeterproces.

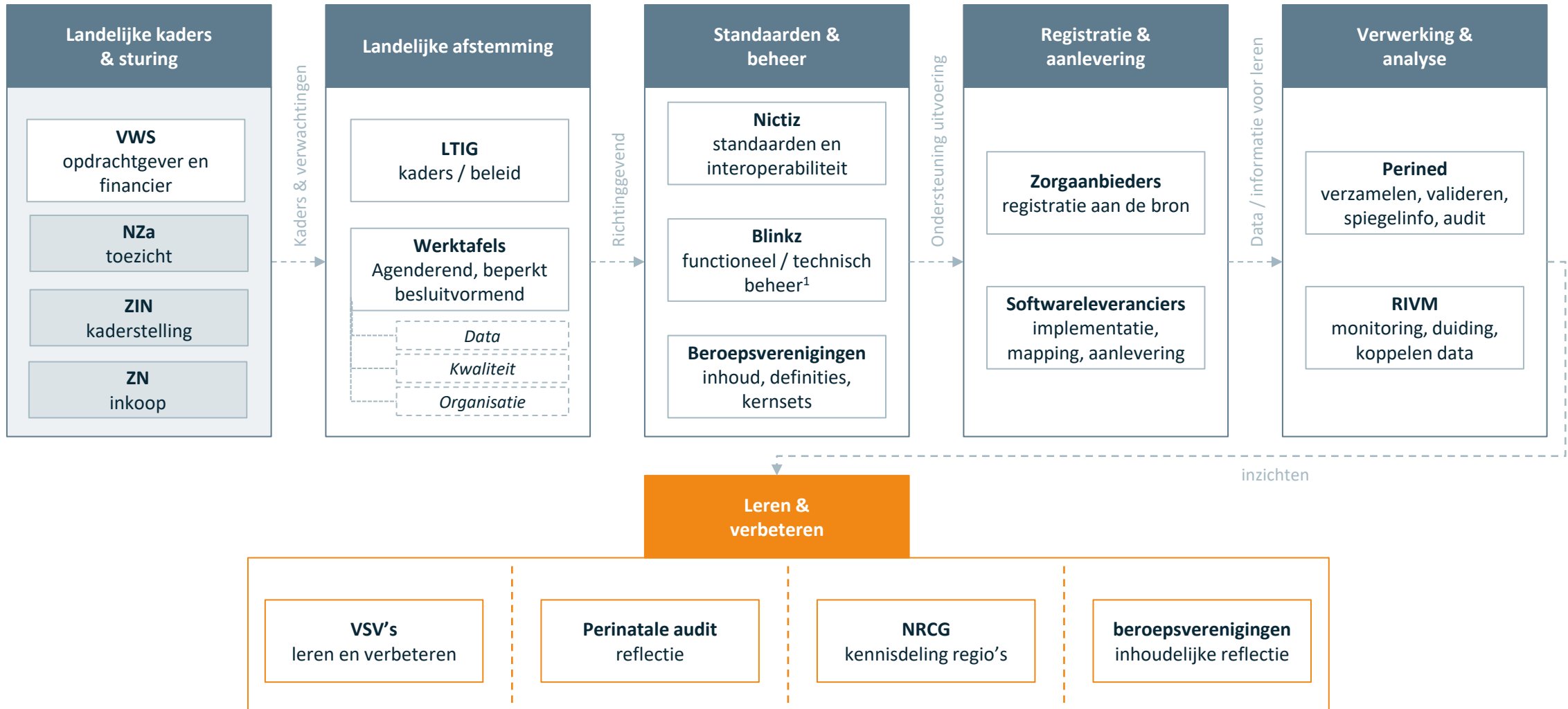
“Patiënten mogen wel reageren, maar niet echt meedoen”

Daarmee is het patiëntenperspectief wel aanwezig, maar nog niet structureel verweven met professionele leer- en verbeterprocessen.

De huidige **organisatiestructuur** kent duidelijke rollen, maar mist structurele samenhang en mandaat voor ketenbreed leren

Zie volgende pagina voor toelichting

Huidige ervaren organisatiestructuur



1) Ondersteuning in de uitvoering vindt plaats via Blinkz, HINQ en Regionale SamenwerkingsOrganisaties in zorg en welzijn (RSO's). Regionaal verschilt de mate van ondersteuning.

Let op: dit is een versimpelde weergave van de werkelijkheid, bedoeld om overzicht te bieden in een complex geheel van systemen, partijen en organisatiestromen.

De huidige organisatiestructuur kent duidelijke rollen, maar mist structurele samenhang en mandaat voor ketenbreed leren

Huidige ervaren organisatiestructuur - toelichting

Deze visualisatie toont de huidige organisatiestructuur van het dataondersteund lerend en verbeterend geboortezorgsysteem zoals betrokken partijen die ervaren. Het betreft een versimpelde weergave van de praktijk. De figuur laat zien dat er veel bouwstenen aanwezig zijn. Tegelijk geven partijen aan dat samenhang, expliciete regie en structurele doorwerking ontbreken, waardoor het systeem nog niet functioneert als één ketenbreed lerend systeem.

Landelijke partijen zoals VWS, ZIN, NZa en ZN vervullen volgens geïnterviewden vooral een **kaderstellende en randvoorwaardelijke** rol. VWS treedt op als opdrachtgever en financier, maar laat veel verantwoordelijkheid bij het veld. ZIN agendeert, terwijl de NZa en ZN via toezicht, bekostiging en inkoop indirect invloed uitoefenen. Deze partijen worden beperkt ervaren als sturend.

De **landelijke afstemming** verloopt via de LTIG en de werktafels voor Data, Kwaliteit en Organisatie en richt zich volgens partijen op agenderen en prioriteren. Partijen geven aan dat het mandaat om knopen door te hakken en opvolging te organiseren beperkt is, waardoor de verbinding met leren en verbeteren in de praktijk zwak blijft.

In de laag van **standaarden en beheer** vertalen Nictiz, beroepsverenigingen en beheerpartijen (Blinkz) kaders naar standaarden, definities en beheer. Partijen geven aan dat deze inrichting inhoudelijk herkenbaar is, maar in de praktijk onvoldoende samenhangend werkt. Door de overgang vanuit Babyconnect worden standaarden niet overal op dezelfde manier gebruikt, circuleren meerdere versies en ontbreekt eenduidig versiebeheer. Regionaal spelen RSO's, HINQ en andere partijen een rol in de uitvoering.

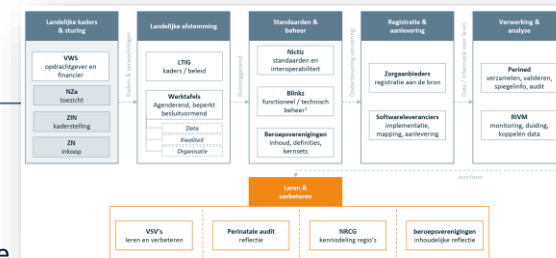
Partijen geven aan dat **registratie en aanlevering** (door zorgaanbieders en softwareleveranciers) sterk afhankelijk zijn van de kwaliteit van standaarden, de wijze

van implementatie en de ruimte in bron-systemen. Afhankelijkheden zijn groot, terwijl de sturing op correcte implementatie richting softwareleveranciers beperkt is.

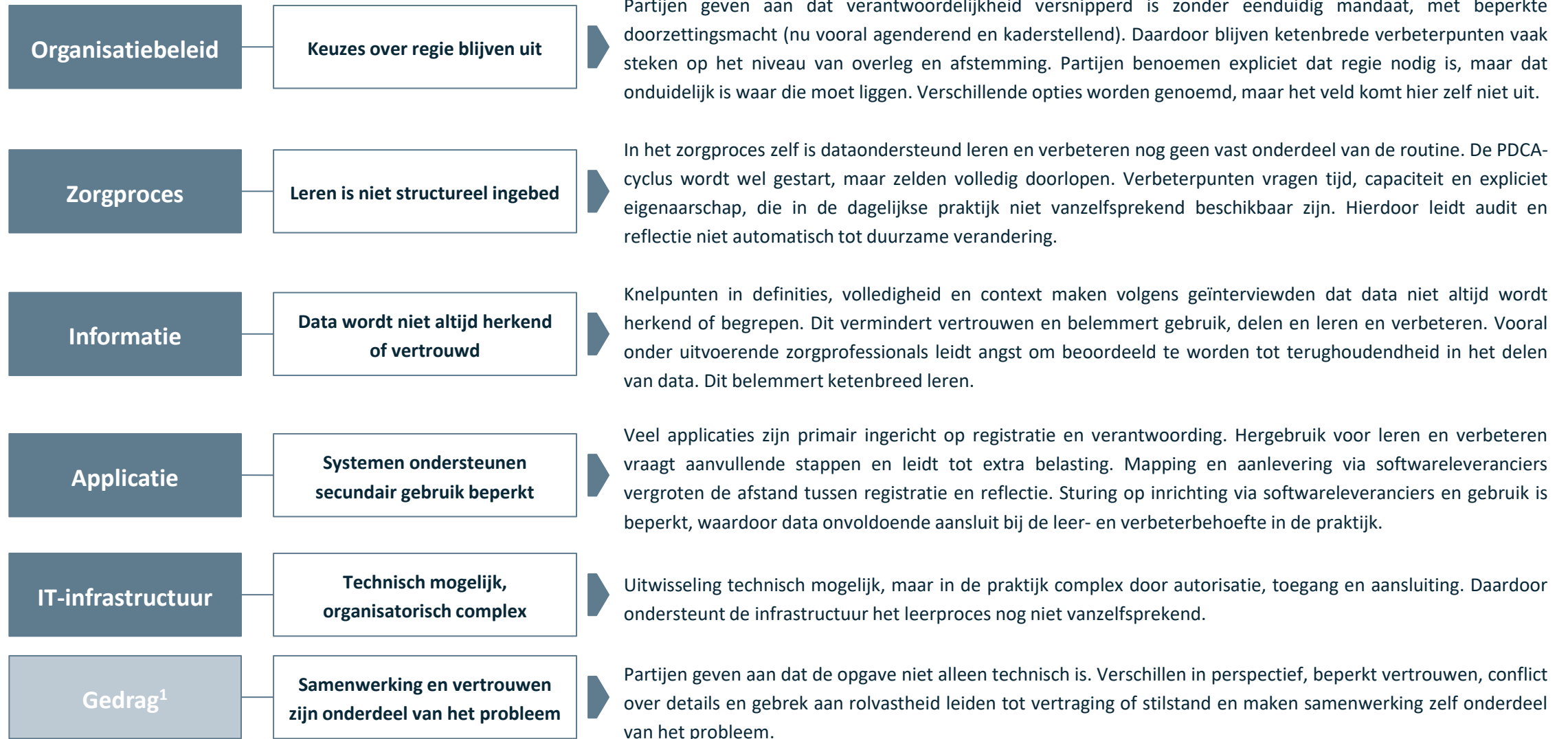
De **verwerking en analyse** van gegevens vindt plaats bij partijen als Perined en RIVM. Perined verzamelt en valideert data en levert spiegelinformatie en auditondersteuning. Het RIVM verzorgt monitoring, analyse en duiding en koppelt gegevens waar mogelijk met andere databronnen. Uitvoerende partijen geven aan dat deze rollen op hoofdlijnen herkenbaar zijn, maar dat de uitkomsten niet altijd direct bruikbaar of herkenbaar zijn voor de praktijk.

Leren en verbeteren vindt in de praktijk vooral regionaal plaats (VSV's, perinatale audit), ondersteund door het NRCG¹ (via kennisdeling tussen regio's) en beroepsverenigingen via inhoudelijke reflectie. Het systeem functioneert daardoor als een optelsom van losse, ongelijk ontwikkelde leerpraktijken, met sterke verschillen per regio afhankelijk van lokaal eigenaarschap en capaciteit. Andere delen van de keten nemen beperkt deel; voor sommige beroepsverenigingen, zoals verpleegkundigen, blijft datagebruik beperkt tot de directe zorgpraktijk. Inzichten uit leren en verbeteren koppelen beperkt terug naar landelijke kaders, waardoor regionale leerervaringen nauwelijks doorwerken op stelselniveau.

Tot slot vervullen meerdere partijen tegelijkertijd verschillende rollen. Het ontbreken van rolvastheid wordt als knelpunt gezien, omdat dit onduidelijkheid creëert over verantwoordelijkheden en het vertrouwen in uitkomsten kan ondermijnen.

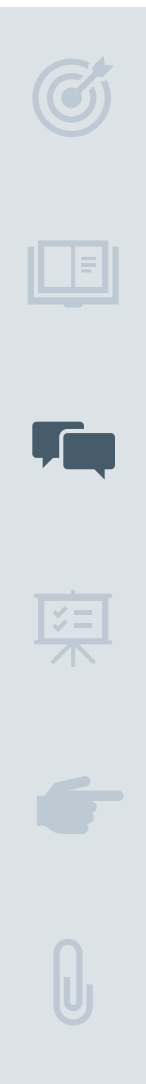


Waarom komt dit systeem niet van de grond?



1) Gedrag maakt geen onderdeel uit van de vijf lagen van het interoperabiliteitsmodel, maar bepaalt in belangrijke mate hoe deze lagen in de praktijk functioneren.

Inzichten interviews | gewenst systeem



Doel & aanpak

p. 5-10

Inzichten desk research

p. 11-17

Inzichten interviews

p. 18-38

Gewenst systeem

p. 26-33

Conclusie en door het veld genoemde vervolgstappen

p. 39-43

Advies aanpak vervolg

p. 44-45

Bijlage

p. 46-52

Het ideale, gewenste systeem verbindt eenduidige data en duidelijke governance tot een samenhangende basis voor leren

Gewenst systeem

Hoe partijen het gewenste systeem voor zich zien

In de gewenste situatie vormen data-infrastructuur en governance één samenhangend geheel waarin gegevens eenduidig worden vastgelegd, uitgewisseld en hergebruikt, en direct aansluiten op zowel het primaire zorgproces als op secundair gebruik. Gegevens zijn gebaseerd op uniforme definities en onderling koppelbaar, zodat informatie op verschillende niveaus consistent en vergelijkbaar is.

Deze inrichting creëert de basis voor een systeem waarin data structureel kan worden benut voor analyse, reflectie en verbetering, en waarin leren en verbeteren onderdeel worden van een doorlopend proces.

“Je moet goed scheiden wie data verzamelt, wie het ontsluit en wie er iets van vindt”

Het gewenste systeem draait om direct bruikbare informatie voor leren en verbeteren

Partijen geven aan dat gegevens pas bruikbaar worden wanneer zij worden verwerkt tot informatie en in de praktijk worden geduid tot inzichten voor leren en verbeteren. Data moet geïntegreerd zijn in de workflow en leiden tot zichtbare verbeteracties.

“We registreren aan de bron allerlei data, maar gebruiken die vervolgens beperkt om de kwaliteit te verbeteren”

Dit vraagt om een goed werkende PDCA-cyclus, waarin kwaliteit gezamenlijk wordt gedefinieerd, indicatoren logisch voortkomen uit die definitie en inzichten consequent worden benut. Intensief gebruik is daarbij cruciaal: pas bij toepassing in het zorgproces verbetert ook de registratiekwaliteit en ontstaat het gevoel dat registreren iets oplevert. Dit veronderstelt een basis van betrouwbare en herkenbare data; zonder die basis stopt het leerproces.

Er is een sterke wens voor één gezamenlijke ‘waarheid’ als basis

Een deel van de partijen geeft aan dat het in het ideale beeld niet gaat om meer data, maar om minder, beter gekozen gegevens die eenduidig worden vastgelegd en gebruikt. Deze set hangt samen met opvattingen over wat kwaliteit is, die volgens partijen indien gewenst breder is dan alleen medische uitkomsten. Daarbij wordt benadrukt dat kwaliteit in de geboortezorgketen niet alleen gaat over verloskundige of medische uitkomsten, maar ook over de neonatale en langere-termijnuitkomsten van het kind. Juist die uitkomsten verbinden de keten en geven ketenbreed, secundair datagebruik betekenis. Dit vraagt om goede databeschikbaarheid; met name landelijke en infrastructuurpartijen wijzen daarbij op ontwikkelingen zoals de EHDS systemen opener maken en nieuwe mogelijkheden creëren voor datagebruik.

Duidelijkheid over doelgebruik en leren

Cruciaal is dat helder is waarvoor data wél en niet wordt gebruikt. Leren vindt bij voorkeur eerst plaats in een veilige, goed geduide context, waarna transparantie stapsgewijs kan worden vergroot. Zonder deze duidelijkheid blijft terughoudendheid bestaan, ook als de techniek op orde is.

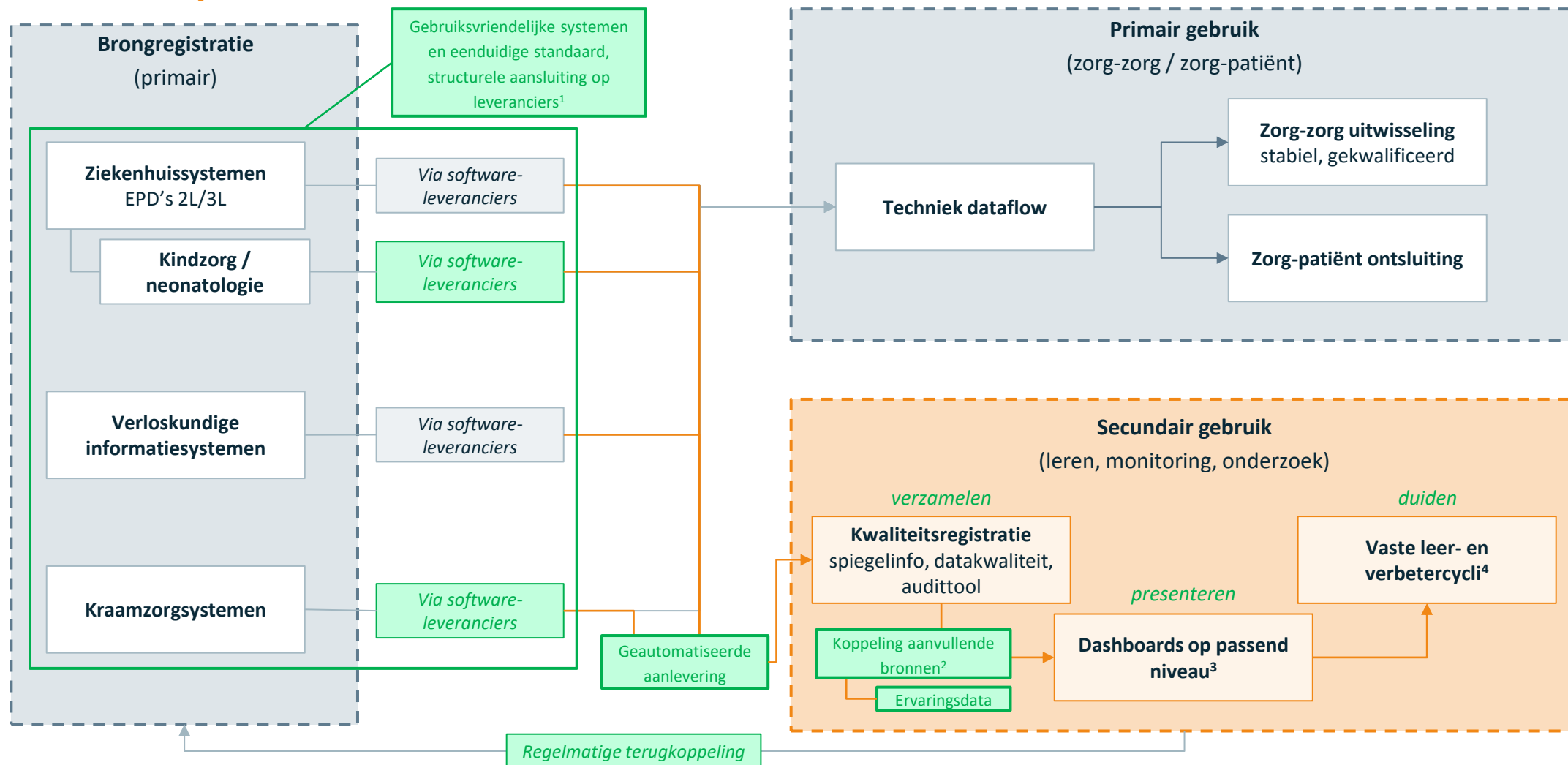
Kanttekening bij eigenaarschap en interpretatie

Opvattingen over eigenaarschap en interpretatie lopen bij de gesproken partijen uiteen. Sommige partijen benadrukken zeggenschap, terwijl anderen wijzen op het collectieve karakter van data en de noodzaak van gezamenlijke afspraken. Deze verschillen maken dat er nog geen eenduidig beeld is van hoe dit georganiseerd moet worden.

De gewenste data-infrastructuur sluit aan op knelpunten in de huidige situatie en verbindt primair en secundair datagebruik tot een cyclisch lerend systeem

Zie volgende pagina voor toelichting

Gewenste data-infrastructuur



1) Structurele aansluiting van bijv. neonatale bronregistraties op de landelijke kwaliteitsregistratie vraagt aanvullende kernsets, standaarden en aanleverafspraken. 2) Zoals JGZ, declaraties, ervaringsdata; 3) Bijvoorbeeld op praktijk-, organisatie-, netwerk- of landelijk niveau; 4) Regionaal inclusief escalatiepad en mogelijkheid tot landelijke opschaling. Let op: dit is een versimpelde weergave van de gewenste situatie zoals beschreven tijdens de interviews, bedoeld om overzicht te bieden in een complex geheel van systemen, partijen en datastromen.

De gewenste data-infrastructuur sluit aan op knelpunten in de huidige situatie en verbindt primair en secundair datagebruik tot een cyclisch lerend systeem

Gewenste data-infrastructuur – toelichting

Deze visualisatie toont de gewenste data-infrastructuur van het dataondersteund lerend en verbeterend geboortezorgsysteem. In deze situatie sluiten registratie, uitwisseling en hergebruik van data naadloos op elkaar aan en vormen zij gezamenlijk één samenhangend, cyclisch lerend systeem. De figuur laat zien hoe data uit het zorgproces op een eenduidige manier wordt vastgelegd, beschikbaar komt voor verschillende toepassingen en vervolgens structureel wordt benut voor **leren en verbeteren**.

In de gewenste situatie worden gegevens vastgelegd in **bronsystemen** die werken op basis van eenduidige standaarden en gebruiksvriendelijke inrichting. Hierdoor wordt registratie herkenbaar en uitvoerbaar voor zorgprofessionals en ontstaat een consistente basis voor datakwaliteit. Aanlevering van gegevens verloopt geautomatiseerd en uniform via softwareleveranciers, waardoor verschillen in inrichting en handmatige bewerkingen worden beperkt en de datastroom robuuster en betrouwbaarder wordt.

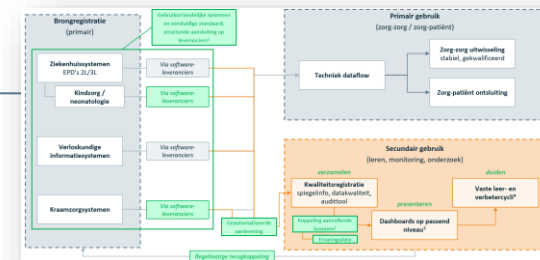
Voor **primair gebruik** is de infrastructuur stabiel en gekwalificeerd ingericht. **Zorg-zorg-uitwisseling** verloopt eenduidig, en ondersteunt het zorgproces direct en structureel. Iedereen is aangesloten. **Zorg-patiënt-ontsluiting** is structureel beschikbaar en begrijpelijk ingericht, zodat informatie toegankelijk is voor professionals en patiënten. Dit ondersteunt zowel het zorgproces en draagt bij aan de motivatie om data goed vast te leggen.

Voor **secundair gebruik** worden gegevens systematisch verzameld en gevalideerd in een centrale kwaliteitsregistratie, waarbij datakwaliteit expliciet inzichtelijk en toetsbaar is. Data wordt vervolgens ontsloten via dashboards en informatieproducten die aansluiten bij het niveau en de behoeften van gebruikers. Daarbij wordt data waar nodig verrijkt met aanvullende bronnen en ervaringsgegevens, waardoor uitkomsten beter in context

kunnen worden geïnterpreteerd. De infrastructuur ondersteunt daarmee een **continue keten van verzamelen en ontsluiten**.

Partijen geven aan dat dit gewenste beeld ook betekent dat ontbrekende schakels in de keten expliciet worden aangesloten. Voor kindzorg en neonatologie is dat op dit moment bijvoorbeeld nog niet structureel geregeld. Daarvoor zijn aanvullende keuzes nodig over kernsets, standaarden, aanlevering en koppeling van neonatale uitkomsten aan obstetrische brondata. Het gewenste beeld is dus geen weergave van een reeds opgeloste situatie, maar van een expliciete opgave die nog georganiseerd moet worden.

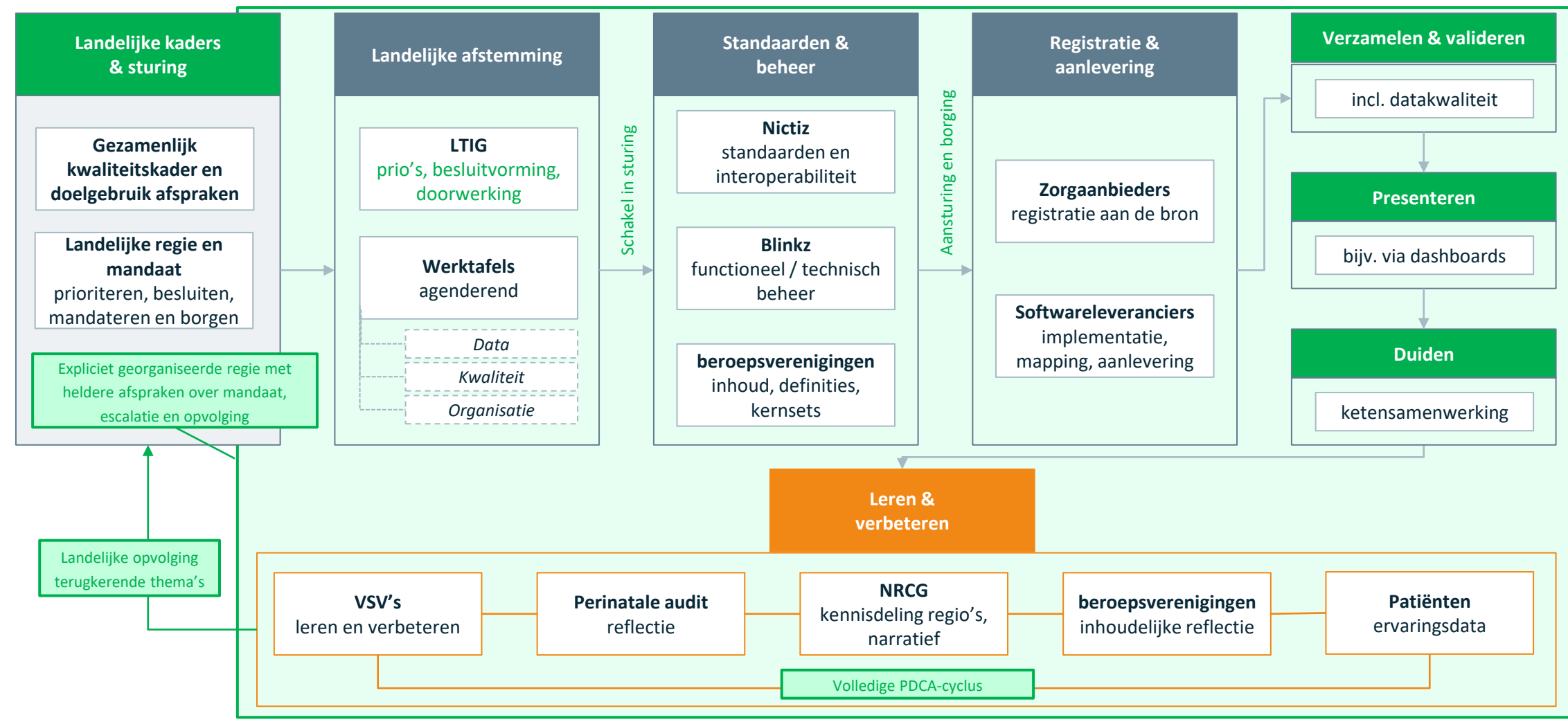
Door deze inrichting ontstaat volgens partijen een robuuste en samenhangende data-infrastructuur waarin gegevens eenduidig worden vastgelegd, toegankelijk zijn voor verschillende toepassingen en structureel worden benut voor **gezamenlijk leren en verbeteren**. Hiermee vormt de infrastructuur een stabiele basis voor een dataondersteund lerend en verbeterend geboortezorgsysteem



De gewenste organisatiestructuur kenmerkt zich door expliciete regie, rolvastheid en structurele doorwerking, met ruimte voor verdere invulling van rollen

Zie volgende pagina voor toelichting

Gewenste organisatiestructuur



De gewenste organisatiestructuur kenmerkt zich door expliciete regie, rolvastheid en structurele doorwerking van leren naar sturing

Gewenste organisatiestructuur - toelichting

Deze visualisatie toont de gewenste organisatiestructuur van het dataondersteund lerend en verbeterend geboortezorgsysteem. In deze situatie zijn rollen en verantwoordelijkheden expliciet belegd en samenhangend georganiseerd, waardoor een **ketenbreed lerend netwerk** ontstaat waarin leren, verbeteren en sturing elkaar versterken en doorwerken.

Partijen geven aan dat hiervoor **landelijke gezamenlijke kaders** nodig zijn, waaronder een kwaliteitskader en expliciete afspraken over doelgebruik van data, standaardisatie, prioritering en opvolging. Tegelijkertijd benadrukken zij dat het veld **regie wel wil organiseren**, maar er zelf niet uitkomt waar deze moet liggen. Daarom is een proces nodig waarin veld en overheid samen keuzes maken, vastleggen en opvolgen, met duidelijke afspraken over mandaat en doorwerking.

Binnen de landelijke afstemming krijgt de **LTIG een meer uitgesproken rol als schakel** tussen agenderen van signalen uit het veld, voorbereiden van besluitvorming en aanjagen van opvolging. Werktafels ondersteunen dit proces door signalen uit het veld te bundelen en te vertalen naar concrete vraagstukken. De kern is dat agendering in de gewenste situatie niet los staat van besluitvorming én **opvolging**.

De laag van standaarden en beheer blijft in opzet herkenbaar, maar verschuift **van vooral ondersteunen naar actief aansturen en borgen**. Standaarden worden beheerd vanuit één set afspraken, met duidelijk versiebeheer en een vaste route voor wijzigingen. Partijen geven aan dat daarbij ook expliciet moet worden vastgelegd **wie waarvoor verantwoordelijk** is en hoe **naleving wordt bewaakt**. Dit vraagt een expliciete rolverdeling tussen standaardisatie, aanbieders en softwareleveranciers, zodat implementatie in systemen consistent plaatsvindt, data beter beschikbaar en

uitwisselbaar wordt en afwijkingen zichtbaar en corrigeerbaar zijn.

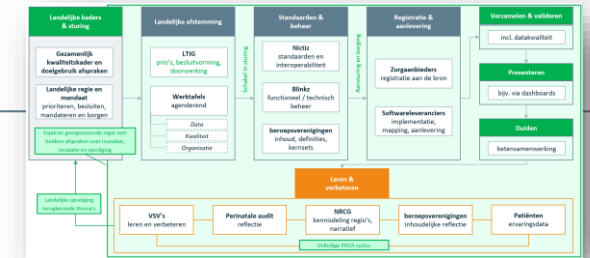
Registratie en aanlevering **sluiten**

direct aan op deze standaarden. Zorgaanbieders registreren aan de bron, terwijl softwareleveranciers verantwoordelijk zijn voor correcte implementatie, aanlevering en het beschikbaar maken van gegevens voor hergebruik. Afhankelijkheden worden expliciet gemaakt en actief gemanaged. Omdat partijen meerdere rollen vervullen, is rolvastheid nodig om onduidelijkheid en wantrouwen te voorkomen.

In het dataproces is een duidelijk onderscheid nodig tussen **verzamelen en valideren, presenteren en leren en verbeteren**. Gegevens worden systematisch verzameld en gevalideerd, op een passend niveau gepresenteerd (bijv. via dashboards) en gezamenlijk geduid, zodat data betekenis krijgen in de context van de praktijk.

Leren en verbeteren is ingericht als een brede ketenopgave met betrokkenheid van alle relevante partijen, inclusief, zoals enkele partijen benadrukken, **het patiëntenperspectief**. Voor kindzorg en neonatologie loopt dit via ouders of vertegenwoordiging. Partijen benadrukken dat ook **samenwerking en gedrag** expliciet aandacht vragen om stilstand te voorkomen. Leren en verbeteren wordt georganiseerd in vaste cycli waarin inzichten worden vertaald naar concrete acties. De PDCA-cyclus wordt afgerond en geborgd

Tot slot is geborgd dat **terugkerende thema's** uit leren en verbeteren structureel worden **opgevolgd op landelijk niveau**. Er is een vaste route om signalen te bundelen, te prioriteren en te escaleren. Zo ontstaat een systeem waarin leren en verbeteren niet lokaal blijven, maar doorwerken in keuzes, kaders en implementatie over de hele keten.



Het ideale systeem brengt ketenbreed leren op gang: met ruimte voor context, actieve betrokkenheid en governance die richting geeft

Gewenst systeem

Het systeem is ketenbreed opgezet, met ruimte voor context

Partijen schetsen een ideale situatie waarin het dataondersteund systeem de volledige keten bestrijkt, inclusief onderdelen die nu ontbreken of versnipperd zijn, zoals kraamzorg en delen van de kindzorg en neonatologie. Daarbij wordt benadrukt dat data alleen onvoldoende zijn om uitkomsten goed te duiden.

“Om echt te kunnen leren moet je ook met elkaar in gesprek over wat die cijfers betekenen”

Audit, casuïstiek, narratieven en patiëntervaringen geven cijfers betekenis en voorkomen dat beleid wordt gebaseerd op gemiddelden zonder context. Tegelijkertijd maken partijen duidelijk dat de keten nu nog niet volledig in beeld is. Voor kindzorg en neonatologie geldt dat structurele aansluiting en eenduidige verwerking nog expliciete aandacht vragen. Ketenbreed leren vraagt daarnaast dat verschillende perspectieven daadwerkelijk worden betrokken in de duiding van uitkomsten. Zoals een geïnterviewde stelt:

“Als je gaat leren en verbeteren, moet dat ook met het patiëntenperspectief”

Dit betekent dat partijen in de keten toegang hebben tot relevante inzichten en actief deelnemen aan duiding en verbetering. Enkele partijen benadrukken dat patiënten in het ideale systeem mede-bepaler zouden moeten zijn van wat kwaliteit is en structureel betrokken zouden moeten zijn bij deze duiding. Tegelijk is deze ketenbrede betrokkenheid in de praktijk nog beperkt uitgewerkt: structurele afspraken over betrokkenheid, mandaat en beschikbare tijd ontbreken vaak, waardoor deze rol nog niet overal kan worden ingevuld. Verpleegkundigen worden daarbij genoemd als voorbeeld waar leren en verbeteren geen vast onderdeel zijn van de dagelijkse praktijk.

Leren gebeurt dichtbij de praktijk, met landelijke borging en door middel van het durven maken van keuzes

De beelden over het startpunt van leren en verbeteren verschillen. Sommigen pleiten voor een veilige, vaak monodisciplinaire start dichtbij de praktijk; anderen voor een ketenbrede aanpak vanaf het begin. Partijen zijn het er wel over eens dat de oplossing in fasering ligt: eerst bouwen aan vertrouwen en herkenning, daarna verbinden waar processen en uitkomsten gedeeld zijn. Tegelijk is er overeenstemming dat vrijwilligheid onvoldoende is; ondanks forse inspanning komt het systeem beperkt van de grond. Dit maakt duidelijk dat sterkere landelijke borging nodig is om structurele voortgang te realiseren.

“Als er angst is dat je wordt afgerekend in plaats van dat je gaat leren, dan gaat dat ten koste van het leervermogen”

Dit alles vraagt om expliciete afspraken over rollen, mandaat, opvolging en een veilige leeromgeving, met ruimte om gedrag en verschillen van inzicht bespreekbaar te maken.

Ook waarde voor professional en patiënt én aansluiting op bredere ontwikkelingen zijn onderdeel van het ideale systeem

Gewenst systeem

Waarde voor professional en patiënt is de motor van het systeem

Partijen geven aan dat een toekomstbestendig systeem aantoonbaar iets terug moet geven. Voor professionals betekent dit bijvoorbeeld betrouwbare spiegelinformatie op het juiste niveau en systemen die registreren eenvoudiger maken in plaats van zwaarder. Voor patiënten betekent het inzicht in begrijpelijke informatie en, waar passend, ruimte om zelf informatie of ervaringen toe te voegen. Voor delen van de keten, zoals neonatologie en kindzorg, vraagt dit expliciet om informatie die ook bruikbaar is voor ouders of vertegenwoordigers. Sommige partijen zien ontsluiting richting een generieke persoonlijke omgeving als versneller: volgens hen ontstaat er pas echt druk in de keten om data goed te organiseren zodra patiënten en burgers actief gaan vragen naar samenhangende informatie.

Het systeem sluit aan op nationale en Europese ontwikkelingen en maakt gebruik van bestaande standaarden

In het gewenste systeem wordt aangesloten bij bestaande en toekomstige ontwikkelingen in het datalandschap, zodat het systeem toekomstbestendig is en niet los van bredere initiatieven wordt ontwikkeld. Zoals ook in de interviews wordt benadrukt, gaat het er uiteindelijk om

“Hoe alles het beste samen kan komen om daadwerkelijk zo’n systeem van de grond te krijgen”

Daarbij wordt onder meer verwezen naar Europese ontwikkelingen zoals de European Health Data Space (EHDS), waarin kaders worden ontwikkeld voor gegevensuitwisseling en secundair gebruik van gezondheidsdata, evenals de inrichting van

data-toegangsorganisaties. Met name landelijke en infrastructuurpartijen geven aan dat deze ontwikkelingen niet alleen randvoorwaardelijk zijn, maar ook bijdragen aan het vergroten van databeschikbaarheid. Door eisen aan interoperabiliteit en uitwisselbaarheid worden systemen opener, waardoor data beter beschikbaar komt voor zowel primair als secundair gebruik.

In aansluiting hierop benadrukken verschillende partijen, en met name standaardisatie- en infrastructuurpartijen, het belang van nationale standaarden, voor eenduidige registratie en interoperabiliteit tussen systemen, zoals ontwikkeld door Nictiz. Door hierop aan te sluiten wordt voorkomen dat gegevensuitwisseling en datagebruik telkens opnieuw en losstaand moeten worden ingericht, en wordt onderlinge koppelbaarheid tussen sectoren en toepassingen beter geborgd.

Tegelijk wordt onderkend dat de geboortezorg momenteel nog beperkt is aangesloten op deze ontwikkelingen. Juist daarom is het van belang om hier in de verdere inrichting van het systeem expliciet op te anticiperen, zodat versnippering wordt voorkomen en aansluiting op bredere data-infrastructuren mogelijk blijft.

Inzichten interviews | gewenst systeem

Doel & aanpak

p. 5-10

Inzichten desk research

p. 11-17

Inzichten interviews

p. 18-38

Rollen en verantwoordelijkheden p. 34-38

Conclusie en door het veld genoemde vervolgstappen

p. 39-43

Advies aanpak vervolg

p. 44-45

Bijlage

p. 46-52

Het gewenste systeem functioneert alleen als iedere partij weet waarvoor zij verantwoordelijk is en waarop zij aangesproken kan worden

Rollen en verantwoordelijkheden

Hoe de verschillende partijen rollen, taken en verantwoordelijkheden zien

Het gewenste toekomstbeeld is er een waarin rollen, taken en verantwoordelijkheden duidelijk zijn belegd en onderling samenhangen, zodat het systeem als geheel kan functioneren. Tegelijkertijd geven zij aan dat juist de zoektocht naar die rolverdeling nog onderdeel is van het gesprek.

Bronhouders borgen datakwaliteit, maar zijn afhankelijk van anderen voor duiding en systeempleren

Professionals en zorgorganisaties zijn verantwoordelijk voor eenduidige registratie en vormen daarmee de basis van datakwaliteit. Tegelijk zijn zij voor correcte registratie en uitwisseling afhankelijk van softwareleveranciers, die standaarden implementeren in systemen, terwijl leveranciers op hun beurt afhankelijk zijn van bronhouders voor kwalitatieve invoer. Voor duiding zijn bronhouders daarnaast afhankelijk van partijen die data combineren en in context plaatsen.

“We zijn afhankelijk van hoe het in de systemen is ingericht.”

Partijen geven aan dat deze onderlinge afhankelijkheid spanning oplevert tussen verantwoordelijkheid en invloed: softwareleveranciers spelen een cruciale rol, terwijl sturing richting deze partijen vaak beperkt is. Wanneer rollen door elkaar lopen, vervaagt eigenaarschap en neemt het vertrouwen in uitkomsten af.

Een landelijke partij met mandaat is nodig om knopen door te hakken die het veld zelf niet kan afdwingen

Voor keuzes over standaarden, datasets, prioriteiten en opvolging zijn partijen afhankelijk

van een landelijke laag met doorzettingsmacht. Individuele beroepsverenigingen of netwerken kunnen deze besluiten niet afdwingen richting andere partijen, zoals softwareleveranciers of wetgeving. Zonder dit mandaat blijven besluitvorming en implementatie versnipperd, wat leidt tot vertraging en parallelle initiatieven. Geïnterviewden benoemen expliciet dat het veld hier op eigen kracht niet uitkomt.

“Het resultaat is dat er nog steeds geen feitelijk gesprek kan worden gevoerd [...] waardoor je ook geen afspraken kan maken.”

Regionale netwerken vervullen een belangrijke rol in de verbeteropgave, maar zijn afhankelijk van structurele capaciteit en ondersteuning

Regionale samenwerkingsverbanden, zoals VSV's, spelen een centrale rol in het realiseren van de verbetercyclus in de praktijk. Tegelijk zijn zij afhankelijk van voldoende capaciteit, zoals kwaliteitsmedewerkers, dataondersteuning en tijd, om deze rol waar te maken. Als die ondersteuning ontbreekt, blijft opvolging van verbeterpunten ad hoc en ontstaat variatie tussen regio's in de mate waarin geleerd en verbeterd wordt.

“In de praktijk zie je dat het vooral in de regio moet gebeuren.”

Afhankelijkheden en randvoorwaarden bepalen of rollen in de praktijk werken

Rollen en verantwoordelijkheden

Rollen werken alleen als afhankelijkheden expliciet zijn en rolvastheid geborgd is

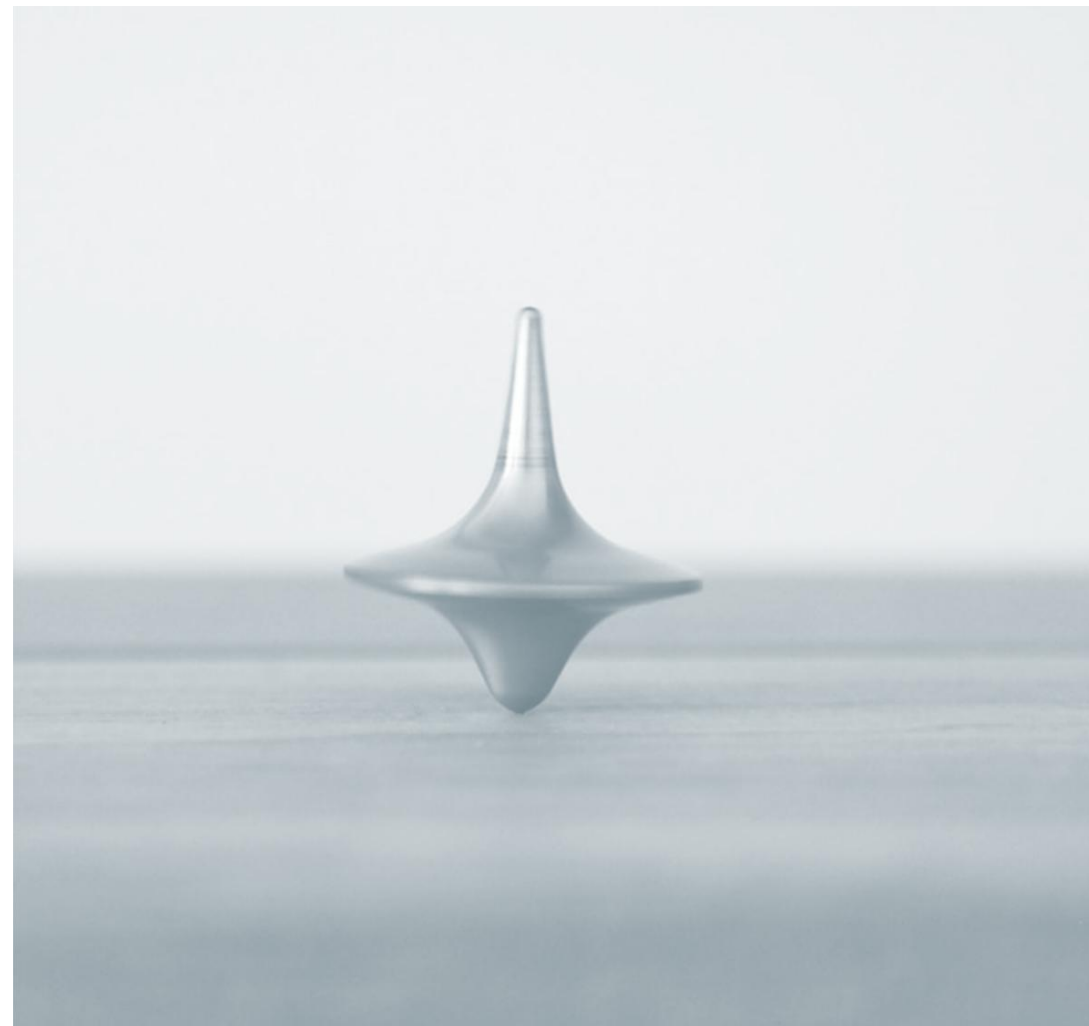
Partijen geven aan dat verschillende partijen een rol vervullen in het dataproces zoals verzamelen, valideren, analyseren, presenteren, duiden en verbeteren in de praktijk. Tegelijk vervullen veel partijen meerdere rollen tegelijk. Deze partijen zijn van elkaar afhankelijk om tot bruikbare inzichten en acties te komen. Juist het ontbreken van rolvastheid wordt als knelpunt benoemd, omdat dit onduidelijkheid schept over verantwoordelijkheden en het vertrouwen in uitkomsten kan ondermijnen.

Landelijke en systeempartijen zijn nodig voor randvoorwaarden waar het veld zelf niet in kan voorzien

Voor randvoorwaarden zoals financiering, wet- en regelgeving en eventuele verplichting zijn uitvoerende partijen afhankelijk van landelijke en systeempartijen. Deze randvoorwaarden zijn bepalend voor het functioneren van het systeem, maar liggen buiten de directe invloed van het veld. Wanneer deze onvoldoende zijn ingericht, beperkt dit de uitvoerbaarheid en opschaling van leren en verbeteren.

Betrokkenheid van patiënten en bredere beroepsverenigingen vraagt om expliciete positionering en ondersteuning

Enkele partijen geven aan dat een goed functionerend systeem ook de inbreng van patiënten en bredere beroepsgroepen nodig heeft. Dit vraagt om duidelijke positionering, toegang tot begrijpelijke informatie en praktische inbedding in processen. Voor delen van de keten, met name neonatologie en kindzorg, loopt dit perspectief via ouders of wettelijk vertegenwoordigers. Zonder deze randvoorwaarden blijft hun bijdrage beperkt en wordt het volledige perspectief niet benut.



Het gewenste rollenbeeld bouwt in grote lijnen voort op de huidige praktijk, maar vraagt vooral om rolvastheid en expliciete afstemming om daadwerkelijk te functioneren

Rollen en verantwoordelijkheden

Deze beschrijving geeft de hoofdlijnen weer van hoe partijen rollen, taken en verantwoordelijkheden *concreet* zien in het gewenste systeem¹:



Zorgprofessionals en -organisaties (bronhouders)

Zijn verantwoordelijk voor eenduidige en volledige registratie, met invloed op wat en hoe wordt vastgelegd, en vormen daarmee de basis van datakwaliteit. Hun rol ligt primair bij datakwaliteit, terwijl duiding en vergelijking grotendeels in collectief verband plaatsvinden.



Beroepsverenigingen

Vervullen een belangrijke rol in normstelling, duiding en het vertalen van uitkomsten naar inhoudelijke reflectie, richtlijnen en verbeteracties. Enkele partijen geven aan dat verschillen tussen beroepsverenigingen expliciet besproken moeten worden om gezamenlijke duiding mogelijk te maken.



Dataverzamelande partijen (zoals Perined)

Worden idealiter gepositioneerd als onafhankelijke partijen voor verzamelen, valideren en ontsluiten van data. Hun rol is nadrukkelijk afgebakend; zij leveren de basis, maar bepalen geen inhoudelijke conclusies of verbeterprioriteiten.



Landelijke partijen (LTIG / tafelstructuren / overheid / systeempartijen)

Hebben een rol in het stellen van kaders, prioriteren en het mandateren van keuzes, waaronder standaarden en een gezamenlijk dataset. Zij zorgen voor samenhang en doorzettingskracht door keuzes te bekrachtigen en zo nodig te verplichten, zonder de verantwoordelijkheid voor duiding of uitvoering over te nemen van het veld.



Regionale netwerken (VSV's en andere samenwerkingsverbanden)

Worden gezien als trekker van de leer- en verbetercyclus in de praktijk. Zij duiden uitkomsten in context, voeren het gesprek en zetten verbeteracties in gang. Deze rol vraagt structurele ondersteuning in capaciteit, tijd en data-expertise.



Standaardisatie- en infrastructuurpartijen (Nictiz / Blinkz / HINQ / relevante ondersteunende partijen)

Zijn verantwoordelijk voor het ontwikkelen, beheren en ondersteunen van informatiestandaarden en afsprakenstelsels die eenduidige registratie en gegevensuitwisseling mogelijk maken. In het gewenste systeem worden zij meer in hun kracht gezet om interoperabiliteit te borgen. Toepassing en duiding liggen expliciet bij andere partijen.



Softwareleveranciers

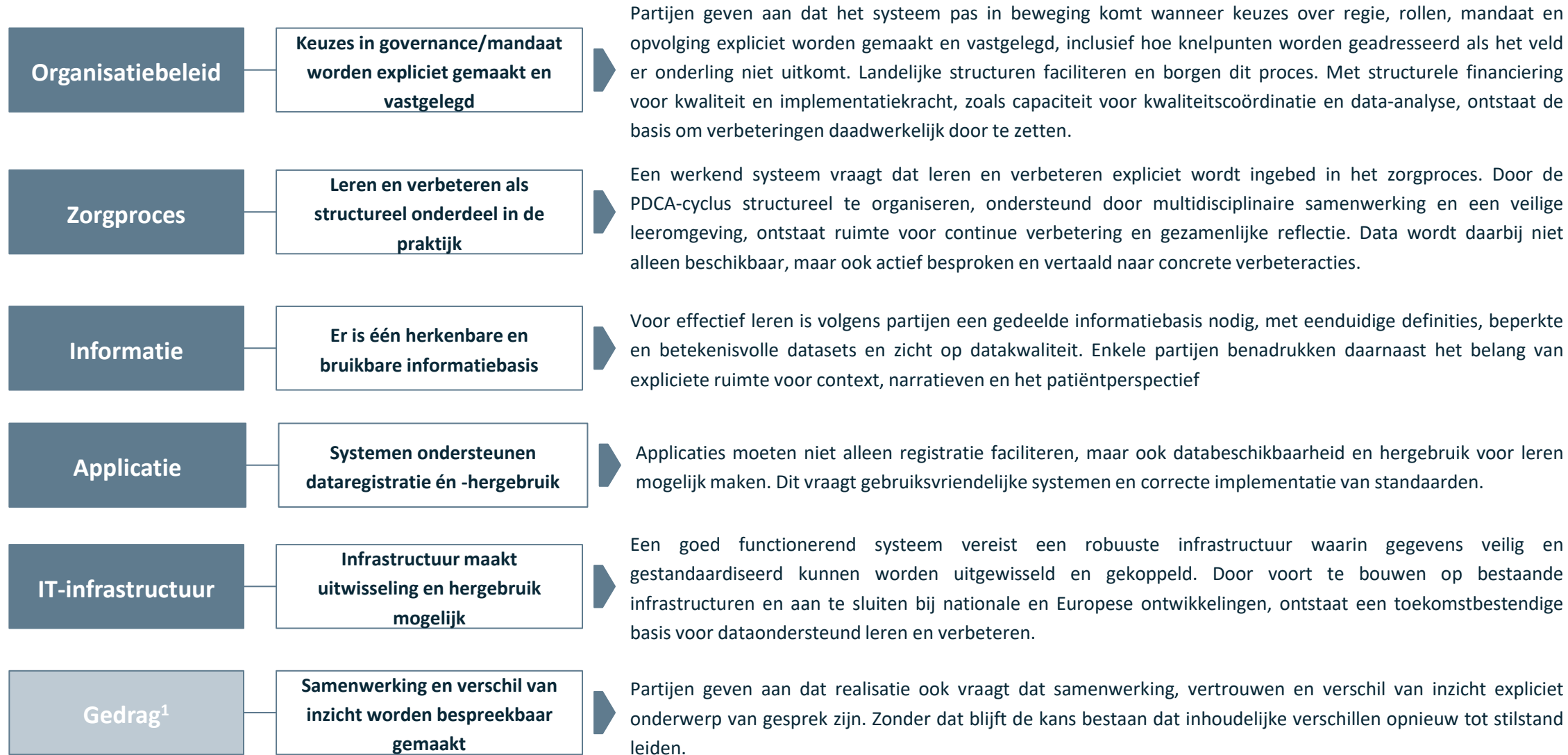
Implementeren standaarden in bronsystemen en bepalen daarmee in belangrijke mate wat in de praktijk kan worden geregistreerd en uitgewisseld. Partijen geven aan dat sturing op correcte implementatie sterker en explicieter georganiseerd moet worden t.b.v. uniforme registratie, databeschikbaarheid en -kwaliteit.



Patiënten(vertegenwoordiging)

Brengen perspectief op uitkomsten en ervaring in. Dit vraagt om toegang tot begrijpelijke informatie en structurele positie in duiding en besluitvorming. Voor delen van de keten, met name neonatologie en kindzorg, verloopt dit perspectief via ouders of wettelijk vertegenwoordigers.

Wanneer komt dit systeem wél van de grond?



1) Gedrag maakt geen onderdeel uit van de vijf lagen van het interoperabiliteitsmodel, maar bepaalt in belangrijke mate hoe deze lagen in de praktijk functioneren.

Conclusie

Doel & aanpak

p. 5-10

Inzichten desk research

p. 11-17

Inzichten interviews

p. 18-38

Conclusie en door het veld genoemde vervolgstappen

p. 39-43

Advies aanpak vervolg

p. 44-45

Bijlage

p. 46-52

Er is brede overeenstemming over de richting, maar het uitblijven van expliciete keuzes belemmert realisatie van het systeem

Conclusie

Er is brede overeenstemming over wat nodig is. Deskresearch en de gedane interviews laten zien dat er in de geboortezorg brede overeenstemming bestaat over wat nodig is voor een dataondersteund lerend en verbeterend systeem. Betrouwbare en eenduidige data, een werkende feedbackcyclus, duidelijke rolverdeling en leren dicht op de praktijk worden als randvoorwaardelijk benoemd.

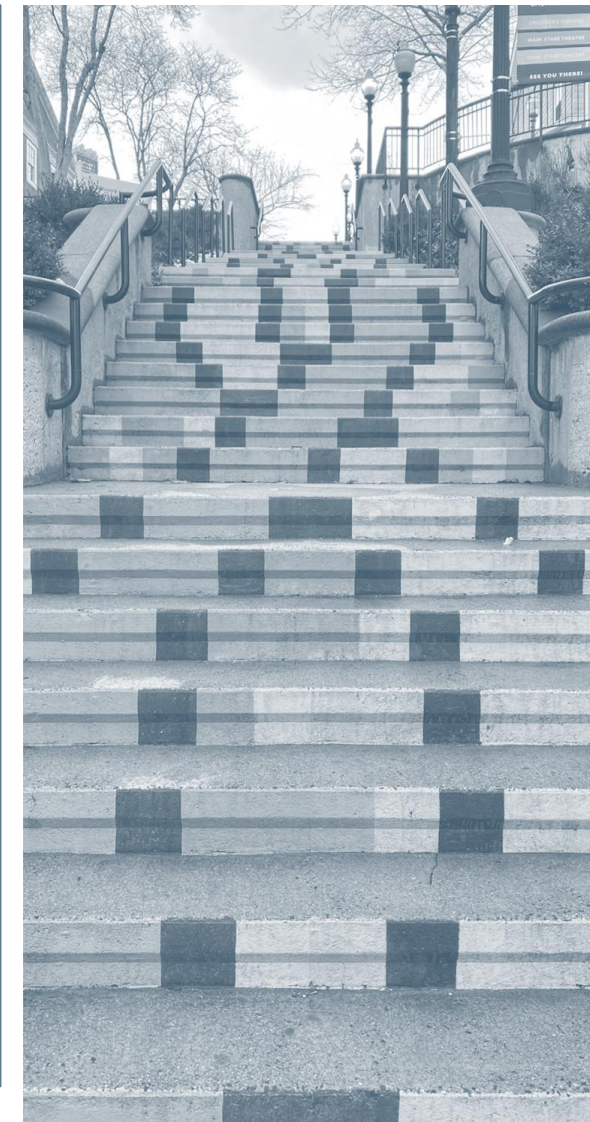
Het huidige systeem realiseert die richting nog onvoldoende. Data, infrastructuur en leerinstrumenten zijn aanwezig, maar functioneren in de praktijk nog als losse onderdelen. Daardoor blijft het lerend vermogen afhankelijk van lokale initiatieven en verschilt dit sterk per regio. Dit wordt in het veld nadrukkelijk als probleem ervaren.

Knelpunten versterken elkaar over meerdere lagen van het systeem. Governance, datakwaliteit en de inbedding van leren in het zorgproces beïnvloeden elkaar negatief. Zolang data niet betrouwbaar is én leren niet structureel onderdeel is van de praktijk, blijven verbeteringen uit. Dit vraagt om één samenhangende aanpak met duidelijke implementatie-afspraken voor het veld.

De centrale conclusie is: geen kennisprobleem, maar een keuzeprobleem. Partijen geven aan dat het uitblijven van expliciete keuzes over regie, mandaat, doelgebruik en eigenaarschap de belangrijkste reden is dat voortgang uitblijft. Dit beeld sluit aan bij eerdere onderzoeken en maakt duidelijk dat niet verdere verkenning, maar besluitvorming en borging de bottleneck vormen.

Regie is nodig, maar het veld komt hier zelf niet uit. Partijen geven aan dat regie nodig is, maar verschillen van mening over waar die moet liggen: bij het veld, bij VWS, bij het Zorginstituut of in een gezamenlijke inrichting. Tegelijk raakt de opgave niet alleen aan techniek of governance, maar ook aan gedrag: samenwerking, vertrouwen en rolvastheid bepalen mede of het systeem in beweging komt. Dit is nu niet overal aanwezig.

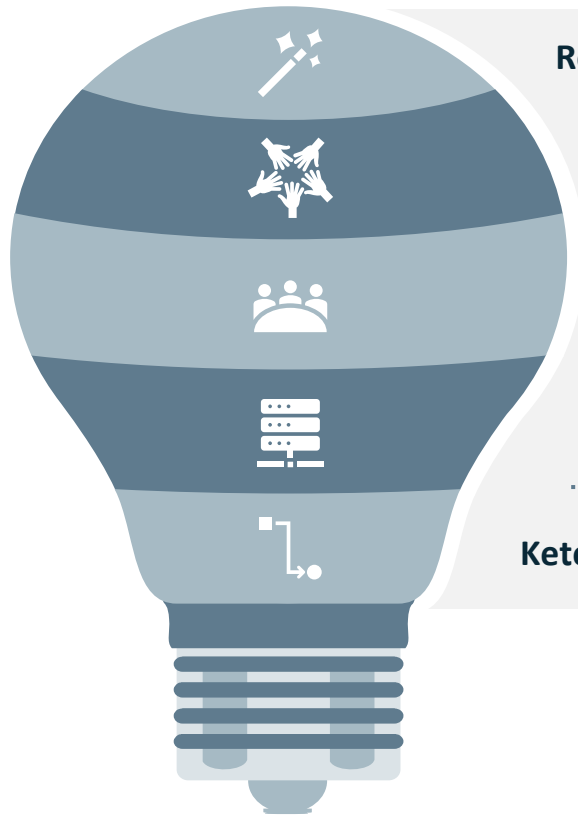
De opgave ligt in uitvoeren, niet in opnieuw ontwerpen. Partijen benadrukken dat de benodigde inzichten al grotendeels aanwezig zijn en dat het proces niet opnieuw ontworpen hoeft te worden. De opgave ligt primair in het gezamenlijk maken, vastleggen en uitvoeren van keuzes. Dit vraagt geen projectmatige of stapsgewijze aanpak, maar een processtrategie waarin samenhangende opgaven parallel worden georganiseerd. Tegelijk neemt de urgentie toe: ontwikkelingen zoals de EHDS maken verdere aansluiting niet vrijblijvend en vragen om gezamenlijke actie. Ook onderbelichte schakels, zoals kindzorg en neonatologie, vragen daarin expliciete aandacht.



Er zijn vijf thema's waarop partijen uit het veld acties zien die zij noodzakelijk achten voor realisatie van een dataondersteund lerend en verbeterend systeem

Thema's te ondernemen stappen

Op basis van interviews benoemen partijen met welke acties het veld, inclusief de systeempartijen, in ieder geval aan de slag moet om realisatie van een dataondersteund lerend en verbeterend systeem mogelijk te maken. Deze acties hangen met elkaar samen en versterken elkaar.



Regie en governance organiseren

Rollen, samenwerking en spelregels expliciteren

Leren en verbeteren in de praktijk organiseren

Data en infrastructuur versterken

Ketenverbinding en verbreding realiseren

Partijen geven aan waar het veld concreet mee aan de slag moet (1/2)

Te ondernemen stappen

Onderstaande acties zijn door partijen benoemd als noodzakelijke stappen om het systeem werkend te krijgen en door te ontwikkelen (1/2)¹.

Regie en governance organiseren

Sturing en mandaat

Organiseer regie en doorzettingsmacht

Alle partijen benadrukken dat een plek nodig is waar keuzes worden gemaakt, knopen worden doorgehakt en afspraken worden vastgelegd en opgevolgd. Zonder duidelijke regie blijven initiatieven versnipperd.

Basis op orde

Zorg voor een werkende stabiele data-infrastructuur (BLINKZ/DIG)

De basis op orde brengen staat centraal: aansluiting van alle aanbieders, stabiele gegevensuitwisseling, en duidelijke afspraken over aanlevering. Partijen benadrukken dat het primair op orde brengen van data en registratie een randvoorwaarde is voordat secundair leren en verbeteren kan versnellen.

“Er is gewoon iemand nodig die zegt: zo gaan we het doen.”

“Zolang de basisregistratie en het primaire gebruik niet op orde zijn, kun je er ook niet goed van leren.”

Rollen, samenwerking en spelregels expliciteren

Rollen en verantwoordelijkheden

Maak rollen expliciet en versterk rolvastheid

Geïnterviewden geven aan dat rollen herkenbaar zijn, maar in de praktijk door elkaar lopen, mede doordat partijen vaak meerdere rollen tegelijk vervullen. Het expliciet maken van rollen en versterken van rolvastheid is nodig om samenwerking en besluitvorming te verbeteren.

“Het is niet altijd duidelijk wie waarvoor aan zet is.”

Heldere spelregels

Leg governance-afspraken vast over doelgebruik, privacy/toegang en rolverdeling

Helderheid over waarvoor data wordt gebruikt, wie toegang heeft en wie verantwoordelijk is voor duiding vermindert onzekerheid en terughoudendheid en maakt datagebruik voorspelbaar en veilig.

“Je moet eerst duidelijk hebben waarvoor je de data gebruikt, anders komt het niet van de grond.”

Leren en verbeteren in de praktijk organiseren

Starten en operationaliseren

Maak het concreet via focus, prioritering en klein beginnen

Vaak wordt het belang van focus benadrukt door partijen: start met één of enkele breed gedragen thema's (bijv. capaciteit of een duidelijk kwaliteitsvraagstuk) en werk deze gericht uit. Begin daarbij met een beperkte set en een kleine groep (early adopters), zodat het systeem in de praktijk werkend wordt gemaakt en leren ontstaat door te doen. Vanuit dit vertrekpunt kan vervolgens worden opgeschaald.

“Je moet ergens beginnen, anders blijft het te abstract.”

¹ Deze beschrijving betreft een samenvoeging van inzichten uit de interviews met betrokken partijen. Deze weerspiegelt de dominante patronen, maar nuanceverschillen tussen individuele partijen kunnen voorkomen.

Partijen geven aan waar het veld concreet mee aan de slag moet (2/2)

Te ondernemen stappen

Onderstaande acties zijn door partijen benoemd als noodzakelijke stappen om het systeem werkend te krijgen en door te ontwikkelen (2/2)¹.

Data en infrastructuur versterken

Eenduidigheid in data

Maak standaardisatie concreet: werk met één standaard en uniforme definities

Partijen geven aan dat gegevens gebaseerd moeten zijn op één gedeelde 'taal': eenduidige definities en een uniforme dataset die in alle systemen op dezelfde manier worden gebruikt, zodat uitwisseling, vergelijking en analyse betrouwbaar worden.

"Gegevens moeten gebaseerd zijn op eenheid van taal om ze goed uit te kunnen wisselen en gebruiken."

Kwaliteit van registraties

Verbeter datakwaliteit met nadruk op registratie aan de bron en implementatie

Betere datakwaliteit aan de bron vraagt om correcte registratie en implementatie van standaarden. Dit verkleint variatie en fouten in registratie en maakt data daadwerkelijk bruikbaar voor leren en verbeteren. Het nut en de noodzaak moet daarom voor iedereen duidelijk zijn.

"We hebben data, maar de kwaliteit is niet goed genoeg om er echt iets mee te doen."

Databeschikbaarheid en toekomstbestendigheid

Borg databeschikbaarheid en EHDS-compliance duurzaam

Structurele borging van toegang, governance, datakwaliteit en hergebruik wordt door partijen nodig geacht om te voorkomen dat de sector achteraf onder externe druk zich moet aanpassen aan Europese ontwikkelingen.

"We kunnen cijfers over 2022–2024 niet presenteren door ontbrekende data."

Ketenverbinding en verbreding realiseren

Verbreding van de keten

Sluit ontbrekende schakels aan en realiseer volledige dekking van de keten

Partijen geven aan dat ketenbreed leren vraagt om volledige dekking van de keten. Dit betekent het afronden van kernsets en het aansluiten van ontbrekende partijen en databronnen, zoals kraamzorg en kindzorg/neonatologie. Daarbij moet leren en verbeteren worden verbreed naar de bredere keten, zoals JGZ en de eerste 1.000 dagen, zodat het systeem niet stopt rond de geboorte.

"Zolang niet iedereen meedoet, kun je geen goed beeld krijgen."

Versnellen via patiëntwaarde

Gebruik patiëntwaarde en ontsluiting als versneller

Hoewel minder vaak genoemd, wordt het zichtbaar maken van informatie voor patiënten (bijvoorbeeld via PGO's) gezien als potentiële versneller. Vraag vanuit patiënten kan druk in de keten vergroten om datakwaliteit en gegevensuitwisseling beter te organiseren.

"Als cliënten alles bij elkaar kunnen zien, zal de PGO 'gaan vliegen' en ontstaat meer druk in de keten om databeschikbaarheid goed te regelen."

¹ Deze beschrijving betreft een samenvoeging van inzichten uit de interviews met betrokken partijen. Deze weerspiegelt de dominante patronen, maar nuanceverschillen tussen individuele partijen kunnen voorkomen.

Advies



Doel & aanpak

p. 5-10

Inzichten desk research

p. 11-17

Inzichten interviews

p. 18-38

Conclusie en door het veld genoemde vervolgstappen

p. 39-43

Advies aanpak vervolg

p. 44-45

Bijlage

p. 46-52

Wij adviseren om de realisatie van openstaande veldacties te organiseren via drie samenhangende sporen

Op basis van de door partijen benoemde acties adviseren wij om de realisatie te organiseren via drie samenhangende sporen. Per spoor stellen wij een werkgroep voor met een duidelijke opdracht en vertegenwoordigers uit veld en overheid. De LTIG voert, samen met Team Overheid, de regie en borgt de samenhang. Werkgroepen bepalen in samenhang tempo en prioritering. Het Zorginstituut kan, waar passend, faciliteren en vervolgonderzoek ondersteunen, met name op spoor 1 en 3.

SPOOR 1

Governance en regie

Creëer een bestuurlijke basis waarin keuzes worden gemaakt en doorwerken naar uitvoering

- **Leg een bindend governance- en mandaatmodel vast** (rollen, mandaat, escalatie, doorzettingsmacht) en agendeer dit bestuurlijk richting veld en overheid.
- **Beleg regie en doorzettingsmacht formeel op landelijk niveau** (mandaat en instrumenten), zodat vrijblijvendheid de voortgang niet blijft remmen.
- **Maak implementatie-afspraken afdwingbaar in de keten:** wie sluit wanneer aan, wat staat vast, hoe wordt gemonitord en geëscaleerd.
- **Breid expliciet uit naar de bredere keten** (o.a. JGZ en Monitoren eerste 1.000 dagen) zodat leren en verbeteren niet beperkt blijft tot het medische domein.

Minimaal te betrekken partijen: LTIG, VWS, ZIN (onderdeel Team Overheid)

SPOOR 2

Leren, duiden en opschalen

Maak leren en verbeteren onderdeel van de praktijk en schaal werkende werkwijzen op

- **Maak van de LTIG een uitvoeringsplatform:** koppel de LTIG expliciet aan landelijke besluitvorming (prioriteiten, standaarden, implementatie-afspraken), zodat het niet bij agenderen blijft en voortgang wordt gemonitord.
- **Organiseer ketenbreed leren (niet silo-breed):** leg rolvast vast wie registreert, duidt en opvolgt (PDCA) en voorkom dubbelrollen/rolverwarring.
- **Borg leren in het zorgproces:** organiseer structurele leer- en verbetercycli (capaciteit, tijd en vaardigheden), zodat verbetering daadwerkelijk wordt doorgevoerd.
- **Schaal op wat werkt:** vertaal succesvolle initiatieven naar bredere toepassing, met aandacht voor uniformiteit, datakwaliteit en verbeteropvolging.

Minimaal te betrekken partijen: Werktafels Data, Kwaliteit, & Organisatie, Federatie VSV's, beroepsverenigingen, RIVM, Perined, ZonMw, NRCG

SPOOR 3

Data, databeschikbaarheid en infrastructuur

Zorg dat data betrouwbaar, beschikbaar en bruikbaar is voor leren en verbeteren

- **Maak de EHDS 'niet-onderhandelbaar':** vertaal samen met o.a. Health-RI wat dit concreet betekent (toegang, standaardisatie, datakwaliteit, governance) en werk dit uit in één sectorbrede roadmap.
- **Stel landelijke kaders voor 'data op orde' vast** (prioritaire datasets, standaarden, minimale datakwaliteit en leveranciersafspraken) en borg implementatie.
- **Investeer gericht in datakwaliteit aan de bron:** registratie moet herkenbaar en bruikbaar zijn; kies beperkt en betekenisvol om registratielast te beperken.
- **Borg databeschikbaarheid en EHDS-compliance duurzaam** (governance, hergebruik, datakwaliteit, en toegang), zodat de sector niet achteraf moet aanpassen.

Minimaal te betrekken partijen: Werktafel Data, Blinkz/DIG, Nictiz, Perined, beroepsverenigingen, Health-RI, eventueel softwareleveranciers

De drie sporen zijn gelijkwaardig, onderling afhankelijk en worden gelijktijdig opgepakt

Bijlage

Doel & aanpak

p. 5-10

Inzichten desk research

p. 11-17

Inzichten interviews

p. 18-38

Conclusie en door het veld genoemde vervolgstappen

p. 39-43

Advies aanpak vervolg

p. 44-45

Bijlage

p. 46-52

Bijlagen

- A** Bronnen desk research
- B** Lijst met geïnterviewde partijen
- C** Interviewleidraad



Bronnen (1/3)

1. **Achterberg, P., Böcker, K., & De Winter, G.** (2019). Adviesrapport secundair gebruik van data in de geboortezorg: Een schets van contouren en optimalisatie van een datalandschap. Community van Data Experts.
2. **Achterberg, P., Consanax** (z.j.). Data van kindwens tot kleuterzorg: Een pilotanalyse van de functionaliteit van het huidige datalandschap. [Notitie].
3. **Belleman, T., van Wijngaarden, J. D. H., Kuppen, M. C. P., de Groot, S., van der Velden, K. J. M., Bosch, D., van Oort, I. M., Uyl-de Groot, C. A., & van Deen, W. K.** (2025). Moving from a registry to a learning health system: A case study of a Dutch prostate cancer registry. *Learning health systems*, 9(3), e10476. <https://doi.org/10.1002/lrh2.10476>
4. **Berenschot** (2021). Samen (net)werken in de zorg: doorbreken van patronen. Leren van de geboortezorg: evaluatieonderzoek naar (het ontstaan van) samenwerking in verloskundige samenwerkingsverbanden.
5. **van der Bij, S., Khan, N., Ten Veen, P., de Bakker, D. H., & Verheij, R. A** (2017). Improving the quality of EHR recording in primary care: a data quality feedback tool. *Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA*, 24(1), 81–87. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocw054>
6. **Bouter, C., Di Scala, D., & Maljaars, L.** (2023). Onderzoek naar de meerwaarde van ontologie voor geboortezorg. [Webinarpresentatie]. TNO.
7. **Radicale vernieuwing (LOC Waardevolle zorg).** (2025). Leren en rekenschap geven vanuit waardevolle zorg: Kwaliteit vanuit de interactie tussen mensen. LOC Waardevolle zorg.
8. **Datavoorgezondheid.nl.** (z.j.). European Health Data Space (EHDS) - Secundair gebruik. Geraadpleegd van <https://www.datavoorgezondheid.nl/onderwerpen/e/european-health-data-space/secundair-gebruik>
9. **Hogeschool Rotterdam.** (2025). Samen leren en ontwikkelen binnen en tussen verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's). Geraadpleegd van: <https://www.hogeschoolrotterdam.nl/onderzoek/projecten-en-publicaties/zorginnovatie/projecten/samen-leren-en-ontwikkelen-binnen-en-tussen-vsvs/>
10. **International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM).** (z.j.). Pregnancy & childbirth standard set. Geraadpleegd van <https://www.ichom.org/patient-centered-outcome-measure/pregnancy-and-childbirth/>
11. **Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.** (2026). Passende kraamzorg vraagt om betere verdeling van de beschikbare capaciteit. Geraadpleegd van <https://www.igj.nl/documenten/2026/03/26/passende-kraamzorg-vraagt-om-betere-verdeling-van-de-beschikbare-capaciteit>
12. **IZA-werkgroep Secundair Datagebruik.** (2025). Resultaten verkenning Nationaal Afsprakenstelsel Secundair Datagebruik. Geraadpleegd via Data voor Gezondheid: <https://www.datavoorgezondheid.nl/documenten/2025/04/14/resultaten-verkenning-nationaal-afsprakenstelsel-secundair-datagebruik>
13. **IZA-werkgroep Secundair Datagebruik.** (2025). Resultaten werksessie informatiemodellering voor secundair meervoudig datagebruik [Verslag werksessie / presentatie].
14. **Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV).** (2025). Aanleveren gegevens succesvol hervat - verwerking in volle gang. [Nieuwsbericht]. Geraadpleegd van <https://www.knov.nl/actueel/nieuws/nieuwsbericht/aanleveren-gegevens-succesvol-hervat-verwerking-in-volle-gang>

Bronnen (2/3)

15. **Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV).** (2024). KNOV en Perined slaan de handen ineen om de kwaliteit van data inzichtelijk te maken. [Nieuwsbericht]. Geraadpleegd van: <https://www.knov.nl/actueel/nieuws/nieuwsbericht/gegevens-in-perined-databank-niet-in-alle-gevallen-betrouwbaar>
16. **Kwaliteitsraad Geboortezorg (CPZ) & Zorginstituut Nederland.** (2016). Kwaliteitskader Geboortezorg.
17. **MedicalPHIT & Perined.** (2023). [Rapport]. Geraadpleegd van: <https://assets.perined.nl/docs/5b9193c1-787c-490b-8c45-fa3a4c4da8ac.pdf>
18. **Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.** (2026). MeerMed zet concrete stappen voor betere databeschikbaarheid in de geboortezorg. Data voor Gezondheid. Geraadpleegd van: <https://www.datavoorgezondheid.nl/actueel/nieuws/2026/06/09/meermed-zet-concrete-stappen-voor-betere-databeschikbaarheid-in-de-geboortezorg>
19. **Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) & Zorginstituut Nederland.** (2025). Passende richtlijnen: Verslag Passende Zorg Dialoog. **Netwerk**
20. **Regionale Consortia Geboortezorg.** (2026). Leren & ontwikkelen in het Versterkingsprogramma VSV's: Reflexieve monitoring ten behoeve van de doorontwikkeling van VSV's (Cyclus 1). Netwerk Regionale Consortia Geboortezorg.
21. **Nictiz.** (2021). Lagenmodel interoperabiliteit. Geraadpleegd van <https://www.nictiz.nl/wat-we-doen/zorginformatiestelsel/interoperabiliteit/lagenmodel-3/>
22. **Nictiz.** (2021). Elektronische informatie voor gezondheid en zorg: hoe worden we daar beter van? Nictiz. <https://www.nictiz.nl/document/paper-elektronische-informatie-voor-gezondheid-en-zorg-nictiz-2021pdf>
23. **Nivel.** (2025). Domeinkennis is essentieel bij beoordeling van de geschiktheid van gezondheidsdata. [Nieuwsbericht]. Geraadpleegd van: <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/domeinkennis-essentieel-bij-beoordeling-van-geschiktheid-van-gezondheidsdata>
24. **Patiëntenfederatie Nederland.** (z.j.). Gegevensuitwisseling in de zorg [Webpagina]. Geraadpleegd van: <https://www.patiëntenfederatie.nl/leden/onderwerpen/gegevensuitwisseling/gegevensuitwisseling-in-de-zorg>
25. **Perinatale Audit Nederland (PAN).** (z.j.). Evaluatie van de perinatale audit [Webpagina]. Geraadpleegd van: Perined. <https://www.perined.nl/onderwerpen/audit/evaluatieaudit>
26. **Perined.** (2025). Medisch Spectrum Twente (MST), Chipsoft en Perined herstellen gezamenlijk incomplete cijfers 2024. Geraadpleegd van: <https://www.perined.nl/actueel/nieuws/bericht/?bericht=142>
27. **Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).** (2020). Beter weten, een beter begin: Samen sneller naar een betere zorg rond de zwangerschap. RIVM. Geraadpleegd van: <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2020-0140.pdf>
28. **Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).** (2024). Kraamzorggebruik: achtergrondkenmerken en verschillen in zorguitgaven in de eerste levensjaren. [Monitor Kansrijke Start]. Geraadpleegd van: <https://www.rivm.nl/publicaties/kraamzorggebruik>
29. **Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).** (2025). Monitoringsfunctie eerste 1.000 dagen in 2025 [Nieuwsbrief]. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Bronnen (3/3)

30. **RIVM, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, & betrokken beroepsgroepen.** (2017). Zorgstandaard Prenatale Screening (versie 2.0).
31. **Scheepers, F.** (2025). Passende richtlijnen [Keynotepresentatie]. Passende Zorg Dialoog.
32. **Verheij, R.** (2021). Het datalandschap als voedselbos voor een lerend zorgsysteem [Oratie]. Nivel. Geraadpleegd via: <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/oratie-robert-verheij-17-sept-2021-het-datalandschap-als-voedselbos-voor-een-lerend>
33. **Wouters, R. H. P., van der Graaf, R., Voest, E. E., & Bredenoord, A. L.** (2020). Learning health care systems: Highly needed but challenging. Learning health systems, 4(3), e10211. <https://doi.org/10.1002/lrh2.10211>
34. **ZonMw.** (2023). Voorstel stimuleringsprogramma versterking verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's) inclusief integrale geboortezorgorganisaties (IGO's). ZonMw.
35. **Zorginstituut Nederland.** (2022). Raamwerk voor secundair datagebruik: Samen op weg naar een datagedreven lerend zorgsysteem in dienst van passende zorg (Inspiratiedocument). Zorginstituut Nederland.
36. **Zorginstituut Nederland.** (2022). Wegiz: Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg. Geraadpleegd van: <https://www.zorginstituutnederland.nl/wat-wij-doen/werkwijzen-en-procedures/bevorderen-kwaliteit-en-inzichtelijkheid-van-de-zorg/wegiz>
37. **Zorginstituut Nederland & Babyconnect.** (2022). Op weg naar een datagedreven lerend zorgsysteem. Advies voor het delen van data voor secundair datagebruik in de geboortezorg [Ongepubliceerd advies].
38. **Zwaveling, E.** (2024). De uitdaging van integraal organiseren in de geboortezorg: Bevorderende en belemmerende factoren bij het realiseren van integrale geboortezorgorganisaties [Rapport]. Erasmus Centrum voor Zorgbestuur, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Lijst met geïnterviewde partijen

1. Blinkz
2. Bo Geboortezorg
3. Federatie van Verloskundige Samenwerkingsverbanden (Federatie VSV's)
4. Health-RI
5. Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV)
6. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)
7. Netwerk Regionale Consortia Geboortezorg (NRCG)
8. Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK)
9. Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)
10. Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)
11. Nederlandse Zorgautoriteit (NZA)
12. Nictiz
13. Patiëntenfederatie Nederland
14. Perined
15. Perinatale audit regiocoördinatoren
16. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)
17. Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
18. Voorzitters Werktafels Landelijke Tafel Integrale Geboortezorg (LTIG)
19. Vrumun
20. Zorginstituut Nederland
21. Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Interviewleidraad

Huidige situatie

- \\ Is er binnen uw organisatie sprake van dataondersteund leren?
- \\ Zo ja, wat gebeurt er momenteel binnen of tussen organisaties op dit gebied?
 - Wat doet uw organisatie concreet?
 - Wat werkt hierin goed?
 - Welke uitdagingen ervaart u?
- \\ In hoeverre verschilt het gebruik van gegevens voor primair en secundair datagebruik?

Perspectieven op een dataondersteund lerend systeem

1. Definitie en visie

- \\ Hoe omschrijft u een goed functionerend dataondersteund lerend en verbeterend geboortezorgsysteem?
- \\ Wat zijn de belangrijkste kenmerken of randvoorwaarden?
- \\ Verschillen deze beelden tussen partijen?
- \\ Waar zitten die verschillen?
- \\ Hoe beoordeelt u de huidige mate van transparantie en gegevensuitwisseling?

2. Waarde en urgentie

- \\ Welke meerwaarde ziet u als het systeem goed functioneert?
- \\ Wat is momenteel de grootste noodzaak of urgentie voor ontwikkeling?

3. Inspiratie en ontwikkelingen

- \\ Welke voorbeelden (nationaal/internationaal) zijn inspirerend en waarom?
- \\ Welke recente ontwikkelingen in het veld zijn relevant en welke impact hebben deze?

Rollen, taken en verantwoordelijkheden

4. Rol van de eigen organisatie

- \\ Welke rol ziet u voor uw organisatie?

- \\ Welke verantwoordelijkheden horen daarbij?

- \\ Wat is nodig om deze rol goed te vervullen?

5. Rollen van andere partijen

- \\ Welke rollen ziet u voor andere betrokken partijen?
- \\ Welke afhankelijkheden of onderlinge verwachtingen spelen hierbij?

6. Governance en samenwerking

- \\ Hoe kan de huidige governance worden versterkt?
- \\ Welke partij(en) zouden het voortouw moeten nemen en waarom?
- \\ Waar zitten knelpunten in de huidige rol- en taakverdeling?

Belemmerende en bevorderende factoren

7. Belemmeringen

- \\ Welke factoren belemmeren de ontwikkeling van een lerend systeem?
- \\ Kunt u dit toelichten met voorbeelden of ervaringen?

8. Bevorderende factoren en randvoorwaarden

- \\ Welke factoren bevorderen de ontwikkeling?
- \\ Welke randvoorwaarden zijn cruciaal (bijv. financiering, capaciteit, datakwaliteit, ICT)?
- \\ Welke rol spelen wet- en regelgeving (zoals Wegiz, AVG, EHDS)?

9. Duiding langs interoperabiliteitsmodel (Nictiz)

- \\ Waar liggen volgens u de belangrijkste knelpunten en kansen binnen: organisatiebeleid / zorgproces / informatie / applicaties / IT-infrastructuur?
- \\ Hoe ziet u de samenhang tussen deze domeinen?

Visie en vervolgstappen

- \\ Hoe ziet succes eruit over 2–3 jaar?
- \\ Wat zijn volgens u 1–2 concrete eerste stappen om dit systeem te realiseren?

