

# VERBETER!

Over betere (digitale) zorg

Pagina 20

**“EEN INSTRUMENT  
DAT DAADWERKELIJK  
AANTOONT HOEVEEL  
ZORG PATIËNTEN NODIG  
HEBBEN.”**

Philip Vriend, Dijklander Ziekenhuis



# Colofon

Voor je ligt de nieuwe uitgave van “Verbeter!”, het magazine waarin wij inzoomen op de relatie tussen de zorg en slimme toepassing van ICT. 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.

**Tekst:** Verbeteraars & Lieke v/d Krommenacker

**Foto's:** Verbeteraars & Publiek

**Vormgeving en druk:** Publiek (publiek.com)

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

**Verbeteraars B.V.**

**Hoofdstraat 102**

**9842 PJ Niezijl**

**085 877 2579**

**info@zorgverbeteraars.nl**

**zorgverbeteraars.nl**

© 2020 Verbeteraars BV

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vervoelvoudigd, 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

<b>Informatierevolutie</b>	<b>4</b>
<b>De metrolijn van het Martini Ziekenhuis</b>	<b>6</b>
<b>Uit het dagboek van een Zorgverbeteraar</b>	<b>10</b>
<b>Het beste van twee werelden: samen naar één datawarehouse</b>	<b>14</b>
<b>Meer handen aan het bed, meer robots achter de computer</b>	<b>18</b>
<b>Grip op werkdruk op Spoedeisende Hulp</b>	<b>20</b>
<b>Het EPD klaar voor een ramp</b>	<b>26</b>
<b>Wereldverbeteraars: Publiek Water</b>	<b>27</b>
<b>Zorg dat een nieuw EPD het feestje van de zorg is</b>	<b>28</b>
<b>The grass is always greener on the other side, or is it not?</b>	<b>30</b>
<b>Gras gaat niet harder groeien als je eraan trekt</b>	<b>32</b>
<b>Opleiding eHealth: digitalisering van de gezondheidszorg</b>	<b>34</b>
<b>Congres All about data 2021</b>	<b>35</b>
<b>Op naar een universele data taal voor het ziekenhuis</b>	<b>36</b>
<b>Disrupting Data Governance</b>	<b>38</b>
<b>Digitale vaardigheden</b>	<b>39</b>
<b>Blog: Het Consensus-probleem</b>	<b>39</b>

“Het is 2020. Dat klinkt als de toekomst, maar die toekomst is nu.”



Foto: afdeling communicatie Martini Ziekenhuis

# Informatierevolutie

**Ik mag het woord bij ons op kantoor eigenlijk niet gebruiken, informatierevolutie. Dat zal er alles mee te maken hebben dat ons kantoor in het noorden van het land staat en dat we daar graag normaal doen. Dan doe je immers al gek genoeg. Toch ben ik van mening dat we in de zorg aan de vooravond staan van een informatierevolutie. En dan heb ik het niet over duizenden zorgverleners die met ambulances het malieveld bezetten of de A12 blokkeren om interoperabiliteit, open standaarden en minder registratielast te eisen (al is het idee misschien niet eens zo gek). Ik heb het ook niet over een revolutie met grote woorden aan de hand van goeroes die gouden bergen beloven met ‘buzz words’ als artificial intelligence, augmented reality en big data. Ik heb het over een revolutie in de onderstroom waarbij het besef groeiende is dat ‘het informatievraagstuk’ de volgende grote noot is om te kraken. Waarin we ons beseffen dat de volgende grote doorbraak niet een nieuw medicament is, maar het feit dat we in staat zijn informatie uit te wisselen over muren en grenzen heen en deze gebruiken om nog betere zorg te leveren.**

Vaak moet ik dan ook denken aan Amara's Law: “We overschatten de effecten van technologie op de korte termijn, maar we onderschatten de effecten op de lange termijn”. Op korte termijn zijn we dan ook ontevreden over wat er al kan in de dagelijkse praktijk omdat we er meer van verwachten. Als we nu tien jaar terugkijken dan zien we een hele andere wereld. Een wereld van faxen, doktershandschriften en papieren dossiers. Dat zal over tien jaar niet anders zijn. Dan kijken we terug op een wereld van gebrekkige informatieoverdracht waardoor niet de best mogelijke zorg wordt geleverd, of erger. Een wereld waarin artsen vechten met hun EPD en waar vaker de techniek leidend is dan het zorgproces. Als we daar over tien jaar nou eens hoofdschuddend op terugkijken en zeggen: “vroeger was echt niet alles beter”.

Nu is voor een Zorgverbeteraar het glas altijd half vol en zien we mooie verbeteringen die een echte bijdrage leveren aan patiëntveiligheid, minder registratielast, meer efficiëntie in tijden van personeelstekorten en betere uitwisseling van informatie. In deze ‘Verbeter!’ een aantal inspirerende voorbeelden en ideeën.

Laat je inspireren. Het is 2020. Dat klinkt als de toekomst, maar die toekomst is nu.

**Jonas Rubrech**  
Zorgverbeteraar



# De metrolijn van het Martini Ziekenhuis

OP WEG NAAR EEN  
DIGITAAL CYTOSTATICAPROCES

MARTINI ZIEKENHUIS

GRONINGEN

In het Martini Ziekenhuis in Groningen is de afgelopen maanden hard gewerkt aan de digitalisering van het cytostaticaproces. Kapstok voor het inrichten en ontwerpen van de techniek was een 'metrolijn', een grafische weergave van het proces vanaf het moment van het voorschrijven van de medicatie tot het toedienen.

Tot voor kort ging het voorschrijven van cytostatica op de oncologieafdeling van het Martini Ziekenhuis nog met de hand: de arts schreef een recept op papier, dan ging het naar de afdeling, waar het recept verder werd ingevuld en ondertekend door de specialist alvorens het naar de apotheek werd gebracht waar het werd overgetypt in het bereidingsysteem en de medicatie werd klaargemaakt en afgeleverd op de oncologieafdeling waar vervolgens de toedienregistratie plaatsvond op papier met de nodige handmatige dubbele checks.

Hoe anders is het nu, met een systeem waarbij het hele voorschrijfproces elektronisch verloopt. Van de arts die een code invoert in de computer, via de apotheek waar met behulp van barcode-scanning de grondstoffen worden verzameld en de medicatie 'just in time' wordt bereid, tot de verpleegkundige die het polsbandje en de medicatie van een patiënt scant om te controleren of de juiste medicatie in de juiste dosering bij de juiste persoon terecht komt.

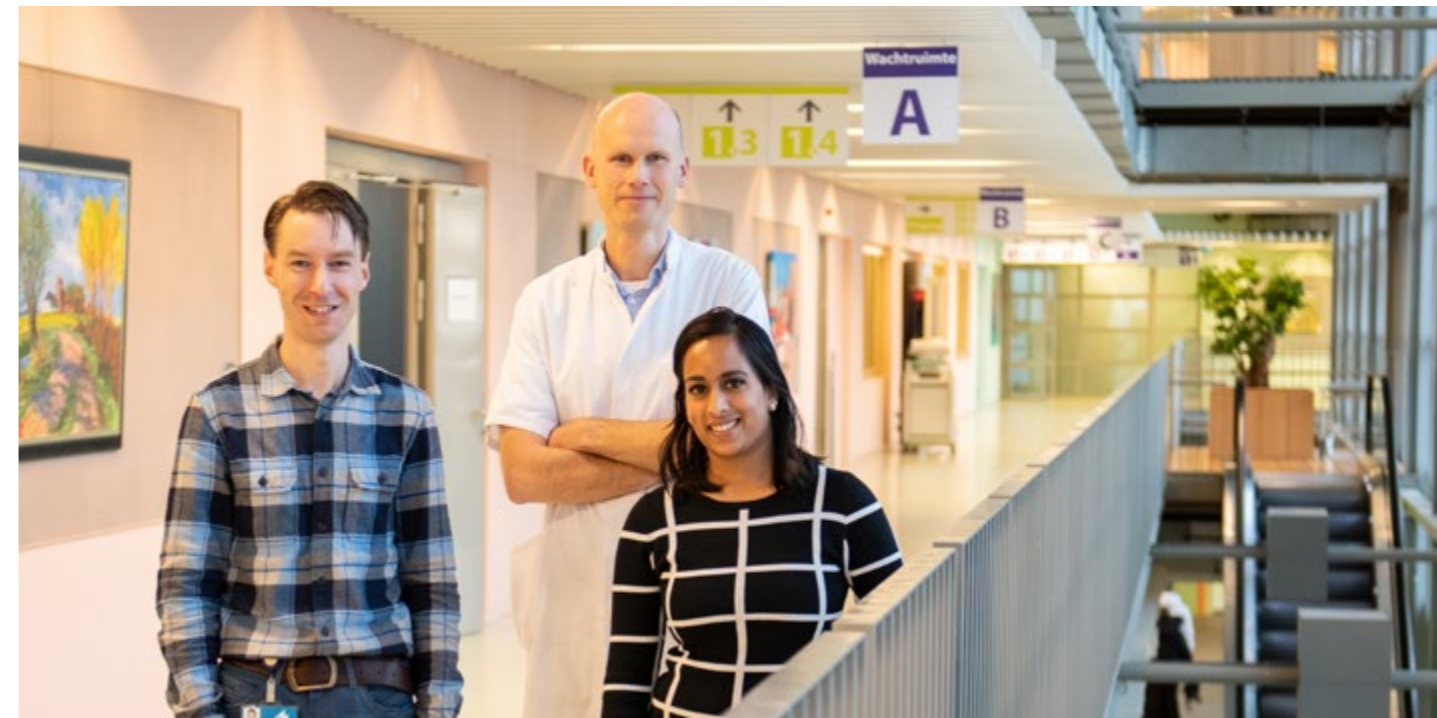
## Het proces als de basis

Een belangrijke succesfactor bij deze overgang naar een digitale voorschrijfmethode in het Martini is dat

het uitgangspunt voor het inrichten van de geheel nieuwe software, het testen ervan en de scholing van de medewerkers niet de techniek maar het proces was. 'De start is geweest: hoe is het bestaande proces en hoe gaan we dat in kaart brengen?', zegt oncoloog Johan van Rooijen.

Samen met alle betrokken professionals van de afdeling – van de artsen, specialisten, verpleegkundigen, assistenten tot ziekenhuisapothekers, supervisors, secretaresses en de ICT-beheerders – en onder begeleiding van Jonas Rubrech van Zorgverbetersaars is elke stap in het proces onder de loep genomen vanaf het moment dat een patiënt het ziekenhuis binnenkomt tot het toedienen van de cytostatica. Deze gegevens zijn verwerkt in de metrolijn.

Van Rooijen: "We hebben voor de hele route bekeken waar de manco's zitten en onderzocht: als ik iets doe, wat is dan het effect op de ander? Zo zie je hoe iedereen met elkaar is verbonden. Als in de ene schakel iets verandert, heeft het gevolgen voor schakels verderop in het proces.' Verpleegkundige en protocolfunctionaris Sham Braam vult aan: 'Door deze aanpak konden we het hele proces in kaart brengen en waar mogelijk optimaliseren.'



## De 'ondergrondse' van het Martini

De visuele uitwerking is letterlijk een kaart, de zogeheten metrolijn; een complete grafische weergave van alle stappen en betrokkenen medewerkers, hun onderlinge relaties en alle mogelijke scenario's. Hoe deze 'ondergrondse' eruitziet, laten Braam en haar collega Daniël Stoop, net als Braam zowel verpleegkundige als protocolfunctionaris, zien in hun kantoor. Daar ligt een print van de metrolijn uitgerold op tafel.

Iedereen heeft zijn eigen kleur gekregen en met vlaggetje zijn de stappen in het proces aangegeven, zoals het intakegesprek met de patiënt, het voorschrijven van een recept, het klaarmaken door de apotheek en het transport van de medicatie naar de afdeling.

'Over elk vlaggetje is gebrainstormd', zegt Stoop. 'Er zijn verschillende bijeenkomsten georganiseerd waarbij elk deel van het proces is doorgenomen onder begeleiding van een medewerker van Zorgverbetersaars. Zo konden we mooi bij iedereen 'meekijken' en bijvoorbeeld zien hoeveel tijd een arts kwijt is met bepaalde handelingen en wat dit betekent voor de apotheek. Daar sta je normaal niet bij stil.'

## Digitale recepten

Als protocolfunctionarissen maken Stoop en Braam de toedieningsprotocollen voor alle verschillende cytostatica, die als basis dienen voor het recept dat een arts voorschrijft. In zo'n protocol staat hoe het geneesmiddel moet worden toegediend, in welke hoeveelheid en, wanneer nodig, in welke combinatie met andere geneesmiddelen.

Van deze protocollen maakt de apotheek vervolgens zogenaamde VCMO's (Voor gedefinieerde Combinatie Medicatie Opdrachten). 'Dat zijn eigenlijk digitale recepten met een code, want achter elke code hangt een recept', legt Braam uit.

Deze codes gebruiken artsen weer wanneer ze medicatie voorschrijven. Samen met Chipsoft is deze manier van voorschrijven geïntegreerd in HiX, het EPD van het ziekenhuis. 'De selectie van de software is een langdurig proces geweest', zegt oncoloog Van Rooijen. 'We hebben heel goed gekeken naar wat nou het beste systeem was. Niet alleen voor de oncologen maar, ook voor de integratie met de rest van het ziekenhuis.'

## Inzicht in elkaars prioriteiten

Hoe complex het maken van deze protocollen en VCMO's – en daarmee het voorschrijven, plannen, bereiden en toedienen van de cytostatica – is, verduidelijkt Braam met een voorbeeld. 'Wij hebben kuurschema's die wel 21 dagen kunnen duren. Het kan zijn dat iemand wekelijks een middel krijgt in combinatie een ander medicijn. Elke kuur kent zijn eigen cyclus, waarbij de combinatie van medicijnen op sommige dagen ook weer verschilt. Daarbij kan er gedurende de kuur nog van alles veranderen vanwege de conditie van de patiënt.'

Anders gezegd: het ontwerpen van een digitaal systeem waarin al deze variabelen zijn meegenomen, is een ongelofelijk moeilijk en grondig karwei. En dus is het erg prettig dat iedereen die ermee te maken heeft erbij betrokken is, benadrukt Van Rooijen. Zo kreeg iedereen veel meer inzicht in elkaars werk en prioriteiten en werd er gekeken voorbij ieders eigen verantwoordelijkheid en werd steeds het gehele proces en de kwaliteit van de patiëntenzorg centraal gesteld.

'Als oncoloog ben ik betrokken bij het voorschrijven van recepten. Het is verleidelijk om je tijdens zo'n project alleen op je eigen stukje te focussen en dan zo snel mogelijk weer door met je werk', zegt hij. 'Maar hetzelfde geldt natuurlijk ook voor collega's. Door dit allemaal met elkaar te doen, dachten we ook na over hoe we voor anderen problemen konden oplossen, door zelf iets anders te doen. De apotheek

heeft soms piekdrukke. Als voorschrijver kan ik dan eerder een kuur accorderen, waar de apotheek weer profijt van heeft.'

## Alles in één systeem

Dat kan apotheker Ithamar Brinkman onderschrijven. 'Alle benodigde informatie is nu ondergebracht op één plek en opvraagbaar vanachter de computer op één scherm: het verpleegkundig behandelprotocol, de labwaarden, de informatie van de dokter en het recept. Eerder moesten we dat van drie verschillende plekken halen, namelijk uit HiX en Zamicom en van papier.' Een ander voordeel, vindt Brinkman, is dat de financiële afhandeling efficiënter geborgd is. Voor dure geneesmiddelen, zoals cytostatica, geldt dat er een zogenaamde add-on geregistreerd moet worden op basis van een indicatiecode. Daarbij gelden landelijke afspraken over welke middelen voor welke indicaties vergoed worden. Waar dit voorheen veel handwerk vergde, kiest de arts nu bij het voorschrijven direct de indicatiecode en kan daarbij alleen kiezen uit de codes die voor het betreffende middel zijn toegestaan.

Brinkman: 'Artsen hoeven alleen maar de juiste VCMO te kiezen, waarna tijdens het bereidingsproces automatisch al de financiële afboeking plaatsvindt omdat alle informatie al op de goede plek in het systeem zit. De afhandeling zit dus vast aan het product. Het handmatig overnemen van een voorschrift in het bereidingsstelsel is daarmee verleden tijd, met efficiëntie tot gevolg.'



Daarbij komt dat apothekersassistenten die de bereiding uitvoeren nu een scanner tot hun beschikking hebben waarmee ze de benodigde geneesmiddelen verzamelen. 'Voorheen gebeurde die controle op het oog', zegt Brinkman. 'Dan pakte je een infuus en een flacon met een cytostaticum en keek je of het goed was, nu scan je, wordt je daarmee goed ondersteund en wordt de voorraad direct bijgewerkt in het systeem.'

## Weg met de onleesbare handschriften

Al deze gemakken komen niet vanzelf en zonder obstakels, merkt Brinkman nog op. 'Je weet van tevoren nooit precies wat je krijgt, dat merk je pas als het er is. En de implementatie van een werkproces kost altijd meer tijd dan gedacht.'

Juist daarom is het zo fijn dat iedereen vanaf begin bij het proces betrokken is geweest, vinden Braam en Stoop. Het systeem werkt nu gestructureerder, overzichtelijker en efficiënter, beamen zij. Bovendien is het gebruiksgemak groot. Stoop lacht: 'En we hebben ook geen discussie meer over handschriften. Ook heel fijn.'

Al met al kan iedereen tevreden terugkijken op de implementatie van wat het laatste proces in het ziekenhuis was dat nog vrijwel volledig op papier berustte. Van Rooijen: 'Alles is netjes verlopen, iedereen is vertegenwoordigd en problemen zijn vroegtijdig opgespoord en opgelost.'

## Testen, scholen en verbeteren

Projectleider Jonas Rubrech: 'We hebben het vaak over 'de patiënt centraal' maar binnen digitaliseringsprojecten komt die kreet vaak niet verder dan het projectplan. Door het primaire proces, je zou het met een hip woord ook 'patient journey' kunnen noemen, centraal te stellen houd je als vanzelf de verbinding met waar je het voor doet; de best mogelijke patiëntenzorg. Dat helpt enorm om over muren van afdelingen heen te kijken en het gemeenschappelijke belang centraal te stellen. Bovendien voorkom je dat je ICT gaat inzetten om gaten in het proces te dichten en dus feitelijk chaos aan het digitaliseren bent.'

'De investering die je doet om het proces in kaart te brengen met elkaar, verdien je later in het project dubbel en dwars terug. Het maken van een testscript bijvoorbeeld is zo gepiept; gewoon een kwestie van alle lijnen in het proces volgen. En dan krijg je er ook nog dat geruststellende gevoel bij dat je niets vergeten bent. Daarnaast biedt een mooie procesplaat een prachtige kapstok voor de scholing en je instructiemateriaal. En als je na verloop van tijd zaken in het proces wil verbeteren, dan maak je op basis van zo'n plaat heel eenvoudig inzichtelijk hoe bijvoorbeeld zaken als doorlooptijden zich gedragen in het proces. Ik ben alweer een nieuwe metrolijn aan het maken voor mijn volgende project!'





# Uit het dagboek van een Zorgverbeteraar



Lief dagboek,

**Bij het bepalen van je footprint gaat het vaak over de impact die je hebt op de aarde en het milieu. Nu reis ik veelal met de meest groene vorm van transport in Nederland, eet bewust, bezit geen auto, dus dat zit wel goed denk je. Interessanter is het dan misschien ook om te kijken wat de footprint van een Zorgverbeteraar wat betreft de impact op de zorg. Wat doet zo'n Zorgverbeteraar nu eigenlijk?**



**MAANDAG 21 OKTOBER 2019,  
19.18 - 0.01U:**

## **GRONINGEN - MAASTRICHT**

Sinds een jaar help ik het MUMC met het inrichten van een generiek zorgpad binnen hun EPD. Gebaseerd op de zorginformatie bouwstenen (ZIB's) om er zo ook hergebruik mogelijk te maken. Aan het begin van de maandagavond maak ik een begin aan de 'grote oversteek' vanuit hometown Groningen. In 4,5 uur treinen is er voldoende tijd om de volgende dag voor te bereiden, maar deze rit heb ik nog een telefonisch overleg met een geïnteresseerde vanuit een wetenschappelijke vereniging naar de oplossing die we in het MUMC aan het opzetten zijn om kwaliteitsregistraties automatisch te voorzien van data vanuit een zorgpad. Even over middernacht kom ik aan in Maastricht en kan ik mijn vertrouwde hotel opzoeken voor een korte nachtrust.



**DINSDAG 22**

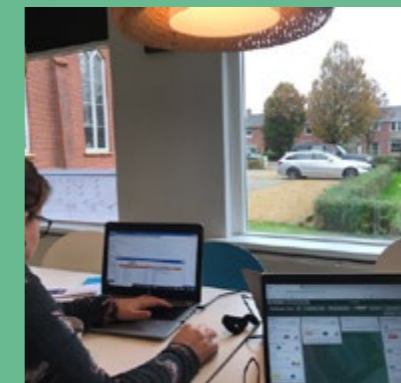
## **EN WOENSDAG 23 OKTOBER: MUMC, MAASTRICHT**

Beide dagen staan in het teken van het doornemen van de te bouwen zorgpaden voor Colorectaal en Fecale incontinentie. Samen met de werkgroepen worden voor de laatste keer de verschillende schermen doorlopen om te kijken of alle gewenste functionaliteit nu is afgedekt binnen het generieke ontwerp. Op de woensdagmiddag wordt de terugreis ingezet. In de trein doe ik via Zoom een werksessie met Informatica en Capgemini voor een ronde tafel sessie omtrent datamanagement in de Zorg die we eind november gezamenlijk gaan houden in het UMCU.



**DONDERDAG 24 OKTOBER:  
UMCG, GRONINGEN**

Thuiswedstrijd vandaag en op bezoek bij mijn oude werkgever om samen met de mensen van Hartnet te kijken hoe de data die men rondom de cardiologisch patiënt binnen de regio wil gaan uitwisselen op basis van de ZIB's ook kan worden gebruikt voor de aanlevering richting de NHR.



**VRIJDAG 25 OKTOBER:  
HEADQUARTERS NIEZIJL**

Kantoor dag waarin alle sprintactiviteiten voor de Zorgverbeteraars zelf worden doorgenomen met het team. Zorg verbeteren gebeurt namelijk niet vanzelf, daar is kennis en kunde voor nodig en die proberen we met de activiteiten intern op te bouwen. De rest van de dag besteden Jonas en ik aan de voorbereidingen voor de 5-daagse eHealth-cursus die we samen met SBO geven en die maandag start.



**MAANDAG 28 OKTOBER:  
BCN, UTRECHT**

Vroeg vertrokken uit Groningen om op tijd te zijn in het BCN gebouw in Utrecht om de 10 cursisten te kunnen ontvangen voor de eHealth-cursus. De cursus moet vooral handvatten bieden voor iedereen die echt met zijn voeten in de klei moet gaan staan en een eHealth-traject mag gaan begeleiden. Door het 5-lagen model van Nictiz hier als kapstok voor te gebruiken hopen we daar tijdens de cursus goed invulling aan te kunnen geven. De cursisten lijken positief het pand te verlaten aan het einde van dag.



**DINSDAG 29 OKTOBER:  
FEDERATIE MEDISCH  
SPECIALISTEN EN UMCU,  
UTRECHT**

Vanmorgen weer vroeg vertrokken richting Utrecht voor een ochtend bij de Federatie Medisch Specialististen waar ik sinds een jaar betrokken ben bij het programma Verduurzamen

Kwaliteitsregistraties. Een supergaaf programma dat als doel heeft om de registratielast rondom kwaliteitsregistraties naar beneden te krijgen door gebruik te maken van de registratie aan de bron principes.

Vanmorgen geven we uitleg over de toolkit die is ontwikkeld om zorgprocessen en de daarin gebruikte informatie inzichtelijk te maken.

's Middags crossen we op de fiets door Utrecht om op tijd te zijn in het UMCU voor het begeleiden van een Serious game van Registratie aan de Bron voor het programma Horizontaal Toezicht binnen het UMCU. Ziekenhuisje spelen in het klein maakt zo snel inzichtelijk waarom een goede registratie bij de bron zo essentieel is.

's Avonds reis ik af richting Schiphol. Ik mag met mijn beste vriend mee naar zijn zoon die in het voetbalteam speelt van de universiteit van Oklahoma.



**WOENSDAG 31 OKTOBER:  
DATA SCIENTIST EN AI  
CONFERENCE,  
TULSA OKLAHOMA**

Achttien uur reizen achter de rug maar ik kan het niet laten om toch even een dag met het werk bezig te zijn. Een interessant congres over data science en AI. Veel sprekers uit de Amazon-hoek omdat deze een grote analytics-afdeling hier in de buurt hebben en op dit gebied samenwerken met de universiteit van Oklahoma. De hele dag is het ijskoud in de zaal, de verwarming is uitgevallen en het is -5 buiten. We krijgen Wodka geserveerd om warm te blijven wat het congres direct een stuk leuker maakt. Take away van de dag, en dat weten we eigenlijk ook wel: AI en data science kan niet zonder goede kwalitatieve data. De komende jaren zal hier vooral de aandacht naar uit moeten gaan wil data optimaal kunnen worden gebruikt.



**DINSDAG 5 NOVEMBER:  
THUIS**

Terug in Nederland starten we het werk weer rustig op met een Zoom-sessie met de werkgroep van de FMS over de planning voor volgend jaar en maken we vorderingen met de verschillende presentaties die gehouden gaan worden tijdens de ronde tafel sessie Datamanagement in de Zorg. 's Avonds weer richting Maastricht en deze keer wordt de tijd gebruikt om bij te komen van de jet lag.



**WOENSDAG 6 NOVEMBER:  
MUMC EN CAPTAINSDINER**

Vandaag bezig geweest met het neerzetten van een goede centrale lijn registratie. Binnen de IC's en OK's is dit meestal wel op orde maar hoe zorg je dat dit nu ook in het 'gewone' dossier goed wordt geregistreerd zonder dat dit als registratielast wordt ervaren? Aan het einde van de middag neem ik de trein om het Captains dinner bij te kunnen wonen van het Mobile health event van Euroforum. Indrukwekkend hoe men het ieder jaar weer voor elkaar krijgt om meer dan 1000 deelnemers te trekken en een goed programma neer te zetten.



**DONDERDAG 7 NOVEMBER:  
DATA DRIVEN HEALTHCARE,  
UTRECHT**

Al een aantal jaren mag ik meedenken over de inhoud van dit mooie event en ben op de dag zelf betrokken als dagvoorzitter van de parallelsessies. Na een pittig interview op de vroege ochtend door Frank van der Linden over het (mis)lukken van eHealth implementaties, heb ik de verschillende sessies in mijn zaal begeleid. Opvallend is dat het gebruik van data steeds dichterbij de werkvloer komt te staan met mooie voorbeelden voor op de verpleegafdeling. De grote uitdaging blijft om met goede gevalideerde modellen te kunnen werken zodat het ook daadwerkelijk in het primaire proces kan worden toegepast.



**Na afloop stap ik weer in de trein richting Groningen. De twee weken en meer dan 20.000 kilometer terugkijkend, moet ik concluderen dat er nog heel wat te verbeteren valt in de zorg en dat we als Zorgverbeteraars, stapje bij stapje, onze footprint hierin proberen achter te laten. Over die andere footprint hebben we het maar even niet. Op de site carbonfootprint.com wordt pijnlijk duidelijk dat een heel jaar met de trein reizen, duurzaam eten en geen auto gebruiken compleet teniet is gedaan met het retourtje Oklahoma... Voorlopig reizen we nog maar even met de trein.**

**Erik van der Velde**



# Het beste van twee werelden: samen naar één datawarehouse

Wanneer twee ziekenhuizen samengaan, zoals het Academisch Medisch Centrum (AMC) en het VU medisch centrum (VUmc) in Amsterdam, heeft dit niet alleen impact op de medewerkers en aansturing van het nieuwe ziekenhuis. Ook de data- en informatievoorziening vraagt om eenduidige organisatie, opslag en presentatie. Een meer dan uitdagende klus, weten Erik Lubbe en Gerard van der Voorn, beiden hoofd Business Intelligence.

Personeelsgegevens, financiële informatie, patiëntendossiers, inkoopcijfers, laboratoriumdata; allemaal zijn ze digitaal vastgelegd in het ziekenhuis, ergens in het zogeheten datalandschap. Dit landschap bestaat uit verschillende bronnen vol informatie, die uiteindelijk samen uitkomen op een groot, centraal elektronisch verzamelpunt: een datawarehouse. 'Denk aan een pakhuis met grote stapels waardevolle data', zegt Gerard van der Voorn, het hoofd Business Intelligence van locatie VUmc.

## Data en informatie

Samen met collega Erik Lubbe, die dezelfde functie heeft voor locatie AMC, is Van der Voorn sinds het begin van dit jaar belast met de schone taak om te komen tot een gezamenlijke manier om data te verzamelen en te distribueren voor zowel het AMC als het VUmc.

Hun doel is het ontwikkelen van een efficiënter en effectiever datalandschap, waarin een expliciet onderscheid wordt gemaakt tussen data (de 'kale', betekenisloze feiten zoals getallen, tekens, symbolen en afbeeldingen) en informatie (data die betekenis krijgt door de context waarin ze wordt gebruikt). Dat wil zeggen dat ze alle beschikbare data omzetten naar toegankelijke en standaard informatieproducten, zoals rapporten, dashboards, analysekubussen en datasets voor onderzoekers.

Een complexe klus, bevestigen de ICT-experts. Van alle data die ooit ergens is opgeslagen, moeten ze opnieuw beoordelen: wat kan weg? Wat niet? En waar en hoe moet het dan bewaard blijven? Lubbe lacht. 'De ziekenhuiswereld is ook niet zo goed in het verwijderen van dingen. De verzameling gegevens wordt alleen maar groter en groter. Dus je moet goed nadenken over wat je wanneer weggooit.'



## Het beste van twee werelden

In het nieuwe datawarehouse combineren en harmoniseren de heren het beste van de twee goed werkende data-landschappen van het AMC en het VUmc. Hiervoor hebben ze beide systemen opnieuw onder de loep genomen; van de infrastructuur, de gehanteerde definities, de digitale tools waarmee werd gewerkt, tot de presentatie en de werkwijze.

Met de belangen van de twee ziekenhuizen in het achterhoofd hebben ze zichzelf steeds de vraag gesteld: als je het systeem van A tot Z opnieuw mocht opbouwen, hoe zou dat er dan uitzien? Het antwoord op deze vraag werd het uitgangspunt voor de nieuwe data-omgeving, waar het duo het afgelopen jaar mee bezig is geweest.

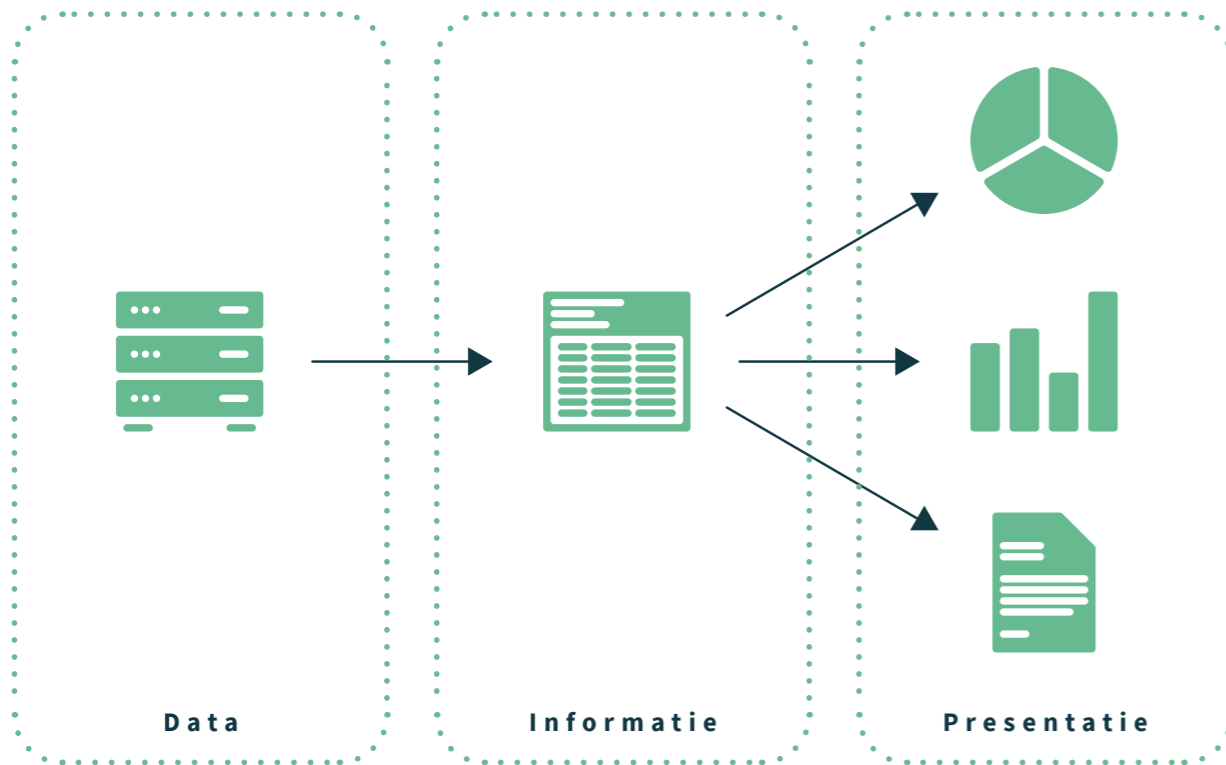
Om een tunnelvisie te voorkomen, hebben Lubbe en Van der Voorn hun concept van het nieuwe

datawarehouse voorgelegd aan de specialisten van Zorgverbetersaars, voor een externe audit. Van der Voorn: 'Hierin hebben we ze alle ruimte gegeven om betrokkenen te interviewen en ons vervolgens advies te geven over de gekozen koers, de gemaakte keuzes en tips ter verbetering.' Een belangrijk punt van discussie die dag was bijvoorbeeld het spanningsveld tussen kwalitatief goede data willen leveren en snel willen leveren. 'Hieruit is een advies gekomen voor het labelen van aanvragen om de "fit for purpose" beter te kunnen organiseren', zegt Van der Voorn. 'Dankzij deze audit en de aanvullende aandachtspunten waarop we zijn geweest, weten we dat we op de goede weg zijn.'

## Dezelfde taal spreken

Wat van het grootste belang is, benadrukt Lubbe, is dat het systeem eenduidig is. Waarmee hij onder meer bedoelt dat iedereen die in het nieuwe





systeem data invoert, dezelfde taal spreekt. Lubbe: 'Neem bijvoorbeeld binnen of buiten reguliere bedrijfstijd op het operatiecomplex. Dat lijkt op het eerst oog redelijk eenvoudig, maar nu blijkt dat de bedrijfstijden in het AMC en VUmc verschillen, waardoor de cijfers niet direct werden herkend. Er zijn dus heldere definities nodig, zodat we weten waar we naar kijken.'

Daarbij moet je ervoor zorgen dat je de juiste informatie samenvoegt, benadrukt Van der Voorn. 'We werken voor veel doelgroepen die allemaal hun eigen data hebben, die ze ook nog eens op een unieke wijze opslaan. Al die bronnen van informatie moeten wij zien te koppelen en ontsluiten. De financiële afdeling wil straks wel weten waar ze hun informatie kunnen terugvinden, net als de artsen, verpleegkundigen, controllers en onderzoekers.' Aldus is een robuust en overzichtelijk systeem

nodig, dat bovendien moet kunnen meebewegen met een datalandschap dat steeds verandert als gevolg van nieuwe technieken en regels, zoals de ontwikkeling van het elektronisch patiëntendossier (EPD) en de privacywetgeving.

### Zorgvuldige databoekhouding

'Vroeger registreerde iedereen alles op zijn eigen manier', zegt Lubbe. 'En liep een arts bij wijze van spreken naar het laboratorium om een medewerker om de gegevens van een bepaalde patiëntengroep te vragen. Of data werd overgetikt als meerdere mensen van dezelfde gegevens gebruik moesten maken.' Dat is al lang niet meer zo. 'We zijn veel efficiënter en consciëntieuzer gaan werken.'

Het bijhouden van een zorgvuldige en inzichtelijke databoekhouding wordt dus steeds belangrijker, betogen Lubbe en Van der Voorn. 'Data wordt



Foto: Aerovista Luchtfotografie / Shutterstock.com

tegenwoordig ook veel vaker buiten het ziekenhuis gebruikt', licht Lubbe toe. 'Dat betekent dat je alles heel goed moet documenteren en toetsen op het naleven van de wetgeving.'

In het specifieke geval van het nieuwe datawarehouse voor het Amsterdam UMC zijn Van der Voorn en Lubbe zo snel mogelijk bij elkaar gaan zitten om samen met de medewerkers de overeenkomsten en verschillen tussen de twee afzonderlijke systemen te detecteren. Van der Voorn: 'Zo'n 95 procent van de werkzaamheden deden we hetzelfde, een paar zaken waren anders georganiseerd.'

### Het gouden ei

De beide heren hebben flink de tijd genomen voor hun 'bouwproces', zodat ze doordrongen raakten van elkaars voorkeuren en wensen maar zeker ook van die van de gebruikers. 'Kijk, gedoe komt

er toch wel', zegt Van der Voorn met een glimlach. 'Dan kun je maar beter zo vroeg mogelijk tegen elkaar uitspreken en duidelijkheid creëren.'

In januari moet de hele infrastructuur klaar zijn. Tot die tijd moet het systeem ook nog gewoon door blijven werken. Lubbe en Van der Voorn kijken met gepaste trots terug én vooruit.

Van der Voorn: 'Wij zitten hier als een soort Dagobert Duck op een gouden ei: al die waardevolle informatie die door alle medewerkers in het systeem is gestopt. Die gaan we nu als een soort Robin Hood op een zo toegankelijk mogelijke manier teruggeven aan al die 'arme' mensen die daar zo keihard voor hebben gewerkt.'

# Meer handen aan het bed, meer robots achter de computer

DOOR: MICHEL EMMERIK, FLOW ROBOTICS

Doordat systemen niet altijd goed op elkaar aansluiten en gegevensuitwisseling vaak nog verre van optimaal is, gaat er veel kostbare tijd in de zorg verloren aan handmatig overklopen of kopiëren en plakken en zaken checken en dubbelchecken. Het vinden van structurele oplossingen voor deze problemen kost veel tijd. Wat als we tot die tijd al het dubbele en voorspelbare werk laten doen door robots? Science fiction of juist heel dichtbij?

## Robotic Process Automation

Sinds enige tijd is er technologie beschikbaar waarmee snelle resultaten gerealiseerd kunnen worden: Robotic Process Automation, ofwel RPA. Met RPA wordt herhalend handmatig (computer)werk geautomatiseerd. Dat is minder science fiction dan het klinkt en het is ook geen futuristisch uitzijnde robot die door het ziekenhuis rijdt; het is feitelijk een virtuele gebruiker die voorspelbare taken kan uitvoeren.

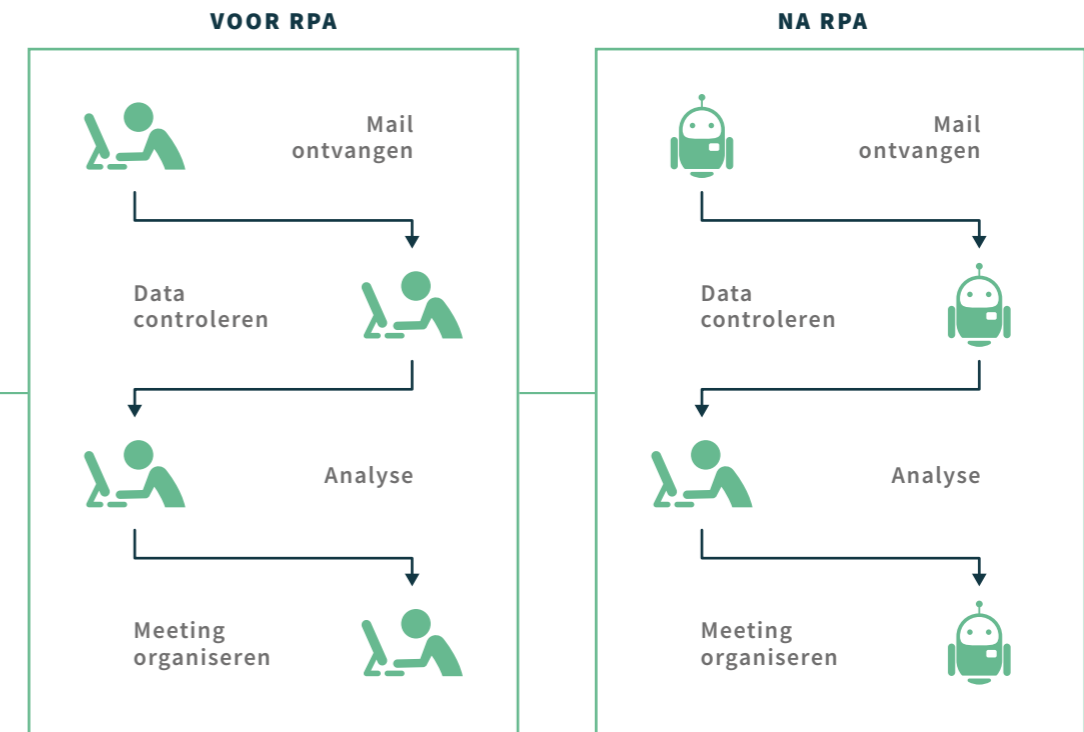
## Meer handen? Minder administratie!

We hebben het al jaren over: meer handen aan het bed. Inefficiënte administratie is één van de oorzaken dat we dit maar moeilijk tot stand krijgen. Natuurlijk willen we graag goed vastleggen wat er met de patiënt aan de hand is. En natuurlijk vinden we het belangrijk dat bij overdracht van patiënten de juiste informatie wordt doorgegeven.

En oh ja, we willen natuurlijk ook dat verzekeraars de juiste rekening krijgen. We beseffen allemaal dat het voor transparantie, kwaliteitsbewaking en een gezonde financiële huishouding essentieel is om tot goede informatie-uitwisseling te komen. Maar waarom moet het allemaal zo omslachtig?

## Snelle oplossing

Sinds kort kunnen we ook snellere oplossingen realiseren. Geen wondermiddel, wel verlichting. Met RPA automatiseren we herhalend handmatig werk. Met RPA kunnen we een deel van het overklopwerk wegnemen van mensen die hun tijd goed kunnen gebruiken voor andere zaken. RPA robots zijn kleine softwarepakketjes die het werk van mensen imiteren. Die mails lezen, die openstaande orders in het EPD kunnen afhandelen of die patiëntgegevens kunnen controleren.



## Eerste resultaten

Veel Nederlandse bedrijven zijn al succesvol met het verminderen van de administratieve last middels RPA. Zo bespaart een Nederlands energiebedrijf jaarlijks circa 25.000 uur doordat vele, vaak vrij kleine, taken zijn geautomatiseerd met behulp van RPA.

Ook zijn diverse ziekenhuizen stappen aan het nemen met RPA en de eerste resultaten zijn bemoedigend. Neem bijvoorbeeld de overdracht van cure naar care. Er zijn al e-overdracht protocollen beschikbaar maar het vullen daarvan gaat nog vaak handmatig. Met RPA schatten we hierin tot 70% aan tijd te kunnen besparen. Of denk aan het vullen van kwaliteitsregistraties, controle en correcties op DBC's of het overnemen van gegevens uit de verwijsbrief van een huisarts. En dat alles door een robot die 100% betrouwbaar is in de kwaliteit van zijn werk, ook zonder koffie, en geen aanpassingen aan andere

systemen of dure koppelingen nodig heeft. Een gebruikersaccount is voldoende.

## Samenwerken

Flow Robotics is één van de organisaties die zich bezighouden met RPA. In de zorg onder andere voor UMC Amsterdam, OLVG, Sint Antonius Utrecht en het BovenIJ ziekenhuis. Op dit moment wordt, onder meer samen met Zorgverbeters, een samenwerkingsverband gestart om de mogelijkheden van RPA bereikbaar te maken voor zorginstellingen. ZorgPaqt noemen we het. Het doel van ZorgPaqt is om technologiepartijen en zorginstellingen samen te brengen en kennis te delen gericht op implementatie in de praktijk. Deelname is kosteloos, delen is verplicht. Meer weten? Neem contact met ons op via [info@zorgverbeters.nl](mailto:info@zorgverbeters.nl).



# Grip op werkdruk op Spoedeisende Hulp

DIJKLANDER ZIEKENHUIS

HOORN | PURMEREND

**De Spoedeisende Hulpen (SEH) van het gefuseerde Dijklander Ziekenhuis in Hoorn en Purmerend onderscheiden zich van elk ander ziekenhuis in Nederland. Er wordt gewerkt met de Jones-Dependency Tool (JDT), een gevalideerd scoringsmodel dat de zorgwaarde van een patiënt meet en dus inzicht geeft in de feitelijke werkbelasting van het personeel. SEH-arts Vincent Rietveld en Philip Vriend, teamleider van de verpleegkundigen, zijn warm pleitbezorgers van de methodiek.**

De teampost van de SEH in het Dijklander Ziekenhuis in Hoorn ziet er op het eerste gezicht uit als die in alle andere ziekenhuizen: dienstdoende verpleegkundigen en artsen lopen in en uit, doen een overdracht, maken gauw een

**“Een instrument dat daadwerkelijk aantoont hoeveel zorg patiënten nodig hebben.”**

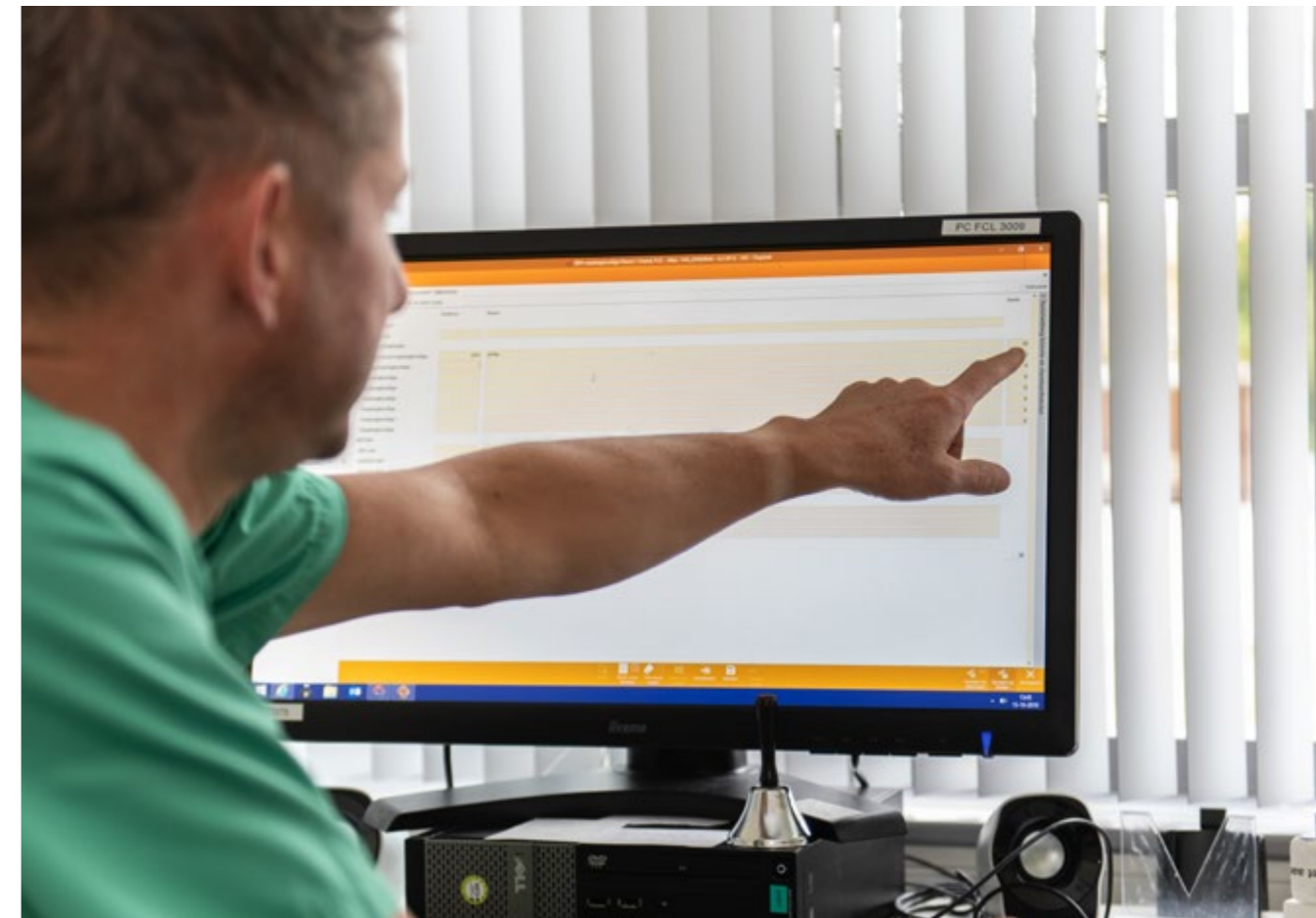
grapje en vliegen weer uit over de afdeling. Veel tijd is er zelden, want ook daarin verschilt het Dijklander niet van de rest: de werkdruk op de afdeling is hoog, evenals het personeelstekort.

‘Net als in andere ziekenhuizen roepen wij hier ook steeds: het is te druk, het is te druk. Maar

dat riepen we 25 jaar geleden ook al’, zegt Philip Vriend, routinier en huidig teamleider van de verpleegkundigen. ‘Dat roepen is voor een groot deel gebaseerd op beleving, een emotie: we ervaren dat het steeds drukker wordt. Met de JDT hebben we een instrument in huis dat daadwerkelijk aantoont hoeveel zorg patiënten nodig hebben.’

## Jones Dependency Tool

De Jones Dependency Tool, zoals de van oorsprong Britse methode heet, is een gevalideerde methode om de zorgwaarde van een patiënt te meten. Dat gebeurt als volgt: elke patiënt wordt bij binnenkomst gescoord op zes variabelen. In het kort zijn dat communicatie, ademhaling, mobiliteit, eet- en drinkgedrag, veiligheid voor de omgeving en de triage, die aangeeft hoe



levensbedreigend een situatie is. Iedereen scoort één, twee of drie punten op elk van de zes parameters, afhankelijk van de ernst van de situatie. Patiënten krijgen dus minimaal zes en maximaal achttien punten. Ook voor het personeel is een score bepaald. Een ervaren verpleegkundige kan maximaal dertig punten werkbelasting aan.

## Werkdruk inzichtelijk

Wat dit in de praktijk betekent is zichtbaar op het grote scherm aan de wand van de teampost. Op het digitale afdelingsoverzicht valt niet alleen dag en nacht af te lezen welke van de achttien bedden bezet zijn en door wie, maar is onderin het scherm ook de Jones-score te zien: een metertje dat uitslaat op een vierkleurige schaal (groen, geel, oranje, rood) van 0 tot 133 procent.

Het percentage laat de verhouding zien tussen de beschikbare capaciteit (punten verpleegkundigen) en de zorgwaarde (punten patiënten).

Met ‘de Jones’, zoals het hulpmiddel in de wandelgangen heet, heeft het Dijklander een meetinstrument in huis waarmee het personeel kan anticiperen op de te verwachten drukte. En dus SEH-stops kan zien aankomen en voorkomen.

‘Hoe hoger de Jones-score, hoe meer zorg de patiënten op de afdeling nodig hebben’, licht SEH-arts Vincent Rietveld toe. ‘Oftewel: hoe meer werkbelastingsdruk op het personeel. Door 24 uur per dag te meten, krijgen we meer grip op en inzicht in de werkdrukbelasting op de werkvloer. Zo kunnen we onze capaciteit afzetten tegen wat er van ons wordt gevraagd.’

In veel ziekenhuizen worden soortgelijke analyses

gedaan, echter wordt daar meestal gekeken naar het aantal patiënten. Dat geeft een minder goed beeld. Eén hele complexe patiënt kan immers meer werk zijn dan drie eenvoudige patiënten. De Jones-score geeft een veel accurater beeld omdat deze rekening houdt met de zorgzwaarte per patiënt.

### Jones 2.0

‘Voorheen gaf de Jones een totaalaantal punten aan’, zegt Vriend. ‘Dan liepen we met 150 punten in het rood en tegen een stop op de afdeling aan.’ Maar waar ‘in het rood lopen’ overdag gebeurt bij een bezetting van vijf verpleegkundigen die 150 punten zorg aankunnen, is de rode grens ’s nachts met een bezetting van twee verpleegkundige en dus minder slagkracht natuurlijk veel eerder bereikt, namelijk bij 60 punten.

‘Dus hebben we de Jones doorontwikkeld tot een soort Jones 2.0’, zegt Vriend. ‘Het metertje geeft nu de verhouding tussen de totale zorgzwaarte

en de slagkracht van de daadwerkelijk aanwezige verpleegkundigen aan in procenten.’

Om dit voor elkaar te krijgen heeft het ziekenhuis veel gehad aan ChipSoft en de begeleiding van Zorgverbeters. Vriend: ‘Jonas ‘Jones’ Rubrech van Zorgverbeters heeft eigenlijk de vertaalslag gemaakt van ons naar ChipSoft. Hij heeft van alles berekend en op papier gezet wat wij wilden. Waarna hij als het ware tegen ChipSoft heeft gezegd: als je het systeem op deze manier inricht, dan werkt het. En het werkt heel goed.’

De inrichting in HIX is bovendien zo herontworpen dat deze nu generiek toepasbaar is in alle HIX-ziekenhuizen. Tijdens het implementatietraject is dit ontwerp dan ook onderdeel geworden van de standaard content van ChipSoft.

### Voorspellen en analyseren

Vriend: ‘Ik heb tijdens een dienst weleens gezegd: om tien over half elf komt er een stop. Dat is een kwestie van de teller goed lezen. Ik weet dat de



gemiddelde waarde van een patiënt tussen de 8,5 en 10 zit. Als ik dan zie dat de Jones van geel naar oranje verschuift en er geen patiënten naar huis of een andere afdeling mogen, kun je dus voorzien dat je klem komt te zitten als er nog 100 punten bijkomen.’

De Jones is volgens Rietveld niet alleen tijdens een dienst nuttig maar zeker ook achteraf, om de knelpunten en trends in beeld te krijgen. ‘Zo komen we te weten: wat zijn de drukke momenten in een week? Waar lopen we vast? Maar ook waar het mis ging en wat we misschien hadden kunnen voorkomen. Als je daar een indicatie van hebt, kun je er vooraf op handelen. Proactief in plaats van reactief.’

### Werkdruk vs. werkplezier

Naast de Jones, die de werkbelasting afzet tegen de slagkracht, krijgt ook de ervaren werkdruk

in het ziekenhuis een gezicht. Letterlijk in dit geval, want artsen en verpleegkundigen op de SEH in het Dijklander geven na elke dienst aan hoe ze hun werkdag hebben beleefd door op een whiteboard een gele, groene of rode smiley te plakken. Met daarbij een korte schriftelijke toelichting: de tips en de tops. En wat blijkt? Een rode smiley is bijna altijd een rode Jones. Anders gezegd: de werkdrukbeleving komt overeen met de veel objectievere meting van de werkbelasting van de Jones. Waarmee de Jones uitwijst wat de heren en hun collega's al lang ‘weten’: dat niet het aantal patiënten exponentieel toeneemt, want deze stijging is maar licht, maar dat de groei zit in het aantal (oudere) patiënten dat hoog-complexe zorg nodig heeft.

Hiermee helpt de Jones niet alleen de zorg aan patiënten te verbeteren en het personeel te beschermen, maar ook de toenemende werklast





overtuigend aan te kaarten bij de Raad van Bestuur. 'De Jones is een onderbouwing van de ervaren werkdruk', zegt Vriend.

Het bord met de smileys siert sinds drie jaar de gang de SEH, tot volle tevredenheid. Vriend: 'Mensen vinden het al gauw kinderachtig. Maar hier worden dingen zo wel gedropt en opgelost. We maken bespreekbaar waar mensen mee zitten en kunnen met elkaar reflecteren op: hoe heb ik nou de afgelopen dienst of diensten ervaren? Dat is heel waardevol. Daarom zijn we ook aan het nadenken of we iets soortgelijks met patiënten kunnen doen. Het is voorstelbaar dat de werkdruk niet alleen van invloed is op het werkplezier van onze medewerkers, maar ook op de tevredenheid van onze patiënten.'

### Bredere inzet Jones

Rietveld en Vriend zien in de Jones ook een bevestiging van het feit dat de problemen waarvoor de SEH zich gesteld ziet niet op zichzelf

staan, maar een gevolg zijn haperingen in het hele zorgsysteem van de instroom, doorstroom en uitstroom van patiënten. Waar de Jones nauwgezet de doorstroom monitort, moeten de meetresultaten in breder verband worden geïnterpreteerd.

Vriend: 'Als wij het hier zo druk hebben dat we niet kunnen eten of drinken, wat heel regelmatig gebeurt, dan gaat er natuurlijk ook wat mis aan

**“Als we dit hele proces niet met zijn allen verbeteren, slopen we de zorg.”**

de kant van de in- en uitstroom. Als we dit hele proces niet met zijn allen verbeteren, slopen we de zorg. Iedereen verdient een bed, een dokter en een verpleegkundige die met aandacht en zonder constante stress voor hun patiënten kunnen zorgen. Met de Jones beschikken we over een mooi instrument en betrouwbare data om met elkaar te werken aan verbeteringen.'



### Collectief overbelast

Overbelasting en stress op de werkvloer van de SEH blijf niet beperkt tot het Dijklander Ziekenhuis. Als gevolg van oplopende personeelstekorten heeft landelijk een derde van de medewerkers op de SEH heeft last van burn-outklachten, zo blijkt uit recent onderzoek van de Universiteit van Leiden en IZZ, het ledencollectief van zorgmedewerkers. Daarbij voelt veertig procent zich emotioneel uitgeput en kampt een op de zeven personeelsleden met PTSS-achtige klachten. Ook het aantal SEH-stops neemt toe.

Bron bij dit artikel: **Onderzoek IZZ** - [www.bit.ly/izz-seh](http://www.bit.ly/izz-seh)



# Het EPD klaar voor een ramp

DOOR BAS SMIT

**[telefoon] meldkamer ambulancedienst, we hebben een grootschalig incident met meerdere slachtoffers... Een kort telefoongesprek met grote impact omdat er serieuze plannen in werking treden. De verzorging van alle slachtoffers die komen is in goede handen bij de vele mensen die ingeschakeld worden door de spoedeisende hulp van het ziekenhuis. Een uitdaging is om operationeel het overzicht te houden en de zorg te coördineren.**

Het EPD bevat reeds veel informatie en ondersteunt alle primaire zorgprocessen. Het is daarom uitermate geschikt om de zorgprofessionals te ondersteunen tijdens een ramp. Het EPD biedt mogelijkheden voor overzicht over patiënten die komen, in behandeling zijn of reeds zijn behandeld, of met verwanten weer mee naar huis zijn. Daarbij kan het dossier van de patiënt ingezien worden, op de afdeling weten ze waar welke patiënt is en de coördinator weet wat de totaalcijfers zijn. Maar is het al zo ver, staat het EPD benoemd in je rampprotocolen en het Ziekenhuis Rampen Opgang Plan (ZiROP)? En is dit ook onderworpen aan een serieuze test of oefening?

Andere procedures tijdens een ramp betekent ook andere ondersteuning door je EPD. Zodra je de patiënt T1, T2, T3 of T4 getrieerd en geïdentificeerd hebt kunnen behandelaren dit inzien. En een patiënt is goed te volgen, of deze nou op de SEH blijft, naar een poli of misschien zelfs direct voor OK of naar de IC gaat. En in de overleggen die herhaaldelijk plaats vinden en in de afstemming met externe betrokkenen is er altijd een actueel beeld beschikbaar.

Het EPD kan dit, maar de inrichting moet wel afgestemd zijn op het ziekenhuis en de geldende protocollen en plannen. Iedereen moet kunnen registreren wat voor zijn rol noodzakelijk is en de informatie raadplegen die ze nodig hebben. De rampinrichting in je EPD bewijst zich pas tijdens een echte ramp, alleen plan je die niet. Bij het Opleiden Trainen en Oefenen krijg je een goed beeld van de mogelijkheden als je het EPD daar in meeneemt.

Tijdens de implementatie van een EPD op de SEH krijgt de rampinrichting vaak onvoldoende aandacht. Het loont de moeite om het deze aandacht alsnog te geven. Zet de mogelijkheden samen met functioneel beheer en/of een Zorgverbeteraar om in verbeteringen. Zodat, mocht het nodig zijn, het EPD voor je werkt en jij niet de strijd hoeft aan te gaan met de computer of met papieren statussen.



# Publiek Water

SAMEN EEN STAP ZETTEN NAAR  
EEN WERELD ZONDER WEGWERP PLASTIC

Op meerdere plekken in Frankrijk kwamen we ze tegen, mensen die gewoon vragen: “Wilt u mijn waterflesje even volgooien?” Zelfs in een kiosk waar een wegwerpflesje waarschijnlijk het meest verkochte product is. Overal was het antwoord gelijk: “tuurlijk, geef maar even”. Toen dachten wij, waarom is dat bij ons niet vanzelfsprekend? Het Franse publique heeft ons aan het denken gezet. De case was eigenlijk direct heel helder: Als het in Nederland voor de meeste mensen niet vanzelfsprekend is om te vragen, dan moeten we die drempel wegnemen! De Zorgverbeteraars (en 350 andere ondernemers) sloten meteen aan, je kunt je fles dus vullen op hun kantoor in Nieuw-Zijl.

Zo is  
Publiek Water  
ontstaan.

“Wij van Publiek, hadden al langere tijd de wens om iets zichtbaars te doen voor het allergrootste publiek; de hele wereld. Toen wij begin 2018 van naam veranderden speelde dit vraagstuk al. Het is uiteindelijk zelfs een deel van de filosofie achter onze naam: Publiek (het; o; meervoud: publieken) {de mensen, de bezoekers, het volk, de massa, niet-geheim, toegankelijk, openbaar, wereldkundig; iets publiek maken}. We wilden iets publiek maken, iets waar iedereen van kan genieten, iets wat geen geld kost, iets wat goed is en goed voelt!”

Ben je ondernemer of werk je op een locatie waar een kraan aanwezig is?

Meld je dan aan op [publiekwater.nl](http://publiekwater.nl)

Ben je geen ondernemer maar ga je er wel eens op uit met je fles? Stel onderweg dan gerust de vraag: “Mag ik hier even mijn flesje vullen?”

Als er een Publiek Water Sticker op het raam zit weet je in elk geval dat je welkom bent.

publiek  
WATER



# 'Zorg dat een nieuw EPD het feestje van de zorg is'

## OVERSTAP VAN ZELFBOUW-EPD NAAR HIX STANDAARD CONTENT IN ZWOLLE

**Het grote regioziekenhuis Isala met locaties in Zwolle, Meppel, Steenwijk, Kampen en Heerde stapte in november 2018 over van een zelfgebouwd EPD (Eridanos) en Ezis, naar het EPD HiX van ChipSoft, waarin wordt gewerkt met standaard content. Wat is de impact van zo'n overgang? Functioneel beheerders Susanne Pool (expertise: radiologie) en Hans de Vries (expertise: medicatie en later diagnostiek) bliken terug.**

De overgang van een zelfgebouwd EPD naar een systeem waarin wordt gewerkt met standaard content is een hele verandering. Susanne en Hans van het ziekenhuis Isala in Zwolle zijn als functioneel beheerders nauw betrokken geweest bij de ontwikkeling en implementatie. Een groot verschil met de oude manier van werken, is de omvang van het systeem.

'We hebben nu een veel groter, allesomvattend pakket', zegt Hans. Waar eerder gebruik werd gemaakt van het apotheek-gerelateerde pakket Zamicom en de voorschrijfmodule Klinikom, is er nu sprake van een veel groter, geïntegreerd pakket. In plaats van losse applicaties en verschillende beheergroepen, wordt er nu gewerkt met één applicatie. 'Hierdoor is eigenlijk een hele nieuwe afdeling ontstaan', zegt Susanne.

### Overzichtelijk georganiseerd

Eveneens bestaat het team, dat sinds de overstap is verhuisd naar een andere werkplek, uit veel meer mensen.

En komen alle meldingen binnen in Topdesk. Susanne: 'We krijgen van alles binnen: storings-, rechtenkwesties, verzoeken om wijzigingen door te voeren in het systeem. Eerder liepen mensen voor al deze dingen bij ons binnen, omdat we maar met een kleine club waren. Bij vragen op structurele basis gaan wij nu bij de gebruikers langs.'

Een van de belangrijkste en leerzaamste dingen van de nieuwe manier van werken is, vinden beide beheerders, dat de aanpak van problemen gestructureerder verloopt. Mede dankzij de ondersteuning van Bas Smit van Zorgverbetersaars heeft het beheerteam een beter overzicht van wat er binnenkomt en hoe ze meldingen het best kunnen verwerken.

'We weten nu beter waar te beginnen en hoe we verder kunnen als we even vastlopen', zegt Susanne. Hans onderschrijft dit. 'We weten beter welke vragen we moeten stellen en ook wanneer wij een probleem moeten loslaten en uitzetten naar ChipSoft. We kijken eerst in hoeverre we dingen zelf kunnen oplossen en hoeveel tijd we daarin willen en kunnen steken. Als iets te veel tijd kost of te ingewikkeld is, besteden we het uit.'

### Korte lijnen en gemakkelijk benaderbaar

De nieuwe structuur is zo opgetuigd dat de keyusers, een aangewezen groep gebruikers van artsen tot polimedewerkers, kunnen overleggen met de beheerders. Daarnaast zijn er zogeheten superusers, dit zijn gebruikers die het overzicht hebben over meerdere afdelingen. Daarboven staan weer proceseigenaren, die allerlei

beslissingen nemen over het al dan niet doorvoeren van bepaalde wijzigingen.

Op deze manier is een fijne structuur ontstaan van korte lijnen, zodat de beheerders en andere gebruikers van alle ziekenhuisafdelingen gemakkelijk met elkaar kunnen communiceren. Hoewel er wel enige hiërarchie zit in de organisatie, zijn de grenzen niet strikt.

'Iedereen kan iedereen benaderen', zegt Susanne. 'Hans en ik hebben het meeste contact met de superusers en de keyusers. Maar we doen nooit de deur dicht, ook niet wanneer er een vraag binnenkomt die niet op ons terrein is.'

### Dichtbij de zorg blijven

Om goed op de hoogte te blijven van wat er speelt, vindt er elke twee weken in kleine groepjes een overleg plaats tussen de beheerders en een aantal keyusers van verschillende afdelingen. Hans: 'Het idee van deze overlegstructuur is dat we als ICT Informatisering dicht tegen de zorg aan zitten, zodat we niet de afdeling zijn die ook 'iets doet', daar in dat andere gebouw.'

Zichtbaar zijn en nauw contact houden met de zorg is belangrijk, benadrukken de functioneel beheerders. 'Een nieuwe EPD moet niet het feestje worden van ICT of functioneel beheer', zegt Susanne.

### Neem de tijd, blijf scherp

Wat hun advies zou zijn aan andere ziekenhuizen die voor de overstap naar HiX standaard content staan? 'Kijk goed naar wat een nieuw systeem te bieden heeft, voordat je oude structuren letterlijk overneemt in een nieuw systeem', stelt Hans.

Zo zijn bij de implementatie in het Isala sommige lopende processen in hun geheel gekopieerd naar het nieuwe systeem, zonder eerst verder te kijken dan de grenzen van de eigen afdeling. Het gevolg is dat sommige afdelingen met dezelfde apparatuur werken in hetzelfde systeem, maar op een andere manier. Hans: 'Dat moeten we nu weer gelijktrekken.'

Daarom is het raadzaam om goed de tijd te nemen voor de overgang, tippen Susanne en Hans. Ook is het noodzaak om te blijven kijken waar je processen kunt verbeteren, stelt Susanne. 'Er komen steeds weer nieuwe versies aan. Dan moet je jezelf blijven afvragen: gebruiken we het systeem optimaal genoeg en waar kan het nog beter?'

Los van de kinderziekten die zich altijd voordoen bij zulke processen, zijn de twee beheerders zeer tevreden over het nieuwe EPD en de nieuwe werkwijze. Hans: 'Het voelt goed om na zo veel jaar iets nieuws te doen. Dat geeft energie.'



# The grass is always greener on the other side, or is it not?

EEN KIJKJE OVER DE GRENS:

ZES VRAGEN AAN YAW OWUSU, JEWISH FAMILY AND CHILD SERVICE OF GREATER TORONTO, ONTARIO (CANADA)

In deze rubriek lees je hoe er in een ziekenhuis in het buitenland gekeken wordt naar de ontwikkelingen rond EPD en data. Is het gras altijd groener aan de andere kant van de heuvels? Deze keer gaan we naar Ontario en vragen daar aan Yaw Owusu: Is the grass always greener?

In de Nederlandse gezondheidszorg hebben we talloze kwaliteitsregistraties, maar we worstelen met de inrichting van onze EPD's. Het kost veel energie om iedereen te betrekken en om de ambiguïteit uit onze data te halen. In andere landen lijkt het vaak een stuk eenvoudiger, zo wordt in veel landen de gezondheidszorg centraal gecoördineerd en gefaciliteerd. Of lijkt het gras alleen maar groener en heeft ieder land zijn eigen problemen en uitdagingen bij het verbeteren van de gezondheidszorg? Wat kunnen we van elkaar leren?

## Kun je ons wat meer vertellen over jullie organisatie en jouw rol?

'Ik werk voor het Jewish Family and Child Service of Greater Toronto. Dat is een sociale dienst instelling met een groot aantal diensten waaronder een hulpprogramma voor kinderen. We voorzien in de behoeften van onze cliënten middels meer dan dertig programma's met drie focusgebieden: veiligheid, armoedebestrijding en geestelijke gezondheid & welzijn. In mijn leidinggevende functie houd ik toezicht op de compliance- en privacy-aspecten van de organisatie, waaronder de naleving van de Personal Health Information Protection Act, 2004 (Ontario health law), en Part X of the Child, Youth and Family Services Act, 2017.'

## Als je de mate van digitalisering binnen je organisatie een cijfer zou moeten geven, welk cijfer zou dat dan zijn?

'We gebruiken een provinciale database, Child Protection Information Network Project (CPIN), die beheerd wordt door het Ontario Ministry of Children and Youth Services (MCYS). Daarnaast hebben we in huis een Matrix case management systeem voor zorg aan individuele cliënten en families. We zijn Matrix nog verder aan het uitrollen voor andere programma's die we aanbieden om zo case management gemakkelijker te maken naarmate we steeds verder toewerken naar een papierloze organisatie.'

## Wat is volgens jou de grootste zorg/uitdaging als het gaat om het betrekken van mensen bij het digitaliseren van de organisatie?

'Het succesvol combineren van het gebruik van mobiele apparaten met het actief en betrokken luisteren naar onze cliënten is een uitdaging in een papierloze organisatie. Een deel van de cliënten vindt het prettiger als we hen aankijken als een teken van interesse en betrokkenheid in plaats van dat we informatie aan het invoeren zijn op een apparaat. Daarnaast moeten we nog behoorlijk wat papier inscannen, uploaden naar de digitale omgeving en het papier vernietigen.'



## Als het gaat om wetgeving en administratie, hoe tijdsintensief zijn deze processen en wie is er binnen de organisatie verantwoordelijk voor het resultaat?

'We hebben toegewijd eerstelijns personeel dat alle consultverslagen invoert in het case management systeem. Het management houdt hier toezicht op. Zij werken samen met het compliance- en privacy-team om er voor te zorgen dat de privacy van onze cliënten gewaarborgd is conform de privacywetgeving.'

Bij welk ziekenhuis over de grens zou jij wel eens binnen willen kijken? Laat het ons weten via onze website: [zorgverbeteraars.nl](https://www.zorgverbeteraars.nl)

## Om de efficiëntie en continuïteit van zorg te verbeteren is het uitwisselen van data met cliënten op een veilige en gestandaardiseerde manier cruciaal. Kun je ons iets vertellen over standaardisatie-initiatieven en interoperabiliteits-uitdagingen binnen de organisatie?

'Er is een gestandaardiseerd proces waarbij alle cliënten voor hun eerste contact via het Intake Department gaan. Zij hebben een methode om alle cliënten te routeren naar de best passende hulpverleners. Daarvoor gebruiken zij gestandaardiseerde spectrumcodes die zowel in de provinciale database als in ons eigen systeem worden gebruikt. Bij ieder cliëntcontact gebruiken medewerkers codes die aansluiten bij het case management. Door gebruik te maken van codes bij het routeren en toewijzen, kunnen we ook bepaalde privacy uitdagingen oplossen. Voor het monitoren van de voortgang van het zorgplan van een cliënt maken we gebruik van standaard 30- en 90-dagen rapportages.'

## Data is de nieuwe olie'. Ziet jouw organisatie de echte waarde van data en hebben jullie programma's die hier op gericht zijn?

'Ja, we schatten data zeker op waarde in onze papierloze omgeving. Door het Matrix-systeem te gebruiken als het centrale systeem kunnen we data extraheren voor onderzoek of kwaliteitsverbetering van de programma's en diensten die we aanbieden. Bovendien beoordelen we onze processen om de datakwaliteit en invoer van data te verbeteren. We gebruiken uitkomstindicatoren om inzicht te krijgen op basis waarvan we betere beslissingen kunnen nemen en de mentale gezondheid en het welzijn van cliënten kunnen verbeteren.'



# “Gras gaat niet harder groeien als je eraan trekt”

DOOR MARIEKE HANEGRAAF

De ene na de andere verandering dient zich aan in ziekenhuizen en zorginstellingen, gedreven door interne ambities of van buitenaf opgelegd. Op dit moment ligt bijvoorbeeld veel druk op de ziekenhuizen om aan de eisen rond digitale gegevensuitwisseling te voldoen. Dit vraagt niet alleen om aanpassingen in het elektronisch patiëntendossier, maar heeft ook invloed op de zorgprocessen en het gedrag van de zorgprofessionals. Eenzelfde aanpak voor deze verschillende trajecten werkt niet; ‘zorgvaardig veranderen’ is hierbij nodig.

## Waarom veranderen (in de zorg) ingewikkeld is

Een van de redenen is dat zorgverleners, met name artsen, professionals zijn en die willen over het algemeen niet gemanaged worden. Het zijn autonome medewerkers en vaak allergisch voor alles wat richt naar de bureaucratie, bazen en beleid. Een manager die krachtig leiding wil geven ontmoet niet zelden meteen onbegrip. De professionals hebben vaak informele macht bij gratie van hun kennis, persoonlijkheid en contacten. Frence en Bell (1984) maken dit zichtbaar in hun organizational iceberg, waarin onderscheid wordt gemaakt tussen de formele en informele organisatie.

Hun conclusie is dat in veranderingstrajecten weinig rekening wordt gehouden met het bestaan van de informele organisatie. Hierdoor wordt enkel aangesloten op de formele organisatie, waardoor alleen geprobeerd wordt het topje van de ijsberg te veranderen. En de kans dat een verandering zal slagen meer een kwestie is van ‘hoop op goede zegen’ dan dat sprake is van een zorgvuldige verandering.

structuur, regels, procedures,  
werkverdeling, rapportelijnen, beleid,  
doelen, technologie, financiën, producten

Formele organisatie

coalities, psychologische behoeften, macht, informele leiderschap, conflict,  
moraal, informele normen, gevoeligheden, sociale codes, loyaliteit,  
vriendschappen, emotionele gevoelens, percepties, risiconemend gedrag

Informele organisatie



## Verschillende manieren van denken over veranderen

Een andere reden waarom veranderen ingewikkeld is, is dat verschillende manieren van denken over veranderen vaak niet expliciet worden gemaakt. Waardoor geen gemeenschappelijk beeld en geluid bestaat bij de aanpak en tegenstrijdige signalen afgegeven kunnen worden richting betrokkenen. Verander je bijvoorbeeld vanuit de veronderstelling dat je eerst moet analyseren wat het probleem is, dan de best mogelijke oplossing voorstelt en die vervolgens conform plan implementeert? Of pak je het aan vanuit de veronderstelling dat dingen alleen veranderen als invloedrijke spelers ze ondersteunen en dat er weinig

zal gebeuren als zij ertegen zijn. Een derde aanpak is gebaseerd op de aanname dat veranderen over gedrag gaat en dat mensen hun gedrag alleen veranderen als ze worden gestimuleerd om dat te doen, motivatie is dan de uitdaging. Bij elk van deze drie veronderstellingen hoort echt een andere communicatie aanpak.

Bovenstaande en andere veronderstellingen over veranderen staan uitgebreid omschreven in het boek Leren Veranderen van Leon de Caluwé en Hans Vermaak.

## Zorgvaardig veranderen

Oók het proces van veranderen verdient liefde en aandacht, meer dan dat nu vaak het geval is. Het veranderproces serieus nemen en planmatig inrichten, inclusief een strategie, interventieplan en momenten om de voortgang te monitoren en waar nodig bij te sturen, met aandacht voor de formele én informele organisatie, noem ik ‘zorgvaardig veranderen’.

Tip: stop met het moe worden van het trekken aan dingen en start met water en richting geven. Dan wordt veranderen pas echt leuk.

De training ‘Veranderen, hoe doe ik dat zorgvaardig?’ is gebaseerd op het boek Leren veranderen van Leon de Caluwé en Hans Vermaak. De training biedt inzichten en concrete handvatten voor iedereen die betrokken is bij veranderingen in de zorg. De training wordt gegeven door Marieke Hanegraaf, senior-adviseur van Wielinq & Zorg en projectcoördinator voor het thema cultuurverandering binnen Registratie aan de Bron.

In maart 2020 kunnen relaties van Zorgverbeteraars en Wielinq de training gratis volgen. De training wordt een keer gegeven op het kantoor van Zorgverbeteraars in de voormalig gereformeerde kerk te Niezijl en een keer op kantoor bij Wielinq in Utrecht. Interesse om deel te nemen? Mail ons op [info@zorgverbeteraars.nl](mailto:info@zorgverbeteraars.nl) voor meer informatie.

Voor meer informatie over de training en/of over de mogelijkheden voor een incompany training kun je contact opnemen met Marieke via [mariekehanegraaf@wielinq.nl](mailto:mariekehanegraaf@wielinq.nl)

# Opleiding eHealth: digitalisering van de gezondheidszorg



Het Studiecentrum Bedrijf en Overheid (SBO) organiseerde afgelopen najaar, in samenwerking met Zorgverbetersaars, de vijfdaagse opleiding eHealth. Voor het najaar van 2020 staat deze cursus opnieuw op het programma.

eHealth - ook wel bekend als digitale zorgtechnologie zoals wearables, apps en remote monitoring - speelt een steeds belangrijkere rol binnen de Nederlandse gezondheidszorg. Door de inzet van technologie wordt zorg nog toegankelijker, persoonlijker en slimmer. Leer tijdens de opleiding eHealth in slechts 5 dagen hoe je eHealth succesvol implementeert in jouw organisatie.

Startdatum: 7 oktober 2020. Meer informatie: [www.sbo.nl/ehealth](http://www.sbo.nl/ehealth)

## ANDERE INTERESSANTE CURSUSSEN VAN SBO VOOR DE ZORG:

### Actueel inzicht in de gezondheidszorg

Krijg zicht op de Nederlandse gezondheidszorg! De Nederlandse gezondheidszorg is een complexe wereld, welke volop in beweging is. Het is lastig het overzicht te bewaren binnen alle partijen, rollen, lijnen en wetten. Het aantal samenwerkingspartners binnen de gezondheidszorg is de afgelopen jaren sterk gegroeid. Ben je nieuw binnen de zorg of werk je veel samen met de zorg? Dan is de kennis die je vergaart tijdens de cursus Actueel inzicht in de gezondheidszorg een must voor de uitvoering van je werk!

Datum: 15 en 16 april 2020. Meer informatie: [www.sbo.nl/gezondheidszorg](http://www.sbo.nl/gezondheidszorg)

### Bedrijfsvoering in de gezondheidszorg

Succesvolle bedrijfsvoering is van cruciaal belang! Een succesvolle, stabiele en duurzame zorgorganisatie inrichten en runnen is een complexe uitdaging. De zorgsector is sterk politiek afhankelijk en de zorgvraag neemt toe, terwijl er sprake is van een groeiplafond en verschuiving van het zorgaanbod. Leer tijdens de opleiding Bedrijfsvoering in de Gezondheidszorg de stuurbaarheid te vergroten en verbeter daarmee het bedrijfsresultaat met een duurzame bedrijfsvoering gericht op de toekomst.

Startdatum: 29 oktober 2020. Meer informatie: [www.sbo.nl/bedrijfsvoeringzorg](http://www.sbo.nl/bedrijfsvoeringzorg)

### Zorgopleidingen op maat

Bovengenoemde opleidingen kan SBO ook op maat verzorgen. Op je eigen locatie, op een moment dat jullie organisatie uitkomt. Ook kun je dan de inhoud aanpassen aan je eigen wensen en behoeften, en voorbereidend spreken met de organisatie en de docent(en). Ook als je een ander ontwikkelpunt hebt, of een nieuw thema waar je als organisatie meer over wilt leren, kun je bij ons terecht. Samen stellen we een passend programma op en zoeken naar de meest geschikte docenten voor het thema en de groep.

Heb je interesse en wil je hier eens over verder praten? Bel of mail Guusje Verhoeven: 06-51618303, [Guusje.verhoeven@sbo.nl](mailto:Guusje.verhoeven@sbo.nl)

## ALL ABOUT DATA



## CONGRES ALL ABOUT DATA 2021

Datum: 4 februari 2021

Locatie: UMCG

Aanmelden: [allaboutdata.umcg.nl](http://allaboutdata.umcg.nl)

# Congres All about data 2021

## 'The Data Hospital'

Zet alvast in de agenda: op 4 februari 2021 is de vijfde editie van All about Data, met als thema 'The Data Hospital'.

In 2010 was de eerste editie van All about Data. Tijdens het eerste congres was er vooral aandacht voor de rol van data in relatie tot managementinformatie en was deze aandacht vooral intern gericht. Nu, ruim 10 jaar, later zien we dat de rol van data enorm is veranderd. Steeds meer wordt de kracht van data ingezet in het primaire proces. We hebben het over gegevensuitwisseling tussen zorginstellingen, over capaciteitsmanagement en voorzichtig over Artificial Intelligence. Hierdoor worden echter ook steeds meer eisen gesteld aan de kwaliteit van de data, is gegevensbescherming een hot topic en is patiëntendata in de keten een grote uitdaging.

Tijdens All about Data 2021 nemen we u mee in de verschillende toepassingen van data binnen het primaire proces. Daarnaast besteden we aandacht aan de eisen die dit aan de data stelt. Hoe richt je datamanagement in binnen je organisatie rekening houdend met het feit dat een patiënt vaak in meerdere zorginstellingen wordt behandeld en je graag zicht wil hebben op deze data? Hoe gebruiken we data om voorspellingen te doen over benodigde capaciteit of toekomstige complicaties? Hoe kunnen we data inzetten om processen efficiënter te laten verlopen?

Kortom genoeg onderwerpen om te behandelen als data de spil is geworden in een ziekenhuis. We hopen u dan ook te mogen begroeten tijdens deze 5e editie van All about Data, donderdag 4 februari 2021, in het UMCG te Groningen.

Wilt u op de hoogte worden gehouden over het congres stuur een e-mail naar:

[all-about-data@umcg.nl](mailto:all-about-data@umcg.nl)



# Op naar een universele data taal voor het ziekenhuis

MUMC

MAASTRICHT

**Data eenmalig registreren voor meervoudig gebruik. Dat is de missie van het Maastricht UMC als het gaat om het vastleggen van gegevens die van belang zijn bij de verschillende zorgpaden die patiënten doorlopen als ze ziek worden. Hoe kun je gegevens zo opslaan dat het gemakkelijk uitgewisseld en hergebruikt kan worden? Projectmanager Martine Lipsch en Chief Medical Information Officer (CMIO) Joep Veraart van het MUMC IT Transformatieprogramma aan het woord.**

Data vloeibaar maken en door systemen laten 'stromen', zo omschrijft Joep Veraart de taak waarvoor het Maastricht UMC zich gesteld ziet. 'Veel mensen beginnen goed te snappen dat als je je softwaresysteem goed inricht, je ervoor kunt zorgen dat je data maar één keer hoeft in te voeren om het universeel te kunnen hergebruiken.'

Het gemakkelijk en op een efficiënte, veilige manier kunnen delen van patiëntgegevens is voor ziekenhuizen van het grootste belang, omdat het voor zowel patiënten als medewerkers een enorme tijds winst oplevert. En voor een deel van de patiënten – en dus ook artsen – geldt: elke dag, soms zelfs elk uur, telt.

## Schijf, stickje of fax

Veraart: 'Als je naar een zorgpad van een specifieke patiëntengroep kijkt, bijvoorbeeld patiënten met darmkanker, dan wordt een patiënt veelal eerst doorverwezen door de huisarts. De huisarts beschikt over veel relevante data die naar het ziekenhuis moet, vaak nog op papier. Dan wordt diagnostiek gedaan,

waarvoor de patiënt vaak op meerdere afdelingen en soms in andere ziekenhuizen wordt onderzocht. Tijdens dit proces vindt gegevensuitwisseling plaats, nu nog vaak door het overtypen van data verkregen via brief of fax en beelden die zijn aangeleverd op een schijf of stickje.'

Een enquête van de Federatie Medisch Specialisten (FMS) wijst uit dat de registratielast van artsen bijna veertig procent is. 'Dus je laat belangrijke krachten twee dagen in de week administreren', zegt Veraart. 'Wat je in de zorg vaak ziet, is dat er heel veel wordt geregistreerd, maar nog niet gestructureerd', vult Martine Lipsch aan.

**“Dus je laat belangrijke krachten twee dagen in de week administreren”**

## Registratielast verminderen

Om het zorginformatiesysteem efficiënter in te richten en dus de registratielast drastisch te

verminderen, houden Lipsch en Veraart zich onder meer bezig met het implementeren van ZIBs: Zorg Informatie Bouwstenen', zegt Lipsch. Deze digitale bouwstenen, die door het Informatieberaad Zorg tot standaard zijn benoemd, zijn het fundament waarop de standaardisatie van zorginformatie leunt. Ze beschrijven wat er over een bepaald onderwerp van het zorgproces van de patiënt moet worden vastgelegd, zoals een diagnose of bloeddruk.

'De informatie van een ZIB hangt vast aan een code', legt Lipsch uit. 'Landelijk hebben we nu eerst voor 26 ZIB's met belangrijke basisgegevens met elkaar afgesproken: dit leggen we vast op deze manier en daar koppelen we deze codes aan.' Deze set van 26 ZIBs heet de Basis Gegevensset Zorg (BgZ). Standaardcodes dus, die uitwissel- en herbruikbaar zijn omdat ze gebruik maken van dezelfde taal. Lipsch: 'We zijn hard bezig om deze manier van standaardiseren in te bouwen in zowel ons systeem als de hoofden van zorgverleners.'

## Sneller door een zorgpad

De ZIBs helpen om het zorgpad voor een patiënt, wat betreft informatie, zo vorm te geven dat deze zowel intern als extern het proces ondersteunt en deze door de patient snel kan worden doorlopen en daarbij een zo goed mogelijk advies en behandeling krijgt. Bovendien is het dankzij de ZIBs veel gemakkelijker om data aan te leveren voor de benodigde kwaliteitsregistraties in de zorg.

Neem een woonsituatie van een bepaalde patiënt, verduidelijkt Lipsch. 'Wij kunnen in Maastricht zeggen: wij leggen in ons EPD ook vast als iemand in een woonwagen woont, want dat vinden wij relevant. Maar dat is niet landelijk binnen de ZIB Woonsituatie afgesproken. Dan kun je twee dingen doen: vragen om dit op te nemen in het codestelsel dat binnen de ZIB gebruikt wordt of, op het moment dat de informatie

met andere ziekenhuizen of kwaliteitsregistraties gedeeld moet worden, er woonhuis van maken, zodat de informatie overal begrepen wordt.'

## Generieke oplossingen

Essentieel bij dit vloeibaar maken van data is het zoeken naar generieke oplossingen die het mogelijk maken om data die relevant is voor meerdere zorgpaden, ook moeiteloos voor al die zorgpaden te kunnen (her)gebruiken. Hierbij heeft het Maastricht UMC dankbaar gebruik gemaakt van de kennis en kunde van Erik van der Velde van Zorgverbeters, zegt Veraart. 'Hij heeft er bijvoorbeeld voor gezorgd dat een heleboel gegevens die je nodig hebt voor de behandeling van dikke darmkanker ook toegankelijk zijn voor andere zorgpaden, door middel van een generieke wijze van dossiervoering.'

Uiteindelijk moet er zo een (code)taal ontstaan die elk systeem en elke zorgverlener, ongeacht in welk ziekenhuis, kan lezen en begrijpen. Zodat een zorgverlener aan de 'voorkant' alleen nog maar die dingen hoeft vast te leggen die relevant zijn voor het zorgproces, waarop er aan de 'achterkant' automatisch de juiste codes uitrollen. Het is een intensieve en dankbare opdracht, vinden Lipsch en Veraart. 'We zitten nog in een niche, wij maken de basis in orde.'



# Disrupting Data Governance

"Data Governance is broken. It was built in a time when our data warehouses had fewer tables and less data- when it was still feasible to know all your data in your warehouse. Data Governance programs were designed when the users of the data looked at reports on paper when data was refreshed monthly because that was as recent as it could be. Today, data flows in at a rapid rate, everyone wants to see the data via dashboards. The data governance methods that were created for the data warehouse of the 1990s no longer serves the purpose of our rapid-fire data environments. The flow of data into today's modern organization is like a tsunami breaking through rigid data governance methods every day. Yet many of our programs still rely on the command and control approach. Have you ever tried to control a tsunami? Every organization that uses data knows that they need a data governance program. Data literacy efforts and legislation like GDPR have become the bellwethers for our governance functions. But we still sit in data governance meetings without enough people and too many questions to move things forward. There's no agility to the programs

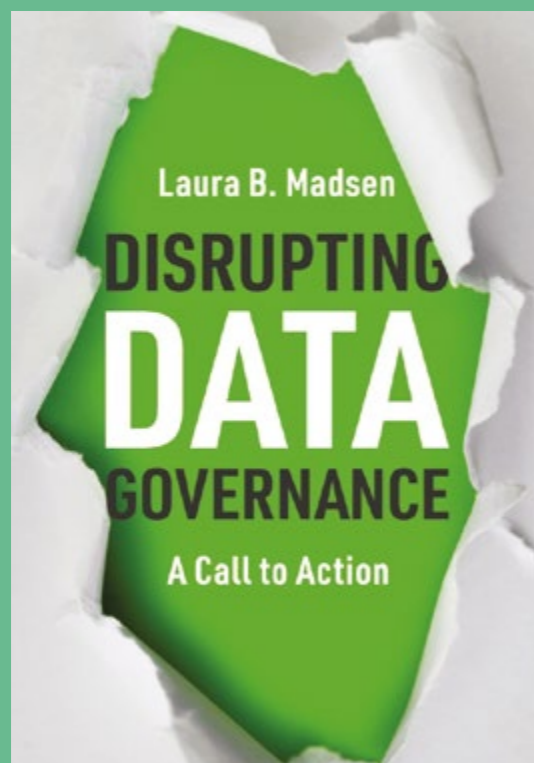


because we imply a degree of frailty to the data that doesn't exist. We continue to insist on archaic methods that bring no value to our organizations. Achieving deep insights from data can't happen without good data governance practices.

All indicators point to the need to create a resilient and responsive data governance function. Where we go from here and how we achieve success in data governance requires a radically different way. The hard truth: It's time to challenge everything we think we know about data governance. The book "Disrupting Data Governance" redefines governance for the modern age. It is time to disrupt data governance and align to a new fundamental shift—that data governance is not about stopping or preventing usage but rather democratizing access to the data." - Laura Madsen

Het boek **Disrupting Data Governance** bestellen?

Ga naar: [technicpub.com/disrupting-dg](https://technicpub.com/disrupting-dg)



## Digitale vaardigheden

Er zijn nog grote groepen

**eindgebruikers in de zorg die -vaak ook onbewust- niet of onvoldoende bekwaam zijn in het gebruik van allerlei digitale middelen.**

**Te denken valt aan de EPD's, ECD's, desktop, laptop, tablet en Office. Maar ook weinig kennis hebben van de huidige digitale ontwikkelingen in de zorg en van informatieveiligheid. Menzor heeft een trainingsprogramma ontwikkeld om de digitale vaardigheden van eindgebruikers in de zorg te verbeteren.**

**Wat houdt dit trainingsprogramma in:**

- het programma is op maat, dat wil zeggen: met een DigiFit-test wordt per medewerker vastgesteld in welke mate hij/zij DigiFit is, waarna een voorstel wordt gedaan voor de mate waarin verschillende modules van het programma gevolgd kunnen worden (incl. mogelijke vrijstellingen);
- het programma wordt on- en offline gegeven en is geaccrediteerd door het OCW, hiermee kan een officieel rijks diploma behaald worden;
- met deze accreditatie komt dit programma tevens in aanmerking voor een 100% subsidie, waarmee de externe kosten gedekt worden.

**Dit programma is ontwikkeld in samenwerking met een aantal gespecialiseerde partijen, waaronder Zorgverbetersaars.**

**Voor meer informatie, mail naar [contact@menzor.nl](mailto:contact@menzor.nl), bel 035 2011 721 of kijk op: [menzor.nl/service/digitale-vaardigheden](https://menzor.nl/service/digitale-vaardigheden)**

## Blog: Het Consensus-probleem

**In mijn dagelijkse praktijk valt vaak de term consensus. Als in: "De ontwikkeling van het digitale Mamma-MDO stagneert omdat er geen consensus is bij de chirurgen" of "Een voorwaarde om verder te gaan is consensus tussen de internisten en de apotheek." Blijkbaar is consensus heel belangrijk.**

Al vraag ik mij af of er in diezelfde praktijk wel consensus is over de betekenis van het begrip zelf. In principe betekent het zoiets als 'het met elkaar eens zijn'. Hoewel er ook het soort consensus bestaat waarbij

men het erover eens is dat men het niet eens is, iets wat men in het Engels 'agree to disagree' noemt. Het soort consensus dat hieruit volgt is een conclusie waar dan wel weer iedereen het over eens is, met de kanttekening dat men het erover eens is dat men het op sommige punten niet eens is...

Lees verder op [verbetersaars.nl/blog](https://verbetersaars.nl/blog)



**"De stukken niet lezen en dan onderuitgezakt ja knikken is nou niet wat je noemt een investering die zal leiden tot commitment."**



Dit magazine is een korte samenvatting van het leven van onze Zorgverbeteraars. Tegelijkertijd is het bedoeld als een spiegel en een bron van inspiratie voor al die andere helden en hun vaak ongenoemde successen, voor al die zorgverleners, IT'ers en leveranciers die samen werken aan betere zorg.

Wij maken graag dingen beter.  
Wij zijn Zorgverbeteraars.



[verbeteraars.nl/verbeter!](https://verbeteraars.nl/verbeter!)

