SYNTHESIS

TIJDSCHRIFT VOOR HUISARTSENPRAKTIJK EN INFORMATISERING
JAARGANG 22 | NUMMER 1

JONGE COLLEGA'S BRENGEN INSPIRATIE

CMIO OP DE BRES VOOR REGIOBELANG • 2 BEELDSCHERMEN NAAST ELKAAR • LACHEN IS GEZOND • COLUMNS • TIPS EN TRUCS

EDITIE 1 - 2023 | JAARGANG 22

SynthesHis is het gezamenlijke tijdschrift van de HIS-gebruikersverenigingen Atlas, OmniHis en Orego

FOTO: MARCO KEYZER - ZIE PAG 4

INHOUD

10 CMIO'S BANEN DE WEG VOOR NETWERK-GENEESKUNDE

VERSNELDE INNOVATIE MOET DE TOEKOMST VAN DE EERSTELIJNSZORG VEILIGSTELLEN. ACTIEVE INBRENG VAN DIGITAAL VAARDIGE HUISARTSEN IS DAARBIJ ONONTBEERLIJK. KOPLOPERS VORMEN ALS CHIEF MEDICAL INFORMATION OFFICER (CMIO) DE SCHAKEL TUSSEN ICT EN DE REGIONALE HUISARTSENZORG. GEERT ELBERS IS ZO'N CMIO: 'HET IS EEN UITDAGENDE BRUGFUNCTIE.'

16 MEER WERKPLEZIER VOOR DIGITAAL VAARDIGE ZORGVERLENERS

IN DE ZORGSECTOR ZIJN DIGICOACHES AAN EEN SNELLE OPMARS BEGONNEN. ZIJ COACHEN COLLEGA'S IN HET DIGITAAL VAARDIG WORDEN. INMIDDELS HEBBEN ZE HUN NUT BEWEZEN: DIGITAAL VAARDIGE ZORGVERLENERS ERVAREN MINDER WERKDRUK EN MEER WERKPLEZIER.

20 LACHEN IS GEZOND

'HELP, DE HUISARTS VERZUIPT!' DAT WAS DE BOODSCHAP DIE VORIG JAAR OVER HET MALIEVELD GOLFDE. ERIC CREMERS, HUISARTS IN TEGELEN, ONDERSCHREEF DE ACTIEPUNTEN, MAAR STOORDE ZICH AAN DE WIJZE WAAROP DIE NEGATIEVE TIJDING ER TOT VERVELENS TOE WERD INGEHAMERD. ALS DR. BOB MAAKTE HIJ OP ALLE VIJF DAGEN VAN DE ACTIEWEEK EEN FILMPJE DAT OP HUMORISTISCH WIJZE DE PIJNPUNTEN BELICHT.

23 INZAGE VIA PORTALEN SUCCESVOL GEREALISEERD

DE PRESTATIEPERIODE VAN HET PROGRAMMA OPEN EERSTELIJN EINDIGDE OP 31 APRIL 2023. KUNNEN WE SPREKEN VAN EEN SUCCES? DEELS, VINDEN DE DEELNEMERS AAN EEN RONDETAFELGESPREK. EEN TERUGBLIK OP VIER JAAR LANG WERKEN AAN ONLINE INZAGE VOOR PATIËNTEN.

29 HET NEDHIS-CONGRES 2023

NA DRIE JAAR UITSTEL WAS ER WEER EEN NEDHIS-CONGRES OVER DIGITALISERING VOOR DE HUISARTSENZORG. DE DAG BOOD RUIMTE AAN RUIM VIERHONDERD HUISARTSEN, ASSISTENTEN, PRAKTIJKONDERSTEUNERS EN PRAKTIJKMANAGERS. EEN BLIJ ENTHOUSIASME VOERDE DE BOVENTOON.

& VERDER IN DIT NUMMER

6 **Markante mensen: Pieter van Tiel**
9 **Column Myrte Gay-Balmaz**
14 **Vragen uit de dagelijkse praktijk**
22 **Column Roelf Norg**
28 **Column Nicole van Wetten**
36 **Tips en Trucs**

Redactioneel

De inspiratie komt van jonge collega's

In dit voorjaarsnummer komen jonge inspirerende collega-huisartsen aan het woord met een nieuwe kijk op ICT in de huisartsenpraktijk. Ze vertellen over een nieuw HIS en over hun werk als CMIO (Chief Medical Information Officer). Pieter van Tiel zegt in 'Markante mensen' over het nieuwe HIS MediKIT: 'Als mensen mij zeggen dat iets niet kan dan triggert mij dat enorm. Ik ga extra fanatiek puzzelen om het voor elkaar te krijgen.' CMIO Geert Elbers voelt het belang om voor huisartsen in de regio iets te realiseren met ketenpartners. In 'Vraag uit de dagelijkse praktijk' leest u over het advies om te werken met twee beeldschermen naast elkaar. Het is voor uw praktijk een goede investering als medewerkers prettige werkomstandigheden hebben. De bijwerkingenzoeker van NHGDoc is absoluut ook zo'n aanrader die prettig werken faciliteert. Hoeveel klachten zijn niet te verklaren uit bijwerkingen? U toont patiënten op overzichtelijke wijze via de nieuwe feature van NHGDoc welke medicatie hun klacht mogelijk kan verklaren. Ter ontspanning kunt u kijken naar de 25 korte filmpjes die dr. Bob maakte vanwege de huisartsenacties op het Malieveld. Hij vertelde erover tijdens het NedHIS-congres. In dit nummer treft u ook het congresverslag aan. Vernieuwend was de mogelijkheid op een persoonlijke manier bij te scholen op het gebied van huisartsen-ICT. Dankzij het grote aantal inhoudelijke sessies voor telkens een beperkt aantal deelnemers was het mogelijk vragen te stellen en antwoorden te krijgen. De inzage in het dossier van de huisarts via de portalen is met het programma OPEN gerealiseerd. Jammer genoeg bellen aardig wat patiënten de huisarts toch weer op omdat zij de medische termen niet begrijpen. Er is dus nog werk aan de winkel om heldere tekst op de P-regel te noteren. Formeel zouden de PGO's ook soepel moeten kunnen samenwerken met het HIS, maar dat is vrijwel niet gelukt. Er blijft dus nog wel iets te wensen over. De tips en trucs gaan over het krijgen van een beter overzicht in het dossier via episodebundeling. Het is een interessante serie artikelen geworden, waarbij de redacteuren laten zien hoe hun HIS deze functie heeft gerealiseerd.

Jeroen van der Lugt
lugtkus@gmail.com

Wat is de naam van de praktijk en waar is deze gevestigd?
Huisartsenpraktijk Van der Lugt en Kuschbert in Zaandam

Welk HIS wordt gebruikt?
Promedico-ASP

Wie staan er op de foto?
Jalda Hamidpopal en Nina Drent

Wat vind je de sterkste kant van je HIS?
De fantastische ondersteuning bij het voeren van het medisch dossier waardoor snel vinden van relevante informatie

Wat is een wens voor je HIS en/of ICT-gebied voor de praktijkvoering?
Graag een goed toegankelijke back-up bij soms optredende grote verstoringen van de beschikbaarheid

KORT NIEUWS

Gebruikersvereniging Orego stelt Bijwerkingenzoeker van ExpertDoc beschikbaar aan leden

Orego heeft in coronatijd geen ledenactiviteiten kunnen organiseren. Om de leden toch te laten profiteren van hun lidmaatschap is gezocht naar een andere zinvolle invulling. Deze is gevonden in de Bijwerkingenzoeker van ExpertDoc, het bedrijf achter NHGDoc. De Bijwerkingenzoeker is een tool die op verzoek van de gebruiker in MicroHIS toetst of een bepaalde bijwerking kan optreden bij de medicijnen die de betreffende patiënt gebruikt. Een in de ogen van het bestuur van Orego zeer nuttige tool. Omdat deze tool inmiddels alleen nog in abonnementsvorm beschikbaar is (€ 10,00, exclusief btw per normpraktijk per maand) kunnen veel potentiële gebruikers er niet op eenvoudige wijze kennis mee maken. Om dit toch mogelijk te maken stelt het bestuur van Orego de Bijwerkingenzoeker voor alle leden van Orego voor 1 jaar beschikbaar (zonder abonnement of verplichting). Na dit jaar kan eenieder bepalen of deze tool een meerwaarde heeft voor zijn/haar werk en er al dan niet een abonnement voor afsluiten. Orego denkt op deze manier de MicroHIS-gebruiker in staat te stellen om ervaring op te doen met ondersteunende software. Een ontwikkeling die volgens Orego een hoge vlucht gaat nemen.

Bron: Valentijn Deijns, voorzitter van Orego

Voor de meeste huisartsenpraktijken is de overdracht van het patiëntendossier aanzienlijk verbeterd

De meeste HIS-leveranciers hebben de afgelopen maand aanpassingen doorgevoerd, waardoor de correspondentie bij het overzetten van patiëntendossiers van de ene naar de andere huisartsenpraktijk beter in het nieuwe dossier terechtkomt. Dit moet huisartsen en assistentes veel tijd gaan schelen – een goede eerste stap in het versimpelen van de dossieroverdracht.
De verbetering is het resultaat van een gezamenlijk project van de LHV en ION, NedHIS en alle HIS-leveranciers. De leveranciers hebben inmiddels de noodzakelijke aanpassingen in de systemen gemaakt. Dit moet het grootste frustratiepunt van HIS-gebruikers met betrekking tot dossieromzetting verlichten. Om te monitoren of de verbeteringen naar behoren werken, is er een klankbordgroep ingesteld van doktersassistentes die verschillende HISsen gebruiken. Om écht optimale dossieroverdracht te bereiken, is het belangrijk dat alle dossieritems gestandaardiseerd en gestructureerd uitgewisseld kunnen worden. Ook moet nader worden gekeken naar de wijze waarop de overdracht plaatsvindt. Aanpassingen in het dossier hebben ook invloed op andere informatie-uitwisselingen. Hiervoor gaat de LHV met de leveranciers en andere belangrijke partijen aan de slag.
Johan Snijders, ICT-beleidsmedewerker bij de LHV en voorzitter van de stuurgroep van dit project, zegt: 'We zijn blij met de samenwerking met ION en de leveranciers op dit vlak en kijken ernaar uit om de volgende stap te zetten.'

Bron: Landelijke Huisartsen Vereniging

Ben je geïnteresseerd in de ontwikkelingen binnen de eerstelijns-ICT? Heb je daar ideeën over en wil je graag huisartsen en hun personeel informeren over de zo belangrijke zaken rond de HISsen en andere ICT-gerelateerde onderwerpen? Dan hebben we een aantal interessante vacatures. Natuurlijk zijn er voor onderstaande vacatures goede vergoedingen. Zie jij jezelf als hoofdredacteur, bestuurslid van Orego? Of heb je toch nog wat vragen? Stuur je sollicitatie en/of vragen naar secretariaat@nedhis.nl. We nemen dan zo spoedig mogelijk contact met je op.

SYNTHESHIS

We zoeken een nieuwe hoofdredacteur

Wat ga je doen?

Samen met een enthousiaste redactie, hulp van het redactiebureau en onze freelanceschrijvers zorg je voor een mooie uitgave van *SynthesHis*. Periodiek komt de redactie bij elkaar om de content voor het volgende nummer te kiezen. Welke onderwerpen zijn geschikt en vooral nuttig voor onze doelgroep? Je draagt – samen met de overige redactieleden – onderwerpen aan en neemt beslissingen. Bewaken van de financiën van het blad is natuurlijk een taak van de hoofdredacteur.

Wie zoeken we?

Een enthousiaste collega met affiniteit voor zowel huisartsen-ICT als het maken van een periodiek. Iemand met visie, die meedenkt over de ontwikkeling en vorm van het blad. Iemand die bereid is leiding te geven aan de redactie en het redactiebureau, en goed kan samenwerken.

Over *SynthesHis*

SynthesHis verschijnt driemaal per jaar en is sinds 22 jaar hét tijdschrift voor huisartsenpraktijk en informatisering. Het besteedt aandacht aan nieuwe ontwikkelingen en bevordert samenwerking op het gebied van ICT voor huisartsen. ICT is al jaren onmisbaar gereedschap voor de dagelijkse praktijk. Het blad wordt gemaakt in opdracht van de gebruikersverenigingen van vijf HIS-pakketten, te weten MicroHIS, OmniHis, CGM HUISARTS, Promedico ASP en Promedico VDF. De redactie is onafhankelijk.
Tijdsbesteding: ongeveer 20 uur per 3 maanden.

Bestuurslid Orego

We zijn op zoek naar een bestuurslid voor het bestuur van Orego. Het bestuurslid zal daarnaast ook de rol van penningmeester op zich nemen. Orego is de gebruikersverenging van de MicroHIS-gebruikers.

We vergaderen zo'n tien keer per jaar in de avond, meestal via Zoom. Ook zijn er een paar vergaderingen per jaar op locatie. Het bestuur van Orego is een enthousiaste club huisartsen. Voel je vrij om eens een vergadering bij te wonen om de sfeer te proeven.

Het NHG-Formularium altijd dichtbij

Gratis voor NHG-leden

Met de NHG Rx app heeft u het NHG-Formularium altijd bij u. De app biedt u:

- Altijd up-to-date NHG-Formularium
- Verbeterde zoekfunctionaliteiten
- Met een nieuw en verbeterd design

Meer informatie?
nhg.org/formularium

Download NHG Rx

Google play
Download on the App Store

DIGITALIS

nhg Nederlands Huisartsen Genootschap

Pieter van Tiel

FOTO KIM VAN TIEL

PIETER VAN TIEL

‘Als mensen zeggen dat iets niet kan, triggert mij dat enorm’

Hij deed wat velen onwaarschijnlijk en sommigen onwenselijk vonden: nóg een HIS op de markt brengen: Pieter van Tiel is sinds 2020 naast huisarts ook CEO van het bedrijf Meditools. Hij noemt zichzelf een praktische idealist die de zorg vooral leuker, eenvoudiger en beter wil maken.

CHRISTIE MANINTVELD
CHRISTIE@M-T-O.NL

Op de middelbare school vond hij alle vakken interessant en was er geen beroep dat er voor hem uitsprong. ‘Ik wist wel dat ik iets met mensen wilde doen. Op een gegeven moment had ik een gesprek met mijn huisarts over zijn werk en daar werd ik enthousiast van. Ik ging geneeskunde studeren en twijfelde niet over de keuze voor het huisartsenvak. Van alle artsen heb je als huisarts het meest verdiepende contact met mensen. En al wordt het team in de huisartsenpraktijk steeds groter, het blijft een kleine familie. Er is in al die jaren veel veranderd in de zorg, maar ik ben nog steeds trots op ons vak. Wat me wel verbaast is hoe ingewikkeld we het hebben gemaakt om zelfstandig een praktijk te voeren.’

Voorsprong werd achterstand

Een doorn in zijn oog zijn de beperkte mogelijkheden voor gegevensuitwisseling tussen de HISsen onderling en met de informatiesystemen van andere zorgverleners. ‘Patiënten komen bij meerdere zorgverleners. Als je bij een van die zorgverleners komt, wil je dat die alle actuele, relevante gegevens eenvoudig kan inzien. De manier waarop het nu gaat is omslachtig, kost veel tijd en is foutgevoelig. Onze voorsprong is een achterstand geworden. Als een van de eersten digitaliseerden we in Nederland de groene kaart. We hebben die stap echter zo vroeg gezet dat we daardoor met een datastructuur zitten die niet past op de uitwisselingsstandaard die internationaal gangbaar is in de zorg.’

Kies voor één standaard

De eerste stap naar goede, veilige en snelle gegevensuitwisseling is volgens Meditools het kiezen voor één gestandaardiseerde manier. ‘Ik hoop dat landelijk de afspraak wordt gemaakt om met FHIR – de internationale standaard voor gegevensuitwisseling – te gaan werken. Niet alleen als het gaat om de HISsen, maar in de volle breedte van de zorg. Ook zou elk informatiesysteem cloudborn moeten zijn. Wat je nu veel ziet, is dat systemen “vercloud” worden. Een systeem dat gebaseerd is op de computer die onder het bureau staat, maakt dan via internet verbinding met een computer op een serversysteem. Dat is geen cloud, dat is een werkplek op afstand met een enorme uitdaging om de verbinding 100% veilig te houden. Als je iets cloudborn maakt is het schaalbaar, overal toegankelijk en het allerbelangrijkst: je bent zelf de sleutel van je gegevens die gefragmenteerd over verschillende servers worden opgeslagen. Dat maakt cloudborn werken goedkoper en veel veiliger dan een “werkplek op afstand”.’

Niet blijven foeteren

‘Toen ik erachter kwam hoe weinig ontwikkeltijd de bestaande HISsen hebben om dingen te verbeteren, trok ik de conclusie dat het ideale informatiesysteem

FOTO KIM VAN TIEL

er via die weg niet ging komen. Ik dacht “Ik kan dus blijven foeteren, of ik moet het toch maar gewoon zelf gaan opzetten.” “Dat gaat echt niet lukken”, “Het is al vaker geprobeerd” en “Dat zal een hele uitdaging zijn” – Pieter zag vooral bedenkelijke blikken en opgetrokken wenkbrauwen als hij over zijn plannen vertelde. Voor hem geen reden om het idee te laten varen. ‘Integendeel, als mensen zeggen dat iets niet kan, triggert mij dat enorm. Ik ga dan direct nog meer puzzelen om te ontdekken hoe ik het wel voor elkaar kan krijgen.’

Toevallige ontmoeting

Op het schoolplein van de school van zijn kinderen ontmoette Pieter een ervaren data-engineer: Paul Dreef. ‘Ik vertelde hem over mijn droom-HIS waarmee ik beter voor patiënten zou kunnen zorgen. Paul zag direct mogelijkheden en in 2020 was onze startup een feit. Ik ben blij dat we er toen behoorlijk naïef instapten, want als ik van tevoren had geweten hoeveel tijd het allemaal ging kosten, weet ik niet of ik het gedaan had. Hoewel, zo lang je met passie doet wat je leuk vindt, doet het er eigenlijk niet toe wat het oplevert.’ Inmiddels staat er een cloudborn HIS en een team van meer dan tien medewerkers. Is hij nu dan in wat rustiger vaarwater terechtgekomen? Lachend: ‘Ik zal maar zeggen dat het op een positieve manier ontploft, nu er steeds meer interesse is in MediKIT.’

Geld nodig

Naar eigen zeggen is hij een idealist, maar wel een praktische. Wellicht is dat een van de redenen waarom zijn dromen vaak uitkomen. ‘Terugkijkend is het vaak bijzonder hoe dingen lopen. Het begint ergens en dan vormt het pad zich op een bepaalde manier. Soms snap je zelf niet direct waar het naartoe leidt. Zo werd de ontwikkeling van MediKIT op een bepaald moment wel een heel dure hobby en moesten we naar de bank. Daar was een pitch voor nodig. Die namen we op in de achtertuin en werd door de bank afgekeurd. Het moest in een studio á een paar duizend euro. ‘Ja doei’, dachten wij toen en we schreven ons in voor de ASML Young Makers Award omdat halvefinalisten een professioneel pitch-filmpje zouden mogen opnemen. Uiteindelijk werden we tweede en kregen we via de competitie zelfs de investering rond, waardoor we niet meer terug hoefden naar onze bank.’

Doe dagelijks drie goede dingen

‘Ik maak het voor mezelf niet te groot’, zegt Pieter als we hem tot slot vragen waar hij zijn energie en inspiratie vandaan haalt in een tijd waarin de ene crisis de andere opvolgt en ook de zorg vele uitdagingen kent. ‘Ik probeer in mijn eigen kleine microkosmos de mensen die bij mij komen vooruit te helpen. Ik denk altijd: “Als iedereen nu elke dag drie goede dingen doet”, dan is dat bij elkaar heel veel moois. Ik probeer mijn inspiratie te halen uit alles wat wel goed gaat. De Nederlandse gezondheidszorg is ondanks alles nog steeds een van de beste ter wereld. Uiteraard is er veel voor verbetering vatbaar en daar wil ik een bijdrage aan leveren.’ ■

COLUMN

MYRTE GAY-BALMAZ
DOKTERSASSISTENTE

Pil zonder bijsluiter

In de vierdelige serie *OLVG – Ziekenhuis met een hart* volgt documentairemaker Coen Verbraak verschillende medewerkers van het Amsterdamse ziekenhuis bij hun dagelijkse werkzaamheden. Ik heb ernaar gekeken en was ontroerd, gefascineerd en voelde me geregeld ook bezorgd. Mijn gevoelens schoten alle kanten op, als een bal in een flipperkast. Voor mij werd eens te meer duidelijk zichtbaar hoe hard de meeste zorgmedewerkers onder ons hun best doen.

Wanneer hen gevraagd wordt of ze ooit in hun vakgebied een inschattingsfout hebben gemaakt, weten ze die direct te benoemen. Dat herkent iedereen, maar in de zorg draait alles er om geen fouten te maken, omdat de gevolgen zo groot kunnen zijn. Hoe zorg je ervoor, als het toch gebeurt, niet aan schuldgevoelens ten onder te gaan? Want hoe irrationeel, onnodig of zelfs onredelijk dat schuldgevoel soms ook is, het tast evengoed je gezondheid aan.

Misschien is het daarom ook niet verwonderlijk dat er nader onderzoek is gedaan naar het effect van placebo's op schuldgevoel. De oudste universiteit van Zwitserland, die van Bazel, vond het interessant genoeg om voort te borduren op eerdere placebo-effectonderzoeken die zijn gedaan. Het bleek dat het resultaat van placebogebruik in verschillende omstandigheden klinisch waarneembaar is. Zoals bij faalangst en verlegenheid of bij gevoelens van walging, die na inname van placebomedicatie daadwerkelijk verminderden. Zelfs als vooraf aan de proefpersonen verteld werd dat het een placebopil was die hen werd toegediend!

Je kunt dus stellen dat zo'n pil bij sommige niet-somatische klachten zou kunnen werken. En ook compleet veilig is. Hij kan ook moeiteloos gecombineerd worden met de 'doorsnee' medicatie die is voorgeschreven door een heuse specialist. En je hoeft ook niet bang te zijn voor een mogelijke contra-indicatie bij middelen van de drogist. En last but not least: er is geen papierverslindende bijsluiter meer nodig.

Wat die bijsluiters betreft: vóór ik doktersassistente werd, las ik die net zo min als de gebruiksaanwijzingen van mixers, wekkerradio's en andere onontbeerlijke apparaten die ik kocht. De vader van mijn zoon, met wie ik destijds woonde en toen nog hoog had zitten, vond ze totaal overschat, overinformatief en absurd geformuleerd. Met dat laatste was ik het eens. Maar gelukkig kunnen wij doktersassistentes tegenwoordig terugvallen op de onvolprezen site van het farmacotherapeutisch kompas om een mogelijke vergisvergiftiging voor te zijn. Dat is weer een risico minder op het maken van een fout én de nasleep ervan – al die slapeloze nachten. Ben ik blij dat ik geen innovatieve behandelmethoden uitvoer of ingewikkelde operaties doe of op elkaar afstemmende medicatie voorschrijf. Pfff…

Dus met het op de markt brengen van zo'n placebopil lijkt het niet alleen gedaan met de bijsluiter, maar ook met nare bijwerkingen. Bovendien wordt met zo'n pil de goedverdienende farma-industrie een hak gezet. Geef mij zo'n pil. Hoewel… ik heb (nog) nergens last van. ■

Tekst-ster@ziggo.nl

INNOVEREN ONDER REGIE VAN DE HUISARTS

CMIO's banen de weg voor netwerk-geneeskunde

Versnelde innovatie moet de toekomst van de eerstelijnszorg veiligstellen. Actieve inbreng van digitaal vaardige huisartsen is daarbij onontbeerlijk. Na het volgen van een opleidingstraject vormen deze koplopers als Chief Medical Information Officer (CMIO) de schakel tussen ICT en de regionale huisartsenzorg. Geert Elbers, huisarts in het Brabantse Liempde, is zo'n CMIO: 'Het is een uitdagende brugfunctie, die ertoe bijdraagt dat de wensen van de beroepsgroep gehoord en gehonoreerd worden.'

ANNET MUIJEN
ANNET.MUIJEN@PLANET.NL

Jij bent ruim drie jaar CMIO. Wat behelst die functie? 'Als CMIO word je betrokken bij alle innovaties in jouw regio, niet alleen op het gebied van de huisartsenzorg, maar ook op het terrein van de ketenpartners. Een CMIO functioneert vooral op strategisch niveau. We benutten onze medische kennis om na te gaan of huisartsen baat hebben bij bepaalde innovaties. De tweede lijn kent ook CMIO's en daar hebben we nauw contact mee. Bij alle voorgestelde vernieuwingen in het ziekenhuis analyseren we of huisartsen daarmee gediend zijn.'

Een stevig takenpakket 'Ik ben een halve dag in de week vrij geroosterd voor dit werk. Daarmee red je het niet, want je wordt overal bij betrokken. Gelukkig heb ik nu een collega-CMIO. Samen vertegenwoordigen we ruim honderd huisartsen, verenigd in twee zorgroepen: "Jeroen Bosch huisartsen" en "Beter in Bommelerwaard". Het is fijn om samen te kunnen sparren, anders kijkt iedereen uitsluitend in mijn richting.'

Waarom ben je CMIO geworden? 'De laatste vijf, zes jaar werd ik al volop betrokken bij alles wat er in onze zorggroepen speelde op het terrein van innovatie. De directeur heeft mij destijds gevraagd: "Wil je geen kaderarts innovatie worden?" Dat was eigenlijk een CMIO avant la lettre. Ruim drie jaar geleden zijn verschillende opleidingstrajecten voor CMIO's gestart en toen is er gezegd: "Het is naar buiten toe, richting de ketenpartners, handig om CMIO te zijn. Als andere partijen willen innoveren en samenwerken, weten ze dat jij als CMIO het aanspreekpunt bent."'

Welk opleidingstraject heb je gevolgd? 'De tweejari-

FOTO SANDER ROEFFEN

Geert Elbers

ge leergang aan de TU Eindhoven had mijn voorkeur. Die bestaat uit tien modules. Eens per maand ben je daar van vier uur 's middags tot tien uur 's avonds mee in de weer, plus wat lezen en huiswerk. Prima te doen.'

Is het een nuttig traject? 'Zeker. Allerlei facetten waar je als CMIO mee te maken krijgt, passeren de revue. Je gaat begrijpen hoe ICT-beslissingen tot stand komen. Je leert hoe je een organisatie kunt veranderen, hoe je mensen hierin meekrijgt. Ook meer technische zaken als dataveiligheid staan op het programma. Digitalisering levert lang niet altijd het gewenste resultaat op. De vernieuwing komt veelal uit de koker van ICT-producenten en scheert niet zelden langs de behoeften van zorgverleners heen. Met de komst van CMIO's als go-between kan die *gap* worden overbrugd.'

Het onderlinge contact tussen cursisten lijkt me ook uiterst nuttig. 'Dat is van onschatbare waarde. Twee jaar lang trek je op met 23 andere CMIO's, die soms ook in ziekenhuizen werken. Ook CNIO's zijn van de partij, dat zijn Chief Nurse Information Officers. Door al die contacten krijg je een helder beeld van wat er elders speelt en wordt ondernomen. Je hoeft niet telkens zelf het wiel uit te vinden.'

Wat mij verbaast is dat de opleidingstrajecten zo verschillen. Je hebt tweedaagse cursussen, maar ook een tweejaarlijkse masteropleiding aan de UvA. En iedereen mag zich CMIO noemen. 'Inderdaad, een beetje apart. Het is geen beschermde titel, vandaar. Het voordeel van deze insteek is dat je snel een flinke club CMIO's op de been hebt. Nadeel is dat je niet precies weet wat een CMIO in zijn mars heeft.'

Hoe staat het met de opleidingskosten, wie draait daarvoor op? 'Als je CMIO wilt worden, maar je hebt nog geen aanstelling, moet je de kosten veelal zelf ophoesten. De leergang in Eindhoven kost 4.500 euro. In mijn geval is dat bedrag betaald door de zorggroepen en dus indirect door mijn collega-huisartsen. Zij wilden graag dat ik CMIO werd. Met zo'n functionaris sta je als zorggroep bij onderhandelingen sterker in je schoenen.'

'MET EEN CMIO STA JE ALS ZORGGROEP BIJ ONDERHANDELINGEN STERKER IN JE SCHOENEN'

‘ZONDER CMIO’S WORDT HET LASTIG OM ALLE DIGITALE VERNIEUWINGEN GOED TE BEOORDELEN EN TE IMPLEMENTEREN’

De opleiding is geaccrediteerd. ‘Klopt. Je krijgt vier punten per module en dat maal tien. Veertig punten in totaal.’

Wat is je mooiste wapenfeit als CMIO tot nu toe? ‘Nu we als huisartsen in onze regio goed georganiseerd zijn, kunnen we meebeslissen over innovaties in de tweede lijn. Samen met de Raad van Bestuur van het ziekenhuis in Den Bosch bespreken we alle vernieuwingen die zij overwegen en leggen die naast onze eigen plannen. Het meest sprekende voorbeeld betreft de plannen rond het monitorcentrum dat nu in de ziekenhuizen wordt opgetuigd en patiënten met zo’n 25 verschillende ziektebeelden thuis monitort. Dan rijst de vraag: hebben huisartsen hier iets aan? Zo ja, hoe pakken we dit aan, hoe krijgen we huisartsen hierin mee, wat is daarvoor nodig, wat zijn de kosten, wie draait daarvoor op? Uiteindelijk bepaalt de directie van de zorggroepen in overleg met mij en de andere CMIO’s of we hier al dan niet in investeren.’

Ik beluister enthousiasme. ‘Inderdaad, ik wil graag dat de huisarts kan meekijken bij alle informatie die op dat monitorcentrum binnenkomt. Uiteindelijk willen we bereiken dat de patiënt zijn zelfmetingen aan het centrum doorgeeft en dat afhankelijk van de gemeten waarden wordt bepaald of iemand naar de huisarts of naar de specialist moet. Het automatisme van patiënt A wordt altijd door een specialist gezien, of omgekeerd, patiënt B is standaard onder behandeling van de huisarts, wordt zo doorbroken. De concrete situatie van de patiënt bepaalt waar zo iemand terechtkomt.’

‘NU WE ALS HUISARTSEN GOED GEORGANISEERD ZIJN, KUNNEN WE MEEBESLISSEN OVER INNOVATIES IN DE TWEEDE LIJN’

Hoe verlopen de contacten met de ICT-leveranciers? ‘Enerzijds goed, anderzijds moeizaam. We zijn nu bezig het monitorcentrum zo klantvriendelijk mogelijk op te tuigen, zodat de patiënt een en dezelfde “voorkant” te zien krijgt. Dat proces wordt bemoeilijkt omdat de leveranciers de eigen gegevens beschermen. Met het ziekenhuis willen we ook een viewer ontwikkelen om gegevens van zorg in de laatste levensfase in te zien. Een oncoloog kan dan bijvoorbeeld nagaan wat de patiënt met de huisarts heeft besproken. Alle partijen willen dat dolgraag, de minister is enorm aan het pushen om informatie adequaat te delen. Er is budget voor beschikbaar, maar het komt niet van de grond.’

Is dat frustrerend? ‘Ja, die zorg in de laatste levensfase is een frustrerend proces. We willen toe naar een open datastructuur, maar dat krijgen we maar niet voor elkaar.’

En de boosdoener is? De grote bottleneck zijn al die verschillende HISsen, maar liefst acht in onze regio. Dat maakt ons vleugellam. Innovatie lukt eigenlijk alleen als je in de regio kunt afspreken: dit is ons gezamenlijke systeem, hierop gaan we koppelen.’

Eén regionaal HIS? ‘Daar werken we al anderhalf jaar naar toe. We verplichten de individuele huisarts tot niets, maar hopen natuurlijk dat een flink aantal beseft hoe groot de voordelen zijn. Er zijn in Nederland trouwens al regio’s die zijn overgestapt op één HIS.’

Huisartsen koesteren hun HIS en beseffen dat een overstap veel voeten in de aarde heeft. ‘We moeten als regio één HIS selecteren en daar alle innovaties in verwezenlijken. Zo willen we tonen wat de voordelen zijn. We volgen de verleidingsstrategie.’

CMIO’s zijn verenigd in een Netwerk Eerste Lijn. Hoe functioneert dat? ‘Dat netwerk is in januari 2020 opgezet door Mariëtte Willems, maar staat nog redelijk in de kinderschoenen. Wel is er in de zomer van 2022 een manifest gelanceerd, waarin de koers voor de komende jaren is uitgestippeld en wordt aangedrongen op vergaande samenwerking. Er is ook een levendige app waarop van alles en nog wat

wordt uitgewisseld. Inmiddels telt het netwerk ongeveer vijftig leden.'

Welke stip staat er op de horizon? 'We willen uiteindelijk bereiken dat data optimaal uitwisselbaar zijn en we zorg creëren waarbij alle relevante en beschikbare innovaties worden benut. In grote lijnen komt het erop neer dat we de regie voor de patiënt vergroten en de rol van de zorgverlener meer in coachende richting wordt omgebogen.'

Is dat verre toekomstmuziek? 'Nee hoor, de ontwikkelingen gaan momenteel razendsnel. We hebben enorm de wind in de rug door corona, een nijpend personeelstekort, vergrijzing en een toenemende zorgvraag over de hele linie. De huisarts moet "ontzorgd" worden, de administratieve last verlaagd – daar is geen ontkomen aan. Het mooie is dat die ombuiging ook binnen handbereik ligt: het is een kwestie van innoveren, van vernieuwingen omarmen. Innoveren is geen keuze, maar een must. Er moet iets drastisch veranderen, anders loopt het boeltje domweg vast.'

CMIO's kunnen dat voorkomen? 'In mijn ogen vertegenwoordigen CMIO's een forse meerwaarde. De versnippering in huisartsenland is enorm. Het zijn allemaal zelfstandigen die misschien wel wat innovatiefs doen, maar daarmee krijg je regionaal niet snel iets voor elkaar. Als CMIO ben je de spreekbuis van een flink aantal huisartsen. Dat betekent dat ook ICT-leveranciers en ketenpartners jou als partij, als zinvolle gesprekspartner, beschouwen. CMIO's voorzien in een leemte: zonder hen wordt het lastig om alle digitale vernieuwingen die er op de eerste lijn af komen goed te beoordelen en te implementeren.'

Een wens? 'Het allerbelangrijkste is dat we zelf de regie houden en beslissen welke innovaties we al dan niet omarmen. We moeten ons niet laten overvleugelen door verzekeraars of grote techbedrijven die iets van ons willen, door ziekenhuizen die eisen stellen, door ICT'ers die op eigen houtje mooie tools voor ons bedenken. Die regie moeten we zelf stevig in handen houden.' ■

Opleidingstrajecten voor een CMIO

Pim Volkert is opleider/stafmedewerker bij de opleiding Klinische Informatica aan de TU Eindhoven en coördinator klinische data+architectuur bij Health-RI.

'We moeten de sprong maken van digitalisering naar meer automatisering. Een CMIO kan in dit proces een belangrijke rol spelen. Om als serieuze gesprekspartner voor organisaties als NHG en LHV te fungeren, moet zo iemand over de benodigde kennis beschikken.'

'Er valt gelukkig het nodige te shoppen voor een CMIO in spe. Samen met het CMIO-netwerk Eerste Lijn verzorgen wij een masterclass Klinische informatica. Dat is een traject van twee dagen, specifiek voor huisartsen. Kennis betreffende de toepassing van het Nictiz-lagenmodel is hierbij een belangrijk onderdeel. De LHV tekent voor logistieke ondersteuning.'

'Daarnaast verzorgen we in Eindhoven de tweejarige leergang CMIO. Die is tevens bedoeld voor verpleegkundigen – CNIO's – en CMIO's uit de tweede lijn. Die diversiteit is ook uit het oogpunt van netwerkgeneeskunde uiterst nuttig.'

'De universiteit van Amsterdam biedt een masteropleiding aan. Dat is momenteel het meest diepgravende traject. De opleiding is modulair en als e-learning opgezet, waardoor deze flexibel en in deeltijd kan worden gevolgd.'

'Je kunt je afvragen of dit soort trajecten niet thuishoort in de opleiding van artsen. Als je dat oppert, krijg je te horen dat daarvoor de ruimte in het curriculum ontbreekt. Artsen worden pas met informatica geconfronteerd als ze worden losgelaten in het ziekenhuis. Daar valt een wereld te winnen.'

FOTO WILLIAM RUTTEN

VRAGEN UIT DE DAGELIJKSE PRAKTIJK

Huisartsen omschrijven hun assistenten vaak als 'multitaskers'. Zij zijn in staat om tegelijk een patiënt aan de telefoon te woord te staan, een andere patiënt die aan de balie komt de wachtkamer te wijzen en instrumentarium klaar te leggen voor de dokter. Om al hun taken te kunnen uitvoeren hebben ze op hun pc dikwijls meerdere applicaties geopend. Daarnaast zullen ze binnen deze applicaties meerdere vensters willen openen, zoals binnen het HIS een of meer agenda's en patiëntvensters.

CAROLINE NORG-SCHULPEN
PRAKTIJK.NORG@HOME.NL

Geeft u uw beeldscherm wel genoeg de ruimte?

Moderne beeldschermen zijn breedbeeld en geschikt om twee vensters naast elkaar te openen. De meeste programma's zijn echter ook 'breedbeeld' en geven indien geminimaliseerd tot een half scherm maar een beperkte view. Veel doktersassistentes hebben dan ook de beschikking over twee beeldschermen. Een alternatief hiervoor is een extra brede, licht gebogen monitor (ultrawide curved) van bijvoorbeeld 34 inch. Het uitlijnen van de vensters op één scherm is wat lastiger dan op twee losse schermen omdat het venster niet simpelweg gemaximaliseerd kan worden op de monitor. Bij de meeste Windows-programma's is het echter mogelijk om het venster volledig tegen de linker rand van het scherm te slepen waardoor het automatisch het formaat van de linker schermhelft aanneemt. Op dezelfde manier is dan de rechter schermhelft te vullen. Tegen de bovenrand slepen maximaliseert het venster.
Een alternatief voor deze werkwijze is om de Windows-logotoets + pijl-links tegelijk in te houden. In de rechter schermhelft worden de overige geopende programma's zichtbaar waaruit er één geselecteerd kan worden om de rechter schermhelft mee te vullen. Windows-logotoets + pijl-omhoog verkleint het venster naar het kleinste formaat, een vierde van het scherm. Nogmaals Windows-logotoets + pijl-omhoog zorgt weer voor het maximaliseren van het scherm.
Voor het gebruik van meerdere vensters met een andere (vaste) schermindeling kan het programma PowerToys uit de Windows-store gebruikt worden. De functie FancyZones geeft de mogelijkheid om het scherm bijvoorbeeld in drie vaste gebieden te verdelen (https://learn.microsoft.com/nl-nl/windows/powertoys/fancyzones).
Binnen de meeste ASP-omgevingen zal bovenstaande werkwijze met de muis werken. Dan is gebruik van het alternatief met gebruik van het toetsenbord en/of FancyZones niet mogelijk. Een nadeel van een extra breed beeldscherm kan zijn dat het beeld bij een verbinding op afstand, zoals bij meekijken door een helpdesk, verkleind wordt naar het beeldscherm van degene die meekijkt. Dit levert erg kleine lettertjes op.

Twee schermen: een voor de arts, een voor de patiënt

Niet alleen achter de balie en in het backoffice, ook in de spreekkamer kan een extra beeldscherm zeer nuttig zijn. Zo is het voor de POH-somatiek erg handig om in het KIS te werken of een onderzoek in het HIS in te vullen en tegelijk overzicht te houden over voorgeschiedenis, medicatie en correspondentie van de patiënt.
Een extra beeldscherm kan ook naar de patiënt toe gedraaid worden, zodat deze mee kan kijken zonder dat de praktijkmedewerker zelf ergonomisch onverantwoord scheef naar het scherm moet kijken. Kies hiervoor bij de beeldscherminstellingen (rechter muisklik op het bureaublad) niet voor 'deze beeldschermen uitbreiden', maar voor 'deze beeldschermen dupliceren'.
Een voorbeeld van een dergelijke opstelling is hierboven te zien. Hierbij is het primaire beeldscherm schuin op het bureau geplaatst (met behulp van een laptopstandaard), waarbij de arts over het scherm heen de patiënt kan aankijken. Een tweede scherm is naar de patiënt toe gedraaid. Dit is ook een fijne opstelling voor leergesprekken met POH en aios. Het tweede scherm kan indien gewenst voor administratieve werkzaamheden naar de arts toe gedraaid worden.
Let er bij de plaatsing van de beeldschermen op dat ze het best zichtbaar zijn bij plaatsing loodrecht op het raam, als dit zich in de buurt bevindt. Anders is er sprake van tegenlicht of schittering op het scherm. Zorg er daarnaast voor dat er niet ongewenst meegelezen kan worden op het scherm. Er zijn privacyfolies te koop die ervoor zorgen dat het scherm alleen leesbaar is vanuit de loodrechte positie voor het scherm.
Voor welke oplossing is in uw praktijk gekozen? Deel uw ideeën op onze LinkedIn-pagina https://www.linkedin.com/company/Syntheshis.

Hebt u ook een vraag die u graag door de redactie van SynthesHis *beantwoord ziet worden?*
Stuur een mail naar secretariaat@nedhis.nl!

DIGICOACHES ZIJN GEEN EENDAGSVLIEGEN

Meer werkplezier vaardige zorgverl

Gwenda van der Wal Brenda Leijting

In de zorgsector zijn digicoaches aan een snelle opmars begonnen. Sinds 2019 hebben bijna 2200 zorgmedewerkers met affiniteit voor digitalisering een tweedaagse cursus gevolgd die hen klaarstoomt voor hun nieuwe rol: collega's coachen in het digitaal vaardig worden. Mede dankzij een subsidie van ZonMW is in 2022 het aantal cursisten uit de eerste lijn enorm gestegen. Inmiddels hebben de digicoaches hun nut bewezen: digitaal vaardige zorgverleners ervaren minder werkdruk en meer werkplezier.

ANNET MUIJEN
ANNET.MUIJEN@PLANET.NL

Het woord 'digibeet' is naar de prullenbak verwezen en vervangen door het neutrale 'digitale starter'. Die zijn in de zorg in ruime mate voorhanden. Na het invullen van de landelijke zelfscan moest 17 procent van de respondenten zichzelf als 'digitale starter' bestempelen. Onder vijftigplussers piekt dat percentage op 27 procent.
'Ik ben geschrokken van die uitkomsten', zegt Suzanne Verheijden, programmamanager voor het programma Digivaardig in de zorg en eigenaar van Buro Strakz, dat onder meer trainingen voor digicoaches verzorgt. 'Het raakt me, omdat ik zie wat het met mensen doet. Zuchten, vloeken, die computer het liefst een opdonder verkopen – het draagt niet bij aan het werkplezier. Als mensen zelf de benodigde vaardigheden onder de knie krijgen, zie je hen opbloeien. Frustratie maakt plaats voor een gevoel van trots: "Kijk mij, ik kan zelf die mooie toepassingen benutten." Uit ons onderzoek blijkt dat digicoaches een succesfactor zijn: ze zijn goed bereikbaar, toegankelijk en spreken de zorgtaal. Soms horen we ook: "Alleen al het feit dat er een digicoach aanwezig is, maakt dat ik meer op de computer durf. Als het misgaat, is er iemand in huis die kan helpen het probleem op te lossen."

Zelfscan

Bij Regio-organisatie Huisartsen Almere (ReHA) is besloten vanaf begin 2022 fors in te zetten op het verbeteren van de digitale vaardigheden van de 2500 medewerkers verdeeld over 27 huisartspraktijken. Inmiddels telt de organisatie drie gedreven digicoaches, die nauw samenwerken om hun missie tot een succes te maken. Brenda Leijting heeft haar coordinerende baan in de zorg verruild voor een driedaagse werkweek als digicoach, Gwenda van der Wal combineert haar werk als fysiotherapeut met zes uur digitale coaching en Lisette Koenders tekent voor acht uur coaching en is daarnaast doktersassis-

voor digitaal
eners

GWENDA VAN DER WAL: **‘ONZE FUNCTIE IS EEN BLIJVENDE, IETS WAT HOORT BIJ DEZE TIJD.’**

tente. Om goed inzicht te krijgen in de digitale vaardigheden van de medewerkers is gebruikgemaakt van de zelfscan van Digivaardig in de zorg. Zeventig procent van alle medewerkers heeft de scan ingevuld. Bijna de helft van deze respondenten scoort op alle onderdelen een voldoende of een ruime voldoende. Daar staat tegenover dat ruim de helft van de respondenten het moet doen met het predicaat ‘digitale starter’. Zij scoren op een of meer onderdelen een onvoldoende.

Positieve geluiden

‘Dat hoge percentage slechte en middelmatige scores lijkt verbazingwekkend, maar dat is het bij nader inzien niet’, zegt Leijting. ‘Het hart van de zorgmedewerkers ligt bij de patiënten. Voor hen willen ze zo goed mogelijk zorgen, dat staat met stip voorop. Op ICT-gebied willen ze vaak alleen het hoognodige onder de knie krijgen, de rest is minder belangrijk. Als dan ook nog eens programma’s worden vernieuwd, haken ze helemaal af en denken: “Dit is zoveel nieuwigheid, daar begin ik niet aan. Hulptroepen moeten het maar voor mij oplossen.”

‘Juist mensen die laag scoren krijgen we soms moeilijk te pakken om een afspraak in te plannen’, zegt Van der Wal. ‘Gelukkig bespeuren we nu een voorzichtige kentering. Mensen horen positieve geluiden van collega’s die zeggen: “Het is zo fijn, want ik begrijp nu waar ik mijn bestanden kan vinden, hoe ik het boeltje op de juiste manier kan opslaan en ook weer kan terugvinden.” Er kloppen nu ook zorgverleners bij ons aan die zeggen: “Ik hoor dat het me eerst wat tijd kost, maar daarna zoveel meer tijd oplevert. Als dat zo is, ben ik bereid daar energie in te steken.” ‘Er was zelfs een hele locatie die aanvankelijk niet aan ons startproject wilde deelnemen’, vult Leijting aan. ‘Afgelopen december kwamen ze schuchter vragen of het project doorgang vond. In dat geval wilden ze graag alsnog aanhaken. Het heeft soms gewoon tijd nodig.’

Cruciaal belang

De opstelling van managers is van cruciaal belang voor de animo van zorgverleners om hun digitale vaardigheden te optimaliseren, weet Suzanne Verheijden. ‘Managers zijn vaak overbelast en zitten

SUZANNNE VERHEIJDEN: **‘ALS MENSEN DE NODIGE DIGITALE VAARDIGHEDEN ONDER DE KNIE KRIJGEN, ZIE JE HEN OPBLOEIEN. FRUSTRATIE MAAKT PLAATS VOOR EEN GEVOEL VAN TROTS.’**

SUZANNNE VERHEIJDEN: **'ZUCHTEN, VLOEKEN, DIE COMPUTER HET LIEFST EEN OPDONDER VERKOPEN – HET DRAAGT NIET BIJ AAN HET WERKPLEZIER'**

niet te wachten op wat ze zien als een uitbreiding van hun takenpakket. Toch moeten zij een actieve rol spelen en werknemers faciliteren, motiveren en enthousiasmeren. Wij leiden nu zelf praktijkmanagers op in het leidinggeven aan digitalisering. Zij moeten beseffen dat de benodigde tijdsinvestering meer dan loont. Het is ook zaak om in functioneringsgesprekken aan te geven dat digitale vaardigheden onderdeel vormen van goed functioneren.'

Angst voor de computer

Digicoaches zijn koorddansers, voorzien van lenig afgestelde voelsprieten. Ze beseffen dat ze weerstand moeten overwinnen en medewerkers moeten verleiden om digitaal vaardig te worden. 'Soms', zegt Leijting, 'zijn mensen erg terughoudend en zeggen: "Ik snap eigenlijk alles wel, behalve misschien dat ene onderdeeltje." Daarover ga je met ze in gesprek en na een tijdje zeggen ze: "Nu je er toch bent, kun je me misschien ook even uitleggen…" Gaandeweg kom je zo in een traject terecht waarmee ze echt geholpen zijn.'
Van der Wal: 'Sommige mensen hebben echt angst voor de computer. Als je naast hen gaat zitten en vertelt dat ze eigenlijk niets kapot kunnen maken of kwijt kunnen raken, dat overal een back-up van gemaakt wordt, is dat een hele opluchting. In de regel geldt dat je het traject heel klein moet houden en bijvoorbeeld kunt vragen: "Is er misschien één dingetje waar je dagelijks last van hebt en graag wilt oplossen?" Zo trek je hen vaak over de streep. Als mensen echt niet willen, houdt het op: wij kunnen enthousiasmeren, motiveren en inspireren, maar we kunnen niet dwingen.'
Leijting: 'We horen vaak dat mensen opzien tegen een afspraak met ons. Als je dan naast ze gaat zitten en in alle rust nagaat waar ze moeite mee hebben, zeggen ze vaak na afloop: "Ik vind het leuk worden, want ik snap wat ik op de computer aan het doen ben. Ik heb nu de controle." Mensen ontlenen meer plezier aan hun werk als ze digitaal vaardiger worden. Dat betekent ook dat je je personeel makkelijker behoudt – niet onbelangrijk in deze tijd van personele krapte.'

Niet alwetend

In Almere krijgt een digitale starter in de regel drie tot vijf uur begeleiding, verspreid over meerdere trajecten. De groep die al aardig met ICT uit de voeten kan, maar de handigheid mist om alles uit de programma's te halen wat erin zit, heeft vaak aan één tot drie uur begeleiding voldoende. Leijting: 'Het is altijd handig om een herhaalafspraak in te plannen. Soms zijn er toch dingen vergeten of rijzen er nieuwe vragen.'
Van alle aangemelde medewerkers is in Almere inmiddels 60 procent gecoacht. De vorderingen worden in een eindscan gemeten en vastgelegd. Digitale starters beschikken over een eigen persoonlijk ontwikkelingsplan, waarin staat beschreven wat ze al geleerd hebben. Dat werkt motiverend, maar het is ook handig voor de andere coaches die zo voor elkaar kunnen invallen.
'Digicoaches zijn niet alwetend', zegt Leijting. 'Ik heb zelf een informatica-achtergrond, maar soms moet je toch even iets goed uitzoeken. Daarvoor gaan we ook bij elkaar te rade.' Van der Wal: 'We hebben een overzicht gemaakt van de meest voorkomende vra-

BRENDA LEIJTING: **'NA AFLOOP HOREN WE VAAK: 'IK VIND HET LEUK WORDEN, WANT IK SNAP WAT IK OP DE COMPUTER AAN HET DOEN BEN. IK HEB NU DE CONTROLE.'**

Suzanne Verheijden

FOTO ARJAN VAN DER VEGT | DE VERBEELDING

SUZANNE VERHEIJDEN: **‘DIGICOACHES HEBBEN EEN TOETSENBORDENVERBOD. ZE MOETEN VAN DE KNOPPEN AFBLIJVEN.’**

gen voorzien van een antwoord en handige linkjes. Daar maken we ook zelf gebruik van.’

Toetsenbordenverbod

Eens per maand komen de drie coaches met de projectleider bijeen. Dan wordt er geëvalueerd en worden er plannen gesmeed. Digicoaches zijn geen eendagsvliegen, weten Leijting en Van der Wal: ‘Onze functie is een blijvende. Iets wat hoort bij deze tijd. Het belang van digitale vaardigheden begint nu echt in alle lagen van de Zorggroep te beklijven.’ Programmamanager Suzanne Verheijden is in haar nopjes met de stimulerende en proactieve aanpak van de digicoaches in Almere. ‘Zij hebben goed begrepen dat hun rol een coachende is. We zien regelmatig dat digicoaches in de verleiding komen om een gesignaleerd probleem even zelf op te lossen. Een medewerker heeft vaak weinig tijd, kan zeggen: “Goh, jij kunt zo lekker snel typen, doe jij dat even voor mij?” Heel herkenbaar, maar ook heel fout. In onze trainingen hanteren wij een soort strafwerkregel, een mantra: “Ik mag niet aan het toetsenbord komen.” Digicoaches hebben een toetsenbordenverbod, ze moeten van de knoppen afblijven. Ze dienen ervoor te zorgen dat zorgprofessionals met vertrouwen en plezier de mogelijkheden die de computer biedt benutten om goede zorg te leveren. Dat doel gaan we de komende jaren met z’n allen realiseren.’

‘Ik houd van die balans tussen lichtheid en diepgang.’

Lachen is gezond

‘Help, de huisarts verzuipt!’ Dat was de boodschap die vorig jaar over het Malieveld golfde. Eric Cremers, huisarts in Tegelen, onderschreef de actiepunten, maar stoorde zich aan de wijze waarop die negatieve tijding er tot vervelens toe werd ingehamerd. ‘Ik had last van die grammofoonplaat waarvan de naald in de groef bleef hangen en dacht: ik maak op alle vijf dagen van de actieweek een filmpje dat op humoristisch wijze de pijnpunten belicht.’ Dr. Bob was geboren.

ANNET MUIJEN
ANNET.MUIJEN@PLANET.NL

Op 22 maart sloot Cremers, alias dr. Bob, als keynotespeaker het NedHis-congres af met een vrolijke noot. Af en toe greep hij zijn gitaar, speelde een liedje, liet de zaal meezingen. De lachsalvo’s waren niet van de lucht en dat is precies wat Cremers met zijn humoristische Dr. Bob-filmpjes beoogt. ‘De kracht van humor in leven en werk moeten we niet onderschatten.’

Hoe is dr. Bob ontstaan? ‘Ik werd op het idee gebracht door een orthopeed in het ziekenhuis. Hij wist dat ik informatieve video’s maakte voor de praktijk en zei: “Jij moet een voorbeeld nemen aan een oogarts in Amerika en komische filmpjes gaan maken. Door problemen uit te vergroten, in het absurde te trekken, bereik je vaak meer dan met bloedserieuze protesten.” In de actieweek heb ik elke dag een filmpje gemaakt en online gezet met het idee: als er niemand kijkt, is het ook goed. Dan heb ik in elk geval mijn plezier gehad. Tot mijn verbazing werden de filmpjes goed bekeken en onderling gedeeld. Ik kreeg al snel te horen: “Je moet daar vooral mee doorgaan.” Aan ideeën geen gebrek, dus ik dacht: wat let me, laat ik gewoon eens in de twee, drie weken een nieuw filmpje posten.’

‘ALS JE IETS NIET KUNT VERANDEREN, KUN JE ER BETER OM LACHEN’

Wat is dr. Bob voor personage? ‘Het is een wat klagerige, tobberige, snel geïrriteerde huisarts, die zich druk maakt over allerhande dingen in de praktijk die niet helemaal soepel lopen. Dat herken ik deels ook bij mezelf. Ik zie snel beren op de weg, kan negatief en angstig zijn over dingen die gaan gebeuren. De filmpjes helpen mij om de absurditeit van dingen in te zien. Het meeste commentaar dat ik krijg luidt: “Ik heb er erg om moeten lachen, maar het is toch wel trieste materie.” Ik houd van die balans tussen lichtheid en diepgang. Dat past bij mij.’

Wat baart je de meeste zorgen? ‘De diensten. Die zijn heel zwaar en dat vinden meer huisartsen. Diensten worden veel uitbesteed en dat is niet voor niks. Ik merk ook dat naarmate ik ouder word, dit alles zwaarder gaat wegen. Je krijgt te maken met allemaal nieuwe patiënten, je moet constant vol aanstaan, want je mag niets missen. Daarnaast heb je te maken met de dagelijkse werkdruk. Als je in de ochtend je spreekuur start en die lijst met patiënten bekijkt, denk je: o jee, dat zijn wel een hoop mensen die vandaag gezien moeten worden. Toch zijn we in onze praktijk altijd om half zes helemaal klaar.’

Je hebt inmiddels 25 filmpjes geproduceerd. Hoe gaat dat in zijn werk? ‘Het begint met een idee. Ideeën liggen in ons vak voor het oprapen. Op deze congresdag heb ik ook weer een idee opgedaan over medische apps. Honderden apps op je telefoon, daar kan ik wel iets mee. Dat gegeven kan je uitvergroten, overdrijven, in het absurde trekken: dat is de truc. Zo’n idee kan soms weken sudderen, rijpen, en op een gegeven moment wordt het uitvoerbaar. Dan ga

FOTO MARCO KEYZER FOTOGRAFIE

Dokter Bob in actie als keynote op het NedHIS-congres

ik een dialoogje schrijven, dat moet op een A4'tje passen. Alle rollen speel ik zelf, ook de vrouwenrollen. Ik heb gewoon wat pruikjes aangeschaft. Het opnemen doe ik met mijn mobiel, eerst het ene personage, dan nummer twee. Daarna volgt de montage en vlecht ik het boeltje ineen. Als het resultaat me tevreden stemt, volgt de ondertiteling en het posten op TikTok, YouTube, Twitter, Instagram, LinkedIn en Facebook.'

Nooit een carrière als conferencier overwogen? 'Haha. Nee, maar ik had wel meer in de creatieve hoek willen zitten. Als tiener droomde ik ervan om filmmaker te worden. Conservatorium heb ik ook overwogen en op de lagere school wilde ik dirigent worden. Het is er allemaal niet van gekomen, maar ik heb wel in een cabaretgroepje gezeten en aan muziek gedaan. Sinds een paar jaar speel en zing ik ook op toneel. Het podium trekt.'

Daar vind je tijd voor? 'Die moet je maken. Vorig jaar heb ik met een grote regionale theaterproductie, de Venlose Revue, meegedaan. Zestien keer hebben we voor uitverkochte zalen gespeeld, echt fantastisch. Toen ik op het podium stond te zingen, te dansen en te spelen realiseerde ik me dat ik me in tijden niet zo blij had gevoeld. Een pijnlijke constatering. Dat het leven niet altijd leuk is begrijp ik, maar het is zo spijtig dat we die blijdschap, dat speelse van een kind verliezen. Naast mijn werk als huisarts heb ik bestuurswerk gedaan, les gegeven, maar ik heb besloten dat ik daar een rem op zet en meer ga musiceren en acteren.

Lang leve de homo ludens? Zeker. Gaandeweg ons leven dreigen we dat speelse, die lichtheid, de lach kwijt te raken. Kinderen lachen de hele dag, veertigplussers gemiddeld vier keer per dag. Dat is spijtig, temeer daar onderzoek aantoont dat humor positief correleert met gezondheid. In Nederland is Sibe Doosje, oud-docent bij de afdeling Klinische en Gezondheidspsychologie van de Universiteit van Utrecht, op dit onderwerp gepromoveerd. Humor en lachen vormen een oppepper voor jezelf, maar als je samen met iemand lacht, geeft dat een gevoel van connectie, van verbondenheid. Als je met een patiënt kunt lachen, verstevigt en verdiept dat de relatie. Ik zeg altijd: als je iets niet kunt veranderen, kun je er beter om lachen. Hoe zwaar iets ook is, zoek ook naar de humor en de lach. Dat is lastig in deze tijd van oorlog, klimaatproblematiek, vluchtelingen en noem maar op, maar niet onmogelijk. Als ik met mijn filmpjes het leven van collega's en anderen kan verlichten, een lach op gezichten weet te toveren, is mijn missie geslaagd.'

'ALS JE MET EEN PATIËNT KUNT LACHEN, VERDIEPT DAT DE RELATIE'

De juiste zorgen op de verkeerde plek

ROELF NORG
Roelf Norg is huisarts en jurist | roelfnorg@meditta.nl

In dagblad *Trouw* staat iedere week een rubriek met de titel 'Framing'. Een interessante column, die de uitspraken van – vaak – politici een bijzondere uitleg geeft. Die zet me geregeld aan het denken en brengt me op ideeën.

We kenden van wijlen het hoofdlijnenakkoord al de term 'Meer Tijd voor de Patiënt' (MTvP). Nu heeft een groot aantal huisartsen inmiddels de consultduur van 10 minuten al dan niet met een tussenstap van 12 minuten naar 15 minuten opgerekt. Niet uit vrije keus, maar uit bittere noodzaak. Om zelf het hoofd boven water te kunnen houden. Desgevraagd vertelde de inkoper van de zorgverzekeraar, die ik hier niet met naam mag citeren, al vier jaar geleden 'Waarom zouden we daarvoor betalen? Jullie doen dat toch wel!' En nu komt dat geld alsnog. Wel voorzien van nieuwe eisen. Met verplichte bijeenkomsten die de beschikbare tijd voor deskundigheidsbevordering opsouperen. Of doe je dat erbij? En dan in plaats van vrije tijd of in plaats van tijd voor de patiënt? Of hoe meer tijd voor de patiënt minder tijd voor de patiënt met zich meebrengt.

Zo is ook de term 'De juiste zorg op de juiste plek' geïntroduceerd (JZOJP). Een prachtige term, want wie kan er nu tegen de juiste zorg zijn en wie durft te opperen dat de juiste plek niet de te verkiezen plek is? Dus als een kinderpsychiater de chronische zorg en medicatiebewaking van een achtjarige naar de huisarts terugverwijst onder de vlag van JZOJP, wie durft er dan tegen te sputteren?

De nieuwe variant hiervan is 'passende zorg'. In de woorden van het Zorginstituut Nederland is dat '… zorg die werkt, waar mogelijk dicht bij de patiënt en waarbij patiënt en zorgverlener samen beslissen. Het gaat om een ommezwaai in ons denken over zorg. Minder focus op ziekte en behandeling en meer inzet op gezondheid en wat iemand wel kan.'[1] Onze implementatieplannen inzake 'vrij en solidair roosteren' bevatten een dwingend voorgeschreven invulveld met de titel: 'Welke plannen zijn er om regionaal minder huisartsenpostlocaties in de ANW open te hebben?' Er staat niet: 'Welke plannen zijn er om regionaal tot het beste huisartsgeneeskundige zorgaanbod te komen in de ANW-uren?' Er staat niet: 'Welke plannen zijn er om de huisartsgeneeskundige zorg dicht bij de patiënt te organiseren?' Er staat niet: 'Welke plannen zijn er om de patiënt te vragen wat hij/zij vindt van de bereikbaarheid van de huisartsenpost in ANW-uren?' Nee, het moet met minder huisartsenposten. Waarop past deze zorg? En op wie?

Maakt niet uit. We krijgen nu de goudenbergenoplossing: het Zorgcoördinatiecentrum (ZCC). Het reclamefilmpje hierover toont een vrouw die van de trap gevallen is, haar enkel verstuikt heeft en soepeltjes naar een ELV-bed begeleid wordt.[2] Nu de werkelijkheid. Onze regionale app toont alle beschikbare ELV-bedden. We krijgen een casus als boven beschreven. We zien via de app dat er geen ELV-bed beschikbaar is. We bellen de VVT-organisatie. Die kijkt op dezelfde app en ziet dat er 10 minuten later nog steeds geen ELV-bed beschikbaar is. Hetzelfde geldt voor de volgende VVT-organisatie. Wat zou een ZCC hieraan veranderen? Heeft dat opeens wél bedden in zijn app staan? Of stuurt het een leverancier van een hoog-laagbed langs? Dat wordt het nieuwe passend. Immers, we focussen niet meer op de ziekte, maar op wat iemand zelf kan. En die kan zelf ook in bed kruipen. Postoel ernaast. Heeft ze samen met het ZCC voor gekozen. Vrijwillig.

Zo'n oplossing verkoopt natuurlijk niet. Daar win je geen stemmen mee. Dus die zie je niet op zo'n filmpje. Zo'n oplossing is er een van het type (uitgeklede) efficiënte zorg. En 'efficiency' is een besmette term geworden. Die staat synoniem met bezuiniging en afbraakbeleid. Wanneer is zorg passend, niet passend, onpasselijk?

Ten slotte citeer ik uit de (vertrouwelijke) correspondentie tussen de hoofdredacteur van *SynthesHis* en mij.

'Beste Roelf, Je hebt de juiste zorgen, maar bent bij *SynthesHis* op de verkeerde plek.'

'Ik weet het, Jeroen. Maar op het Malieveld was ik ook niet op de goede plek, want daar kwam de minister niet opdagen.'

'Toch is de ministerraad de juiste plek.'

'Maar daar maken ze zich juist de verkeerde zorgen.' ■

Noten

1 https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/passende-zorg

2 https://zcc-mnl.nl/over-het-zorg-coordinatie-centrum/

TERUGBLIK OP OPEN EERSTELIJN

Inzage via portalen succesvol gerealiseerd, PGO-route nog hobbelig

FOTO'S MARCO KEYZER FOTOGRAFIE

V.l.n.r. Rens Bouw, Theo Peters, Martina Bartelink, Peter Smithjes

De prestatieperiode van het programma OPEN Eerstelijn eindigde op 31 april 2023. Tijd om terug te blikken op vier jaar lang werken aan online inzage voor patiënten. Kunnen we spreken van een succes? Deels, vinden de deelnemers aan dit rondetafelgesprek. 'We hebben een grote stap voorwaarts gezet, veel geleerd en nog genoeg te doen.'

CHRISTIE MANINTVELD
CHRISTIE@M-T-O.NL

Over online inzage van je dossier via het patiëntenportaal van de huisarts kunnen we kort zijn: dat is gelukt. Elke Nederlander (boven de zestien jaar) kan zijn dossier via het portaal van de huisarts inmiddels inzien en dat is zeker een mooie prestatie. Zo'n 20 procent heeft hier tot nu toe daadwerkelijk gebruik van gemaakt. Daarnaast zou het OPEN-programma ook online inzage via en Persoonlijke Gezondheidsomgeving (PGO) realiseren. De patiënt kiest zelf een gecertificeerde PGO en krijgt via deze applicatie inzage in zijn medisch dossier. Na aansluiting van de huisartsen in 2020, zouden ggz-instellingen en ziekenhuizen snel volgen. Deze PGO-route bleek er één vol kuilen en hobbels. Peter Smithjes (directeur

Martina Bartelink, programmamanager OPEN

OmniHis) schetst de huidige situatie als volgt: 'Het is nu wel beschikbaar, maar het voelt als een auto waarmee je drie keer rechts moet om linksaf te kunnen slaan.'

Behoorlijk bijsturen

Theo Peters (CGM): 'Als leverancier waren wij in eerste instantie vooral gericht op de MedMij-kant, op de PGO's. De portaalroute kregen we er voor ons gevoel een beetje bij gestopt. Maar tijdens het implementatietraject bleek dat PGO's niet direct de hoofdrol kregen. Koppelingen met PGO's waren nog niet gereed en de huisartsen leken er ook niet echt op aan te dringen. Wij hebben toen behoorlijk moeten bijsturen. Er zijn meerdere leveranciers die PGO's hebben ontwikkeld en die wel degelijk volgens planning klaar waren in 2020. Dan heb je een leuke applicatie, maar patiënten kunnen nergens data ophalen. Een vervelende mismatch, want je hebt geïnvesteerd en je kunt er niet mee verder.'
'In de OPEN-planning was de oplevering van de techniek rondom de PGO's gelijkgesteld aan oplevering van de implementatie', zegt Rens Bouw, projectleider bij regionale huisartsenorganisaties in Nijmegen en omgeving Meditta. 'Dan kom je in de knel, want er wordt nog aan de techniek gewerkt als de implementatie al moet beginnen. Dat heeft ons best genekt. Als projectleider voor meerdere OPEN-regiocoalities hielp ik bij de implementatie van online inzage in de praktijk. We hebben eerst stevig ingezet op het stimuleren van het gebruik van portalen. Ondertussen bouw je een spanningsboog op rondom de komst van de PGO's, vraagt medewerkers van huisartsenpraktijken om tijdig voorbereidingen te treffen, zich te scholen en dan begint het niet, en dan weer niet en weer niet. Gelukkig is online inzage via de portalen wel een groot succes geworden.'

Veel leerpunten

Martina Bartelink, programmamanager van OPEN, beaamt dat OPEN naast succes ook enorm veel leerpunten heeft opgeleverd. 'Een van de hobbels in dit traject betreft de verschillende talen die gesproken worden. Je hebt te maken met politieke en beleidstek-

MARTINA BARTELINK: **'JE KRIJGT DE OPDRACHT OM EEN FANTASTISCHE DROOM WAAR TE MAKEN'**

Rens Bouw

Peter Smithjes

sten, maar ook met technische, juridische en implementatietaal. Je krijgt de opdracht om een fantastische droom waar te maken. Je bedenkt samen hoe die droom haalbaar en contracteerbaar wordt. Iedereen is het eens met wat er op papier staat, maar eenmaal op weg blijken er toch verschillende interpretaties en verwachtingen te bestaan.
Peter: 'Als leveranciers zijn we uiteraard gewend om afspraken en planningen te maken. Je inventariseert wat je nodig hebt en wat je wanneer af moet hebben om uiteindelijk op tijd klaar te zijn. Nu gingen we eigenlijk op ontdekkingsreis. We gingen samen iets fundamenteel nieuws ontwikkelen. Dat kan, maar dan kun je niet van tevoren zeggen "En over drie maanden ontdekken we Amerika."'
Martina: 'Alles was prachtig uitgedacht op papier. Er was een standaard beschikbaar en we zaten in een vroeg stadium met de HIS-leveranciers om tafel om samen te kijken naar de mogelijkheden en de mantelovereenkomst. We waren het eens over de route, maar gaandeweg kwamen we steeds problemen tegen waar geen duidelijke eigenaar van was.'

Theo: 'Zowel aan de vraag- als aan de aanbodkant van de data gingen we aan de slag met de standaard. Beide kanten werden gecertificeerd. Vervolgens steek je de stekker erin en dan werkt het niet. Dan is het ook zaak om te kijken naar de kwaliteit van de standaard – hoe heb je beschreven dat de stekker in elkaar moet zitten – en de beschikbare testmogelijkheden. Je zou onderweg ook regelmatig de stekker moeten kunnen uitproberen.' Peter: 'Leveranciers hebben wel zitten foeteren. Dan hadden ze al drie keer iets gebouwd en moest het toch weer anders.'

Risico genomen

'We begonnen met een nieuwe set van afspraken over iets ontzettend lastigs: gegevensuitwisseling', vervolgt Peter. 'Die set bleek niet volwassen genoeg. Dit risico hebben we in het begin gesignaleerd en we hebben het met z'n allen genomen. Als je me vraagt of ik het nog eens zo zou willen doen, is het antwoord nee. De les die we hebben geleerd is dat onvolwassenheid in de standaard zich in het hele traject vertaalt.'

RENS BOUW: **'ER ZIJN VEEL ZAADJES GEPLANT EN ER LIGT NU EEN INFRASTRUCTUUR'**

Peter Smithjes en rechts Theo Peters

Theo: 'Nu is het tijd voor herbezinning. Hoe moet het anders? Daar kijken we naar onder leiding van Bart Brandenburg, coördinator MedElkaar bij MedMij.'
Inmiddels staat 99,1% van de huisartsenpraktijken op de Zorgaanbiederslijst (ZAL) van MedMij. Dit betekent dat in nagenoeg alle praktijken de technische seinen op groen staan voor PGO-gebruik. 'Toch is er nog een weg te gaan', zegt Rens. 'Stel, je wilt je gegevens van drie verschillende zorgverleners ophalen in je PGO. Om dat voor elkaar te krijgen moet je drie keer opnieuw inloggen met DigiD. We hebben de laatste tijd met patiënten getest hoe online inzage via een PGO werkt bij huisarts en ziekenhuis. Als het lukt zijn mensen wel positief verrast over wat er zichtbaar wordt. Ze ervaren een duidelijke meerwaarde.
Theo: 'Ik vind dat het wel erg stil blijft rond de PGO's. Ik zou een campagne verwachten vanuit de Patiëntenfederatie en Postbus51-spotjes.' Waarop Rens reageert: 'Het is de vraag wanneer het slim is om reclame te gaan maken. Want als het niet goed genoeg werkt, haken mensen ook direct weer af.'

THEO PETERS: **'NU IS HET TIJD VOOR HERBEZINNING. HOE MOET HET ANDERS?'**

Vervolgstappen

Het programma is afgelopen, maar 'wat is de *definition of done*', zegt Martina. 'De techniek is ontwikkeld. Het staat aan. Tegelijkertijd zijn er nog veel stappen te zetten. Een volgende stap is bijvoorbeeld het omgaan met door patiënten ingevoerde zelfmetingen. Daarvoor zou een richtlijn ontwikkeld kunnen worden.'
Als heikel open eind noemt Peter de DVZA-kosten. Dit zijn kosten die de huisartsen betalen voor de koppeling tussen hun HIS en de PGO's. 'We hebben afgesproken dat de ontwikkelkosten niet voor rekening van de huisartsen kwamen, maar de indruk is gewekt dat alles altijd gratis zou zijn. Als dan blijkt dat het leven in de toekomst duurder wordt, zijn veel mensen in shock.'
Rens: 'Het gaat om verwachtingsmanagement. Ik snap wel dat huisartsen niet begrepen waarom ze moesten betalen, terwijl er nog geen data beschikbaar waren in de PGO's en het een vrije keuze zou zijn. Ook is het gek dat de DVZA-kosten per leverancier enorm verschillen.' Martina: 'Dit is dus iets wat Stichting Legio gaat uitzoeken. Het kost geld, dat staat vast. Wat is er nodig om het koppelen met PGO-stelsel te laten werken en wie gaat dat betalen?'

Waardevol traject

Terugblikkend op de afgelopen vier jaar concluderen de aanwezigen dat de inspanningen niet voor niets zijn geweest. Er zijn doelen bereikt en deadlines gehaald. Ook zijn de leerpunten enorm waardevol voor digitaliseringsprogramma's die nog volgen. Peter: 'Iets wat ik heb meegenomen uit de coronacrisis is dat we met volledige focus in staat zijn grote stappen te zetten in korte tijd. We gingen volledig voor de opt-ins en ondersteuning van het vaccinatieprogramma. Dat element zou je willen implementeren in een implementatieprogramma als OPEN. Hoe kun je – zonder opnieuw een calamiteit mee te willen maken – een onderwerp samen de hoogste prioriteit geven?'

Rens: 'Er zijn veel zaadjes geplant en er ligt nu een infrastructuur – technisch en ook qua samenwerking – die gebruikt kan worden om volgende stappen vorm te geven.' 'Niet alleen als het gaat om online inzage, maar bijvoorbeeld ook in de medicatieoverdracht', vult Theo aan. 'Daar zijn zo mogelijk nog meer partijen bij betrokken.'

Martina sluit af met de woorden: 'Ik ben heel blij met de manier waarop de leveranciers dit hebben opgepakt. Als we het niet hadden gedaan, hadden we het nu ook niet over de verbeteringen kunnen hebben. We hebben mooie dingen gerealiseerd. Het was niet altijd perfect, maar we hebben wel deadlines gehaald. Nu kan het alleen nog maar beter worden.'

PETER SMITHJES: **'HET VOELT ALS EEN AUTO WAARMEE JE DRIE KEER RECHTS MOET OM LINKSAF TE KUNNEN SLAAN'**

‘Ervaar zelf hoe wij de zorg verbeteren’

COLUMN

NICOLE VAN WETTEN
COMMUNICATIEADVISEUR

Een introductie voor een nieuwe opdracht bij een Santeon ziekenhuis deed me denken aan het Mudam Luxembourg Modern Art Museum in Luxemburg-stad. Daar ervoer ik kunst door te doen. In een hoge, grote en lichte ruimte lagen stapels met hout. Platen, stokken en balken. Verspreid in de ruimte blonken metalen fonteinen. Daar kon je flinke hompen was smelten om als lijm te gebruiken. Als bezoeker werd je uitgenodigd een stoel te maken of in ieder geval een creatie waarop je kon zitten.

Van alle musea die ik ooit heb bezocht, is het Mudam Museum mij het beste bijgebleven. Zo verraste mij ook de werkintroductie over de Santeon ziekenhuizen. Interessant hoe ooit vijf katholieke zorginstellingen met elkaar verbonden waren. Hoe in 2007 de Vereniging Samenwerkende Ziekenhuizen startte en in 2010 het merk Santeon werd geboren. Op dit moment werken onder deze vlag samen het Martini Ziekenhuis, het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, het St. Antonius Ziekenhuis, Catharina Ziekenhuis, Maasstad Ziekenhuis, Medisch Spectrum Twente en OLVG. Zij beschikken over een gezamenlijk dataplatform HIPS.
Het verrassende tijdens de kennismaking vond ik het ervaren door te doen. ‘Ervaar zelf hoe wij de zorg verbeteren’ kondigde de presentator aan. De introductiedeelnemers waren mensen die net waren gestart of binnenkort aan de slag gingen voor een van de Santeon ziekenhuizen. Een inkoper, enkele beleidsmedewerkers, enkele verpleegkundigen en een tekstschrijver voor de zorg. Wij werden ingedeeld in groepjes. Als informatie ontvingen we data van zeven anonieme ziekenhuizen.

Elke groep vertegenwoordigde een ziekenhuis. De opdracht luidde om met dat bronmateriaal antwoorden te vinden op vragen als: Waarop scoor je goed? Waarop scoor je minder goed? Van wie zou je wat willen leren?
En wat gebeurde er? Eerst bleef het ongemakkelijk stil. Wat wordt er nu van ons verwacht? Dan is er iemand die hardop durft te denken: ‘Kijk…’ Gaandeweg durfden ook de andere deelnemers hardop mee te doen. Een stroom van gedachten bracht ons uiteindelijk tot consensus. Enkele van onze antwoorden: ‘Met ziekenhuis X willen wij sparren over het percentage CVA-patiënten met een korte deur-tot-naaldtijd. Zij scoren beter dan wij. Hoe pakken zij dat aan? Waarop verschilt hun werkwijze met die van ons? Bij ziekenhuis Y willen wij horen hoe zij het aantal heroperaties verminderen: heroperaties na een positief snijvlak bij een borstsparende operatie (in geval van borstkanker).’ Ongelooflijk. Zo ervaar je hoe leuk en nuttig het is samen data te beoordelen. Dat je ook als niet-data-expert begrijpt dat dit de zorg vooruit helpt. Bovendien kom je al doende vanzelf op het spoor van meer samenwerking! Dat vond ik het mooiste uit de Santeon-kennismakingssessie. ■

De Santeon ziekenhuizen samen beschikken over een groot volume aan waardevolle data. Via het Health Intelligence Platform Santeon (HIPS) kunnen zij snel informatie uitwisselen en vergelijken. De basis van HIPS is het Santeon Informatie Model (SIM), dat is gebaseerd op de Nictiz-zorginformatiebouwstenen (zibs). Dat maakt samenwerken met andere ziekenhuizen of organisaties makkelijker. Data gestandaardiseerd uitwisselen en vergelijken helpt bij onderzoeken, zorg verbeteren en innoveren.

FOTOGRAFIE DORIEN HEIN | WWW.TOTKUK.COM

HET NEDHIS-CONGRES 2023

Als het er niet is, ervaar je pas wat je mist

FOTO'S MARCO KEYZER FOTOGRAFIE

Na drie jaar uitstel was er weer een NedHIS-congres over digitalisering voor de huisartsenzorg. Als bijen op de honing waren belangstellenden op de bijeenkomst afgekomen. De dag bood ruimte aan ruim vierhonderd huisartsen, assistenten, praktijkondersteuners en praktijkmanagers. Woensdag 22 maart 2023 gonsde Hotel Vianen de hele dag van de bedrijvigheid. Na drie stille jaren voerde een blij enthousiasme de boventoon.

NICOLE VAN WETTEN
INFO@NICCOMMUNICATIE.NL

Barry de Waard

Voorzitter Valentijn Deijns vestigde ieders aandacht op NedHIS, waarin 90 procent van de huisartsenpraktijken verenigd is. NedHIS vertegenwoordigt de gebruikers van Promedico en CGM HUISARTS, MicroHIS, OmniHis Scipio en Medicom. Zij overlegt met landelijke partijen als het ministerie van VWS, het CMIO-netwerk, VZVZ en Nictiz, de LHV en het NHG. Hij deed een oproep aan de aanwezigen: binnen de gebruikersverenigingen is er ruimte voor nieuwe bestuurders. Iedereen die deze uitdaging wil aangaan, kan zich aanmelden via secretariaat@nedhis.nl. Verder hield Valentijn Deijns zijn warme welkom kort: 'Dit jaar brengen we minder beleid onder de aandacht en meer praktijk. We gaan aan het werk!'
Het programma bood in totaal meer dan dertig verschillende workshops, te bezoeken in vijf opeenvolgende sessieronden. De softwareleveranciers namen daarbij bijna de helft van de workshops voor hun rekening. Tijdens de pauzes kon je de goed bezette beursvloer bezoeken of in een rustig zitje achteraf met elkaar bijpraten.

Fiattering of autorisatie als kwaliteitsverbetering

Praktijkmanager en doktersassistente Carla Postma uit Lunteren (Gelderland) bezocht als eerste de workshop Fiattering in de praktijk, interactie tussen dokter en assistent. Net voordat de sessie begon vertelde ze: 'Voor mij is het wel eens zoeken naar wat je wel en wat je niet laat fiatteren in de praktijk. Fiattering vraagt tijd en ik hoop dadelijk nieuwe inzichten te krijgen. Ideeën over hoe wij het autorisatieproces kunnen verbeteren en hoe wij de arts daarin verder kunnen ontlasten.'
Wendy Breuker, doktersassistente bij huisartsenpraktijk Waalfront, en Caroline Norg, huisarts en CMIO te Haelen, verzorgden de sessie. Zij legden uit dat een huisarts niet wettelijk verplicht is om patiëntcontacten van medewerkers te autoriseren. Wel is een huisarts verantwoordelijk voor alles wat een assistente op de praktijk doet. Daarnaast is het bij wet verplicht om werkafspraken vast te leggen. Wendy Breuker noteert al haar patiëntcontacten, zodat de huisarts ze allemaal kan beoordelen: 'Ik vind het laten fiatteren van mijn patiëntcontacten een prettige manier om de kwaliteit te verhogen. In de praktijk ken je elkaar, maar juist dat kan een vals gevoel van veiligheid geven.'
Ze vervolgt: 'Kan ik als assistente bij een zestigplusser overzien welke aandoeningen bij deze patiënt spelen? Nog niet, maar door mijn contacten te laten autoriseren leer ik steeds meer.'
Fiatteren vraagt tijd, daarover is iedereen het eens. Automatiseer en digitaliseer je het autorisatieproces,

PRAKTIJKMANAGER BARRY DE WAARD: **'VAN ONZE HIS-LEVERANCIER WIL IK WETEN HOE WIJ EPISODEBUNDELS KUNNEN AANMAKEN: VOOR NOG MEER STRUCTUUR!'**

FOTO'S MARCO KEYZER FOTOGRAFIE

Caroline (links) en Wendy (rechts) in actie

dan biedt dat structuur en tijdwinst. Een tip uit de zaal was 'de dokter van dienst': per dag één dokter die de autorisatie afhandelt.
Caroline Norg vroeg aandacht voor het autoriseren van patiëntcontacten van een anios-H (arts niet in opleiding tot specialist huisartsgeneeskunde). Een anios-H deelt de verantwoordelijkheid met de praktijkhoudend huisarts. Dit betekent dat – mocht er een tuchtzaak spelen – beide artsen voor de tuchtrechter moeten komen. Tot slot noemde ze de bijvangst die het fiatteren oplevert: een overzicht van wie welke patiënt heeft gezien en een lijst met goede onderwerpen voor het werkoverleg.
Na afloop van de workshop benoemde praktijkmanager Carla Postma wat ze zeker zal aankaarten binnen haar praktijk in Lunteren: het idee om fiattering en overleg niet langer te scheiden, maar te combineren. Binnen het huisartsinformatiesysteem MicroHIS kan dat via de optie Taken. Carla Postma: 'Bovendien ga ik na of onze werkafspraken over autoriseren wel op papier staan.'

Episodegericht registreren voor overzicht

Barry de Waard, praktijkmanager in huisartsenpraktijk J. de Waard in Kollum (Friesland), koos bewust de workshop Episodegericht registreren: 'Vanaf volgende week hebben wij een nieuwe huisarts en een nieuwe assistente in dienst en drie assistentes in opleiding. Ons team bestaat dan uit drie huisartsen, vier assistentes, vijf praktijkondersteuners en enkele stagiaires. Ik vind het heel belangrijk dat onze medewerkers goed registeren in het HIS. Ik wil graag de puntjes op de i krijgen en mijn collega's daarin meenemen.'
Huisartsen Casper Tombrock en Jeroen van der Lugt namen de deelnemers mee in episodegewijs registreren. Hiermee structureer je het patiëntendossier, leg je het ziektebeloop vast en gebruik je als generieke taal de ICPC-codes met Nederlandse subcodes. Om het ziektebeloop in beeld te houden, is het belangrijk tijdens dat beloop codes aan te passen. Als een buikpijn (code D01) een blindedarmontsteking blijkt te zijn (code D88) verander je D01 in D88. Daarnaast is het raadzaam om bijvoorbeeld informatie uit het ziekenhuis (in het medisch journaal) te koppelen aan de bijbehorende episode. En mocht het voorkomen dat er per ongeluk tweemaal dezelfde episode is aangemaakt, voeg deze dan samen. Dat alles met één doel: overzicht houden.
Handig zijn zogenaamde episodebundels. Het NHG heeft er zeven gedefinieerd, waaronder een bundel voor COPD en een voor CVRM. Ook is het mogelijk zelf een bundel aan te maken, bijvoorbeeld voor

FOTO'S MARCO KEYZER FOTOGRAFIE

Sjoerdtje Venema en Hein Nap

kwaadaardige tumoren.
Barry de Waard: 'Wij gaan dossiers inscannen uit 2005 en daarvoor. Daarom wil ik weten hoe we episodes op niet-actief kunnen zetten. Ook moet er op schrift komen hoe we de niet-actieve episodes van patiënten kunnen benaderen. Verder neem ik het thema Overzicht houden mee naar de praktijk en om dat met de nieuwe huisarts te bespreken. Van onze HIS-leverancier wil ik weten hoe wij episodebundels kunnen aanmaken: voor nog meer structuur!'

Onmisbare apps en digitale tools voor de huisarts

Er bestaan 325.000 medische apps waarvan wij niet weten of ze goed zijn of niet. Een CE-keurmerk bijvoorbeeld is wel nodig om een app als medisch hulpmiddel te mogen gebruiken, maar zegt niets over de bruikbaarheid. Gelukkig had huisarts Bart Timmers voorwerk gedaan. Als bovengemiddeld in e-health geïnteresseerde huisarts verzorgde hij een sessie over apps en digitale tools.

PRAKTIJKMANAGER SJOERDTJE VENEMA EN HUISARTS HEIN NAP:

'VIRTUELE APPS ZIJN LEUK!'

Onder de nieuwsgieringen waren praktijkmanager Sjoerdtje Venema en huisarts Hein Nap van huisartsenpraktijk Muntendam in Muntendam (Groningen): 'Misschien krijgen we in de praktijk bruikbare tips en trucs. Of leuke apps die zowel voor de patiënt als voor ons toegankelijk zijn en waarmee wij de kwaliteit van de zorg kunnen opkrikken.'
Na afloop zeiden ze: 'Virtuele apps zijn leuk!' Bart Timmers had als voorbeeld Visible body laten zien, een app waarmee je een lichaam virtueel op tafel legt en een deel daarvan stapje voor stapje anatomisch kunt ontleden. Als aanrader noemde Hein Nap Taprate. Hiermee meet je heel eenvoudig de ademfrequentie bij een patiënt zonder daar de aandacht op te vestigen. 'Deze app geef ik ook door aan mijn huisarts in opleiding, evenals de app PalliArts.' PalliArts helpt je goede palliatieve zorg te verlenen. Fraai is dat deze app regionaal werkt: je ziet waar in de regio bedden in een hospice vrij zijn. Daarnaast vind je er een palliatief formularium en een omrekentabel voor opioïden.
Beoordeel je zelf een app, let dan op de vormgeving en op de manier waarop wordt omgegaan met privacy. Vragen die je verder kunt stellen zijn: wie is de maker? Hoe kun je contact leggen? Welke belangen spelen er? Ga je liever af op oordelen van anderen, raadpleeg dan de Digitale Zorg Gids van de Patiën-

Pieter Jan van Empel

tenfederatie Nederland of de GGD App Store.
Tot slot een tool die zorgt dat je op de huisartsenpost of tijdens visites rijden nuttige informatie in je handpalm hebt: www.artsportaal.nl. Dit portaal werd vijf jaar geleden opgezet door twee huisartsen. De website is niet alleen een zoekmachine, maar ook een kennisbank en startpagina. Je kunt zoeken in ruim achtduizend betrouwbare informatiebronnen. Ruim zestig (kader)huisartsen en medisch specialisten dragen bij aan het actueel houden van de informatiebronnen.

Trede voor trede naar ICT-volwassenheid

Voor Pieter Jan van Empel was De ICT-ladder voor de huisartsenpraktijk de laatste workshop die hij bezocht. Hij werkt voor praktijk Amstel en IJ huisartsen, die hij in 2016 oprichtte en inmiddels locaties in Amsterdam-Noord en -Oost heeft. Daarnaast is hij bestuurslid van de ROHA (Regionale Organisatie Huisartsen Amsterdam). Deze zorggroep organiseert een optimale huisartsenzorginfrastructuur voor samenwerkende huisartsen met ongeveer 400.000 patiënten. Pieter Jan van Empel: 'Als ROHA-bestuurslid heb ik ICT in mijn portefeuille. Daarom leek het mij sowieso goed dit congres te bezoeken, en ook deze workshop. Wat ik ervan verwacht? Bij een ladder stel ik me een instrument voor dat je helpt van nul tot het einde voor ICT in je praktijk de juiste beslissingen te nemen.'
Huisartsen Hans Peucker en Bart van Pinxteren lichtten de ICT-ladder toe, een instrument met vijf treden als ICT-groeimodel voor de huisartsenpraktijk. Het model daagt je uit trede voor trede op ICT-niveau 5 te komen, de hoogste trede. Eenmaal op die trede beland, voldoe je aan de NEN 7510 voor informatiebeveiliging. Dan heb je bijvoorbeeld geregeld dat jij of een andere persoon of organisatie de updates van je HIS test: doet het systeem na de update wat het moet doen? Dit ben je als praktijkhouder bij wet verplicht.
De ICT-ladder is een platform waar je als praktijk vragen beantwoordt. Op een dashboard komt je ICT-volwassenheid in beeld, gerelateerd aan het NICTIZ-lagenmodel voor interoperabiliteit (het vermogen om digitaal gegevens te kunnen uitwisselen). Na het beantwoorden van de vragen volgt altijd een verbeterplan om te groeien in ICT-structuur. Via de ICT-ladder krijg je inzicht in de ICT-structuur van je eigen praktijk en praktijken van de omgeving. Verder biedt de ladder de mogelijkheid om je praktijk met andere praktijken te vergelijken. De ladder is bij uitstek een instrument voor zorggroepen, omdat zij meer huisartsenpraktijken ondersteunen in hun groei naar ICT-volwassenheid. Vanuit huisartsgenees-

HUISARTS PIETER JAN VAN EMPEL OVER DE ICT-LADDER VOOR DE HUISARTSENPRAKTIJK: **'DAT DIT PLATFORM BESTAAT!'**

FOTO DOUWE DE BOER

Jonathan Bouman

kunde gezien helpt de ICT-ladder de beroepsgroep verder te professionaliseren.
Een deelnemer uit Groningen vermoedde dat weinig praktijken in die provincie dit model gebruiken. 'Dat klopt', antwoordde Bart van Pinxteren, 'de provincie Drenthe loopt voorop en ook Friesland werkt actief met de ladder. Ik nodig zorggroepen uit Groningen vooral uit om contact te leggen en een afspraak te maken.'
Pieter Jan van Empel na afloop: 'Dat dit platform bestaat! Juist als zorggroep ROHA willen wij veel van de 130 ROHA-praktijken ondersteunen. Dit model zou heel goed kunnen aansluiten.'

Leren denken als een hacker

Terwijl leden van de vier gebruikersverenigingen Atlas, Orego, OmniHis en VeGOM vergaderden, kreeg huisarts en ethisch hacker Jonathan Bouman het podium. Met zichtbaar gemak wees hij zijn publiek ludiek op digitale (on)veiligheid binnen huisartsenzorg. Als basishygiëne cybersecurity bood hij dit houvast:

- Wantrouw e-mails en gebruik geen e-mail voor patiëntgegevens.
- Bel bij een inkomende lijn voor de zekerheid de beller terug.
- Wantrouw sms.
- Geef alle praktijkmedewerkers een eigen account en draag ze op schermen te vergrendelen en pc's af te sluiten.
- Update software regelmatig.
- Gebruik een wachtwoordmanager in de praktijk en privé.
- Gebruik tweefactorauthenticatie bij login.

HUISARTS EN ETHISCH HACKER JONATHAN BOUMAN: **'ZO MAAK JE HET DE HACKER MOEILIJK EN MAAK JE DE ZORG VEILIGER!'**

FOTO'S MARCO KEYZER FOTOGRAFIE

Dr. Bob (Eric Cremers) in actie

- Vermijd USB-sticks.
- Gebruik social media bewust.
- Laat verzekeringen tegen digitale gijzelingen achterwege.

Onbegrijpelijk vindt hij het dat sommige verzekeraars, zoals de VvAA, tegen het overheidsadvies in een losgelddekking bieden voor het geval je zorgpraktijk wordt gehackt en gegijzeld. Bouman: 'De industrie om zorgverleners te hacken voor geld bestond jaren geleden nog niet. Nu zijn er verzekeraars die voor enkele honderden euro's per jaar een losgelddekking geven van meer dan 100.000 euro bij een digitale gijzeling. Creëren wij juist met die verzekering niet een gigantisch probleem? Valt er niets te halen, dan steek je er als hacker de volgende keer geen tijd in. Deze verzekeraars investeren bij elke uitbetaling direct in de volgende hack en maken de huisarts een doelwit. Een verzekering op zich is geen slecht idee, maar laat die dan alleen de kosten dekken om alles te herstellen. De 100.000 euro losgeld is dan veel beter besteed.'
Bouman benadrukte dat wijzelf verantwoordelijk blijven voor informatieveiligheid. Voor meer praktische adviezen verwees hij naar Z-CERT, dat zich richt op informatieveiligheid in de zorg, waaronder die in de eerstelijnsgezondheidszorg. Tot slot zijn *take-home-messages*:

- Volgens de KNMG ben je als arts verantwoordelijk voor de informatiesystemen die je gebruikt.
- Regel een aparte mobiel/laptop/tablet voor werk.
- Wees bereikbaar voor ethische hackers.
- Eis binnen je organisatie *threat modelling* voor kritische processen: brainstormen met collega's, ethisch hackers en softwareleveranciers over mogelijke fouten en lekken.

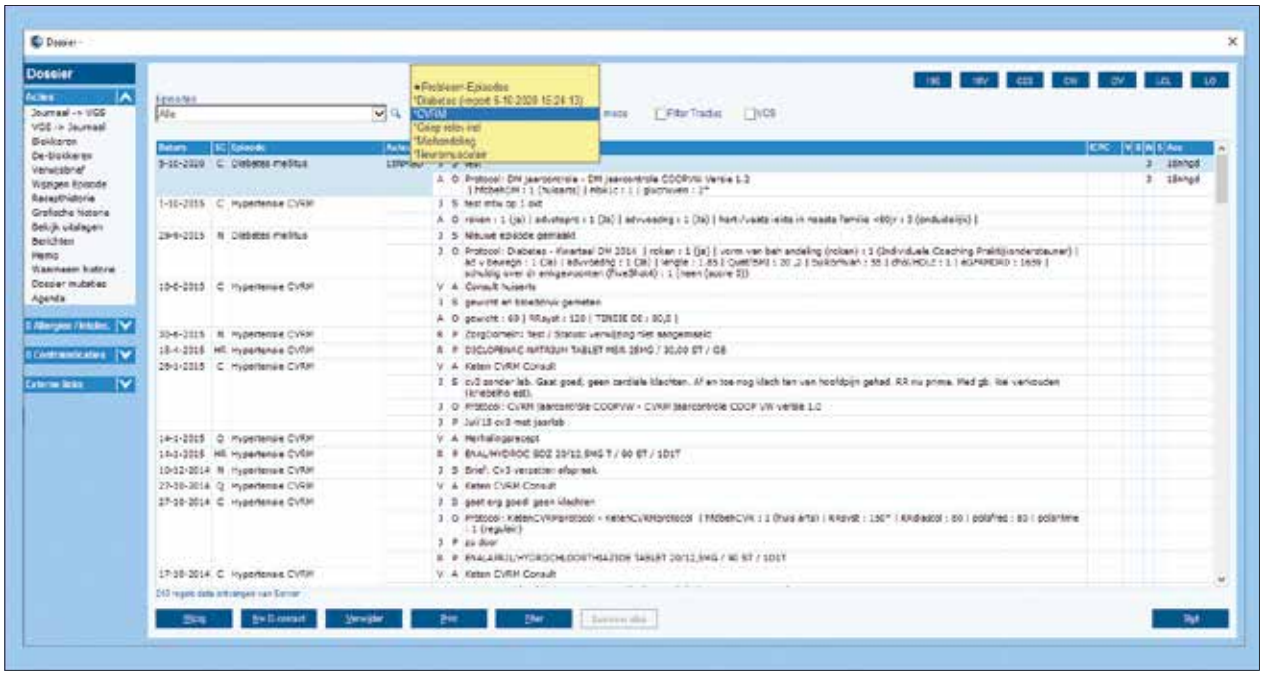
WENDY BREUKER: **'IK VIND HET LATEN FIATTEREN VAN MIJN PATIËNTCONTACTEN EEN PRETTIGE MANIER OM DE KWALITEIT TE VERHOGEN'**

CGM-HUISARTS
Episodegroepen

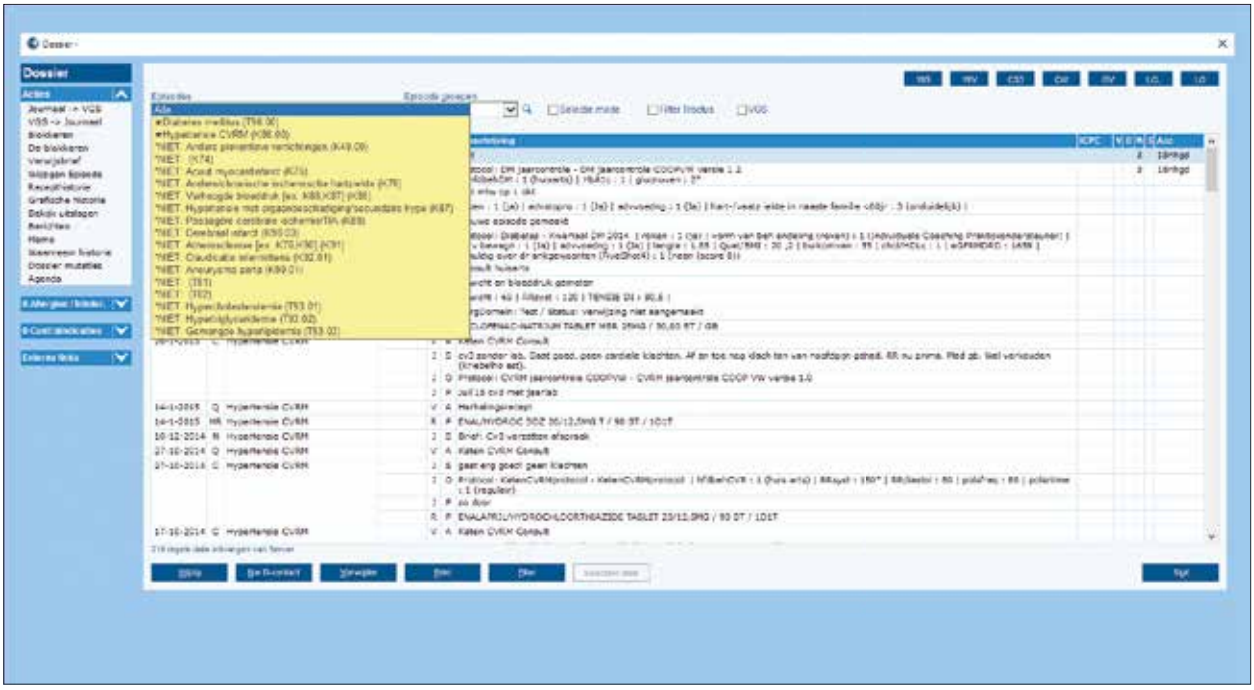
In deze T&T willen we aandacht geven aan het nut en het gebruik van de episodebundels in een HIS. Het idee van de episodebundels is ooit geopperd omdat sommige episodes enerzijds op zichzelf staan en anderzijds vaak samengaan met andere episodes. Zo zijn de episodes Diabetische neuropathie, Diabetische nefropathie en Diabetische retinopathie alle drie afzonderlijk noodzakelijk, maar vallen ze allemaal onder één noemer: Diabetes mellitus. Daar zijn er natuurlijk nog meer van te bedenken, bijvoorbeeld Zwangerschappen, Anticonceptie en CVRM.

In CGM-HUISARTS is hiervan vooral veel nuttig effect te behalen in het overzichtsscherm **Dossier**.

Boven in dat scherm staan twee rubrieken, **Episodes** en **Episode groepen** (de term voor episodebundels in CGM-HUISARTS). Standaard staat in de rubriek Episodes 'Alle' vermeld en is de rubriek **Episode groep** leeg. Door nu bij de episodegroepen te klikken op de combobox (het pijltje naar beneden rechts in de rubriek) verschijnen er



Figuur 1. Een overzicht van de verschillende episodegroepen



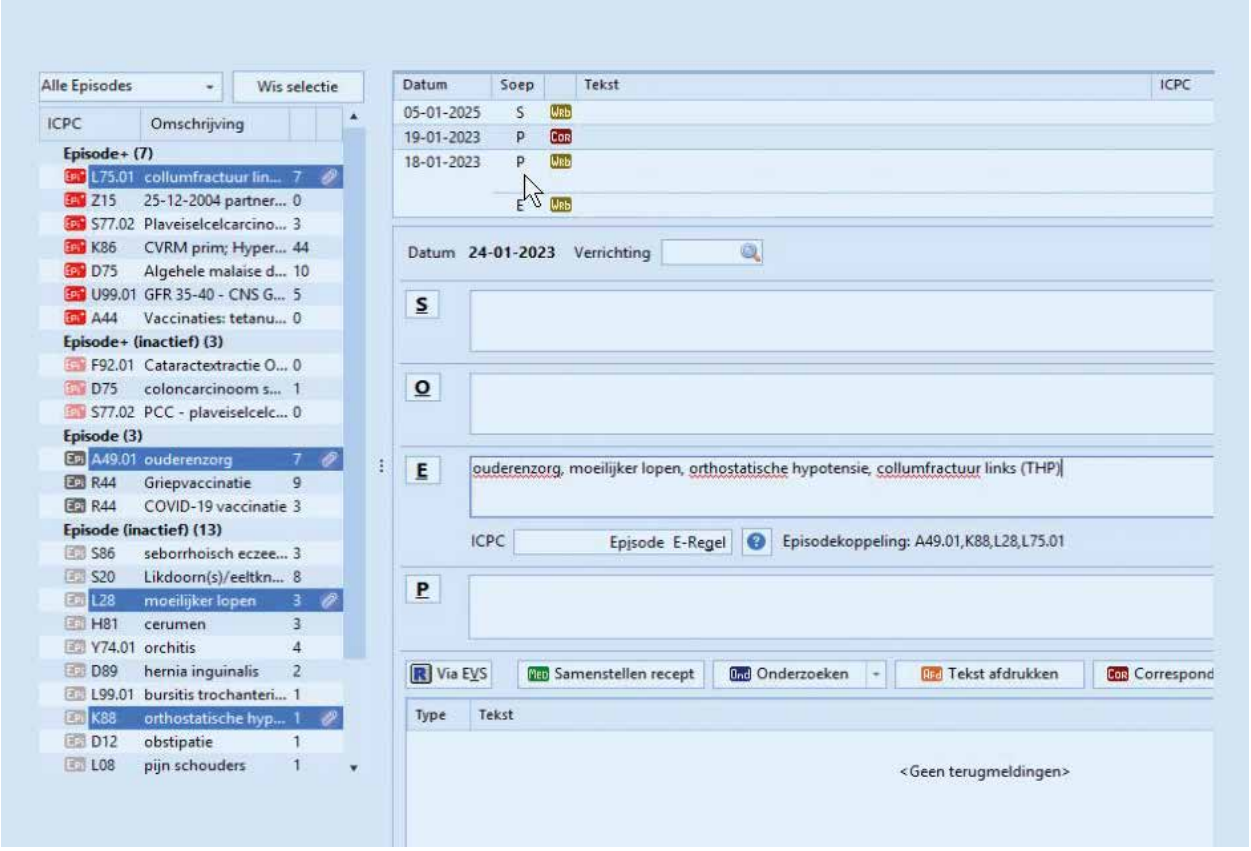
Figuur 2. Een overzicht van episodes die onder de episodegroep 'CVRM' vallen

twee verschillende soorten. De ene heeft voor de titel een sterretje staan en is een generieke episodegroep, de tweede heeft dat niet en is een individuele episodegroep.
De generiek episodegroep is aangemaakt voor alle patiënten in de praktijk en wordt alleen getoond als er een episode is vastgelegd in het dossier van de patiënt met een ICPC-code die voorkomt in de vooraf gedefinieerde episodegroep.
Deze generieke episodegroepen zijn te maken met een link in het zoekscherm van CGM-huisarts. Is die episodegroep eenmaal aanwezig, dan geldt die dus voor alle patiënten.
De individuele episodegroep kan worden aangemaakt door te klikken op het loepje (het vergrootglasicoon) naast de rubriek **Episode groepen** in het dossierscherm. Hiermee kan dus voor de patiënt in kwestie een eigen episodegroep worden aangemaakt. Ikzelf maak daar geregeld gebruik van bij het opstellen van brieven, waarbij ik willekeurige episodes kan selecteren, die op deze manier kan bundelen en als bijlage kan meesturen. Ik noem die episodegroep veelal 'briefargument'.
Selecteren van een episodegroep bij een patiënt kan alleen als deze een of meer episodes heeft die in een episodegroep voorkomen. Na het selecteren wordt er dan een filtering uitgevoerd op alle regels in het dossierscherm. Er wordt dan dus alleen informatie getoond die gekoppeld is aan de episodes die vastgelegd zijn in de episodegroep (figuur 1).
Maar er kan nog meer.
Door vervolgens bij het overzicht van de regels behorend bij de geselecteerde episodegroep de rubriek **Episodes** (links naast **Episode groepen**) aan te klikken, kan een duidelijk beeld worden verkregen van de episodes die voorkomen in het dossier van de patiënt in kwestie. Zo is in figuur 2 een overzicht zichtbaar met episodes die onder de episodegroep 'CVRM' vallen: welke voorkomen en welke niet. Dit is een snelle en bruikbare filterfunctie, want u zoekt binnen een paar seconden het hele dossier van de patiënt door, waarbij wordt gefilterd en op inhoud getoond. U hoeft niet zelf het hele dossier door te lezen om te kijken of een bepaalde episode wel of niet is vastgelegd.
Het allermooiste van dit slimme onderdeel is dat niet iedereen zelf de generieke episodegroepen hoeft te definiëren of aan te maken. Er is in CGM-HUISARTS namelijk een module aanwezig waarmee de generieke episodegroepen kunnen worden geëxporteerd en geïmporteerd. Dit bespaart veel tijd en werk voor de gebruikers.
Tot slot nog een use-case. Een patient belt op om te vragen met welke reden hij/zij is uitgenodigd voor de griepprik. Door snel naar het dossierscherm te gaan en de generieke episodegroep 'Relevante griep ICPC' op te zoeken en te selecteren verschijnen alle benodigde dossierregels in het overzichtsscherm. Komt de generieke episodegroep niet in de rubriek voor, dan is er dus geen relevante episode en is er een andere reden, bijvoorbeeld leeftijd.

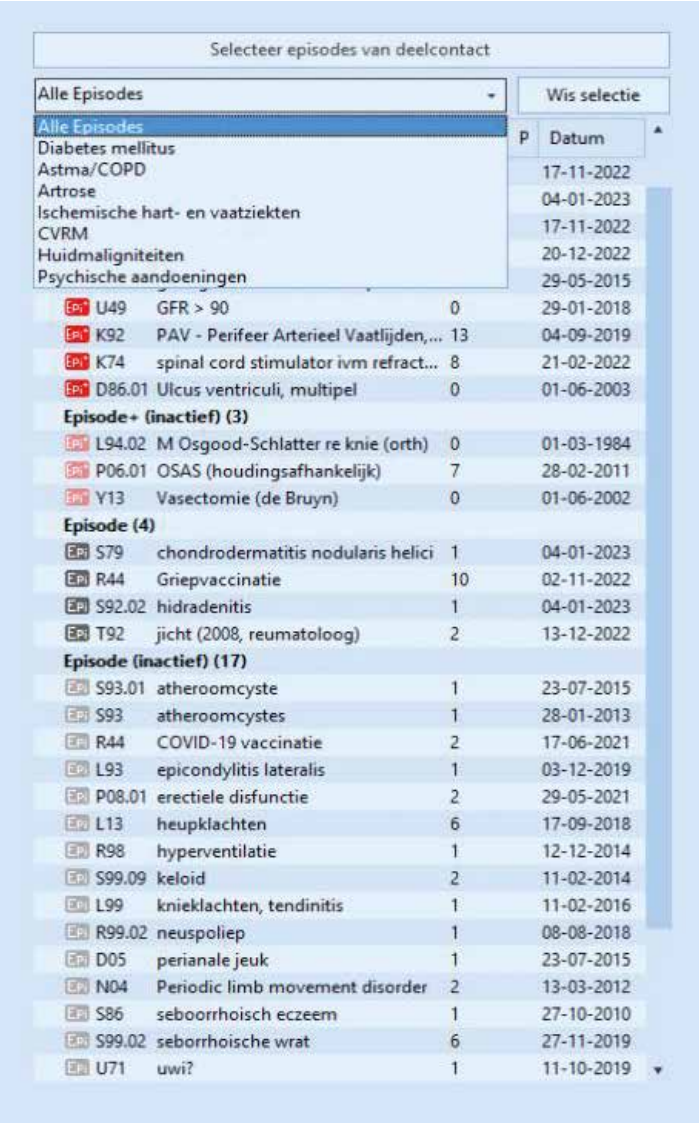
RENÉ VAN LEEUWEN
RENE.VAN.LEEUWEN@PLANET.NL

MicroHIS
Episodebundels

Episodelijsten zijn standaard onderverdeeld in Episode+, Episode+ (inactief), Episode en Episode (inactief). Dikwijls is de lijst met episodes, oftewel gezondheidskwesties, zo lang dat dit onderscheid niet meer volstaat om een goed overzicht te krijgen. Enerzijds zijn er klachten en deelcontacten die samenhangen met verschillende episodes, anderzijds zijn er aandoeningen die meerdere episodes met zich meebrengen. Hoe kan MicroHIS helpen hier meer overzicht in aan te brengen?



Figuur 1. Meerdere episodes bij één deelcontact



Figuur 2. De episodebundels

Figuur 3. De episodebundel Diabetes mellitus

Deelcontacten die samenhangen met verschillende episodes

Het is mogelijk om één deelcontact te koppelen aan meerdere episodes, zoals in het voorbeeld van figuur 1 te zien is. Het gaat hier om een oudere man (episode A49.01), die loopproblemen (episode L28) en orthostatische hypotensie (episode K88) heeft. Hiermee samenhangend breekt hij zijn heup bij een val (episode L75.01). De samenhang tussen de val en de andere episodes kan zichtbaar gemaakt worden door het deelcontact aan deze episodes te koppelen. Dit kan door de Ctrl-toets ingedrukt te houden en vervolgens de betreffende episodes te selecteren via dubbelklikken. MicroHIS geeft vervolgens de keuze om de titels van al deze episodes naar de E-regel te kopiëren, alleen de tekst van de eerst gekozen episode te laten staan of hier een eigen/andere tekst neer te zetten.
Op deze manier is het ook mogelijk om een specialistenbrief aan meerdere episodes te koppelen. Denk aan een brief van de cardioloog die van belang is voor de episodes Aortastenose (K83.01), CVRM (K49.01) en Nierfunctiestoornis (U99.01). Helaas gaat deze koppeling met meerdere episodes verloren bij dossieroverdracht naar een praktijk met een ander HIS, omdat deze werkwijze uniek is voor MicroHIS.

Aandoeningen met meerdere samenhangende episodes

De NHG heeft episodebundels gedefinieerd. Een episodebundel is een verzameling van episodes van aandoeningen waarbij er een samenhang is in de monitoring en de behandeling.
Er zijn zeven van deze bundels beschreven: Diabetes mellitus, Astma/COPD, Artrose, Ischemische hart- en vaatziekten, CVRM, Huidmaligniteiten en Psychische aandoeningen.
Het duidelijkste voorbeeld hiervan is de episode Diabetes mellitus, met daarin de episodes Diabetes mellitus type 2, Diabetes retinopathie, Diabetes nefropathie en Perifere diabetische angiopathie.
Boven de episodelijst kan de bundel gekozen worden via een dropdownmenu (figuur 2). De van toepassing zijnde episodes worden automatisch geselecteerd op basis van hun ICPC-code. In figuur 3 is dit te zien: alleen de DM-gerelateerde episodes met eraan gekoppelde deelcontacten zijn nog zichtbaar uit de lange lijst. In het dossierdeel Correspondentie is op dezelfde manier een selectie te maken.

CAROLINE NORG-SCHULPEN
PRAKTIJK.NORG@HOME.NL

Kijk voor meer Tips en trucs op Haweb in de groep Orego (alleen voor leden) verenigingszaken.

TIPS & TRUCS

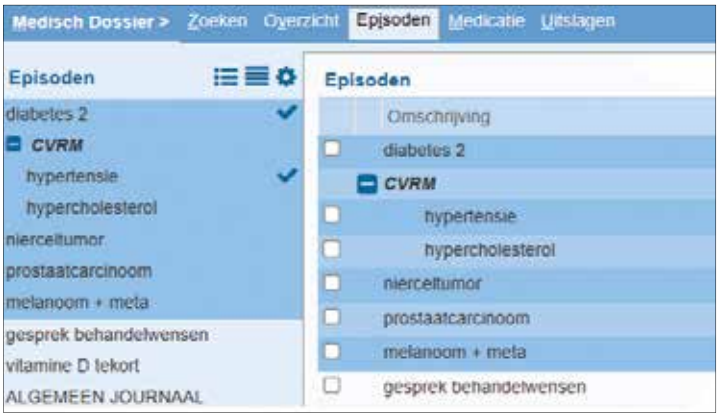
Promedico ASP
Episodebundels bieden meer overzicht in de patiëntenzorg

Figuur 1. De zeven episodebundels van het NHG

In deze tips en trucs gaat het over episodebundels. Episodes liggen als een aparte laag over de deelcontacten heen: ze ordenen de losse deelcontacten. De primaire ordening van het medisch dossier is in Promedico-ASP via de episodes geïntegreerd in het HIS. Eigenlijk zijn alleen de meetwaarden niet via episodes geordend en daar zijn goede redenen voor. De episodebundels zijn bedoeld om episodes te bundelen die met elkaar in verband staan. Dus een extra laag van ordening. Zo is via de bundel meer overzicht en samenhang tussen episodes te verkrijgen, dan via de episodes apart. Het NHG heeft richtlijnen opgesteld over een aantal bundels, die standaard in Promedico-ASP beschikbaar zijn. Zelf kunt u op praktijkniveau en op patiëntniveau episodebundels aanmaken.

De standaardbundels zijn Artrose, Astma/COPD, CVRM, Diabetes mel-

Figuur 2. Het tandwieltje



Figuur 3. Meerdere episodes met een maligniteit

Figuur 4. Het toevoegen van een patiëntgebonden episodebundel

Figuur 5. De episodebundel met drie maligniteiten

Journaalregels voor 3 maligniteiten

ICPC in E-regel	Srt	Datum
Maligniteit nier	O	10-11-2022
	P	09-11-2022
Maligniteit prostaat	P	08-08-2022
Maligniteit huid/subcutis	T	20-06-2022
Maligniteit nier	T	20-06-2022
Maligniteit huid/subcutis	T	08-06-2022
Maligniteit nier	T	08-06-2022
Maligniteit huid/subcutis	P	08-06-2022

Figuur 6. De journaalregels voor de drie maligniteiten

litus, Huidmaligniteiten, Ischemische hart- en vaatziekten en Psychische aandoeningen (zie figuur 1). Ze zijn met hun eraan toegevoegde episodes in te zien via **Overzicht** en dan klikken op het tandwieltje (figuur 2). Rechts ziet u de ICPC-codes die deel uitmaken van de bundels. In figuur 3 ziet u de episodelijst van een patiënt met drie maligniteiten. Hier zou u ervoor kunnen kiezen een patiëntgebonden bundel te maken, zodat de drie maligniteiten bij elkaar staan.

In figuur 4 ziet u hoe dit ingesteld wordt. Ga naar het tandwieltje en klik links onder episodebundel **Toevoegen aan**. In figuur 5 ziet u het resultaat.

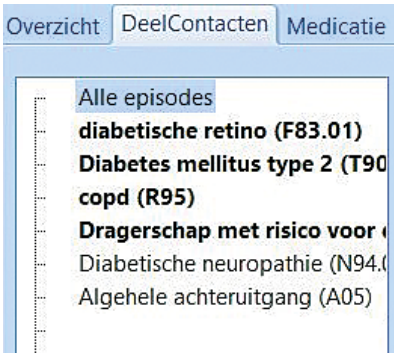
Bij klikken op drie maligniteiten komen de journaalregels van de drie episodes chronologisch onder elkaar te staan. Dit geeft meer samenhang.

In figuur 6 is op geanonimiseerde wijze zichtbaar dat er in de loop van vijf maanden over elk van de drie maligniteiten contacten zijn geweest (brieven of telefoontjes).

JEROEN VAN DER LUGT
LUGTKUS@GMAIL.COM

Promedico VDF **Episodebundels**

Figuur 1. Promedico-VDF waarschuwt als er al een actieve episode met dezelfde ICPC-code bestaat

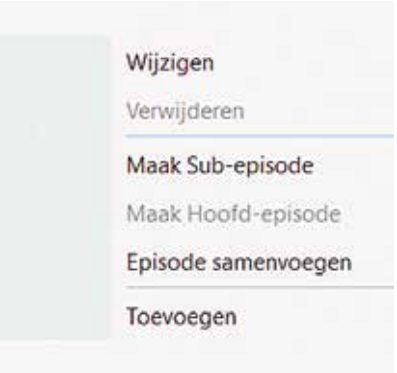


Figuur 2. Drie episodes voor diabetes

Promedico-VDF maakt geen gebruik van episodebundels, maar van subepisodes die u bij een hoofdepisode kunt onderbrengen. Als er een episode wordt aangemaakt, dan controleert Promedico-VDF of er al een bestaande episode aanwezig is. Het programma waarschuwt ook op het moment dat er al een episode met dezelfde ICPC-code aanwezig is (zie figuur 1).

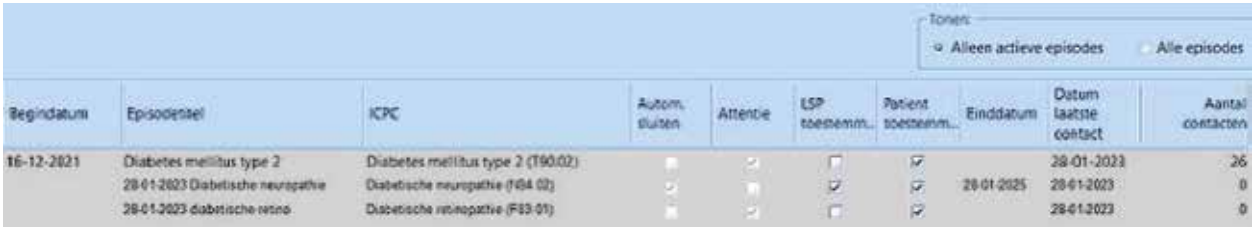
Deze waarschuwing volgt alleen als het om exact dezelfde ICPC-code gaat, niet een code uit dezelfde groep. Er wordt bijvoorbeeld gewaarschuwd wanneer u een episode maakt met ICPC-code T90.02 (Diabetes mellitus) als er een code T90.02 aanwezig is, niet als er in een episode een ICPC-code T90 staat.
In het voorbeeld zijn drie episodes voor diabetes aanwezig: Diabetes mellitus T90.02, Diabetes retinopathie F83.02 en Diabetes neuropathie N94.02. Deze staan alle drie als losse episodes vermeldt (zie figuur 2).

De beide laatste episodes wilt u graag onderbrengen als subepisode onder de hoofdepisode Diabetes mellitus T90.02. Daarvoor gaat u naar het tabblad Medisch Dossier, onderdeel Episodes. Kies voor 'Wijzigen episodes' (zie figuur 3).



Figuur 3. Het wijzigen van episodes

Er wordt een scherm met een lijst met alle episodes zichtbaar. Kies de episode die u als subepisode van een ander wilt maken. In dit geval zijn dat er twee: diabetische reti-



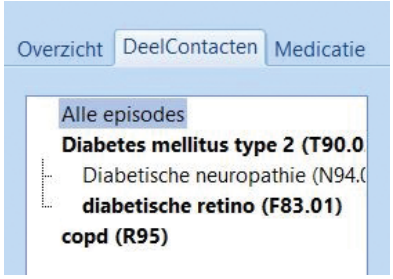
Figuur 4. Er zijn subepisodes gemaakt

nopathie en diabetische neuropathie. Klik met rechtermuisknop op de episode en kies voor Maak Subepisode (zie figuur 3). U kunt kiezen onder welke hoofdepisode u deze episode wilt hangen. Kies in dit voorbeeld voor episode Diabetes mellitus type 2. Doe deze handeling nog een keer voor de tweede subepisode die u wilt maken. Daarna is in het overzicht van de episodes te zien dat beide episodes subepisodes zijn geworden van hoofdepisode Diabetes mellitus (zie figuur 4).

In het overzicht in het medisch dossier ziet u in de episodelijst dat de episode Diabetes een + voor de naam heeft gekregen (zie figuur 6). Wanneer u op de episode klikt, dan ziet u beide subepisodes onder de hoofdepisode 'hangen' (figuur 5).

Op deze manier houdt u belangrijke dingen bij elkaar en uw episodelijst overzichtelijk.

HANNEKE TAN
HANNEKE@DOKTER-H-TAN.NL



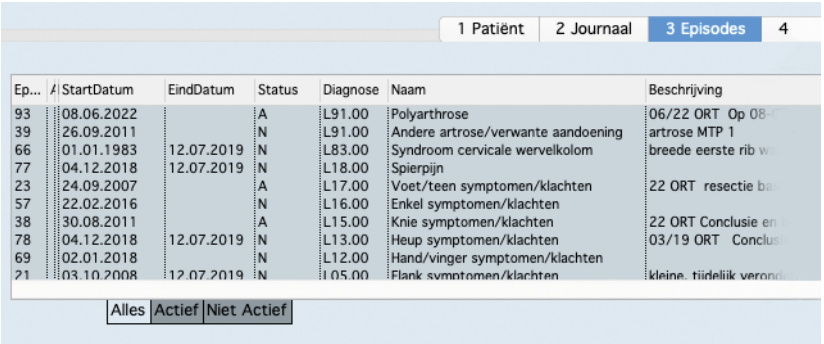
Figuur 5. De twee episodes zijn subepisodes geworden

Figuur 6. Het plusteken geeft aan dat er subepisodes zijn

OmniHis Episodebundels

Het NHG heeft in het HIS-referentiemodel de episodebundel als een ordeningsmethode beschreven. De definitie hiervan luidt: 'Een verzameling van episodes van aandoeningen waarbij een samenhang is in de monitoring en de behandeling. Met behulp van een episodebundel kunnen episodes-items uit verschillende episodes in samenhang worden getoond. Episodes uit een bundel worden bij elkaar getoond in het overzicht met episodes. Een voorbeeld is de episodebundel Diabetes mellitus met daarin de episodes Diabetes mellitus type 2, Diabetische retinopathie, Diabetische nefropathie en Perifere diabetische angiopathie.'
In OmniHis-Scipio worden de episodes automatisch met attentiewaarden bij elkaar geplaatst. Hierbij worden de actieve episodes bovenaan en de niet-actieve episodes (waaraan geen zorg wordt verleend) onderaan geplaatst. Het is mogelijk om episodes handmatig te sorteren op ICPC-tractusletter. Het is nog niet mogelijk om automatisch de episodes volgens de NHG-clusters te laten tonen.
Binnen de vier episodeclusters 'met attentiewaarden', 'zonder attentiewaarden', 'actieve' en 'niet-actieve' episodes kan de praktijkmedewerker de volgorde van de episodes in de episodelijst bepalen door deze te slepen.
In figuur 1 is geselecteerd op tractusletter L (Locomotorius). Zoals de ADEPD-regels van het NHG bepalen, staat in het veld **Beschrijving** steeds per klacht het beleid. Aan de afkorting van de datum, in het formaat mm/jj en de derde code van het specialisme is te zien wanneer en wie (huisarts, paramedicus, specialist) het beleid heeft bepaald.

In de figuur is het tabblad 'alles' (actieve en niet-actieve episodes) van een patiënt gekozen en de episodes zijn op diagnose gesorteerd. Dat levert een selectie van klachten in het bewegingsapparaat op. Het aantal relevante episodes met betrekking tot het bewegingsapparaat is groter dan het aantal de items dat opgenomen is in de NHG-episodebundel Artrose.
Het getoonde lijstje bevat drie episodes waarvoor zorg wordt geleverd. Dit is te zien in de kolom met de titel **Status**. De episodes met status A zijn actief, wat betekent dat er medische zorg aan wordt besteed. Dit kan zorg betreffen die de huisartsenpraktijk levert, maar het kan ook verwijzen naar zorg door een specialist of een paramedicus, voor zover dat bekend is. In de figuur is bij sommige episodes in het veld **Beschrijving** te zien door wie en wanneer het beleid werd bepaald. De datum is gecodeerd, meest als 'mm/jj'. Voor de codes van de specialisten wordt steeds de derde code van de specialist genomen.
De manieren waarop in OmniHis Scipio episodes kunnen worden gesleept en van een attentiewaarde kunnen worden voorzien, kunnen ook worden toegepast in het journaalvenster, onder het subtabblad **Episodes**.



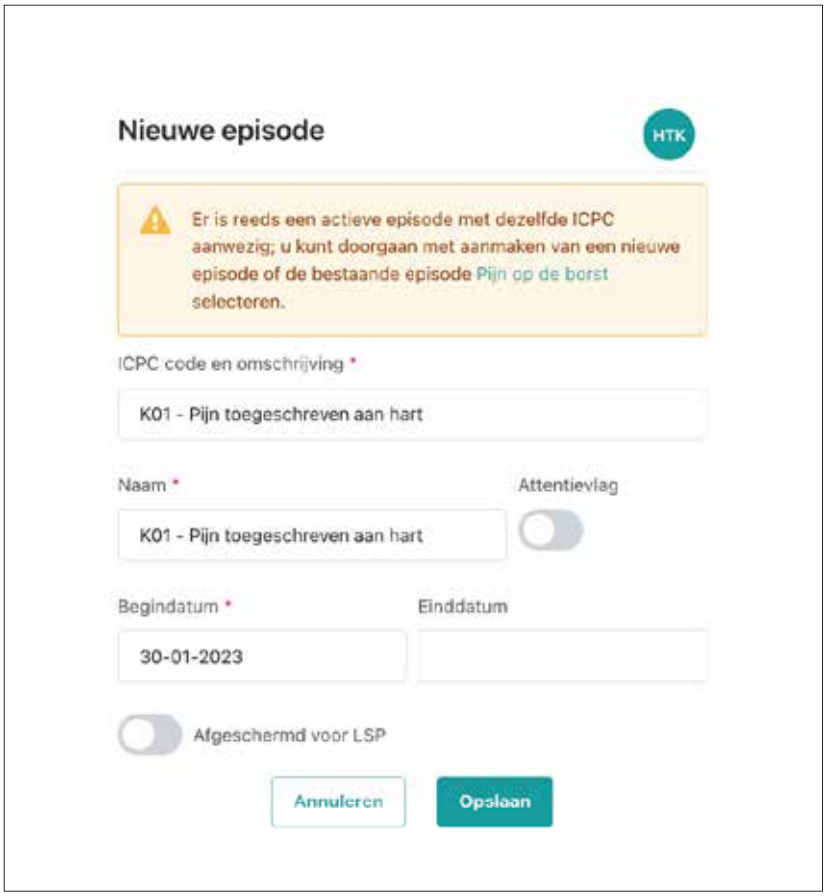
Ep...	A	StartDatum	EindDatum	Status	Diagnose	Naam	Beschrijving
93		08.06.2022		A	L91.00	Polyarthrose	06/22 ORT Op 08-
39		26.09.2011		N	L91.00	Andere artrose/verwante aandoening	artrose MTP 1
66		01.01.1983	12.07.2019	N	L83.00	Syndroom cervicale wervelkolom	breede eerste rib w
77		04.12.2018	12.07.2019	N	L18.00	Spierpijn	
23		24.09.2007		A	L17.00	Voet/teen symptomen/klachten	22 ORT resectie ba
57		22.02.2016		N	L16.00	Enkel symptomen/klachten	
38		30.08.2011		A	L15.00	Knie symptomen/klachten	22 ORT Conclusie en
78		04.12.2018	12.07.2019	N	L13.00	Heup symptomen/klachten	03/19 ORT Conclus
69		02.01.2018		N	L12.00	Hand/vinger symptomen/klachten	
21		03.10.2008	12.07.2019	N	L05.00	Flank symptomen/klachten	kleine, tijdelijk verond

Figuur 1. Selectie op de tractusletter L (Locomotorius)

CASPER TOMBROCK
CASPER.TOMBROCK@GMAIL.COM

Sanday
Het registreren van episodebundels

Op dit moment is Sanday-huisarts nog zo nieuw dat er (nog) geen episodebundels gemaakt kunnen worden. Ook samenvoegen door middel van subepisodes is geen optie. Deze wensen staan hoog op de ontwikkellijst. Ook het slim herkennen van de episodebundels past daarbij.
Sanday-huisarts waarschuwt wel wanneer u een episode aanmaakt die al bestaat (zie figuur 1).



Figuur 1. Sanday-huisarts waarschuwt wanneer er een bestaande episode wordt aangemaakt

NEDHIS, KOEPEL VAN HIS-GEBRUIKERSVERENIGINGEN

BESTUUR

Ron Dingjan | voorzitter huisarts@dingjan.demon.nl
Kees Kanters penningmeester | kkanters@xs4all.nl
Frits Schueler | schue094@planet.nl
Ronald van Ingen | ronald.vaningen@gmail.com
Casper Tombrock (a.i.) | casper.tombrock@gmail.com
Valentijn Deijns | vajdeijns@gmail.com
Jesper van Deelen | J.vandeelen@hapnieuwenhoorn.nl
Joris van Driel | j.vdriel@sgzoetermeer.nl

NedHIS
KOEPEL VAN HIS-GEBRUIKERSVERENIGINGEN

SECRETARIAAT
Bep Otterloo | 06 46813881
secretariaat@nedhis.nl
www.nedhis.nl

OREGO, VERENIGING VAN MICROHIS-GEBRUIKERS

BESTUUR
Valentijn Deijns voorzitter | vajdeijns@gmail.com
Frits Schueler penningmeester | schue094@planet.nl
Pieter Vrijdag | praktijkvrijdag@ezorg.nl

WEBSITE www.nedhis.nl/orego
HAweb-groep Orego | www.haweb.nl

MicroHIS
Service Centre | sservicecentre.hg.nld@dedalus.group
088-1216747

ATLAS VERENIGING VAN CGM HUISARTS- EN PROMEDICO-GEBRUIKERS

BESTUUR

Ronald van Ingen, voorzitter | ronald.vaningen@gmail.com
Michiel Zwartkruis | malz@freedom.nl
Heidi Broeksteeg | heidivdm66@hotmail.com
Jasper Hartman | Hartman@dejagerwegpraktijk.nl
Albert van der Veer | vanderveer@orionlaan.nl
Jesper van Deelen | J.vandeelen@hapnieuwenhoorn.nl
Robert Wladasch | wladasch@haarlehuisarts.nl
Martine Dieleman, penningmeester |
martine@huisartsenpraktijkdieleman.nl

WEBSITE www.atlasgebruikersvereniging.nl

CGM HUISARTS
CGM Support |www.cgm.com/nld_nl/services/support
088 3876444
Softwarewensen CGM HUISARTS
j.vandeelen@hapnieuwenhoorn.nl

Promedico
Promedico ICT BV 030 6016620 | info@promedico.nl
Servicedesk | aspservicedesk@promedico.nl
030 601 6655

HAweb-groepen:
Atlas-gebruikersvereniging (Promedico-ASP)
Promedico VDF (Atlas gebruikersvereniging)
Atlas-gebruikersvereniging (CGM HUISARTS)
Ook op LinkedIn is Atlas te volgen:
Atlas-gebruikersvereniging

OMNIHIS,VERENIGING VAN OMNIHIS SCIPIO-GEBRUIKERS

Bestuur

Casper Tombrock (a.i.) |casper.tombrock@gmail.com
Tjerk van der Krieke

omnihis

WEBSITE www.omnihis.nl
OmniHis BV 0900 6664447

SECRETARIAAT EN LEDENADMINISTRATIE

Atlas en Orego Secretariaat NedHIS
Bep Otterloo | secretariaat@nedhis.nl | 06468 13 881

OmniHis OmniHis powered by Sanday
info@sanday.com | 0900 666 44 47

SYNTHESHIS
TIJDSCHRIFT VOOR HUISARTSPRAKTIJK EN AUTOMATISERING

COLOFON | EDITIE 1-2023

SYNTHESHIS IS HET GEZAMENLIJKE TIJDSCHRIFT VAN DE HIS-GEBRUIKERSVERENIGINGEN ATLAS, OMNIHIS EN OREGO

REDACTIE
Jeroen van der Lugt HOOFDREDACTEUR | lugtkus@gmail.com
Casper Tombrock | casper.tombrock@gmail.com
René van Leeuwen | rene.van.leeuwen@planet.nl
Caroline Norg | praktijk.norg@home.nl
Heidi Broeksteeg | heidivdm66@hotmail.com

VERDER WERKTEN AAN DIT NUMMER MEE
Myrte Gay-Balmaz, Christie Manintveld, Annet Muijen, Roelf Norg, Nicole van Wetten, Jalda Hamidpopal, Nina Drent, Pieter van Tiel, Geert Elbers, Pim Volkert Nictiz, Caroline Norg, Suzanne Verheijden, Brenda Leijting, Gwenda van der Wal, Lisette Koenders, Eric Cremers, Peter Smithjes, Theo Peters, Martina Bartelink, Barry de Waard, Sjoerdtje Venema, Hein Nap, Pieter Jan van Empel

REDACTIESECRETARIS | **Wouter Scheen**

REDACTIEADRES | Redactie SynthesHis
T.a.v. Bep Otterloo - 06 46813881
Eikeboom 21 | 4101 VA Culemborg | secretariaat@nedhis.nl

WEBSITE www.syntheshis.nl

UITGEVERIJ | LandGraphics B.V. Atlantisplein 1 1093 NE Amsterdam
020-531 20 10 | gilles@landgraphics.nl

GRAFISCHE VORMGEVING | LandGraphics Amsterdam

FOTOGRAFIE | Marco Keijzer Fotografie, Kim van Tiel Fotografie, William Rutten, Arjan van der Vegt, Foto de Verbeelding Mickey Graafland

NIEUWE ABONNEMENTEN | Abonnementen kunnen op ieder gewenst moment worden aangegaan en worden stilzwijgend met telkens één jaar verlengd tot wederopzegging, tenzij twee maanden voor vervaldatum schriftelijk is opgezegd. Een abonnement wordt eenmaal per jaar bij voorfacturering voor het aankomende jaar berekend. De prijs wordt jaarlijks aangepast.

ADRESWIJZIGING | Bij wijziging van de tenaamstelling en/of het adres verzoeken wij u de adresdrager met de gewijzigde gegevens op te sturen naar het redactieadres.

BEËINDIGING ABONNEMENT | Beëindiging van het abonnement kan uitsluitend schriftelijk en dient uiterlijk twee maanden voor afloop van het lopende abonnementsjaar te zijn ontvangen

ABONNEMENTSPRIJZEN | Jaarabonnement zijn inclusief verzend- en administratiekosten.
Los nummer: € 10,-| Jaarabonnement (minimaal 3 nummers): € 25,-.
Prijswijzigingen voorbehouden. Voor buitenlandse abonnees geldt een toeslag op deze prijzen. Leden van Atlas, OmniHis en Orego ontvangen minimaal 3 nummers per jaar.
Abonnementen of losse nummers bestellen via Bep Otterloo
06 46813881 | secretariaat @nedhis.nl o.v.v. abonnement.

ADVERTENTIEACQUISITIE | Klinker en Bikkels - Ferry Bakker 06-55167121
advertenties@klinkerenbikkels.nl

AUTEURSRECHT | DE VERANTWOORDELIJKHEID VOOR DE INHOUD VAN DE ARTIKELEN BERUST BIJ DE AUTEUR(S). DE INHOUD VAN DE ARTIKELEN HOEFT NIET IN OVEREENSTEMMING TE ZIJN MET HET DOOR DE GEBRUIKERSVERENIGINGEN GEVOERDE BELEID. ARTIKELEN MOGEN ALLEEN WORDEN OVERGENOMEN EN/OF VERMENIGVULDIGD, OP WELKE WIJZE DAN OOK, NA SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING VAN DE REDACTIE EN UITGEVER MET EEN BRONVERMELDING.

ISSN 1570/2693

Ziet u dit?
Valt op hè?

**En dan te bedenken dat uw advertentie hier had kunnen staan.
Dan was-ie ook zo opgevallen.**

Maar u krijgt nieuwe kansen want SynthesHis valt drie keer per jaar bij de meeste huisartsen, huisartsenpraktijken en gezondheidscentra op de mat.

Bovendien wordt het gelezen door doktersassistenten, praktijkmedewerkers, managers in de eerstelijnszorg, coördinatoren en medewerkers van huisartsenposten, enz.

Kortom, het is meer dan de moeite!

**Meer informatie over adverteren:
Klinker en Bikkels - Ferry Bakker 06-55167121 | advertenties@klinkerenbikkels.nl**

Maak kennis met Sanday!

Voormalig Promedico en Omnihis sloegen de handen bijeen en gaan samen verder als Sanday. Daarmee laten we alle groen- en blauwtinten achter ons en gaan we trots verder in het paars. **Een nieuwe bedrijfsnaam dus, maar de vertrouwde gezichten en jarenlange ervaring blijven.**

Switch to Sanday

Ontdek ons nieuwe HIS

Op het nieuwe, gelijknamige platform Sanday werk je slim samen voor betere zorg. Onze innovatieve technieken en gebruiksvriendelijke interfaces laten je moeiteloos en veilig communiceren met je collega's van de eerstelijn.

Slimme interfaces

Zie alle informatie in één oogopslag. Je hebt het platform niet voor niets binnen een paar dagen onder de knie.

Overal en altijd

Werk waar en wanneer je wilt, ongeacht je device: als je maar een internetverbinding hebt.

Veilig

Op basis van de behandelrelatie mogen andere zorgprofessionals het dossier inzien.

Eén waarheid

Werk samen met je collega's uit de eerstelijn. Eén waarheid, één bron. Geen informatie-eilandjes.

Snelle integraties

Werk samen met wie je wilt. Door ons open platform sluiten partners zich eenvoudig bij ons aan.

Innovatief

Elke 6 weken updaten wij je systeem. Je werkt hierdoor altijd met de laatste features.

De upgrade naar Sanday!

Huidige VDF-, Scipio- en ASP-gebruikers kunnen eenvoudig upgraden naar het nieuwe platform. Samen bespreken we wat jouw praktijk nodig heeft en wat Sanday voor jou kan betekenen. VDF-gebruikers kunnen nu al overstappen, Scipio-gebruikers vanaf medio 2023 en ASP-gebruikers naar verwachting vanaf 2024. Wil je meer informatie of gebruik je een ander HIS? Neem dan contact op met onze accountmanagers of ga naar Sanday.com!

Contact

Winthontlaan 6c
3526 KV Utrecht
030 601 66 20
info@sanday.com

Sanday

sanday.com