

Interreg



Cofinancé par
l'Union Européenne
Medegefinancierd door
de Europese Unie

France – Wallonie – Vlaanderen



SynDigitalPro

SynDigitalPro : De visie van zorginstellingen op digitalisering

Witboek



De visie van zorginstellingen op digitalisering

imprint

2026 SynDigitalPro

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit dit document mag worden gereproduceerd
zonder de uitdrukkelijke toestemming van de auteurs.

Verzoeken kunnen worden gericht aan: info@ozconsulting.be.

LB 4

Inleiding

Als we het hebben over digitale transformatie in de gezondheidszorg, hebben we het over een ontwikkeling die zowel onvermijdelijk als uiterst veeleisend is. Onvermijdelijk, omdat de demografische, epidemiologische en organisatorische druk op onze gezondheidszorgstelsels het gebruik van instrumenten noodzakelijk maakt die processen kunnen optimaliseren, de kwaliteit van de zorg kunnen verbeteren en zorgtrajecten soepeler kunnen laten verlopen. Veeleisend, omdat deze transformatie de mens in twee dimensies raakt: die van de patiënt, wiens zorgervaring centraal moet blijven staan in elke aanpak; en die van de zorgverlener, wiens werkwijzen, vaardigheden en professionele identiteit ingrijpend zullen moeten veranderen.

De geopolitieke en gezondheidscontext van de afgelopen jaren heeft deze dynamiek aanzienlijk versneld. De COVID-19-crisis heeft, soms op brutale wijze, aangetoond dat de sector in staat is om in noodsituaties digitale oplossingen in te voeren — teleconsultaties, digitale dossiers, coördinatie op afstand — en heeft de weg vrijgemaakt voor een meer structurele integratie van deze hulpmiddelen. Tegelijkertijd zijn de regelgevingen aangescherpt: de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), de European Health Data Space (EHDS) en de Europese verordening inzake kunstmatige intelligentie (AI-wet) leggen nu de basis voor een juridisch en ethisch kader dat bepalend is voor elke verantwoorde inzet van digitale technologie in de gezondheidszorg.

Het is in deze context dat het Interreg-project SynDigitalPro zijn volle betekenis krijgt.

Door instellingen en organisaties aan weerszijden van de Frans-Belgische grens samen te brengen, streeft het ernaar bruggen te slaan tussen gezondheidszorgstelsels met verschillende trajecten maar met gemeenschappelijke uitdagingen: hoe zorgen we voor een patiëntgerichte digitalisering? Hoe bereiden we zorgprofessionals voor op deze transitie? Hoe bestrijden we de digitale kloof? Hoe beheren we gezondheidsgegevens op een ethische en interoperabele manier? Tijdens dit seminar werden deze vragen openhartig en ambitieus aan de orde gesteld. Op de volgende pagina's worden de belangrijkste conclusies weergegeven, gegroepeerd rond zes hoofdthema's: de ethiek van kunstmatige intelligentie in de gezondheidszorg, nationale digitaliseringsstrategieën, de stand van zaken in de zorginstellingen, de impact op de patiënt en de zorg, de transformatie van beroepen, en ten slotte de vooruitzichten en uitdagingen tegen 2050.

AI in de gezondheidszorg: begrijpen wat het wel en niet is

Nog voordat de ethische kwesties aan de orde kwamen, stelde de AI-ethicus die de sessie leidde een fundamenteel uitgangspunt vast: het ontrafelen van kunstmatige intelligentie. In een domein waar zowel positieve als negatieve fantasieën hoogtij vieren, is deze conceptuele verduidelijking onontbeerlijk.

AI is in haar huidige vorm een machine. Ze berekent waarschijnlijkheden, verwerkt gegevens met een snelheid en op een schaal die voor de mens onmogelijk zijn, en identificeert patronen in enorme hoeveelheden informatie. Wat ze daarentegen niet doet, is denken, redeneren of betekenis creëren. De taalmodellen die soms als „denksystemen“ worden aangeduid, denken niet na: ze simuleren het denken door de statistische waarschijnlijkheid van de volgende reeks woorden te berekenen.

« Een AI legt geen verband tussen oorzaak en gevolg. Ze berekent de waarschijnlijkheid van wat er in een gesprek zou kunnen volgen. Dat is alles. Maar wij zijn de enigen die betekenis kunnen geven aan wat ze voortbrengt. »

Dit onderscheid is niet onbelangrijk: het bepaalt het gehele ethische kader voor het gebruik van AI in de gezondheidszorg. Als AI niet denkt, blijft de verantwoordelijkheid voor de beslissing altijd volledig bij de mens liggen. De zorgverlener kan zich niet achter een algoritme verschuilen om een diagnose of een behandelingskeuze te rechtvaardigen.

Om deze realiteit op een treffende manier te illustreren, werd een presentatie getoond waarvan de structuur volledig was gegenereerd door een persoonlijke AI-assistent — een tool die was verrijkt met al zijn persoonlijke onderzoek. In deze presentatie maakte de AI een ernstige feitelijke fout met betrekking tot het concept van ‘menselijke garantie’: de AI definieerde dit als het gebruik van een multidisciplinaire beoordeling voor complexe gevallen, terwijl het in werkelijkheid gaat om een gestructureerd comité dat toezicht houdt op de gehele levenscyclus van een AI-tool. De boodschap is duidelijk: zelfs een goed getrainde AI, gevoed door het werk van een expert, kan fouten maken die alleen een expert kan opsporen.

De vijf ethische pijlers van het gebruik van AI

Op basis van dit conceptuele uitgangspunt is een ethisch kader gepresenteerd, dat is opgebouwd rond vijf fundamentele principes die rechtstreeks van toepassing zijn op elke professional of instelling die een AI-oplossing wil implementeren of gebruiken.

Het welzijnsprincipe

Eerste principe: AI mag alleen worden ingezet wanneer deze een reëel en aantoonbaar voordeel oplevert voor de patiënt of voor de kwaliteit van de zorg. Het feit dat een technologie beschikbaar, innovatief of in de mode is, betekent niet dat deze ook moet worden ingezet. Het welzijnsbeginsel vereist dat vooraf wordt aangetoond dat het hulpmiddel een meetbare meerwaarde biedt – in termen van diagnostische nauwkeurigheid, organisatorische efficiëntie of comfort voor de patiënt.

Het principe van ‘geen kwaad doen’

Hoewel het vaak wordt voorgesteld als de logische tegenhanger van het principe van ‘goed doen’, is ‘geen kwaad doen’ in werkelijkheid een op zichzelf staand principe. Het verwijst naar de potentieel gevaarlijke neveneffecten van AI. Bij de analyse van medische beeldvorming kan een AI-systeem bijvoorbeeld – aan de rand van het geanalyseerde gebied – een ongewenste afwijking detecteren. De beslissing om deze waarschuwing op te volgen of te negeren is een medische beslissing die niet aan het algoritme kan worden gedelegeerd. Het niet anticiperen op dergelijke situaties kan leiden tot onbedoelde schade.

Autonomie

Dit is het meest fundamentele principe van het hele kader: de zorgverlener behoudt te allen tijde de leiding. De zorgverlener kan een beslissing niet rechtvaardigen door te zeggen: „De AI heeft het me gezegd“. Evenzo heeft de patiënt het recht om te weigeren dat er AI wordt ingezet in zijn zorgtraject. Deze driehoek – AI, zorgverlener, patiënt – kent een duidelijke hiërarchie: de relatie tussen patiënt en zorgverlener heeft altijd voorrang op de aanbeveling van het algoritme.

Rechtvaardigheid en gelijkheid

AI-systemen worden getraind op datasets die niet representatief zijn voor de gehele bevolking. Mensen met beperkte toegang tot internet, ouderen en taalkundige of culturele minderheden zijn vaak ondervertegenwoordigd in de trainingsdatasets. Dit leidt tot systemische vertekeningen die voor bepaalde patiëntengroepen tot minder nauwkeurige diagnoses kunnen leiden. Daarnaast bestaat het risico van een „tweeledige geneeskunde“: degenen die toegang hebben tot gekwalificeerde menselijke zorgverleners, en degenen die genoeg moeten nemen met een algoritmische interface – een uiterst ongelijkheidsbevorderend vooruitzicht.

Milieubewustzijn

Deze vijfde pijler, die in debatten over AI in de gezondheidszorg vaak over het hoofd wordt gezien, wordt echter steeds belangrijker. Het trainen en gebruiken van grote AI-modellen verbruikt aanzienlijke hoeveelheden energie en natuurlijke hulpbronnen. Voordat AI wordt ingezet, moet men zich afvragen of het beoogde gebruik deze milieukosten rechtvaardigt. Het gebruik van AI om een complex ECG te interpreteren heeft niet hetzelfde ethische gewicht als het gebruik ervan om een alledaagse vraag te beantwoorden.

Het wettelijk kader: van de AVG tot de AI-wet

Tijdens de bijeenkomst werd een cruciaal, maar vaak over het hoofd gezien punt benadrukt: het wettelijk kader rond het gebruik van AI in een professionele context is al aanzienlijk. Sinds 2021 bestaan er voldoende robuuste regelgevingen om verantwoord gebruik te waarborgen. De Europese AI-wet, die inmiddels van kracht is, vult dit kader aan door specifieke verplichtingen vast te stellen op basis van het risiconiveau van de toepassingen.

Het kernprincipe van het wettelijk kader, dat elke zorgverlener moet begrijpen: zodra men AI in een professionele context gebruikt, wordt men de gebruiker ervan en draagt men de wettelijke verantwoordelijkheid. Er vindt geen overdracht van verantwoordelijkheid plaats naar de fabrikant van de tool: als een AI een verkeerde diagnose stelt en de zorgverlener deze volgt zonder zijn kritisch oordeel te gebruiken, is de zorgverlener verantwoordelijk.

De menselijke waarborg – een centraal juridisch beginsel

Centraal in de AI-wet staat het concept van de „menselijke waarborg”. In tegenstelling tot wat een AI spontaan zou kunnen beschrijven (een multidisciplinair onderzoek voor complexe gevallen), gaat het hier om een structureel toezichtsmechanisme: een comité voor menselijke waarborg houdt toezicht op de volledige levenscyclus van een AI-tool, van de ontwikkeling tot het onderhoud, inclusief het gebruik van gegevens en de vergelijking van de resultaten met menselijke referenties. Dit comité zorgt ervoor dat mensen in elke fase de controle over de machine behouden.

Als een van de praktische verplichtingen die uit dit kader voortvloeien, is een implementatiechecklist voorgesteld die van toepassing is op elke organisatie of persoon die een AI-tool wil inzetten: controleren of de tool voldoet aan de vereiste certificeringen (CE-markering voor medische hulpmiddelen), de gebruiksaanwijzing en de beperkingen van de tool lezen en begrijpen, de patiënt vóór elk gebruik informeren over het gebruik van AI, de door de AI gegenereerde resultaten systematisch controleren alvorens ze te gebruiken, en de uiteindelijke beslissing als een menselijk voorrecht behouden.

Een laatste punt trok in het bijzonder de aandacht van het publiek: de culturele vooringenomenheid van AI. De overgrote meerderheid van de toonaangevende AI-modellen wordt ontwikkeld in de Verenigde Staten, op basis van Engelstalige datasets en met een Amerikaanse culturele invalshoek. Het gebruik van deze tools in Europa zonder aanpassing of waakzaamheid leidt tot culturele verschillen in aanbevelingen, formuleringen of voorstellingen. Deze vooringenomenheid werd op humoristische wijze geïllustreerd: een AI-assistent bleef presentaties afsluiten met een enthousiaste, typisch Amerikaanse 'high five', wat een culturele kloof blootlegde die alleen door menselijke waakzaamheid kan worden gecorrigeerd.

Frankrijk: een regionale strategie rond zes pijlers

Loïc Torosani, hoofd van de afdeling Digitale Gezondheidszorg van het Regionaal Gezondheidsagentschap (ARS) van Hauts-de-France, presenteerde het beleid inzake digitale gezondheidszorg dat op regionaal niveau wordt uitgevoerd, in overeenstemming met de nationale richtlijnen die zijn vastgelegd in het Ségur-plan voor digitale gezondheidszorg.

De ARS van Hauts-de-France is een openbare instelling die rechtstreeks onder toezicht staat van de sociale ministeries en tot taak heeft het regionale volksgezondheidsbeleid aan te sturen. In dit kader vormt digitale gezondheidszorg een volwaardige operationele doelstelling van het Regionaal Gezondheidsplan, die is onderverdeeld in zes thema's:

- De uitwisseling en het delen van gezondheidsgegevens, dat momenteel wordt gezien als het meest bepalende onderwerp binnen de digitale gezondheidszorg
- De bevordering van de „Espaces Santé“ (Mon Espace Santé), een nationaal instrument voor gebruikers en professionals om gezondheidsgegevens rond de patiënt te delen
- Cyberveiligheid, die steeds belangrijker wordt in een gespannen geopolitieke context — de ARS ontwikkelt met name een Regionaal Centrum voor Cybermiddelen
- De toegang tot en het gebruik van telezorg (telegeneeskunde, telerevalidatie, telemonitoring)
- De invoering van regionale digitale diensten die de ziekenhuis-, ambulante en medisch-sociale sectoren coördineren
- De bestrijding van de digitale kloof in de gezondheidszorg, met gerichte acties voor zowel patiënten als zorgverleners

Om deze richtlijnen uit te voeren, steunt de ARS op een drieluik van bestuur waarin de ziektekostenverzekering en de Regionale Groepering ter Ondersteuning van de Ontwikkeling van e-gezondheid (GRADeS) samenwerken, waarbij GRADeS zorgt voor de operationele uitrol in het veld. Tot de toonaangevende lopende projecten behoren een proefprogramma voor telezorg op het gebied van geestelijke gezondheidszorg in het departement Aisne — een gebied dat op dit vlak bijzonder achtergesteld is — en een strategie voor de uitbreiding van de uitwisseling van medische beeldvorming.

« Als je alleen een hamer in je hand hebt, lijkt alles op een spijker. Al is slechts één van de vele hulpmiddelen; het gaat erom dat je over de juiste gereedschapskist beschikt »

België: Europees koploper op het gebied van e-gezondheid en routekaart 2026-2029

Mickaël Daubie, algemeen directeur van de Dienst Gezondheidszorg bij het RIZIV (Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering), presenteerde de Belgische strategie voor digitalisering in de gezondheidszorg – een strategie die de Europese Commissie in een analyse uit 2024 heeft aangemerkt als een van de meest geavanceerde van het continent, waardoor België bovenaan de Europese ranglijst voor e-gezondheid staat.

Deze leidende positie is met name te danken aan de strategische continuïteit: sinds 2012 hebben opeenvolgende regeringen een nationale routekaart voor digitalisering in de gezondheidszorg in stand gehouden en verder uitgewerkt. De nieuwe routekaart 2026-2029, die momenteel in ontwikkeling is, is opgebouwd rond zes clusters:

- De fundamentele en basisdiensten, gedragen door het federaal agentschap eHealth
- Het BIHR (Belgian Integrated Health Record), de ruggengraat van het Belgische digitale ecosysteem
- Het patiëntgedeelte (maSanté.be), dat elke burger inzicht geeft in zijn of haar gezondheidsgegevens
- De ontwikkeling van telegeneeskunde en mobiele gezondheidsapps
- Geïntegreerde zorg, met prioritaire programma's die worden uitgerold op drie gebieden: het perinatale programma (1000 dagen), kwetsbare personen en adolescenten met obesitas

- De Europese ruimte voor gezondheidsgegevens (EHDS), met de oprichting van een nationaal Health Data Agency dat belast is met het bevorderen van het primaire en secundaire gebruik van gegevens

E-gezondheid in cijfers (België – 2024)

Het BIHR verdient bijzondere aandacht. Gezien de vaststelling dat de Belgische gezondheidsgegevens „talrijk maar versnipperd“ zijn – een direct gevolg van een federale staat met een complexe bestuursstructuur – is het idee van een gecentraliseerde gegevenskluis waarin de gegevens van de 11 miljoen Belgen worden gebundeld, verlaten ten gunste van een verbonden ecosysteem: systemen die met elkaar communiceren, met gemeenschappelijke standaarden, een intergouvernementele architectuur en een soepele integratie in de werkwijzen van zorgverleners.

Deze filosofie van interoperabiliteit zonder centralisatie wordt voorgesteld als realistischer en privacyvriendelijker dan een gecentraliseerde database – maar ze brengt aanzienlijke uitdagingen met zich mee op het vlak van standaardisatie en coördinatie tussen de verschillende gefedereerde entiteiten.

Mickaël Daubie sprak ook, met een welkome openhartigheid, de beperkingen van het systeem: telegeneeskunde blijft „het stiefkind“ van de Belgische strategie, de instrumenten die op bepaalde gebieden worden ingezet, komen maar moeizaam op gang, en het confederalisme bemoeilijkt soms de harmonieuze uitvoering van transversaal beleid (zelfs de definitie van een „kwetsbare persoon“ is nog steeds onderwerp van onenigheid tussen de regio's).

Volgens de studie van de Europese Commissie uit 2024 staat België op de eerste plaats in Europa wat betreft de mate van volwassenheid op het gebied van e-gezondheid. De nationale routekaart bestaat al sinds 2012 (dat wil zeggen 13 jaar strategische continuïteit). Het Belgische gezondheidszorgsysteem kost ongeveer 45 miljard euro per jaar. Het informatiesysteem van een middelgroot Belgisch ziekenhuis bestaat uit meer dan honderd digitale oplossingen – een complexiteit die de uitdaging van interoperabiliteit illustreert.

Het CHwapi-ziekenhuis: open innovatie en daadwerkelijk geïntegreerde samenwerking tussen instellingen

Jacques Godart, hoofd van de afdeling Gezondheidsontwikkeling bij het Centre Hospitalier de Wallonie-Picard (CHwapi), deelde de visie en werkwijzen van een Belgisch mutualistisch ziekenhuis dat volop in transformatie is. Het CHwapi, dat momenteel bezig is zijn activiteiten tegen 2026-2027 op één locatie samen te brengen, heeft van digitalisering een centrale strategische pijler gemaakt, door deze te kaderen in een logica van open innovatie en samenwerking tussen ziekenhuizen. De aanpak van het CHwapi is gebaseerd op twee elkaar aanvullende benaderingen. Enerzijds komen de digitaliseringsinitiatieven voort uit de klinische praktijk: het zijn de artsen en de zorgteams die de behoeften identificeren en de projecten dragen. Anderzijds vervult de IT-afdeling een rol op het gebied van architectuur en governance om de samenhang en veiligheid van het totale informatiesysteem te waarborgen.

Als een van de meest opvallende initiatieven noemde Jacques Godart het project „Tinder voor digitale gezondheidsoplossingen”: een platform dat ziekenhuizen met een op te lossen probleem in contact brengt met marktpartijen die oplossingen kunnen aanbieden – of omgekeerd. Deze bilaterale aanpak is bedoeld om af te stappen van een benadering van commerciële werving en over te stappen op een benadering van gezamenlijke ontwikkeling rond een reële behoefte. Het CHwapi heeft op initiatief van de FOD Volksgezondheid ook een consortium van tien Belgische ziekenhuizen gecoördineerd om oplossingen te ontwikkelen die de thuiszorg voor patiënten in een transmurale context vergemakkelijken – een ambitieus project waarvan de eerste resultaten bemoedigend zijn, hoewel er nog verbeteringen worden verwacht wat betreft de kwaliteit van de platforms.

Ten slotte benadrukte Jacques Godart het belang van een zelden genoemd instrument: de „gebruikers-adviseurs“, patiënten die worden ingezet om digitale projecten te beoordelen voordat ze worden uitgerold. Deze gebruikers fungeren als een waardevolle waarborg tegen de uit de hand lopende ontwikkelingen van een systeem dat zich in zijn eigen technologische logica zou kunnen voortzetten.

AZ Oostende: gegevens ten dienste van innovatie

Lieselot Cool, datamanager bij het AZ Oostende (een middelgroot ziekenhuis in Vlaanderen), presenteerde een bijzonder gestructureerde aanpak van datagovernance, die is opgebouwd rond drie pijlers: het hergebruik van data ter ondersteuning van besluitvorming, investeren in innovatie en het waarborgen van datamaturiteit voor secundaire toepassingen en de Europese ruimte voor gezondheidsgegevens.

AZ Oostende steunt op een innovatieafdeling met de naam „Hightide“ – een verwijzing naar de hoge verwachtingen die de instelling van innovatie heeft. Deze gestructureerde afdeling is opgebouwd rond drie pijlers: het verbeteren van de waarde voor zorgverleners, het versterken van de zelfredzaamheid van de patiënt en het inzetten van slimme technologieën ten dienste van de zorg.

Van de gepresenteerde concrete projecten illustreert het PROZA-project perfect de toegevoegde waarde van goed begeleidde AI: dit AI-systeem, dat is geïntegreerd in het elektronische patiëntendossier, identificeert automatisch risicofactoren voor osteoporose – een aandoening die vaak ondergediagnosticeerd wordt vanwege de complexiteit van de medische geschiedenis van de betrokken patiënten. De AI stelt geen diagnose; het waarschuwt de arts, die de volledige verantwoordelijkheid voor de beoordeling behoudt. Een ander veelbelovend project, CAVEL, experimenteert met het gebruik van spraakherkenning tijdens diëtetische en psychologische consulten, zodat professionals zich volledig kunnen concentreren op de menselijke interactie en tegelijkertijd de kwaliteit van de automatisch gegenereerde verslagen gewaarborgd blijft.

VZW De Lindeboom: de ouderenzorg opnieuw uitvinden

Bart Dewaele, CEO van VZW De Lindeboom, een Vlaamse organisatie gespecialiseerd in langdurige zorg die actief is in drie regio's (Knokke-Heist, Blankenberge, Maldegem), bracht een ander en waardevol perspectief in: dat van een medisch-sociale instelling die te maken heeft met bijzonder ingrijpende veranderingen, in een demografische context waarin vergrijzing de komende decennia centraal staat in de prioriteiten op het gebied van de gezondheidszorg. De filosofie van VZW De Lindeboom onderscheidt zich door een benadering die radicaal op het individu is gericht. De organisatie verwerpt het gestandaardiseerde model van rusthuizen als „getto's aan de rand van de stad“ en pleit voor de integratie van zorginstellingen in het lokale gemeenschapsweefsel, gepersonaliseerde begeleiding en samenwerking met tweedelijnsziekenhuizen. De bewoners worden overigens bewust 'cliënten' genoemd – een terminologie die een diepgaande visie op de autonomie en waardigheid van de begeleide personen weerspiegelt.

Wat digitalisering betreft, sloeg Bart Dewaele een gematigde toon aan: technologie moet geleidelijk worden ingevoerd, aangepast aan het tempo van de ouderen en de teams. De menselijke relatie blijft de absolute prioriteit. Hij erkende echter dat AI en digitale technologieën de komende decennia onmisbaar zullen zijn in de ouderenzorg, met name om professionals te ondersteunen in een context van structureel tekort aan arbeidskrachten.

LRS – Ziekenhuis Villiers-Saint-Denis: een veelzijdige digitale strategie

Christelle Jobert, leidinggevende verantwoordelijk voor partnerschappen, vergunningen en patiëntenzaken bij de LRS-instellingen (La Renaissance Sanitaire) in Villiers-Saint-Denis, presenteerde de digitale strategie van een particuliere zorginstelling van algemeen belang (ESPIC) in de regio Hauts-de-France. De instelling, die onder een als algemeen nut erkende stichting valt, is gevestigd in Villiers-Saint-Denis (Aisne) en biedt een breed scala aan diensten: medische en revalidatiezorg (SMR) met 300 bedden voor volledige ziekenhuisopname en 40 bedden voor dagopname, medisch-sociale voorzieningen (dagopvang voor Alzheimerpatiënten, respijtplatform voor mantelzorgers, preventieteam voor verschillende verzorgingstehuizen), en een preventiecentrum voor samenwerking tussen stad en ziekenhuis met een inclusieve woonomgeving dat sinds januari 2025 open is.

De digitale strategie van de instelling is opgebouwd rond vijf kerndoelstellingen: verbetering van de kwaliteit en veiligheid van de zorg (traceerbaarheid, centralisatie van patiëntgegevens, continuïteit van de zorg via het geautomatiseerde patiëntendossier), vergemakkelijking van de toegang tot zorg (Doctolib, Via Trajectoire voor doorverwijzing), versterking van de coördinatie tussen actoren (beveiligde berichtenuitwisseling in de gezondheidszorg, gedeelde informatiesystemen), het versterken van de zelfredzaamheid van de patiënt (telemonitoring van diabetes via My Diaby, Mon Espace Santé, gedeeld medisch dossier) en organisatorische optimalisatie (dicteren en spraakherkenning, AI voor de planning van de werktijden van zorgverleners).

Wat de presentatie van LRS bijzonder leerzaam maakt, is de eerlijkheid waarmee Christelle Jobert de ondervonden beperkingen heeft uiteengezet: interoperabiliteit blijft een grote uitdaging (als de ontvanger van een beveiligd bericht zelf niet over deze tool beschikt, wordt beveiligde communicatie onmogelijk); de digitale kloof treft ook oudere patiënten of mensen die niet vertrouwd zijn met digitale technologie; zij moeten worden begeleid bij het aanmaken en gebruiken van hun gezondheidsportaal; en de acceptatie van elke nieuwe technologie door zorgverleners vereist een periode van vertrouwd raken en opleiding die niet overgeslagen kan worden.

De innovatieve technologische dimensie van de instelling komt vooral tot uiting in de technische faciliteiten voor revalidatie, die bestaan uit loopexoskeletonten, spiegeltherapie, virtuele realiteit ter voorkoming van valpartijen en een systeem voor telerevalidatie onder toezicht van de teams. Dit systeem, dat nader wordt toegelicht door Michael Hantz, ergotherapeut en referent voor innovatie op het gebied van gezondheidszorg en technologie, illustreert concreet hoe technologie de toegang tot zorg kan vergroten.

Op weg naar een patiënt die zijn gezondheid in eigen hand neemt

De digitalisering verandert de relatie tussen patiënt en zorgverlener ingrijpend. Digitale hulpmiddelen – gedeelde medische dossiers, apps voor het bijhouden van gegevens, systemen voor telemonitoring – vormen echte hefboomen voor emancipatie: ze geven de patiënt toegang tot zijn eigen gegevens en betrekken hem actief bij zijn behandelingskeuzes. Maar deze ontwikkeling is een tweesnijdend zwaard. Een patiënt die te veel informatie heeft en geen professionele begeleiding krijgt, kan de arts confronteren met een verkeerde interpretatie van zijn eigen gegevens. Gezondheidsgeletterdheid wordt daardoor een even strategische uitdaging als de tool zelf.

« Sommige patiënten lopen op digitaal gebied op ons voor. Anderen staan nog ver af van deze realiteit. Het zijn twee verschillende uitdagingen, maar ze vereisen allebei dat we werken aan gezondheidsgeletterdheid. »

Thuis als het ziekenhuis van de toekomst

Er is een sterke consensus ontstaan: het ziekenhuis van de toekomst is thuis. Orale oncologische behandelingen, intraveneuze antibioticatherapie, peritoneale dialyse, telerevalidatie – het zijn allemaal behandelingen die zich nu buiten de muren van het ziekenhuis afspelen, met follow-up op afstand via digitale hulpmiddelen. Dit model gaat veel verder dan alleen comfort: het verandert de sociaal-economische verhoudingen in de zorg, bevordert het behoud van de beroepsactiviteit van de patiënt en vormt een hefboom voor gelijke toegang tot zorg. In Frankrijk worden deze voorzieningen nu vergoed door de Caisse Primaire d'Assurance Maladie, wat een institutionele erkenning is van hun klinische waarde.

De digitale kloof in de gezondheidszorg, een absolute prioriteit

De digitale kloof treft zowel patiënten als zorgverleners. Er moet tegelijkertijd op drie vlakken worden ingegrepen: apparatuur, vaardigheden en vertrouwen. Er bestaan concrete oplossingen, zoals de initiatieven voor digitale inclusie in Hauts-de-France, het alfabetiseringsplan van het INAMI, de e-gezondheidsreferentieteams bij LRS en de betrokkenheid van ervaringsdeskundigen bij het ontwerpen van hulpmiddelen. Maar de inspanningen blijven ontoereikend gezien de omvang van de uitdaging.

Resultaten van het SynDigitalPro-onderzoek (2025)

Het onderzoek van de CSD Mons-Wallonie Picarde, uitgevoerd onder 109 zorgprofessionals in Frankrijk, Wallonië en Vlaanderen, komt tot een duidelijke conclusie: digitale hulpmiddelen worden voornamelijk gebruikt voor administratieve taken. De digitalisering van de zorg vordert, maar blijft versnipperd. AI, robotica en slimme apparaten spelen nog steeds een marginale rol. De zorgverleners erkennen de potentiële voordelen, maar wijzen op aanhoudende structurele belemmeringen: kosten, opleiding en interoperabiliteit. Belangrijkste conclusie: ze zijn bereid om mee te werken, op voorwaarde dat de tools samen met hen en voor hen worden ontworpen.

Transformatie van beroepen: bedreigingen, kansen en verantwoordelijkheden

Beroepen die gericht zijn op diagnostiek — beeldvorming, pathologie, klinische biologie — worden het meest direct blootgesteld aan de algoritmische transformatie. Hoewel het risico op een polarisatie van de arbeidsmarkt in ziekenhuizen reëel is, is de algemene dynamiek complexer: AI maakt tijd vrij voor medisch personeel, versterkt de waardeketen en stelt artsen in staat om meer complexe gevallen te behandelen. Het maakt beroepen niet overbodig; het geeft ze een nieuwe richting.

Volgens het OPCO-rapport getiteld „De beroepen in de gezondheidszorg tegen 2040“ wordt er met name uitgekeken naar twee opkomende profielen: digitale bemiddelaars ten behoeve van patiënten en digitale bemiddelaars ten behoeve van zorgverleners. Ook de casemanager, een niet-klinische schakel rondom de patiënt, profileert zich als een sleutelrol om onderbrekingen in het zorgtraject te voorkomen in een steeds complexer wordend gezondheidszorgsysteem.

Instellingen die niet investeren in het vergroten van de digitale vaardigheden van hun teams, lopen een strategisch risico. Het Rode Kruis en de VYV-groep illustreren hoe een ambitieuze aanpak eruit kan zien: een VAE-programma om professionals uit andere sectoren om te scholen naar beroepen in de zorg, en negen e-learningmodules die in samenwerking met de Colisée-groep zijn ontwikkeld. De logica is duidelijk: middelen bundelen, ervaringen delen, gezamenlijk vooruitgang boeken.

« We delen niet genoeg. We werken niet genoeg samen. Tussen opleidingsinstellingen, tussen sociale zekerheidsgroepen, tussen instellingen: we moeten meer samenwerken. »

Overkoepelende uitdagingen en vooruitzichten

Naast de ervaringen die door elke instelling werden gepresenteerd, bracht de dag verschillende overkoepelende uitdagingen aan het licht die bepalend zijn voor het welslagen van elke digitaliseringsstrategie in de gezondheidszorg. De eerste is interoperabiliteit: zolang informatiesystemen niet met elkaar communiceren, blijft elk systeem een eiland op zich. Een patiënt die in meerdere instellingen wordt gevolgd, genereert nog steeds versnipperde gegevens, waardoor zorgverleners gedwongen worden tot herhaaldelijke herinvoer, wat fouten en tijdverlies veroorzaakt. De oplossing ligt niet in centralisatie, maar in de invoering van gemeenschappelijke standaarden — HL7 FHIR, SNOMED CT — die België met zijn BIHR en Frankrijk met zijn inspanningen om de gegevensuitwisseling te stroomlijnen tot een centrale strategische pijler hebben gemaakt.

De tweede uitdaging is cyberveiligheid. In een gespannen geopolitieke context zijn zorginstellingen prioritaire doelwitten geworden vanwege de gevoeligheid van de gegevens waarover zij beschikken. AI verergert deze kwetsbaarheid paradoxaal genoeg: het opent nieuwe aanvalsvectoren en versterkt tegelijkertijd de detectiemogelijkheden. Beschermingsstrategieën moeten rekening houden met deze dubbele realiteit. In Hauts-de-France is cyberveiligheid nu de derde operationele pijler van het Regionaal Gezondheidsplan, een teken dat de urgentie ten volle wordt erkend. De derde uitdaging, en niet de minste: gegevensbeheer. Gezondheidsgegevens zijn van grote waarde voor onderzoek, innovatie en het verbeteren van de praktijk. Maar ze weerspiegelen ook de vooroordelen van de bevolkingsgroepen die ze hebben voortgebracht en de belangen van de instellingen die ze verzamelen. De in 2024 aangenomen EHDS-verordening creëert een ambitieus Europees kader voor het veilig delen ervan — en AZ Oostende bereidt zich nu al voor om aan de eisen daarvan te voldoen. Het gaat er niet om te kiezen tussen bescherming en benutting, maar om bestuursmodellen op te zetten die beide tegelijk mogelijk maken, met voortdurende aandacht voor de potentieel ongelijkheidsbevorderende effecten van bepaalde toepassingen van AI.

Ten slotte werd de rondetafelgesprek afgesloten met een toekomstverkenning met 2050 als horizon. De verwachtingen lopen samen: een soepeler functionerend gezondheidszorgsysteem, een beter geïnformeerde patiënt die daadwerkelijk een actieve rol speelt in zijn of haar gezondheid, en zorgverleners die bevrijd zijn van repetitieve taken en meer beschikbaar zijn voor de menselijke relatie. De angsten worden eveneens door iedereen gedeeld: een toenemende digitale kloof als de hulpmiddelen niet voor iedereen worden ontworpen, een sluipende ontmenselijking als de technologie zich tussen de zorgverlener en de patiënt plaatst, en een tweedeling in de geneeskunde als toegang tot een menselijke arts een luxe wordt.

« 2050 is niet 2050. Het is 2025, 2026. De behoeften zijn er nu, en nu moet iedereen zijn verantwoordelijkheid nemen. »

Conclusie

Dit seminar van het SynDigitalPro-project was bovenal een moment van collectief inzicht. De digitalisering van de gezondheidszorg is geen verre toekomst meer: ze is er al, in de technische laboratoria met exoskeletten en virtual reality, in de algoritmen die cardiologen ondersteunen, in de apps die patiënten gebruiken om hun behandeling bij te houden, in de dashboards die als leidraad dienen voor managementbeslissingen. Ze is ook aanwezig in de spanningen die ze veroorzaakt, de ongelijkheden die ze dreigt te verergeren en de verantwoordelijkheden die ze met zich meebrengt.

Wat het sterkst naar voren komt uit deze dag, is dat de digitale transformatie geen IT-project is. Het is een menselijk project. Het kan alleen slagen onder twee voorwaarden: dat de zorgverleners worden opgeleid, begeleid en betrokken vanaf het ontwerp van de hulpmiddelen; en dat de patiënten, of ze nu online zijn of niet, centraal blijven staan bij alle beslissingen. Deze twee voorwaarden zijn onderling afhankelijk. Een hulpmiddel dat zonder de zorgverleners is ontworpen, zal niet worden gebruikt. Een hulpmiddel dat zonder de patiënten is ontworpen, zal hen niet van dienst zijn.

Ten tweede is het een collectief project. De instellingen die tijdens deze dag werden voorgesteld – CHwapi, AZ Oostende, VZW De Lindeboom, LRS – hebben gemeen dat ze hebben begrepen dat de digitale transformatie niet in je eentje tot stand komt. Ze wordt opgebouwd door samenwerking, het bundelen van middelen en het delen van ervaringen. Het SynDigitalPro-project is precies zo'n ruimte voor grensoverschrijdende samenwerking: Frankrijk, Wallonië en Vlaanderen staan voor dezelfde uitdagingen en gaan samen vooruit in plaats van elk afzonderlijk oplossingen uit te vinden die de ander al heeft getest.

Ten slotte is het een ethisch project, dat de meest kwetsbaren nooit uit het oog mag verliezen. De digitale kloof is geen onvermijdelijkheid, maar verdwijnt ook niet vanzelf. Ze vereist een actief beleid op het gebied van digitale geletterdheid, hulpmiddelen die zijn ontworpen met de gebruikers in gedachten die het verst van de digitale wereld af staan, en voortdurende waakzaamheid ten aanzien van de vooroordelen die algoritmen reproduceren of versterken. De ethiek van AI in de gezondheidszorg is geen wettelijke verplichting: het is juist de voorwaarde voor een digitalisering die haar beloften voor de hele bevolking waarmaakt.

Het Rode Kruis en de VYV-groep hebben de beste samenvatting van deze dag gegeven: digitalisering mag nooit het doel van de zorg worden. Het moet er een hulpmiddel voor blijven. De zorgverlener die minder tijd besteedt aan het invullen van formulieren, kan meer tijd besteden aan luisteren. De patiënt die toegang heeft tot zijn gegevens, kan zijn situatie beter begrijpen en meebeslissen over zijn behandeling. Technologie heeft uiteindelijk alleen zin als ze mensen dichterbij elkaar brengt: zorgverleners onderling, professionals en patiënten, instellingen en regio's. Dit is het kompas dat SynDigitalPro de komende jaren wil blijven volgen.

Sprekers en panelleden

Presentatie en moderatie van het seminar

Jean-Paul Delmeire
COO OZConsulting

Nationale strategieën voor digitalisering in de gezondheidszorg

Loïc Torosani
Hoofd van de afdeling Digitale Gezondheidszorg

Mickaël Daubie
Algemeen directeur, Dienst Gezondheidszorg
RZIV (België) bij de ARS Hauts-de-France

Digitalisering in zorginstellingen

Jacques Godart
Hoofd van de afdeling Gezondheidsontwikkelingen
CHwapi (België)

Lieselot Cool
Datamanager - AZ Oostende (België)

Bart Dewaele
CEO - VZW De Lindeboom (België)

Christelle Jobert
Leidinggevende, Partnerschappen, Vergunningen en Patiënten LRS – Ziekenhuis Villiers Saint-Denis

Michael Hantz
Ergotherapeut DE, Referent Innovatie Gezondheid en Technologieën LRS – Ziekenhuis Villiers Saint-Denis

Begeleiding bij verandering

Rode Kruis Compétence

Opleiding en begeleiding van zorgprofessionals

VYV Groupe mutualiste, partner van het SynDigitalPro-programma

De projectbeheerders



De partneroperators van het project

Observatoire Franco-Belge de la Santé

Province de Namur (Belgique)

AVIQ - Agence Wallonne de la Santé

Agence régionale de santé des Hauts-de-France

Centre Hospitalier EpiCURA (Hainaut, Belgique)

Fédération des Centres de Services à Domicile (Belgique)

Centre Hospitalier de Le Quesnoy (France)

Centre Hospitalier de Maubeuge (France)

Centre Hospitalier de Fellerries-Liessies (France)

ELSAN - Centre de Rééducation de La Rougeville (Hauts-de-France)

Union Régionale des Mutualités françaises des Hauts-de-France

Interreg



Cofinancé par
l'Union Européenne
Medegefinancierd door
de Europese Unie

France – Wallonie – Vlaanderen



SynDigitalPro

Medefinanciering :



Wallonie

familles santé handicap

AVIQ