

# VERBETER!

Over betere (digitale) zorg

## PAGINA 12

“Er wordt veel vergaderd over wat zullen we doen en hoe zullen we het doen, daar gaat veel tijd en geld aan verloren.”

Greet Veltman

## PAGINA 18 PROCESPLATTEGROND

Maakt direct duidelijk wat een proces oplevert

## PAGINA 6

### INVOERING eOVERDRACHT

Patiënten gaan echt merken dat het contact is verbeterd

## PAGINA 21

### VEELBELOVENDE START ICUDATA

Je gaat patronen zien die het menselijk brein alleen, nooit had opgemerkt

## PAGINA 28

### DAAR KAN IK TOCH BIJ?!

Samen veilig digitaal vooruit, autorisaties in een EPD



## Colofon

Voor je ligt de vierde uitgave van “Verbeter!”, het magazine waarin wij inzoomen op de relatie tussen de zorg en slimme toepassing van ICT en data. Met verhalen en interviews uit de praktijk nemen we je mee in onze visie op digitalisering en data. Het verbeteren van de kwaliteit van zorg staat altijd centraal.

Redactionele artikelen: Rogier Verhagen  
Foto omslag: Maike van der Velde  
Foto's: Verbeteraars 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.  
1e Energieweg 13  
9301 LK Roden

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

© 2023 Verbeteraars BV  
Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veeleuvoudigd, 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.

## Inhoud

---

Crisismanagement	5
Werken aan invoering eOverdracht	6
Zorgverbeteraar aan het woord	9
Digitale vochtbalans	10
Digitale zorg: op bezoek bij Greet Veltman	12
eOverdracht en informatieverlies	14
Ontsnap jij uit de Escaperoom van Nictiz?	17
Procesplattegrond maakt direct duidelijk wat een proces oplevert	18
Veelbelovende start ICUdata	21
Blijf investeren in kwaliteit, hoe moeilijk dat ook is	24
Daar kan ik toch bij?! Autorisaties in een EPD	28
Kwaliteitsregistraties lopen voorop in standaardisatie en harmonisatie	31
Echt efficiënt werken? Ga netwerken	33
Leestips	35



# Crisismanagement

Klimaatcrisis, energiecrisis, coronacrisis, crisis op de arbeidsmarkt, woningcrisis, vluchtelingencrisis, inflatie, stikstofcrisis... ik vergeet er ongetwijfeld nog een paar. En net als met functietitels zal er ook devaluatie optreden van de term crisis en zullen we nieuwe termen moeten bedenken om aan te geven dat de ene crisis nog erger is dan de andere (ramp, catastrofe, noodtoestand?). Of kunnen we, ook om het leuk te houden, dit allemaal samenvatten onder één term: **managementcrisis**?

Aan het begin van de coronacrisis regende het complimenten en uitingen van bewondering over hoe de zorg de handen uit de mouwen stak en het coronaspook te lijf ging. In razend tempo werden hele intensive cares uit de grond gestampt en in de door lockdown stille straten weerklonk het applaus tegen de gevels waarachter mensen zich hadden verschanst met enorme hoeveelheden toiletpapier. Maar laat dit nu precies zijn waar we in de zorg goed in zijn; handelen naar bevind van zaken. Adequaat reageren op een situatie zodra die zich voordoet. En laten we eerlijk zijn: dat wil je ook op het moment dat je op een spoedeisende hulp of op een IC ligt. Vooruitkijken en handelen met oog op de toekomst blijkt lastiger en zit niet echt in de aard van het beestje. Misschien is het ook wel daarom dat het zo moeilijk blijft om echt werk te maken van preventie.

Maar als crisismanagement de primaire managementstijl is in zorg en politiek, dan gaat er wel iets mis in het

kader van de vooruitgang. Want wat doen mensen in tijden van crisis? Inderdaad, vasthouden aan wat ze hebben, aan het bekende. En als je doet wat je deed, dan krijg je wat je kreeg.

Dit magazine is een ode aan de vooruitgang, aan voordelen in plaats van nadenken, aan initiatieven die bijdragen aan duurzame verbetering. Het applaus is verstomd, maar wij zetten in deze editie de verpleegkundigen met hun optimistische verbeterkracht graag in de schijnwerpers en hebben het over meer zeggenschap voor deze beroepsgroep. Niet alleen verankerd in recente wetgeving, maar ook concreet in het ontslagproces door duidelijke werkafspraken en goede digitale ondersteuning. We breken een lans voor minder registratielast door eenduidige vastlegging en gegevensuitwisseling, geven het perspectief van de patiënt letterlijk de ruimte, laten zien wat de meerwaarde is van een procesbenadering en tonen hoe je met data de patiëntenzorg echt verder kunt helpen. Nu, maar zeker ook in de toekomst.

Laat je inspireren! En bedenk goed: een crisis oplossen is goed voor de kijkcijfers, een crisis voorkomen is goed voor de zorg.

**Jonas Rubrech**  
**Zorgverbeteraar**

## Werken aan invoering eOverdracht

# “Patiënten gaan echt merken dat het contact is verbeterd”

Zes Zwolse zorgorganisaties werken samen met Zorgverbeteraars aan de verbetering van de elektronische gegevensuitwisseling van hun patiënten (eOverdracht) en het beschikbaar stellen van die gegevens in Persoonlijke Gezondheidsomgevingen (PGO's). De zes organisaties - Icare, IJsselheem, Buurtzorg, Isala, PGVZ en Zonnehuisgroep IJssel-Vecht - beogen met eOverdracht de gegevensuitwisseling eenduidiger en veiliger te maken. Dat levert continuïteit in de zorgverlening op en bovendien houden zorgverleners meer tijd over voor hun patiënten.

De organisaties werken samen in het Informatie-beraad Groot Zwolle (IBGZ). “We liepen allemaal tegen dezelfde problematiek aan bij de overdracht van patiëntgegevens zoals het overtypen van data, de verschillende interpretatie van gegevens en het grote risico op fouten”, zegt Karin Leferink, voorzitter van het IBGZ en bestuurder van IJsselheem. “We hebben gezamenlijk de prioriteiten voor de komende paar jaar gedefinieerd en we vroegen ook andere zorgsectoren aan te haken zoals ziekenhuis, huisartsen en apothekers.” Inmiddels zijn zeventien zorgorganisaties, apothekers en huisartsen aangesloten bij het IBGZ, maar besloten is dat de genoemde zes de voorloperfunctie bij deze projecten innemen en dat op termijn de andere elf aansluiten.

### Punt of komma?

Voor de realisatie van eOverdracht hebben de instellingen subsidie gekregen uit de InZicht-rege-

ling van het ministerie van VWS. Afspraak daarbij is dat het project in de loop van volgend jaar afgerond moet zijn. “Dat lukt”, zegt Leferink stellig. “Het is een energiek proces. We brachten eerst de patiënten-reis in kaart. Wat komen we in het zorgproces tegen en wanneer? Dat geeft veel inzicht. Op inhoud is het best ingewikkeld, ook om dezelfde taal te spreken. Verpleegkundigen in de wijkverpleging of de revalidatie hebben soms een andere terminologie dan verpleegkundigen in het ziekenhuis.” Roos Leber, bestuurder bij de Isala Klinieken in Zwolle is enthousiast over het project. “Doordat we die informatie-uitwisseling tot stand willen brengen, slechten we onze muren in de processen. In de zorg werkte iedereen vanuit de eigen silo's en nu moeten die met elkaar 'connecten'. Dus nu krijg je goede gesprekken over wat de burens die een patiënt overnemen nu eigenlijk precies doen. Dat is heel waardevol, want daar zit een enorme verbetering voor onze patiënten en cliënten. Die gaan echt merken dat het contact is verbeterd.

**“Zet je tussen de cijfers een punt of een komma? Daar kunnen hele computerprogramma's op vast lopen.”**

Het is een bewerkelijk traject en we komen er nu achter hoe groot onze onderlinge verschillen soms zijn, in jargon. Neem nu zoiets simpels als het meten van een bloeddruk en het interpreteren van de gegevens. Dat is al verschillend in de sectoren en verschilt soms ook in de ziekenhuizen per vak-

groep. Zet je tussen de cijfers een punt of een komma? Daar kunnen hele computerprogramma's op vast lopen.”

### Acuut insturen

De informatie in eOverdracht bestaat uit Zorginformatiebouwstenen, ZIB's en dat is vastgestelde data. Maar soms wil je ook andere dingen weten die voor je zorgverlening van belang zijn, zegt Leferink. “Zoals de individuele patiëntenverhalen. Dat een mevrouw een nieuwe heup heeft gekregen, wordt wel overgedragen, maar kan ze nu ook zelf de trap op? Of heeft ze een mantelzorger thuis die oplet of ze wel weer van het toilet terugkomt? Die kennis is voor sommige zorginstellingen juist interessant. We moeten uitleggen wat we van belang vinden om met het eigen zorgproces verder te kunnen. Dat gesprek wordt inhoudelijk goed gevoerd met elkaar, waarbij de technische mensen dichtbij zitten om de inhoudelijke wensen in de techniek te vertalen.” Leber: “Voorheen moesten patiënten vaak hetzelfde verhaal vertellen tegen elke zorgverlener die ze tegenkwamen, omdat overdrachten en medicatieoverzichten niet altijd compleet overkwamen. En bij mensen die vanuit huis, met spoed naar het ziekenhuis moesten, ontbrak de overdracht van de wijkverpleging vaak helemaal. Logisch ook wel, want dan beslist een huisarts tijdens zijn ronde dat iemand acuut moet worden ingestuurd. Voordat de wijkverpleging dan hoort



dat de cliënt is opgenomen, is er in het ziekenhuis al heel wat gebeurd. Daar ligt wel een mooie uitdaging om met elkaar te bekijken hoe we dat goed kunnen organiseren. Moet het ziekenhuis informatie uit het systeem van de wijkverpleging kunnen krijgen? Hoe gaan we dat vormgeven? Welke informatie missen we dan en is die informatie ook nodig om de goede zorg op te starten?”

### Trekkers en volgers

Wat is nu de grootste uitdaging bij de invoering van eOverdracht en de implementatie van gegevens in de PGO's? Leferink: “Zoals ik het observeer, zoeken we naar een goede manier om de verschillende systemen aan elkaar te koppelen. Uitgangspunten als eenduidige technologie en dergelijke zijn logisch, maar vervolgens lopen niet alle IT-aanbieders gelijk op bij het implementeren van die ZIB's. Dan gaat het alleen nog maar om de IT-leveranciers, maar daar zijn we wel heel afhankelijk van nu we op de inhoud samen echt stappen gaan zetten.” Het is daarnaast een hele klus om alle zeventien deelnemers in het IBGZ >>>

betrokken te houden bij de projecten, zegt Leferink. “Met zeventien instellingen telkens overleggen, wordt wat ingewikkeld. Dus we hebben nu ‘trekkers’ en ‘volgers’. De zes die nu eOverdracht en het PGO doen, zijn in deze dossiers de trekkers en de andere elf conformeren zich in principe aan de uitkomsten. Daar hebben we inmiddels een goede structuur aan verbonden met stuurgroepen, architectuurboard en een programmadirectie. Dat kan omdat iedereen graag betrokken wil blijven. Daarbij heeft een groot ziekenhuis aan tafel dezelfde positie als elke andere deelnemer, maar levert soms wel wat meer resources.”

#### Apps

Zorgverbeteraars begeleidt de invoering van eOverdracht. Ze helpen de vertaling te maken van inhoud naar techniek en vice versa. Leferink: “Maar ze trainen onze mensen ook, zodat ze aan het eind van het traject in staat zijn om volgende projecten verder zelf te doen. Dat lukt enorm goed. Ze zorgen echt dat de talenten van onze medewerkers verbreed worden. Medewerkers waarderen dat. Ze zien ook dat ze dit soort taken heel goed naast hun reguliere werk kunnen oppakken. Ons doel is dat we zonder tussenapplicaties, van bron tot bron informatie uitwisselen. Informatie waar de patiënt ook zelf toegang toe heeft. Je kunt in het dagelijks leven veel via apps regelen zoals bankoverschrijvingen, verzekeringen en dergelijke, maar als je je bloeduitslagen wilt opvragen, moet je bij de huisarts of het ziekenhuis inloggen. Zo hebben we dat georganiseerd. Het zou mooi zijn als ook dat verandert.”

## ZORGVERBETERAAR AAN HET WOORD

# “Met een positief kritische blik de zorg verbeteren”

DOOR JASPERIEN VAN DOORMAAL



Jasperien van Doormaal

Eind 2020 ben ik opgenomen in de club van Zorgverbeteraars. In een vorig bestaan heb ik een promotieonderzoek afgerond en ben ik actief geweest als ziekenhuisapotheker in een ziekenhuis in het hoge noorden. En ja, dan ben je plotseling een Zorgverbeteraar... Een ware gedaantewisseling?

Nee hoor, dat valt wel mee. De zorg staat nog steeds voorop en dan vooral de poging om deze met een positief kritische blik te verbeteren. Mijn rol is weliswaar anders en het perspectief is breder, maar de oude “apotheker” vaardigheden (zoals goed kunnen analyseren) komen nog steeds van pas. En “zorg verbeteren” is gelukkig een vrij brede discipline: onderwerpen als digitalisering en gegevensuitwisseling komen aan bod, maar andere paden kunnen ook bewandeld worden.

Wat maakt het zo aantrekkelijk om Zorgverbeteraar te zijn? Het klinkt misschien cliché, maar het zijn vooral de leuke collega's. Iedere Zorgverbeteraar heeft een andere achtergrond, eigen werkzaamheden en blijft toch geïnteresseerd in de ander. Een dosis humor en relativeringsvermogen erbij en hoppa...er volgt een sterk team dat elkaar ondersteunt.

En dan komen we ook nog samen in een hippe, innovatieve omgeving. Zorgverbeteraars heeft een kantoorruimte in de Health Hub in Roden. Hier komen partijen samen die actief zijn op het gebied van gezondheidszorg en/of technologie. Er lopen onderzoekers, docenten, studenten, ondernemers en...Zorgverbeteraars rond. Kortom: een inspirerende omgeving om elkaar te treffen tijdens een lekkere lunch of om gewoon rustig aan het werk te zijn.

Voordat dit stukje zich ontpopt tot een overdreven promotiepraatje, kom ik eigenlijk maar tot één slotsom: het is helemaal niet verkeerd om ineens een zorgverbeteraar te zijn!

# Digitale vochtbalans zorgt voor betere en efficiëntere zorg

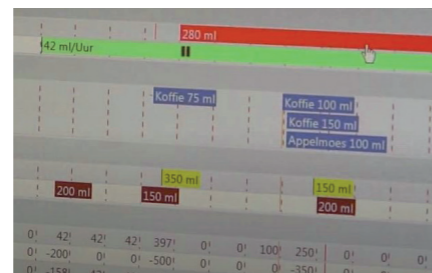
Het Martini Ziekenhuis in Groningen heeft vorig jaar de vochtbalans van patiënten gedigitaliseerd. Artsen en verpleegkundigen beschikken hiermee altijd over actuele vochtbalans-data van hun patiënten. Het nieuwe systeem werkt voor iedereen, overal in het ziekenhuis, op dezelfde manier.

In veel ziekenhuizen wordt nog handmatig, op papier bijgehouden wat een patiënt aan vocht krijgt toegediend of kwijtraakt. Die gegevens worden vaak later overgetypt in het EPD en bij elkaar opgeteld. En dat betekent dat er overdag geen actuele data beschikbaar zijn terwijl er legio diagnoses en ziektebeelden zijn waarbij het bijhouden van een vochtbalans van (levens)belang is. “Specialisten sturen mede op een juiste vochtbalans”, zegt longarts Henk Kramer. “Elk specialisme heeft een eigen focus op wat in de data belangrijk is en registreert dat in de praktijk ook anders. Dat maakt het onoverzichtelijk, zeker als patiënten tussen afdelingen verplaatst worden.”

### Value based health care

Kramer nam destijds als voorzitter van de medische staf van het Martini Ziekenhuis samen met de verpleegkundige staf het initiatief tot het digitaliseren van de vochtbalans. “We werkten samen met de ICT-afdeling en Zorgverbeteraars aan één balans waarin alle items staan die voor een vochtbalans van belang zijn en ook ieder moment actueel zijn.” Steven Bijlholt, lid van het kernteam van de verpleegkundige staf: “We keken naar de ‘best practices’. Welke afdelingen hebben werkafspraken en registratiewijzen het best op orde? Die mensen haalden we bij elkaar. We gaven aan wat inhoudelijk slim en handig is en de applicatiebeheerders ontwikkelden vervolgens een systeem dat ziekenhuis-breed op de-

zelfde wijze werkt. Een speciale commissie bekijkt en valideert nieuwe producten en verwerkt die daarna in het digitale systeem. Er is maar één manier van registreren en aan een registratie zijn meerdere eigenschappen gekoppeld. Zo is er bijvoorbeeld maar één item ‘melk’ waar dit er voorheen tientallen waren. Maar aan dat item zijn ook eiwitten, koolhydraten en volume gekoppeld, dus er worden direct meerdere balansen gevuld. Het systeem is heel slim ingericht. Het is een enorme vooruitgang op het gebied van eenduidige data.”



De digitale vochtbalans is inmiddels onderdeel van het Elektronisch Patiënten Dossier. Alle afdelingen registreren intake van vocht en de streefwaarden, onderverdeeld naar categorieën als per os, drains, maagsondes, CAD, ureter-katheter etc. op dezelfde manier. De data worden ook overal in het ziekenhuis op dezelfde wijze geïnterpreteerd. Urologie-verpleegkundige Liesbeth Eisses is enthousiast en pakt er de gegevens van een blaaspatiënt bij. “Kijk hier staat alles overzichtelijk: deze blaasspoeling hangt nog steeds aan. Je hebt hier het spoelsysteem uit de blaas en daar is de staat van de nefrostomie-katheter. De uroloog wil ook weten hoe het daarmee is. Loopt het, produceert het? Dat registreert hij dus prima. Je kunt ook zien dat er op de IC een snellere frequentie is en dat het hier op de afdeling een groter interval kent. We hoeven bijna niks meer aan de dok-



balans-data beschikbaar zijn. Voor een specialist die niet vaak op de OK komt, is wat er daar precies gebeurt altijd een soort ‘black box’ geweest. Heeft de patiënt een infuus

gehad? Wat heeft de thoraxdrain de afgelopen uren geproduceerd? Wat is de productie vanuit maagsondes, CAD's of ureterkatheters? Het is van belang om dat goed voor de bril te hebben. Ik denk zelfs dat je invasief ingrijpen kunt besparen als je een goed beeld hebt van de vochtbalans.”

Anesthesioloog Rolf Nijveen beaamt de woorden van Kramer: “Het risico op aspiratie bij sedatie en intubatie is belangrijk. Als je een aspiratie voorkomt, heb je al heel wat in de kosten voorkomen. Als nu iemand op de Spoed Eisende Hulp met bloedverlies binnenkomt, wordt daar geregistreerd welke handelingen zijn verricht en wat er eventueel aan vocht, medicatie of pijnstilling is toegediend. Als die patiënt wordt doorgeschoven naar de OK zie ik de data direct. Pijnstilling bijvoorbeeld is belangrijk. Wij moeten ons plan aanpassen aan wat en hoeveel er op de SEH al is toegediend. Als je iets geeft wat een patiënt een uur geleden ook heeft gehad, ben je aan het over-doseren. Dat wil je niet. Of iemand nuchter is, is eveneens belangrijk voor hoe wij de anesthesie gaan verzorgen.” Kramer: “Verwijdering van drains en katheters is vaak voorwaardelijk voor ontslag, maar ze worden pas verwijderd als de 24-uursproductie onder een bepaalde grens ligt. Als die gegevens niet actueel inzichtelijk zijn, leidt dat gemakkelijk tot een dagje extra in een ziekenhuisbed. Voorheen bespraken we dit allemaal met elkaar. Maar nu het netjes is geregistreerd, scheelt dat heel veel overleg. Dit systeem maakt het voor iedereen precies inzichtelijk en men kan daar direct naar handelen. Ik denk dat ik gerust kan stellen dat we door de digitalisering van de vochtbalans een grote slag geslagen hebben in meer efficiënte en kwalitatief betere zorg.”

ter te vertellen over de vochtbalans want hij kan het zelf in het EPD zien. Het is ook fijn dat alle digitale informatie goed te lezen is. Dan hoeven we geen haastig opgeschreven krabbels te interpreteren.” Tijdens de visites wordt nieuwe informatie via het medische en verpleegkundige EPD automatisch zichtbaar in het vochtbalans-dossier van de voedingsmedewerkers. Bijlholt: “De balans is altijd ‘real time’ en een groot voordeel daarvan is dat de verpleging direct ziet wanneer een patiënt ‘ontslag-waardig’ wordt. In het systeem stelt de specialist namelijk ook wanneer een verpleegkundige een drain kan verwijderen. Als de drains eruit zijn en de patiënt loopt weer, kan de verpleegkundige die patiënt ook ontslaan. De verantwoordelijkheid blijft bij de specialist, maar die besteedt het als het ware uit aan de verpleegkundige. Dat kan omdat het dossier klopt en je doet wat de werkafpraak is. Daar willen we naartoe: professionalisering van de verpleging door eigenaarschap: nurse-driven zorg. Goed samenwerken met de specialisten en ziekenhuisbreed de zaken aan elkaar plakken op basis van standaardisatie in de dossiervoering. Daarin hebben we een belangrijke stap gezet en daar ben ik best trots op.”

### Black Box

Behalve in de nurse-driven zorg zijn de eenduidig geregistreerde data ook een belangrijke stap voorwaarts in value based health care, zegt Longarts Kramer. “Kwaliteit van zorg wordt meestal gedefinieerd als kwaliteit omhoog en kosten omlaag. Dat de kwaliteit van de zorg door deze digitalisering stijgt, is evident. Het kan ook kloppen dat de kosten dalen. Er wordt geregeld aanvullend, belastend en kostbaar onderzoek aangevraagd als er geen actuele vocht-

# Digitale zorg: “Dat is toch handig?”

## Op bezoek bij Greet Veltman

DOOR ERIK VAN DER VELDE & JONAS RUBRECH

Greet Veltman is 94 en, zo vermeldt haar LinkedIn-profiel, op een missie om de zorg te verbeteren. Daar moesten wij natuurlijk meer van weten. En dus vertrokken we naar Hoorn om te kijken wat wij van haar kunnen leren.

Bij binnenkomst worden we vrolijk begroet door hondje Wendy. We tellen in het flatje twee laptops, een smartphone en een tablet. De eerste vraag, nog voor we aan tafel zitten, komt van Greet zelf: “Wil je de waarheid horen?”, vraagt ze met een onmiskenbaar Amsterdamse tongval. Natuurlijk willen we dat. En koffie willen we ook wel. Terwijl Greet de koffie opschenkt begint ze te vertellen. Over dat ze zes jaar geleden bij een medisch specialist kwam en dat hij helemaal geen gegevens van haar bleek te hebben, “Waar kom je voor?, vroeg ‘ie”. Eenmaal thuis besloot ze al haar medische gegevens op te vragen en naast elkaar te leggen. Wat bleek? Al jaren eerder was door een medisch specialist per brief aan de huisarts het advies gegeven om haar medicatie af te bouwen, dit was zonder gevolg gebleven. Jarenlang had deze medicatie voor ‘onverklaarbare’ klachten gezorgd, met onnodige doktersbezoeken, dure onderzoeken en andere medicatie tot gevolg. Het idee van de gezondheidspas was geboren.

Intussen komt de koffie op tafel; “Zeg even of ‘ie te drinken is”. Wij geven aan dat we veel in ziekenhuizen komen en dus wel wat gewend zijn wat koffie betreft. “Ja, dat kan wel zijn, maar ik wil wel gewoon goeie koffie serveren.”



### Gezondheidspas

De gezondheidspas begon als een papieren klapper waarin allerlei gegevens netjes gerubriceerd werden. Aandoeningen, allergieën, bloedgroep, medicatie en namen en contactgegevens van alle betrokken behan-

delaars (“Dat is toch handig?!”). Inmiddels heeft Greet dit volledig uitgewerkt in OneNote. De volgende stap zou een Gezondheidspas moeten zijn die iedereen bij zich kan dragen en waarop al deze gegevens beschikbaar zijn. Daarmee begon het avontuur. Ze schreef brieven naar de koningin en andere leden van het koninklijk huis, naar potentiële investeerders en naar de minister. En met resultaat: een brief aan Karen van Ruiten (Instituut for Positive Health) werd gedeeld op LinkedIn, waarop Joris Arts zorgde voor een uitnodiging in de Tweede Kamer. Ze kwam in contact met prinses Laurentien en haar Number 5 Foundation, werd geïnterviewd door ICT&Health, werd actief in een Burgerberaad en in 2019 zelfs uitgeroepen tot Zorgheld.

### Ideeënvrouwtje

Op verschillende laptops, op haar smartphone, in mapjes en in lijstjes, er komen allerlei foto’s tevoorschijn. Met Ernst Kuipers, met prinses Laurentien, met Erik Gerritsen en met een bekende rapper (“Althans, dat zegt mijn kleinzoon”). “Ja, ik ken alleen maar bobo’s”, lacht Greet. “laatst kwam ik ook nog ergens Jeroen Hoencamp tegen, de bestuursvoorzitter van VodafoneZiggo, die heb ik meteen even aangesproken op de wifi, want dat moet ook beter.” En zo probeert Greet bestuurlijk Nederland te bewegen tot vooruitgang. “Ik ben een beetje het ideeënvrouwtje, zo heb ik de Tweede Kamer nog voorgesteld om in Estland te gaan kijken want daar zijn ze al veel verder met het uitwisselen van medische gegevens”.

### PGO

Inmiddels wordt breed ingezet op de Persoonlijke Gezondheidsomgeving (PGO). Eigenlijk is de Gezondheidspas een PGO ‘avant la lettre’. “Maar ik wilde het in



Jonas Rubrech, Greet Veltman & Erik van der Velde

één, nu is het weer versnipperd. Het zijn er nu dertien, moet het zo moeilijk zijn?”, vraagt Greet zich af, “En lang niet volledig”. In het integraal zorgakkoord is de doelstelling geformuleerd dat in 2026 iedereen digitaal toegang heeft tot zijn of haar eigen dossier. We vragen Greet of ze denkt dat dit haalbaar is; “Nee, dat is veel te snel. Mensen weten er nog helemaal niets van en dan willen ze het ook niet. Bovendien kan ook niet iedereen dit.”

### Digitale zorg

We zijn ook nog wel benieuwd of ze ervaring heeft met andere vormen van digitale zorg. “Ja, de thuiszorg heeft zo’n dingetje, maar dat vind ik prut, maar ja wie ben ik hè? Ik kan er zelf eigenlijk helemaal niks in, alleen maar zien wat zij vinden wat belangrijk is. En het is alleen de informatie van de thuiszorg, er staan geen dokters bij, het is niet compleet”. En videoconsult? “Een deel van de dokters in het ziekenhuis en de huisarts willen niet beeldbellen. Waarom niet? Dat is toch hartstikke handig?” Robots in het ziekenhuis ziet ze ook wel voor zich: “Dat is toch handig? Die kunnen dingen van de ene naar de andere afdeling brengen of de vloer schoonmaken, scheelt weer een hoop tijd. En ze kunnen bijvoorbeeld muziek maken met kinderen.”

Maar Greet beperkt zich niet tot digitale zorg. Haar laatste brief naar Ernst Kuipers ging er over dat de verple-

ging meer tijd moet krijgen. En ook maakt ze zich kwaad over verspilling van zorggeld aan bijvoorbeeld een nieuwe huisstijl voor een zor-

ginstelling (“Het was blauw en toen moest het ineens lichtgroen, wat kost dat allemaal wel niet?”). “Er wordt veel vergaderd over wat zullen we doen en hoe zullen we het doen, daar gaat veel tijd en geld aan verloren.” De energie en passie zijn aanstekelijk. “Eigenlijk wil ik nog een boek maken met alles wat ik heb meegemaakt de afgelopen jaren tijdens dit avontuur.”

### Afsluitdijk

We maken nog een selfie en bedanken Greet voor de koffie en het inspirerende gesprek. We rijden terug over de Afsluitdijk en vatten de bevindingen nog eens samen: het landschap aan digitale omgevingen voor patiënten is te versnipperd en het PGO-landschap zet die trend helaas voort. Digitale omgevingen gaan nog te zeer uit van het perspectief van de zorginstelling in plaats van dat van de patiënt, wat blijkt uit het ontbreken van toegevoegde waarde voor de patiënt (zoals een hele praktische lijst met contactgegevens van alle betrokken zorgverleners) en het feit dat een dergelijke omgeving voor patiënten vaak niet meer is dan een kijkdoos met informatie zoals die door de zorginstelling relevant wordt geacht, in plaats van dat patiënten een actieve deelnemer zijn in hun eigen gezondheidsomgeving.

En misschien is Greet eigenlijk wel de uitvinder van de PGO, al zullen ze dat bij WVS niet snel toegeven.

## eOverdracht

# “Informatieverlies mag niet meer optreden.”

De landelijke informatiestandaard voor verpleegkundigen en verzorgenden, eOverdracht, krijgt steeds meer voet aan de grond in Nederland. De standaard omvat afspraken over welke gegevens relevant zijn voor de verpleegkundige overdracht en hoe die moeten worden vastgelegd in het elektronische zorgdossier. Deze afspraken zijn vastgelegd in Zorg Informatie Bouwstenen (ZIB's). “Als we over honderd jaar terugkijken, weet ik zeker dat de invoering van deze standaard een kantelpunt was in onze verpleegkundige geschiedenis”, zegt Renate Kieft, programmamanager Informatiestandaarden van de vereniging voor Verpleegkundigen en Verzorgenden in Nederland, de V&VN.

De verpleegkundigen en verzorgenden vormen met ruim 400.000 medewerkers de grootste beroepsgroep in Nederland. Zij verzorgen jaarlijks honderdduizenden verpleegkundige overdrachten en in de praktijk gaat dat niet altijd vlekkeloos. De informatie uit de overdracht moet handmatig worden overgetypt in het zorgdossier van de ontvangende organisatie. De verpleegkundige of verzorgenden moet dan vaak een interpretatie maken. Dat heeft een hoge foutmarge en het kost veel tijd. Om dit probleem op te lossen startte de V&VN in 2014 met het programma eOverdracht. Dat programma moet ervoor zorgen dat verpleegkundigen en verzorgenden uit alle zorgsectoren, van ziekenhuizen tot thuiszorg en GGZ, relevante gegevens op dezelfde manier digitaal registreren en interpreteren.

### Elkaar begrijpen

In 2018 hebben alle zorgpartijen ‘ja’ gezegd tegen eOverdracht. Kieft: “Eenduidig registreren betekent dat je veel nauwkeuriger met elkaar definieert welke termen gebruikt worden. Maar ook dat deze op dezelfde manier op de juiste plek worden vastgelegd in het zorgdossier. Het is belangrijk dat

we hier afspraken over maken. Als gegevens via de overdracht binnenkomen, dan is duidelijk waar deze gegevens in het ontvangende elektronisch zorgdossier kunnen worden ingelezen. Het voordeel is dat de verpleegkundige of verzorgende de gegevens niet meer hoeft over te typen, begrijpt wat er bedoeld wordt en direct op de hoogte is van de actuele en juiste zorgsituatie.”

**“Dit veranderproces voor de zorgsector heeft tijd nodig.”**

Momenteel zijn diverse organisaties bezig met de implementatie van eOverdracht. Dat betekent een veranderproces voor de zorgsector en zoiets heeft tijd nodig, zegt Kieft. “Men moet leren begrijpen wat eOverdracht precies inhoudt. Bovendien grijpt de informatiestandaard in op verschillende niveaus. We moeten verpleegkundigen en verzorgenden meenemen in deze noviteit. Dit geldt ook voor andere doelgroepen zoals leveranciers en IT-medewerkers. Technisch betekent het ook veel, want men moet de infrastructuur aanleggen en alles op elkaar afstemmen.”



Renate Kieft

### Begrippentaal

Het werken met een informatiestandaard zoals de eOverdracht, betekent dat de ‘vrijheid’ om bepaalde gegevens anders vast te leggen, verdwijnt. Een standaard betekent immers dat er afspraken gemaakt zijn over hoe bepaalde gegevens moeten worden vastgelegd en welke termen passend zijn. Als iemand toch iets wil wijzigen, dan is hier een wijzigingsstructuur voor opgezet. “Dit is vrij formeel, maar wel nodig. We moeten voorkomen dat er allerlei variaties op de eOverdracht komen. Eén van de belangrijkste obstakels is overeenstemming bereiken over de begrippentaal. Er zijn in de verpleging veel verschillende talen. Op landelijk niveau is door alle zorgpartijen gekozen voor Snomed, een taal die door alle zorgprofessionals gebruikt gaat worden. Hierdoor kunnen we als beroepsgroep onderling op een eenduidige manier met elkaar communiceren én met andere disciplines. Iedereen gebruikt dezelfde taal. Voor onze beroepsgroep is het ombuigen van de diversiteit aan talen naar één taal een transitie die stapsgewijs plaatsvindt. We kijken samen met onze achterban welke termen aansluiten bij de praktijk en waar en hoe dit in het zorg-

**“Eén van de belangrijkste obstakels is overeenstemming bereiken over de begrippentaal.”**

dossier ingebouwd kan worden. Dit proces doen we samen met de Chief Nursing Information Officers en gebruikersgroepen. Ook werken we nauw samen met het versnellingsprogramma InZicht, die de organisaties begeleidt bij de implementatie van eOverdracht.”

### Leren met elkaar

Hoe zorg je dat alle organisaties eOverdracht uiteindelijk ook goed gaan gebruiken? Kieft: “Dat is echt leren met elkaar. We werken toe naar een model waarbinnen we eerst kleinschalig een aantal gegevens uit de eOverdracht beproeven. Dan komen we dingen tegen die we moeten aanpassen, ook samen met leveranciers, dus technisch. Volgend jaar moeten de eerste veertien ZIB's ingebouwd zijn. Daarnaast hebben we een pilot opgezet in de regio Zwolle, waarbij we samen met Zorgverbetraars inzoomen op de eOverdracht, en specifiek de ZIB's van het zorgplan-deel inhoudelijk en >>>



technisch gaan beproeven. Deze ZIB's raken namelijk verschillende talen en systemen. Daarna kunnen deze worden vrijgegeven voor de bredere implementatie en uitrol. In 2026 streven we ernaar dat de hele eOverdracht, alle zesenvijftig ZIB's, zijn beproefd en ingebouwd. Daarnaast denken we na of we een inhoudelijke kwalificatie kunnen opzetten waarin verpleegkundigen en verzorgenden kunnen zeggen: 'hé dit systeem/zorgdossier werkt goed'. Als gegevens op een eenduidige manier worden vastgelegd, dan is een logische stap ook te bepalen hoe het verpleegkundig zorgproces ingericht moet worden. Het verpleegkundig zorgproces bestaat uit verschillende fasen, maar die zijn nu niet altijd goed afgebakend, waardoor een willekeur aan bijvoorbeeld vragenlijsten of meetinstrumenten aanwezig is. De komende jaren willen we hier – samen met onze achterban – orde in scheppen. Dit gaat IT-leveranciers ook helpen."

#### Transitie van de eeuw

Kieft kan bijna niet wachten tot eOverdracht volledig is ingevoerd. "Dit betekent veel voor de be-

roepsgroep. De administratieve lasten zijn op dit moment erg groot. Via de eOverdracht wordt dit teruggebracht. Marges om fouten te maken worden minder, de gegevensuitwisseling tussen organisaties wordt beter. Ik vind dat informatieverlies niet meer mag optreden! Dat de kwaliteit van de data met eOverdracht omhoog gaat, heeft nog een groot voordeel. Het onderliggende principe van de eOverdracht is 'registratie aan de bron: eenmalig vastleggen en meervoudig gebruik'. Dit betekent dat gegevensuitwisseling mogelijk wordt, maar we kunnen de gegevens ook gebruiken voor kwaliteitsdoeleinden, het werken aan kwaliteit van zorg. Doordat we kunnen beschikken over de juiste (verpleegkundige) data – iets wat nu niet mogelijk is –, maken we de verpleegkundige zorg transparanter en inzichtelijker. Dat maakt het mogelijk om de maatschappelijke meerwaarde, de effectiviteit van ons handelen zichtbaar te maken. Dit is een beweging die wij als beroepsgroep in gang hebben gezet; daar mogen we best trots op zijn. De invoering van eOverdracht is – vind ik – voor onze beroepsgroep de transitie van de eeuw."

#### Over Nictiz

Nictiz is dé kennisorganisatie voor digitale informatie-uitwisseling in de zorg. Zij ontwikkelen en beheren standaarden die digitale informatievoorziening mogelijk maken. Ook zorgt Nictiz ervoor dat zorginformatie eenduidig kan worden vastgelegd en uitgewisseld. Het realiseren van Eenheid van Taal (EvT) in de zorg, is dan ook een belangrijke missie. Tevens adviseert en deelt Nictiz kennis over digitale informatievoorziening in de zorg. Binnen Nederland maar ook over de grens.

#### Meer informatie over de serious games:



Serious Game - Registratie aan de bron



Escape Room - Eenheid van Taal

## Ontsnap jij uit de escape room 'Eenheid van Taal' van Nictiz?

DOOR JOOST WAKKA, NICTIZ

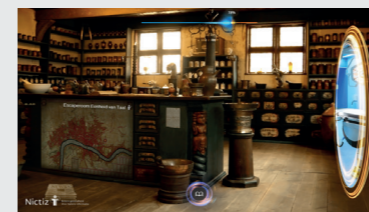
Hoe levert Eenheid van Taal een bijdrage aan kwaliteitsverbetering van gezondheidsdata? Hoe helpt het registratielasten te verlagen en de zorg aan je patiënten te verbeteren? Het spelen van de Escape Room 'Eenheid van Taal' van Nictiz, geeft je antwoord op deze en nog veel meer vragen. Het spel laat deelnemers op een laagdrempelige en interactieve manier kennismaken met Eenheid van Taal en de rol die het terminologiestelsel SNOMED hierin speelt.

Sinds december 2022 kunnen professionals met een nieuwe serious game van Nictiz in spelvorm oefenen met Eenheid van Taal. Dat is niet alleen leuk maar vooral ook belangrijk. Want een juiste uitwisseling van gezondheidsinformatie wordt steeds essentiëler. Lange wachtlijsten, krapte op de arbeidsmarkt en een groeiende zorgvraag vragen om innovatie en efficiëntie om de druk op de zorg te verlagen. Eenheid van Taal zorgt er voor dat je zorginformatie eenduidig kunt vastleggen en uitwisselen. Voor efficiënte en veilige zorg is het namelijk essentieel dat gezondheidsinformatie dezelfde betekenis heeft. Voor zorgverleners onderling, patiënten en hun systemen.



#### Escape Room 'Eenheid van Taal'

Door de Escape Room 'Eenheid van Taal' te spelen, maak je kennis met het eenduidig vastleggen van gezondheidsinformatie aan de hand van SNOMED, hét internationale medische terminologiestelsel van en voor zorgprofessionals. Je maakt de vertaalslag naar andere zorgverleners en je wisselt gegevens uit. Daarnaast worden je gegevens waardevoller, omdat de unieke structuur van SNOMED veel mogelijkheden biedt voor analyse en innovatie. Iedereen die meer wil weten over eenduidig vastleggen van patiëntgegevens kan bij Nictiz een aanvraag doen om de online escape room te spelen met begeleiding van één van hun experts. Nictiz heeft dit spel ontwikkeld om kennis te maken met het principe en om na afloop met elkaar in gesprek te gaan over hoe Eenheid van Taal in jouw organisatie een rol kan spelen.



#### Serious Game 'Registratie aan de bron'

Eerder al werd een andere serious game ontwikkeld: 'Registratie aan de bron'. Dit is alleen niet een online game, maar een fysieke. Daarin ga je met je team aan de slag met beter en efficiënter vastleggen van patiëntgegevens. Door middel van een interactief rollenspel maak je een leerzame stap naar meer bewustwording van ieders rol bij het optimaal vastleggen en hergebruiken van patiëntgegevens. Registreren blijft immers mensenwerk. In deze game spelen de deelnemers een levensecht 'ziekenhuis in het klein'. Patiënten komen er in contact met balie medewerkers, verpleegkundigen en artsen. Bij elke stap van de patiëntreis zoeken de deelnemers gegevens van de patiënt op, vragen informatie uit en leggen die vast in het elektronisch patiëntendossier (EPD).

# 'Procesplattegrond' maakt direct duidelijk wat een proces oplevert

Wij geloven dat je in ieder project weer het proces centraal moet stellen. Het geheel is immers meer dan de som der delen. Door breder te kijken dan de individuele taken, zet je het gezamenlijke resultaat (en het gezamenlijke doel) centraal. Dat werkt alleen als je het samen doet en alle betrokkenen de meerwaarde zien van een procesbenadering. Visualisatie van processen helpt daarbij. Nu werkt een gemiddelde flowchart vaak vooral op de gaapspieren. Bovendien legt dit visueel meer nadruk op de processtappen dan op de lijn die de stappen verbindt, terwijl dat nu juist het proces is.

We hebben door de jaren heen met veel verschillende visualisatie-methoden geëxperimenteerd. Elk met zijn eigen voordelen en beperkingen. Daaruit is het idee ontstaan om deze ervaringen te bundelen in een visualisatiemethodiek die goed aansluit op het soort projecten dat wij doen en bovendien door iedereen gebruikt kan worden zonder licenties, lidmaatschappen of dure en ingewikkelde software: de procesplattegrond. Onder meer de Groninger Huisartsen Coöperatie (GHC) werkt er sinds kort mee. Sinds een jaar heeft de GHC een specifieke afdeling die zich bezighoudt met digitalisering. Consulent Ilse de Lange en projectleider Ewout Kotterink maken deel uit van deze nieuwe afdeling.



De GHC werkt namens ongeveer 250 aangesloten huisartsen in Groningen en Noord-Drenthe aan kwaliteitsverbetering van de zorg aan chronisch zieken en ouderen. Zo loopt er een aantal zorgprogramma's voor patiënten met diabetes, long-aandoeningen en hart- en vaatziekten met speciale aandacht voor preventie, leefstijladviezen en nascholing. Ook richt de GHC zich op zorgvernieuwing door onder meer de diagnostiek op een andere manier te organiseren en digitalisering te stimuleren. Dat helpt huisartsen bijvoorbeeld weer op het gebied van diagnostiek bij slaapapneu of door inzet van ehealth. De GHC leunt sterk op de kennis van huisartsen, zegt projectleider digitalisering Ewout Kotterink. "Huisartsen komen vaak zelf met zaken die beter kunnen en wij bedenken dan samen met hen een oplossing. Bijvoorbeeld digitale consultatie, waarbij je als huisarts een vraag kunt stellen aan een specialist in het ziekenhuis. Dat is destijds gestart met huisartsen en specialisten op het gebied van cardiologie. Voor ons is het dan zaak om inzichtelijk te maken



Ilse de Lange & Ewout Kotterink

welke stappen doorlopen worden en daar is zo'n procesplattegrond behulpzaam bij." "Sinds kort hebben we ook een digitaal zorgpad astma waarin precies zichtbaar is welke digitale middelen je als praktijk kunt inzetten bij het zorgproces" zegt Ilse de Lange.

**"Een procesplattegrond helpt de stappen die doorlopen worden inzichtelijk te maken."**

## Reflectiemoment

Kotterink zet de procesplattegrond momenteel vooral in voor het testen. "We hebben onlangs een heel traject gehad voor online inzage van medische gegevens voor patiënten. Dat is een landelijk programma. Onderdeel van het programma is dat je met patiënten een PGO, persoonlijke gezondheidsomgeving, test. Wat dan helpt is dat je de test visueel maakt met hele simpele stappen en we vullen de rollen in van de mensen zoals de patiënt, praktijkassistent, de huisarts, de leveran-

cier. Het is geen ingewikkelde plattegrond maar het geeft veel duidelijkheid over wie wanneer wat moet doen en in welk systeem dat gebeurt. Het is een soort invulschema. Het format is altijd hetzelfde en per proces breng je wat nuances in om het begrijpelijk te maken voor de mensen."

Kotterink zit veel om tafel met leveranciers, huisartsen, verpleegkundigen en soms ook patiënten en merkt dat het werkt om niet met ingewikkelde schema's op de proppen te komen. "Als je bij elkaar zit om duidelijk te krijgen wat je met elkaar doet, is dat ook een soort reflectiemoment. Dan wordt het iedereen duidelijk wat zo'n proces concreet oplevert. Je doet elkaar een groot plezier door eerst het hele proces in kaart te brengen met alle rollen erbij. Dat blijft voor iedereen overzichtelijk. Je refereert aan alle stappen. De ene keer voer je het hele proces echt uit, de andere keer praat je met elkaar over de volgorde en weer een andere keer zet je een werkinstructie in elkaar. Met deze procesplattegrond heb ik een >>>

visualisatiemethode die mensen makkelijk begrijpen. Ik heb er weinig tekst en uitleg bij nodig en ik krijg ook weinig vragen terug. Men begrijpt me sneller. Daar zit mijn winst.”

De Lange gebruikt de procesplattegrond om te laten zien welke digitale middelen er allemaal beschikbaar zijn tijdens het zorgproces astma. “Zo is het sinds enige tijd mogelijk om als huisarts een kaderarts te consulteren naar aanleiding van een onderzoek. Ook maakt de plattegrond inzichtelijk welke andere digitale mogelijkheden er zijn bijvoorbeeld het aanbieden van zelfmetingen en vragenlijsten zoals de ACQ. We hebben gemerkt in de recente onderwijsdag voor praktijkondersteuners dat het helpt om het proces visueel te maken”

#### Pragmatisch

Kotterink wil fors inzetten op gegevensuitwisseling in de keten, bijvoorbeeld tussen huisartsen en de huisartsenpost. “We hebben in het noorden wel zeven Huisartsen Informatie Systemen en die moeten allemaal gegevens kunnen uitwisselen met ketenpartners. We weten dat er nog niet voor alles een informatiestandaard is, maar we gaan daar ook niet op wachten. Wij pakken het pragmatisch aan. Met kleine stapjes. Een goed voor-

beeld daarvan is advance care planning. Patiënten kunnen bij de huisarts laten vastleggen wat zij wel en niet meer willen in hun laatste levensfase. De huisartsenpost kan deze informatie vervolgens inzien. Dit zorgt ervoor dat patiënten zorg ontvangen die ze zelf (nog) wensen. Wat ik belangrijk vind en echt heb gemerkt is dat een procesbeschrijving helpt om aan elkaar duidelijk te maken welke stappen je in een proces zet. Het gaat erom dat mensen snappen dat ze onderdeel zijn van een groter geheel, waar dingen al gebeuren voordat zij zelf hun taak uitvoeren en waar daarna ook nog allerlei stappen worden gezet. Regel zo goed mogelijk dat iedereen weet wat er verwacht wordt. Zo’n procesplattegrond helpt daarbij. We hebben het getest bij bijvoorbeeld het overdragen van informatie door huisartsen aan de huisartsenpost in de avond-, dag- en weekenddiensten. We konden laten zien dat het echt werkt. Ik zou ook andere instellingen die met rollen en functies werken, ook in sectoren buiten de zorg, adviseren om zo te werken. Het is altijd goed om met het proces te beginnen, los van de methode. En ik zou het mooi vinden als meer organisaties, zeker in de zorg, hun processen gaan delen. Dat je elkaars templates kunt gebruiken. Dat je ziet: ‘hé! Werken jullie zo?’ Dat is misschien wel heel transparant, maar ja, wat is daar mis mee?”

Ook aan de slag met deze procesvisualisatie?

Ga naar <https://zorgverbeteraars.nl/procesplattegrond/> en download gratis het format, een uitgebreide handleiding en de bijbehorende software.



## Veelbelovende start ICUdata, “met dank aan Covid”

Begin 2022 is de stichting ICUdata opgericht om te bevorderen dat de digitale data van IC-zorg in Nederland wordt samengebracht zodat kwaliteit en doelmatigheid van de zorg wordt verbeterd. Volgens ICUdata-voorzitter Christiaan Boerma kan dat levens redden. Inmiddels zijn het Amsterdam UMC, het Erasmus MC, het Radboud UMC, het Medisch Centrum Leeuwarden en het OLVG in Amsterdam aangesloten bij ICU-Data en een aanzienlijk aantal andere ziekenhuizen heeft interesse getoond.



De Covid-pandemie was de katalysator waardoor binnen de Intensive Care in Nederland het bundelen en delen van data prioriteit werd. Boerma maakte als intensive-care arts de eerste coronagolf van dichtbij mee. “Je trekt een isolatiepak aan, maar je bent ook letterlijk geïsoleerd van de buitenwereld. Hoe weet je nu hoe de mensen in Groningen diezelfde Covidpatiënten opvangen? Hoe leer je van elkaar? Dat was een belangrijke drive. Intensivist Paul Elbers en zijn onderzoeksgroep aan de VU boden aan: als je je data bij ons inlevert, dan maken wij er wel soep van en kunnen we iets van die Covid-epidemie leren. In die tijd was

men ook wat minder terughoudend om patiëntgegevens met elkaar te delen. Men zag de noodzaak om samen Covid aan te pakken. Hij heeft met 38 ziekenhuizen data uitgewisseld en publiceert daar nuttige dingen over. De oprichting van ICUdata is eigenlijk een logisch vervolg.”

*“De oprichting van ICUdata is een logisch vervolg op het uitwisselen van digitale data tijdens de Covid-epidemie.”*

#### Dutch ICU Data Warehouse

Het afgelopen jaar werkte ICUdata hard aan goede juridische afspraken rond gebruik en uitwisseling van patiëntgegevens. “Ik durf te zeggen dat we die horde hebben genomen”, zegt Boerma. “In feite hebben we een ‘joint data registry’ opgesteld, een juridisch document waarbij de ondertekenaars de data krijgen in hun pure vorm, onder bepaalde voorwaarden. Een heel belangrijke voorwaarde is dat we commercieel gebruik van gegevens hebben uitgesloten. Het juridische document is nu voor alle partijen acceptabel.” Inmiddels is ook een ‘ICU Data Warehouse’ ingericht, een databank waarin alle IC-data wordt ‘overgepompt’. “Maar daar moeten we een grote vertaalslag op doorvoeren, zodat we de data goed kunnen duiden en vergelijken. Neem nu het meten van de bloeddruk >>>

van een patiënt. Men springt daar verschillend mee om. De ene IC meet met een lijntje continu in de slagader, een ander wellicht om de zoveel tijd met een 'cuff' om de bovenarm. Is dat dezelfde bloeddruk? Dit soort data moet een uniforme betekenis krijgen om het goed te kunnen duiden. Dat is de eerste hele grote stap die we moeten maken.”



#### 'Fingerspitzengefühl'

Is er eenmaal een goed werkend model, dan ziet Boerma gigantische voordelen voor patiënten. Het kan zelfs levens redden. “Als er ergens een plek is waar we overladen worden met data en het menselijk brein bij herhaling niet in staat is gebleken om dat zodanig te verwerken dat we er het optimale uithalen, dan is het wel de Intensive Care. Neem het voorbeeld van een patiënt die aan de beademing ligt. Vroeg of laat komt het moment dat een intensivist besluit om de patiënt van de beademing te halen, te detuberen. Dat is een delicate afweging. Ben je te voorzichtig en laat je mensen te lang aan de beademing liggen, dan is dat een logistieke nachtmerrie. Bovendien is het niet goed voor een patiënt om te lang aan

de beademing te liggen. Maar haal je de buis er te vroeg uit en moet je op je schreden terugkeren, dan breng je dus een patiënt in de problemen met als gevolg dat je de beademing ook onnodig verlengt. We weten dat een flink percentage patiënten nadat ze gedetubeerd zijn, terug moet aan de beademing. Ondanks alle kennis, verandert dat percentage nauwelijks. Achter het besluit om iemand te detuberen, zit veel kennis, kunde en ervaring van de arts en het team er omheen. Dat zijn meer dan meetbare gegevens.

De blik van een intensivist is fijnmaziger. Ze leunen ook op hun 'fingerspitzengefühl', hun ervaring, zaken die ze niet echt benoemen maar wel in hun besluit meenemen. Bovendien neemt niet iedereen dezelfde data mee in de beslissing. Natuurlijk zijn er aspecten die behoren tot de kennis van de arts en het team, maar elk team legt variabelen terzijde omdat ze die niet relevant vinden. Is dat terecht of niet? Als iemand anders die variabelen wel in overweging neemt, wat voor effect heeft dat dan? Als we alle variabelen verzamelen, de kennis combineren en in het model stoppen, ontstaat een completer beeld van het hele proces.

Het leuke is dat als je eenmaal die 'pijplijn' van data hebt en we vergelijken dat met elkaar, dan kunnen we het model steeds verfijnen. Door alle variabelen te betrekken, ga je patronen zien die het menselijk brein alleen nooit had opgemerkt. Dan zie je bijvoorbeeld dat de mensen die van de beademing worden gehaald maar binnen 12 uur weer terug aan de beademing moeten, kenmerken hebben die tot nu toe nog niet door de

IC-gemeenschap zijn opgepikt. Dan kunnen we straks tegen de intensivist zeggen die iemand wil detuberen, dat het model voorspelt dat de kans dat dat fout gaat, negentig procent is. Dan kan de arts nog altijd zelf beslissen, want er kunnen heel goede redenen zijn om toch te kiezen voor die tien procent kans. Maar als we het percentage patiënten dat terug moet aan de beademing met deze kennis kunnen halveren, verbetert dat de patiëntenzorg aanzienlijk en het is logistiek een enorme sprong voorwaarts.”

#### Schaalbaar

Momenteel werkt ICUdata eraan om de ziekenhuizen die nu deelnemen, goed aan te sluiten op het ICU Data Warehouse. Boerma: “Er moet nog veel gebeuren voor we een goed werkend model hebben, maar we zijn goed en snel onderweg. Hoe meer ziekenhuizen meedoen, hoe verfijnder het model wordt. Dat is ook de wens van Zorgverzekeraars Nederland, die ICU Data de komende jaren ondersteunt. Het moet schaalbaar zijn. Het mooiste is als alle honderd IC's in Nederland op termijn meedoen. Ik denk dat het kan. We hebben goed georganiseerde beroepsgroepen van intensivisten en IC-verpleegkundigen en we hebben NICE, de Nationale Intensive Care Evaluatie die ook IC-data verzamelt voor evaluatie en feedback. Het is van ons, van het veld. Dat betekent dat we er op een verstandige manier mee om kunnen gaan zodat we het goed kunnen verantwoorden aan de patiënten en we ook steeds met elkaar blijven bepalen wat de koers is en dat we met de data zinvolle dingen doen. Dat kunnen we als beroepsgroep goed bewaken.

*“Door alle variabelen te betrekken, ga je patronen zien die het menselijk brein alleen nooit had opgemerkt.”*

---

Kijk voor meer informatie over het initiatief op [icudata.nl](http://icudata.nl)

# “Blijf investeren in kwaliteit, hoe moeilijk dat ook is”

Wat is de rol van verpleegkundigen bij het verbeteren van kwaliteit van zorg, ook in de huidige roerige tijden? Tijd voor een tweegesprek tussen Evelyn Finnema, hoogleraar verplegingswetenschap en onderwijs aan UMCG/RUG en lector bij de Hanzehogeschool Groningen en NHL Stenden Hogeschool en Jonas Rubrech, partner bij Zorgverbetersaars en auteur van het boek ‘Kwaliteit verbeteren in de Zorg’.



Jonas Rubrech & Evelyn Finnema

## Wat drijft je in je werk?

**Evelyn:** “Ik ben oorspronkelijk opgeleid als verpleegkundige en vanuit dat vak wil ik bijdragen aan de ondersteuning en kwaliteit van zorg aan mensen die in een bepaalde fase van hun leven voor langere of kortere tijd afhankelijk zijn van zorgprofessionals. Ook wil ik bijdragen aan de deskundigheid van die zorgprofessionals en dan in het bijzonder verzorgenden en verpleegkundigen. En wat drijft jou?”

**Jonas:** “Ik vind het vooral heel leuk dat we iedere dag een stap of stapje voorwaarts zetten. Dat ik de situatie aan het einde van de dag beter achterlaat dan ik deze ‘s ochtends heb aangetroffen. Het zit in mij om dingen beter te willen doen. En dan is het helemaal mooi om dit toe te passen in dit domein, waar het gaat om het welzijn van mensen en om het fatsoenlijk besteden van (semi)publiek geld. Ik spring er iedere dag weer blij mijn bed voor uit.”

**We hebben het veel over kwaliteit en kwaliteitsverbeteringen maar moeten we in deze roerige tijden met inhaalzorg, leveringsproblemen en personeelstekorten niet gewoon blij zijn als we het huidige niveau kunnen vasthouden?**

**Evelyn:** “De vraag in de zorg is geen acute crisis. De demografische ontwikkelingen zien we al jaren

aankomen. Er is, om in gezondheidstermen te spreken, een chronische behoefte en noodzaak om het anders in te richten en te organiseren. Het is een feit dat demografische ontwikkelingen leiden tot een grotere en meer complexe zorgvraag terwijl we steeds minder mensen hebben die zich daarmee bezig kunnen houden. Dat speelt nu. Niet pas over vijf of tien jaar. Het lastige is dat de oplossingen waar we regionaal en landelijk aan werken, vaak middellange en lange termijn oplossingen zijn. Maar als je als teamleider op een afdeling staat en er melden zich twee mensen ziek, terwijl je al vacatures open hebt staan, dan heb je een acuut probleem. Inzet van technologie, preventie, sociale en professionele innovatie, samenwerken in de regio en levenslang leren en ontwikkelen bieden handvatten.

De kern van mijn betoog is dat we juist nu moeten kijken wat voor ons kwaliteit is. Dat we creatief kijken hoe we dingen anders kunnen doen. Daarin kunnen we ook van elkaar en andere sectoren leren. De zorg piept en kraakt aan alle kanten. Maar – en dat is mijn optimistische kant – het is ook nog nooit zo inspirerend geweest om met partijen te kijken hoe we het sámen kunnen doen. En samenwerken en samen leren in combinatie met onderzoek om nieuwe kennis te ontwikkelen vind ik heel inspire-

rend. Dus ik ga ook blij naar huis als we met elkaar weer een goede stap hebben kunnen zetten.”

**Jonas:** “Ik herken het. Het is een beetje een combinatie van dingen. Er staat veel onder druk. Ik maak me zorgen om initiatieven die tot doel hebben om efficiency te vergroten onder het mom van capaciteitsmanagement. Dat men kijkt naar directe en indirecte patiëntentijd en ‘overige tijd’. Dan is vaak de conclusie dat er op die overige tijd wel bezuinigd kan worden, terwijl dat juist de tijd is dat je intervisie doet, of scholing, een artikel kunt lezen, je tijd besteedt aan een verbetertraject. Het is cruciale tijd om te investeren om klaar te zijn voor de toekomst. Doelmatigheid is slechts één van de dimensies van kwaliteit, deze moet je altijd in relatie zien tot veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, tijdigheid en gelijkheid. Met een eenzijdige focus op efficiëntie hol je een organisatie uit.”

**Waarom is het zo belangrijk dat verpleegkundigen zeggenschap krijgen in zorginstellingen. Wat is er zo bijzonder aan verpleegkundigen?**

**Evelyn:** “Verpleging is de ruggengraat van onze zorg. Zonder verpleging is er geen zorg. Verpleegkundigen zijn van nature niet geneigd zich te profileren. Ik denk dat zeggenschap deze beroepsgroep kan

helpen om hun eigen professionele identiteit te verwoorden en te verantwoorden waar ze voor staan. Ik vind dat de sleutel sowieso ligt in het betrekken van de professionals in de besluitvorming en ze mee te laten denken en praten over vraagstukken over zorg en invulling van zorg. Ik ben blij dat nu bij wet is vastgelegd dat de verpleegkundige zeggenschap heeft over het beleid in de instelling waar hij of zij werkt. Zo maak je ze medeverantwoordelijk voor de organisatie en de kwaliteit van zorg. Die wet geeft nèt dat duwtje om professionals actief te betrekken in dilemma’s, keuzes en vraagstukken rondom zorg. De betrokkenheid van die professional in besluit- en beleidsvorming is geen directe ‘patiëntentijd’, maar levert wel wat je uiteindelijk wilt: goede zorg en werktevredenheid. Uit onderzoek blijkt dat het niet alleen gaat om het salaris, maar ook om ontwikkelmogelijkheden en invloed uitoefenen op de ontwikkeling van je beroep.”

**“Ik vind dat de sleutel sowieso ligt in het betrekken van de professionals in de besluitvorming.”**

**Jonas:** Eens! Ze zeggen vaak: mensen komen voor het geld, maar vertrekken om iets anders. Dat eerste is in de zorg wellicht niet waar, maar dat tweede vaak wel. Die zeggenschap heeft in heel concrete zin ook implicaties voor ons werk. We zitten nu bijvoorbeeld met de verpleegkundige staf aan tafel. Een paar jaar geleden bestond dat niet. Wel zie ik nog ruimte voor verbetering voor andere beroepsgroepen, denk aan helpenden, voedingsassistenten of polimedewerkers. Helaas moet ik nog wel eens met managers in discussie over of het wel nodig is om die mensen mee te nemen in de besluitvorming. Hoe meer we praten met mensen die echt >>>

weten hoe de processen aan het bed zijn, hoe beter de gesprekken worden en hoe zinniger de oplossingen die we verzinnen.”

**We gaan steeds meer naar persoonsgerichte zorg waardoor we ook op microniveau bezig moeten zijn met het verbeteren van de kwaliteit. Hoe zien jullie dit voor je?**

**Jonas:** “De inzet van data en technologie wordt steeds belangrijker in die hele beweging naar meer persoonsgerichte zorg. Protocollen zijn vaak nog gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek waarbij je weinig informatie hebt over veel mensen. Bovendien kan dat onderzoek wel eens tien jaar geleden zijn uitgevoerd in de VS, hoe representatief is dat voor je eigen populatie? We gaan nu steeds meer toe naar ‘heel veel informatie over weinig mensen’ en baseren ons meer op actuele data van de eigen patiëntenpopulatie. Als je in staat bent klinische gegevens van een patiënt te combineren met inzichten uit recente, representatieve data, dan krijgt persoonsgerichte zorg ineens echt vorm. Daarvoor is nog veel nodig op gebied van betrouwbaarheid, veiligheid en eenheid van taal in de data. Daar werken we aan. Daar zit potentieel echt een enorme sprong in kwaliteit van zorg.”

**Evelyn:** “Op dat persoonsgerichte ben ik in 2000 gepromoveerd. Toen hadden we nog niet de data maar praatten we over ‘benaderingswijze’. Het mooie van deze tijd is dat we de data én de benaderingswijze hebben, passend bij de behoefte en mogelijkheden van de patiënt. Als je dat combineert heb je een heel sterk geheel. In combinatie met preventie hè? Daar hebben we het niet over gehad maar dat is natuurlijk wel een sleutel om het beroep dat op de zorg wordt gedaan te beïnvloeden. Want veel aandoeningen die we hebben op latere leeftijd

worden beïnvloed door het gedrag gedurende ons leven.”

**Jonas:** “Klopt en ook daar zie ik die data weer als een kans. We doen wel aan complicatieregistratie, maar dan is het al misgegaan. Op basis van grotere datasets kunnen we achterhalen wat voorspellende factoren zijn en daar gericht preventie op doen. Dat roepen we al jaren maar het moet nog interessant worden voor partijen om daar in te investeren.”

**Jonas koppelt kwaliteit van zorg heel erg aan proces- en systeemverbetering. Evelyn kijkt vooral vanuit verpleegwetenschap en onderwijs naar kwaliteit van zorg en ook vanuit een professioneel perspectief en handelingsperspectief. Hoe dragen jullie bij aan de verbetering van de zorg, rechtstreeks aan cliënten?**

**Jonas:** “Ik geloof erg in de procesbenadering want uiteindelijk draait het bij elke zorginstelling om hetzelfde: de beste zorg leveren aan cliënten en patiënten. Binnen het primaire proces maak je het bestaansrecht van je organisatie waar en alles wat je doet moet dus direct of indirect daar mee te maken hebben. Een mooi voorbeeld: ik heb een keer een cytostatica-proces van voor tot achter in kaart gebracht omdat ik constateerde dat iedereen een stukje van het proces kende, maar niemand het hele proces overzag. De artsen moeten zo’n kuur een dag van tevoren voor 15.00 uur accorderen. In de praktijk werd dat vaak einde middag of ’s avonds. Daardoor had de apotheek te weinig tijd voor de bereiding met als gevolg dat de patiënt de volgende dag zit te wachten omdat de kuur nog niet klaar is. Ik had het hele proces uitgewerkt en uitgeprint en rolde dat uit op het bureau van één van de voorschrijvers. Hij keek er drie minuten naar en zei: ‘Ja, als ik dit zo zie is het helemaal niet zoveel gevraagd

dat wij die kuur voor 15.00 uur accorderen.’ Een probleem dat al jaren speelde opgelost in een paar minuten! Daar zie je de waarde van de procesbenadering. Het verbeteren van processen is een vak en dat doen wij iedere dag. In automatisering ligt veel potentie om efficiëncyslagen te maken of om het veiliger te maken. Maar daarvoor moet je altijd terug naar het proces.

Het is voor ons echt een uitdaging om zowel de breedte als de diepte te zoeken en op alle thema’s goed bij de les te blijven. Niet alleen op een hoog abstractieniveau maar ook twee spaden diep. We groeien mee in de steeds complexere zorg en dat vraagt andere kwaliteiten en vaardigheden. We bemoeien ons ook steeds meer met landelijke vraagstukken zoals gegevensuitwisseling in de zorg. Dat red je niet als individuele zorginstelling. Dat zijn belangrijke verschuivingen.”

**“Alles wat je doet moet direct of indirect te maken hebben met het primaire proces.”**

**Evelyn:** “Jij bent heel erg van de kwaliteit hè? Je schrijft er boeken over. Wat moeten we doen met onze eisen ten aanzien van kwaliteit in de huidige roerige tijd?”

**Jonas:** “We moeten de focus houden op kwaliteit verbeteren, ook als we de wind tegen hebben. Juist in tijden dat het slecht gaat, hebben bestuurders vaak de neiging om te kijken waar nog wat valt te snijden in kosten en uren. We weten ook dat daarmee de kwaliteit achteruit gaat want we halen er telkens de kaasschaaf langs. Dan wordt alles steeds een stukje minder. Als we die reflex onderdrukken is dat een sleutel om hieruit te komen. Als je namelijk investeert in kwaliteit en de focus op kosten loslaat,

gaat de kwaliteit omhoog waardoor de kosten uiteindelijk dalen. Ligt de nadruk op het omlaag brengen van de kosten, dan daalt de kwaliteit mee. De focus om te blijven investeren in kwaliteit is dus heel belangrijk, hoe moeilijk het ook is.”

**Slotvraag: stel, je hebt morgen een miljoen te besteden om te investeren in de zorg. Waar zou je het geld aan uitgeven?**

**Evelyn:** “Een onmogelijke vraag. Een miljoen is zo op. Maar, ik zou het direct investeren in onderzoek naar verpleegkundige zorg en onderwijs. Om vanuit kennisontwikkeling het werk van verzorgenden en verpleegkundigen te ondersteunen en bij te dragen aan kwaliteit van zorg en werk. Ik kan het niet aan één ding uitgeven. Daarvoor is het systeem te complex.

**Jonas:** Ja, een miljoen is zo op, maar één van mijn dromen is het instellen van een regionale taskforce met een flink mandaat. Als een zorgverlener belt met een probleem sturen we er een multidisciplinair team heen en kijken we wat er in korte tijd structureel is te verbeteren.”

**Evelyn:** “Daar koppel ik dan direct een regionale kennisagenda aan. Dat we met elkaar vaststellen wat de drie belangrijkste uitdagingen voor deze regio zijn. Hoe geven we daar invulling aan en hoe investeren we daarop vanuit onderzoek, onderwijs en zorg? Ik geloof heel erg in die drie-eenheid. Dus in verbinding met elkaar aan heden en toekomst werken.”

**Jonas:** “Als je bij iedere verbetering in kaart kunt brengen wat dat ongeveer oplevert, denk ik wel dat voor het miljoen op is er iemand is die er nog wel een miljoen in wil investeren!”

# Daar kan ik toch bij?!

## Samen veilig digitaal vooruit, autorisaties in een EPD

DOOR BAS SMIT

Dat je in een EPD bepaalde informatie kunt inzien, betekent niet per definitie dat je hier ook naar mag kijken. Leidend is niet wat je kunt inzien, maar wat je mag inzien volgens de geldende wet- en regelgeving en dat vraagt dus ook bepaald bewustzijn en gedrag. Nu is het onvoldoende om op dat laatste te vertrouwen, bovendien moeten we medewerkers beschermen tegen ongeoorloofde inzage. Dus beschikbaar maken wat nodig is voor goede zorg maar ook niet meer dan dat.

Het Isala Ziekenhuis heeft afgelopen jaar, onder de noemer 'Samen Veilig Digitaal Vooruit' een grote slag geslagen in het nog beter beheren van de autorisaties binnen het EPD. Een belangrijk onderdeel daarvan is proactief beheer. Want ook hier geldt: voorkomen is beter dan genezen. We lichten er vijf belangrijke onderwerpen uit:

### 1. Toekenning

Misschien wel de grootste uitdaging is om te zorgen dat gebruikers van het EPD alleen maar de

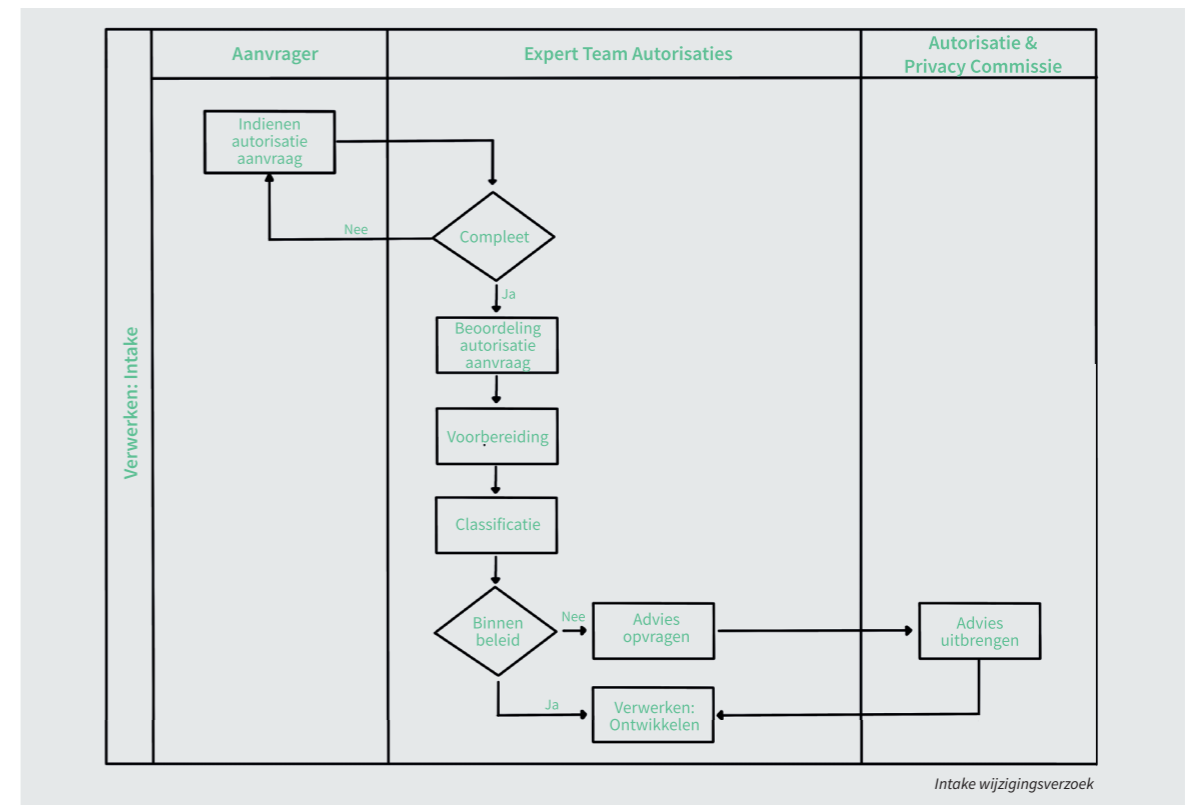
groepen hebben die bij hun functie en rol horen. Dat begint met een export van gebruikers en welke (inlog-)groepen zij hebben in HiX. Dit wordt gebundeld met een export uit het personeelssysteem waar de functie in staat. Deze exports worden beoordeeld en behandeld door een beheerder samen met de leidinggevende. Dat laatste is essentieel omdat veel rollen, waar wel aanvullende rechten voor nodig zijn, niet terug te vinden zijn in het personeelssysteem. Denk aan een rol in een calamiteitencommissie of deelname aan een multidisciplinair behandelteam. Rollen en nevenactiviteiten die bovendien nog wel eens wisselen. Eenmaal gecontroleerd en zo nodig geactualiseerd worden wijzigingen vervolgens in bulk verwerkt, ondersteund door de helpdesk.

### 2. Autorisatiematrix

Als iedereen de rechtengroep heeft die bij zijn functie, rol en eventuele nevenactiviteiten past, is het de vraag of de rechten die deze groep bevat ook juist zijn. Juist betekent hier passend bij de aard van de groep en overeenkomend wet- en

	A	B	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R
1	Code	Omschrijving	Agenda: Beoord	Agenda: Toelicht	Agenda: Beoord	Agenda: Toelicht	Agenda: Beoord	Agenda: Toelicht	Agenda: Beoord	Agenda: Toelicht	Agenda: Beoord	Agenda: Toelicht	Agenda: Beoord	Agenda: Toelicht
1147	000104	Verpleegkundige V2.1 A1 Dialyse HD	Ja	Akkoord	Nee, te	Age	Akkoord		Nee	te	Age	Akkoord		
1148	000105	Verpleegkundige V2.1 A1 Dialyse PD	Ja	Akkoord	Nee, te	Age	Akkoord		Nee, te	Age	Akkoord na correctie			
1149	KV23A1	Verpleegkundige V2.3 (A1) Nefro	Ja	Akkoord	Nee, te	Age	Akkoord		Nee	te	Age	Akkoord		
1150	KV23B2	Verpleegkundige V2.3 (B2) Interne	Ja	Akkoord	Nee, te	Age	Akkoord		Nee	te	Age	Akkoord		
1151	KV23B1	Verpleegkundige V2.3 MDL	Ja	Akkoord	Nee, te	Age	Akkoord		Nee	te	Age	Akkoord		
1152	KV23A2	Verpleegkundige V2.3 Onco	Ja	Akkoord	Nee, te	Age	Akkoord		Nee	te	Age	Akkoord		
1153	KV24B2	Verpleegkundige V2.4 Chir	Ja	Akkoord	Nee, te	Age	Akkoord		Nee	te	Age	Akkoord		
1154	KV24A1	Verpleegkundige V2.4 Ortho	Ja	Akkoord	Nee, te	Age	Akkoord		Nee	te	Age	Akkoord		
1155	KV25B2	Verpleegkundige V2.5 Cardio VBA	Ja	Akkoord	Nee, te	Age	Akkoord		Nee	te	Age	Akkoord		

Beoordeling autorisatiematrix



regelgeving. Belangrijk voor de uitvoerbaarheid is om, met ruim tienduizend instelbare rechten, een selectie te maken van de belangrijkste rechten. In dit geval zijn dat er 103. Vervolgens zijn alle circa 1.200 rechtengroepen beoordeeld op deze belangrijkste rechten, een behoorlijke klus. Rechten afgezet tegen rechtengroepen worden gepresenteerd in een autorisatiematrix. Deze minutieus beoordeelde en gevalideerde autorisatiematrix wordt jaarlijks gebruikt om een nieuwe export van de ingestelde rechten te beoordelen. Voor elk verschil dient een goedgekeurd wijzigingsverzoek in het ticketsysteem te staan, zo niet dan dient deze er alsnog te komen of wordt de wijziging teruggedraaid.

### 3. Procedures

Rechten in een EPD bewegen constant mee met wet- en regelgeving en veranderingen op de werkvloer. Aanpassingen dienen snel maar gecontroleerd doorgevoerd te kunnen worden. Dat vereist strakke procedures waarin beschreven is welke soorten wijzigingsverzoeken er zoal zijn, wie deze mag doen en wie deze beoordeelt. Een aanvraag wordt afgehandeld door een combinatie van twee beheerders die deel uitmaken van het Expert Team Autorisaties. Voor aanvragen die niet duidelijk binnen het beleid vallen, consulteren zij de Autorisatie & Privacy Commissie met een vertegenwoordiging van security en de werkvloer. >>>

#### 4. Kritieke activiteiten

Beheren van een EPD is een zorgvuldige aangelegenheid. Maar de ene handeling kan wel een grotere impact hebben dan een andere. Daarom controleren beheerders zichzelf op enkele kritieke activiteiten. Zo krijgen ze actief een melding wanneer een gebruiker wordt toegevoegd aan een rechtengroep waarmee men bevoegdheden krijgt om autorisaties aan te passen. Maar bijvoorbeeld ook wanneer een chirurg een artscade krijgt toegewezen waarmee geen operatie uitgevoerd kan worden. Dit soort 'business rules' zorgen er enerzijds voor dat risicovolle mutaties in de autorisaties extra gecontroleerd worden, maar ook dat aanpassingen in autorisaties niet leiden tot verstoringen in de zorg.

#### 5. Praktische hulpmiddelen

Veel komt neer op kennis, ervaring en logisch nadenken. Toch blijft het goed beheren van autorisaties een tijdrovende bezigheid. Slimme hulpmiddelen, ook binnen het systeem zelf, zorgen voor de nodige efficiëntie. Een overzicht met alle gebruikers die de afgelopen vier maanden niet zijn ingelogd, bijvoorbeeld. Om vervolgens op basis van dit overzicht het gebruikersaccount volgens beleid (tijdelijk) te blokkeren om oneigenlijk gebruik te voorkomen.

Een ander hulpmiddel helpt bij het toekennen van de juiste inloggroepen voor verpleegkundigen. Verpleegkundigen worden regelmatig op verschillende afdelingen ingezet. Op afdeling A loggen ze in met inloggroep A, de volgende dienst werken ze op afdeling D en gebruiken inloggroep D. Tot een deel van de inloggroepen hebben alle verpleegkundigen standaard toegang, andere afdelingen (zoals de IC) vereisen specifieke kwalificatie en de toegang tot die inloggroepen dient expliciet aangevraagd te worden. Voor beheer zijn enkele schermfilters gemaakt waar op basis van een eigen dataset inloggroepen worden aangeboden. Zo kunnen inloggroepen gemakkelijk in bulk toegelend worden en is het resultaat altijd hetzelfde.

#### Resumé

Het klinkt zo logisch dat een dialyse verpleegkundige het dossier van patiënten op zijn eigen afdeling kan inzien en zo nodig die op de IC, maar geen patiënten waarmee geen behandelrelatie is. Of dit kan is allemaal afhankelijk van de ingestelde rechten maar die zijn aan verandering onderhevig. Dat vraagt een zorgvuldige aanpak en de nodige controles. Goede zorg én patiëntveiligheid is immers gewaarborgd doordat de juiste informatie beschikbaar is, maar ook niet meer dan dat.

Rechten voor groep: 'KV21A1HD/Verpleegkundige V2.1 A1 Dialyse HD'		
Omschrijving	Waarde	Effectief
Opname	>>	E I P W T V O E I P W T V O
Opnamestroom-definities	>	
Geblokkeerde bedden	>	
Zorgvraag	>	
Afdeling capaciteit	>	
Opnamemedicaties	>	
Mag diagnose zien	>	
Mag diagnose wijzigen	>	

Rechten dialyse verpleegkundige



Annemarie Trompert & Bente Jorritsma

## Kwaliteitsregistraties lopen voorop in standaardisatie en harmonisatie

Datagedreven, en daardoor de best passende zorg. Dat klinkt goed. Alleen hoe zorgen we voor optimaal gebruik van de beschikbare data? Doordat zorginstellingen met verschillend ingerichte systemen (EPD's) werken is eenduidige dataverwerking en gegevensuitwisseling nog moeizaam. De wet Wegiz zal hierbij gaan helpen, maar voor de landelijke kwaliteitsregistraties is er meer nodig. In het kader van het programma Verduurzamen Kwaliteitsregistraties zet DICA in op efficiënter gebruik van de vastgelegde gegevens. Met aantoonbaar succes.

DICA (Dutch Institute for Clinical Auditing) is een stichting die in Nederland meerdere kwaliteitsregistraties beheert. "We hebben samen met de Federatie Medisch Specialisten in het programma 'Verduurzamen' gewerkt aan zeventien DICA-registraties die volgens het verduurzamingsprincipe onderhanden zijn genomen", zegt manager Strategie en Beleid Annemarie Trompert. "Dat betekent dat we aan de datakant van de kwaliteitsregistraties alles zoveel als mogelijk naar een soort eenheid van taal hebben omgezet. Data die in het ziekenhuissysteem gestandaardiseerd en gestructureerd klaar staan kunnen we dan, zonder dat het overgetypt hoeft te worden, gebruiken voor de vulling van de kwaliteitsregistraties. Daarbij is als uitgangspunt gehanteerd dat de reguliere verslaglegging van de zorgprofessionals tijdens het zorgproces de basis is. Tevens is in het programma samen met de gemandateerde medisch specialisten kritisch gekeken naar welke informatie echt belangrijk is en hoe deze bruikbaar is voor kwa-

liteitsverbetering. Zodoende worden alleen die data nog verzameld die noodzakelijk zijn."

#### Harmonisatie

Omdat Nederland geen landelijk Elektronisch Patiënten dossier (EPD) kent, leggen zorginstellingen allerlei gegevens vast in hun eigen EPD. Nederland heeft zo'n tachtig ziekenhuizen, en ieder ziekenhuis heeft zijn systeem nét even anders opgebouwd en ingericht. Bij DICA was dat vergelijkbaar; iedere registratie is als maatwerk ontwikkeld om maximaal op de informatiebehoefte van de medisch specialisten aan te sluiten. Onderling werd nog te weinig gekeken naar mogelijke standaardisatie van bepaalde onderdelen. "We hadden al een project lopen om alle registratie onderling te harmoniseren", zegt voorzitter Raad van Bestuur Bente Jorritsma. "Zo wilden we ontwikkelen van een verzameling registraties naar een echt DICA-platform. Het programma Verduurzamen Kwaliteitsregistraties sloot perfect op die >>>



ambitie aan, dus we hebben besloten de handen ineen te slaan en de twee projecten in elkaar te voegen. Door dit programma te doorlopen kunnen we vanuit onze rol maximaal bijdragen aan de gezamenlijke uitdaging rondom standaardisatie en zo het maximale uit data halen.” De uitdaging is om te zorgen dat die eenduidigheid in standaardisatie zowel aan de kant van de ziekenhuissystemen als aan de kant van de kwaliteitsregistraties wordt gehanteerd. Trompert: “We keken naar de datapunten die relatief eenvoudig te uniformeren zijn, zoals de co-morbiditeit, de diagnose- en behandelgegevens. Dat zijn dingen die bijvoorbeeld ook voor declaratieverkeer nodig zijn en bij allerlei aandoeningen worden vastgelegd. We houden daarnaast in de gaten welke standaarden er nationaal en internationaal zijn afgesproken, zoals SNOMED CT en LOINC. Het is dus geen random harmonisatie. We kijken echt naar wat logisch is en ik denk bovendien dat hoe meer partijen meedoen, hoe groter het belang is om je daaraan aan te passen. We hebben dit bij DICA bij zeventien van de registraties gedaan en ook nieuwe registraties nemen we in deze aanpak mee. Maar inmiddels heeft de Federatie Medisch Specialisten, de FMS, deze stappen bij ruim veertig andere kwaliteitsregistraties ook doorlopen. Veel van deze kwaliteitsregistraties werken samen onder de vlag van de Samenwerkende Kwaliteitsregistraties (SKR). Daar delen we kennis en zetten ons in voor verdere optimalisatie en standaardisatie. De coalitie wordt zo steeds groter waardoor het aantrekkelijker wordt om mee te gaan in deze aanpak.”

#### ‘Real world evidence’

“We doen dit vooral omdat de betrouwbaarheid van de data groter wordt als we gegevens rechtstreeks uit de bronsystemen kunnen gebruiken”, zegt Jorritsma. “Een concreet voorbeeld: een complicatie die is vastgelegd in het EPD middels een SNOMED-code levert een betrouwbaarder datapunt op dan dat het afgeleid wordt uit een langere ligduur. Bovendien heeft het nóg een toegevoegde waarde. Door slim-



mer om te gaan met het toepassen van standaarden en deze uniform toe te passen over onze registraties heen kunnen we profiteren van de datastructuur. Bijvoorbeeld als wij een radiotherapiemodule hebben voor een registratie dan kunnen we die daarna ook op basis van die datastructuur redelijk eenvoudig aanpassen voor andere registraties waar radiotherapie in de behandeling zit. Natuurlijk moet het dan nog voor die specifieke aandoening worden ingericht, maar het framework wordt dan modulair. Het helpt ons ook om data snel te kunnen opvragen en teruggeven. Dat is nodig voor kort cyclisch leren en verbeteren en kan leiden tot directe aanpassingen in de behandeling.”

“Een ander voorbeeld: bloedverdunners. Bij een bepaalde patiëntengroep bleek uit de DICA-data dat het aangepaste toedieningsbeleid voor bloedverdunners voor die groep niet de gewenste effecten had. Door onze registratie was dat binnen twee maanden duidelijk en heeft het ziekenhuis het toedieningsbeleid voor deze patiëntengroep herzien. Bij endeldarmkanker hebben ze op basis van de data vastgesteld dat bij patiënten van een bepaalde leeftijd een operatie eerder een negatieve impact had op de kwaliteit van leven dan een positieve. Met deze ‘real world evidence’ is de richtlijn aangepast en wordt die behandeling niet meer op die manier

uitgevoerd. Dit kan alleen op basis van betrouwbare data waarmee je ook onderscheid in groepen patiënten kunt maken. Dat is heel cool. Dat je een-op-een kunt bijsturen op heel actuele up-to-date gegevens en zo met data kunt bijdragen aan de best passende behandeling.”

#### EPD's aanpassen

Het programma Verduurzamen Kwaliteitsregistraties is met het DICA-deel gestart in 2020 en er is in anderhalf jaar veel opgepakt, zegt Jorritsma: “Zorginhoudelijk werken we met de beroepsverenigingen samen en data-inhoudelijk werken we samen met Zorgverbeteraars en onze dataverwerker MRDM. De aansluiting tussen techniek, inhoud en het bestuurlijk deel, de gezamenlijke verantwoordelijkheid en governance, is heel belangrijk. Voorheen was het

gewoon: je begon met iets dat het beste paste bij die aandoening. Nu werken we meer vanuit de platform-gedachte en bouwen we onze registraties meer modulair op. Hierbij willen we zo efficiënt mogelijk met de reeds beschikbare brondata omgaan door het gebruik van standaarden. Maar deze hele beweging kunnen we niet in ons eentje doen. De EPD's zijn in Nederland niet allemaal op dezelfde manier ingericht en dan moeten ze ook nog eens op de goede manier worden ingevuld. Samen met Zorgverbeteraars en MRDM vindt regelmatig afstemming plaats met EPD-leveranciers om die beweging te stimuleren. Zoals gezegd: we hebben elkaar nodig om stappen voorwaarts te zetten. En dat is nodig: met de inzichten die we uit de kwaliteitsregistraties halen, kunnen we écht het verschil maken voor de zorg en daarmee de kwaliteit van leven van patiënten.”

## Echt efficiënt werken? Ga netwerken!



DOOR STAN SWAEN, ESPERCIGNO

Focussen op de eigen taken en werkzaamheden lijkt alles wat nodig is om je werk zo goed mogelijk te doen. Elke individuele professional, elke afdeling, elk team heeft een eigen verantwoordelijkheid. Bedrijven zijn daarom een archipel van eilanden. Hoe groter het bedrijf, hoe groter de afstand tussen de eilanden. En dat, terwijl iedereen werkt aan het grote geheel. Zorginstellingen zijn hierop geen uitzondering. Zou de zorg niet veel efficiënter zijn als er meer wordt samengewerkt?

#### Iedereen dezelfde waarheid

Volgens welke waarheid wordt er gewerkt binnen jouw organisatie? Vaak blijkt dat spreadsheets leidend zijn, vooral op management- en bestuursniveau. Maar hoe actueel zijn die? Wanneer er wordt gewerkt vanuit dezelfde gestructureerde en up-to-date databronnen, werkt iedereen met dezelfde actuele patiëntgegevens.

Werken volgens leanmethodieken in de zorginstellingen zelf wordt steeds meer toegepast. Processen worden geoptimaliseerd. Maar het stopt niet bij de voordeur van jouw organisatie of zorginstelling. Samenwerken met collega's van andere zorginstellingen is noodzakelijk om efficiënte zorg toe te kunnen passen. >>>

### GRIP - Rick Pastoor

Bas Smit: "Een boek voor na je vakantie om de draad weer op te pakken volgens een nieuwe structuur. Ik heb het al vaker gelezen en pak het er nog regelmatig bij. Ik lees dingen die ik al doe en waar ik mij verder in kan verbeteren. Het is Rick Pastoor gelukt om zijn zoektocht naar grip op zijn manier van werken goed onder woorden te brengen. De lessen uit het boek helpen mij te voorkomen dat ik leef naar de grillen van mijn werk. Een uitdaging voor mij is het scheiden van hoofd- en bijzaken. Dat heeft weer te maken met of iets belangrijk en/of urgent is, iets waar ook Eisenhower mee worstelde en waar wij weer iets van kunnen leren. GRIP leest goed weg en beslaat in het eerste deel de uitdagingen van beheren van je agenda, overzicht op taken en bijhouden van je mail. En verder hoe volg je jouw rode draad met de stip op de horizon waar jij heen wil."



### VERPLEEGTHUIS - Teun Toebes



Ellen Bos: "De 21-jarige verpleegkundige student Teun Toebes vindt dat er in Nederland te weinig wordt omgekeken naar mensen die leven met dementie en besluit in een verpleeghuis te gaan wonen op een gesloten afdeling voor demente ouderen. Niet als zorgverlener, maar als bewoner draait hij mee in de dagelijkse ritmes en regels. Mooie, pittige, verdrietige en vrolijke momenten beleeft Teun met zijn huisgenoten. Wat mij verbaasde om te lezen zijn alle regeltjes die er zijn en als je het leest klinkt het logisch maar als je er verder over nadent denk je 'waarom?'. Waarom mogen de mensen niet hun eigen gordijn kiezen, zodat hun kamer meer hun thuis wordt? Waarom mogen er inderdaad geen echte planten in hun kamer? Als je graag een zachtgekookt eitje eet en dit je hele leven al hebt gedaan, waarom mag het daar niet meer? Als je nooit koffie drinkt en op een dag aangeeft dat je wel koffie wilt, waarom mag het dan niet? Een boek dat je anders leert kijken naar mensen met dementie, de buitenwereld binnen de verpleeghuismuren brengt, maar ook een boek dat pijnlijk weergeeft hoe er met dementie omgegaan wordt en wat hoge werkdruk met de zorg doet. En een boek dat over jouw toekomst kan gaan omdat één op de vijf mensen dementie krijgt."

### VOORZITTER! - Gerdi Verbeet & Alexander Rinnooy Kan

Jasperien van Doormaal: "Sinds de corona periode heeft het digitaal vergaderen een vogelvlucht genomen. Dit vergt andere vaardigheden van voorzitters. De zeer ervaren voorzitters Gerdi Verbeet en Alexander Rinnooy Kan hebben daarom een nieuwe versie gepubliceerd van het boek 'Voorzitter!'. Een boek vol handige tips, ook over het vergaderen in algemene zin. Opgevuld met mooie quotes van beide voorzitters: 'Ik vind het niet acceptabel dat iemand zijn camera tijdens de vergadering uitzet. Je gaat bij een fysieke vergadering toch ook niet achterstevoren zitten?' of 'Vaak zitten deelnemers aan een vergadering te dicht op het probleem. Zij zien de pixels, de voorzitter ziet de foto'. Een relevant boek voor iedereen die vaak vergadert, zowel online, fysiek, in de rol van voorzitter of als deelnemer!"



### Meer samenwerken is minder registreren

De registratielast van professionals in de zorg blijft een punt van discussie. De registratielast vermindert organisatie breed door 'enkelvoudig gestructureerd registreren voor meervoudig gebruik' toe te passen. Netwerkgang vermindert de registratielast! Je registreert namelijk met de hele keten. Gegevens worden één keer geregistreerd volgens de landelijke standaard en dan gedeeld. Door samen te werken neemt de perceptie van de registratielast af, omdat bijvoorbeeld de huisarts een groot gedeelte van de gegevens van de desbetreffende patiënt al heeft geregistreerd.

### Wie zijn je zorgcollega's écht?

De meeste patiënten ontvangen zorg in hun eigen omgeving. De lijn van huisarts richting regionaal ziekenhuis zou daarbij de sterkste keten moeten zijn. Het uitwisselen van up-to-date en gestructureerde data is daarbij cruciaal. Ook is het belangrijk om 'de ander' goed te kennen. Wat zijn de behoeftes van de andere organisatie en personen waarmee je samenwerkt? Wat leeft er bijvoorbeeld bij samenwerkingskoepels van huisartsen in de eerste lijn en waar hebben zij echt behoefte aan? Technologie kan veel barrières overbruggen. Maar de vraag blijft: in hoeverre ben ik bereid om me in te leven in mijn samenwerkingspartner? Zorg ervoor dat belangen bij elkaar komen. Creëer gezamenlijke waarde voor alle partijen. Ga niet alleen halen en geef meer dan je krijgt. Zoek een modus om gezamenlijk de (digitaliserings-)taart groter te maken.

### Niet alleen wens, maar ook noodzaak

Intensief samenwerken binnen de zorg is niet alleen positief voor de zorgaanbieders, de professionals en de patiënten. Het is ook een steeds grotere noodzaak vanuit de overheid. De Tweede Kamer wil namelijk het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) onder strenger financieel toezicht stellen. De Kamer gaat beter de vinger aan de pols houden. Intensief samenwerken wordt daarmee een noodzaak, want het leidt tot efficiënter werken binnen de zorg. En dat heeft weer positieve financiële gevolgen. Samenwerken is een manier om effectief kosten te besparen, zonder noodzakelijke bezuinigen.

### We starten vandaag! Toch?

Netwerken heeft veel positieve aspecten:

- Je deelt kennis en ervaring en leert nieuwe dingen van anderen;
- Je leert de wereld beter begrijpen;
- Het geeft je een frisse blik;
- Van idee naar realisatie doe je samen; dat is leuk!

Netwerkgang en werken vanuit gestructureerde databronnen heeft dus allerlei voordelen. Waarom beginnen we er dan niet vandaag mee? Elke (zorg)professional herkent het wel: de waan van de dag. Er is al zo weinig tijd en dan moet je ook nog tijd vrij maken voor samenwerking en digitalisering. Maar als je er nu niet mee start, loop je over een aantal jaren écht achter. Is het niet voor efficiëntere zorg, dan schrijft de overheid netwerkgang voor en moeten gegevens eenvoudig én veilig digitaal gedeeld worden.

### De patiënt centraal

Zorg stopt niet bij de voordeur. Logischerwijs is elke zorginstelling veel tijd kwijt om de eigen organisatie goed te runnen. Er lijkt weinig tijd over te blijven om energie te steken in anderen. Maar anderen hebben dezelfde uitdagingen en je kunt dus van elkaar leren. Samen uitdagingen oppakken en aanpakken leidt tot geweldige resultaten. Uiteindelijk willen we allemaal onze patiënten ondersteunen met zorg van het beste kwalitatieve niveau. Dus stop met navelstaren en maak verbinding! Wie kan delen kan ook vermenigvuldigen.

### Handen uit de mouwen: aan de slag

Vroeger was er het adresboekje van je ouders, tegenwoordig bieden tools als LinkedIn je uitgebreide mogelijkheden om met gelijkgestemde zielen verbinding te maken en een gesprek te starten. Of maak eens een lijstje met 10 mensen waarmee je graag een kop koffie zou willen drinken die je qua werk en levenservaring interessant vindt om eens te spreken. Je oefent je eigen verhaal en leert van iedereen bij. Spannend? Zeker volledig mee eens, maar neem van mij aan dat er een wereld voor je opengaat.

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 Zorgverbetersaars.

