

VERBETER!

Over betere (digitale) zorg

PAGINA 24

“Ook als je geen toegang hebt tot het dossier, kun je iemand nog steeds wel helpen. Je wordt gedwongen om écht naar de patiënt te kijken.”

Aniek Crombach, SEH-arts en Arts zonder grenzen

PAGINA 6

RPA HAALT ROBOT UIT DE MENS

“Binnen drie seconden zet Aimy de gegevens van zeven patiënten foutloos over in het EPD.”

PAGINA 9

TIJD VOOR EEN INTEGRALE KIJK OP KWALITEIT

Kwaliteit van zorg in zes dimensies

PAGINA 32

SAMEN MEER SLAGKRACHT IN DE REGIO

Digitalisering binnen regionale samenwerking

PAGINA 42

VRAAGSTUKKEN ROND DATA EN AI IN DE ZORG

Drie dilemma's, vier perspectieven



Colofon

Voor je ligt alweer de vijfde uitgave van 'Verbeter!', het magazine waarin wij mooie initiatieven in de zorg in de schijnwerpers zetten. Met interviews en verhalen uit de praktijk nemen we je mee in de wereld van digitalisering, data en slimme toepassing van ICT. Daarbij staat het verbeteren van de kwaliteit van zorg altijd centraal.

Redactionele artikelen: Louwke Meinardi, Herma Erkelens, Thea Prins en Theone Joostensz

Foto omslag: C. Grodotzki

Foto's: C. Grodotzki (artikel Aniek Crombach),

Verbeteraars, Maike van der Velde en derden

Vormgeving en realisatie: Alista Leemhuis

Dit magazine is een uitgave van Verbeteraars B.V. Exemplaren worden gratis verspreid onder relaties van Verbeteraars en haar medewerkers.

Verbeteraars B.V.
Health Hub Roden
1e Energieweg 13
9301 LK Roden

Postbus 224
9300 AE Roden

T. 06 2644 3644
E. info@zorgverbeteraars.nl
www.zorgverbeteraars.nl

© 2024 Verbeteraars BV
Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Ondanks alle aan de samenstelling van dit magazine bestede zorg kan de uitgever geen aansprakelijkheid aanvaarden voor schade die het gevolg is van enige fout in deze uitgave.



6

Haal de robot uit de mens

RPA neemt taken over in het Martini Ziekenhuis

18

Complex beleidsvraagstuk?

Stop met vergaderen, ga ontwerpen!



Wereldverbeteraar in Nederland

Aniek Crombach: SEH-arts en Arts zonder Grenzen

24

Inhoud

Data-gedreven verbeteren van de zorg voor heupfracturen

Het promotie-onderzoek van Franka Würdemann



12

21

eOverdracht

Een project met impact op de kwaliteit van zorg



36

VIPP5

Landelijk gegevens-uitwisselingsprogramma en databeschikbaarheid

15

Fysiotherapeuten werken aan passende zorg

Marloes Meurs vertelt over de ontwikkelingen



VERDER IN VERBETER!

Voorwoord	5
Een integrale kijk op de kwaliteit van zorg	9
ICT manager in Paramaribo	28
Cumuluz	30
Samen de zorg versterken met digitale samenwerking in de regio	32
Uit het dagboek van zorgverbeteraar Leonie Vos	40
Vraagstukken rond Data en AI in de zorg	42
Spelletjestips	47



The revolution will not be televised

“Veel verhalen van mensen uit de zorg die deze boodschap hebben begrepen en hiervoor hun nek durven uit te steken.”

Het is alweer een tijdje geleden dat we in Nederland een echte revolutie hebben meegemaakt. We moeten daarvoor terug naar het einde van de achttiende eeuw toen de patriotten streden voor vrijheid, gelijkheid en broederschap tegen de orangisten. De hieruit volgende revolutie in 1795 maakte van Nederland voor het eerst een democratie. Revolutie, afgeleid van het Latijnse ‘revolutio’, staat voor een plotse ommekeer, vaak van politieke aard. Tijdens haar afsluitende presentatie tijdens ICT&Health World, gehouden in Maastricht in mei van dit jaar, doet Abigail Norville, plaatsvervangend Secretaris-Generaal bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, een oproep tot een revolutie in de zorg.

Een revolutie in de zorg, met de wetenschap dat we afsterven op een zorginfarct. Omdat straks één op de vier mensen moet werken in de zorg om deze in de huidige vorm draaiende te houden. Dat is een onhoudbare situatie en we moeten dus kijken naar alternatieven. Alternatieven die vooral gezocht moeten worden in automatisering, gegevensuitwisseling, *Artificial Intelligence*, robotica en domotica omdat dit de werkdruk kan verlichten door taken van zorgverleners over te nemen of hen te ondersteunen in hun werk.

In haar presentatie werd verwezen naar het lied van een van de grondleggers van de hip hop muziek: Gil Scott-Heron. ‘The revolution will not be televised’, een

nummer vol met retoriek dat in essentie uitlegt dat een revolutie nooit kan plaatsvinden vanaf de bank in je huis. Voor een revolutie moet je de straat op, hard aan het werk om daadwerkelijk die omwenteling voor elkaar te krijgen.

In deze editie van Verbeter! staan weer veel verhalen van mensen uit de zorg die deze boodschap hebben begrepen en hiervoor hun nek durven uit te steken. Mensen die we als Zorgverbeteraars graag ondersteunen. Mensen die zien dat als we de verpleegkundigen goed willen ondersteunen in hun werk, we ervoor moeten zorgen dat we hen van de juiste informatie voorzien bij de overdracht. Mensen die zien dat we cliënten beter kunnen ondersteunen en zelf keuzes laten maken door het inzetten van goede apps. Mensen die zien dat als we data gedreven willen werken, wat dat ook mag zijn, we eerst de data goed en gestandaardiseerd beschikbaar moeten kunnen maken. Het blad staat weer vol met mensen die de revolutie al zijn begonnen. Soms in het klein, soms in het groot, maar allemaal met hun poten in de klei en niet met de popcornbak op schoot op de bank achter de televisie. Laat je inspireren!

Erik van de Velde
Zorgverbeteraar

RPA neemt taken over in Martini Ziekenhuis

Haal de robot uit de mens

Het Martini Ziekenhuis in Groningen ging onlangs over naar een nieuw elektronisch patiëntendossier. Ze maakten tijdens deze migratie gebruik van RPA, Robotic Process Automation, robotgestuurde procesautomatisering, ofwel softwarerobots. Dat was zo'n groot succes dat ze RPA nu ook structureel gaan inzetten. "De robot uit de mens halen, dat is wat RPA doet."

Binnen drie seconden zet Aimy de gegevens van zeven patiënten foutloos over in het EPD. Ze werkt dag en nacht door zonder pauze te nemen, is nooit vrij of ziek en lust geen koffie. Aimy – de letters vormen de afkorting van 'Artificial Intelligence Martini for You' - is dan ook geen mens van vlees en bloed, maar een softwarerobot die ontwikkeld is om relatief eenvoudige, repeterende taken uit te voeren, zoals het overtypen van informatie. Dat bespaart zorgverleners vele uren werk. Uren die ze kunnen besteden aan waar ze goed in zijn: optimale patiëntenzorg bieden.

Het Martini Ziekenhuis had vóór corona al plannen om aan de slag te gaan met RPA, vertelt Edwin Kuipers, solutions architect. Afgelopen jaar was het dan zo ver: "We hebben toen twee pilots uitgevoerd om te laten zien wat softwarerobots kunnen betekenen voor onze organisatie. De

eerste pilot was bij onze apotheek. Daar verwerken ze dagelijks zo'n veertig tot vijftig mutatieberichten van cliënten van WT-instellingen. Die berichten worden handmatig overgetypt in het EPD, een vervelende en foutgevoelige klus. Een softwarerobot leest de mails uit, start het EPD op en verwerkt de gegevens in het patiëntdossier. Hij bootst de handelingen van een mens exact na."

De tweede pilot vond plaats bij Gynaecologie en had betrekking op de resultaten van de uitstrijkjes die daar binnenkomen via een Zorgdomeinverwijzing. "Die verwijzing komt als brief of bijlage binnen in het EPD, maar niet in het specifieke dossier van de patiënt", vertelt Maartje Nieuwenhuis, informatiearchitect bij het Martini Ziekenhuis. "Nu typt de medisch secretaresse of de zorgverlener, vaak 's avonds, de informatie over ter voorbereiding van het consult. Dat kost onnodig tijd en een typefout is zo gemaakt. De softwarerobot voert deze handelingen uit op het moment dat de patiënt gepland wordt en checkt of de juiste gegevens bij de verwijzing zitten. Zo niet, dan ontvangt de afdeling een mailtje zodat ze de gegevens bij de huisarts kunnen opvragen."

Beide pilots werden succesvol afgerond: niet alleen bleek de inzet van RPA technisch mogelijk, de



Maartje Nieuwenhuis en Edwin Kuipers

afdelingen waren bovendien razend enthousiast. Nu moest alleen de Raad van Bestuur nog overtuigd worden van het nut en de noodzaak van RPA. Dat trof: het Martini ging op dat moment over van HiX 6.1 zelfbouw naar HiX 6.3 standaard content. Met een projectmanager vanuit Zorgverbetersaars die al langer gelooft in de kracht van RPA. Een monstermigratie met een onverbidde deadline; de ultieme meesterproef voor RPA. Maartje: "Tijdens de migratie bleek dat bepaalde belangrijke data zoals behandelaanwijzingen niet meekwamen. Met behulp van RPA hebben we voor 25.000 patiënten de behandelaanwijzing overgezet." Ook werd het overtypen van zwangerschapskaarten met behulp van RPA geautomatiseerd. Verder werden in totaal duizenden radiologieorders, cardiologieaanvragen en vragenlijsten overgezet door middel van softwarerobots. Al met al scheelde dat tienduizenden uren handmatig overtypewerk. De deadline werd gehaald en de Raad van Bestuur was om. Dit betekent dat de twee softwarerobots van de pilots binnenkort in productie gaan. Daarna komen

andere vraagstukken aan bod die door RPA opgelost kunnen worden.

"Binnen drie seconden zet Aimy de gegevens van zeven patiënten foutloos over in het EPD"

Inmiddels heeft het Martini een apart RPA-team dat nu bestaat uit één RPA-specialist (een medewerker van de ICT-helpdesk die zich heeft laten omscholen), iemand die hem parttime ondersteunt en een parttime procesondersteuner die de procesflow in kaart brengt. "Ik geloof erin om dit met eigen mensen te doen", zegt Edwin. "Daar hebben we vanaf het begin op ingezet. RPA is dure technologie, er zit veel ontwikkeltijd in. Het is niet hetzelfde als programmeren; je ontwikkelt met bouwblokken, met bestaande componenten. Om RPA te >>>

kunnen ontwikkelen, moet je werkprocessen in kaart brengen. Dat is bewerkelijk en dus kostbaar. Dat doe je liever met eigen mensen dan met ingehuurde externen.”

Waar moeten zorginstellingen aan denken als ze RPA willen inzetten? Maartje: “Ik raad aan om goed naar het functionele proces te kijken. Hoe zit het proces in elkaar? Waarom doe je het zo? Kan het ook anders? Wat wil je oplossen met RPA? Vaak is de hoofdlijn van een proces wel duidelijk, die is zo opgesteld. Maar je moet ook alle uitzonderingen meenemen,

en dat kost veel tijd. Een softwarerobot kan immers niet zelf nadenken en informatie interpreteren.”

Naast het oplossen van vele vraagstukken hebben Maartje en Edwin nog één belangrijke toekomstdroom als het gaat om RPA: een landelijke bibliotheek van softwarerobots. Edwin: “Er zijn meerdere zorginstellingen die met RPA werken of die dat willen, en die dezelfde systemen hebben. RPA bestaat uit Legoblokjes die je kunt hergebruiken. Als je die opslaat in een bibliotheek waar iedereen ze kan hergebruiken, dan is dat veel efficiënter.”

TIPS

1. Als je een pilot wilt gaan doen met RPA, denk dan alvast na over wat je volgende project is. Dat voorkomt dat je in een zwart gat valt als de pilot is afgelopen. Als iedereen enthousiast is, moet je snel kunnen doorpakken: smeed het ijzer als het heet is.
2. Zorg dat je interne medewerkers volledig meeneemt. Die kunnen daarna eventueel zelf softwarebots gaan ontwikkelen. Dat is een stuk goedkoper dan externen inhuren. Leg ook goed uit dat RPA hun werk niet afpakt, maar juist leuker en makkelijker maakt door de saaie klussen over te nemen.
3. Kijk niet alleen of RPA technisch kan, maar leg vooral het functionele proces onder de loep.
4. Het hoofddoel van RPA is zorgen voor minder werkdruk en meer werkplezier. Daarnaast zorgt RPA voor een betere datakwaliteit en dus een grotere patiëntveiligheid.
5. Zoek altijd de balans. Voor structurele softwarerobots maak je de afweging: hoeveel werk kost het om het proces in beeld te krijgen en alle mappings goed te hebben, versus: hoe lang doet een medewerker over een bepaalde taak? Voor 200 patiënten is RPA waarschijnlijk niet de moeite, voor 20.000 patiënten loont het zich al snel wel. Bij tijdelijke softwarerobots, voor bijvoorbeeld een migratie, kijk je: is het handig om dit als mens over te zetten of gaan we investeren in een tijdelijke softwarerobot?

Tijd voor een integrale kijk op kwaliteit van zorg

“Kijk je maar naar een enkele dimensie, dan zet je als het ware alle roeiers aan dezelfde kant van de boot. Dat lijkt vooruit te gaan, maar uiteindelijk kom je nergens.”

Door: Jonas Rubrech



Alle verbeteringen beginnen met een plan. Het meest omvangrijke verbeterplan voor de zorg is op dit moment toch wel het Integraal Zorgakkoord (IZA). Kritiek is er voldoende geweest op dit akkoord, zowel vanuit de betrokken sectoren als vanaf de zijlijn. Aan dat laatste wil ik me zeker niet schuldig maken, al is het maar omdat ik vind dat optimisme een noodzakelijke basishouding is om ambities als deze enige kans van slagen te geven. Wel zou ik graag een aanvulling willen doen, in de hoop dat dit partijen in de uitvoering helpt om de duurzame impact te maximaliseren. Een integrale kijk op kwaliteit van zorg, waarmee de I van IZA nog wat meer betekenis krijgt.

Van Rijksoverheid.nl: “In het Integraal Zorgakkoord staan afspraken tussen de overheid en een groot aantal partijen in de zorg. Het doel is de zorg in Nederland te verbeteren en voor te bereiden op de toekomst.” Het gaat dus om verbeteren. Wat gaan we dan verbeteren? Een logisch antwoord lijkt: kwaliteit. Niet voor niets staat het op de website van de Rijksoverheid onder het kopje ‘Kwaliteit van Zorg’.

Het woord kwaliteit komt maar liefst 187 keer voor in het IZA, vooral als ‘beste kwaliteit’, ‘goede kwaliteit’ of simpelweg ‘de kwaliteit van zorg’. Dat doet vermoeden dat we allemaal wel weten wat daarmee bedoeld wordt. De vraag is of dit wel zo vanzelfsprekend is. Een duiding van het begrip kwaliteit of een visie daarop ontbreekt. Ook wordt kwaliteit van zorg geplaatst naast betaalbaarheid en toegankelijkheid als de drie speerpunten van het akkoord. Maar waarom zijn dat drie losse dingen? Waarom is betaalbaarheid geen integraal onderdeel van kwaliteit? Je kunt kwaliteit immers niet los zien van de prijs die je bereid bent ervoor te betalen. Idem voor toegankelijkheid: is ontoegankelijke zorg niet per definitie slechte zorg? Het risico bestaat dat initiatieven zich richten op een van de drie en daarmee verbeteringen op het ene onderwerp kunnen leiden tot verslechtingen op het andere waardoor we er netto weinig mee opschieten.

Overigens geldt dit niet alleen voor het IZA; vaker wel dan niet wordt gefocust op verbetering van een enkel aspect, zonder te kijken naar andere aspecten die de kwaliteit van zorg evenzeer beïnvloeden. Denk aan de vele trajecten die enkel gericht zijn op efficiëntie of kosten. Als je een auto koopt kijk je ook niet de ene keer naar de betrouwbaarheid, de andere keer naar de >>>



veiligheid, bij je volgende auto louter naar efficiëntie en weer een andere keer naar de betaalbaarheid. Je zoekt altijd naar de optimale mix van al deze facetten. En ook dan snappen we dat deze aspecten onderlinge relaties hebben.

Zes dimensies van kwaliteit

Dan toch eerst maar even een definitie van kwaliteit. Daar zijn er tallozen van. De definitie die ik hanteer is deze: kwaliteit is het goede doen en dat goed doen. Anders gezegd: de mate van kwaliteit is de mate waarin je als sector (of organisatie, afdeling, professional, ...) in staat bent je bestaansrecht te verwezenlijken. Dat vraagt focus op wat nu eigenlijk je bestaansrecht is (het goede doen) en dat je de realisatie daarvan, je primaire proces, zo optimaal mogelijk vormgeeft (het goed doen).

Om meer grip te krijgen op de belangrijkste thema's die samen kwaliteit van zorg vormen en met een aanleiding die sterk lijkt op die van het IZA, formuleerde het Amerikaanse Institute of Medicine de zogeheten 'Aims for Improvement' (Crossing the Quality Chasm, 2001), een zestal dimensies van kwaliteit waar verbeteringen op gericht kunnen zijn:

- **Veiligheid**

Zorg is bedoeld om mensen te helpen, niet om schade toe te brengen. In zekere zin een onder-

grens van kwaliteit en daarmee een minimale vereiste.

- **Effectiviteit**

De juiste zorg wordt geboden en heeft het beoogde resultaat. De zorg sluit aan bij de stand van wetenschap en praktijk en er is geen sprake van over- of onderbehandeling.

- **Patiëntgerichtheid**

Respectvolle zorg met aandacht voor de individuele voorkeuren, waarden, behoeften en behandel-doelen van een patiënt, waarbij deze ook leidend zijn in de wijze waarop zorg wordt vormgegeven.

- **Tijdigheid**

Simpelweg: zorg op het juiste moment (wat niet altijd hetzelfde is als 'zo snel mogelijk').

- **Doelmatigheid**

Ook wel: efficiënt. Het voorkomen van verspilling van geld, menskracht, middelen, apparatuur, energie, etc.

- **Gelijkheid**

Zorg waarvan de kwaliteit en toegankelijkheid niet varieert als gevolg van persoonlijke kenmerken van een patiënt zoals gender, etniciteit, locatie of sociaaleconomische status.

In een plaatje zou dat er zo uit kunnen zien:



(Bron: Kwaliteit verbeteren in de Zorg – Rubrech, J & Stuyling de Lange, G.E. - 2022)

Het mooie van deze benadering, is dat direct duidelijk wordt dat de verschillende dimensies van kwaliteit communicerende vaten zijn. Kwaliteit van zorg wordt niet bepaald door de score op één van de dimensies, maar op de totale score op alle zes. Een integrale kijk

op kwaliteit dus, die een vollediger en genuanceerder beeld geeft van kwaliteit.

In de praktijk, en mogelijk ook in het IZA, bedoelen we met kwaliteit vaak enkel de effectiviteit waarbij de stand van wetenschap en praktijk leidend is. En dat is simpelweg te eenzijdig. Want wat als de gemiddelde buigingshoek van een knie na een knieoperatie verbetert (effectiviteit), terwijl de kans op complicaties toeneemt (veiligheid)? Of als de wachttijd voor een behandeling korter wordt (tijdigheid), maar patiënten daardoor wel behandeld worden als een nummer (patiëntgerichtheid)? Of als een proces uitermate efficiënt is door digitalisering (doelmatigheid), maar daardoor minder digitaal vaardige patiëntgroepen afhaken (gelijkheid)? Et cetera.

Het punt is duidelijk: kijk als het over kwaliteit van zorg gaat naar alle dimensies van kwaliteit en breng in kaart op welke dimensies je voorgestelde interventies effect hebben, zowel positief als negatief. Kijk je maar naar een enkele dimensie, dan zet je als het ware alle roeiers aan dezelfde kant van de boot. Dat lijkt vooruit te gaan, maar uiteindelijk kom je nergens.

Cursus Adviseur Kwaliteit en Veiligheid in de Zorg

Het Studiecentrum Bedrijf en Overheid organiseert een aantal keer per jaar de vierdaagse cursus 'Adviseur Kwaliteit en Veiligheid in de Zorg'. Jonas Rubrech is een van de docenten en verzorgt een groot deel van de eerste lesdag. Aan de hand van zijn boek 'Kwaliteit verbeteren in de Zorg' neemt hij cursisten mee in wat kwaliteit is, hoe je komt tot duurzame verbeteringen en wat onmisbare adviesvaardigheden zijn.

Kijk voor meer informatie op:

www.sbo.nl/zorg/opleiding-adviseur-kwaliteit-en-veiligheid-de-zorg/





Franka Würdemann

“...alle neuzen stonden dezelfde kant op. Maar op het laatste moment haakten de softwareleveranciers af..”

Data-gedreven verbeteren van de zorg voor heupfracturen

De Amerikaanse arts Ernest Amory Codman (1869-1940) was zijn tijd ver vooruit. Hij hield data bij van de patiënten die hij behandelde om te kijken of de behandelingen aansloegen. Zo niet, dan analyseerde hij het proces en gebruikte de opgedane inzichten om de zorg voor toekomstige patiënten te verbeteren. Codman wordt gezien als een van de grondleggers van data-gedreven zorg, een term die tegenwoordig niet meer weg te denken is.

Franka Würdemann promoveerde afgelopen jaar op het onderwerp data-gedreven verbeteren van de zorg voor heupfracturen. Zij deed dit onder begeleiding van haar promotieteam en promotor prof. dr. Schipper, en voorzitter van het project prof. dr. Hegeman. Centraal in haar onderzoek stond de DICA heupfractuur-registratie, de Dutch Hip Fracture Audit (DHFA), een landelijke kwaliteitsregistratie voor ziekenhuizen rond heupfracturen. Würdemann: “Je hebt data nodig om te evalueren of wat je doet wel het juiste is met als uiteindelijke doel de kwaliteit van

de zorg verbeteren. Dat is een breed begrip: het gaat enerzijds om de kwaliteit van leven voor de patiënt, maar ook om duurzaamheid en kosten.”

Garbage in, garbage out

In haar promotieonderzoek gebruikte Würdemann gegevens van de DHFA om te bepalen welke factoren van belang zijn voor de kwaliteit van heupfractuurzorg en hoe de kwaliteit van deze zorg beter kan worden gemeten en geregistreerd. “Mijn grootste uitdaging was het werken met de data”, zegt ze. “Als de kwaliteit van de data niet hoogstaand of niet volledig is, wat vaker voorkomt bij startende registraties, dan is het heel moeilijk om daar goede conclusies uit te trekken. Met andere woorden: garbage in is garbage out.”

Een ander obstakel vormde het vergaren van de follow-up data. Dat was bij deze categorie oudere patiënten met een heupfractuur lastig. “Een 87-jarige in een verpleeghuis

gaat niet even digitaal een vragenlijstje invullen. En als je de kwaliteit van zorg wilt verbeteren, dan moet je ook weten hoe het met die patiënt gaat.”

Ook moest ze voorzichtig zijn met het trekken van conclusies op basis van de verzamelde data: “We registreerden onder andere complicaties tijdens ziekenhuisopnamen. Sommige ziekenhuizen die hun complicaties goed bijhielden, leken er daardoor slechter vanaf te komen dan ziekenhuizen die daar minder zorgvuldig in waren. Je moet je dus telkens afvragen: is dit een echte bevinding of wordt iets veroorzaakt door de datakwaliteit?”

Landelijk uniform zorgpad

Eerder werkte Würdemann met Zorgverbeteraars samen aan het project Landelijk EPD Zorgpad Heupfractuur. Een multidisciplinair team, bestaande uit traumachirurgen, gerieters, internisten, orthopedisch chirurgen, verpleegkundig specialisten en onderzoekers, ontwikkelde >>>

toen een landelijk uniform zorgpad voor heupfracturen. Daarbij werd expliciet gekeken naar welke gegevens in welke processtappen vastgelegd moeten worden, onder meer voor de DHFA, en wat er zou moeten gebeuren om dit naadloos te implementeren in de verschillende EPD's. "De wetenschappelijke verenigingen hadden het zorgpad goedgekeurd, alle neuzen stonden dezelfde kant op. Maar op het laatste moment haakten de softwareleveranciers af waardoor de implementatie helaas op de lange baan is geschoven. Dat was ontzettend teleurstellend en een gemiste kans om de kwaliteit van zorg te verbeteren."

Würdemann probeerde meermaals om een koppeling van databases op touw te zetten om over data te kunnen beschikken die elders toch al worden vastgelegd, maar dat strandde al in de conceptfase. "Dat is AVG-technisch heel lastig. En als je dan toestemming krijgt, dan is het vervolgens veel te duur voor een dergelijke studie. In Scandinavische landen is veel meer vrijheid in het gebruik van deze data. Daar worden databases gekoppeld zodat ze veel mooie onderzoeken

kunnen doen die bijdragen aan evidence based medicine. Als ik minister van Volksgezondheid was, dan zou ik direct de AVG op dat punt wijzigen."

Toekomstperspectieven

Wat de toekomst betreft, pleit Würdemann voor een betere balans tussen registratielasten en -lusten door gebruik te maken van geautomatiseerde registratie via een uniform landelijk zorgpad in de EPD's en het koppelen van gegevensbronnen. Goed registreren zou ook beloond moeten worden door ziekenhuizen de mogelijkheid te bieden om gemakkelijk extra parameters te registreren.

"De DHFA is de afgelopen jaren uitgegroeid van een beginnende registratie tot een volwassen kwaliteitsregistratie. Hoe volwassener je wordt als registratie, hoe beter je datakwaliteit, hoe meer ziekenhuizen er meedoen en hoe eerder je komt tot waardegedreven zorg. Mijn idee is dat als we data extraheren uit systemen, we het stadium van waardegedreven zorg veel eerder kunnen bereiken."

Tips voor het ontwikkelen van een landelijk uniform zorgpad

- Zorg eerst dat alle neuzen dezelfde kant op staan en leg alles contractueel vast voordat je de investering doet.
- Denk goed na over welke parameters je wilt verzamelen en hoe je daar aan komt. Sluit zo veel mogelijk aan bij wat al geregistreerd wordt. De kwaliteit van de input bepaalt sterk wat je uiteindelijk kunt doen met de data: 'garbage in, garbage out'.
- Kijk regelmatig of wat je registreert nog zinvol is. Gebruik een compacte dataset die je regelmatig aanpast en vernieuwt.

Fysiotherapeuten werken aan passende zorg

"Als ik op dat moment toegang had gehad tot het EPD van het ziekenhuis had ik direct geweten wat de juiste zorg was."

Fysiotherapeuten kunnen hun rol als voorpost in de zorg pas echt waarmaken als ze direct toegang hebben tot de zorginformatie van huisartsen, ziekenhuizen en andere zorgaanbieders. Die beschikbaarheid van data is een voorwaarde om meer passende zorg te kunnen bieden. Bij het ministerie en het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) staan de lichten op groen. Maar hobbels zijn er ook, juridisch en praktisch. Hoe krijg je dit voor elkaar bij ruim tienduizend fysiotherapiepraktijken en eenentwintig verschillende zorginformatiesystemen?



"Het kan alleen maar in stapjes", zegt kinderfysiotherapeut Marloes Meurs, die als bestuurslid van het KNGF bij WVS aan tafel zit als het gaat om informatisering in de eerste lijn. WVS wil vaart

maken en werkt hard aan wetgeving die dit mogelijk maakt. Meurs noemt als voorbeeld de Persoonlijke Gezondheidsomgeving (PGO) van de patiënt. Een digitaal platform waar alle burgers hun dossiers bij zorgaanbieders kunnen inzien en waar ze zorgaanbieders toegang toe kunnen verlenen. Conform het Integraal Zorgakkoord (IZA) moet dat per 1 januari 2025 een feit zijn. "Gekoppeld aan de PGO's zijn er applicaties voor

professionals waarin we – uiteraard met toestemming van de patiënt – van elkaar kunnen zien wat we doen." Het voordeel? "Stel dat een andere zorgverlener bij een van mijn patiënten een vragenlijst positieve gezondheid heeft afgenomen. Ik zie de uitkomsten en kan direct passende zorg bieden." Zorgaanbieders kunnen in de PGO van een patiënt ook op maat gesneden adviezen zetten. "Denk aan bewegeadvies en oefeningen of een checklist voor klachten zodat de patiënt zelf een goede inschatting kan maken of hij wel of niet naar de fysiotherapeut moet."

Baby met spoed

Mooie ontwikkelingen, maar eigenlijk zijn er direct grotere digitaliseringsstappen nodig vindt Meurs. Zelf kan ze niet wachten. "Een vader belde me op een middag. Hun baby was die nacht geboren en had een verrekte zenuw. Van de kinderarts had hij gehoord dat dit direct na ontslag uit het ziekenhuis behandeld moest worden. Maar hij had geen brief, geen diagnose en de arts was op dat moment niet meer bereikbaar. De volgende dag kwam ik dus bij het gezin zonder gegevens. Ik wist niet hoe ernstig het was, ik had geen röntgenfoto's, niks. Als ik op dat moment toegang had gehad tot het EPD van het ziekenhuis had ik direct geweten wat de juiste zorg was, dat had tijd en onzekerheid gescheeld."

>>>



Aanpassingen in het EPD

Het Paramedisch Platform Nederland en het KNGF ontwikkelen samen met VWS een koppeling van de systemen van alle paramedische beroepen aan die van huisartsen en medisch specialisten. Dat is nog niet zo eenvoudig, alleen al de fysiotherapie kent eenentwintig verschillende EPD's. "Die moeten allemaal worden aangepast door de leverancier. Dan praat je over ruim tienduizend fysiotherapiepraktijken die moeten worden aangesloten." Het is bovendien nog de vraag wie dit gaat betalen. Vanuit de huidige bekostiging lukt dat de fysiotherapeuten in elk geval niet. En zelfs als dat is geregeld komt er nóg veel bij kijken. "Om informatie te kunnen uitwisselen moet je dezelfde taal en begrippen gebruiken. Orthopeden bijvoorbeeld gebruiken soms andere termen dan fysiotherapeuten. Daarnaast vraagt het veilig delen van informatie de nodige aandacht, het moet wel AVG-proof."

Vertrouwen moet groeien

Koppeling van systemen betekent ook dat andere zorgaanbieders en patiënten inzicht krijgen in diagnostiek en behandeling van de fysiotherapeuten. Meurs: "Worden we erop afge-rekend? Wat doen zorgverzekeraars hiermee? Dat soort vragen krijg ik regelmatig. Het antwoord is dat we dit goed gaan regelen, maar het geeft wel aan dat het vertrouwen nog moet groeien."

Ze vervolgt: "En wanneer we de techniek en de juridische kant goed geregeld hebben, moeten we het ook nog gaan dóen. Al die tienduizend praktijken moeten hun organisatie en werkwijze aanpassen. In stapjes!" De verwachting is wel dat de administratieve lasten uiteindelijk aanzienlijk zullen verminderen. "Uiteindelijk gaat het veel opleveren. Voor onze patiënten, voor de kwaliteit van onze zorg én voor onze bedrijfsvoering. Dat staat vast."

Zorgverbeteraar Erik van der Velde ondersteunde de KNGF als beleidsadviseur de afgelopen jaren bij de vele uitdagingen rondom digitalisering en gegevensuitwisseling in de zorg die op de fysiotherapeuten afkomen.

Leefstijl-tool voor jongeren

Marloes werkt ook vanuit haar eigen praktijk Kinderfysio Noord aan nóg passender zorg door digitalisering. De praktijk ontwikkelt in samenwerking met het lectoraat Leefstijl en Gezondheid van de Hogeschool Utrecht een tool voor jongeren met overgewicht. In dit project staat het leren gebruiken van uitkomst informatie voor Samen beslissen met kinderen centraal. De jongeren vullen op verzoek van zorgprofessionals vragenlijsten in en houden zelf gegevens bij op het gebied van voeding, bewegen, slaap en kwaliteit van leven. Zo brengen zij hun leefstijl in kaart en krijgen ze er grip op. Zorgprofessionals kunnen de veranderingen in leefstijl volgen.

DUKOO, Digitale Uitkomstmaten van Kinderen met Overgewicht en Obesitas, is een project van Kinderfysio Noord. Het project is mede mogelijk gemaakt door Zorginstituut Nederland met subsidie uit de subsidieregeling 'Leren gebruiken van Uitkomst informatie voor Samen beslissen'. Het Zorginstituut voert deze regeling uit in opdracht van het Ministerie van VWS. De tool die nu ontwikkeld is hiervoor heet 'Hup' en is te integreren binnen een PGO.

Complex beleidsvraagstuk? Stop met vergaderen, ga ontwerpen!

Design thinking voor beleid



Workshop 'design thinking' door Jetse Goris

Gemeenten en andere overheden maken in toenemende mate gebruik van design thinking bij het vormgeven van beleid. Jetse Goris, docent-onderzoeker bij de Master Design Driven Innovation aan NHL Stenden, legt uit wat dit zogenaamde ontwerpgericht denken inhoudt en hoe zorginstellingen het kunnen inzetten om hun eigen vraagstukken aan te pakken.

Een verpleeghuis voor mensen met dementie zoekt een oplossing voor het nachtelijk dwalen van zijn bewoners. Een plattelandsziekenhuis worstelt al jaren met personeelskrapte. Een instelling voor geestelijke gezondheidszorg heeft plannen voor nieuwbouw. “Dit zijn bij uitstek vraagstukken waar design thinking zich goed voor leent”, zegt Jetse Goris. “Het gaat om complexe problemen waar verschillende stakeholders bij betrokken zijn, denk aan medewerkers, patiënten of cliënten, naasten en mantelzorgers. Zorginstellingen zijn geen koekjesfabrieken; je moet rekening houden met allerlei verschillende belangen en partijen.”

Design thinking is een methode waarbij je in co-creatie met die verschillende stakeholders vormgeeft aan wensen, behoeften en ambities.

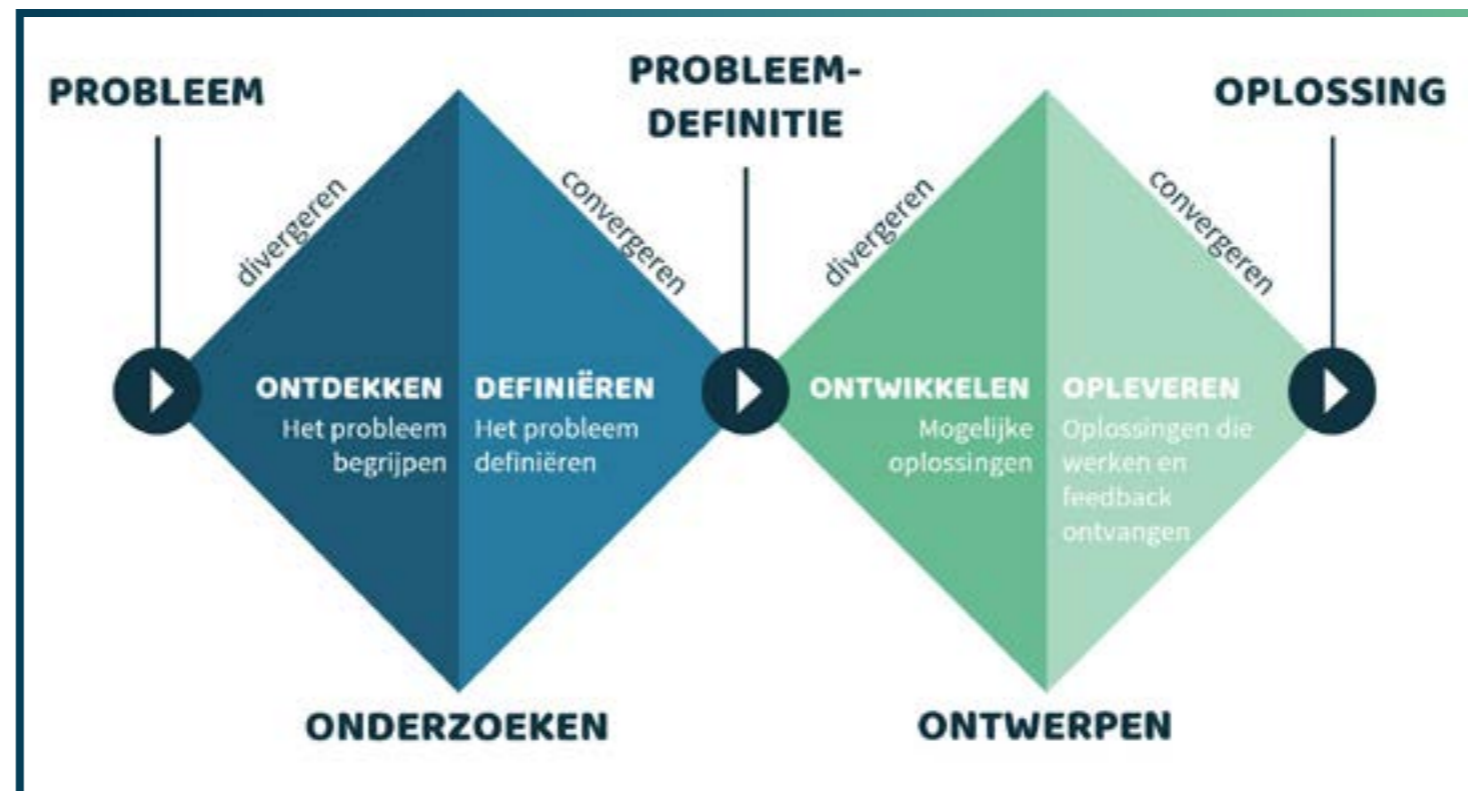
Samen met de mensen om wie het gaat, ga je op zoek naar het probleem en naar oplossingen die de moeite waard zijn om verder te onderzoeken. Goris: “Uiteindelijk krijg je een breed gedragen oplossing in plaats van dat een groepje experts vanuit een

kantoorje op afstand een kant-en-klare oplossing bedenkt voor iets wat misschien niet eens het echte probleem is. Heb je als zorginstelling te maken met veel veranderingen, beschik je niet op alle terreinen over de benodigde expertise, hecht je belang aan

participatie en is er weinig experimenteeruimte – het moet in één keer goed – dan is het praktische design thinking een heel goede werkwijze.”

Cadeaus geven

Design thinking doorloopt een aantal fasen die Goris in vogelvlucht schetst door de korte workshop te beschrijven die hij regelmatig geeft om mensen kennis te laten maken met ontwerpgericht werken. “Ik gebruik vaak als uitgangspunt Redesign the gift giving experience. Ofwel in goed Nederlands: herontwerp voor de ander de ervaring van het geven van een cadeau. Je begint niet met het bedenken van oplossingen, maar je gaat elkaar eerst interviewen: wanneer was de laatste keer dat je een cadeau hebt gegeven? Waarom geef je cadeaus? Dat is de empathiefase: je gaat je inleven in de ander. De inzichten die je daarmee opdoet, vat je in een probleemdefinitie, bijvoorbeeld: Jetse zou graag minder praktische cadeaus willen geven. Vervolgens check je of jouw aanname klopt: is dit ook daadwerkelijk het probleem? Daarna bedenk je minimaal vijf oplossingen die je niet beschrijft, maar tekent als een echte ontwerper. Die tekeningen leg je weer voor aan de ander die daar zijn feedback op geeft. >>>



Misschien moeten een of meer ontwerpen terug naar de tekentafel en leg je ze opnieuw voor. Samen kies je uiteindelijk één idee dat je gaat maken van klei, Playmobil, Lego, bedenk maar wat. Dat is je prototype en dat leg je opnieuw voor.”

Van divergeren naar convergeren

Een belangrijk bestanddeel van deze methodiek is dat je voortdurend wisselt van divergeren naar convergeren en weer terug, aldus Goris: “Je maakt een oplossing direct concreet en test deze uit op de ander in plaats van dat je zelf de ‘perfecte oplossing’ bedenkt. We hebben vaak de neiging om eerst alle informatie en theorieën te verzamelen en dan te zeggen: dit is het probleem en zo gaan we het oplossen. En dan kom je bijvoorbeeld na een aantal

jaar met een app waar niemand op zit te wachten. Dat heeft veel tijd en geld gekost en het probleem is niet opgelost. Met design thinking doe je niet aan waarheidsvinding, je zoekt een oplossing die passend is voor een bepaalde groep mensen binnen deze situatie op dit moment.”

Deze iteratieve, ontwerpende aanpak wordt steeds meer gemeengoed. “Maar het is nog steeds heel verleidelijk om te denken: dit is de oplossing, dit is het projectplan, hup uitrollen”, zegt Goris. “Dus wil je echt aan de slag met ontwerpgericht werken, schakel dan in ieder geval een deskundige in.”

Design thinking aan de bestuurstafel

Jonas Rubrech, in het dagelijks leven Zorgverbeteraar maar dit keer vanuit zijn rol als toezichthouder bij Zorgcentrum Het Bildt: “Tijdens een studiedag van de Raad van Toezicht hebben we Jetse uitgenodigd om ons te introduceren in design thinking en mee te denken over hoe je dit kunt toepassen op beleid. Als toezichthouder zie je vaak alleen het eindresultaat van het proces om tot beleid te komen, terwijl juist het proces iets zegt over de kwaliteit van het eindproduct. Welke opties zijn overwogen? Welke stakeholders zijn betrokken? Ook voor dat laatste biedt design thinking, in tijden van participatie en ‘reablement’, de nodige handvatten. Het toetsen van (beleids)oplossingen bij je ‘klanten’ zit immers ingebakken in het proces.

Design thinking toepassen op beleid, in plaats van op een product, vraagt soms iets meer inbeeldingsvermogen, maar als dat ertoe leidt dat je beter beleid ontwerpt, dan is dat de moeite meer dan waard.”

Leveranciers en zorginstellingen over de verpleegkundige overdracht

‘eOverdracht is een project met impact op de kwaliteit van zorg’

Zonder administratieve rompslomp zo snel en zo volledig mogelijk een verpleegkundige overdracht doen naar een collega-zorginstelling: dat beoogt eOverdracht, de informatiestandaard voor de verpleegkundige overdracht. Met de VIPP-regeling InZicht heeft de overheid een versnelling willen aanbrengen in de implementatie van eOverdracht, echter met wisselend succes. Zorgverbeteraars gaat in gesprek met leveranciers en zorginstellingen die hierin een koplopersrol vervulden.



Arenda Jansen is CNIO bij IJsselheem, een WT-instelling in de regio Zwolle gericht op ouderenzorg. Om voeling te houden met de praktijk draait ze met regelmaat diensten. “Laatst kwam ik bij een cliënt thuis. Ik zei:

‘Ik heb begrepen dat ik zo stil mogelijk moet zijn omdat de rest van uw gezin nog slaapt.’ Meneer vond het heel fijn dat ik daarvan op de hoogte was en niet per ongeluk het hele huis had wakker geroepen. Het geeft cliënten een gevoel van

veiligheid als jij weet wat er speelt in hun leven.”

Als projectleider eOverdracht zat Arenda de afgelopen jaren namens haar organisatie regelmatig aan de overlegtafel met projectleiders van collega-instellingen, onder wie Sander van Gelderen, manager ICT bij ouderenzorginstelling Zonnehuisgroep IJssel-Vecht in regio Zwolle. “We hebben te maken met stijgende kosten, een stijgend aantal cliënten en een, op z’n best, gelijk aantal medewerkers. eOverdracht past in onze visie en strategie om de kwaliteit van de zorg omhoog te brengen en om efficiënter te werken”, antwoordt Sander op de vraag waarom Zonnehuisgroep deelnam aan het programma InZicht.

“Cliënten willen en moeten vaker thuis blijven, dus de zorg verplaatst zich naar de thuissituatie”, >>>

zegt Steven Vints, projectleider eOverdracht bij ECD-leverancier SDB Groep. “Juist in die veranderende situatie is het zo belangrijk om gegevens op een goede, veilige en gestructureerde manier aan elkaar over te dragen zodat iedereen op de hoogte is. Wij willen al die verschillende zorgverlenende partijen hierin ondersteunen. eOverdracht is een project met impact op de kwaliteit van zorg.”

Van eOverdracht naar Minimale eOverdracht

De VIPP-regeling InZicht liep vorig jaar af, maar de invoering van eOverdracht is nog steeds geen feit. Daarom is de oorspronkelijke resultaatverplichting van veertien Zorg Informatie Bouwstenen (ZIBs) en inspanningsverplichting van alle andere ZIBs afgeschaald naar een inspanningsverplichting van veertien ZIBs. Dit is de zogenaamde minimale eOverdracht (MeO): de gegevensset die zorgprofessionals, leveranciers en samenwerkingsverbanden minimaal nodig hebben om maximaal te kunnen uitwisselen. Steven: “Vanuit SDB Groep vinden we dat jammer. Want hoe meer gegevensgroepen we in eOverdracht met elkaar kunnen uitwisselen, hoe rijker de overdracht en hoe groter de impact. Vanaf het begin van dit traject hebben we die kaart getrokken en gezegd: wij bouwen alles in omdat we dat ontzettend belangrijk vinden.”

Wat denken Arenda en Sander dat nodig is om de MeO geïmplementeerd te krijgen? Arenda: “Gedragverandering is belangrijk, daar gaat het óók om. Technici zeggen dat één manier van vastleggen en gestructureerd taalgebruik de uitwisseling vergemakkelijkt. Verpleegkundigen geven aan dat zorginformatie niet altijd concreet is en er ruimte nodig is voor contextuele toelichting. Pijn is bijvoorbeeld niet simpel pijn, maar belevingsafhankelijk. Toch moeten we samen tot één oplossing komen. Dat betekent dat linksom of rechtsom iemand zich moet aanpassen”. Sander beaamt dit: “Je moet bereid zijn om offers te brengen als de regio daarmee geholpen is”.

Voorbereid gesprek aangaan



Myrte Diepstraten is informatieadviseur bij Thebe, een instelling voor wijkverpleging, specialiserende in thuisbegeleiding en dagbesteding in

West- en Midden-Brabant. Van oorsprong is Myrte wijkverpleegkundige, net als Joost de Blok die tevens medebestuurder is van Buurtzorg in de Achterhoek en Zwolle, een thuiszorgorganisatie waarbij kleine teams zelfstandig thuiszorg leveren. Samen met Dennis Snippert, product owner bij leverancier Ecare, hebben Myrte en Joost de afgelopen jaren hard gewerkt aan de invoering van eOverdracht.

“De toegevoegde waarde van eOverdracht is dat de zorgprofessional eerder de beschikking heeft over de juiste informatie en daardoor beter voorbereid het gesprek aan kan gaan met de cliënt. De administratieve lasten verminderen omdat de gegevens direct in je dossier komen”, zegt Myrte. Joost sluit zich daarbij aan, maar zet ook een kantte-

kening: “De verpleegkundige overdracht kan zeker beter, eOverdracht zou een goede oplossing kunnen zijn. Maar het is een relatief klein onderdeel van ons zorgproces. Voor ons is bijvoorbeeld de gegevensuitwisseling binnen de ongeplande nachtzorg een grotere usecase.”

“Onze eerste motivatie om als leverancier mee te



doen aan het programma InZicht is de huidige administratielast voor de eindgebruiker en het gefragmenteerde proces dat hij moet doorlopen”, zegt Dennis. “Ook vanuit leveranciersperspectief is het een interessant programma omdat we met standaarden en technologie werken die herbruikbaar zijn voor andere usecases.”

Context van de cliënt

De invoering van eOverdracht gaat niet overal in het land even soepel. Tegen welke uitdagingen lopen Joost, Myrte en Dennis aan? “eOverdracht zorgt voor makkelijke, volledige en veilige informatieoverdracht, maar je hebt ook de context van de cliënt nodig om als zorgprofessionals met elkaar af te stemmen”, zegt Myrte. “Je moet altijd oog blijven houden voor een stukje ‘warme’ overdracht.” Joost haakt hierop aan: “Dat klopt, het is belangrijk dat er, naast gestructureerde vastlegging, ruimte blijft om informatie vast te leggen in jouw eigen context. Als een cliënt van het ziekenhuis naar de thuiszorg gaat, dan is het logisch om opnieuw het gesprek met hem aan te gaan om zelf een beoordeling te doen. Achtergrondinformatie van het ziekenhuis is heel waardevol, maar je kunt die niet altijd een op een overnemen.”

Een van de uitdagingen waar Dennis momenteel aan werkt, is om de eOverdracht decentraal te kunnen ontvangen: “In het initiële concept verloopt de eOverdracht van het ziekenhuis naar een centraal punt binnen de zorginstelling. Maar een organisatie als Buurtzorg werkt met zelfstandig opererende wijkteams dus die wil de eOverdracht bij het desbetreffende wijkteam ontvangen. In de informatiestandaard en de infrastructuur is daar geen rekening mee gehouden.” Joost: “Als het straks goed is ingericht, dan zou eOverdracht zeker kunnen helpen. Het gebeurt nu weleens dat het ziekenhuis graag meer achtergrondinformatie had willen hebben, maar dat de cliënt of diens omgeving die niet kan geven. Het zou mooi zijn als je die informatie dan digitaal kunt uitwisselen.”

“Als ik zelf cliënt was, dan zou ik het heel prettig vinden om te merken dat zorgverleners overleg hebben gehad met elkaar”, zegt Dennis. “Dat geeft een gevoel van betrokkenheid en professionaliteit.”



Wereldverbeteraar in Nederland

Aniek Crombach, Arts zonder grenzen

“Ik kom steeds meer tot het inzicht dat als ik minderbedeelden wil helpen, het niet per se nodig is om helemaal naar de andere kant van de wereld te reizen. Dat is het ethisch conflict in mijzelf.”

SEH-arts Aniek Crombach (37) reisde jarenlang de wereld over om medische hulp te verlenen aan vluchtelingen. Ze werkte in Zuid-Afrika, in Syrië en Irak, aan de Hongaarse grens met Oekraïne en op reddingsschepen op de Middellandse Zee. En in Nederland: toen het in Ter Apel dusdanig spaak liep dat Artsen zonder Grenzen daar medische hulp ging verlenen, was Aniek erbij.

Aniek wist al jong dat ze graag voor Artsen zonder Grenzen wilde werken. “Het is zo oneerlijk verdeeld in de wereld! Dat raakt mij en daar wil ik wat aan doen.” Ze studeerde geneeskunde in Maastricht, specialiseerde als spoedeisende-hulparts en stapte daadwerkelijk in de humanitaire hulpverlening. Jarenlang trok ze van brandhaard naar rampplek om

er als dokter te doen wat ze kon. “Ik haalde voldoening uit het werk, maar het lijden raakte me diep.”

Pendelen tussen twee werelden

Sinds 2020 werkt ze op de SEH van het Wilhelmina Ziekenhuis Assen, voor wat meer financiële zekerheid en ook om in Nederland up to date te blijven in haar specialisme. Die baan combineerde ze lang met jaarlijks een paar maanden op missie. Zo pendelde ze tussen twee werelden: “In Afrika, in het Midden-Oosten of op reddingsschepen op de Middellandse Zee bevind je je echt in een andere wereld met heel beperkte middelen. Ik ben me zeer bewust van de luxepositie die je hebt in een Nederlands ziekenhuis. Zo veel mogelijkheden, zo'n arsenaal aan onderzoeken die je kunt inzetten. En goed >>>





opgeleide verpleegkundigen die heel veel werk doen, dat is in het buitenland ook wel anders. Na een poos in het buitenland had ik hier dan soms wel het gevoel: waar klagen mensen over. Er wordt veel verantwoordelijkheid bij de arts gelegd en er wordt van je verwacht dat je als dokter alles uit de kast haalt.”

Klimaat

Dat brengt het gesprek op een andere mondiale kwestie die voor deze wereldverbeteraar heel belangrijk is: klimaatverandering. Niet alles uit de kast

halen maar juist minder doen, is soms beter voor de patiënt én voor het klimaat. Aniek zit in haar eigen ziekenhuis in het zogenaamde Green Team en landelijk in de commissie ‘de groene SEH’. “Dat is een andere vorm van activisme, maar ik realiseer me steeds meer dat die beide kanten heel nauw verweven zijn. Langs deze weg zet ik me óók in voor mensen aan de andere kant van de wereld die de klimaatgevolgen zullen voelen.” Het vliegen is voor Aniek ook een steeds groter bezwaar. “Klimaatrapen jagen ook veel mensen op de vlucht. Als je dan als humanitair werker de hele wereld over reist, heb je ook invloed op de klimaatverandering. Doe je dan eigenlijk wel iets goeds? Ja, je helpt op plekken waar de nood heel hoog is, maar dat zijn niet de enige plekken waar mensen hulp nodig hebben. Ik kom steeds meer tot het inzicht dat als ik minderbedeelden wil helpen, het niet per se nodig is om helemaal naar de andere kant van de wereld te reizen. Dat is het ethisch conflict in mijzelf.”

Standplaats Nederland

Aniek heeft langzamerhand de verre missies afgezworen en geeft haar rechtvaardigheidsgevoel en activisme nu anders vorm. Bijvoorbeeld door te werken voor Dokters van de Wereld, een organisatie die zich inzet voor kwetsbare mensen in Nederland die om de een of andere reden geen toegang hebben tot de gezondheidszorg. Vaak ongedocumenteerd. “Dat was voor mij echt een eye-opener! Hoe zulke mensen leven in Nederland, dat wist ik helemaal niet.” In het najaar van 2022 kwam het in Nederland zelfs tot een medische noodsituatie. Het opvangcentrum in Ter Apel liep over, mensen sliepen buiten zonder beschutting of verzorging en Artsen zonder Grenzen sprong in. Aniek was een van de dokters die daar aan de slag ging. Tegenwoordig draait ze regelmatig een dienst in een van de azz’s in Drenthe of Groningen. “Misschien minder dramatisch dan in het verre buitenland, maar niet minder zinvol.”



Dossiervoering

Zorgverbeteraars houdt zich onder meer bezig met het verbeteren van de zorg door goede digitale gegevensuitwisseling. Hoe kijkt Aniek daar vanuit haar ervaring tegenaan? “Juist door de ervaring in situaties waar heel minimaal wordt geregistreerd, besef je hoe waardevol goede dossiervoering is. In Irak en Syrië werd alles op papier bijgehouden. Had ik een patiënt gezien en gegevens genoteerd, dan werd die map daarna ergens in een kamertje op een grote stapel gelegd. Dat kon je twee weken later écht niet terugvinden! Het kwam erop neer dat je geen dossier had, je had niks om op voort te bouwen en je moest het gewoon doen met het verhaal van de patiënt.” Ze vindt tegelijk dat we in Nederland misschien wel te veel waarde hechten aan het dossier en dat het soms ook afleidt van waar het om draait bij een patiënt. “Ik heb ook geleerd: het gaat uiteindelijk om het behandelen van de patiënt. Ook als je geen toegang

hebt tot het dossier, kun je iemand nog steeds wel helpen. Dan moet je afgaan op het gesprek en het lichamelijk onderzoek dat je op dat moment kunt doen. Je wordt gedwongen om écht naar de patiënt te kijken.”



The grass is always greener...

ICT-manager in Paramaribo

Miquel Samiran studeerde in Amsterdam en werkte jarenlang als Product Owner EPD bij het AMC. Zes jaar geleden keerde hij terug naar zijn geboorteland, daar is hij EPD-programmamanager en manager ICT van het Academisch Ziekenhuis Paramaribo (AZP). Zorgverbetereaar Erik van der Velde bezocht afgelopen winter zijn dochter die stage liep in datzelfde AZP en vond Miquel bereid tot een gesprek. Een unieke kans om de kleur van het gras in Suriname ter plekke in te schatten!

Vertel eens, hoe is de stand in het AZP als het gaat om registratie en databeschikbaarheid?

“Positief is dat we tientallen applicaties hebben draaien waarmee we informatie digitaal kunnen registreren en delen. De grootste bestrijkt onze financiële administratie en we hebben verder bijvoorbeeld een lab-systeem, een systeem voor de apotheek, een critical care information systeem voor de IC, OK en de kinder-IC, we hebben centraal aangestuurde printers enzovoort. Aan de andere kant wordt het meeste hier in het AZP nog op papier geregistreerd en bewaard. Staps documenten, waar we helemaal vol mee lopen. Daarom zijn we nu bezig om alle papieren dossiers in te scannen. En helaas, we hebben nog geen systeem waarin alle informatie van een patiënt op één plek getoond kan worden. De data van de verschillende applicaties van de poli's en specialismen komt niet bij elkaar in één EPD. Dus het is op dit moment een hybride situatie.”

Hoe heb jij het beleefd toen je hier ging werken na je jaren in Nederland?

“Ik ben op mijn 18e vertrokken en op mijn 36e teruggekomen. In Nederland is iedereen altijd in een rush. Dat zat ook wel in mij: hoppa hoppa hoppa, plannen plannen plannen... maar hier loopt het op een gegeven moment vast. Op financiën. Ja, zo heb ik het ervaren. Je komt hier en je denkt: er is geld gealloceerd voor elke afdeling en subafdeling, we dienen elk jaar netjes onze begroting in met wat er al loopt en wat er komen gaat en dat is dat. Gewoon feiten – dit is er nodig, dit moet vervangen worden. Maar het is elke keer weer moeite doen om al die dingen betaald te krijgen. Laat staan dat er budget is voor grote investeringen. Dat werkt wel frustrerend.”

Voor ons in Nederland is het heel moeilijk om ons in te denken hoe je in zo'n situatie werkt.

“Dat ervaar ik natuurlijk ook! Onze medisch specialisten die voornamelijk in Europa hebben gestudeerd, weten dat het anders kan. Ze komen hier met hoge verwachtingen – en dan krijgen ze een papieren dossier voor hun neus. Ze kloppen bij ons aan: waarom is hier geen EPD? Afdelingen gaan dus maar op eigen houtje applicaties aanschaffen. Begrijpelijk, maar ik ben daar niet blij mee want het zorgt voor versnippering van patiëntinformatie. Voor cardiologie dit systeem,



Miquel Samiran en het ICT-team van het Academisch Ziekenhuis Paramaribo aan de maaltijd. Miquel staat uiterst links op de foto (met bril)



voor gynaecologie dat systeem, dat gaat gewoon niet werken.”

“Er is al met al echt een inhaalslag te maken, maar de kosten zijn enorm, dat weet jij ook. Als ICT-manager zeg ik: we doen het prima. We schaffen dingen aan, we hebben goede plannen klaarliggen, we staan in de startblokken. We gaan de uitdagingen niet uit de weg, we komen er wel. Onze onderbouwing voor het EPD, waaróm we dat willen, ligt er allang. De processen zijn geanalyseerd, de begroting is gemaakt en nu is het wachten op het geld. Maar goed, het is wat het is. Dus we zoeken de quick wins en we gaan gewoon door.”

Het gaat natuurlijk wel om de kwaliteit van zorg.

“Ja, maar we moeten ook beseffen dat verbetering niet alleen afhangt van grote investeringen in ICT-systemen. Hier is het nu nog: elke poli z'n eigen dossier, ongelooflijk! Begin nou met het standaardiseren van je werkprocessen in het hele ziekenhuis. Dat is niet aan mij

als ICT-manager, ik heb al genoeg uitdagingen, maar iemand zou dat initiatief moeten nemen. Dat hoeft helemaal niet zo moeilijk te zijn en je kunt het gefaseerd aanpakken. Ga samen met de gebruikers bepalen: dit is een standaard huisartsenbrief, zó registreren we labresultaten, dit zijn de termen die we hanteren. Begin bij een of twee afdelingen en ga dat stap voor stap implementeren, al is het nog op papier. Dan is straks de omslag naar digitaal ook veel makkelijker.”

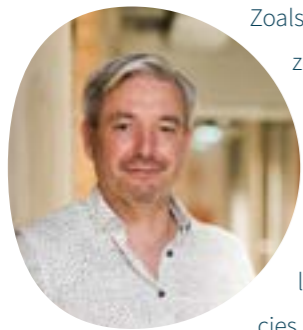
Waar vind je in de tussentijd de quick wins?

“Soms kunnen we vooruitgang boeken en tegelijk bezuinigen, bijvoorbeeld door minder uit te geven aan zaken door ze te automatiseren. Bijvoorbeeld ecg's en ctg's, die worden nu allemaal nog uitgeprint. Het papier alleen kost ons 20.000 dollar per jaar! Dat kunnen we voorkomen met een investering van 50.000. Geen moeilijke keus toch? Alleen wachten we nu alweer zes maanden op dat besluit.” Dus denk niet te groot. Maak kleine stapjes, wees geduldig en vier je successen!

Cumuluz, data in de wolken!

“Cumuluz, afgeleid van het woord cumulus wat stapelwolk betekent, is dus een omgeving waar alle data van een patiënt verzameld, gestapeld en gedeeld kan worden met eenieder die de zorg beter of makkelijker wil maken.”

Door: Erik van de Velde



Zoals jullie weten is mijn moeder zeer geïnteresseerd in wat we als kinderen doen en waar we ons zoal mee bezig gehouden. Een tijd geleden heb ik haar al eens uitgelegd wat de WEGIZ nu precies inhoudt maar mijn uitleg zat haar toch niet helemaal lekker. Als ervaringsdeskundige en intensief gebruiker van het zorgstelsel weet mijn moeder van 86 als geen ander dat beschikbaarheid van gegevens over jou als patiënt geen vanzelfsprekendheid is. Daarnaast wordt ze regelmatig gevraagd om mee te doen aan onderzoeken en is ze onderhand een meester in het invullen van de verschillende onderzoeksvragen. “Kan dat niet anders, Erik? Ik word als patiënt soms helemaal raar van het invullen van die verschillende vragenlijsten. Ondanks dat mooie verhaal van jou over informatiestandaarden, lijkt de informatie over mij nog steeds niet vrijelijk beschikbaar maar opgesloten te zitten in de systemen van de huisarts, apotheek en ziekenhuizen waar ik kom. Nu heb ik iets gelezen over Cumuluz als oplossing voor dit probleem. Moeilijk maar mooi woord, maar als leek wordt me niet duidelijk wat dit voor mij als patiënt gaat betekenen. Kan jij mij uitleggen waar dit over gaat?”

Nou okay Mam, hier gaat 'ie dan: Cumuluz uitgelegd voor jou en al die anderen die straks hopelijk de voordelen gaan ondervinden van een neutraal dataplatform.

Voordat ik verder ga met uitleggen wat Cumuluz nu echt is, eerst even waarom dit nu opeens uit de lucht komt vallen. Dat opeens valt trouwens wel mee. We moeten alleen een paar jaar terug toen een hoge baas van het ministerie dat over de zorg gaat, Erik Gerritsen, een oproep deed aan alle grote ziekenhuizen om het voortouw te nemen in het goed en duurzaam beschikbaar stellen van patiëntinformatie om goede zorg te kunnen (blijven) leveren. Daarnaast werd ook gezegd dat data in de zorg zelf nooit een verdienmodel mag zijn maar dat deze, en dus ook die van jou, vrij beschikbaar moet zijn voor iedereen die daar gebruik van wil maken om de zorg te verbeteren.

De grote ziekenhuizen hebben die handschoen opgepakt en zijn de afgelopen jaren bezig geweest om dit uit te werken. Het is net als het bouwen van huis; je moet eerst een goed plan hebben en net als bij een huis komen daar architecten bij kijken. Die hebben nu bedacht hoe je de gegevens van patiënten zo kan opslaan dat iedereen die erbij wil ook erbij kan, zonder dat daarvoor eerst toegang moet worden verleend tot

de systemen waar de dokters en verpleegkundigen in werken. Met een lastig woord noemt men dat ook wel datasysteemonafhankelijk. Nu eerst even voor de ziekenhuizen maar ze willen dit ook voor de huisartsen, verpleeghuizen, thuiszorg, eigenlijk overal waar zorg wordt verleend, beschikbaar maken.

De gegevens binnen Cumuluz kunnen voor allerlei doeleinden worden gebruikt zoals beslisondersteuning welke pillen je het beste kan gebruiken bij hoge bloeddruk voor iemand van je leeftijd, onderzoek naar je reuma of voor kwaliteitsdoeleinden om te kijken of hoe ze ooit je dicht geslipte kransslagaderen hebben behandeld nog wel steeds de juiste manier is. Maar ook dat de mensen in het verpleeghuis waar je nu zit over dezelfde gegevens beschikken als de fysiotherapeut die bij je langskomt. Om te kijken hoe dit het beste kan worden gedaan worden er nu in verschillende regio's, ook bij ons in het noorden, proeven mee gedaan.

Natuurlijk kan je niet zomaar bij jouw gegevens, maar zitten deze netjes veilig opgeborgen en wordt er op basis van waarvoor iemand jouw gegevens wil gebruiken gekeken of bijvoorbeeld jouw naam en andere gegevens wel getoond mogen worden of dat je als 'Oma X' wordt getoond. Dat gaat via een centrale omgeving, MITZ genaamd, waar je je als patiënt/burger kan aangeven wie er bij jou gegevens mogen maar misschien moet ik je dat een andere keer uitleggen.

Cumuluz, afgeleid van het woord cumulus wat stapelwolk betekent, is dus een omgeving waar alle data van een patiënt verzameld, gestapeld en gedeeld kan wor-

den met eenieder die de zorg beter of makkelijker wil maken. Direct voor jou of voor patiënten die dezelfde aandoeningen hebben. We doen dat niet alleen om betere zorg te kunnen geven maar ook omdat er steeds meer druk op de mensen komt te staan die in de zorg werken. Wanneer we door gebruik te maken van de gegevens in de Cumuluz omgeving hen het werk een stuk makkelijker kunnen maken zodat ze meer tijd overhouden voor jou, dan zijn we met z'n allen goed op weg naar een informatielandschap voor betere en duurzame zorg. Volgende keer ga ik je meenemen in wat MITZ, en dat heeft niks te maken met mitsen en maren, betekent en wat de relatie is met Cumuluz en andere programma's in de zorg.

Liefs, je zoon.





Samen de zorg versterken met digitale samenwerking in de regio

“Het is alsof je met z’n allen door een diep dal gaat en op naar een hoger niveau. En net zoals een berg beklimmen ga je met pieken en dalen.”

De apotheek van het Wilhelmina Ziekenhuis Assen (WZA) speelt een belangrijke rol in de regionale gezondheidszorg. Naast de medicatievoorziening voor het eigen ziekenhuis, levert de apotheek ook aan zestien zorginstellingen in de regio, waarmee zij ruim vijfduizend cliënten bedienen. Dit vraagt om een zorgvuldige logistieke operatie en een goede samenwerking tussen alle betrokken partijen om een betrouwbaar en veilig medicatieproces te waarborgen.

Wij gingen in gesprek met Yvonne Dijstelbloem, ziekenhuisapotheker en projectleider tijdens de migratie naar een nieuw apotheek informatiesysteem en één elektronisch voorschrijf systeem (EVS) voor alle partijen, over het organiseren van zo’n impactvolle

migratie, welke uitdagingen ze zijn tegengekomen en welke lessen ze hebben geleerd tijdens deze transitie.

Samenwerking in de praktijk

De instellingenapotheek maakt deel uit van de ziekenhuisapotheek en levert farmaceutische zorg aan zestien zorgorganisaties in de regio. Yvonne is de verantwoordelijke apotheker voor de instellingenapotheek en zij beheert de portefeuille ICT. De ziekenhuisapotheek telt wel 160 medewerkers. “We hebben onze eigen logistieke dienst, dus we verzorgen zelf het transport naar alle zorggroepen.”

Een mooie kans

Het project vroeg om een zorgvuldige logistieke >>>

operatie en een goede samenwerking tussen alle betrokken partijen om een veilig medicatieproces, ook tijdens de transitie, te waarborgen en om elkaar te vertrouwen. De reden voor de migratie was het uifaseren van het bestaande apotheekstelsel met het daaraan gekoppelde EVS. Omdat de zorggroepen het EVS gebruikten van het ziekenhuis, lag er een mooie kans om de samenwerking tussen de apotheek en de zorggroepen te versterken en gezamenlijk over te gaan naar een nieuw systeem. Yvonne: “Het selectietraject voor het kiezen van een nieuwe EVS was erg uitgebreid en heeft, inclusief voorbereiding, ongeveer een jaar geduurd. Met grondig onderzoek en transparantie over de gevolgen en voordelen, reageerden alle partners positief en konden we starten met de migratieplanning.”



Er was veel vertrouwen in elkaar en dit hielp in de opstart en samenwerking tijdens de migratie. Want iedereen was zich er wel van bewust dat dit een grote kluit ging worden.

Uitdagingen

De eerste implementatie vond plaats in 2021, tijdens de COVID-pandemie, wat het lastig maakte, omdat alles volledig online gebeurde. Tegelijkertijd begon ook het implementatieproces van het nieuwe apotheekstelsel binnen het ziekenhuis. Dit maakte de situatie nog complexer voor de apotheek.

Gelukkig heeft de leverancier van het nieuwe EVS de implementaties goed begeleid. Zij hebben de zorggroepen aan de hand genomen, waardoor de meeste implementaties soepel verliepen. Yvonne: “Bij één

zorggroep liep het moeizaam. Zij maken gebruik van een applicatie voor medicatieverificatie, die moest worden gekoppeld aan het nieuwe EVS. De communicatie verliep niet soepel en als apotheker zat ik in een lastige positie om te zorgen dat deze implementatie nog wel lukte voor de deadline. Door terug te vallen op heldere en transparante communicatie, bleef het doel zichtbaar. Uiteindelijk is het gelukkig allemaal gelukt!”

Lessen en toekomst

Open communicatie, heldere verwachtingen, betrokkenheid van alle partijen en flexibiliteit zijn de sleutels tot succes in dergelijke complexe projecten. Het is cruciaal om constant in gesprek te blijven met zowel zorggroepen als eigen personeel en om transparant te zijn. Verslapping in communicatie leidde direct tot meer vragen en onzekerheid. De communicatie vond plaats via werkoverleggen, nieuwsbrieven en door zichtbaar te zijn op de werkvloer, zodat vragen laagdrempelig konden worden gesteld.

Het WZA heeft veel geleerd van deze transitie en zou bij een volgende grote uitdaging opnieuw samenwerken met experts zoals Zorgverbetersaars. Vooral bij complexe ICT-projecten is externe hulp en duidelijke communicatie essentieel.

“Het is belangrijk om de gezamenlijke doelen duidelijk en transparant te delen”

Voortzetting van de samenwerking

De toekomst van de samenwerking tussen het WZA en de zorginstellingen in de regio ziet er veelbelo-



vend uit. Het doel is niet om de grootste te worden, maar wel de beste. Door sterke relaties en transparantie hoopt het WZA dat hun klanten nooit zullen weggaan.

Het WZA kijkt nu naar verdere groei en verbetering. Op basis van de ervaringen en inzichten die tijdens het project zijn opgedaan, kunnen processen en werkwijzen verder worden geoptimaliseerd. Daar is nu weer tijd en ruimte voor.

Dit project bij het WZA is een mooi voorbeeld van hoe zorgorganisaties samen kunnen werken om de kwaliteit en efficiëntie van zorg te verbeteren. De succesvolle implementatie van nieuwe systemen en werkprocessen vormen, samen met de geleerde les-

sen, een solide basis voor toekomstige projecten en samenwerkingen.



Een terug- en vooruitblik met Ageeth Wahle en Christine Leenen

'Met VIPP5 hebben we goede stappen gezet richting landelijke gegevensuitwisseling en databeschikbaarheid'

Eind 2024 is het zo ver, dan stopt het stimuleringsprogramma VIPP5 definitief. Waar staan we nu? Wat zijn de geleerde lessen? En wat moet er nog gebeuren om tot landelijke gegevensuitwisseling te komen, en uiteindelijk tot databeschikbaarheid? Een terug- en vooruitblik met Ageeth Wahle, projectmanager VIPP5, en Christine Leenen, programmamanager VIPP5 NVZ. "Technisch zijn we ver gekomen, maar inhoudelijk moeten we nog een stap zetten."

Betere uitwisseling van medische gegevens met de patiënt en tussen zorgverleners onderling op basis van informatiestandaarden als de Basisgegevensset Zorg (BgZ): daar werkte de medisch specialistische zorg de afgelopen jaren aan in het VIPP5-programma. "Met de uitwisseling van de BgZ zijn we technisch best ver gekomen", zegt Ageeth Wahle. "Inmiddels kunnen ziekenhuizen deze gegevens onderling vaak uitwisselen, mits ze dezelfde zorginfrastructuur gebruiken. Dat lukt echter vaak nog niet met >>>





het revalidatiecentrum om de hoek of met de zelfstandige klinieken waarmee ze samenwerkingsafspraken hebben omdat de systemen niet met elkaar ‘praten.’ Die horde moeten we nog nemen.”

Registratie

Naast het aanpakken van technische vraagstukken ging VIPP5 aan de slag met de kwaliteit van de registratie van de BgZ. Wahle: “Die is nog niet lekker op orde, daar is nog heel veel in te doen. We zien dat de eerste vraagstukken hierover naar voren komen. Als je als ziekenhuis bijvoorbeeld de BgZ binnenkrijgt en die wil overnemen, hoe weet je dan dat het alle gegevens zijn, én de meest actuele? En omgekeerd: als je álles binnenkrijgt, hoe filter je die informatie dan? Vanuit onze deelnemers proberen we die vraagstukken te verzamelen en op de juiste tafels neer te leggen zodat we naar een oplossing toe gaan werken.”

Afhankelijkheden

“Bij dit soort grote programma’s is het heel lastig om een vooruitziende blik te hebben en te overzien welke afhankelijkheden er zijn voor het behalen van de

resultaten”, zegt Christine Leenen. “De programma’s VIPP1 en VIPP2, die zich vooral richtten op de uitwisseling van medicatie- en patiëntgegevens tussen patiënt en professional, konden instellingen redelijk makkelijk zelf uitvoeren samen met hun leverancier. Bij VIPP5 hadden we te maken met een aantal afhankelijkheden. Niet alleen van andere instellingen die je nodig hebt om aan de doelstellingen te voldoen. Maar ook van landelijke keuzes en landelijke voorzieningen. De afhankelijkheden buiten je eigen ziekenhuiscontext waren bij VIPP5 vele malen groter, en ook werd pas gaandeweg duidelijk welke keuzes nog gemaakt moesten worden om duidelijkheid te krijgen. Dat maakt VIPP5 best complex.”

Geleerd

“We hebben veel geleerd”, zegt Leenen, “maar pas nu, achteraf, ontdekken we dat de BgZ voor de eindgebruiker, de zorgverlener, niet helemaal bruikbaar is. Nu denk ik: die hadden we er eerder bij moeten betrekken. Aan de andere kant: als een BgZ wordt ontwikkeld en geïmplementeerd, dan is het nog ver weg voor die eindgebruiker. Hoe krijg je de zorgverlener vanaf het begin betrokken voor iets wat pas na een lange periode vruchten gaat afwerpen? Dat is de uitdaging.” Tegelijkertijd is ze heel trots op het resultaat: “Als je ziet waar we nu staan... veel instellingen in de medisch specialistische zorg kunnen die medische gegevens wél uitwisselen.” Ook werd door VIPP5 heel duidelijk wat er echt nodig is voor landelijke gegevensuitwisseling, namelijk een goede dataregistratie. “Vanuit VIPP5 hebben we hierin stappen gezet die straks voor databeschikbaarheid noodza-

“...pas nu, achteraf, ontdekken we dat de BgZ voor de eindgebruiker, de zorgverlener, niet helemaal bruikbaar is”

kelijk zijn. Er is een groter bewustzijn ontstaan ten aanzien van het belang van goed registreren. Dat is een waardevol nevenresultaat.”

Wahle vult aan: “Vanuit VIPP5 hebben we ingestoken op hergebruik van drie BgZ-items en dat is gelukt. Ook hebben we bereikt dat VWS beter is gaan begrijpen wat er nodig is voor landelijke gegevensuitwisseling. Als gevolg daarvan zijn er programma’s als Implementatie Generieke Functies gestart en is het Landelijk Dekkend Netwerk als onderwerp opgepakt. We werken ook aan een tool voor een toets op vastlegging om de kwaliteit van de geregistreerde data inzichtelijk te maken ten behoeve van hergebruik. Zorgverleners krijgen hierdoor inzicht in hoe ze dingen vastleggen en waar verbetering nodig is. De tool geeft richting, kader en een handvat.”

Databeschikbaarheid 2035

Wat is er nodig om uiteindelijk tot databeschikbaarheid in 2035 te komen? Leenen: “Het is heel belangrijk om te focussen en niet teveel tegelijkertijd te willen. Je ziet dat alle partijen in het veld steeds meer gaan samenwerken, ook over de sectoren heen. VWS ziet het belang ervan in, zorgverzekeraars zitten bij programma’s aan tafel, leveranciers praten mee met landelijke partijen. Dat alles samen geeft mij hoop voor 2035.”

“De komende tijd gaan we dat wat er is met elkaar verbinden op basis van zo generiek mogelijke afspraken”, aldus Wahle. “Maar veel meer aandacht moet gaan naar de eindgebruikers; wat levert het

hen op? Daar moeten we naar blijven luisteren.”

“Daarbij hoort ook: expliciet maken wat er impliciet wordt gedacht”, zegt Leenen. “Verschillen van inzicht kun je het best bespreekbaar maken en benutten om tot betere resultaten en oplossingen te komen, in samenwerking met alle partijen in het veld. Dat is heel belangrijk om in het vervolg mee te nemen.”



ZORGVERBETERAAR AAN HET WOORD

Uit het dagboek van zorgverbeteraar Leonie Vos

Door: Leonie Vos

Sinds begin 2023 ben ik werkzaam bij Zorgverbeteraars. Mijn eerste opdracht was gelijk een grote uitdaging op voor mij wel bekend terrein, namelijk bij het Martini Ziekenhuis. Voorheen heb ik bijna 9 jaar bij de afdeling Klinische Farmacie gewerkt op het laboratorium aldaar en nu mag ik op een andere wijze mijn steentje bijdragen.

Wij ondersteunden als Zorgverbeteraars de organisatie bij de overgang van EPD HiX 6.1 zelfbouw naar HiX 6.3 met standaard content. Een groot voordeel dat ik nu weer heerlijk elke ochtend door het mooie stukje natuur van de Onlanden kon fietsen; gelijk een goed begin van de werkdag.

Naast mijn rol in het kernteam en bij de werkgroep EVS, heb ik ook de mooie rol van testcoördinator opgepakt. In deze rol ben je verantwoordelijk voor het uitstippelen van de testaanpak, opstellen van de diverse testcases, plannen en coördineren van alle testactiviteiten, de voortgang bewaken van het testproces en rapportage van de testresultaten. Uit ervaring weet ik dat testen meestal niet hoog op ieders prioriteitenlijst staat, wat voor mij juist de uitdaging vormde om toch het nut en noodzaak van goed testen binnen de muren van de instelling te krijgen. Als je uiteindelijk hoort, "ik ben maar gelijk begonnen met testen, anders kom je er toch steeds weer op terug", weet ik dat het in ieder geval goed is blijven hangen.

Gelukkig hoefde ik deze klus niet alleen te klaren; met mijn collega's Jonas als projectleider en Bas als HiX-adviseur zijn er altijd korte (hulp)lijntjes. Daarnaast was er een heel testteam met o.a. interne testcoördinatoren, contactpersonen testen van alle werkgroepen en natuurlijk heel veel testers binnen het ziekenhuis.

Vooraf hebben we een testplan geschreven om te bepalen wat er getest moet worden en wat hier allemaal voor nodig is. Het doel van dit testplan is ook om iedereen die betrokken is bij het testproces te informeren over de testaanpak, de activiteiten en de op te leveren eindproducten. Patiëntdata (conversie) testen, Koppelingen testen, Werkprocestesten en Technische testen (vergeet vooral de printers niet), maar ook wordt het hele systeem integraal doorgetest voor ziekenhuis brede processen. Hier kijken we dus over alle werkprocessen heen of alles op elkaar is afgestemd. Dat zouden we vaker moeten doen!

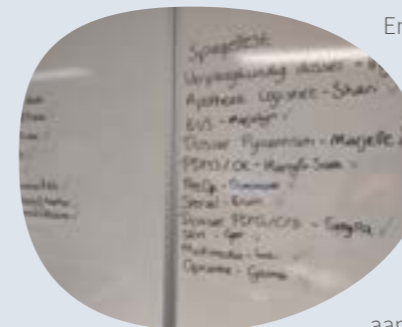


Er zijn twee oefentestdagen georganiseerd met alle applicatiebeheerders (centraal en decentraal) om de keten-testscripts gereed te maken en te beoordelen of ze überhaupt wel uitvoerbaar zijn.

Op 13 september en 4 oktober vonden de integrale testdagen plaats. Met als doel om te kijken of het systeem klaar is om in gebruik genomen te worden. 'Mini-ziekenhuis' spelen dus. Denk bijvoorbeeld aan een scenario: een patiënt die wordt binnengebracht op de SEH nadat hij van zijn fiets is gevallen en de route die hij daarna aflegt in het ziekenhuis of een patiënt met een liesbreuk die het perioperatieve proces inclusief nazorg gaat volgen.

Alle loketten werden bemand door werkgroepleden en consultants van Chipsoft, in totaal meer dan 200 mensen. Een hele organisatie dus, des te bevredigender als het dan allemaal vlekkeloos verloopt.

Per ketentestscript begaf een fysieke test-patiënt zich van loket naar loket om daar de beschreven stappen in het script uit te laten voeren. Dat leverde best nog een flinke lijst met bevindingen op die opgelost moesten worden.



En dan is het zo ver: de livegang op 17 november. Voor de Go Live testen verzamelden zich in alle vroegte een twintigtal testers die direct konden aanschuiven aan het uitgebreide ontbijt. Een spannende dag zo'n livegang; hier heeft iedereen al die maanden hard voor gewerkt. Nadat er de hele nacht door was gewerkt met het omzetten van alle data, kregen we een seintje dat het (spiegel)testen kon beginnen. Gelukkig kwamen we er goed doorheen, konden we door met het aanzetten en testen van koppelingen en werd er in een aantal fases groen licht gegeven. Natuurlijk kon ook ik de verleiding niet weerstaan om nog even met de welbekende "HiX-knop" op de foto te gaan.





Drie dilemma's, vier perspectieven

Vraagstukken rond data en AI in de zorg

Nederlandse IC's willen samen de kwaliteit van zorg voor ernstig zieke patiënten verbeteren door data te delen en te analyseren. Met de stichting ICUdata werken ze aan een 'Dutch ICU Data Warehouse'. Er ligt inmiddels een juridische basis en een technisch fundament en de eerste data zijn aangeleverd. Tijd voor verdieping! We bespraken tijdens een webinar drie dilemma's vanuit verschillende perspectieven: dat van de patiënt, de IC-arts, de IC-verpleegkundige en de medisch ethicus. Het werd een mooie verkenning met argumenten die zorgbreed van waarde zijn.

Het lonkend perspectief

Tijdens de covid-pandemie bleek hoe waardevol het is om data tussen IC-afdelingen te delen en vergelijken. Zo zou het ons in de toekomst kunnen helpen om beter het juiste moment te voorspellen om een patiënt van de beademing af te halen (detuberen). Wacht je daarmee te lang, dan betekent dat onei-

genlijk gebruik van een schaars IC-bed. Detubeer je te vroeg, dan is dat slecht voor de patiënt. ICUdata wil de data bijeenbrengen die helpen om dit soort behandelbeslissingen beter te kunnen onderbouwen. Het lonkend perspectief is duidelijk, haken en ogen zijn er natuurlijk ook. Drie dilemma's rond het verzamelen en gebruiken van data.



Titus Radstake

Patiënt expert / ervaringsdeskundige

"Data is een middel om een doel te bereiken. Voor mij is dan de vraag: hoe helpt het mij, wat doet het met mij en mijn gezin en mijn gezondheidsuitkomst?"



Patrick Thoral

Internist-Intensivist in het Amsterdam UMC

"Data kunnen je helpen om betere beslissingen tenemen als dokter."



Marieke Bak

Medisch ethicus en onderzoeker

"Technologie is geen neutrale tool, er zit een keuze in de data die je verzamelt. Die keuze bepaalt mede wat het model oplevert en welke groepen er meer of minder in vertegenwoordigd zijn. Neem daarom vanaf het begin de ethische invalshoek mee in je project."



Lennart Krijgsman

IC-verpleegkundige en CNIO Groene Hart Ziekenhuis, Bestuurslid V&VN-IC

"Wij verzamelen als verpleegkundigen heel veel data, ook gevalideerd. Het is natuurlijk heel mooi als we daar iets uit terugkrijgen, dat de data ons ondersteunen bij het nemen van beslissingen."

“... het individu heeft een belang bij het delen van zijn gegevens en het collectief heeft belang bij zorg voor de privacy.”



Dilemma 1

Wat kies je: het behandelbeleid wordt bepaald door een arts met vele jaren ervaring, óf door een algoritme op basis van enorme hoeveelheden recente, relevante data.

De IC-arts: “Hopelijk gebruiken we in de toekomst een combinatie van beide. Sowieso vloeien de data die we genereren voort uit keuzes van de dokter. Dus de datasets zullen nooit álles bevatten. Aan de andere kant kijk je als dokter soms ook naar dingen die je niet hebt vastgelegd in het systeem. Belangrijkste winst is dat je heel veel data bijeenbrengt van die kleine honderd IC’s in Nederland. Ik zie het als extra check, een hulpmiddel. Een algoritme kan op basis van de data een patroon herkennen wat jij als dokter op jouw IC nooit eerder hebt gezien. Dus ik zet in op een goed opgeleide, ervaren dokter die ondersteund kan worden door zo’n systeem.”

De patiënt: “Ik kies absoluut voor de arts. Ja, natuurlijk met hulp van relevante data, maar we hebben het altijd over samen beslissen – dan moeten we elkaar wel in de ogen kunnen kijken.”

De IC-verpleegkundige: “Ervaring kan ook bias geven, anderzijds wil je je niet volledig op een algoritme verlaten. Ik heb vooral hoop op de goede combinatie. Durf je als arts af te wijken? Dat is een belangrijke vraag. Het gaat om de samenspraak en de signalen en de data van de IC-verpleegkundige kunnen daar ook aan bijdragen.”

De ethicus: “De arts blijft eindverantwoordelijk, dat hoort ook bij goed hulpverlenerschap. Zo’n ondersteunend datamodel heeft natuurlijk waarde, maar AI is voor een dokter wel een ander soort hulpmiddel dan een stethoscoop. AI is een soort black box, je kunt niet goed inschatten hoe het tot een antwoord komt en of het wel van toepassing is op déze patiënt. Dus je blijft als arts altijd in de lead.”

Dilemma 2

Heb je liever ‘snelle’ inzichten met misschien een grotere foutmarge, of gevalideerde inzichten die langer op zich laten wachten?

De IC-verpleegkundige: “Soms moeten we snel handelen en dan is er geen tijd om dingen na te zoeken in de literatuur. Maar die grotere foutmarge is wel een belangrijk punt – is dat dan een aanvaardbaar risico? Brengen we dan niet de boel aan het wankelen? Het zou geweldig zijn als je het bij elkaar kunt brengen. Stel je kunt een gevalideerde richtlijn in het systeem inbouwen en die pas je toe met de data van de patiënt zelf. Dan heb je goede gepersonaliseerde beslissingsondersteuning.”

De ethicus: “Zolang je weet wat de foutmarge is en waar die zit, zou het kunnen. Maar wees kritisch. Op wie heeft die foutmarge invloed? Welke groep is over- of ondervetegenwoordigd? Heb je kans op fout-negatieven of juist fout-positieven? Wees er duidelijk over, zowel naar patiënten als zorgverleners. Onder die voorwaarden kun je besluitvorming aanpassen.”

De IC-arts: “Bij Covid zagen we de waarde van de data. Er was geen standaard, dokter A hanteerde plan A, dokter B plan B. Dan heb je voordeel van zo’n algoritme, je kunt sneller zien welke aanpak het beste resultaat geeft. Mét een foutmarge, maar je moet die gegevens blijven verzamelen en dan kun je achteraf de harde conclusies trekken. Doordat we in Covid-tijd dit soort systemen konden inzetten, beperkten we toch de variatie.”

De patiënt: “Het hangt heel erg af van het thema. Als het gaat over dagelijkse uitdagingen, dan ga je voor het eerste. Maar als je wilt weten: hoe ga ik brandwonden genezen over tien jaar, dan het tweede. Je hebt dus beide nodig.”

Dilemma 3

Data mag alleen gebruikt worden als een individuele patiënt hiervoor toestemming heeft gegeven, ook als dit het vergaren van nieuwe inzichten in de weg staat, óf we zetten datasolidariteit voorop: iedereen draagt met zijn gegevens bij aan het algemeen belang.

De patiënt: “Ik neig naar het eerste – al krijgen we dan misschien niet wat we met elkaar willen. Toch vind ik het belangrijk dat je als patiënt zelf toestemming geeft. Wat een patiëntenorganisatie wel zou kunnen doen is uitleg en advies geven. Ik denk daarnaast dat het heel belangrijk dat die modellen mét patiënten gemaakt worden, dan is de toegevoegde waarde heel groot en het geeft draagvlak. Dan wil je als patiënt je toestemming wel geven.”

De IC-verpleegkundige: “Het zou natuurlijk heel erg helpen als we zouden kunnen zeggen: u bent opgenomen, dus uw data worden gebruikt voor kwaliteitsverbetering en wetenschappelijk onderzoek. Bij de social media gaat iedereen akkoord met het delen van zijn data, want anders doe je niet meer mee. Ik vind ook dat de AVG nu wel heel vaak wordt gebruikt als stok om mee te slaan. Dat staat snelheid en transparantie in de weg.”

De ethicus: “Dit dilemma geeft een veel te harde tegenstelling. Ook het individu heeft een belang bij het delen van zijn gegevens en het collectief heeft belang bij zorg voor de privacy. Je krijgt bovendien ook niet wat je wilt als je datasolidariteit gaat opleggen, want dan verstoort je het vertrouwen. Aan de andere kant: ja, er is natuurlijk soms een groot algemeen belang, zoals bij het voorbeeld van Covid. Misschien kan je daarom in bepaalde situaties wel uitgaan van het principe van ‘geen bezwaar’ maar dat moet je per situatie beargumenteren. Wat daarbij kan helpen is als we die informed consent kort en heel duidelijk weten uit te leggen.”

De IC-arts: “Op de IC is vooraf toestemming vragen lastig en vaak zelfs onmogelijk. Het donorregister werkt met ‘geen bezwaar’. Dat is trouwens wel een bijzonder voorbeeld als je nagaat dat dat eigenlijk veel ingrijpender is dan het delen van je data. Maar dat zou op een gegeven moment de regel kunnen worden. Zoals het nu normaal is dat je donor wordt, tenzij... zo kan het ook normaal worden dat je je gegevens doneert. Uiteindelijk moet de samenleving daar naartoe groeien.”

Het webinar terugkijken? Ga daarvoor naar de website van ICUdata: icudata.nl/icudata/webinar-4-maart-2024

Meer weten over het initiatief? Zorgverbeteraar Jonas Rubrech is programmamanager van ICUdata, programmamanager@icudata.nl

Spelletjestips

Twee tips van onze Zorgverbeteraars

Kwartetspel - Leven met NAH

Faaria Chand werd op 21-jarige leeftijd getroffen door Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH). Haar leven veranderde drastisch. Tijdens haar revalidatie liep ze tegen verschillende aspecten aan van leren leven met alle gevolgen van hersenletsel. Hier is het idee voor het kwartetspel ontstaan. Hoe mooi zou het zijn als er, door middel van een spelletje, een brug geslagen wordt, dat er meer bekendheid komt en ervaringen gedeeld worden? Er hebben in iedere fase van de ontwikkeling meerdere mensen met NAH meegewerkt. De illustraties zijn van Manon de Koning, ook iemand met een NAH.



Marjanna Bootsma: “Wij hebben dit spel gespeeld met drie collega’s. De illustraties op de kaarten zijn erg leuk en de tekst is goed leesbaar. Het kwartetspel is van een mooie kwaliteit en zit in een handig doosje. Je komt met elkaar in gesprek door de vragen op de kaarten. Ervaringen kunnen worden gedeeld doordat dit kwartet het gesprek op gang brengt. Het maakt je op een speelse manier bekend met de gevolgen van leven met NAH. Het gaat bijvoorbeeld over ‘levend verlies’ of over lichamelijke gevolgen. Daarnaast bevat het spel allerlei weetjes. We kunnen ons voorstellen dat mensen die met dit onderwerp te maken krijgen zich erin herkennen en dat het voor hun (zorg)omgeving inzicht en begrip kan opleveren.”

Meer informatie over het spel of wil je het bestellen? Kijk op: hetnahkwartetspel.nl

Alles op tafel?



Gezondheid is breder dan de afwezigheid van ziekte en klachten. Elementen als veerkracht, zingeving en zelfmanagement staan steeds meer centraal. Wat heb jij nodig om je gezonder en veerkrachtiger te voelen? Met Positieve Gezondheid krijg je inzicht in wat voor jou belangrijk is. Dat is de gedachte achter het bordspel Alles op Tafel? Het bordspel heeft drie doelen: kennismaking met Positieve Gezondheid op een laagdrempelige manier, inzicht krijgen in je eigen Positieve Gezondheid, leren hoe je Positieve Gezondheid actief in je eigen leven kunt inzetten.

Bas Smit: “Met het spel ‘Alles op tafel?’ heb je ook de hele tafel wel vol liggen. Een spel dat is ontwikkeld om spelenderwijs in gesprek te komen over positieve gezondheid. In de ontwikkelfase hebben we het al eens gespeeld om te kijken hoe het in elkaar steekt. Het spel is uitgebracht en staat bij ons op kantoor. Zo hebben wij hem als team ook gespeeld op een teammiddag die we elke maand hebben. Dan heb je het zomaar over de bucketlist van een collega maar ook hoe een ander eigenlijk beter op voeding wil letten. Gesprekken die je anders ook kan hebben maar aan de hand van de thema’s van positieve gezondheid kom je wel op onderwerpen die ertoe doen. Een echte aanrader voor teams maar we zien ook wel de toegevoegde waarde in de spreekkamer.”

Alles op Tafel? is gemaakt in samenwerking met de De Bagagedrager, Zorgbelang Inclusief, Zorgbelang Groningen, Zorgbelang Brabant|Zeeland, Burgerkracht Limburg en Institute for Positive Health. Zelf proberen? debagagedrager.nl/product/alles-op-tafel-spelen-met-positieve-gezondheid/

Kennis wordt meer als je het deelt. Met die gedachte maken we dit magazine. We zien dagelijks mooie voorbeelden van initiatieven die echt bijdragen aan betere zorg. De ene keer zijn we er actief bij betrokken, de andere keer komen we het tegen en raken geïnspireerd. Soms verspreiden goede ideeën zich vanzelf, soms kunnen ze wel een zetje gebruiken.

In deze 'Verbeter!' geven we mooie, kansrijke en/of succesvolle initiatieven een podium in de hoop dat we van elkaar leren, het mensen verbindt en inspireert.

Wij maken graag dingen beter.

Wij zijn Zorgverbeteraars.

