

VERBETER!

Over betere (digitale) zorg



PAGINA 22

“Kickstart Medicatieoverdracht is zo'n gigantisch project, alle kleine successen moeten daarom gevierd worden.”

May Rozendal, apotheker

PAGINA 12

DE AANTREKKINGSKRACHT VAN MAGNEETZIEKENHUIZEN

"Zorgprofessionals blijven wanneer ze in staat worden gesteld hun werk goed te doen."

PAGINA 38

WAT EEN ZIEKENHUIS KAN LEREN VAN MCDONALD'S

"Doen wat we hebben afgesproken, elke dag, elke minuut, elke hamburger."

PAGINA 9

WAAROM WE BLIJVEN WORSTELLEN MET DATAGEDREVEN WERKEN

Interview met data-expert Peter Aiken

PAGINA 28

HET SAMENBRENGEN VAN TWEE EPD'S

Bij het Frisius MC denken ze vanuit het zorgproces



ZORG
VERBETERAARS

Colofon

Voor je ligt alweer de zesde 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: Thea Prins, Naomi Teekamp, Leonie Vos, Ellen Bos, Bas Smit, Jonas Rubrech, Erik van der Velde, Marjanna Bootsma.

Foto omslag: Zorgverbeteraars

Foto's: gemaakt door Zorgverbeteraars, of aangeleverd door geïnterviewden met toestemming voor gebruik. Tenzij anders vermeld.

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.
Ceintuurbaan Noord 108
9301 NZ Roden

Postbus 282
9300 AG Roden

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

© 2026 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

Care about IT

Samen innoveren voor de zorg van morgen

18

The grass is always greener...

Hoe internationale ervaring bijdraagt aan toekomstbestendige zorg.



Frisius MC

Samen bouwen aan één toekomstbestendig EPD

28

Inhoud

Datagedreven werken

Interview met data-expert Peter Aiken



9

22

MP9

Pionieren voor een modern medicatieoverzicht



38

Wat kan een ziekenhuis leren van McDonald's?

In gesprek met Jan Slebus

12

De aantrekkingskracht van Magneetziekenhuizen

In gesprek met Eugene Waterval



VERDER IN VERBETER!

Voorwoord	5
Uit het dagboek van zorgverbeteraar Marjanna Bootsma	16
Wereldverbeteraar - Stichting Wensambulance Noord Nederland	26
Boekentip!	27
EHDS - Zorgdata in beweging	31
Verandering by Design	34
Tips voor testen	41
Podcast tips	43



Kiezen

*“Schaarste is geen probleem, het is een kans.
Het dwingt ons te kiezen voor wat we echt belangrijk vinden.”*

Schaarste ontstaat wanneer de behoefte aan een product of dienst potentieel oneindig is, terwijl de middelen om dit te realiseren beperkt zijn. De belangrijkste middelen in de zorg, personeel en geld (expliciet in die volgorde), zijn nooit in onbeperkte mate beschikbaar. Dat zijn ze ook nooit geweest. Toch lijken bezuinigingen, toenemende zorgvraag en oplopende personeelstekorten de zorg steeds meer onder druk te zetten.

De inzet van schaarse middelen is vooral een verdelingsvraagstuk. Dat vraagt om keuzes. Waar willen we ons geld aan uitgeven? Waaraan willen we onze tijd besteden? Wat is echt van meerwaarde voor onze patiënten? Wat zouden we ook prima kunnen laten?

Dat we keuzes maken lastig vinden, zien we dagelijks aan de vele projecten en programma's die parallel en overlappend een beroep doen op de veranderbereidheid van mensen en organisaties. En alle afstemmingsoverleggen die nodig zijn om elkaar niet ook nog eens in de wielen te rijden, leggen beslag op dezelfde schaarse mensen en hetzelfde schaarse budget.

Maar zodra je ontdekt dat focus meer oplevert dan verspreide energie, dat grondige implementatie

meer waarde creëert dan vage innovatiebeloften, dat een helder 'nee' soms productiever is dan een halfslachtig 'ja' en dat uniformiteit meer bijdraagt aan efficiëntie dan individuele voorkeuren — dan blijkt kiezen helemaal niet pijnlijk. Integendeel.

Dit magazine laat zien hoe dat eruitziet: initiatieven die werken omdat er scherpe keuzes aan ten grondslag liggen. Zo leidt de keuze voor meer verpleegkundige zeggenschap in 'Magnet'-ziekenhuizen tot minder verloop en meer kwaliteit. Zorgt de keuze voor een informatiestandaard voor meer medicatieveiligheid en minder dubbel werk. En is de keuze voor een procesgerichte EPD-implementatie de sleutel tot een project dat draait om wat belangrijk is voor de zorg.

Schaarste is geen probleem, het is een kans. Het dwingt ons te kiezen voor wat we echt belangrijk vinden. Dat vraagt wel lef, leiderschap en realiteitszin.

Laat je inspireren!
(of niet natuurlijk, de keuze is aan jou...)

Jonas Rubrech
Zorgverbeteraar

Samen innoveren voor de zorg van morgen

Care about IT

In een samenleving waar technologie en zorg steeds dichter bij elkaar komen, werkt het internationale programma *Care About IT* aan één helder doel: beter onderwijs dat écht aansluit bij de zorgpraktijk van nu én morgen. Samenwerking tussen onderwijsinstellingen, zorgorganisaties en IT-partners vormt de kern van deze aanpak. Wij spraken met Jessica



Knopper, programmaleider bij *Care About IT*, over de kracht van samenwerking, de rol van internationale partners, en wat er nodig is om het onderwijs toekomstbestendig te maken.

Internationale inspiratie voor lokaal resultaat

Care About IT is een grensverleggend programma dat onderwijs, zorg en technologie op een vernieuwende manier met elkaar verbindt. In dit programma werken verschillende Europese landen samen aan het toekomstbestendig maken van de zorgsector, waarbij Nederland onder andere leert van Finland, Estland en Italië. Ieder land brengt unieke expertise mee. “Finland heeft ons echt geïnspireerd,” vertelt Jessica. “Zij zetten *remote care* in op plekken waar de zorg anders nauwelijks bereikbaar is. Met slimme technologieën zoals medicijn dispensers op afstand en zorg op afstand via beeldbellen, houden zij cliënten zelfstandig en veilig thuis.” Ook Estland is koploper, met hun

indrukwekkende simulatieonderwijs, waarmee studenten al sinds 2016 leren via realistische, digitale omgevingen. Italië laat weer zien hoe goed samenwerking werkt tussen onderwijs, gemeente en zorgregio's. “Zij hebben een doorlopende leerlijn georganiseerd waarbij alle partijen, van gemeente tot onderwijs, samen optrekken.”

Nederland onderscheidt zich op haar beurt met het mbo-practoraat: praktijkgericht onderzoek dat in nauwe samenwerking met zorgorganisaties en bedrijven wordt uitgevoerd. “Daarmee geven we studenten niet alleen kennis, maar ook vaardigheden die direct toepasbaar zijn in hun werk.”

Wat is er tot nu toe bereikt?

Het programma is volop in ontwikkeling en heeft in de afgelopen twee jaar al belangrijke stappen gezet. Zo is er inmiddels één micro-credential afgerond, een kort, erkend leertraject gericht op een leven lang ontwikkelen, en staan er nog vier in de startblokken.

In samenwerking met de opleiding Creative Media and Game Technology is bovendien een prototype voor een game ontwikkeld. Deze laat studenten op een speelse



CoVE-team Nederland, met 2e van rechts Jessica Knopper

manier ervaren hoe technologie hen juist méér ruimte kan geven voor sociaal contact met cliënten, een waardevol inzicht voor toekomstige zorgprofessionals. Daarnaast wordt er intensief samengewerkt in zogenoemde onderzoekswerkplaatsen, waar docenten, studenten, zorgorganisaties en IT-partners samen sleutelen aan concrete innovaties in de zorg.

“Het practoraat speelt hierin een cruciale rol,” legt Jessica uit. “We zorgen dat docenten uit verschillende vakgebieden, van verpleegkunde tot IT, samenwerken aan dezelfde opgaven.”

Betrokkenheid van zorgorganisaties

De samenwerking met zorginstellingen verloopt onder andere via de Technologische Zorg Academie (TZA), waarmee bestaande netwerken actief worden benut. “We willen geen nieuw netwerk opzetten, maar juist versterken wat er al is,” zegt Jessica. Toch erkent ze dat de betrokkenheid van zorgin-

stellingen nog verder kan groeien. “We moeten ons netwerk nog dichterbij brengen. Veel organisaties roepen wel wat ze nodig hebben, maar dat geluid moet nóg duidelijker worden.”

“We hebben zorgorganisaties nodig die durven zeggen wat er echt nodig is in de praktijk. Laat zien waar het onderwijs tekortschiet.”

Wat is er nodig vanuit zorgorganisaties?

Jessica is duidelijk: “We hebben zorgorganisaties nodig die durven zeggen wat er echt nodig is in de praktijk. Laat zien waar het onderwijs tekortschiet. We zijn in de zorg gewend om alles op te lossen, maar soms moet je ook stoppen met pleisters plakken en het probleem aan de voorkant neerleggen.” >>>



>>> Een suggestie die nu onderzocht wordt: zorgmedewerkers tijdelijk inzetten om mee te werken aan onderwijsontwikkeling. “Net als docenten die zich verdiepen in technologie, zouden zorgprofessionals een bijdrage kunnen leveren aan het vormgeven van toekomstgericht onderwijs.”

De ideale samenwerking? “Zorginstellingen die structureel input leveren, openstaan voor experimenten en bereid zijn om samen te bouwen aan nieuw onderwijs,” aldus Jessica. Dat kan via testgroepen, gezamenlijke projecten, of door simpelweg de deuren te openen voor studenten en docenten.

Een programma dat blijft bewegen

Care About IT is geen tijdelijk project. Het programma werkt toe naar duurzame verankering in het onderwijs. “We willen dat wat we nu opbouwen, straks blijft bestaan. Dat doen we onder andere door kennis op één centraal platform te verzamelen en door intensief samen te werken met andere programma’s, zoals Health Noord en Stars EU.”

Samenwerking over landsgrenzen heen is daarbij cruciaal. “We kijken hoe we digitale platforms kunnen combineren met partners in Denemarken, zodat we niet ieder ons eigen wiel blijven uitvinden. De uitdaging is om samen verder te bouwen.”

Meedenken of aansluiten?

Zorgorganisaties die willen meedenken of bijdragen, kunnen dat doen via bestaande netwerken zoals de TZA, via het proctoraat of door direct contact te zoeken met het programma. Daarnaast is het de bedoeling om op termijn regelmatig netwerkbijeenkomsten te organiseren om kennisdeling en samenwerking verder te stimuleren.

Jessica: “We staan altijd open voor nieuwe partners. Uiteindelijk doen we dit niet alleen voor de student van nu, maar voor de zorg van straks en die gaat ons allemaal aan.”

Waarom we blijven worstelen met datagedreven werken

Interview met data-expert Peter Aiken over zijn piramide, de valkuil van dashboards en de onmisbare rol van datamanagement.



Veel organisaties willen het: datagedreven werken. Toch blijkt het in de praktijk lastig om data echt effectief

in te zetten. Ondanks jarenlange ervaring met BI-tools, dashboards en analytics, blijft de beloofde waarde van data vaak uit. Volgens data-expert Peter Aiken komt dat doordat de basis ontbreekt. Zijn bekende datamanagementpiramide is gebaseerd op het DMBOK-raamwerk en wordt nog altijd verkeerd om toegepast. We spreken Aiken over zijn huidige visie op de piramide, waarom organisaties blijven investeren in ‘zichtbare oplossingen’, en wat er nodig is om datagedreven werken wél te laten slagen.

De piramide als fundament

De piramide van Aiken (afgebeeld op de volgende pagina) is een visualisatie van het Data Manage-

ment Body of Knowledge (DMBOK): een internationaal erkend raamwerk dat alle onderdelen van professioneel datamanagement beschrijft. Denk aan data governance, metadata, datakwaliteit, beveiliging, integratie en meer. Helemaal bovenin staan analytics en AI, tools die alleen betrouwbaar zijn als de lagen eronder goed zijn ingericht. “Wat ik zie,” zegt Aiken, “is dat organisaties steeds bovenaan beginnen. Ze willen een dashboard of AI-oplossing en slaan de onderliggende lagen over. Maar zonder datakwaliteit, eigenaarschap of goede metadata is dat als rijden zonder stuur.”

De bedoeling van de piramide is juist om te laten zien dat alles begint bij governance en structuur. Aiken: “Het is niet bedoeld als volgorde van populariteit, maar als volgorde van logica.”

De valkuilen van datamanagement

In veel organisaties worden dataprojecten >>>

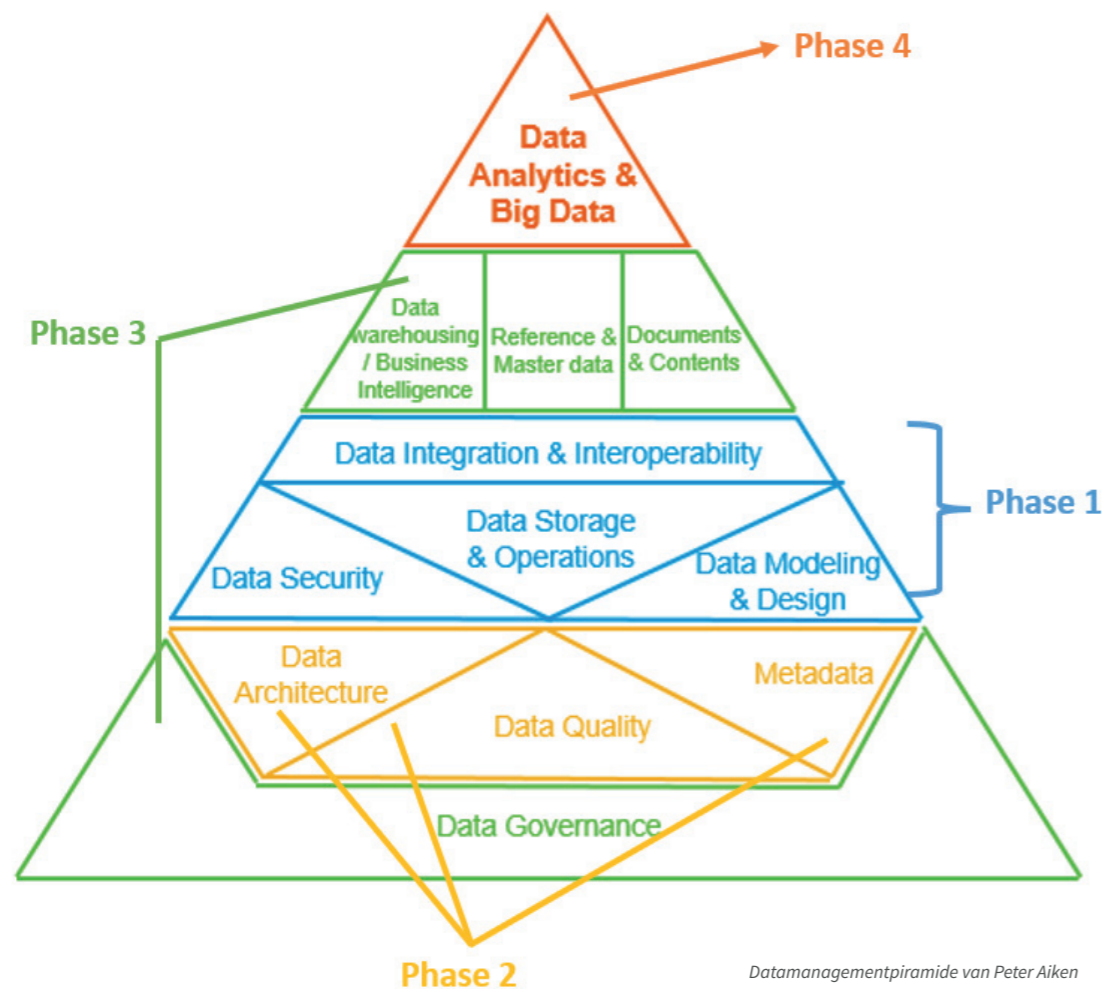
>>> gestart vanuit de wens iets te laten zien: een visueel dashboard, een voorspellend model. “Dat voelt als vooruitgang,” zegt Aiken. “Maar als de data eronder onbetrouwbaar is, neem je alleen maar sneller verkeerde beslissingen.”

Zelf maakte hij in zijn eerste projecten dezelfde fout. “Ik begon ook met tooling. Tot ik ontdekte dat de uitkomsten nergens op sloegen omdat we de data niet begrepen. Sindsdien ben ik me gaan verdiepen in de onderliggende lagen.”

Ondanks het feit dat veel organisaties al jaren bezig zijn met data, blijft het lastig om datamanagement goed te organiseren. Volgens Aiken komt dat door drie dingen:

1. *Gebrek aan taal.*

“Datamanagement klinkt technisch en vaag. Er is weinig taal beschikbaar om dit goed te bespreken in de boardroom. Het is lastig om urgentie over te brengen.”



2. *Te veel focus op tools.*

Leveranciers beloven veel, maar technologie lost geen fundamenteel organisatorisch probleem op. “Tooling is ondersteunend, niet leidend.”

3. *Geen gedeeld eigenaarschap.*

Data wordt vaak als een IT-verantwoordelijkheid gezien, terwijl het hele organisatiebreed gedragen moet worden. “Je hebt samenwerking nodig tussen IT, business, juridische teams en gebruikers.”

Wat is er nodig?

Aiken pleit voor een meer gestructureerde benadering, zoals het DMBOK ook voorschrijft. Hij noemt drie dingen die elke organisatie vandaag al kan doen:

1. *Begin met de basis van de piramide*

Richt processen in voor datakwaliteit, metadata en governance. Wijs data-eigenaren aan, stel definities vast en breng afhankelijkheden in kaart. “Het is niet spannend, maar wel noodzakelijk.”

2. *Maak datakwaliteit zichtbaar*

Label datasets op kwaliteit. Geef aan of iets gevalideerd is, incompleet, of onzeker. “Als gebruikers weten wat ze in handen hebben, kunnen ze betere keuzes maken. Nu vertrouwen we op data zonder context.”

3. *Ontwikkel een gezamenlijke datastructuurtaal*

Datamanagement is niet van IT alleen. Iedereen moet snappen wat data betekent, hoe het gebruikt mag worden en wat de beperkingen zijn. “Alleen dan wordt datagedreven werken echt mogelijk.”

En AI?

Ook kunstmatige intelligentie wordt vaak gezien als

“Iedereen wil iets met data, maar weinig organisaties beginnen op de juiste plek.”

oplossing voor dataproblemen. Volgens Aiken kan AI zeker ondersteunen bij taken zoals het labelen van data of het herkennen van fouten en inconsistenties. Dat zijn waardevolle toepassingen, zeker bij grote hoeveelheden informatie. Maar het vervangt niet het denkwerk dat vooraf moet gebeuren.

Het menselijke proces van structuur aanbrengen, betekenis geven en eigenaarschap regelen blijft essentieel. “AI kan helpen,” zegt Peter, “maar het bouwt altijd voort op de fundamenteen die je zelf legt. Zonder betrouwbare input kan AI zelfs schadelijk zijn. “Garbage in, garbage out. Je versnelt alleen maar de verkeerde conclusies als je basis niet klopt.”

Begin met de structuur

De tips die Peter geeft zijn misschien niet wat veel organisaties willen horen, maar het is precies wat ze nodig hebben. De kernboodschap is eenvoudig: begin niet met de 'shine', begin met de structuur.

Volgens Aiken moeten organisaties even afstand nemen van de hype. “Iedereen wil iets met data, maar weinig organisaties beginnen op de juiste plek. De DMBOK-piramide is er niet voor niets. Als je die serieus neemt, en van onderaf opbouwt, wordt datagedreven werken niet alleen haalbaar, het wordt duurzaam.”



De aantrekkingskracht van Magneetziekenhuizen

In tijden van groeiende personeelstekorten, stijgende werkdruk en veranderende zorgbehoeften zoeken zorgorganisaties wereldwijd naar manieren om professionals aan zich te binden én tegelijk de kwaliteit van zorg te verbeteren. Die zoektocht is in Nederland urgenter dan ooit. Verpleegkundigen verlaten het vak, instellingen concurreren heviger om personeel en de behoefte aan een veilige, professionele werkomgeving wordt luider.

Tijdens een uitgebreid gesprek met Eugene Waterval – directeur Verpleegkunde, Onderzoek & Onderwijs bij Nemours Children’s Hospital in Orlando en al jarenlang betrokken bij Magnet accreditaties – wordt één ding snel duidelijk: een sterke professionele werkomgeving is geen luxe, maar de basis voor toekomstbestendige zorg. Het Magnet model, dat in de Verenigde Staten stevig is ingebed, biedt waardevolle lessen voor Nederland.

Magnet als antwoord op een crisis

Het Magnet® programma van de American Nurses Credentialing Center (ANCC) ontstond in de jaren negentig en is gebaseerd op een studie uit 1983, toen Ameri-

kaanse ziekenhuizen kampten met een enorme uitstroom van verpleegkundigen. Terwijl veel instellingen personeel probeerden te lokken met bonussen of extra’s, bleek een kleine groep ziekenhuizen nauwelijks moeite te hebben mensen te behouden. Onderzoek bracht veertien ‘Magnet characteristics’ in kaart: kenmerken van werkomgevingen waar verpleegkundigen floreren. Denk aan sterk leiderschap, professionele zeggenschap, ruimte voor onderzoek en scholing, professionalisering van het beroep en structurele aandacht voor kwaliteit.

“Een sterke professionele werkomgeving is geen luxe, maar een voorwaarde voor toekomstbestendige zorg.”

Deze elementen vormen tot op de dag van vandaag de kern van het Magnet programma. Inmiddels zijn ruim zeshonderd Amerikaanse ziekenhuizen en 24 internationale organisaties geaccrediteerd. Magnet accreditatie fungeert er zelfs als kwaliteitsstempel dat bijdraagt aan de reputatie en aantrekkelijkheid van ziekenhuizen.>>>



Waarom Magnet werkt:

minder verloop, meer kwaliteit

Volgens Eugene schuilt de kracht van het Magnet programma in de combinatie van professionele autonomie, ondersteunend leiderschap en een cultuur van continu verbeteren. Alleen wanneer verpleegkundigen de tijd, middelen en invloed krijgen om goede zorg te leveren, kunnen zij excelleren.

Essentiële elementen zijn onder andere:

- goed opgeleide leidinggevendenden die verpleegkundigen ondersteunen;
- professionele zeggenschap via governance structuren;
- het gebruik van meetbare kwaliteitsindicatoren;
- erkenning van vakmanschap en klinische expertise.

De resultaten zijn concreet: 'Magnet'-ziekenhuizen hebben structureel lagere verloopcijfers (11-12% tegenover 16-18% landelijk) en scoren beter op kwaliteitsindicatoren zoals infectiecijfers en heropnames. Hoewel de context in Nederland anders is, blijft een belangrijke overeenkomst overeind: professionals blijven wanneer ze hun vak goed kunnen uitoefenen.

En juist omdat salarissen in Nederlandse ziekenhuizen relatief gelijk zijn, wordt aantrekkelijkheid hier zelfs vrijwel geheel bepaald door de kwaliteit van de werkomgeving.

Virtual nursing: technologie als versterker

Een opvallend onderdeel van het gesprek is de opkomst van virtual nursing. In Nemours Children's Hospital ondersteunen virtual nurses sinds 2023 collega's op de werkvloer. Zij voeren uitgebreide opname- en ontslaggesprekken, monitoren vitale functies via een commandocentrum en helpen met medicatieverificaties via AI gestuurde camera's.

Waarom dit relevant is? Omdat werkdrukvermindering één van de grootste uitdagingen in de Nederlandse zorg is. Virtual nursing neemt tijdsintensieve niet-hands on taken over, verbetert patiënteducatie en vermindert heropnames, creëert ruimte voor verpleegkundigen aan het bed en biedt ervaren verpleegkundigen een minder fysieke, maar zeer waardevolle rol.

Het programma staat nog in de kinderschoenen, maar heeft al zichtbaar effect op werkplezier en kwaliteit. Opvallend is dat het initiatief vanuit de verpleegkundigen zelf kwam; leidinggevendenden speelden vooral een faciliterende rol. Heel erg 'magnet' dus.

Nederland staat voor dezelfde uitdagingen

Veel thema's uit de VS zijn direct herkenbaar in Nederland: hoge uitstroom, werkdruk, beperkte invloed van verpleegkundigen en te weinig tijd om te le-

“Professionals blijven wanneer ze in staat worden gesteld hun werk goed te doen.”

ren of te verbeteren. De nadruk op directe patiëntentijd ten koste van ontwikkeltijd belemmert bovendien innovatie.

Met de wettelijk verankerde professionele zeggenschap in de Wkkgz is een belangrijke stap gezet, maar vervolgstappen – zoals systematisch meten, investeren in verpleegkundig leiderschap en structurele ontwikkeltijd – blijven vaak achter.

Aan de slag met Magnet-principes

Een volledige Magnet accreditatie is intensief en in Nederland minder direct lonend dan in de VS, maar het gedachtengoed biedt krachtige handvatten voor actuele uitdagingen.

1. Begin met professionele zeggenschap

Magnet staat of valt met echte invloed voor verpleegkundigen. Dat betekent: structurele betrokkenheid bij besluitvorming, managers in een faciliterende rol en tijd voor verbeterinitiatieven.

2. Maak kwaliteit meetbaar én betekenisvol

Nederland beschikt over veel data, maar weinig uniforme benchmarks. Start met een kleine set verpleegkundige indicatoren en bespreek de resultaten op teamniveau.

3. Investeer in verpleegkundig leiderschap

Betrokken bestuurders en sterk leiderschap – van CNO tot teammanager – is essentieel om richting te geven, ruimte te creëren en verpleegkundigen te ondersteunen in hun ontwikkeling.

4. Maak ruimte voor leren en verbeteren

Projecturen, ontwikkeltijd en een opleidingsbudget gekoppeld aan kwaliteitsdoelen zijn cruciaal om vooruitgang te realiseren. Train medewerkers niet alleen zorginhoudelijk, maar ook in het verbeteren van kwaliteit.

5. Verken technologie als werkdrukverlichter

Virtual nursing, thuismonitoring en remote verificaties kunnen veel werk uit handen nemen, mits technologie wordt ingezet om te ontlasten, niet te belasten.

6. Implementeer de Magnet-standaarden

Voer de standaarden in (beschreven in het Magnet Application Manual). Veel Magnet principes zijn simpelweg goede zorg. Accreditatie is een keuze, de cultuur is de echte winst.

Magnet als mindset

Het Magnet programma laat zien dat zorgprofessionals beter presteren en langer blijven wanneer zij serieus genomen worden als vakmensen. Voor Nederland, waar personeel schaars is en de zorgdruk toeneemt, kan het Magnet denken dienen als richtingwijzer. Niet als pasklare oplossing, maar als bewezen model dat laat zien wat werkt wanneer mensen en de kwaliteit van hun werk centraal staan. Zodat zij kunnen doen waar ze goed in zijn: zorg leveren die ertoe doet.

Uit het dagboek van zorgverbeteraar Marjanna Bootsma

Door: Marjanna Bootsma



Mantelzorg draait om samenwerking. De uitdrukking *'It takes a village to raise a child'* geldt net zo goed voor de zorg voor een ouder wordende naaste: je doet het nooit alleen. De levensloop van mijn moeder illustreert dit treffend. Geboren tijdens de crisisjaren in een groot, arm gezin, stond haar jeugd in het teken van de oorlog. Doorleren was geen optie; op haar zeventiende verhuisde ze vanuit Twijzelerheide naar het Westen om huishoudster te worden bij een jong Haags gezin. Ze trouwde in 1958 en kreeg drie kinderen. Zij woont sinds 1983 alleen, na een vechtscheiding waarna ze drie bijna volwassen kinderen verder alleen opvoedde. In de loop van haar leven heeft zij altijd alles zelf geregeld en nauwelijks hulp nodig gehad. Zij was altijd degene die klaarstond om een ander te helpen. Ruim veertig jaar later is ze 92 jaar, gezegend met acht kleinkinderen en twee achterkleinkinderen, maar ook geconfronteerd met achteruitgang in mobiliteit, zintuigen en zelfstandigheid. De laatste jaren heeft ze steeds meer taken moeten loslaten: administratie, autorijden, fietsen, boodschappen doen, koken, wassen, tuinieren en zelfstandig reizen lukken niet meer. Ook heeft ze afscheid van veel dierbaren moeten nemen, waaronder haar oudste kind. Gelukkig ontvangt ze ondersteuning via de WMO-WLZ voor het huishouden en via de thuiszorg voor de ADL zoals wassen, aankleden en steunkousen aantrekken.

Mijn rol als mantelzorger

Ik ben haar jongste dochter, woon in dezelfde wijk en ben geboren in de jaren zestig. Dat maakt mij – in een tijd van participatiewet en verdwijnende verzorgingshuizen – de aangewezen mantelzorger. Mijn moeder wil graag thuis blijven wonen en zolang dit veilig kan en er geen medische noodzaak voor opname is, respecteren wij die wens. Om voldoende ruimte te houden voor de zorg ben ik minder gaan werken. Ik heb bewust gekozen voor een baan van twintig uur per week bij de Zorgverbeteraars, waarbij ik administratieve en secretariaatswerkzaamheden uitvoer. Dankzij de mogelijkheid om gedeeltelijk thuis te werken en mijn uren flexibel te verdelen, kan ik inspelen op acute zorgsituaties en dagelijks meerdere keren bij mijn moeder langsgaan. Mantelzorg is een gezamenlijke inspanning. Mijn zus woont sinds 2019 in het buitenland maar komt drie à vier keer per jaar langere tijd naar Nederland om taken van mij over te nemen. Een kleindochter ondersteunt incidenteel naast haar fulltimebaan.

Een dagelijkse zorgstructuur

Een gemiddelde ochtend begint rond 8.00 uur bij mijn moeder, nadat haar Medido-medicijndoos haar heeft gewekt. Ze pakt haar medicatie meestal zelf uit de Medido, waarna ik help met ontbijt, thee en voorbereidingen voor het bezoek van de thuiszorg. In de avond komt er weer iemand van de thuiszorg langs voor het klaarmaken voor de nacht. De bezoektijden variëren dagelijks sterk. Op mijn vrije dagen ga ik tussen de middag opnieuw langs om te waken over haar eet- en drinkpatroon, essentieel voor haar stoelgang en algemene conditie.



Op mijn werkdagen komt tussen de middag iemand van Dovida om met haar de lunch te gebruiken zodat ik rustig kan doorwerken. Iedere avond verzorg ik de maaltijd en eet ik samen met haar. Ik ga pas weer rond 20.30 uur naar mijn huis als ze in haar stoel voor de TV geïnstalleerd is met een kopje koffie of een kommetje yoghurt. Ze kan nu nog zelf haar tandenpoetsen, gehoor toestel uitdoen, in de oplader zetten en naar bed gaan.

Medische situatie

Mijn moeder heeft te maken met meerdere ernstige aandoeningen, waaronder vaataandoeningen, huidkanker, wervelinzakking en voetproblemen, waarvoor de pedicure aan huis komt. De wervelinzakking leidde drie jaar geleden tot langdurige pijn en beperkte mobiliteit, waarna een hoog-laagbed in de woonkamer werd geplaatst. Sindsdien slaapt ze beneden. Deze aandoeningen brengen elk hun eigen problematiek mee. Vanwege haar vaataandoening kan ze bepaalde pijnmedicatie niet verdragen en is ze genoodzaakt morfine te gebruiken voor haar rugpijn. In combinatie met andere medicatie leidde dit tot bijwerkingen zoals darmverstopping en cognitieve achteruitgang. Inmiddels is het gelukt de pijnmedicatie gedeeltelijk af te bouwen. Daarnaast had ze te maken met infecties aan haar teen, vochtophopingen en nieuwe wervelproblemen. Dit leidde tot intensieve wondverzorging, antibiotica en dieetadviezen vanwege gewichtsverlies.



Uitbreiding van zorg en hulpmiddelen

De zorginzet is de afgelopen drie jaar uitgebreid: van WMO-voorzieningen naar een WLZ-indicatie met modulair pakket. Naast de thuiszorg komt nu ook dagelijks iemand van Dovida om lunch te bereiden en lichte begeleiding te bieden. Ook maakt ze gebruik van diverse hulpmiddelen, zoals steunkousen, rollator, medische sloffen, medicatie in een medicatierol, een Medido, hoog-laagbed, toiletverhoger en een dementieklok-app. Een uitdaging was de tijdelijk stagnerende levering van morfine via de medicatierol, waardoor ik op vaste tijden zelf de medicatie moest komen toedienen. Dit betekende dat ik vaker bij haar bleef om verwarring te voorkomen. Door de winterse weersomstandigheden afgelopen seizoen kwam het een paar keer voor dat de thuiszorg niet langs kon komen en zorgden wij zelf voor de ADL van mijn moeder.



Cognitieve en sociale aspecten

Door de medicatie, vaataandoening en ouderdom is haar kortetermijngeheugen recent verslechterd. De verwarde momenten fluctueren vaker maar hebben nog geen ernstige gevolgen en ze blijft er nog rustig onder. We zijn bezig met een uitbreiding van het zorgpakket. Ze leeft in een kleiner bewustzijnsritme, waarin rustmomenten, lezen, puzzelen en naar vogels kijken centraal staan. Communiceren is door haar gehoorbeperking lastiger en haar zicht is sterk verslechterd door een val, maar ze blijft positief en dankbaar.

Waarde van kwaliteit van leven

Ondanks alles blijft mijn moeder genieten van kleine dingen en waardeert zij het sociale contact met zorgverleners en familie. Voor haar is dit kwaliteit van leven. Het bespreekbaar maken van een eventuele toekomstige opname in een verpleeghuis zorgt bij haar voor grote onrust, hebben wij gemerkt. Haar dankbaarheid benadrukt de waarde van onze inzet. Mantelzorg vraagt continue afstemming, communicatie en inzet, maar zolang het haar in staat stelt om thuis te blijven wonen, is het de inspanning waard.



The grass is always greener..

Grenzeloze inzichten voor de zorg van morgen

Van Oostenrijk tot het operatiecentrum in Groningen:
Hoe internationale ervaring bijdraagt
aan toekomstbestendige zorg.

Hoe blijven we de zorg goed organiseren in een tijd van vergrijzing, personeelstekorten en toenemende zorgvraag? Iris de Vries, manager van het operatiecentrum in het Martini Ziekenhuis, reisde naar Oostenrijk voor een Europese uitwisseling en nam waardevolle inzichten mee terug naar Nederland. We spreken haar over haar ervaringen, over wat we in Nederland al goed doen, en wat er beter kan, vooral als het gaat om digitalisering, samenwerking en aandacht voor de mens achter de zorgverlener.

Internationale inzichten

De uitwisseling vond plaats in samenwerking met professionals uit onder andere Scandinavië, Engeland en Duitsland. Het programma bood een inten-

sieve en veelzijdige ervaring met een sterke inhoudelijke basis in Wenen en een verdiepend vervolg in Graz, waarin onder meer het zorgsysteem, Lean-methodologie en praktijkervaringen centraal stonden. Naast de inhoudelijke sessies was er veel ruimte voor interactie, uitwisseling en het verkennen van de steden, wat de ervaring zowel leerzaam als onvergetelijk maakte.

“We begonnen bij het Oostenrijkse ministerie van Volksgezondheid om het zorgsysteem goed te begrijpen. Daarna liepen we mee met diverse instellingen en het universitair ziekenhuis in Wenen en Graz.” Wat Iris opviel, was het grote verschil in hoe zorgsystemen zijn ingericht. “In Oostenrijk is de zorg sterk regionaal gecentraliseerd. Dat maakt >>>

>>> samenwerken in de regio makkelijker. Wij in Nederland zijn juist sterk in autonomie per ziekenhuis, wat soms samenwerking in de weg zit.”



van technologie.”

Toch, benadrukt Iris, heeft elk systeem zijn eigen uitdagingen.

“Personeelstekort en financiële druk zijn universeel.

Maar de manier waarop landen daar oplossingen voor zoeken, verschilt enorm. In Oostenrijk ligt de nadruk op extra mensen werven, terwijl wij in Nederland naast werving al veel meer

kijken naar procesoptimalisatie en inzet

Technologische ontwikkelingen in Europa

Wat betreft technologische vooruitgang, ziet Iris dat Nederland voorop loopt. “Wij zijn echt verder met het gebruik van technologie om bijvoorbeeld zorg op afstand te faciliteren of processen geheel anders in te richten. In Oostenrijk zijn ze daar nog nauwelijks mee bezig.” Ze noemt als voorbeeld dat veel Nederlandse ziekenhuizen systemen zoals HiX en EPIC gebruiken, terwijl in Oostenrijk regionale IT-systemen domineren, weliswaar goed verbonden, maar nog weinig innovatief. “Denemarken loopt hierin echt voorop met één landelijk patiëntendossier. Dat zouden wij ook moeten willen.”

De mens achter de medewerker

Wat Iris juist inspirerend vond aan Oostenrijk, is de aandacht voor de mens achter de medewerker. “Ze hebben gratis ov voor zorgpersoneel, geven maaltijden mee voor thuis en bieden veel ouderschaps-

verlof. Dat soort zaken zijn bij ons minder vanzelfsprekend.” Ook viel haar het respect en de zachte waarden op in landen als Griekenland en Italië. “Daar draait het veel meer om oprechte aandacht, wederkerigheid en relatie. Iets waar wij in Nederland soms te weinig bijilstaan. Het gaat erom de mens achter de mens te zien en tijd te nemen voor zowel patiënten als collega’s.”

Wat betekent dit voor haar werk in Groningen?

In het Martini Ziekenhuis wordt inmiddels actief gekeken hoe processen anders kunnen, vertelt Iris. “We kijken onder meer hoe we andere beroepsgroepen kunnen inzetten, zoals basis acute zorg verpleegkundigen en studenten.” Ook samenwerking in de regio is een speerpunt. “We wisselen personeel uit tussen ziekenhuizen. Operatieassistenten uit Drachten komen hier, en andersom. Dat normaliseert langzaam. We gaan echt naar een netwerksamenleving toe.”

“Als je de zorg toekomstbestendig wilt maken, moet je ook buiten je eigen bubbel durven kijken.”

Ook worden innovatieve projecten opgestart om patiënten beter voor te bereiden op operaties en no-shows te verminderen. “We starten binnenkort met automatische herinneringen via een app, waarin patiënten precies zien wat ze wanneer moeten doen. Daarnaast kijken we hoe we met behulp van digitale begeleiding de pre-operatieve screening kunnen verbeteren, zodat we tijd winnen en patiënten beter geïnformeerd zijn.”



“Tevens zijn we steeds meer bezig om niet alleen samen voor de patient de beste zorg te leveren maar ook samen voor elkaar. Dus focussen op de mens achter je collega en oprechte aandacht voor elkaar, vanuit compassie vol leiderschap.”

Visie op de toekomst

Volgens Iris is het onvermijdelijk dat we fundamentele keuzes gaan maken in de zorg. “We kunnen niet alle behandelingen blijven doen zoals we nu gewend zijn.” Ze pleit voor meer regionale samenwerking, taakdifferentiatie en durven loslaten van oude structuren. “Ik denk dat robotisering in de operatiekamer straks een rol gaat spelen, net als het veel slimmer inzetten van data om processen te verbeteren. Maar

de menselijke maat moeten we daarbij nooit uit het oog verliezen.”

Grenzen durven verleggen

Iris is er duidelijk over: “Als je de zorg toekomstbestendig wilt maken, moet je ook buiten je eigen bubbel durven kijken. Deze uitwisseling liet me echt zien hoe anders het kan, en soms ook hoe goed we het hier eigenlijk al doen.” Ze pleit voor meer ruimte om samen te werken, regionaal en landelijk. “Durf te veranderen vanuit ondernemerschap en vertrouwen, zodat we samen iets nieuws kunnen bouwen.”

Pionieren voor een modern medicatieoverzicht

Verschillende partijen uit het zorgveld werken binnen het programma Medicatieoverdracht hard aan betere medicatieveiligheid. Maar wat houdt dit programma precies in en wat gaat het betekenen voor de zorg? Zorgverbeteraars Leonie en Naomi spreken vier sleutelpersonen die zich inzetten voor dit programma en de implementatie van de nieuwe kwaliteitsstandaard 'Overdracht van medicatiegegevens in de keten', waarmee de medicatieveiligheid een grote stap vooruit zal zetten.

Als eerste spreken we met Victor van Hagen en Marieke Hanegraaf van Nictiz, in het onlangs gerenoveerde kantoor in Den Haag. Victor is productmanager en verantwoordelijk voor de ontwikkeling van de informatiestandaard 'Medicatieproces 9' die hoort bij de kwaliteitsstandaard 'Overdracht van medicatiegegevens in de keten'. Marieke is een van de twee programmamanagers van het programma Medicatieoverdracht, het programma dat de kwaliteitsstandaard implementeert. Victor en Marieke vertellen gepassioneerd waarom deze kwaliteitsstandaard hen aan het hart gaat. Beiden hebben bij naasten gezien hoe een incompleet medicatieoverzicht de zorg onnodig ingewikkeld maakt.

De kwaliteitsstandaard 'Overdracht van medicatiegegevens in de keten' regelt de databeschikbaarheid van medicatiegegevens. Na implementatie zullen alle zorgverleners over een correct medicatieoverzicht beschikken van alle patiënten/cliënten (die toestemming hebben gegeven om hun data te delen). Het is in verschillende onderzoeken in 2017 en 2025 aangetoond dat met de huidige werkwijze door medicatie-

fouten er per dag meerdere vermijdbare ziekenhuisopnames plaatsvinden¹¹. Deels komt dit doordat de zorgverleners niet precies weten welke medicatie een patiënt/cliënt gebruikt. Niet alleen voor zorgverleners gaat er veel veranderen op het gebied van medicatie, maar voor de patiënt/cliënt levert het ook veel op. Zij krijgen op elk gewenst moment inzage in een actueel en correct overzicht van hun medicatie, wat kan bijdragen aan kennis en regie over hun eigen gezondheid en behandeling.

Bij de kwaliteitsstandaard horen informatiestandaarden. Een daarvan is informatiestandaard 'Medicatieproces 9'. Als leveranciers van zorginformatiesystemen hun software aanpassen volgens deze standaard, kunnen zorgverleners digitaal met elkaar medicatiegegevens delen. Victor: "Maar het gaat in het programma Medicatieoverdracht niet alleen om een aanpassing van software. Wat dit programma bijzonder maakt is dat we tegelijkertijd ook ketenafspraken hebben gemaakt met alle zorgsectoren samen. De ketenafspraken gaan vooral over de werkprocessen van zorgverleners. Ze leggen bijvoorbeeld de



Marieke Hanegraaf en Victor van Hagen

verantwoordelijkheden van alle zorgverleners in het medicatieproces vast. Sommige ketenafspraken vragen om een aanpassing van de software. Daarom hebben we tijdens de ontwikkeling van de ketenafspraken de softwareleveranciers betrokken, zodat die meteen kunnen toetsen of de behoeften ook uitvoerbaar zijn."

Het samenwerken aan het nieuwe medicatieproces is bij momenten uitdagend gebleken vanwege de vele stakeholders. Dit zijn onder andere de 9 zorgsectoren, patiënten- en cliëntenorganisaties, RSO Nederland, Nictiz, VZVZ en het ministerie van VWS. Marieke zegt hierover: "Ik moet vaak denken aan een liedje van Stef Bos: Niemand is de baas. Dat is hier ook zo: we moeten het echt samen doen. Maar de motivatie om verschillen van mening te overbruggen is erg groot, want iedereen heeft de tekortkomingen van het huidige systeem wel eens ervaren."

Kickstart Medicatieoverdracht

Voor de eerste implementatie van de kwaliteitsstandaard 'Overdracht van medicatiegegevens in de keten' is het Kickstartprogramma gestart. Hierbij testen en

implementeren twee regio's de kwaliteitsstandaard bij de informatie-uitwisseling tussen verschillende zorgverleners voordat de landelijke implementatie gaat plaatsvinden.

Marieke: "We zijn in de Kickstart echt aan het pionieren. Een gegevensuitwisseling met vrijwel het hele zorgveld is nooit eerder gedaan. We hebben dan ook al veel geleerd van het Kickstartprogramma. Bijvoorbeeld dat we niet in een keer de knop kunnen omzetten voor alle zorgaanbieders in de Kickstart. De brede implementatie zal beginnen door grotere volumes in de Kickstartregio's te maken, waarna de stap naar landelijke opschaling gezet kan worden. Daarnaast is de strategie om de werkende onderdelen zo snel mogelijk te gaan gebruiken. Zo kunnen patiënten en cliënten zo snel mogelijk profiteren van betere medicatieveiligheid. In het Kickstartprogramma wordt nu toegewerkt naar de livegang. Victor en Marieke kijken daar erg naar uit, het zal een voorlopige kroon op het harde werk van velen zijn.

Binnen het Kickstartprogramma in Friesland >>>



May Rozendal en Mirja van Poppel

>>> werken Mirja van Poppel, projectleider bij GERRIT en test-coördinator binnen de Kickstart in Friesland, en May Rozendal, apotheker bij Apotheek de Dokkumer Wâlden met veel enthousiasme aan de regionale implementatie. We spreken Mirja en May in de apotheek, één van de plekken waar ‘Medicatieproces 9’ uiteindelijk gebruikt gaat worden. Zij merken ook dat het echt pionieren is in dit project. De eerste grote overwinning was een ogenschijnlijk klein technisch succes toen er voor de eerste keer gegevens (leesbaar) van de ene naar de andere zorgverlener verstuurd waren. “Het was al heel vaak geprobeerd en niet gelukt. Toen het wel lukte zaten we met iedereen bij elkaar in een zaal en werd er wel even gejuicht” weet May zich te herinneren. “Het is zo’n gigantisch project, alle kleine successen moeten daarom gevierd worden”, vult Mirja aan. “We mogen trots zijn op wat we nu al bereikt hebben, soms is het echt één stap vooruit en weer twee stappen terug.”

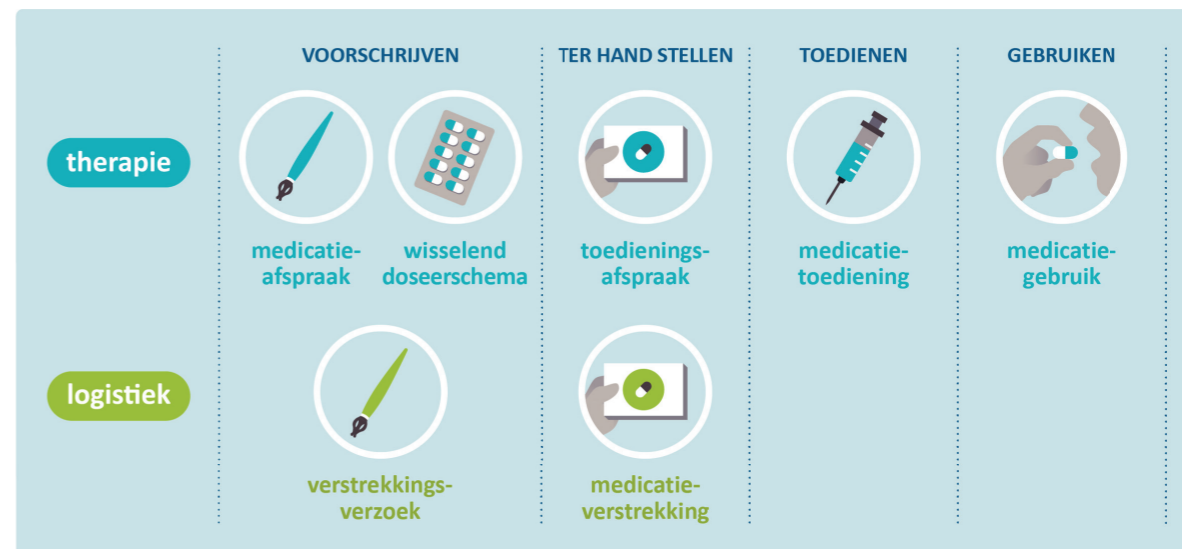
Ook het testen zelf was zoeken in het begin. Mirja: “Tijdens de eerste praktijktest in de regio Friesland begon iedereen ook maar ergens met een van de

tientallen testscripts (stapsgewijze testinstructies voor validatie, red.). Dat werkte totaal niet, omdat iedereen op elkaar aan het wachten was en sommige testscripts pas konden starten nadat een andere klaar was.” Inmiddels is de werkwijze doorontwikkeld waarbij elke twee weken slechts enkele ketentestscripts getest worden. Daarnaast wordt van tevoren goed uitgewerkt en gecommuniceerd wie wanneer aan de beurt is. Daardoor gaat het testen nu veel soepeler.”

Waar Victor, Marieke, Mirja en May het allemaal over eens zijn, is dat er een enorm optimisme en grote motivatie binnen het project heerst om het voor elkaar te krijgen programma. Er zijn momenten dat het langzaam gaat, tegenzit of niet lukt, en toch gaat iedereen steeds weer met positieve energie verder.

De toekomst

In de drie jaar dat de Kickstart nu loopt, zijn dus al veel stappen gezet en de praktijktesten voor het onderdeel voorschrijven zijn nu bijna afgerond. Ook Mirja en May kijken uit naar de livegang van het eerste onderdeel in 2026. Zoals gezegd, zal dit starten bij een klein aantal



Overzicht therapeutische en logistieke medicatiebouwstenen

zorgverleners en zich later uitbreiden. Het aanzetten van het systeem is natuurlijk nog maar het begin, want verschillende zorgverleners zullen ook anders moeten gaan denken en werken met betrekking tot medicatie. Marieke verwoordt het als volgt: “Straks moet je je als zorgverlener beseffen wat er voor én na je in de keten gebeurt. Je registreert medicatiegegevens niet alleen voor jezelf, maar ook voor andere zorgverleners.” Het zijn niet alleen recepten die verstuurd gaan worden, vertellen Mirja en May, maar ook andere informatie, zoals bijvoorbeeld een aanpassing door een specialist in het beleid van een reeds gebruikt geneesmiddel. Die specialist moet de informatie dan wel op de juiste manier in zijn systeem vastleggen, zodat het bij de andere zorgverleners en de patiënt terecht kan komen. Mirja vertelt dat er na de testfase daarom ook een uitgebreide scholingsfase komt, waarin aan bewustwording en training wordt gewerkt.

Er is dus nog best wat werk te verzetten, maar als het allemaal klaar is, gaat het ook wat opleveren, beseffen ook bijvoorbeeld de mensen met wie May samenwerkt: “Hoe vaak ik wel niet hoor: straks, als

‘Medicatieproces 9’ er is...”. Iedereen zit er wel echt op te wachten. Niet alleen zal het een modern systeem van gegevensuitwisseling worden, met ‘Medicatieproces 9’ en de ketenafspraken zijn we in Nederland ook voorbereid op de eisen van de Europese wetgeving EHDS (European Health Data Space), waarvoor de eerste onderdelen voor uitwisselen van medicatiegegevens in 2029 werkzaam moeten zijn.

Uiteindelijk zal het pionieren in dit project daarom niet voor niets zijn, ook in bredere zin. Victor legt uit: “De ervaringen die we hier opdoen, kunnen we ook weer gebruiken voor toekomstige implementaties, want vanuit de EHDS zullen we op meer gebieden de gegevensuitwisseling moeten vernieuwen, zoals uitwisseling van patiëntsamenvattingen, laboratoriumuitslagen en beeldmateriaal.” Zo zet het programma ‘Medicatieoverdracht’ niet alleen een grote stap vooruit voor medicatieveiligheid, maar legt het ook een stevige basis voor de digitale zorg van de toekomst.

¹<https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsstandaarden/medicatieoverdracht-overdracht-van-medicatiegegevens-in-de-keten>

²<https://www.nivel.nl/nl/publicatie/medicatieoverdracht-onderbouwing-van-de-noodzaak-voor-een-veiligere-en-efficiëntere-proces>

Wereldverbeteraar in Nederland

Stichting Wensambulance

“We doen er alles aan om mee te helpen om een laatste mooie herinnering aan het leven toe te voegen.”



Verschillende collega's hebben van dichtbij meegemaakt hoe waardevol de inzet van de Wensambulance kan zijn. Zo kon in 2022 een van onze collega's, samen met zijn vader en broer, nog één keer een wedstrijd van hun favoriete club bijwonen. Ook kon de schoonmoeder van een collega haar kleinkind voor het eerst en laatst zien op kraamvisite. Momenten die zonder de Wensambulance niet mogelijk waren geweest. Om die reden geven we in dit magazine graag ruimte aan de Stichting Wensambulance Noord-Nederland.

Sinds 2009 vervult Stichting Wensambulance Noord Nederland wensen voor inwoners van Friesland, Groningen en Drenthe. Voor mensen die door hun lichamelijke conditie niet meer met gewoon vervoer ergens naar toe kunnen gaan, biedt de stichting liggend

vervoer met medische begeleiding door geschoolde vrijwilligers om nog een laatste wens in vervulling te laten gaan.

Voor de wensbelever en één of twee extra familieleden of vrienden zijn daar geen kosten aan verbonden. Of het nou gaat om een dagje naar een Waddeneiland, een bezoekje aan de dierentuin met de kleinkinderen, op bezoek bij familie in Limburg, het bijwonen van een bruiloft. Wenscoördinator Erik Roelfsema weet dit vaak zelfs op korte termijn mogelijk te maken.

“We doen er alles aan om mee te helpen om een laatste mooie herinnering aan het leven toe te voegen. Onze vrijwilligers zijn veelal werkzaam in de zorg; onze ambulancechauffeurs zijn gediplomeerde ambulancechauffeurs en onze medische begeleiders zijn gediplomeerde verpleegkundigen of verzorgenden (onze gediplomeerde vrijwilligers komen uit verschillende takken in de zorg). Afgelopen jaar vervulden we 136 wensen. Dat is weer meer dan in het jaar daarvoor.”



“We zijn een ANBI stichting met 100% vrijwilligers (zo'n 65 vrijwilligers op het moment) die geen subsidies ontvangen van ziektekostenverzekering, gemeentes of iets dergelijks. Wij zijn 100% afhankelijk van donaties en sponsors. Daarom zijn we dankbaar voor eenieder die onze stichting een warm hart toedraagt.”

Meer informatie:
www.wensambulancenn.nl

We zijn ook actief op Facebook, LinkedIn, Instagram, X en op YouTube hebben we mooie filmpjes staan.

Kwaliteit verbeteren in de Zorg, 4e editie is uit!

Nu in de winkel: de geheel herziene en geactualiseerde editie van *Kwaliteit verbeteren in de Zorg*. Wat blijft is dat het een leesbare handleiding is voor wie in de praktijk werk wil maken van betere kwaliteit. Wat nieuw is, is dat er nog meer aandacht is voor gedragsverandering, cultuur, leiderschap en duurzame borging. En natuurlijk zijn statistieken, voorbeelden en verwijzingen

naar actuele ontwikkelingen weer helemaal bij de tijd.

Bianca Buurman, voorzitter V&VN, nam opnieuw het voorwoord voor haar rekening.

Op 16 april is het boek officieel gelanceerd tijdens een inspirerend event met als thema 'Kwaliteit in tijden van schaarste'.





Roelie Louwsma & Joke Anna Loonstra

Hoe Frisius MC samen bouwt aan één toekomstbestendig EPD

Een fusie is meer dan het samenvoegen van organisaties; het is het samenbrengen van gewoontes en manieren van werken. Dat geldt zeker in de zorg, waar processen diep verankerd zijn in het dagelijks handelen van zorgverleners. Bij Frisius MC, ontstaan uit het MCL in Leeuwarden en ziekenhuis Tjongerschans in Heerenveen, werd al vroeg besloten dat het elektronisch patiëntendossier niet simpelweg ‘samengevoegd’ kon worden. Dit moment was een kans om stil te staan, opnieuw te kijken en gezamenlijk te bepalen hoe het nieuwe Frisius MC de zorgprocessen wil inrichten. Dit was een moment om samen het EPD zo in te richten voor de toekomst. Wij gingen met Roelie Louwsma, programmamanager, en Joke Anna Loonstra, procesmanager, in gesprek over het samenbrengen van twee EPD-systemen, de keuze voor een kwartiermakersfase en wat dit proces heeft opgeleverd.

“We gingen naast de patiënt staan en vroegen ons af: wat gebeurt er vanaf het moment dat iemand zorg nodig heeft?”

Eerst begrijpen, dan bouwen

“Je start nooit direct met implementeren,” vertellen Roelie en Joke Anna. “Een EPD-implementatie is geen technisch kunstje, maar een verandertraject.” Juist omdat beide locaties al jarenlang met een goed functionerend EPD werkten, was de vraag niet of het technisch kon, maar waarom en hoe Frisius MC wilde werken.

Die waarom-vraag vormde het startpunt. Niet: welk systeem is het beste? Maar: wat hebben zorgverleners nodig om hun werk goed te doen, nu en in de toekomst? Wat gaat al goed en wat willen we behouden als we samen verdergaan?

De kracht van de kwartiermakersfase

In plaats van direct te bouwen, koos Frisius MC voor

een kwartiermakersfase. Een fase waarin processen los worden getrokken van bestaande systemen en gewoontes. “We zijn teruggegaan naar de bedoeling van het EPD,” leggen ze uit. “Het systeem moet ondersteunen, niet domineren.” Dat betekende: weg van het denken in schermen en registraties en terug naar de kern. Hoe loopt de patiëntreis? Welke informatie is wanneer nodig? En hoe voorkom je dat zorgverleners steeds opnieuw hetzelfde vastleggen?

Denken vanuit de patiëntreis

Als leidraad werd gewerkt met een referentiemodel voor ziekenhuisarchitectuur, waarbij bewust werd gekozen om te starten bij organisatie en proces en pas daarna bij informatie en applicaties. “Het woord ‘applicatie’ is in veel sessies niet eens gevallen,” vertellen ze. “We gingen naast de patiënt staan en vroegen >>>

>>> ons af: wat gebeurt er vanaf het moment dat iemand zorg nodig heeft?" Die benadering leidde tot vijf generieke hoofdprocessen, waaronder de polikliniek, kliniek, SEH, OK en functieafdelingen. Niet per specialisme of afdeling, maar breed en herkenbaar voor iedereen. Verdieping kwam later, waar nodig. "Een patiënt op de polikliniek volgt in de basis hetzelfde proces, of hij nu bij cardiologie of geriatrie komt," leggen ze uit. "Door dat generiek te maken, ontstaat rust, overzicht en consistentie."

Van eilandjes naar samenhang

Voorheen werkten afdelingen soms onbewust verschillend, met eigen logica en timing. Informatie kwam laat of op meerdere plekken binnen, met vertraging en extra afstemming tot gevolg. "Door processen te standaardiseren aan de voorkant, ontstaat nu ruimte voor soepelere doorstroming verderop in de keten."

Discussies waren er zeker, vertellen ze. "Bijvoorbeeld over triage op de polikliniek of het moment waarop ontslagplanning start. Maar steeds werd teruggegaan naar dezelfde vraag: waarom doen we dit, en wanneer is het echt nodig? Die gezamenlijke taal hielp om los te komen van 'zo doen we het altijd!'"

Samen ontwerpen is samen dragen

Wat deze aanpak bijzonder maakt, is de manier waarop zorgverleners zijn meegenomen. In werkgroepen, met collega's van beide locaties, werd niet verdedigd wat men had, maar gedeeld wat werkte. "We ontdekten vooral hoeveel overeenkomsten er zijn," vertellen ze. "Dat haalde spanning weg en versterkte het wij-gevoel." De ontwerpen werden vervolgens breed getoetst via demo's en gesprekken met grotere groepen zorgverleners. Niet om alles opnieuw ter discussie te stellen, maar om herkenning te toetsen en draagvlak te vergroten.

Realistisch richting livegang

Hoewel de ambities groot zijn, is Frisius MC ook realistisch. Niet alles hoeft bij livegang perfect te zijn. "We kijken heel bewust: wat is haalbaar bij de start, en wat volgt gefaseerd daarna?" Zo worden processen toekomstbestendig ontworpen, zonder ze afhankelijk te maken van tijdelijke capaciteitsproblemen. Het doel is helder: een fundament leggen waarop verder gebouwd kan worden. Ook richting regionale samenwerking en zorg die steeds vaker (deels) thuis plaatsvindt.

Vooroplopen met lef

Dat deze aanpak opvalt, bleek toen Epic Frisius MC vroeg om het verhaal internationaal te delen. Niet omdat het de makkelijkste route is, maar juist omdat het een doordachte route is. "Misschien een beetje eigenwijs," zeggen ze lachend. "Maar wel vanuit overtuiging."

De echte winst zit volgens hen niet alleen in een goed ingericht EPD, maar in wat daarna mogelijk wordt. En dat is een betere samenwerking in de regio, soepelere ketens en meer ruimte voor zorgverleners om te doen waar het om draait. Of zoals zij het zelf samenvatten: "Het EPD is het voertuig. Wij zorgen dat de motor klopt, zodat iedereen er elke dag goed mee de weg op kan."

De procesgerichte werkwijze past naadloos in de 'Verandering by design' filosofie die eveneens door het Frisius MC wordt omarmd in dit programma.

Lees er meer over op pagina 34

Zorgdata in beweging

Zo verandert de EHDS onze digitale zorgomgeving

Door: Erik van der Velde

De European Health Data Space (EHDS) is sinds maart 2025 van kracht en markeert een belangrijke stap richting veilige, betrouwbare en bredere gegevensuitwisseling binnen de Europese zorg. De verordening moet de beschikbaarheid van elektronische gezondheidsgegevens vergroten, zowel voor directe zorg als voor onderzoek, innovatie en beleid. Nederland ziet de EHDS bovendien als een kans om het eigen gezondheidsinformatiestelsel toekomstbestendig te maken en burgers meer regie over hun digitale gegevens te geven. De EHDS moet burgers eenvoudiger toegang geven tot hun digitale zorggegevens en hen meer regie geven over het delen ervan. Daarnaast stimuleert de verordening het gebruik van gezondheidsdata voor onderzoek, innovatie en beleidsvorming, onder strikte voorwaarden voor privacy en beveiliging. Dit moet leiden tot betere databeschikbaarheid, efficiëntere zorgprocessen en een sterkere basis voor datagedreven innovatie.

De EHDS creëert een Europees stelsel waarin gezondheidsgegevens beschikbaar zijn daar waar de patiënt

zich bevindt, ook over landsgrenzen heen. Voor zorgverleners betekent dit dat relevante informatie sneller en vollediger beschikbaar wordt, wat de continuïteit en kwaliteit van zorg verbetert. Voor onderzoekers opent dit de deur naar grotere, diversere datasets, waardoor nieuwe inzichten en AI-toepassingen sneller tot stand kunnen komen. De Nederlandse overheid ziet in de EHDS dan ook een belangrijke versneller naar een modern en samenhangend gezondheidsinformatiestelsel. Hoewel de verordening al geldt, vindt de praktische uitrol geleidelijk plaats. Op Europees niveau wordt er door diverse partijen nog gewerkt aan uitvoeringshandelingen: gedetailleerde technische en procedurele regels die bepalen hoe datatoegang, beveiliging en interoperabiliteit er straks in de praktijk uit moeten zien. Deze uitwerking is essentieel voor een uniform functionerend systeem in alle lidstaten.

Nederland bereidt zich daarop voor met een gefaseerde nationale implementatie, waarbij de benodigde wetsaanpassingen in twee tranches worden >>>

>>> doorgevoerd. Zo kunnen juridische, technische en organisatorische veranderingen in samenhang plaatsvinden en kunnen zorgaanbieders en leveranciers tijdig anticiperen op hun nieuwe verplichtingen.

Op dit moment zijn er verschillende onderwerpen waar het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan werkt. Er wordt onder andere gewerkt aan een opt-outregeling voor burgers, waarbij gegevens alleen gedeeld worden als je daar niet actief bezwaar tegen maakt. Dit geldt zowel voor directe zorg als voor gebruik in onderzoek en beleid. Tegelijk worden aanvullende beperkingsrechten uitgewerkt, zodat burgers gedetailleerd zeggenschap kunnen uitoefenen op verschillende onderdelen van gegevensdeling.

Om onafhankelijk toezicht en een zorgvuldige toegang tot gezondheidsdata te waarborgen, wordt een nieuw zelfstandig bestuursorgaan opgericht. In dit orgaan worden zowel de taken van de Autoriteit Digitale Gezondheid (ADG), die toezicht houdt op de uitwisseling van primaire gezondheidsgegevens, als die van de Health Data Access Body (HDAB), die verzoeken voor het gebruik van gegevens voor onderzoek coördineert (secundair datagebruik), samengebracht. Dit sluit aan op Europese eisen, waarbij HDAB's een cruciale rol spelen in het verstrekken van vergunningen voor secundair datagebruik, op basis van strikte voorwaarden rond het gespecificeerde gebruiksdoel, opt-out en de wettelijke privacyregels voor gegevensverwerking.

Tenslotte onderzoekt de minister van VWS momenteel hoe de EHDS zich verhoudt tot de Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz). Onderdelen die overeenkomen worden doorgezet, terwijl elementen die verschillen tijdelijk worden gepauzeerd totdat nationale wetgeving is aangepast. Het belangrijkste voorbeeld hiervan is de beoordeling van de conformiteit aan de wettelijke eisen van EPD-systemen. De Wegiz schrijft een beoordeling door een derde partij voor, terwijl de EHDS een beoordeling door de ICT-leverancier zelf vereist. Ondanks de verschillen wordt er door de overheid gestuurd op het invoeren van de onderdelen van deze wetgeving die al wel mogelijk zijn, zodat er geen grote achterstand ontstaat bij de implementatie van de gehele EHDS wetgeving die aan strakke tijdslijnen gebonden is (zie kader volgende pagina).

Tijdslijn voor de ingebruikname van de European Health Data Space (EHDS)

26 maart 2025 – Inwerkingtreding van de EHDS

- De EHDS verordening treedt officieel in werking. Dit markeert het begin van de Europese transitiefase waarin lidstaten aan de slag gaan met voorbereidingen en het opstellen van nationale wetgeving.

26 maart 2027 – Eerste verplichtingen

- De meest urgente verplichtingen moeten zijn ingevoerd. Het gaat hierbij vooral om het aanwijzen van nationale autoriteiten zoals de Autoriteit Digitale Gezondheid (ADG), de Health Data Access Body (HDAB) en het markttoezicht op EPD systemen.
- Uiterlijk op deze datum moeten de essentiële uitvoeringshandelingen gepubliceerd worden, waaronder technische specificaties, procedures, governance afspraken en beveiligingseisen. Pas na vaststelling van deze Europese uitvoeringsregels kunnen lidstaten alle onderdelen van de EHDS volledig uitwerken en implementeren.

26 maart 2029 – Eerste datasets worden uitgewisseld

- De eerste sets verplicht te ontsluiten gezondheidsgegevens voor primair datagebruik moeten volgens Europese standaarden worden aangeboden. Dit omvat patiëntsamenvattingen, digitale recepten en uitgiften.
- Voor de meeste data categorieën voor secundair datagebruik moet nu een vergunning aangevraagd worden bij de HDAB.

26 maart 2031 – Volledige implementatie van de EHDS

- Alle onderdelen van de verordening zijn actief, inclusief volledig functionerende nationale HDAB's en een geharmoniseerde Europese gegevensinfrastructuur.
- Voor primair datagebruik moeten nu ook medische beelden, testuitslagen en hun verslagen en ontslagberichten gedeeld worden.
- Voor secundair datagebruik worden de laatste categorieën onder toezicht van de HDAB gesteld, waaronder genetische data.

Verandering 'by design'

“De blijde posters en drinkflessen met projectlogo moeten mensen ervan overtuigen dat ze de verandering moeten omarmen.”

Verandermanager is niet mensen duwen in een bepaalde richting, het is het plaveien van de weg van de minste weerstand

Door: Jonas Rubrech

Er verbetert alleen iets als er daadwerkelijk iets verandert. Het aantal, de omvang, de complexiteit en de noodzaak van veranderingen binnen organisaties nemen toe, maar hoe we deze veranderingen aanvliegen verandert nauwelijks. Dit komt grotendeels voort uit de misvatting dat cognitie en ratio de doorslag geven bij gedragsverandering. We denken vaak dat als we maar vaak genoeg uitleggen waarom iets een goed idee is, dat mensen zich daar dan vanzelf naar gaan gedragen. Maar als dat waar was, zou er niemand meer roken...

In de volwassenheid van de manier waarop binnen organisaties veranderingen worden aangepakt, zou je drie niveaus kunnen onderscheiden (waarbij de laatste in de praktijk nog een zeldzaamheid is).

1.0 – De technische benadering

Op het eerste volwassenheidsniveau wordt verandering vrijwel volledig technisch en taakgericht benaderd. Dus als het ICT-systeem het doet, of de infuuspompen zijn geïnstalleerd, of het protocol is geschreven en goedgekeurd, dan is de verandering

geslaagd. Alles wat daarna misgaat, ligt aan de mens. 'Ze' doen niet wat we hebben afgesproken, begrijpen niet hoe het systeem werkt of hebben er geen zin in.

In ICT-projecten hebben we daar zelfs een geveugeld acroniem voor: PEBKAC (Problem Exists Between Keyboard And Chair).



2.0 – De marketing benadering

Reflecterend op de 1.0-benadering komt menigeen tot de conclusie dat het toch niet heel handig was om de mens te vergeten in de aanpak. Want als de mens niet meedoet, dan is het toch moeilijk een succes te noemen. En dus breiden we de aanpak uit met verandermanagers of 'change agents' die vooral

bezig zijn de verandering te 'verkopen'. Veranderen wordt vooral aangevlogen als een PR-activiteit en verandering is heel expliciet. De blijde posters en drinkflessen met projectlogo moeten mensen ervan overtuigen dat ze de verandering moeten omarmen. Het beeld dat zich opdringt is dat van een vierkante verandering die door een rond gat moet waarbij de verandermanagers de boel besprenkelen met Haarlemmer olie in de hoop dat dit de transitie wat minder pijnlijk maakt.



3.0 – Verandering by design

De 3.0-benadering is fundamenteel anders dan de andere benaderingen. Het gaat ervan uit dat het slagen van een verandering staat of valt met het gedrag van mensen. Het product, het systeem of het

protocol – hoe goed ook – leidt op zichzelf niet tot succesvolle verandering. En we omarmen het 'least action principle': zoals water altijd de kortste weg naar het laagste punt zoekt, zo zoekt ook de mens van nature de weg van de minste weerstand.

Als je die twee inzichten combineert, is de conclusie logisch: je verandering slaagt als het gewenste gedrag minder moeite kost dan het ongewenste gedrag. Er is dus ook meer aandacht voor de omgeving, aangezien ander gedrag alleen ontstaat als de omgeving dat gedrag logisch, makkelijk en betekenisvol maakt.

Binnen de 'verandering by design'-aanpak zijn de veranderkundige principes verankerd in de aanpak. Het betekent simpelweg dat het project zo is opgezet dat het gewenste resultaat niet een toevallige uitkomst is, maar een logisch gevolg.

Verandermanagement is niet meer iets wat je "erbij" doet. In zeker zin is in deze aanpak iedereen die een rol heeft in het project een verandermanager. De focus ligt niet op het veranderen van mensen >>>

>>> maar op het helpen veranderen en de aandacht voor veranderen is veel meer impliciet. Communicatie en PR zijn niet leidend, maar ondersteunend aan de veranderaanpak.



COM-B: gewenst gedrag en interventies

Een zeer bruikbaar model om 'verandering by design' vorm te geven in de praktijk, is het COM-B-model (Michie et al., 2011). Dit model vindt haar oorsprong in de leefstijlinterventies en is gericht op gedragsverandering, waardoor het goed bruikbaar is in de praktijk.

Het model gaat ervan uit dat gedrag ('Behaviour') wordt beïnvloed door competenties ('Capability'), omgevingsfactoren ('Opportunity') en motivatie ('Motivation'). Deze drie thema's kennen weer een eigen onderverdeling, waardoor er in totaal zes categorieën ontstaan:

Capability: competenties van het individu

- *Physical capability*
Fysieke vaardigheden. Verwacht je in de nieuwe situatie bijvoorbeeld dat mensen een tablet gaan gebruiken, maar heeft een groot deel van je doelgroep een leesbril en zijn de letters te klein? Dat is vragen om problemen.

- *Psychological capability*
Mentale vaardigheden. Vraagt het nieuwe gedrag bepaalde kennis die mensen niet hebben? Dan moet je daar wat aan doen.

Opportunity: omgevingsfactoren

- *Physical opportunity*
Omgeving en middelen. Verwacht je dat artsen vaker gaan videobellen met patiënten, maar is er op veel spreekkamers geen fatsoenlijke webcam? Tsjja, wat verwacht je?

- *Social opportunity*

Gedrag van anderen. Verwacht je bepaald gedrag, maar geeft de leidinggevende het verkeerde voorbeeld? Iedereen die kinderen heeft weet dat dit niet werkt.

Motivation: noodzaak en vertrouwen

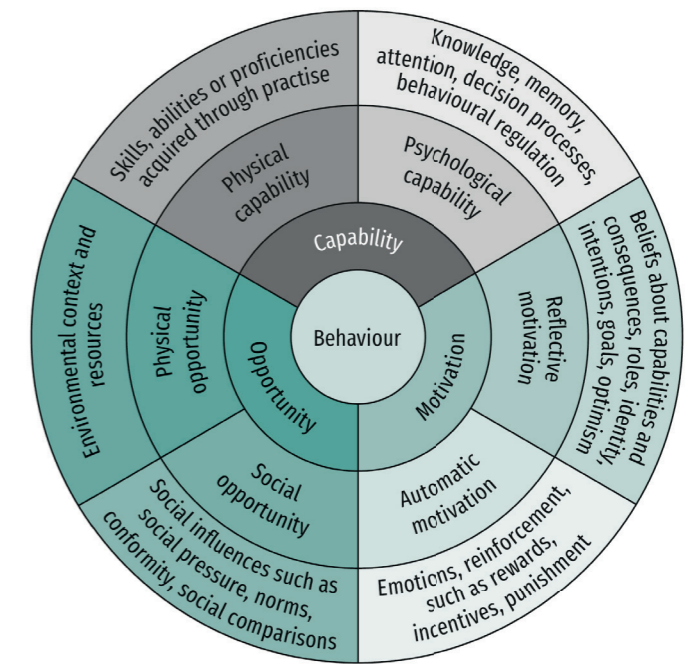
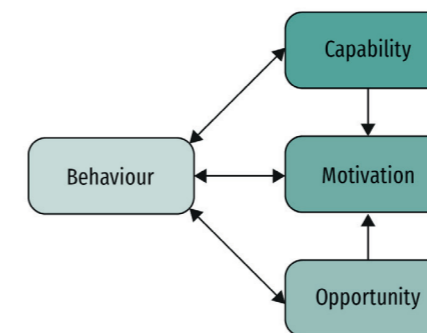
- *Automatic motivation*
Emotiegericht, (deels) onbewust. Wellicht zijn mensen 'verandermoe' doordat er veel veranderingen tegelijkertijd zijn. Het minste dat je kunt doen is hier proactief begrip voor tonen.
- *Reflective motivation*
Cognitief, bewust. Hoewel alleen maar uitleggen en onderbouwen van nut en noodzaak niet voldoende is, moeten we het natuurlijk zeker niet nalaten.

Het plaveien van de weg van de minste weerstand

Schets een beeld van het gewenste gedrag en verdiep je in de doelgroep (met een goed gesprek

kom je vaak al een heel eind). Bedenk vervolgens (bijvoorbeeld aan de hand van de zes categorieën van COM-B) welke factoren belemmerend zouden kunnen werken voor het gewenste gedrag. Formuleer vervolgens per belemmerende factor een of meer interventies die je onderdeel maakt van je projectaanpak. Je haalt, met andere woorden, de beren van tevoren al zoveel mogelijk van de weg. Of je kiest een andere weg.

Het resultaat is een aanpak die concreet en realistisch is en gericht op het gewenste gedrag van je doelgroep. Het maakt verandermanagement wellicht wat minder magisch, maar wel aanzienlijk succesvoller.



COM-B model - Michie, S., Atkins, L. & West, R. (2014). The behaviour change wheel: A guide to designing interventions.

Wat kan een ziekenhuis leren van McDonald's?

Wie in een ziekenhuis vraagt wat kwaliteit is, krijgt al snel een ingewikkeld antwoord. Stel je die vraag aan Jan Slebus, die drie McDonald's-restaurants runt in de regio Nijmegen, dan is het antwoord simpel: "doen wat we hebben afgesproken, elke dag, elke minuut, elke hamburger". Zorgverbeteraar Jonas Rubrech gebruikt McDonald's graag in discussies over kwaliteit. Juist omdat mensen reflexmatig 'nee' zeggen als je vraagt of McDonald's kwaliteit levert. Toch denkt hij dat zorginstellingen best wat kunnen leren van de fastfoodketen. Hij gaat met Jan in gesprek om te verkennen wat dat zou kunnen zijn.

Uniformiteit: de kracht van voorspelbaarheid

Een ziekenhuis is vaak een soort bedrijfsverzamelgebouw. Iedere afdeling heeft zijn eigen processen en werkafspraken. Die variatie heeft een historie, maar dient niet altijd een doel. Sterker nog: het zorgt in toenemende mate voor uitdagingen. Jan: "Dat is bij ons ondenkbaar. Als jij in Groningen bij de McDonald's werkt en morgen naar Nijmegen verhuist, kun je zonder instructie achter de grill staan. De Big Mac wordt overal exact hetzelfde gemaakt. In Nederland, in Chicago en in Singapore."

Discipline zit in de uitvoering

In de zorg wordt complexiteit vaak aangevoerd als argument voor variatie; werkzaamheden zouden te complex zijn voor een uniforme werkwijze. Dat is in zekere zin bij McDonald's ook zo: hoe eenvoudiger de taak, hoe strakker de procedure. "Geen freestyle achter de grill."

Onlangs moest Jan zelf onder het mes en daar viel hem op dat het op een OK wel lukt. Daar is de communicatie messcherp, de procedure strak, de rolver-

deling glashelder. "Iedereen staat te ouwehoeren, maar zodra het begint: BAM. Alles strak. Alles precies. Van die kristalheldere communicatie zouden wij nog wel wat van kunnen leren."

Zoals het in ziekenhuizen op de OK werkt, werkt het bij McDonald's overal in de uitvoering: "Tijdens het werken doen we wat is afgesproken. Over hoe het beter kan, praten we later." Die discipline in de uitvoering begint al bij de besluitvorming. Jan: "Bij ons gaat het er op managementniveau soms stevig aan toe en voeren we pittige discussies met elkaar. De uitkomst is niet altijd wat je wilt, some you win some you lose. Maar als het besluit is genomen en we lopen de deur uit dan is het klaar, dan ga je het zo doen als je met elkaar hebt afgesproken."

Controleren is geen wantrouwen, het is sturen op kwaliteit

Jonas: "Ik zie in ziekenhuizen vier soorten werkafspraken: 1. Afspraken die zijn gemaakt, vastgelegd én worden nagekomen, 2. Afspraken die zijn gemaakt, vastgelegd, maar niet worden nagekomen, 3. Afspra-



ken die zijn gemaakt, niet zijn vastgelegd, en al dan niet worden nagekomen, en 4. Afspraken die we nooit hebben gemaakt, maar wel hadden moeten maken."

Jan: "Vertrouwen is goed, controle is beter. Als je afspraken met elkaar maakt, dan móet je controleren of mensen die afspraken ook nakomen. Dat is kwaliteit leveren. En ook de controles doen we binnen McDonald's overal en altijd op dezelfde manier. Het is simpel: als één restaurant iets mag wat het andere niet mag, ontstaat willekeur. Dan vallen procedures uit elkaar. Dan wordt kwaliteit toeval."

Wendbaarheid: waarom McDonald's morgen al vierkante hamburgers kan bakken

Stel dat McDonald's morgen besluit dat de hamburger voortaan vierkant is? Hoe snel zou je dit wereldwijd kunnen doorvoeren? Jan: "Als de fabriek morgen vierkante burgers kan leveren? Dan liggen ze overmorgen wereldwijd in het doosje. We zouden alleen even moeten nadenken hoe we een wikkeld handig om een vierkante burger vouwen."

"We hebben tijdens de coronacrisis wel gezien hoeveel sneller we kunnen schakelen dan andere >>>

>>> partijen”, memoreert Jan. Jonas: “Maar daar zeg je wat: toen konden ziekenhuizen het ook. Er werden hele intensive cares ingericht in slechts een paar dagen. Maar regulier lijken we dat niet te kunnen. Werkwijzen veranderen, technologie implementeren, verbeteringen doorvoeren; het kost in het beste geval weken, maar vaker maanden of jaren.” Daar zit de echte les voor ziekenhuizen: als je processen uniform zijn, kun je razendsnel veranderen.

Datagedreven werken

Bij McDonald's voorspellen ze al jaren de omzet, zelfs per uur. “We weten precies wat het wordt als het 14 graden is en droog, of als het zaterdag is tijdens voetbal. En daar plannen we personeel op. We kijken naar het weer, het seizoen, de dag van de week, schoolvakanties, lokale evenementen. Ik vraag me af hoeveel ziekenhuizen hebben opgeschaald toen er sneeuw voorspeld werd.”

Door de eenduidige kwaliteitscontroles, met dezelfde checklists en dezelfde data, is het eenvoudig om restaurants met elkaar te vergelijken. “Er zijn rapportages dat ik kan zien hoe een restaurant in bijvoorbeeld Groningen ongeveer presteert... Ik kan een aantal parameters gewoon zien. Ik kan het vergelijken. Want iedereen wordt aan dezelfde manier gecontroleerd.”

De maatschap als franchise?

Jonas: “Al pratende begint het me toch te dagen dat we een ziekenhuis, zeker met een maatschap-structuur, misschien wel zouden moeten benaderen als een franchiseformule”. Binnen een ziekenhuis zien we dat er tussen afdelingen variatie is in cultuur, werkwijzen, etc. Dat is tussen McDonald's restaurants ook zo, maar binnen de scherpe kaders van de ‘franchise-bijbel’. En die franchise-bijbel, die is er in de meeste ziekenhuizen niet.

“Vrijheid in gebondenheid,” zegt Jan. “Je mag van alles, binnen wat is afgesproken. En als het besluit genomen is: dan dóe je het. Niet altijd omdat je het ermee eens bent, maar omdat de organisatie anders nooit vooruitkomt.”

Vijf lessen

Jonas bedankt Jan voor het inspirerende gesprek en vat de lessen nog even samen. Wat een ziekenhuis kan leren van McDonald's:

1. Meer uniformiteit in werkprocessen, in afspraken én in uitvoering.
2. Controle op naleving van afspraken is cruciaal voor kwaliteit, niet af en toe maar juist ook uniform en altijd.
3. Datagedreven werken, voor zaken als capaciteitsplanning, maar ook om van elkaar te kunnen leren over afdelingen en organisaties heen.
4. Tijdens het werk: uitvoeren wat je met elkaar hebt afgesproken. Buiten het werk: praten over wat je kunt verbeteren. En neem je een besluit, dan voer je dat ook uit (en als het rijmt is het waar).
5. Een ziekenhuis zou afdelingen wat meer kunnen benaderen als franchisenemers. Waarbij je hele heldere afspraken maakt over wat je wel en vooral wat je niet zelf mag bepalen.

I'm lovin' it!

Testen is topsport: hoe slim testen de zorg veilighoudt

Door: Leonie Vos

Naast zorgen voor mensen zijn er ook zorgverleners die samen met de ICT afdeling verantwoordelijk zijn voor het up-to-date houden van onze systemen. Denk aan applicaties, apparaten en elektronische patiëntendossiers (EPD's). Voordat deze veilig gebruikt kunnen worden, moeten ze zorgvuldig getest worden. Bij iedere implementatie én bij elke update speelt testen opnieuw een cruciale rol en daarin zijn key-users onmisbaar. Toch wordt het nut van testen soms onderschat. Een systeem ongetest in gebruik nemen kan echter direct gevolgen hebben voor de patiëntveiligheid. Als testcoördinator zie ik dagelijks hoe belangrijk goede testers zijn. Daarom deel ik graag de vijf belangrijkste tips om het testen in de zorg nóg beter en effectiever te maken.

Tip 1: Leg testbevindingen volledig en duidelijk vast

Als testcoördinator zie ik vaak bij het beoordelen van testbevindingen een korte zin met: “Hij doet het niet”, “Hij werkt niet”, “Het systeem liep vast”, “De app is traag” of “Printen lukte niet”. Bovenstaande bevindingen missen context. Het kost dan ontzettend veel tijd om uit te zoeken wat de daadwerkelijke oorzaak is van een bevinding. Ook van je patiënt wil je meer weten als je iets voor hem of haar wil betekenen.

Hoe we het wél graag zien: omschrijf de bevinding duidelijk en noteer de verwachte versus de feitelijke uitkomst. Documenteer hierbij reproduceerbare stappen, zodat de test herhaald kan worden. Voeg ook bewijsmateriaal toe (screenshots, bestanden e.d.) en voeg

context toe zoals testcase ID en de testomgeving (test/acceptatie).

Kortom: hoe vollediger jouw bevinding, hoe sneller en beter het probleem opgelost kan worden.

Tip 2: Zorg dat de test aansluit bij jou als tester

Testers zoals key-users hebben deze rol naast een bestaande functie, zoals verpleegkundige, voedingsassistente, arts, secretaresse, functioneel beheerder of RPA-specialist. Deze verschillende medewerkers kijken anders naar een test en hebben vaak geen IT-achtergrond, maar spelen wel een cruciale rol in de uitvoering van de testen. Zorg dat jij als tester goed weet wat er van je wordt verwacht en schakel op tijd hulp in als de context van een test niet duidelijk is. Jouw zorgachtergrond komt ook van pas tijdens het opstellen van testen want je kunt jouw kennis van processen en workflows inzetten om fouten te voorkomen. Een verkeerde interpretatie van medische of operationele stappen kan leiden tot onjuiste testscenario's. Door jouw expertise te gebruiken, verhoog je de kwaliteit en relevantie van de testcases.

Kortom: jouw praktijkervaring maakt je een unieke en onmisbare tester, dus gebruik die kracht.

Tip 3: Houd je testsets actueel en automatiseer waar mogelijk

Het is belangrijk om regelmatig te evalueren welke >>>



>>> onderdelen je aan het testen bent en of deze nog relevant zijn. Een testset die al vijf jaar ongewijzigd is, is waarschijnlijk niet meer actueel of representatief. Controleer daarom op nieuwe functionaliteiten en wijzigingen en verwijder irrelevante en verouderde testcases regelmatig. Kritieke processen zoals medicatiebeheer en patiëntveiligheid kun je hierbij meer prioriteit geven (risicogebaseerde prioritering) of vaker evalueren.

Daarnaast is het zinvol om waar mogelijk automatische testen in te zetten. Vooral terugkerende regressietesten bij updates en nieuwe releases zijn hiervoor geschikt. Automatiseren bespaart tijd, levert reproduceerbare resultaten op, werkt op verschillende omgevingen en apparaten en kan 24/7 draaien. Voer je maandelijks dezelfde test uit? Overleg dan intern of deze geautomatiseerd kan worden.

Kortom: actueel houden en slim automatiseren maakt testen sneller, beter en veiliger.

Tip 4: Voorkom haastwerk: plan het testen vroegtijdig en realistisch

Helaas zie je vaak dat de testfase in implementatieprojecten in het gedrang komt. Iedereen neemt ruim de tijd voor de inrichtings- en oriëntatiefase en hier loopt vaak de planning al uit. Zodra we dan in de testfase zijn beland, staat de livegang al voor de deur, is er geen verdere uitloop meer mogelijk en moeten we snel nog even alles doortesten terwijl iedereen het al zo druk heeft.

Testen is een continu proces en hoort bij je reguliere werkzaamheden, niet als extra taak na werktijd. Zorg daarom voor voldoende tijd en prioriteit om tests goed uit te voeren. Plan testmomenten ruim vooruit, stel haalbare deadlines en bespreek de benodigde ruimte met je leidinggevende, zodat je zorgvuldig kunt testen en fouten vroegtijdig boven water komen.

Kortom: goed plannen voorkomt tijdsdruk en verhoogt de kwaliteit van je testresultaten.

Tip 5: Gebruik realistische testdata en kijk of je test in de goede omgeving.

Je wil natuurlijk zo realistisch mogelijk testen, dus de productieomgeving benaderen. Je test vaak in een test- of acceptatieomgeving. Houd wel rekening met in welke omgeving je test en noteer dit ook bij de test, zodat later is terug te halen waar er een eventuele bevinding moet worden opgelost. Let echter wel op bij het gebruik van persoonsgegevens bij het testen. Echte patiëntdata mag niet zomaar gebruikt worden vanwege privacywetgeving (AVG). Aan de andere kant is het een risico dat kunstmatige data soms de complexiteit mist van echte casussen. Een oplossing die hiervoor wordt gebruikt is dat we gebruik maken van geanonimiseerde of gesynthetiseerde data die representatief is voor echte patiënt data.

Kortom: representatieve data en de juiste omgeving zijn essentieel voor betrouwbare testresultaten.

Onze zorgprocessen verdienen systemen die betrouwbaar, veilig en gebruiksvriendelijk functioneren. Met realistische testcases, goede documentatie en inzet van ieders expertise creëren we systemen die onze zorgprocessen écht ondersteunen. Iedereen die test, draagt daarmee direct bij aan patiëntveiligheid én kwaliteit van zorg.

Goed testen vraagt tijd, aandacht en samenwerking. Of je nu key-user, zorgverlener of tester in wording bent: jouw inzet maakt het verschil. We denken graag met je mee. Samen zorgen we ervoor dat onze systemen doen wat ze moeten doen: de best mogelijke zorg ondersteunen.

Podcast-tips

Vier tips van onze Zorgverbeteraars

Ambulance de podcast - Tip van Leonie

In deze podcastserie neemt ambulanceverpleegkundige Ivo van Asperen je mee in de wereld van de ambulancediensten. Iedere aflevering gaat hij in gesprek met verschillende gasten over onderwerpen rondom de pre-hospitale ambulancezorg. Wat mij het meeste aanspreekt is de diversiteit van de onderwerpen die worden besproken, van de geschiedenis van de ambulance, zorg rondom de eerste hulp ter plaatse (het ambulance zorg consult), Explainable artificial intelligence op de meldkamer, alcoholgebruik bij jongeren tot ambulancedienst op Schiphol. Maar er zijn ook ingrijpende verhalen van een ambulancemedewerker die naar het ongeluk van haar eigen kind werd gestuurd. Naast de meer inhoudelijke podcasts zijn er ook korte afleveringen opgenomen met een collega van Ivo waarin ze meer uiteenlopende onderwerpen bespreken als: werken met oudejaarsnacht, hoe sport je mindset positief beïnvloedt en slaaptips. Al met al een aanrader om eens een leuke podcast uit deze serie te beluisteren!



Kijk voor meer informatie op www.ambulancedepodcast.nl

Uit de praktijk - Tip van Bas



'Uit de praktijk' geeft, op basis van bijzondere ervaringen van zorgverleners, een kijkje in de zorg. Van de verschillende aangrijpende verhalen wil ik je vooral wijzen op aflevering 16. In deze aflevering ga je mee naar het moment waarop in het jaar 2000 de eerste ambulance aankomt in Enschede, midden in de vuurwerkramp. Naast wat de hulpverleners allemaal tegenkomen bij deze enorme ramp, wordt ook verteld hoe het eraan toegaat in deze acute tak van de zorg. De afleveringen van deze podcast, gemaakt door Quest, duren een half uur tot een uur. De hosts zijn oprecht geïnteresseerd in hun gasten en stellen precies de vragen die je als luisteraar zelf ook hebt. Vaak bespreken ze in de aflevering een innovatie die de zorg in de toekomst mogelijk zal veranderen.

<https://www.quest.nl/podcasts/>
<https://pocketcasts.com/podcast/uit-de-praktijk/4d9edb80-2899-013e-0d86-0243b8a24f53>
<https://podcastluisteren.nl/pod/Uit-de-Praktijk>

NicTALK - Tip van Ellen - Hoe wettelijke verplichtingen de zorg verder helpen

NicTalk is de podcastserie van Nictiz over databeschikbaarheid en digitale gegevensuitwisseling in de zorg. In elke aflevering hoor je wat er allemaal nodig is bij het veilig, betrouwbaar en op het juiste moment beschikbaar maken van zorginformatie. Thema's als samenwerking, vertrouwen en regie lopen als een rode draad door de serie. Stuk voor stuk belangrijk om ons zorgstelsel toekomstbestendig te houden. Seizoen 1, aflevering 9 staat de Wegiz centraal: de Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg. Deze wet is belangrijk want zorgverleners zijn nu vaak veel tijd kwijt aan administratie en overtypen van gegevens. Dit zorgt niet alleen voor extra werkdruk, maar vergroot ook de kans op fouten. Door gegevens duidelijker, veiliger en digitaal te delen, wordt het werk makkelijker en verbetert de zorg voor patiënten. Experts van Nictiz en het ministerie van VWS vertellen hoe zij werken aan landelijke standaarden die nodig zijn om digitaal samenwerken mogelijk te maken. Hun boodschap is duidelijk: dit kunnen we alleen samen.



Podcast NicTALK
<https://zorgverbeteraars.nl/de-wet-wegiz-leg-dat-je-moeder-maar-eens-uit/>
<https://zorgverbeteraars.nl/ben-jij-al-klaar-voor-de-nieuwe-wettelijke-eisen-van-de-wkkgz/>

Je bent verbonden met GERRIT - Tip van Naomi



Ben jij benieuwd hoe al die nieuwe informatiestromen in de zorg er in de praktijk uitzien? En vond je het interessant om te lezen hoe dat gebeurt bij de Kickstart Medicatieoverdracht? Luister dan ook de podcast van GERRIT. De afleveringen bieden een mooie afwisseling tussen grote onderwerpen als AI, generieke functies en databeschikbaarheid en regionale projecten zoals de Kickstart Medicatieoverdracht (met Mirja van Poppel), transmuraal verwijzen en faexit (hoe je van de fax afkomt in je organisatie). Elke aflevering komen een of meerdere hoofdrolspelers aan het woord die iets vertellen over het onderwerp of betrokken zijn bij de implementatie van een regionaal project in samenwerking met GERRIT. Deze afwisseling houdt de podcast fris. De afleveringen zijn tussen de 20

en 40 minuten lang en dus ideaal voor een autoritje of tijdens het sporten!

<https://wijzijngerrit.nl/podcast/>

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.

