SYNTHESIS

TIJDSCHRIFT VOOR HUISARTSENPRAKTIJK EN INFORMATISERING
JAARGANG 22 | NUMMER 2

GOED ADEPD REGISTREREN BETAALT ZICH UIT

EEN NIEUW OPT-IN-SYSTEEM • TESTERS VAN NIEUWE UPDATES, EEN KIJKJE ACHTER DE SCHERMEN • COLUMNS • TIPS EN TRUCS

EDITIE 2 - 2023 | JAARGANG 22

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

FOTO: STUDIO KRISTEL REUVERS - ZIE PAG 4

INHOUD

10 MINDER ADMINISTRATIE: PATIËNT REGELT ZELF GEGEVENSUITWISSELING

IN DE TOEKOMST REGELEN ALLE INWONERS VAN NEDERLAND ZELF WELKE ZORGVERLENER WELKE GEGEVENS MAG INZIEN, WAT ZE MET TOESTEMMINGSKEUZEN AANGEVEN. MITZ IS EEN ONLINE VOORZIENING DIE DE PATIËNTGEGEVENS OP BASIS VAN DIE KEUZEN VEILIG VAN HET SYSTEEM VAN DE ENE ZORGAANBIEDER UITWISSELT MET DAT VAN DE ANDERE. ER KOMT HEEL WAT BIJ KIJKEN OM MITZ OPERATIONEEL TE KRIJGEN.

16 EEN KIJKJE ACHTER DE SCHERMEN BIJ TESTPRAKTIJKEN

SINDS JAAR EN DAG ZIJN BIJ DE GEBRUIKERSVERENIGINGEN TESTERS ACTIEF. ZIJ ZIJN DE EERSTEN DIE NIEUWE PROGRAMMATUUR IN DE PRAKTIJK UITPROBEREN OM MOGELIJKE FOUTEN VROEGTIJDIG OP TE SPOREN EN TE LATEN HERSTELLEN. HOE GAAT DAT IN ZIJN WERK?

18 CGM HUISARTS EN MICROHIS TESTEN HET NIEUWE MEDICATIEPROCES

IN DE REGIO RIJNMOND EN DE REGIO FRIESLAND TOETSEN SAMENWERKINGSVERBANDEN IN HOEVERRE DE OP DE TEKENTAFEL UITGEDACHTE IDEEËN OVER EEN ACTUELE EN VOLLEDIGE MEDICATIEOVERDRACHT IN DE PRAKTIJK WERKEN. BUITEN DEZE REGIO'S ZULLEN HUISARTSEN IN VANAF 2025 MET DE NIEUWE WERKWIJZE AAN DE SLAG GAAN. HUISARTS SANDER GRANSJEAN VERTELT OVER ZIJN GEBRUIKERSERVARINGEN IN HET KADER VAN DE KICKSTART MEDICATIEOVERZICHT.

25 DE VOORDELEN VAN DE ADEPD-RICHTLIJN

MET DE RICHTLIJN ADEPD GEEFT HET NHG ADVIEZEN VOOR HET REGISTREREN VAN INFORMATIE IN HET HIS. WAT LEVERT HET JE OP ALS JE JE AAN DEZE ADVIEZEN HOUDT?

28 REGISTRATIETIPS DIE VEEL TIJD OPLEVEREN

JEROEN STROUCKEN IS ALS HUISARTS VAN HET BEGIN AF AAN BETROKKEN GEWEEST BIJ HET OPSTELLEN VAN DE ADEPD-RICHTLIJN. HIJ HEEFT EEN AANTAL TIPS VOOR HET ADEQUAAT REGISTREREN, DIE VEEL TIJD EN WERKPLEZIER OPLEVEREN.

32 HET NUT REGISTRATIE-NETWERKEN

ALLE ACHT VAKGROEPEN HUISARTSGENEESKUNDE HEBBEN EEN REGISTRATIENETWERK EN OOK HET NIET-ACADEMISCH REGISTRATIENETWERK VAN NIVEL NEEMT DEEL AAN HET LANDELIJK OVERLEG. WAT IS HET BELANG VAN DEZE REGISTRATIENETWERKEN?

& VERDER IN DIT NUMMER

6 **Markante mensen: Heleen van Boetzelaer**
9 **Column Myrte Gay-Balmaz**
14 **Vragen uit de dagelijkse praktijk**
24 **Column Roelf Norg**
34 **Tips en Trucs**

Redactioneel

Goed registreren en meer

Deze keer vindt u het belangrijkste wat we brengen achter in het nummer. Adequate Dossiervoering met het Elektronisch Patienten Dossier (ADEPD) vormt de basis van goed registreren in het journaal. Dit maakt dat u snel gericht in het dossier kunt zoeken. Maret Zonneveld van het NHG en NedHIS-bestuurslid Casper Tombrock vertellen u over de principes en achtergronden. Jeroen Stroucken geeft u negen tips over goed ICPC-coderen. We kunnen niet genoeg benadrukken dat uw inspanningen om informatie goed ICPC-gecodeerd in te voeren dubbel en dwars door uzelf worden terugverdiend en bovendien tot grote tevredenheid van uw collega's en de patiënt leiden. In de rubriek Markante mensen vertelt huisarts Heleen van Boetzelaer over haar bijzondere carrière. Zij is bij uitstek een doener, maar ontwikkelde zich van praktijkmens naar beleidsmens en werkt nu aan fundamentele oplossingen voor de hele HIS-wereld. Best bijzonder dat je als arts op sterk verschillende terreinen successen behaalt. We praten u bij over de ontwikkelingen met opt-in. Nu voert u dit werk zelf uit, maar straks gebeurt het via het platform MITZ. Hier gaan patiënten hun eigen profiel voor inzage van hun dossier gedetailleerd kiezen en zelf invoeren. De winst is dat zorg minder dubbel hoeft te worden uitgevoerd en tegelijk de kwaliteit gaat verbeteren. Wanneer het straks lekker loopt is het voor ons handig bij de onderlinge waarneming in de dagpraktijk en ook op de spoedpost! Een leuk artikel gaat over de testers die zich bij de HISsen inzetten voor een geruisloze invoering van nieuwe updates. Waarom zijn de testers van nieuwe updates onmisbaar? En wat is het voordeel als je dit werk als praktijk doet? Verder vragen we aandacht voor het autoriseren van contacten van medewerkers. Het mooiste is toch wel als het binnen het HIS zelf gebeurt. Dit was ook de conclusie van een discussie tijdens de laatste NedHIS-studiedag. Ten slotte gaan de tips en trucs over manieren om zonder KIS te werken.

Jeroen van der Lugt
lugtkus@gmail.com

Wat is de naam van de praktijk en waar is deze gevestigd?
Huisartsen Erica in Erica

Welk HIS wordt gebruikt?
CGM HUISARTS

Wie staat er op de foto?
Edwin Poorts, huisarts

Wat vind je de sterkste kant van je HIS?
De overzichtelijkheid en de mogelijkheid van rechtstreeks ontvangen en verwerken van het e-consult

Wat is een wens voor je HIS en/of ICT-gebied voor de praktijkvoering?
Integratie van e-mail, HA-web, VIP-live met HIS zodat je communicatie met de patiënt en de specialist sneller en efficiënter kan. Nu moet je vele websites openen en dat kost veel tijd.

KORT NIEUWS

De 'Sanday Academy'

Overstappen van softwaresysteem is niet hetzelfde als de simpele aanschaf van een koffiemok. Het voelt soms als een hele onderneming. Want niet alleen de hele praktijk wordt overgezet: ook de praktijkmedewerkers moeten de nieuwe software onder de knie krijgen. Daarom ontwikkelde Sanday 'de Academy'.
Via de Academy leren Sanday-gebruikers gemakkelijk omgaan met hun nieuwe platform, wanneer, waar en hoe ze dat zelf willen. Stapsgewijs worden aanstaande gebruikers ingewijd in hun nieuwe HIS. Ze oefenen met praktijkvoorbeelden en quizjes in een testplatform. Omdat ze hun eigen data gebruiken, leren hoe ze vergelijkbare situaties in hun eigen praktijk kunnen aanpakken.
Het nieuwe zorgplatform is samen met zorgprofessionals ontworpen en uitgewerkt. De eerste Sanday-praktijken vinden daardoor intuïtief de weg in hun platform. Toch is de volledig leeromgeving van de Academy ingericht: leren omgaan met een nieuw platform is altijd spannend. Zeker als er al een patiënt voor je neus zit. Daarom maken Sanday-gebruikers vóóraf uitgebreid kennis met hun nieuwe HIS.
De komende maanden staan in het teken van doorontwikkeling van Sanday. De Academy en het zorgplatform Sanday worden geoptimaliseerd aan de hand van de feedback die Sanday van de praktijken krijgt. Meer informatie is te verkrijgen via academy@sanday.com.

Bron: Sanday

Zicht op ICT-gerelateerde ontwikkelingen binnen huisartsenzorg

De zorg staat bol van allerlei ICT-gerelateerde ontwikkelingen. Welke zijn belangrijk voor huisartsen en hun samenwerkingspartners? Wanneer speelt wat? Welke samenhang bestaat er? Vanuit een grote behoefte aan meer controle op en samenhang binnen dit geheel zijn de eerstelijns- en huisartsorganisaties InEen, Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) project HIPMa gestart.
HIPMa staat voor Huisarts ICT Portfolio Management.
Betrokken partijen stemmen samen een jaarlijkse prioriteitenagenda af wat betreft ICT-ontwikkelingen. Per kwartaal evalueren ze om te kijken of en hoe ze de agenda moeten bijstellen.
Naast de huisartsenkoepels zijn bij HIPMa aangesloten: Zorgverzekeraars Nederland (ZN), NedXis (vereniging van ICT-leveranciers), NedHIS (koepel van HIS-gebruikersverenigingen) en de Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie (VZVZ).

Bron: HIPMA - Stichting LEGIO

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 RX

nhg Nederlands Huisartsen Genootschap

HELEEN VAN BOETZELAER

‘Als huisarts verbaasde ik mij over hoe processen in de zorg zijn ingericht’

FOTO MARGOT SCHEERDER

Heleen van Boetzelaer

‘DE MAATSCHAPPELIJKE PROBLEMEN DIE IN NEDERLAND SPELEN, ZIJN VOELBAAR IN DE SPREEKKAMER’

Na haar studie Geneeskunde werkte Heleen van Boetzelaer een aantal jaren op de IC. Ze besloot vervolgens de huisartsenopleiding te gaan volgen. En hoewel ze zich als huisarts elke dag verheugde op het werk, stopte ze vier jaar geleden om bij een HIS-leverancier aan de slag te gaan. Nu is ze Programmamanager Informatisering Huisartsenzorg bij het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).

CHRISTIE MANINTVELD
CHRISTIE@M-T-O.NL

‘Werken in de acute zorg trok mij vooral omdat het zo’n breed vak betreft’, zegt Heleen. ‘Je moet snel handelen en bent heel praktisch bezig. Het heeft in die zin overeenkomsten met het huisartsenvak, alleen bouw je als huisarts een langdurige relatie op met patiënten en dat miste ik op de IC. Als huisarts keek ik er elke dag naar uit niet te weten wat de dag ging brengen. In de praktijk is elke tien minuten anders: mensen komen met een enorme diversiteit aan vragen, qua inhoud en complexiteit. Daar genoot ik ontzettend van. Ik vind het ook belangrijk werk: de huisarts is onmisbaar voor de samenleving. Huisartsen zijn een cruciale schakel om de Nederlandse zorg goed, toegankelijk en betaalbaar te houden.’

Op een andere manier het verschil maken

Toch stopte Heleen vier jaar geleden als huisarts. ‘Enerzijds vond ik de druk best hoog. Je moet het antwoord zijn op elk probleem dat binnenkomt. De maatschappelijke problemen die in Nederland spelen, zijn voelbaar in de spreekkamer. Anderzijds is er een tekort aan huisartsen en komt er steeds meer ziekenhuiszorg op het bordje van de eerste lijn. Ook was ik verbaasd over hoe processen in de zorg zijn ingericht. Neem de overdracht van de huisarts naar de ambulance en de spoedeisende hulp. Ik vulde een papieren formulier in voor de ambulance en op de achterkant krabbelde ik snel de verwijsbrief voor de SEH-arts. Dat is zo inefficiënt, incompleet en foutgevoelig. Maar als je de hele dag druk bent met je spreekuur, heb je geen tijd om hier iets aan te doen. Daarom koos ik er uiteindelijk voor om op een andere manier te gaan bijdragen aan de huisartsenzorg.’ Naar eigen zeggen mist ze het contact met patiënten niet: ‘Nee, ik mis het niet, omdat ik het gevoel heb dat ik met mijn huidige werk meer kan bereiken voor de huisartsenzorg dan ik in de spreekkamer kon. De druk op de huisartsenzorg is de afgelopen jaren groter geworden. Corona, de groeiende zorg-

‘IK BEN ER TROTS OP DAT DE HELE SECTOR OP EEN GESTANDAARDISEERDE MANIER WERKT’

vraag, het enorme personeelstekort, de wachtlijsten waardoor je bijvoorbeeld patiënten nauwelijks kwijt kunt in de ggz en het sociaal domein. Door deze ontwikkelingen is het nóg relevanter om vanuit het NHG de huisartsen te ondersteunen bij de vakuitoefening, met oog voor de uitdagingen waar de huisarts voor staat.’

Gestandaardiseerd werken

‘Als Programmamanager Informatisering Huisartsenzorg houd ik mij voornamelijk bezig met het mogelijk maken van uniforme registratie in de HISsen. Daarvoor hebben we het HIS-Referentiemodel ontwikkeld. Dit model beschrijft de structuur van het patiëntendossier en de daarin vastgelegde gegevens. Als je gegevens op een gestandaardiseerde manier vastlegt, kun je de data vervolgens gebruiken voor gegevensuitwisseling en analyse. Het maakt het selecteren van de doelgroep voor de griepvaccinatie eenvoudig en het zorgt er bijvoorbeeld voor dat je een melding kunt krijgen in het geval van een contra-indicatie. Alle HIS-leveranciers maken gebruik van het referentiemodel. Ik ben er trots op dat de hele sector op een gestandaardiseerde manier werkt en dat ook deze producten die wij met het NHG opleveren bijdragen aan goede en veilige zorg.’

Zelfmetingen

Afhankelijk van ontwikkelingen in de zorg en de behoeften van huisartsen ontwikkelt het NHG het referentiemodel steeds verder door. Heleen: ‘Nu zijn zelfmetingen bijvoorbeeld een punt van aandacht. Steeds meer patiënten hebben wearables en kunnen eenvoudig zelf gegevens aanleveren. Het is belangrijk te beschrijven op welke plek deze in het dossier terecht moeten komen en hoe de huisarts hiermee kan omgaan. Maar ook: welke toepassingen zijn wetenschappelijk onderbouwd en welke niet? Onze leden geven aan dat zij toekomst zien in digitalisering en ook dat zij ondersteuning nodig hebben bij digitaliseringsvraagstukken. Die ondersteuning willen wij bieden. Door kritisch te blijven kijken naar welke vormen van digitalisering en gegevensuitwisseling werkelijk bijdragen aan de kwaliteit van zorg en aan het verlagen van de werkdruk van de huisarts.’

Fundamenteel processen aanpakken

Als het gaat om elektronische gegevensuitwisseling beschrijft het programma van Heleen in communicatierichtlijnen welke gegevens er op welk moment van de ene naar de andere zorgverlener moeten gaan: ‘In de laatste versie van de Richtlijn gegevensuitwisseling acute zorg is het overdragen van behandelgrenzen opgenomen. Het is natuurlijk van groot belang dat de ambulancemedewerkers en SEH-artsen weten of iemand wel of niet gereanimeerd wil worden. De richtlijn wordt geïmplementeerd door het landelijke programma Met spoed beschikbaar. Het is fijn om te zien dat de processen waarover ik me als huisarts zo verbaasde, nu daadwerkelijk worden aangepakt.’

XIS-keurmerk

Een project waar huisartsen volgens Heleen echt wat van gaan merken is het XIS-keurmerk. ‘Het NHG werkt samen met LHV en InEen aan een keurmerk voor HIS, HAPIS en KIS. Dit project is een van de manieren waarop we als koepels meer grip proberen te krijgen op de ICT-ontwikkelkalender in de huisartsensector – zowel vanuit sectorale wensen, als in het licht van landelijke ambities rond gegevensuitwisseling en digitalisering. Stichting LEGIO speelt daarbij in de uitvoering een centrale rol. De huisarts zal de voordelen van het keurmerk gaan ervaren, want het zorgt voor een kwaliteitsimpuls van de systemen. Het keurmerk draagt bij aan betere zorg en bedrijfsvoering, onder andere door minder registratielast en eenvoudige gegevensuitwisseling. Ook bij het overstappen op een ander HIS heeft het keurmerk meerwaarde. Als een systeem een keurmerk heeft, kan een huisarts erop vertrouwen dat het aan de belangrijkste eisen voldoet. Dat is handig in een complexe markt met veel leveranciers.’ ■

‘DE HUISARTS ZAL DE VOORDELEN VAN HET XIS-KEURMERK GAAN ERVAREN, WANT HET ZORGT VOOR EEN KWALITEITSIMPULS VAN DE SYSTEMEN’

COLUMN

MYRTE GAY-BALMAZ
DOKTERSASSISTENTE

Uitgepakte koffers, opgelopen ziekten

Reizen en vakantie: je komt altijd wel met iets thuis. Als het geen grootse ervaring is, dan wel een aandoening of ziekte – zo lijkt het. Als huisartsenpraktijk krijg je soms de vreemdste telefoontjes. Inhoudelijk net zo vreemd soms als van waaruit wordt gebeld, als in 'vreemde bestemming'. (Dit lijkt me het moment voor een uitstapje: toen brieven schrijven nog gangbaar was, dus voor de komst van e-mail en app-verkeer, had je knalrode brievenbussen. Neem van me aan, ze waren anders rood dan het rood dat je nu ziet. Ieder bus had ook toen al twee brievenbusgleuven. Tegenwoordig staan er getallen bij: de reikwijdte van het regionale postcodegebied bij de rechter en – heel saai – overige postcodes aan de linkerkant. Vroeger stond daar het tot de verbeelding sprekende 'overige bestemmingen'. Daar ging een wereld achter schuil. Groter dan alle postcodes bij elkaar, bedoel ik maar te zeggen.)

Regelmatig worden we bij de huisarts vanuit zo'n verre bestemming gebeld. Het is dan handig als de patiënt in kwestie dat vóóraf verteld. Hoe vaak ik niet al triagerend tot een afspraak kom, om dan te horen dat iemand vanuit het buitenland belt. En dus niet kán komen! Wat kan ik dan nog voor je betekenen? Meestal is mijn advies dan gewoon naar een arts ter plaatse te gaan. 'Geen idee of dat wordt vergoed', beantwoord ik de volgende prangende vraag. Voor ik het gesprek beëindig zoek ik nog hun zorgverzekeringsgegevens op. En wens ik ze toch nog een fijne vakantie toe.

Ook zijn er standaard mensen die zekerheidshalve de praktijk bellen vóór ze op vakantie gaan. Met het verzoek voor een extra recept, want de duur van de vakantie overschrijdt het aantal nog beschikbare pillen. Dan is de afhandeling eenvoudig: receptje voorschrijven dat de arts autoriseert en vervolgens afhalen bij de apotheek.

Resteert dus nog een heel grote groep die tijdens de vakantie iets opgelopen heeft. Hun verhaal begint standaard met: 'Op vakantie…' Met als variatie (niet per se in deze volgorde): '… liepen we bedwantsen op, kregen we mogelijk een soa, hadden we last van buikpijn en diarree, of is die uitslag schurft? Belandden we in een knokpartij, liepen we het Pieterpad toch verder af met een splinter in mijn voet, hadden we verschijnselen van een blaasontsteking, wat nu toch lijkt door te zetten' enzovoort, enzovoort. Die situaties zijn ook redelijk gemakkelijk te verhelpen. Met een afspraak bij de arts of een teleconsult met het lichaamsdeel waarop de uitslag te zien is. Waarbij ik toch af en toe ongevraagd word getrakteerd op pikante en minder pikante vakantiefoto's.

Het fraaist vind ik de ongetrouwde patiënte die bij ons komt, want haar vinger is zo opgezwollen. Aan de ring die daarvan de oorzaak is hecht ze totaal niet, vertelt ze. De enige reden dat ze die draagt is ter voorbereiding van haar vakantie. Als alleenreizende vrouw merkt ze in sommige landen minder vaak lastig te worden gevallen wanneer ze een ring draagt.

Hier komt fluks de ringzaagtang van pas. Haar voornemen om op Schiphol een ander goedkoop ringetje aan te schaffen vergeet ze. Dat hoor ik bij een latere afspraak op de praktijk – als ik vraag hoe de reis was bevallen. Ze lacht verliefd. Op deze reis ontmoette ze een fantastisch persoon, die ze anders door het dragen van een ring wellicht had afgeschrikt. ■

Tekst-ster@ziggo.nl

MINDER ADMINISTRATIE:
PATIËNT REGELT ZELF GEGEVENSUITWISSELING

‘Dan zegt Mitz ja of nee, zo simpel is het’

In de toekomst regelen alle inwoners van Nederland zelf wie toegang tot hun medische gegevens heeft. Ze bepalen daarbij welke zorgverlener welke gegevens mag inzien en geven dit met toestemmingskeuzen aan. Mitz is een online voorziening die ervoor zorgt dat de patiëntgegevens op basis van de toestemmingskeuzen veilig van het systeem van de ene zorgaanbieder kunnen worden uitgewisseld met dat van de andere. Daarvoor moeten de informatiesystemen goed op elkaar aansluiten. Dat betekent onder meer dat de verschillende systemen elkaars berichten moeten kunnen lezen: berichten moeten aan vooraf afgesproken informatiestandaarden voldoen. Omdat het om persoonlijke en medische informatie gaat, moet het ook juridisch goed geregeld zijn. Er komt dus heel wat bij kijken om Mitz operationeel te krijgen. Arthur Eyck, programmamanager digitalisering bij InEen, een brancheorganisatie van organisaties in de eerstelijnszorg, en Joppe van der Reijden, ICT-adviseur bij de LHV, leggen uit hoe dat in zijn werk gaat.

FEMKE BERENDS
FEMKEBERENDS@PLANET.NL

Arthur: ‘Toestemming verlenen gebeurde eerder lokaal in het systeem van de apotheker en van de huisarts. Dat was een hoop gedoe. Om toestemming vragen leidde vaak tot vragen van de patiënt en kostte je als huisarts veel extra tijd. Met de koepels in de zorg, waaronder de Patiëntenfederatie Nederland, hebben we nu afgesproken dat we de patiënt zelf verantwoordelijk gaan maken voor de toestemmingen. De patiënt is immers degene die er direct belang bij heeft. Daarvoor heeft VZVZ (Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie) een systeem gemaakt om de toestemmingen op individueel patiëntniveau online vast te leggen voor de verschillende soorten van zorg: Mitz.’
Joppe: ‘Om als zorgverlener patiëntgegevens bij een andere zorgaanbieder te mogen ophalen, moet je weten bij wie je ze ophaalt én of daarvoor toestemming is. Aan de andere kant moet de patiënt weten welke zorgverleners hij allemaal toestemming geeft voor het ophalen van zijn gegevens. Mitz is het fundament om die toestemmingen op een centrale plaats te krijgen en ervoor te zorgen dat iedere zorgverlener weet welke toestemmingen de patiënt gegeven heeft. Mitz is een online omgeving, waarin patienten straks kunnen aangeven “Ik wil dat dat ene ziekenhuis over mijn gegevens beschikt.” Of alle ziekenhuizen. Of alle huisartsen. Mitz regelt dat zorgverleners weten waar informatie van de patiënt te vinden is en dat zowel de opvrager als de verzender weten of informatie gedeeld mag worden.’

Overbodige administratieve handelingen

Joppe: Als een huisarts via zijn HIS patiëntinformatie wil ophalen uit het informatiesysteem (XIS) van een andere zorgaanbieder', dan vraagt zijn HIS aan Mitz of deze gegevens bij dat XIS opgevraagd mogen

FOTO ELISABETH EGERS

Arthur Eyck

FOTO ANNA VAN DER REIJDEN

Joppe van der Reijden

worden. Mitz zegt dan ja of nee. Als het ja is, dan mag het en dan is het gelijk ook geregeld.
Omdat de huisarts de toestemming niet meer actief hoeft vast te leggen, raakt dat ook aan de overbelasting van de huisartsenzorg. Toestemming vastleggen is nu noodzakelijk om gegevensuitwisseling mogelijk te maken, maar het is een handeling die niet bij het primaire zorgproces hoort en die je daarom niet meer wilt. We willen als huisartsen af van overbodige administratieve handelingen. De ontwikkeling van Mitz is dus eigenlijk hartstikke goed omdat het een administratief proces uit een context haalt waar hij niet in hoort.'

Drie soorten toestemming

'Voor gegevensuitwisseling heb je drie soorten toestemming nodig', legt Joppe uit. 'Om gegevens te mogen uitwisselen heb je toestemming nodig voor het versturen naar een zorgverlener én voor het ophalen door een zorgverlener. In dat laatste geval moet je daarvoor vooraf toestemming vragen aan de patiënt omdat je op dat moment nog niet weet wie het op gaat halen.'
Arthur neemt het gesprek van Joppe over: 'De SEH-arts kan ter plekke toestemming vragen aan de patient om gegevens op te vragen, maar dat heeft geen zin als deze al niet eerder toestemming heeft gegeven voor het beschikbaar stellen ervan. Juridisch gezien heb je met drie verschillende situaties te maken waarvoor je toestemming nodig hebt. Ten eerste toestemming voor het beschikbaar stellen van gegevens, ten tweede toestemming voor het transport van die gegevens naar een ander systeem en ten slotte toestemming voor gebruik van die gegevens, bijvoorbeeld op de SEH. Deze toestemmingen worden wettelijk allemaal op een andere manier geregeld. Tegelijkertijd hebben zorgprofessionals de verplichting om goede zorg te leveren en daar hebben ze die gegevens voor nodig. Denk aan allergieën en contra-indicaties. En de huidige situatie is: we hebben die gegevens, maar we kunnen ze vanwege de privacyregeling vaak niet gebruiken. Dat is eigenlijk heel cynisch.'

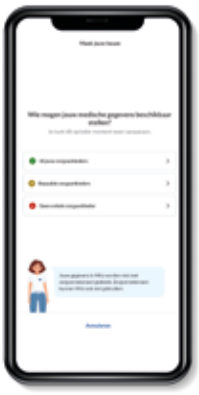
Opt-out-wetgeving

Joppe: 'Om voor Mitz de infrastructuur te creëren kunnen we twee dingen doen. Ten eerste kunnen we proberen de toestemmingen van alle 17,8 miljoen Nederlanders in het systeem vast te leggen. We beginnen daarbij bij de huidige 50 procent die al toestemming heeft gegeven en verleiden de andere helft dat ook te doen. Dat gaat sowieso gebeuren de komende jaren. Iedereen gaat daarmee aan de slag: ziekenhuizen, ambulances, enzovoort. We gaan er vanuit dat dat veel tijd gaat kosten en in de spoedzorg hebben we die tijd niet. Er komt dan wel een opt-out-wetgeving, die regelt dat er toestemming is tenzij de patiënt anders heeft aangegeven, maar deze wet is nog niet klaar. We hebben er daarom over nagedacht of we de corona opt-in-methode in Mitz kunnen formaliseren. Tijdens de coronapandemie mochten ook de dossiers waarvoor geen toestem-

'WE WILLEN ALS HUISARTSEN AF VAN OVERBODIGE ADMINISTRATIEVE HANDELINGEN'

‘SPOT BETEKENT EEN BELANGRIJKE VERLICHTING VAN HET WERK OP DE HUISARTSENPOSTEN’

Figuur 1. Wat patiënten zien als ze inloggen in Mitz.



Figuur 2. Patiënten kunnen in Mitz aangeven wie van hun zorgverleners hun gegevens beschikbaar mag stellen.

Figuur 3. Patiënten kunnen in Mitz kiezen welke zorgaanbieders hun gegevens mogen delen.

ming was vastgelegd bij het LSP worden aangemeld. Er mocht gedaan worden alsof ze op “ja” stonden, dat noemden we de corona opt-in. Na mondelinge toestemming kon de triagist of huisarts op de HAP op de knop drukken om de gegevens op te halen. De corona-opt-in was een gedoogconstructie, die destijds door de Autoriteit Persoonsgegevens, gezien de uitzonderlijke omstandigheden, tijdelijk was toegestaan voor corona-verdachte patiënten. Deze maatregel is per 1 april 2023 gestopt.’

Arthur: ‘Om in spoedsituaties passende zorg te kunnen bieden, hebben zorgverleners op de HAP of SEH relevante informatie over een patiënt nodig. Deze kunnen ze opvragen via de fax, de mail, de telefoon óf via het ophalen van een professionele samenvatting met toestemming middels SPOT. SPOT is een technische oplossing, die een eenmalige toegang regelt die 72 uur bruikbaar is voor de HAP of voor de SEH. Daarna vervalt de toegang.’

Joppe: ‘Als de patiënt toestemming heeft gegeven via SPOT, krijgt hij achteraf een berichtje vanuit Mitz of hij ook toestemming wil vastleggen voor andere zorgverleners. En de huisarts kan zien dat de gegevens opgehaald zijn.’

Arthur: ‘SPOT betekent een belangrijke verlichting van het werk op de huisartsenposten. Met SPOT kunnen we de tijd tot de opt-out-wetgeving van kracht is overbruggen met een praktische oplossing zonder dat regels te hoeven worden aangepast.’

Juridisch ingewikkeld

‘Juridisch gezien hebben we in de spoedzorg twee verschillende situaties’, gaat Arthur verder. ‘Op de HAP hebben we te maken met waarneming. Dat betekent conform de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst dat de waarnemend huisarts op de plek van de eigen huisarts gaat zitten met alle rechten en verplichtingen die daar aan vast zitten. Maar als we het hebben over de ambulancedienst en de SEH dan zijn dat echt andere zorgaanbieders. Dit ligt juridisch ook beetje anders. Er bestaan sinds 2014 richtlijnen voor gegevensuitwisseling binnen de acute zorg met een informatiestandaard voor ongeveer 25 soorten gegevens die heen en weer gestuurd moeten worden. Allerlei partijen wisselen die met elkaar uit. Dat is vanuit de zorginhoud, vanuit de organisatie van de zorg. Tegelijkertijd zien we dat het uitwisselen van een deel van die gegevens juridisch heel ingewikkeld is. Voor de retourberichten geldt dat niet, maar voor de spoedsamenvatting van de huisarts naar de SEH of naar de ambulancedienst geldt wel de toestemmingsregel.’

Met Spoed Beschikbaar

Arthur vertelt dat uit onderzoek van de Patiëntenfederatie Nederland is gebleken dat patiënten ervan uitgaan dat de gegevensuitwisseling van de huisarts naar spoedzorg automatisch geregeld is. ‘Als ze horen dat dat niet zo is, zijn ze verbaasd. In 2018-2019 heeft daarom onder meer de Patiëntenfederatie Nederland gezegd: “Het kan toch niet zo zijn dat die richtlijnen en informatiestandaard zo ontzettend lang op de plank blijven liggen, terwijl patiënten heel graag willen dat gegevens gedeeld worden?” En ook de SEH-artsen zeggen het hartstikke belangrijk te vinden dat ze die gegevens hebben. Daarmee kunnen ze immers betere zorg verlenen en patiënten sneller laten doorstromen. Dus we zijn toen begonnen met implementeren van het Met Spoed Beschikbaar (MSB), een programma dat er op gericht is om in spoedsituaties relevante patiëntinformatie zo snel en zo veilig mogelijk te kunnen uitwisselen. Dit doen we samen met de ziekenhuizen, met de SEH’s, met de leveranciers van informatiesystemen en met de ambulancevoorzieningen. VZVZ en Nictiz voeren het programma uit. Dat wil zeggen: inbouwen in de systemen en de gegevens daadwerkelijk uitwisselen. Dit leidt tot het soepeler functioneren van de acutezorgketen. Dat was tot nu toe nog faxen en bellen, of vaak gewoon niks weten.’

‘Volgens Arthur kan Met Spoed Beschikbaar in de huidige wetgeving (met SPOT) en wordt het straks veel makkelijker met de opt-out voor de acute zorg.

‘HET UITWISSELEN VAN EEN DEEL VAN DIE [MEDISCHE] GEGEVENS IS JURIDISCH HEEL INGEWIKKELD’

‘Het ingewikkelde is: als je gegevens wilt versturen en ontvangen, moet je in je systeem aan twee kanten tegelijk iets aanpassen. Want het ziekenhuissysteem moet de berichten kunnen ontvangen en verwerken, anders heeft het ook niet zoveel zin om het te gaan versturen.’

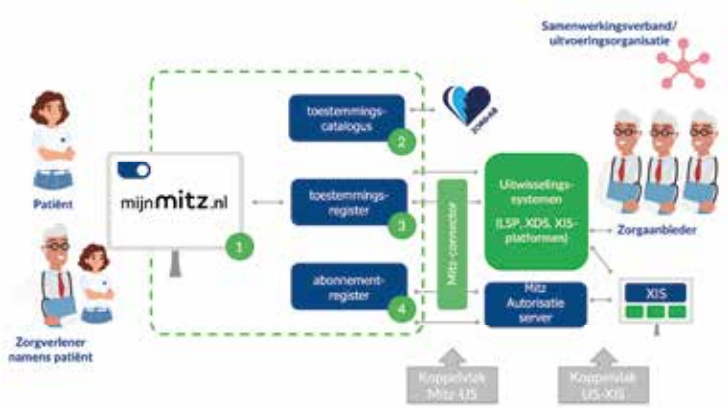
Domeinoverstijgende gegevensuitwisseling

‘Het programma Met Spoed Beschikbaar heeft ons veel geleerd over hoe je domeinoverstijgende gegevensuitwisseling regelt’, vervolgt Arthur. ‘Tussen huisarts en huisartsenpost is dat relatief eenvoudig, dat zit dicht bij elkaar, daar kunnen we onderling afspraken over maken. Maar met de ambulancediensten, met al hun eigen systemen, dat was wel een beetje wennen. Ambulancedienst Nederland heeft een eigen infrastructuur, die zitten niet op het LSP voor hun communicatie, maar ze zijn er nu wel aan vastgeknoopt. Ze moeten eigenlijk wel een verbinding hebben met het LSP, maar UZI-passen op de ambulance is ingewikkeld. Die raken ook wel eens kwijt in de drukte. Ik ben wel heel positief over wat het allemaal heeft opgeleverd. Het is nog niet allemaal opgelost, maar wel tot beheersbare proporties teruggebracht.’

Regionale aanpak

‘Het programma Met Spoed Beschikbaar is bijna klaar, dat loopt tot 1 juli van dit jaar’, vertelt Arthur. ‘Er zijn wat technische vragen die moeten worden opgelost, bijvoorbeeld de berichtgeving terug naar de huisarts. Daartoe moet nog een nieuw format voor het bericht worden gedefinieerd. Dat loopt nu. We zijn ook druk bezig om de behandelgrenzen uit te wisselen. Dat lag eerst buiten onze scope. Maar alle professionals riepen: “Wissel de behandelgrenzen alsjeblieft uit, want dat is voor ons heel erg belangrijk.” Zo is er nog een aantal dingen die moeten worden uitgevoerd en die zullen na het programma worden opgepakt.’

‘Het programma wordt per regio opgepakt, juist omdat je die samenhang tussen partijen hebt. En wat een belangrijke stap telkens is, is dat het systeem aan alle kanten klaar moet zijn om gegevens te kunnen uitwisselen. Dat begint in steeds meer regio’s te draaien.’



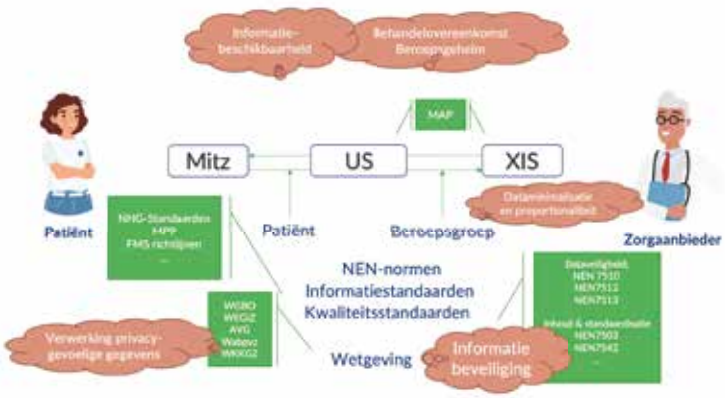
Figuur 4. Mitz: ontwerp, systemen en actoren

Trots

‘We gaan nu bekijken of de techniek ook in de praktijk zo vlekkeloos werkt als we bedacht hebben.’

‘Wat ik mooi vind van MSB is dat de ziekenhuizen in het begin nog een beetje terughoudend waren – “We zijn al zo druk en de leveranciers moeten zoveel” – en inmiddels zijn ze hartstikke trots op het programma, omdat ze zien dat je op deze manier ook beter kan samenwerken. En het gaat ook de huisartsen veel gemak geven, bijvoorbeeld als ze tijdens een visite een ambulance moeten bestellen. Dan krijgen ze ook nog een retourbericht van de ambulance: “Wij hebben een patiënt van u opgepikt of vervoerd” of anderszins en wat ze gedaan hebben. MSB maakt spoedzorg veel effectiever, sneller en makkelijker dan voorheen.’

Joppe: ‘En wat Mitz betreft: de basis is klaar en het implementeren kan beginnen. We gaan nu bekijken hoe dat precies in het werkproces past en of de techniek, ook in de praktijk zo vlekkeloos werkt als we bedacht hebben.’ ■



Figuur 5. Gegevens moeten zorgvuldig beschikbaar komen voor de zorgkaders: wetgeving, regelgeving, normering en onderlinge afspraken

VRAGEN UIT DE DAGELIJKSE PRAKTIJK

Om 9 uur belt een 21-jarige vrouw naar de praktijk. Ze is door de kat in haar vinger gebeten. Afgelopen jaar heeft ze een DTP-vaccin gehad vanwege een vakantie. De doktersassistente adviseert om de wond goed schoon te spoelen en bij ontstekingsverschijnselen contact op te nemen. Om 16.45 uur neemt de huisarts met de assistent de daglijst door. Mevrouw moet nog opgebeld worden omdat ze antibioticaprofylaxe moet krijgen.

CAROLINE NORG-SCHULPEN
CAROLINENORG-SCHULPEN@MEDITTA.NL

Fiatteren van praktijkmedewerkers, moet dat?

In de huisartsenpraktijk zijn verschillende medewerkers werkzaam, die allemaal hun eigen functie en werkzaamheden hebben. De huisarts-praktijkhouder is wel eindverantwoordelijk voor wat er in de praktijk gebeurt, maar hoeft niet alles wat er gedaan wordt te 'controleren'. Taakdelegatie kan naar iedere medewerker die voor deze taak bevoegd is. Is een medewerker bekwaam voor een taak, dan is hij ook bevoegd. De huisarts moet dus op de hoogte zijn van de bekwaamheden van zijn medewerkers en deze ook toetsen. Fiatteren kan een heel prettige en efficiente manier zijn om aan deze toetsing te voldoen. Onder fiatteren wordt hier verstaan het doornemen van (een selectie van) de activiteiten die een medewerker op een dag in de praktijk heeft ondernomen. Op deze manier kan gekeken worden of er adequaat gehandeld is met een volledige registratie. Hiaten in triage- en consultvoeringsvaardigheden kunnen zo boven water komen.

We kennen het fiatteren vooral van de spoedposten, waar dit gebruikelijk is en in de digitale systemen is ingebouwd. Op de spoedposten is er sprake van grote teams, vaker wisselend personeel, waardoor de (waarnemend) huisarts niet altijd voldoende op de hoogte is van de bekwaamheden van de triagist/doktersassistente. Daarom is fiatteren een vanzelfsprekendheid. In de dagpraktijk kennen huisarts en ondersteunend personeel elkaars bekwaamheden over het algemeen beter. Het komt echter ook steeds vaker voor dat teams groter zijn en er veel personeelswisselingen zijn, of dat een deel van de werkzaamheden (bijvoorbeeld triage) uitbesteed wordt. Fiatteren biedt zicht op de vaardigheden van de medewerkers en geeft hun een steun in de rug om con-

sulten of adviezen zelfstandig af te handelen. De ervaring leert dat medewerkers meer vertrouwen krijgen om zelfstandig zaken af te handelen. Of het nu gaat om de doktersassistente, de praktijkondersteuner, de coassistent of de huisarts in opleiding.

Opsporen van incidenten

Bij beginnende medewerkers is het vooral van belang dat u zich aantoonbaar vergewist van de bekwaamheden van de medewerker. Bij leerlingen kunnen leerpunten besproken worden en nieuwe leerpunten opgehaald worden. Bij ervaren medewerkers is het een instrument voor kwaliteitscontrole en accreditatie. Incidenten kunnen opgespoord worden, maar ook zaken die betrekking hebben op praktijkvoeringsprocessen. Een paar voorbeelden.

Tijdens het fiatteren ziet de huisarts dat het meisje T.F. door de aios gezien is omdat ze tijdens het stoeien haar arm bezeerd heeft. De huisarts herinnert zich dat hij over dit gezin met drie kinderen de afgelopen tijd meer casuïstiek met ongelukjes voorbij heeft zien komen. Hij nodigt de ouders uit voor een gesprek in verband met mogelijke kindermishandeling.

Een man van 49 jaar komt met keelpijn en koorts bij de Spreekuurondersteuner Huisarts op het spreekuur. Deze constateert geen alarmsignalen en adviseert adequate pijnstilling. De huisarts fiatteert het consult, maar ziet in de probleemlijst dat de man reuma heeft, kijkt in de specialistenbrief en ziet dat hij adalimumab gebruikt. Afgelopen jaar is hij ernstig ziek geweest door een luchtweginfectie. De huisarts besluit alsnog antibiotica voor te schrijven. De casus wordt besproken in het werkoverleg en leidt tot de afspraak dat het gebruik van immunosuppressiva in het vervolg met attentiewaarde in de probleemlijst wordt gezet.

Naast inhoudelijke aspecten, waaronder ook een volledige en juiste registratie valt, biedt fiatteren ook zicht op administratieve processen en de vraag of de juiste declaraties aangemaakt worden.

Werkwijze

Hoe kan dat fiatteren gedaan worden? Voorop staat dat alle contacten met patiënten vastgelegd worden in het HIS:

- Er zijn HISsen die hier een module voor hebben. Afgeronde contacten (van bijvoorbeeld de doktersassistente) worden ter fiattering aangeboden aan de huisarts. Dit is analoog aan de manier waarop dit op de spoedposten gebeurt.
- Fiatteringstaken kunnen handmatig in de agenda of in de takenmodule worden toegevoegd.
- Fiatteren kan ook tijdens het doornemen van de daglijst gebeuren.

Dit alles kan volledig digitaal verlopen en naar keuze ook vastgelegd worden in het HIS. Het kan ook (deels) samen met de medewerker doorgenomen worden en de basis vormen voor een evaluatie- of leergesprek. Wanneer het digitaal gebeurt, kan de huisarts het op meerdere momenten van de dag 'tussendoor' doen. Acties kunnen snel opgepakt worden. Het doornemen van de daglijst aan het eind van de dag geeft het risico dat er 'nog even snel' zaken geregeld moeten worden.

Werkafspraken vastleggen

Het is goed om in werkafspraken vast te leggen wanneer een contact ter fiattering wordt aangeboden. Alles? Ook de triagegesprekken die tot een afspraak geleid hebben? Of worden deze alleen bij twijfel meteen overlegd?
Een arts is BIG-geregistreerd en daarmee zelf verantwoordelijk voor zijn medisch handelen. Bij een beginnende aios kan ieder consult bekeken worden, wat in de loop van de opleiding afgebouwd kan worden. Er dan kan voor gekozen worden om alleen nog complexe casuïstiek te fiatteren, casuïstiek die bij een bepaald thema hoort of 'iedere derde patiënt'.
Het is goed om te bedenken dat de praktijkhouder bij een anios/basisarts mede verantwoordelijk blijft voor diens handelen. De praktijkhouder dient zich te vergewissen van de bekwaamheden op huisartsgeneeskundig gebied (die niet voor de hand liggen bij de basisarts) en regelmatig evaluatiegesprekken te houden. Ook hier kan fiatteren dus bij helpen.

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

EEN KIJKJE ACHTER DE SCHERMEN BIJ TESTPRAKTIJKEN

‘Ik vind het spanne updates als eerste

Sinds jaar en dag zijn bij de gebruikersverenigingen testers actief. Zij zijn de eersten die nieuwe programmatuur in de praktijk uitproberen om mogelijke fouten vroegtijdig op te sporen en te laten herstellen. Hoe gaat dat in zijn werk? We vroegen het aan Ricardo Fornaro, lid van de landelijke pakketcommissie van MicroHIS, en Jesper van Deelen, voorzitter van de softwarecommissie CGM HUISARTS. ‘Het grote voordeel is dat wij als gebruikers meedenken en kunnen aangeven welke aanpassingen wij wenselijk achten.’

ANNET MUIJEN
ANNET.MUIJEN@PLANET.NL

Hij noemt zichzelf een ‘hobby-ICT-er’, een ‘computernerd’. Ruim vijftien jaar is Ricardo Fornaro, huisarts bij gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord, ‘alfatester’ bij MicroHIS. Updates, veranderingen in het HIS, worden eerst in de eigen omgeving van MicroHIS op fouten gecontroleerd. Als alles naar behoren lijkt te functioneren, gaat de update naar vier testpraktijken. Deze controleren of zich in de praktijk van alledag toch problemen met de aanpassing voordoen die eerder niet zijn opgemerkt. Dat kan makkelijk het geval zijn, want in de huisartsenpraktijk gaat het ineens over veel meer patiënten, meer medewerkers. Fornaro: ‘Door die grotere omvang en complexiteit komen er soms fouten en tekortkomingen aan het

nd om nieuwe te krijgen'

RICARDO FORNARO: 'HET IS BELANGRIJK DAT HET TEAM NIET IN PANIEK RAAKT ALS DE BOEL EVEN NIET NAAR BEHOREN FUNCTIONEERT'

licht die eerder niet zichtbaar waren. In dat het geval trekken wij aan de bel en wordt het euvel meestal snel verholpen.'

Zeggenschap

Na enkele weken wordt de update, al dan niet in aangepaste vorm, bij een groter aantal praktijken getest. Pas als ook in dat bredere verband geen problemen worden ontdekt, bereikt de nieuwe versie alle MicroHIS-praktijken. Fornaro: 'We kennen bij MicroHIS een landelijke pakketcommissie. Behalve onze vier testpraktijken zijn daarin ook mensen van MicroHIS zelf vertegenwoordigd. In die commissie bespreken we welke updates er voor de komende periode staan gepland. Als gebruikers kunnen we ook zelf aangeven welke verbeteringen wij wenselijk achten. Je hebt zeggenschap, je kunt benoemen welke aanpassingen prioriteit verdienen. Dat is natuurlijk een groot voordeel.'

Niet in paniek

Tegenover dat voordeel staat een klein nadeel. Immers, als een update niet helemaal naar behoren functioneert, heeft de praktijk daar last van. 'Je moet', zegt Fornaro, 'niet te bang zijn dat er iets misgaat, dat een functie even niet zo functioneert als jij zou willen. Het is belangrijk dat het team begrijpt waarom we deze rol vervullen en niet in paniek raakt als de boel even niet werkt zoals het moet werken.'

Perfecte integratie

Fornaro is vooral tevreden over MicroHIS omdat er goed wordt geluisterd naar de gebruikers. 'Dat heeft ertoe geleid dat er veel aandacht wordt besteed aan het verbeteren van verbindingen met allerlei andere systemen. We zijn uiterst tevreden over de integratie van de patiëntportalen in MicroHIS. Vanuit je patiëntendossier kun je gemakkelijk berichten naar een patiënt versturen en van een patiënt ontvangen. Mensen kunnen op eenvoudige wijze zelf een afspraak inplannen, hun dossier inzien. Vanuit MicroHIS kunnen we iemand rechtstreeks aanmelden voor het patiëntportaal. Al dat soort zaken zijn perfect geïntegreerd in het HIS.'

Geen keuze

Huisartsen moeten niet bang zijn om de digitale zorg te omarmen, meent Fornaro. 'Er is geen keuze, we zullen wel moeten. Ik merk dat veel huisartsen huiverig zijn om patiënten inzage in hun dossier te ge-

JESPER VAN DEELEN: 'WE HOPEN DAT ONZE TESTWERKZAAMHEDEN HELPEN OM DE SYSTEMEN ZO STABIEL MOGELIJK TE MAKEN'

RICARDO FORNARO: **‘JE KUNT BENOEMEN WELKE AANPASSINGEN PRIORITEIT VERDIENEN. DAT IS NATUURLIJK EEN GROOT VOORDEEL ’**

FOTO MICKEY GRAAFLAND

Jesper van Deelen

FOTO MARCO KEYZER

Ricardo Fornaro

ven. Ze zijn bang dat ze met vragen worden overspoeld. Ik kan na jarenlange ervaring zeggen dat het enorm meevalt. Die koudwatervrees is ongegrond.’

Snel ingrijpen

Jesper van Deelen, huisarts bij huisartsenpraktijk Nieuwenhoorn in Hellevoetsluis, is tevens bestuurslid en voorzitter van de softwarecommissie CGM HUISARTS. ‘Wij werken’, zegt hij, ‘met onze database in de cloud. Die database staat ergens op een server van CGM en die bevragen wij vanuit de praktijk. Andere praktijken zijn fieldtester, dat zijn veelal kleinere praktijken die een server in de eigen praktijk hebben staan. Wij zijn met achtduizend patiënten een wat grotere praktijk. We krijgen in de regel eens in de drie maanden een update. Die proberen we uit en als er foutjes inzitten of iets niet soepel loopt, dan geven we dat door. Een enkele keer loopt het systeem vaker vast. Dat is natuurlijk vervelend. In de regel valt het met die problemen erg mee en wordt er snel ingegrepen. Als er dingen niet goed gaan, kan ook worden besloten om gewoon de oude versie even terug te zetten.’

Aanrader

De kans op dataverlies is minimaal, weet Van Deelen. ‘Dat is allemaal terdege dichtgetimmerd. Als dat niet het geval zou zijn, was ik niet zo happig om als tester aan de slag te gaan. Ik vind het wel spannend om nieuwe updates als eerste te krijgen. Wij zitten dichtbij het vuur. Voor mensen met affiniteit met ICT is het zeker een aanrader om testpraktijk te worden, feedback te geven en op een bescheiden manier bij te dragen aan vernieuwingen en verbeteringen. Onlangs is bijvoorbeeld het deelcontactscherm vernieuwd en zijn de agendafuncties verbeterd. De oude agenda was niet meer van deze tijd, dat was nog ouderwets knippen en plakken. Nu kun je makkelijker met tijden schuiven, makkelijker inplannen, een afspraak met vijf of tien minuten verlengen. Het geheel is overzichtelijker en werkt nu een beetje als een Outlook-agenda. Het ziet er ook allemaal gelikt uit. Daar zijn we blij mee.’

Nieuw voorschrijfsysteem

Binnenkort verwacht Van Deelen een belangrijke update: ’Er komt een heel nieuw voorschrijfsysteem, de communicatie tussen arts en apotheek wordt gestroomlijnd. Daar zijn wij niet bij betrokken, want wij vallen buiten de regio waar wordt getest. Al met al hopen we met onze testwerkzaamheden de gebruikersvereniging te helpen om de systemen zo stabiel mogelijk te maken. We hebben wel eens last van traagheid, of erger, dat je uit het systeem wordt geknikkerd. Als we ook dat waar mogelijk kunnen voorkomen, zijn we tevreden.’ ■

JESPER VAN DEELEN: **‘DE KANS OP DATAVERLIES IS MINIMAAL. DAT IS TERDEGE DICHTGETIMMERD’**

PROGRAMMA 'SAMEN VOOR MEDICATIEOVERDRACHT'

CGM HUISARTS en MicroHIS testen het nieuwe medicatieproces

'Wij doen dit allemaal om de zorg patiëntveiliger te maken. Het is een andere manier van denken en ja, wij zullen met zijn allen moeten wennen. Maar daar tegenover staat dat wij gaan voor minder medicatiefouten.' Zo overtuigd is huisarts Sander Gransjean, die sinds oktober 2022 deelneemt aan de implementatie van de richtlijn voor een actueel en volledig medicatieoverzicht. In regio Rijnmond en regio Friesland toetsen samenwerkingsverbanden in hoeverre de op de tekentafel uitgedachte ideeën werken in de praktijk. Buiten deze regio's zullen huisartsen in vanaf 2025 met de nieuwe werkwijze aan de slag gaan.

NICOLE VAN WETTEN
INFO@NICCOMMUNICATIE.NL

Het programma 'Samen voor medicatieoverdracht' werkt aan goede, complete elektronische overdracht van medicatiegegevens. Vanuit dit programma worden een richtlijn en bijbehorende informatiestandaarden zorgbreed geïmplementeerd. De richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten biedt de basis voor de inrichting van het zorgproces. De daaruit voortkomende nieuwe afspraken en procedures maken veiligere netwerk- en ketenzorg mogelijk. De in softwarepakketten opgenomen informatiestandaarden maken de hiervoor benodigde digitale gegevensuitwisseling mogelijk.

Met een huisartsenbril beoordelen

Sander Gransjean werkt als huisarts in Pijnacker in huisartsenpraktijk Emmapark. Zijn huisartsenpraktijk, die met CGM HUISARTS werk, doet mee aan de Kickstart Medicatieoverdracht (zie figuur 1). Zo heet de eerste implementatie met een selecte groep zorgaanbieders in de regio's Rijnmond en Friesland.
Sander Gransjean: 'Met mijn huisartsenbril beoordeel ik de implementatie van de richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten met bijbehorende informatiestandaarden, waaronder medicatieproces 9 (MP9). Ik kijk waar aanpassingen nodig zijn en hoe wij processen zo veel mogelijk kunnen automatiseren.'
De andere zorgaanbieders die meedoen aan de implementatie in de regio Rijnmond zijn huisartsenpraktijk Bender (MicroHIS), apotheek Pijnacker Centrum, poli-apotheek Sint Franciscus Gasthuis, het Erasmus Universitair Medisch Centrum Rotterdam, het PGO Zorgdoc, verpleeghuis Stichting Laurens en stichting Star-shl als trombosedienst.
'In oktober 2022 waren het leveranciers die aan de slag gingen. Het is aan hen om de informatiestandaarden, waaronder MP9, te implementeren in hun informatiesystemen. Ik kijk nu als huisarts naar de gebruikerservaringen: waar zitten welke knoppen? Hoe klik je? Hoe vaak klik je? Welke meldingen moet je zien en welke mogen "onder water" blijven? Ik ben natuurlijk niet de enige die hiernaar kijkt. Een apotheekhoudend huisarts uit Friesland, een poliapotheek en huisartsen uit de CGM-softwarecommis-

FOTO KRISTIE GLOUDEMANS

Huisarts Sander Gransjean neemt in regio Rijnmond deel aan de implementatie van de richtlijn voor een actueel en volledig medicatieoverzicht

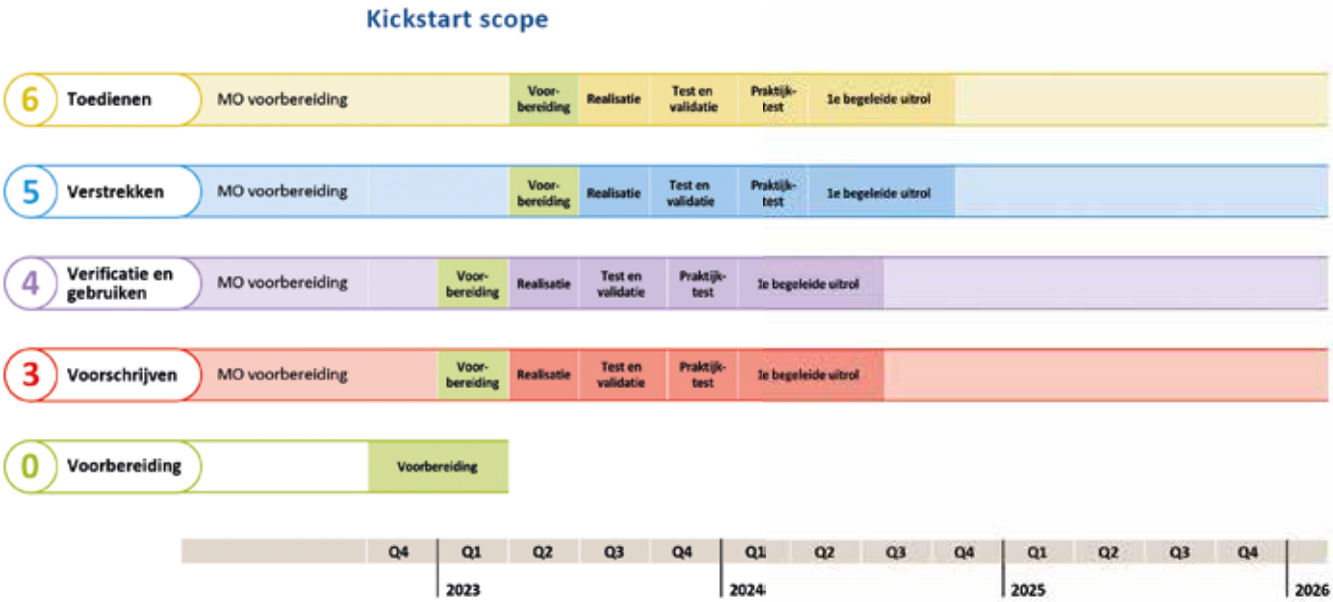
sie van HIS-gebruikersvereniging Atlas doen hetzelfde. Er vinden ook bijeenkomsten plaats waar de deelnemers kijken vanuit apotheekperspectief.'

Na oplevering software volgen labtests

'Deze eerste implementatie duurt twee jaar. We zijn nu op het moment dat de softwareleveranciers de functionele ontwerpen opleveren waarin staat hoe de systemen gaan werken. De deelnemers van de Kickstart gaan na of de verbindingen kloppen, of alles communiceert zoals bedoeld. Kortom, een check in hoeverre de producten die de leveranciers afleveren voldoen. Daarna volgen de zogenaamde labtests. Daarbij kijken zorgverleners in een testomgeving wat er op patiëntniveau gebeurt. Begin 2024 volgt een livegang in zorgpraktijken in de proefregio's Rijnmond en Friesland. Dan ga ik werken met MP9 terwijl Nederland buiten de testregio's blijft werken met MP6.12/EDIFACT.'

'Natuurlijk kunnen de zorgaanbieders die werken met MP9 en die werken met MP6.12 wel gegevens met elkaar uitwisselen. Vanaf 2025 gaan geleidelijk alle zorgaanbieders over op MP9.'

'In de Kickstart testen wij achtereenvolgens de verschillende communicatieprocessen in MP9. Dat zijn de medicatieafspraak, de medicatieverstrekking, het medicatiegebruik en het medicatieverbruik. Op dit moment beoordelen wij de medicatieafspraak.'



Figuur 1. Een overzicht van de Kickstart Medicatieoverdracht (bron: factsheet Kickstart www.samenvoormedicatieoverdracht.nl)

Een uniform medicatiedossier

'Met deze nieuwe standaard komt het ideaal van een voor alle zorgverleners uniform, altijd kloppend medicatiedossier van een patiënt in zicht. Uitdagingen zijn een waterdichte communicatie tussen de ICT-systemen en de implementatie in de informatiesystemen. Als gebruiker van huisartsinformatiesysteem MicroHIS mag ik in de dagelijkse praktijk testen. Zo kan ik helpen vaststellen waar verbeteringen en aanpassingen nodig zijn. In deze nauwe samenwerking met softwareleveranciers en gebruikers willen wij bereiken dat er voor het landelijk gebruik een goed en soepel werkend product bestaat.'
Peter Paul Bender, huisarts in Huisartsenpraktijk Bender, Hoed Overschie

Verbeteringen in de medicatieoverdracht

'In MP9 werk je met een medicatieafspraak waarin staat welk middel wordt gebruikt, tot wanneer, in welke dosis en hoe vaak per dag. Degene die deze afspraak maakt, blijft daarvoor verantwoordelijk. In de verstrekking staat het verzoek aan de apotheek om x aantal tabletten af te leveren. De verantwoordelijkheden tussen afspraak en verstrekking zijn in MP9 gescheiden. Dat is nu niet het geval. Als ik nu als huisarts een recept schrijf voor een middel dat een cardioloog in eerste instantie heeft voorgeschreven, ben ik vanaf dat receptmoment verantwoordelijk. Het recept staat dan op mijn naam. Een voordeel van een gescheiden afspraak en verstrekking is dat eenvoudig is terug te vinden wie de behandelaar is. Dit soort informatie is dan opvraagbaar in de zorgketen. Dat is nieuw.'
'Stel de cardioloog in het ziekenhuis vervangt middel x door middel y. Dan krijg ik nu via het landelijk schakelpunt (LSP) door dat middel y is voorgeschreven maar niet dat middel x wordt gestopt. Met het gevaar dat dat medicatiegebruik op een moment wordt voortgezet. MP9 genereert een bericht wanneer medicatiegebruik wordt stopgezet.'
'De toedienafspraak is dat wat de apotheek daadwerkelijk gaat afleveren. Dat is helemaal nieuw. Als ik nu paracetamol 1000 mg voorschrijf en de apotheek levert 500 mg tabletten af met de instructie twee tabletten per keer te nemen, dan bestaat er een toedienafspraak (tweemaal 500 mg) die verschilt van de medicatieafspraak (eenmaal 1000 mg). MP9 geeft volledigheid. Nu weet ik niet of een patiënt bijvoorbeeld 20 mg in een tablet gebruikt of 2 tabletten van 10 mg. Dat kan spraakverwarring veroorzaken. Volledigheid voorkomt fouten.'

Kloppend medicatieoverzicht

'Ook wanneer een patiënt wisselt van zorgverlener toont MP9 zijn meerwaarde. Als ik een patiënt verwijs naar de polikliniek van het ziekenhuis, dan neemt hij of zij een medicatieoverzicht mee. In de verwijzing die ik stuur, voeg ik ook een medicatieoverzicht toe. Dat geeft al twee overzichten. Het ziekenhuis checkt het medicatieoverzicht via het LSP en de patiënt neemt een tas met medicijndoosjes mee. Al met al levert dit vier overzichten op, die vaak alle vier van elkaar verschillen. Wat is het juiste overzicht? Dat probleem lossen wij nu op.'
'Voor een kloppend medicatieoverzicht hebben wij de patiënt nodig. Alle informatiesystemen moeten de medicatieverificatie inbouwen, zodat je als zorgverlener het daadwerkelijke gebruik kunt registreren en delen in de zorgketen. Als een patiënt mij zegt: "Ik gebruik die statine helemaal niet omdat ik daar spierpijn van krijg", dan pas ik dat aan in het medicatieoverzicht. Via het LSP komt deze informatie ook bij de cardioloog terecht, de voorschrijver van dit middel. Zo werken wij samen aan actuele en volledige medicatiegegevens.'
'Straks zijn ook een voorstel medicatieafspraak en een voorstel verstrekkingsverzoek mogelijk. Als ik een maagbeschermer vergeten ben bij ibuprofen of diclofenac, of een laxeermiddel bij morfine, dan kan de apotheek een voorstel doen voor een medicatieafspraak. Ik kan dat voorstel in CGM HUISARTS accorderen. Zo'n voorstel-medicatieafspraak krijg ik automatisch in beeld.'

Ver van mijn bed

'Voor veel huisartsen staat deze Kickstart Medicatieoverdracht nog ver van hun bed', zegt Menno Riemeijer. Hij is lid van de beheergroep Medicatieoverdracht namens de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en InEen. 'De deelnemers aan de pilot of Kickstart beproeven de afspraken die gemaakt zijn over de interpretatie van de richtlijn Medicatieover-

dracht. Nictiz, de Nederlandse kennisorganisatie voor digitale informatievoorziening in de zorg, gaat aan de slag met de feedback die voortkomt uit deze implementatie. De beheergroep keurt de aanpassingen voordat deze opnieuw de test ingaan.'
De beheergroep vertegenwoordigt een zo divers mogelijke samenwerking van zorgverleners rond een patiënt, onder wie de huisarts, de apotheker, de specialist en de wijkverpleegkundige. Deze groep maakt zo nodig aanvullende onderlinge werkafspraken die niet in de standaard staan. Bijvoorbeeld over onderlinge verwachtingen wat betreft de afhandeling van berichten.
'Medicatieoverdracht is complex. Alleen al doordat het hele zorgveld betrokken is bij nieuwe afspraken voor goede netwerkzorg: patiënt en cliënt, geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en forensische zorg, gehandicaptenzorg, huisartsenzorg, medisch-specialistische zorg, mondzorg, openbare farmacie, publieke zorg, trombosezorg, verpleeghuiszorg en wijkverpleging. Om nog maar te zwijgen over het grote aantal verschillende informatiesystemen en registratiemethoden.'

Figuur 2. De twee testregio's: RijnmondNet (Rotterdam) en GERRIT (Drachten, Friesland).

Een nieuwe manier van werken

Menno Riemeijer: 'Huisartsen gebruiken voor doseerinstructies het NHG-model en het Health-Base-model. Specialisten gebruiken een ander model, net als de apothekers. Uiteindelijk gaan koppelingen de bruggen slaan tussen diverse registraties. Zorgverleners blijven werken met eigen doseerinstructies, maar onder water vindt een vertaling plaats. Hierdoor blijft de instructie voor iedere betrokkene oproepbaar en leesbaar. In de Kickstart beproeven wij dit in de praktijk. Datzelfde geldt ook voor bijvoorbeeld indicaties.'
'In de beheergroep vertegenwoordig ik als enige de huisartsen, maar ik raadpleeg een groep mensen, onder wie huisartsen, die goed thuis zijn in automatisering, ICT'ers en medewerkers van het NHG. Samen met deze mensen heb ik bij softwareleverancier CGM meegekeken hoe deze het HIS inricht voor de Kickstart Medicatieoverdracht. Daar konden wij concreet zien hoe onze theorie uitpakt in de praktijk.'
'Het is een nieuwe manier van werken maar die loont. Het is de weg naar veiligere medicamenteuze zorg door betere informatievoorziening. Het is wel vreselijk complex. Rekening houden met vele partijen met eigen belangen. De kunst is natuurlijk daarvan in het HIS niets laten merken.'
'Huisartsen zullen bijvoorbeeld vanuit de ziekenhuizen veel informatie ontvangen over medicatieafspraken. Wij streven ernaar om die informatie zo te presenteren dat het overzicht completer en duidelijker wordt zonder meerwerk voor de huisarts.'

Wat er op ons afkomt

Menno Riemeijer: 'Al veel regio's zijn actief bezig met medicatieoverdracht. De beperkingen die zij ondervinden betreffen de techniek en de werkafspraken. Het programma Medicatieoverdracht gaat de al

Menno Riemeijer, lid beheergroep Medicatieoverdracht

bestaande samenwerkingen versnellen en verbeteren. Zorgverleners die gaan werken volgens de richtlijn zullen daarin worden ondersteund. Doel is om medewerkers binnen een huisartsenpraktijk de nieuwe werkwijze eigen te laten maken.'
In de testregio's nemen dertien zorgaanbieders deel, tien verschillende zorginformatiesystemen en drie persoonlijke gezondheidsomgevingen (PGO's). Penvoerders voor de twee regio's die deelnemen aan de Kickstart Medicatieoverdracht zijn de RSO's (regionale samenwerkingsorganisaties) RijnmondNet en GERRIT (figuur 2).

ICT-ontwikkelagenda voor huisartsenzorg

Vanuit huisartsenzorg is Joppe van der Reijden, onder meer ICT-adviseur bij de LHV, samen met Martina Bartelink, onder meer directeur van de stichting LEGIO, centrale projectleider van medicatieoverdracht. Joppe van der Reijden: 'Medicatieoverdracht staat als prioriteit op de ICT-ontwikkelagenda. Het is een groot, alomvattend programma. Het is een wens van veel huisartsen om met name de medicatie-informatie van en naar de ziekenhuizen beter te organiseren en te faciliteren. Alleen al de nieuwe medicatieafspraak met start en stop laten stromen tussen de voorschrijvers onderling zou een grote stap vooruit zijn. Maar daar laten wij het natuurlijk niet bij, want er is winst te behalen in de hele zorgketen.' ■

Meer weten?
Kickstart Medicatieoverdracht: https://www.samenvoormedicatieoverdracht.nl/kickstart-medicatieoverdracht/
Kwaliteitsstandaard Overdracht van medicatiegegevens in de keten: https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/medicatieoverdracht

Verwachte verbeterpunten voor de huisartsenzorg

Het programma Samen voor medicatieoverdracht gaat onder andere zorgen voor:

- een digitaal verzoek om medicatieafspraak vanuit de apotheek;
- geregistreerde afstemming over een medicatieafspraak tussen voorschrijver en apotheker;
- duidelijkheid over de bedoeling van een retourbericht;
- registratie van niet-afgehaalde medicatie als geen medicatieverstrekking;
- beschikbare labinformatie;
- eenduidig vastgelegde en gedeelde informatie over contra-indicaties en overgevoeligheden;
- op actuele gebruiksinstructie gebaseerde aanvraag voor een herhaalrecept (via de apotheker);
- tijdig ontvangen wijzigingen in medicatiegegevens;
- berichten over stopgezette medicatie;
- actuele gegevens op de toedienlijst bij verstrekkingen in avond-, nacht- en weekenduren;
- inzicht in alle betrokken zorgverleners en zorgaanbieders op de vrijdagmiddag na een ontslag uit het ziekenhuis.

FOTO ARENDA OOMEN

Haastige spoed

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

Dit had het laatste deel van een tweeluik over de ministeriële plannen voor de acute (huisartsen) zorg moeten zijn, met name over de komende Zorgcoordinatiecentra. Deze ZCC's wil de minister per 1 januari 2024 al in gang gezet zien en per 2025 volledig operationeel hebben. Triagisten vallen niet meer onder de huisartsenpost, maar onder de nieuwe organisatie ZCC, die ook de HAP-agenda's beheer(s)t. Met – dat volgt – een eigen directie, een eigen cliëntenraad, eigen calamiteitenregeling, eigen kwaliteitscriteria en normen. En vooral: met eigen waarden. Want zo'n instelling die 'alleen' maar coördineert, wordt onherroepelijk een instituut met een eigen cultuur.
Het ZCC behandelt wat *vanuit het perspectief van de burger acute hulpvragen* zijn. Maar voor het ZCC ligt de nadruk niet op het gedeelte zorgvraag, maar in toenemende mate op het gedeelte acuut. Zo komen maatschappelijke verwachting en de medische mal waarin deze verwachtingen geperst moeten worden met elkaar in botsing. Want de acute zorgvraag moet afgebakend worden. Dit wel, dit niet. Afbakenen. Het laat zich in het Engels vertalen als *framing*. De minister framet het probleem van de overbelaste huisartsenposten voornamelijk als een logistiek probleem. Een dozenschuifprobleem. Zo'n probleem waar Nederland – getuige onze volgeplempte snelwegen – goed in is. Een probleem waarbij het er wat de minister betreft vooral op aankomt aan de bron het aantal dozen te reguleren en ze dan zo efficiënt mogelijk in het pakhuis weg te steken.
Te beginnen met digitale zelftriage. Mensen moeten per slot van rekening eerst maar eens kijken of ze echt wel die nieuwe schoenen willen kopen. Voor de overgebleven klanten: de intakefase: zijn de schoenen stuk? Zo nee, dan kunt u ook overdag gewoon naar de winkel. Zijn ze wel stuk? OK, zijn ze dan stuk genoeg? Zitten de zolen er nog op? Oh, ze zitten niet meer lekker. Komt dat doordat de veters gebroken zijn? Niet? Welke soort schoenen hebt u nodig? Wandelschoenen of pumps? Pumps. Hebt u wel een feestje? Want waarom hebt u anders pumps nodig? Dan kunt u toch ook nog even op de pantoffels door? Oh, u gaat de Vierdaagse wandelen en de zool is versleten? En u bent vaste klant van schoenentopper.nl? We bieden u een stel stappers van kwalischoen.nl. Die weten weliswaar niet uw schoenmaat en ook niet wat u mooi vindt, en al helemaal niet of de steunzolen zullen passen, maar als u nu een schoen nodig hebt, moet u het ermee doen. Het zal u leren om buiten de normale tijden met versleten schoenen aan te komen zetten!
Ondertussen rijden de schoenverkopers naar hun magazijn. Geregeld komen klanten binnen van wie de schoenmaat niet goed is doorgegeven. Of die eigenlijk laarzen willen, maar in het vakje skischoen zijn geplaatst. Maar wat doet het ertoe? Als je niet meer het gevoel hebt dat je iets had kunnen doen om te weten te komen dat de klant laarzen had gewild? Als je ook maar bent geplaatst bij de afdeling ski-accessoires? Als je het gemopper van de klant over je heen krijgt en geen andere mogelijkheden hebt dan terug te verwijzen naar de klantenservice?
Ik weet het, de schoenendozen zijn ook een vorm van framing. Door mij dan. En dat kan je flauw vinden. Want goede triage kan toch bijdragen aan het beheersbaar houden van de zorgvraag? Helemaal waar. Maar de eenzijdige focus op de kortetermijneffecten van verbeterde triage gaat voorbij aan de onderstroom die straks als veelhoofdige draken de kop op gaat steken. Wat doet gebrek aan autonomie met het werkplezier van huisartsen? Wat heeft de knip tussen triagist en huisarts tot gevolg? Welke domeindiscussies, financieel getouwtrek en ander bestuurlijk gekrakeel gaan ontstaan met een nieuwe entiteit in de zorg?
De minister heeft haastige spoed. ■

ADEPD-REGISTREREN

Welke voordelen heeft de ADEPD-richtlijn voor de huisartsenpraktijk?

Met de richtlijn Adequate dossiervorming met het Elektronisch Patiënten Dossier (ADEPD) geeft het NHG adviezen voor het registreren van informatie in het HIS. Wat levert het je op als je je aan deze adviezen houdt? Maret Zonneveld, huisarts en werkzaam bij het NHG voor het programma Informatisering Huisartsenzorg, en Casper Tombrock, huisarts en bestuurslid van NedHIS, vertellen welke voordelen de huisartsenpraktijk heeft bij deze richtlijn.

FEMKE BERENDS
FEMKEBERENDS@PLANET.NL

FOTO MARCO KEYZER

Casper Tombrock

Maret: 'Er zijn heel veel redenen voor een huisarts om zich aan de ADEPD-richtlijn te houden. Ten eerste omdat de informatie op de juiste plek in het patientdossier staat en daardoor voor iedereen goed vindbaar is. Dit is voor de eigen praktijk belangrijk, maar ook voor waarnemers, die met verschillende HISsen werken.' Casper: ' Met name bij kwetsbare patiënten moet je erop kunnen vertrouwen dat degenen die de zorg overnemen de juiste informatie krijgen om de juiste beslissingen te kunnen nemen.'
Ook voor je eigen zorgverlening heb je profijt van registreren volgens de richtlijn. Casper: 'Om adequaat vervolg te kunnen geven aan klachten van een pati-

CASPER TOMBROCK:

‘DE SOEP-REGELS EN DE OPENSTAANDE EPISODES ZIJN TOEGANKELIJK VOOR DE PATIËNT EN DAAROM IS HET BELANGRIJK DAT DE EPISODELIJST OP ORDE IS’

ent is het belangrijk dat je deze goed hebt gedocumenteerd, zodat je ze gemakkelijk kunt terugvinden. Dat begint met het op de juiste manier invullen van de SOEP-regels. Ingewikkelde zaken moet je uitgebreider documenteren in de S- en de O-regel. Bij eenvoudige klachten is het voldoende om de SOEP-regels met wat steekwoorden in te vullen. Voor als dit later toch nog complicaties geeft, is het ook hier van belang om conform de richtlijnen te registreren.’

In urgente situaties komen gegevens direct boven water

Maret: ‘Op de huisartsenpost kan de informatie alleen goed uit het HIS opgehaald worden als de eigen huisartsenpraktijk alles netjes in het dossier heeft vastgelegd. Wanneer je bijvoorbeeld de behandelgrenzen op de juiste manier vastlegt in het HIS, dan is het ook bij de uitwisseling van gegevens in urgente situaties makkelijker om deze boven water te krijgen, zonder dat je daarvoor het hele HIS door hoeft te doorzoeken.’

Snelle verwijzing naar de specialist

Maret: ‘Ook de verwijzing naar een specialist, bijvoorbeeld via Zorgdomein, gaat veel gemakkelijker en sneller bij een juiste registratie. Een verwijsbrief bestaat uit vaste onderdelen, die automatisch ingevuld kunnen worden, mits de benodigde informatie op de juiste manier in het HIS is weggeschreven.’
Casper: ‘Zorgdomein is ICPC-gestuurd. Via de ICPC-code zie je het hele dienstenaanbod van specialisten en bij welke ziekenhuizen en poliklinieken dit wordt aangeboden. Als je goed hebt geregistreerd, heb je slechts 2 à 3 minuten werk om de patiënt te verwijzen.’

Profijt van het ondersteunende systeem

Maret: ‘Als je overgevoeligheden en contra-indicaties op de juiste plek vastlegt, word je gewaarschuwd bij het voorschrijven van medicatie waarvoor een overgevoeligheid of contra-indicatie bestaat. Zo voorkom je dat je patiënt later weer eenzelfde allergische reactie heeft, maar dan een slagje erger. En als je de ICPC-code goed hebt vastgelegd, werkt de consultondersteuning, zoals Prescriptor, ook beter. Voorschrijven wordt daardoor eenvoudiger, waardoor je minder kans hebt op fouten.’
Casper: ‘Uiteindelijk kan het ondersteunende systeem bij een aandoening als blaasontsteking ook door doktersassistentes worden gebruikt. Via dit systeem kan ze de patiënt dan documentatie of een link meegeven naar thuisarts.nl.’

Signaleren dat interventies nodig zijn

Maret: ‘Op patiëntniveau wordt het gemakkelijker om uitslagen met referentiewaarden te vergelijken en het verloop bij te houden. Hierdoor signaleer je sneller dat een patiënt een bepaalde interventie nodig heeft, bijvoorbeeld het aanpassen van diabetesmedicatie bij een oplopende suiker. En op praktijkniveau helpt goede (ICPC-)registratie om eenvoudig patiëntselecties te maken – bijvoorbeeld op basis van chronische ziekten –, zodat je daar beleid op kunt inzetten. Denk aan diabetes- en COPD-patiënten, die een vaccinatie-uitnodiging moeten krijgen.’
Casper: ‘Als je niet goed ICPC-codeert krijg je ook geen goede grieplijsten. Daarnaast is het ook voor de monitoring nodig. In onze praktijk doen we dat bij patiënten die regelmatig een nierfunctieonderzoek nodig hebben. Die mensen gaan daar lang niet allemaal zelf achteraan. Door goede registratie krijgen wij een seintje vanuit het HIS, waarna onze assistente de patiënt belt dat het tijd is voor een niercontrole. Dat gaat om aanzienlijke aantallen.’

Visualiseren van de status

Maret: ‘Het NHG heeft voor leveranciers een richtlijn opgesteld, waarmee ze een functionaliteit kunnen bieden die het mogelijk maakt om de status van de patiënt met een chronische aandoening te visualiseren met een afbeelding. Ook hiervoor geldt: je kunt alleen een kloppende afbeelding krijgen als je netjes hebt geregistreerd.’

Vertrouwen van de patiënt

Maret: ‘Een ander voordeel van ADEPD is dat het kan bijdragen aan het vertrouwen van een patiënt in de huisarts. Het dossier is weliswaar primair voor zorgverleners bedoeld, maar patiënten hebben het recht om het in te zien. En dan helpt het als informatie goed is op te halen en terug te vinden. Daarbij wil ik wel benadrukken dat het patiëntdossier geen communicatietool is.’
Casper: ‘De Persoonlijke Gezondheidsomgeving (PGO) gaat er vanuit dat de regie van de gezond-

FOTO STUDIO CHIEN

Maret Zonneveld

MARET ZONNEVELD:

‘OP PRAKTIJKNIVEAU HELPT GOEDE (ICPC-) REGISTRATIE OM EENVOUDIG PATIËNT-SELECTIES TE MAKEN, ZODAT JE DAAR BELEID OP KUNT INZETTEN’

heidszorg bij de patiënt zelf ligt. Dat betekent dat de wensen van de patiënt goed in diens dossier worden vastgelegd. Bij voorkeur in een voor de patiënt gebruikelijke taal. De SOEP-regels en de openstaande episodes zijn toegankelijk voor de patiënt. Dus ook wat dat betreft is het belangrijk dat de episodelijst op orde is. Als er tachtig episodes openstaan, is dat voor de patiënt niet duidelijk.’

Andere doeleinden dan patiëntenzorg

Maret: ‘Ook voor andere doeleinden dan patiëntenzorg heb je profijt van ADEPD. Denk aan extracties voor een jaarverslag, om te declareren, aan wetenschappelijke of scholingsdoeleinden en aan farmacotherapeutisch overleg (FTO). Zo is het bijvoorbeeld eenvoudig om op basis van ATC-codes[1] medicatiedata uit het HIS te halen. Op praktijkniveau heb je profijt van ADEPD bij het in beeld brengen van trends en het maken van overzichten van de ketenzorgresultaten van de praktijk. Dat kan alleen als je meetwaarden van tests netjes als gestructureerde uitslagen in het HIS hebt vastgelegd.’

Casper: ‘Ik doe mee aan FTO. Op wijkniveau zitten dan huisartsen en apothekers bij elkaar. We hebben onlangs antibioticumgebruik met elkaar vergeleken. De onderlinge verschillen en de afwijking van de landelijke standaard bleken enorm. Naar aanleiding daarvan proberen we het antibioticumbeleid te harmoniseren. Voor dit soort benchmarking heb je cijfers nodig uit je HIS. Dus ook daarvoor is goed registreren essentieel. Ook kun je op basis van de ICPC-codes overzichten uitdraaien om beleidskeuzen te maken voor je praktijk. Zo kun je kijken hoeveel patiënten je onder de tien jaar hebt met zorgvragen. Het aantal zou bijvoorbeeld een reden kunnen zijn om een POH Jeugd te contracteren. Ook voor claimzaken is goede registratie buitengewoon belangrijk. Het Medisch Tuchtcollege werkt op basis van de gegevens in het HIS. Als je alles direct tijdens het patientcontact netjes hebt gedocumenteerd, dan sta je sterk. Ik heb zelf net een zaak gehad met een patiënt die vond dat hij niet goed behandeld was en dat het te lang had geduurd voordat ik kwam. Alles wat ik gedaan en besproken had, had ik netjes ingevuld in de SOEP-regels en de verwijzing naar ziekenhuis had ik direct via mijn laptop geregeld. Uit het dossier bleek daardoor duidelijk dat de klacht van de patiënt en zijn perceptie van tijd niet klopten. De klacht werd daarom ongegrond verklaard.’

Teamactiviteit

Maret: ‘Goed registeren kost tijd, maar levert ook op. Het is een teamactiviteit, waar iedereen belang bij heeft, dus niet alleen de POH. Als de POH de patiëntendossiers niet goed bijhoudt, dan heeft de huisarts daar last van. Maar andersom geldt hetzelfde. Als de huisarts bijvoorbeeld geen duidelijk SOEP-verslag heeft ingevuld, dan is niet het niet duidelijk of de patiënt op controle is geweest en moet de POH daar achteraan.’ ■

Noot

1 *Dit classificatiesysteem van de World Health Organization deelt een geneesmiddel in door aan elke werkzame stof of combinaties daarvan een eigen code toe te kennen.*

NEGEN REGISTRATIETIPS DIE VEEL TIJD OPLEVEREN

‘Als je 20% op orde hebt, komt de rest vanzelf’

Jeroen Stroucken is als huisarts in een van de acht gezondheidscentra van de GAZO (Gezondheidscentra Amsterdam Zuidoost) van begin af aan betrokken geweest bij het opstellen van de ADEPD-richtlijn. Momenteel geeft hij als docent Huisartsgeneeskunde college over ICPC-coderen en ADEPD-richtlijnen. Hij heeft een aantal tips voor het adequaat registreren, die veel tijd en werkplezier opleveren.

FEMKE BERENDS
FEMKEBERENDS@PLANET.NL

Jeroen ervaarde in zijn tijd bij de GAZO het belang van gestandaardiseerd registreren: ‘Jaarlijks verhuisde daar maar liefst 20% van de patiënten. Dat betekent voor 7500 patiënten dus 1500 nieuwe dossiers per jaar, dat is 250 per huisarts, dus gemiddeld één dossier per werkdag. Dan scheelt het wel enorm veel tijd als het verhuisdossier op orde is. Ik heb wel eens tegen een nieuwe patiënt gezegd: “Ik kan jou op dit moment niet inschrijven, want je dossier is een puinhoop. Er zit geen enkele ordening in, geen episodes, medicatie niet gekoppeld, correspondentie is niet gekoppeld.”

Jeroen geeft zowel aan MIK (medische informatiekunde)- als aan haio (huisarts in opleiding)-studenten college over nut en noodzaak van ADEPD-registratie en ICPC-coderen. Daarbij is hij verbonden aan het Academisch Netwerk Huisartsgeneeskunde Amsterdam UMC (ANHA) en geeft hij scholing over ADEPD-registratie aan zorggroepen en huisartsengroepen. ‘Ik vind goed registreren heel belangrijk. Het kost je niet echt veel meer tijd, maar levert wel veel werkgemak en werkplezier op. Je wint tijd, omdat je niet hoeft te zoeken.’

Oneindig zwanger

‘Tijdens mijn colleges laat ik zien dat je als je goed registreert, je zelf makkelijk spiegelinfo uit je HIS kunt halen. Een mooi voorbeeld is de zwangerschapsepisode. Per definitie is dat een eindige situatie. Vaak wordt bij zwangerschap in het dossier ingetikt dat de patiënt is bevallen, maar wordt de episode niet afgesloten en de ICPC-titel niet gewijzigd. Dan kan het gebeuren dat – járen na de bevalling – de apotheker je belt om een alternatief geneesmiddel te bespreken, omdat de patiënt volgens het systeem nog steeds zwanger is.’

TIP 1: 20-80-PRINCIPE

‘Huisartsen die starten met het op orde brengen van dossiers, adviseer ik het 20-80-principe. Dat betekent: ga je niet blind staren op al je 2000 patiënten, maar richt je in eerste instantie op de 20% patiënten die 80% van je tijd vragen en dus de meeste zorg nodig hebben, zoals ouderen en chronisch zieken. Als je die 20% op orde hebt, komt de rest vanzelf.’

‘ALS JE GOED REGISTREERT, KUN JE ZELF MAKKELIJK SPIEGELINFO UIT JE HIS HALEN’

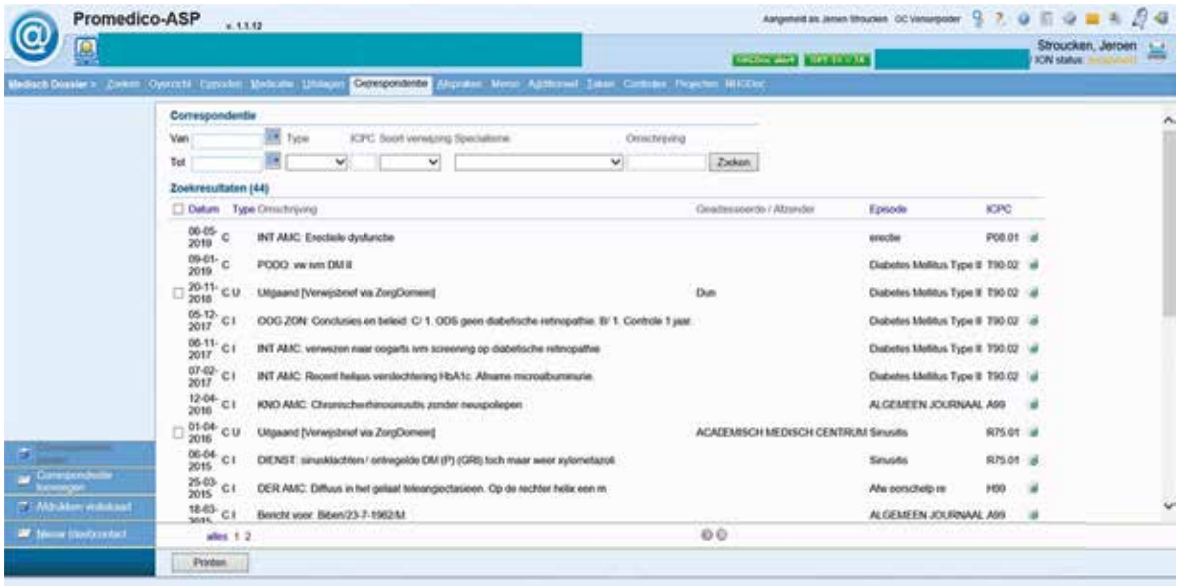
FOTO MICKEY GRAAFLAND

Jeroen Stroucken

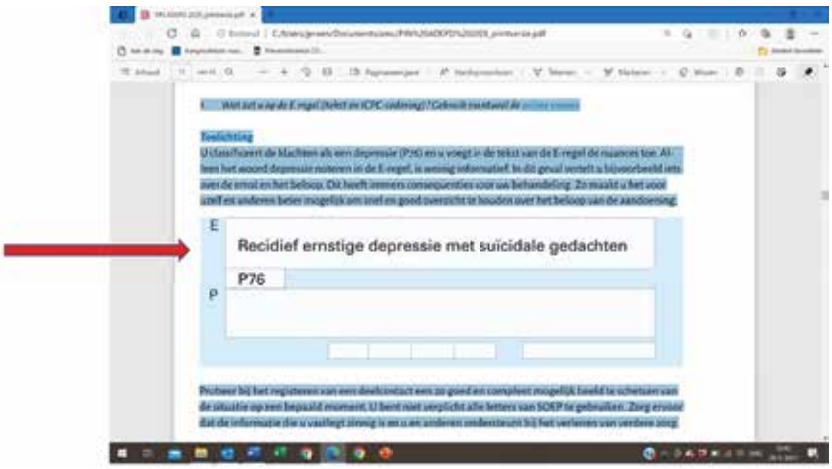
TIP 2 MAKKELIJK ZOEKEN NAAR DE INHOUD VAN DOCUMENTEN

'Als je episodes , medicatie, correspondentie, ICA (intolerantie, contra-indicatie, allergieën) goed hebt geregistreerd, is het heel makkelijk zoeken naar bijvoorbeeld de inhoud van de laatste specialistenbrief, labuitslagen en verwijsbrieven. Een voorbeeld: bij binnenkomende digitale post wordt het specialistenbericht op een standaard manier aan het patiëntdos-

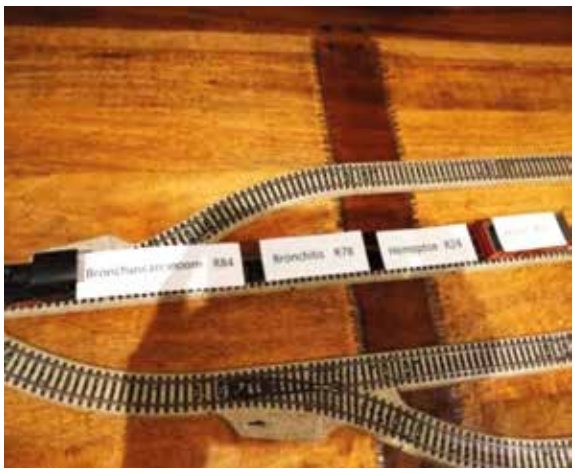
'SCHRIJF DE TEKSTEN IN DE PROFESSIONELE SAMENVATTING NIET IN JIP-EN-JANNEKETAAL, MAAR IN VAKTAAL'



Figuur 1. Correspondentie is gekoppeld aan episode



Figuur 2. Verfijn de episodetitel, dus niet alleen 'depressie', maar als in de figuur



Figuur 3. Door samen te voegen behoud je je voorregistratie en heb je overzicht

sier gekoppeld. Als je dat zo laat staan, worden in de dossiers van die patiënten, die bij verschillende specialisten lopen, al die verschillende specialistenberichten op dezelfde manier vermeld. Je ziet dan niet direct welk bericht van de kno-arts is en welk van de reumatoloog. Om dat te voorkomen vermeld ik bij elk bericht de eerste drie letters van het specialisme, gevolgd door een spatie, de eerste drie letters van het ziekenhuis en een korte samenvatting van de inhoud van de brief. Dus als het een bericht is van de kno-arts van het Onze Lieve Vrouw Gasthuis, dan schrijf ik die weg onder 'KNO OLV'. Als je in je werkscherm op deze vermelding met letters en samenvatting klikt, komt de hele brief tevoorschijn, maar vaak heb je al voldoende aan alleen de samenvatting.'

TIP 3 BREID DE E-REGEL UIT

'Met een kleine aanvulling van de E-regel (evaluatie/diagnose) is sneller relevante informatie zichtbaar. Want niet alles is in de ICPC-code te vangen. Bijvoorbeeld: zet achter "diabetes mellitus 2" "insulineafhankelijk", achter "depressie" "suïcidaal" of achter "gesprek levenseinde" "geen IC – geen reanimatie – geen beademing".'

TIP 4 STEL ZELF DE PROBLEEMEPISODELIJST SAMEN

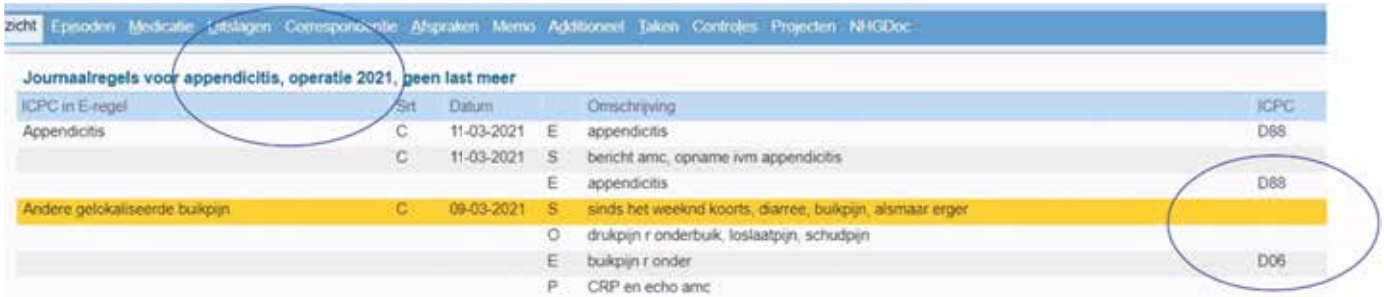
'Probleemepisodes staan bovenaan in de lijst in een afwijkende kleur, zodat ze continu je aandacht vragen. Ik raad aan om goed te kijken of die episodes nog steeds probleemepisodes zijn. Bijvoorbeeld "depressie": als je deze als probleemepisode weghaalt, verdwijnt deze uit de lijst, maar niet uit het patiëntdossier. Sommige HISsen hebben de mogelijkheid om een hiërarchie aan te geven in de lijst met probleemepisodes. In het werkblad is een maximaal aantal probleemepisodes zichtbaar en als je een nieuwe toevoegt, komt deze bovenaan en schuift de rest naar beneden. Je kunt dan handmatig een probleemepisode bovenaan zetten, bijvoorbeeld "Gesprek levenseinde".
Episodes als "diabetes" krijgen automatisch een probleemstatus. "Hoesten" niet, maar als je het belangrijk vindt dat dat extra aandacht krijgt, kun je er zelf een probleemstatus van maken.'

TIP 5 MAAK EEN EPISODETREIN

'Doordat je gedwongen wordt episodegericht te werken, bestaat het risico dat het aantal episodes te groot wordt en je het overzicht kwijtraakt. Kijk dus kritisch of je geen dubbelingen hebt in de episodelijst. En voeg de episodes die bij elkaar horen samen tot één episode. Zo kun je "hoesten", "bloed ophoesten", "chronisch bronchitis", "longcarcinoom" allemaal wegschrijven bij de episode "longcarcinoom". Dan zie je gelijk hoe het verloop is geweest. Dit heet een episodetrein.'

TIP 6 REGISTREER AT TRUE LEVEL

'Je hoort te registeren wat de situatie op dit moment



Figuur 4. At true level en tegelijk de episodetrein

Figuur 5. Collectief episode toekennen

is, en niet wat je denkt dat ze gaat worden. Je patiënt heeft bijvoorbeeld acute pijn in rechteronderbuik, koorts, vervoerspijn, drukpijn op het drukpunt van McBurney. Hier vermoed je een appendicitis, maar je hoort dit te coderen als gelokaliseerde buikpijn. Pas nadat gebleken is dat het inderdaad een appendicitis is, ga je de ICPC-code van appendicitis toevoegen en hanteer je de episodetrein.'

TIP 7 GEEF EEN SLUITINGSTERMIJN AAN

'Huisartsen zijn goed in het aanmaken van episodes, maar slecht in het sluiten daarvan. Geef in je HIS aan na welke periode episodes moeten sluiten als ze niet zijn gebruikt. In onze praktijk hebben we dat op veertien maanden ingesteld. We hebben hiervoor gekozen omdat bijvoorbeeld bij hooikoorts een seizoen elk jaar later of eerder kan beginnen. Probleemepisodes blijven altijd in beeld, tenzij je die handmatig sluit.'

TIP 8 SCHRIJF DE P-REGEL WAT MEER UIT, MAAR VERMIJD JIP-EN-JANNEKETAAL

'Als de patiënt toestemming heeft gegeven voor opt-in, kun je op de huisartsenpost de professionele samenvatting zien. Ik raad aan om de teksten die in de professionele samenvatting terechtkomen, niet in jip-en-janneketaal, maar in vaktaal te schrijven, zodat artsen elkaars berichten kunnen lezen. Schrijf deze dan wel wat meer uit, bijvoorbeeld "controle na 1e week" in plaats van "C 1wk". Dit doe je niet alleen vanwege inzage op de huisartsenpost, maar ook voor patiënten via het patiëntenportaal.'

TIP 9 GEBRUIK DE ONDERSTEUNINGSTOOLS

'Prescriptor is een handige tool om te kijken wat je kunt voorschrijven. Vaak weet je wel wat je moet voorschrijven, maar als je patiënt al verschillende producten heeft gebruikt die niet goed aanslaan, is het fijn om via Prescriptor alternatieven te vinden. Tevens kun je via Prescriptor de standaarden snel raadplegen.'

'Een patiënt met een nierfunctie minder dan 50 hoort een episode voor nierinsufficiëntie te krijgen. Met een handige tool in je HIS (Projecten in Promedico-ASP) kun je gemakkelijk destilleren welke patienten een nierfunctie van minder dan 50 hebben, maar nog geen episode "nierinsufficiëntie", waarna je deze groep collectief de episode kunt toekennen.'

NHGDoc

'NHGDoc is mooie ondersteuningstool, die niet standaard in het HIS is opgenomen. Je moet ervoor betalen, maar die kosten kun je voor een deel terugvragen bij de zorgverzekeraar. Het is handig voor als je een huisarts opleidt, bijvoorbeeld om de schildklierproblematiek in kaart brengen. NHGDoc helpt je herinneren. Met vinkjes kun je aangeven op welke informatie je geattendeerd wilt worden. Het kan bijvoorbeeld voor je bijhouden wanneer het bij diabetespatiënten tijd is voor de jaarlijkse HbA1C-controle. Je krijgt dan een melding in je HIS. NHGDoc houdt ook voor je bij of labaanvragen op tijd worden aangevraagd en geeft met kleuren aan welke labuitslagen wel en niet afwijkend zijn. Als je alleen de gegevens van schildklieronderzoek wilt, kun je dat aanvinken. Dat is wel arbeidsintensief. Daar komt bij dat sommige huisartsen onrustig worden van al die meldingen. Maar als je goed registreert, zul je steeds minder meldingen krijgen via NHGDoc, en heb je er meer profijt van.' ■

'HUISARTSEN ZIJN GOED IN HET AANMAKEN VAN EPISODES, MAAR SLECHT IN HET SLUITEN DAARVAN'

PATIËNTGEBONDEN EN EPIDEMIOLOGISCH ONDERZOEK

Registratienetwerken, wat hebben we daaraan?

Eind jaren tachtig van de vorige eeuw is in Nederland het eerste academische registratienetwerk huisartsengeneeskunde gestart. Inmiddels hebben alle acht vakgroepen huisartsgeneeskunde een of ander registratienetwerk dat gegevens van huisartsen aanlevert. En ook het niet-academisch registratienetwerk van Nivel neemt deel aan het landelijk overleg. Oud-huisarts Jos Boesten werkt als coördinator data voor het Research Network Family Medicine (RNFM) van Maastricht University. Hij legt uit wat het belang is van deze registratienetwerken.

FEMKE BERENDS
FEMKEBERENDS@PLANET.NL

De voorloper van het RNFM was het allereerste registratienetwerk huisartsgeneeskunde. Het is opgestart bij de opkomst van de digitalisering van de huisartsenpraktijk. De aangesloten praktijken registreerden de medische gegevens van hun patiënten op uniforme wijze in het HIS, zodat deze data ook geschikt waren voor wetenschappelijk onderzoek. Tegenwoordig moet je volgens de ADEPD-richtlijn registreren als je je aansluit bij een registratienetwerk.

'WE BIEDEN MET ONS NETWERK TEGENWICHT TEGEN VERZEKERAARS'

Wat is het doel van de registratienetwerken?

Jos: 'De registratienetwerken hebben geanonimiseerde medische gegevens beschikbaar voor twee belangrijke doelen. Ten eerste het rekruteren van patienten voor patiëntgebonden onderzoek. In het verleden moesten we bij de praktijken leuren: "Heb je patiënten voor mij?" Nu kunnen we de gezochte patiënten direct via de database vinden, bijvoorbeeld voor onderzoeken rond kinderen en astma. Het andere doel is epidemiologisch onderzoek, het kunnen beschikken over gegevens voor medisch wetenschappelijk onderzoek, bijvoorbeeld retrospectief onderzoek naar de relatie tussen depressie en dementie. Met de gegevens uit patiëntendossiers kunnen we analyseren of patiënten die in het verleden een depressie hebben gehad vaker dan anderen dementie krijgen.'

Samenwerking geeft een grote hoeveelheid data

'Het landelijk overleg tussen alle huisartsenregistratienetwerken heeft geleid tot intensieve samenwerking tussen de netwerken Groningen, Utrecht, Amsterdam en Maastricht. Doordat we gebruikmaken van dezelfde infrastructuur, database en programmatuur kunnen we data uit die regio's samenvoegen. Deze samenwerking dekt ruim 1,5 miljoen patiënten en bij alle registratienetten gezamenlijk gaat het om maar liefst 4,5 miljoen patiënten. Met die data heb-

FOTO MICKEY GRAAFLAND

Jos Boesten, coördinator data voor het Research Network Family Medicine (RNFM)

ben we bijvoorbeeld onderzoek kunnen doen naar wat COVID-19 heeft betekend voor de contactfrequentie en daarmee het missen van diagnoses als kanker. Je hebt grote aantallen data nodig om hierover zinvolle uitspraken te kunnen doen.'

Waarom sluiten huisartsenpraktijken zich bij een registratienetwerk aan?

'Vroeger waren het de pioniers die zich bij ons aansloten, later gingen we zelf actief praktijken benaderen. Het correct registreren volgens richtlijnen was toen nog niet de norm. Nu benaderen zorggroepen zelf de registratienetwerken met de vraag of ze aangesloten kunnen worden. Ze zien namelijk in dat hen dat strategisch sterker maakt ten opzichte van de zorgverzekeraars.'

Tegenwicht tegen de vinkjescultuur

'In onderhandelingen met zorgverzekeraars over zorgstraten heb je geaggregeerde data nodig. Een zorgverzekeraar heeft niet de data van alle patiënten die je als praktijk onder je hoede hebt. Een registratienetwerk heeft die wel. Daarmee kun je je eigen analyses maken.'

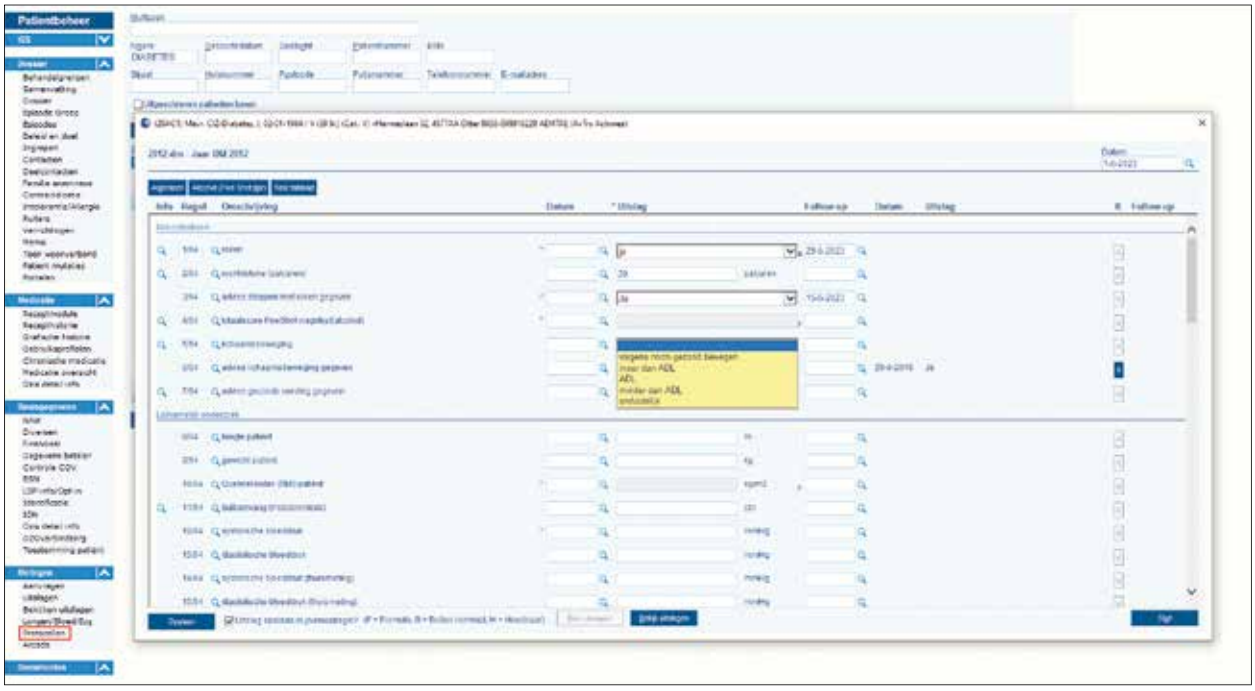
'We zijn met de zorgstraten terechtgekomen in een vinkjescultuur, terwijl vinkjes niet synoniem zijn met goede kwaliteit van zorg. Zorgverzekeraars willen ons sturen en afrekenen op een aantal zaken, waarbij je merkt dat ze onvoldoende kennis hebben van wat er in de spreekkamer speelt. We bieden met ons netwerk tegenwicht tegen verzekeraars, die willen afrekenen op basis van kwaliteitsindicatoren, die ze vrij strak neerleggen. Zo willen ze dat je elk jaar van elke diabeet registreert of hij wel of niet rookt. Nietroken moet dus elk jaar bevestigd worden. Dan gaat het om registreren óm het registreren en niet om de kwaliteit van de zorg.'

Consequent registreren

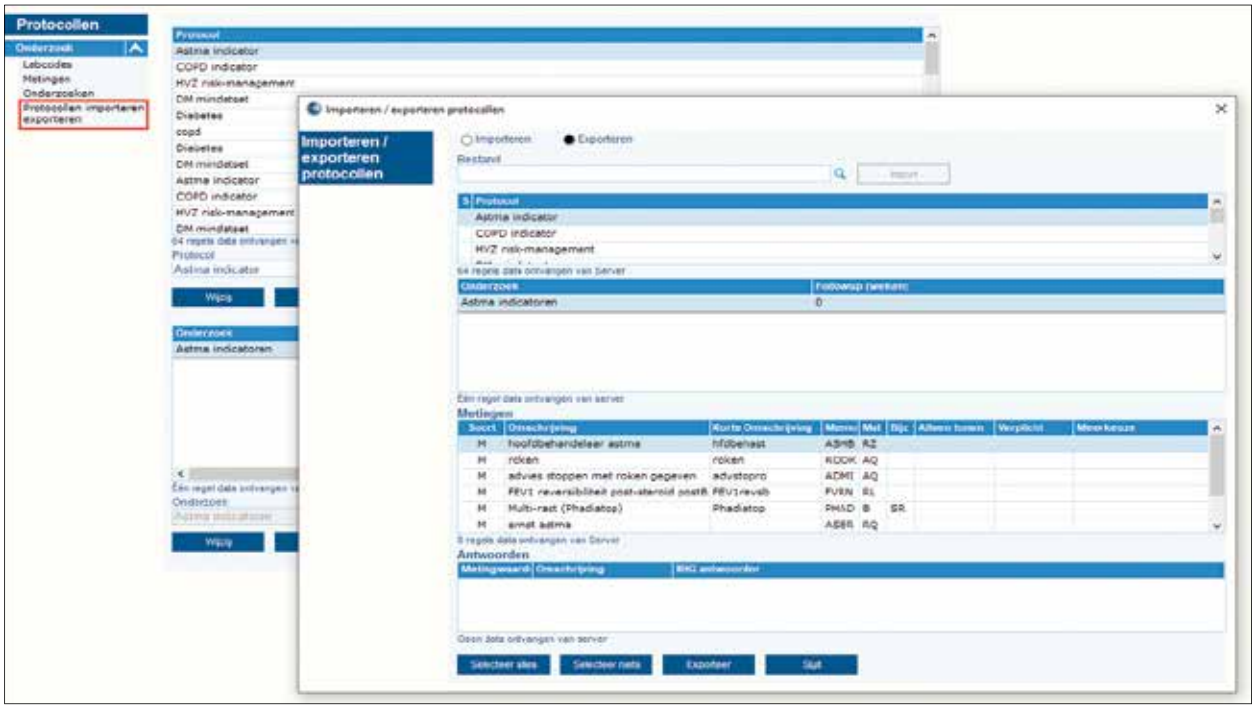
'Voor de netwerken is het belangrijk dat de aangesloten praktijken consequent registeren. Als je van een bepaalde aandoening het verloop in de tijd wilt weten, is het noodzakelijk om zo specifiek mogelijk te coderen. Dus niet alleen aangeven dat het om diabetes gaat, maar ook of het type 1 of 2 betreft. En als je niet zeker weet of het om een appendicitis gaat, plaats dan een vraagteken en codeer als "andere gelokaliseerde buikpijn", in plaats van te coderen als appendicitis. Want als je dat wel doet, dan ligt het vast in het patiëntdossier, terwijl het wellicht niet klopt. Dat is niet handig voor wetenschappelijk onderzoek over appendicitis. Bovendien denk je dat de appendix er al uit is als de patiënt weer met buikpijn bij je terugkomt.' ■

CGM-HUISARTS Ondersteuning protocollaire (chronische) zorg

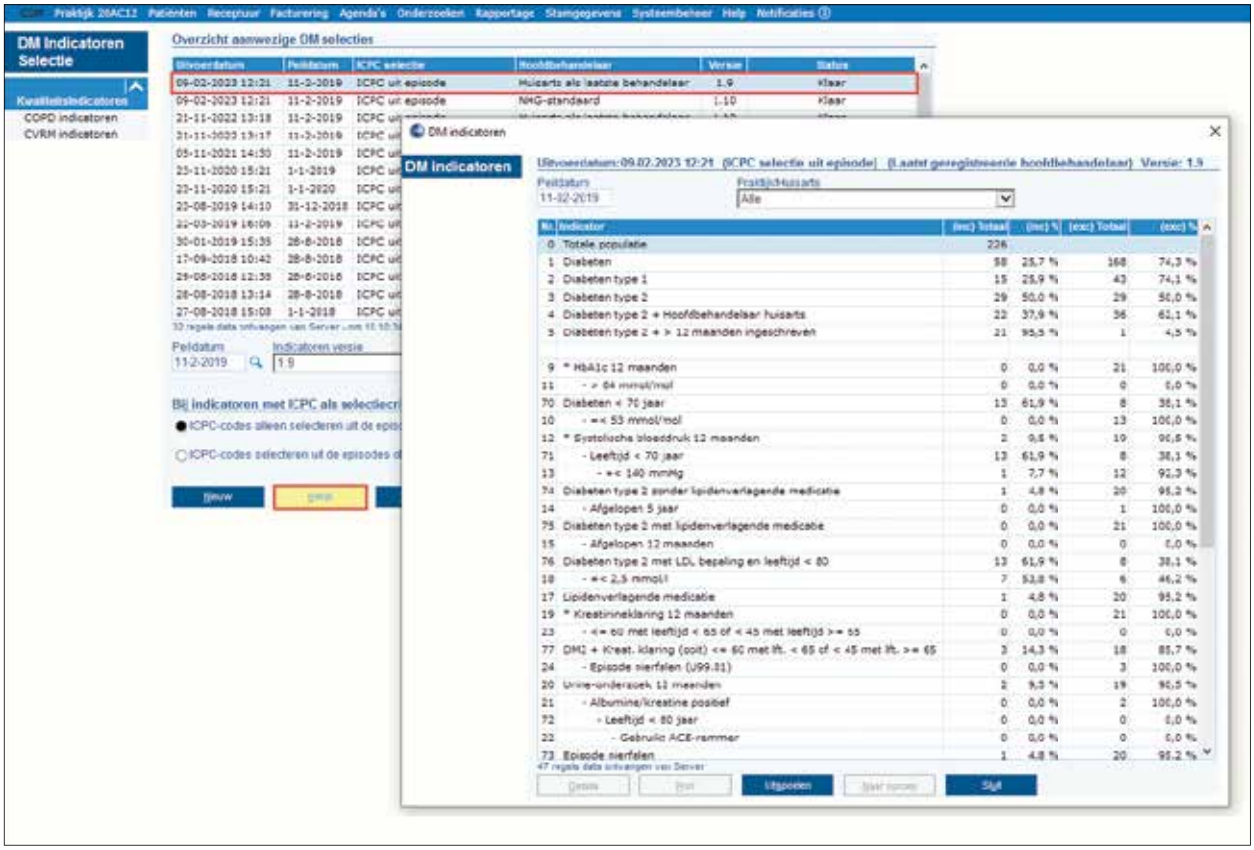
Werken met een HIS is iets fundamenteel anders dan werken met een KIS. Het principe van een HIS is dat per patiënt wordt gezocht naar een diagnose en bij een KIS is het dat onder alle patiënten wordt gezocht naar gegevens over een bepaalde diagnose. Om dat goed te ondersteunen is het van belang dat in de patiëntenpopulatie waarbij alle diagnoses zijn vastgelegd, kan worden gezocht naar de actualiteit van de gegevens van één bepaalde diagnose. Dat kan in CGM-HUISARTS op verschillende manieren. De eerste manier is door zogenaamde 'protocollen' te gebruiken. Een protocol is kortgezegd een bundeling van een of meer onderzoeken. Een dergelijk protocol kan naar eigen believen worden samengesteld. Daarvoor is een adequaat pull-down-menu beschikbaar onder de bovenbalk **Onderzoeken**. Bij het openen verschijnen er drie modules: de bovenste om metingen te onderhouden (of zelf te de-



Figuur 1. De protocollen



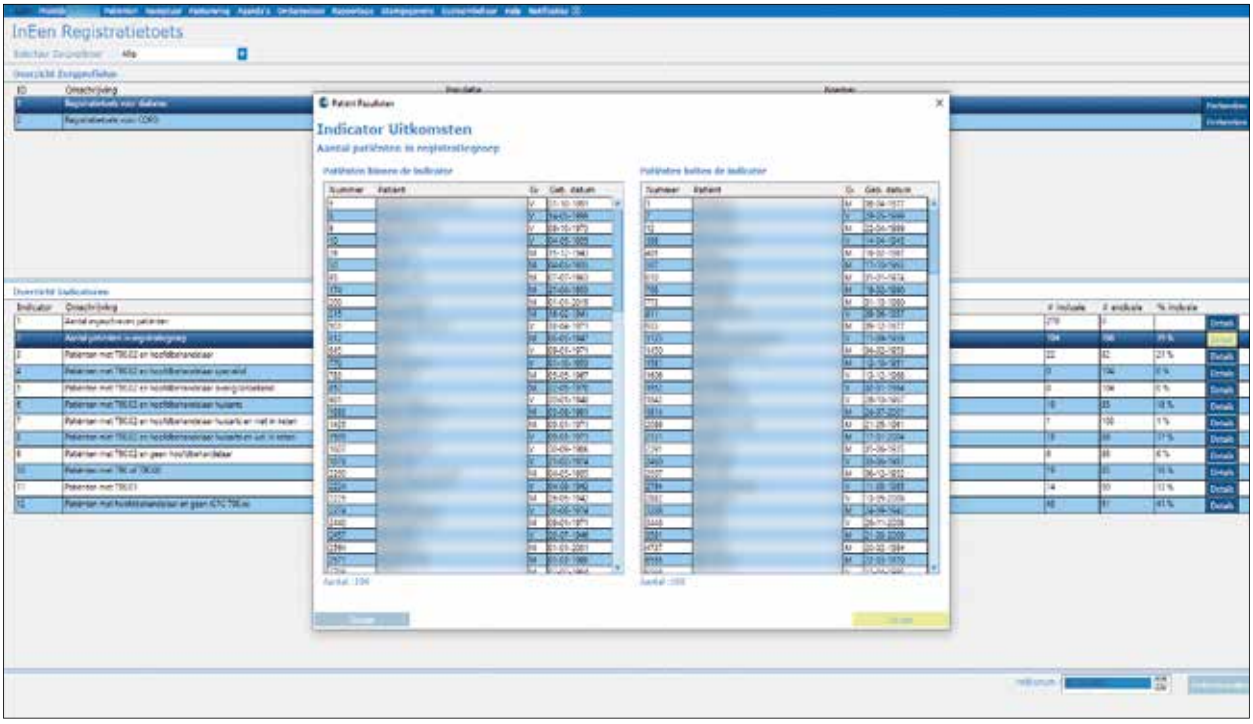
Figuur 2. Protocollen im- en exporteren



Figuur 3. Selectie van indicatoren voor diabetes mellitus

finiëren), het tweede om onderzoeken (dat wil zeggen een verzameling metingen) te onderhouden en het derde om protocollen (verzameling onderzoek(en)) te onderhouden (zie figuur 1).

Een krachtig instrument daarbij is de mogelijkheid om protocollen te importeren en exporteren tussen CGM-HUISARTS-systemen. Deze extra mogelijkheid is te vinden in



Figuur 4. De InEen-registratietoets

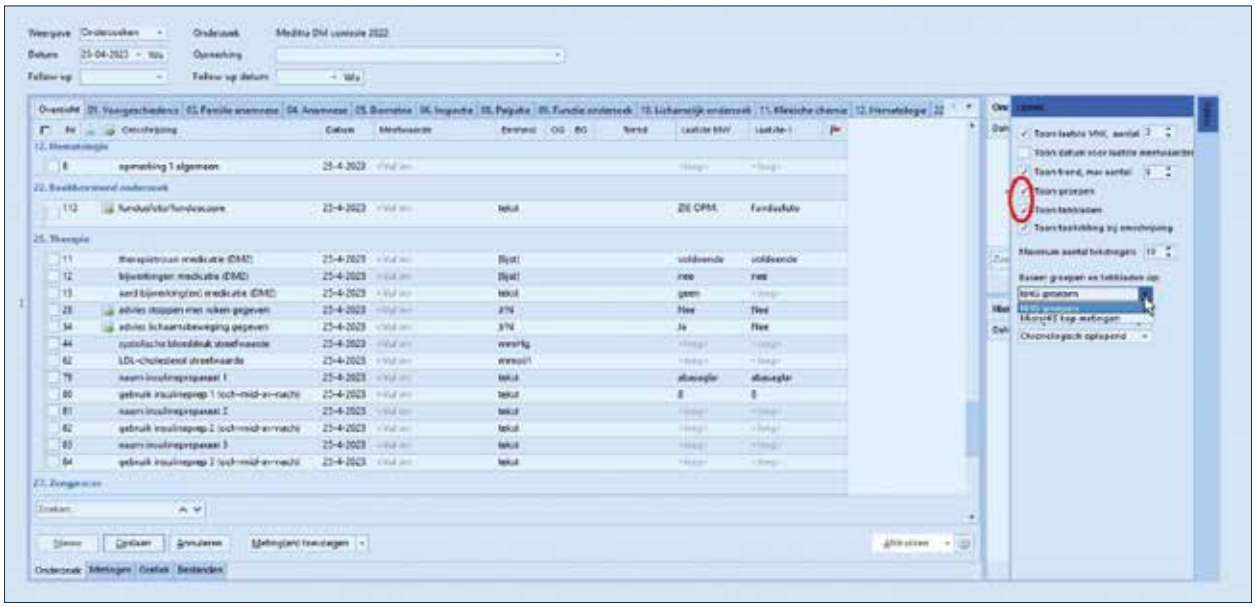
de linker kolom (zie figuur 2).
In het protocolscherm is precies te zien wanneer de laatste vastlegging is gedaan en of de houdbaarheidsdatum van een meting verstreken is. Door een handige indeling, aangepast aan ieders eigen werkwijze, kan de registratie dus vlot verlopen.
Ten tweede is voor de verschillende chronische aandoeningen waarvoor de protocollaire zorg van kracht is een aantal aparte modules gemaakt. Met de modules is er op de peildatum een start te maken door het maken van overzichtsschermen. Via de overzichten van de kwaliteitsindicatoren is te zien welke patiënten er helemaal voldoen aan de registratie van de gegevens die actief vervolgd dienen te worden.
Deze overzichtsschermen van respectievelijk diabetes mellitus, COPD en CVRM geven ook de mogelijkheid om de diepte in te gaan waar dat nodig is (zie figuur 3). Uitgaande van een bepaalde indicator kan met de muis geklikt worden om te zien wie er wel en wie er niet voldoet aan de registratie van alle protocollaire meetwaarden. Vanuit de schermen zelf is daarbij ook een oproep te genereren, die kan worden gebruikt om patiënten te benaderen voor controle.
Ten derde is er een vergelijkbare module te vinden onder het pulldown menu **Rapportage**. Bijna onderaan in dit menu is de module InEen HIS registratietoets te vinden (figuur 4). Deze module werkt hetzelfde als de kwaliteitsindicatoren. Er wordt actief een zoekprocedure gestart op de ingegeven peildatum, waarbij u via een enigszins andere presentatie inzicht verkrijgt in de registratiestatus van de populatie betreffende één bepaalde aandoening.
Ten vierde kunt u met zelfgemaakt oproepen ook een actieve benadering realiseren van een patiëntengroep met een chronische aandoening.
Het gebruik van de 'protocollen' binnen CGM-HUISARTS ondersteunt het registreren. De andere zoekmodules bieden daarbij heel inzichtelijke en bruikbare overzichten.

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

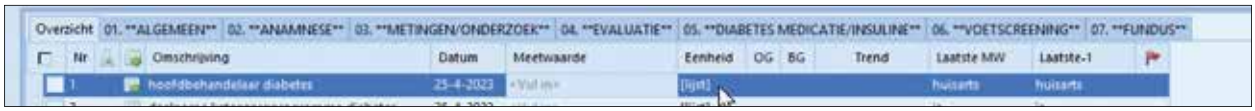
MicroHIS
Controle van de chronische zorg

Er zijn diverse mogelijkheden voor het verkrijgen van protocollen voor de controle van chronische zorg in MicroHIS. Deze protocollen worden 'onderzoeken' genoemd:

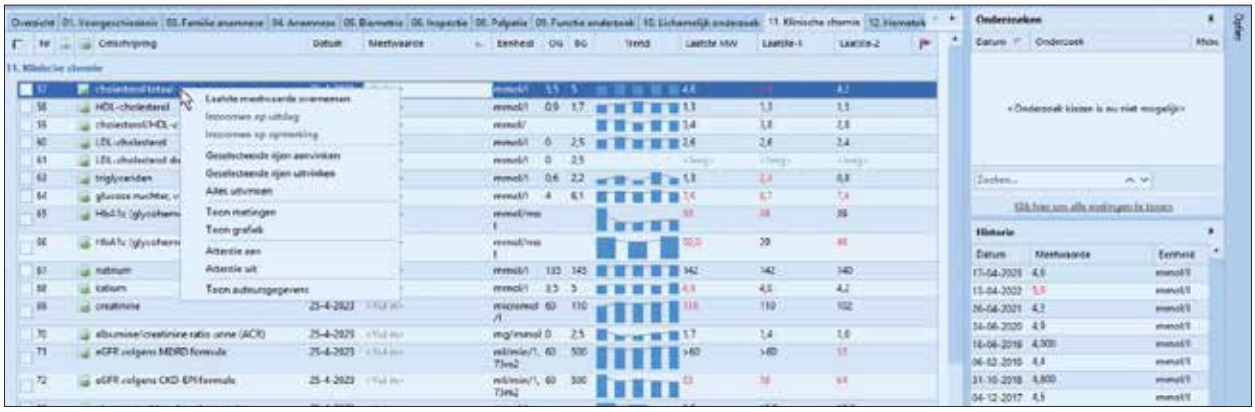
1. U kunt met behulp van het programma MHXProdigmo NHG-protocollen importeren.
2. Een protocol dat door de Zorggroep is opgesteld voor bijvoorbeeld diabetes mellitus kan in overleg met het Servicecentrum vertaald worden in een onderzoek voor MicroHIS. Dit kan vervolgens in de databases van de aangesloten praktijken geplaatst worden.
3. Het is mogelijk een eigen onderzoek te maken door een bestaand onderzoek aan te passen of een geheel nieuw onderzoek



Figuur 1. Het veld opties



Figuur 2. De MicroHIS-kopmetingen



Figuur 3. Het overnemen van de laatste meetwaarden

Figuur 4. De Praktijk-NHG Indicatoren

te maken. Dit is vervolgens te delen met collega's door te exporteren en te importeren. Hiervoor verwijs ik naar de handleiding Nieuwe onderzoeken en formulieren maken in MicroHIS, die te vinden is in de online Help.

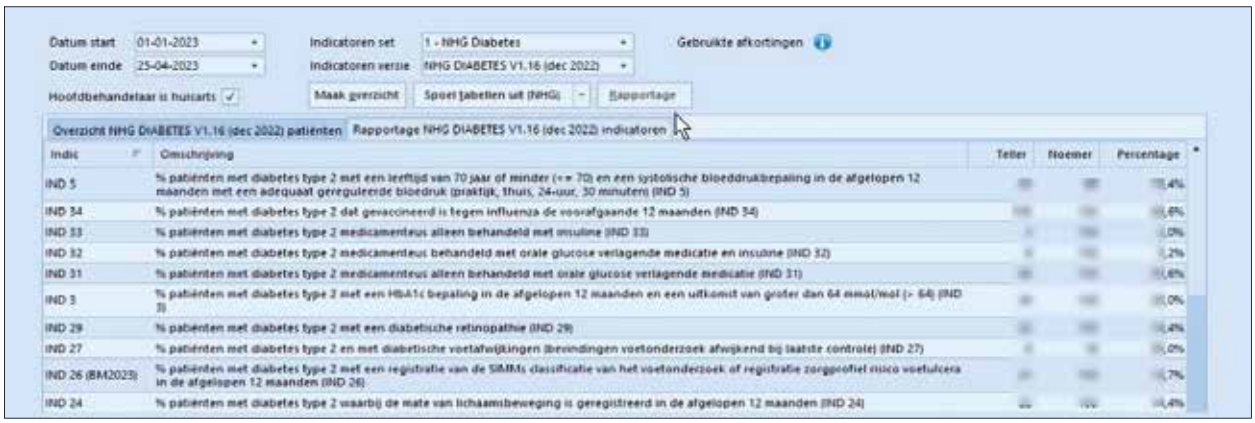
In deze T&T ga ik in op het gebruik van de bestaande (of geïmporteerde) onderzoeken. In figuur 1 en 2 is te zien dat een onderzoek ingedeeld is in groepen, die naar keuze zijn gebaseerd op NHG-groepen of zelfgedefinieerde 'MicroHIS-kopmetingen'. Vink hiervoor in het rechter veld Opties uw keuzen aan. Meetwaarden die van een eerdere datum zijn (zoals het verrichte laboratoriumonderzoek) zijn te zien onder het kopje **Laatste MW**, evenals in het rechter veld Historie. Door erop te dubbelklikken is de trend uit te vergroten. U kunt een aantal van de oudere waarden selecteren (houdt de ctrl-toets ingedrukt of vink de vakjes aan) en door middel van de rechter muistoets overnemen naar het huidige onderzoek (zie figuur 3).

Bij **Praktijk-NHG Indicatoren** (zie figuur 4) zijn diverse uitspoelen te maken voor de benchmarking. **Maak overzicht** geeft een beeld van de patiënten met diverse indicatoren. Na export naar Excel kunnen hier patiënten uit geselecteerd worden die bijvoorbeeld meer dan twee jaar geen fundoscopie hebben gehad. Vergeet dan niet om vóór het exporteren naar Excel het vakje **Anoniem** onder het overzicht uit te vinken. Namen en adressen worden dan toegevoegd.

Nadat u op **Rapportage** hebt geklikt wordt de benchmark zichtbaar (zie figuur 5).

CAROLINE NORG-SCHULPEN
CAROLINENORG-SCHULPEN@MEDITTA.NL

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

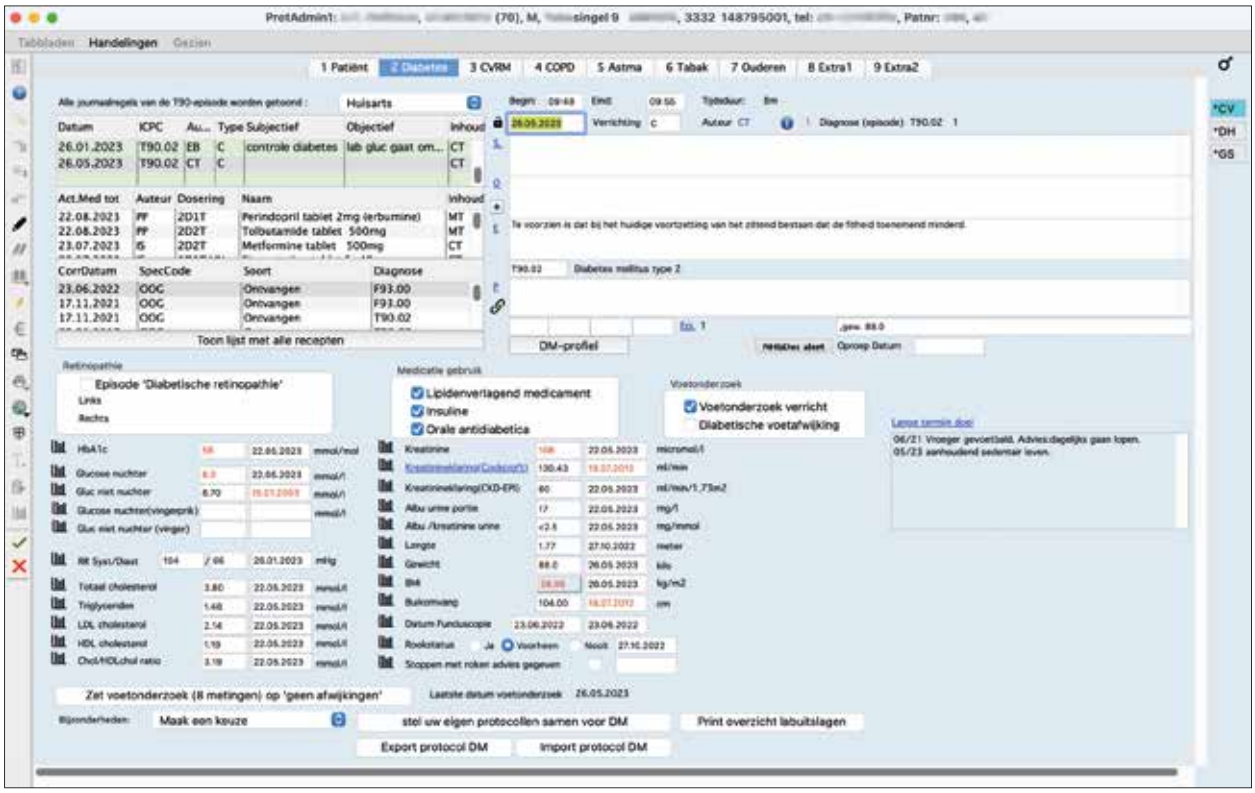


Figuur 5. Rapportage van indicatoren voor diabetes mellitus

OmniHis Scipio
Episodebundels bieden meer overzicht in de patiëntenzorg

Voor het registreren en managen van de protocollaire zorg voor diabetes mellitus, CVRM, COPD, astma, tabaksmisbruik en ouderenzorg worden de protocollaire vensters gebruikt. Elk van deze chronische aandoeningen heeft een apart tabblad. Twee extra vensters kunnen door de beheerder van de praktijk gebruikt worden voor het fabriceren van praktijkeigen protocollaire zorgmanagementproducten.

Als u het protocollaire venster voor diabetes opent (zie figuur 1), wordt de bovenste twee vijfde van het venster gevuld met links: van boven naar onder de deelconsulten die over diabetes gaan, de medicatie en

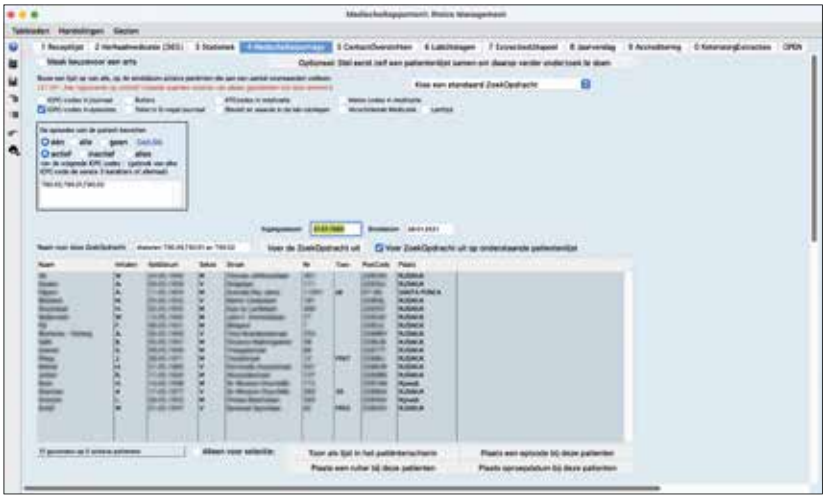


Figuur 1. Het protocollaire venster

Figuur 2. Diverse lijsten in het protocollaire venster

Figuur 3. Een zorggroepprotocol

Figuur 4. De knop **Zoekopdracht**

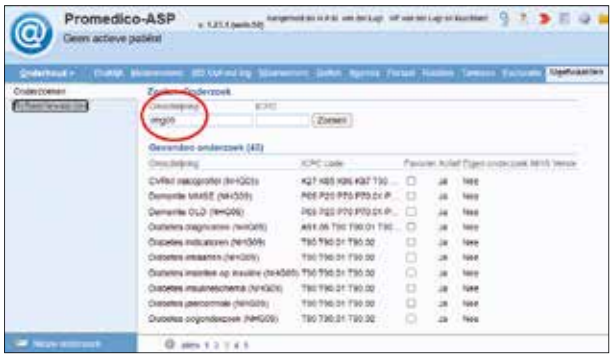


Figuur 5. Het resultaat van de zoekopdracht. Met een druk op de knop **Toon als lijst in het patiëntenscherm** te klikken, kunnen de inhoudelijke beoordelingen van de patiëntendossiers worden gedaan.

de specialistenbrieven. Het rechterdeel van dit gedeelte van het venster toont het laatste deelconsult (bij een inactief venster) of is bestemd voor het invoeren van een nieuw deelconsult. Het middelste twee vijfde deel van het venster bevat voornamelijk gemeten waarden. Wanneer u op de pictogrammen met de staafdiagrammen klikt, wordt het verloop van de diverse waarden in de tijd getoond.
In het onderste vijfde deel van het venster worden gegevens in eigengemaakte lijsten verwerkt. De inhoud van de lijsten worden door de beheerder van de praktijk samengesteld op basis van de protocollen van de zorggroep (zie de figuren 2 en 3). Door andere beheerders of de servicedesk beschikbaar gestelde protocollen kunt u importeren.
De protocollaire vensters bevatten 'per view' veel informatie voor de gebruiker (zie figuur 1). Ingevoerde data die rood zijn betreffen de waarden die buiten de norm liggen. Lege velden kunnen een aanwijzing zijn voor incompleetheid van de vast te leggen parameters.
In onze praktijk worden de diabetespatiënten voor een jaarcontrole opgeroepen in de maand dat zij jarig zijn. De selectielijst van diegenen die deze maand jarig zijn, wordt in het venster medische rapportage gemaakt door een vastgelegde query 'deze maand jarig' te draaien in **ZoekOpdrachten** en te tonen in het venster **Rapportage > Medische Rapportage**. De betreffende query wordt gestart vanuit het venster **Medische Rapportage** (zie figuur 4). Op de gemaakte lijst met 'deze maand jarig', wordt een verdere selectie toegepast: 'en heeft als episode diabetes' (zie figuur 5). Wanneer u de resultaten naar 'toon als lijst in het patiëntenscherm' kiest, kunt de patiënten nazien en beoordelen of de reguliere jaarcontrole ontbreekt en moet worden in gepland. Deze beoordeling is een 'menselijke actie' en wordt gedaan door in het labvenster van de patiënt te kijken of het voetenonderzoek gedaan is. Deze populatiescreenende procedure kost ongeveer een uur per maand aan tijd.

CASPER TOMBROCK
CASPER.TOMBROCK@GMAIL.COM

Promedico-ASP
Protocollaire zorg via het HIS is makkelijker



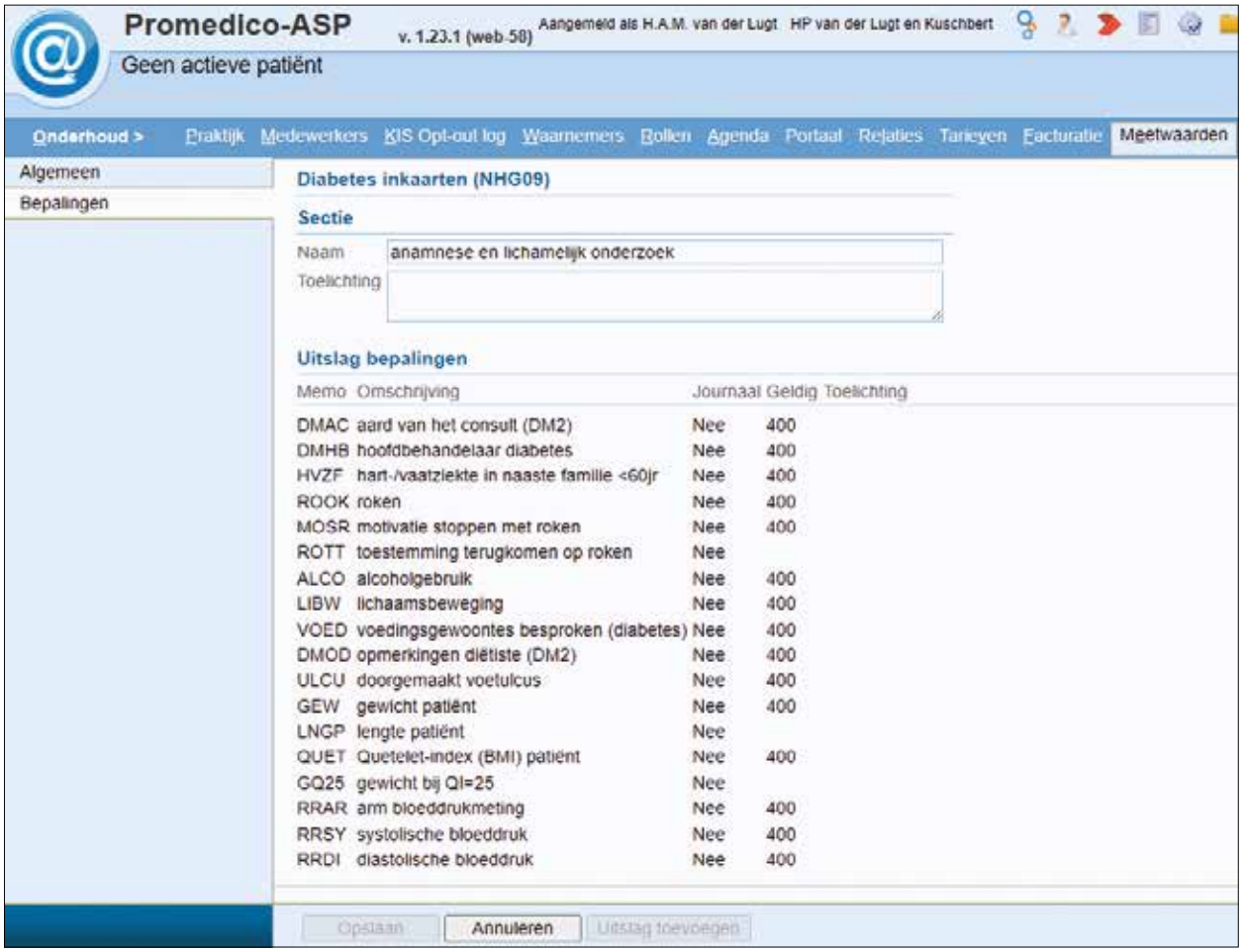
Figuur 1. De onderzoeken op alfabetische volgorde

Figuur 2. De algemene instellingen van onderzoeken

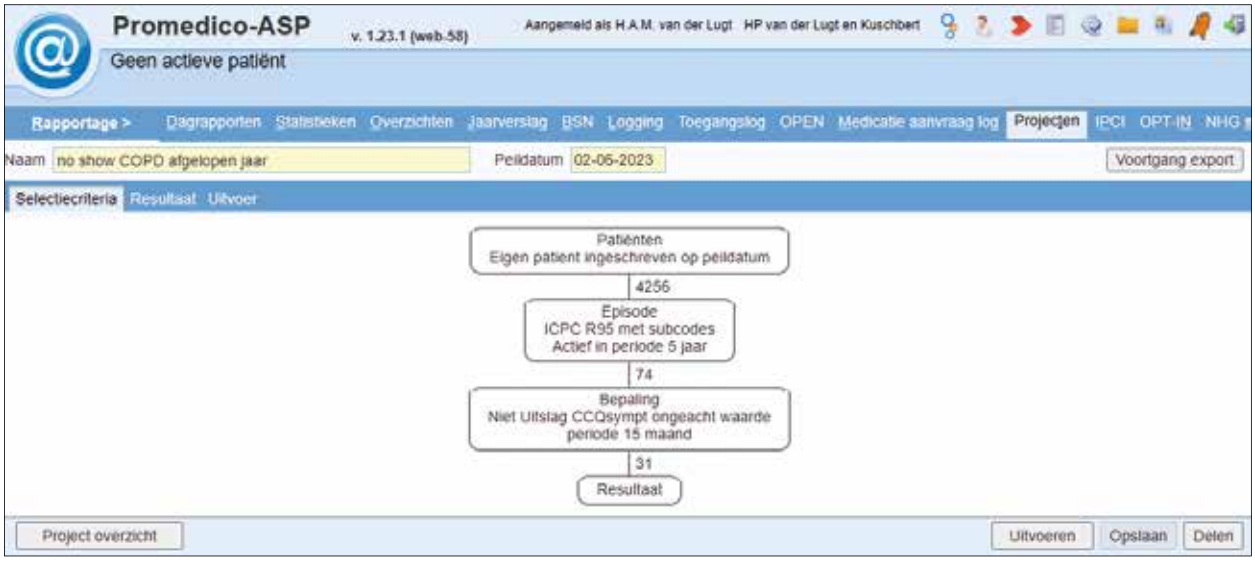
Protocollaire zorg kan geleverd worden via uw HIS en via een KIS (ketenzorginformatiesysteem). Een KIS is dus niet nodig.
De praktijkondersteuner somatiek (POH-s) is geholpen met de vragenlijsten die het NHG aanlevert en actualiseert. In Promedico-ASP vindt u deze vragenlijsten voor de protocollaire zorg onder **Onderhoud > Meetwaarden**. Er zijn meer dan vijfhonderd onderzoeken. Het is onbegonnen werk die allemaal door te nemen. Door in het selectievakje **Omschrijving** NHG09 in te geven houdt u er nog 43 over, geselecteerd van A tot Z. Dat is te overzien (zie figuur 1). De omschrijvingen spreken voor zich. Elk onderzoek kent algemene instellingen (zie figuur 2), die gaan over:

- actief ja/nee;
- koppeling aan Cardio, Spida of Geen;
- in alle gevallen tonen vanuit een deelcontact, of alleen bij geselecteerde ICPC-codes.

Het tabje **Bepalingen** aan de linkerkant geeft de afzonderlijke bepalingen weer die bijvoorbeeld gaan over anamnese, onderzoek en evaluatie plus plan (zie figuur 3). Klikt u op een van deze regels, dan ziet u de code van de bepaling, de omschrijving en het aantal dagen dat deze bepaling geldig is: oneindig of 400 dagen, zodat ze jaarlijks geactualiseerd moeten worden.
Een door u goed bevonden onderzoek kunt u selecteren en met de knop linksonder kopiëren naar de eigen praktijk (zie figuur 2). In het gele veld kunt u de naam aanpassen. Wanneer u een getal voor de naam zet (bijvoorbeeld 01) komt dit onderzoek bovenaan in de lijst die u tijdens een consult ziet. De naam in het gele veld kunt later weer aanpassen. Ook kunt u onderzoeken die u niet (meer) gebruikt inactiveren.
Het oproepen van patiënten die geruime tijd niet op de praktijk ge-



Figuur 3. De bepalingen met betrekking tot anamnese, onderzoek en evaluatie plus plan



Figuur 4. Opzoeken van patiënten die lang niet op de praktijk zijn geweest

weest zijn kunt u doen via **Rapportage Projecten** (zie figuur 4). Hier ziet u een voorbeeld van COPD-patiënten die vijftien maanden niet op controle zijn geweest. Hoe u dit soort rapportages aanmaakt hebben we eerder beschreven in nummer 3 van jaargang 2015 (https://www.syntheshis.nu/wp-content/uploads/2016/10/153-TT-Promedico-ASP.pdf, te vinden op de website www.syntheshis.nu).

JEROEN VAN DER LUGT
LUGTKUS@GMAIL.COM

Sanday
Bepalingenclusters

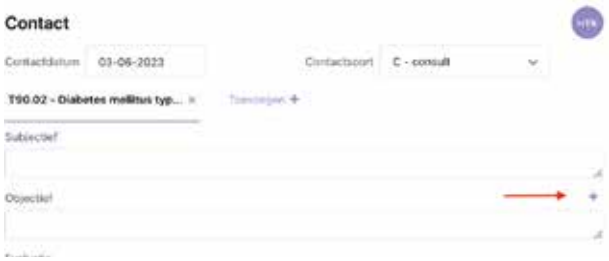
Figuur 1. Een voorbeeld van protocollen

De vragen die in de Tips & Trucs van dit nummer beantwoord worden, gaan over de ketenzorg. Sanday Huisarts is een nieuw HIS en daarom is nog niet alle functionaliteit volledig uitgewerkt. Zo moeten we de volgende vraag ontkennend beantwoorden: kan je patiënten op praktijkniveau uitdraaien als ze lang niet voor controle zijn geweest en kan je ze dan oproepen? Dat kunnen we (nog) niet. Veel praktijken gebruiken hiervoor Viplive. Sanday heeft het wel op de rol staan om deze functionaliteit dit jaar in te bouwen als onderdeel van de Rapportage/Oproep-module, met daarbij ook het geautomatiseerd versturen van oproepbrieven uit het HIS zelf.
Voor de ondersteuning van de registratie van de juiste onderzoeken van de individuele patiënt binnen de ketenzorg is er voldoende ingericht in Sanday Huisarts. De protocollen van de zorggroep kunnen ingespoeld worden, nu nog door Sanday, maar binnenkort ook door de praktijk. Daarnaast kunnen protocollen aangemaakt worden door de praktijk.
In Sanday Huisarts heten de protocollen 'bepalingenclusters'.
In figuur 1 zijn de protocollen te zien die in mijn praktijk zijn ingespoeld voor de vier ketenzorgproducten van mijn zorggroep. Ze hebben een toevoeging met de naam

Figuur 2. De volgorde van de inhoud van de bepalingenclusters is te veranderen

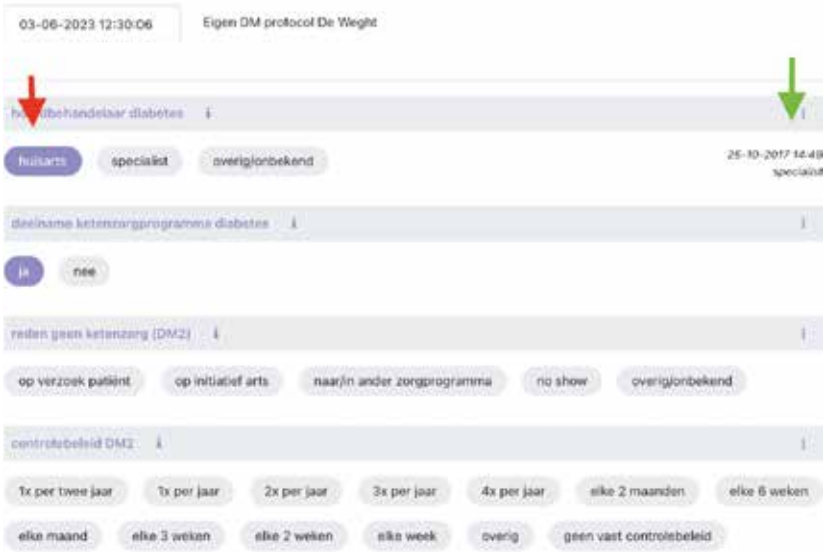
Figuur 3. De volgorde van de bepalingen is aan te passen

Figuur 4. Door op de plus te klikken is het deelcontact te openen

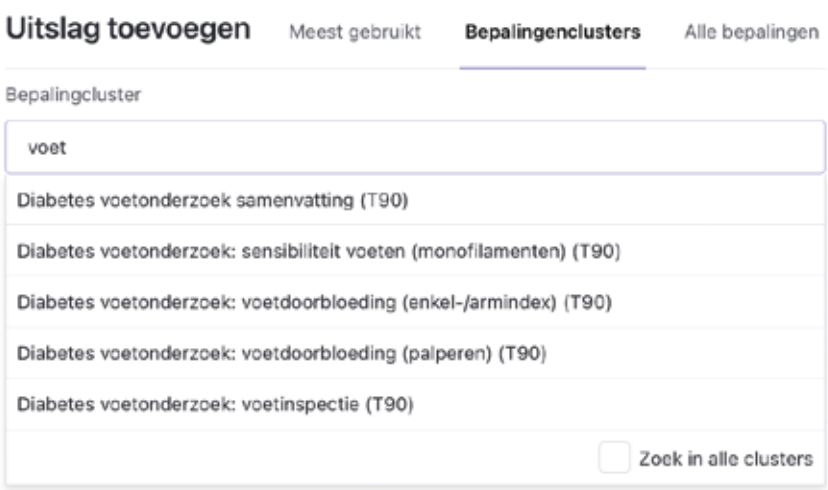


Figuur 5. Via het +-teken komt u op de e-regel in de bepalingenclusters

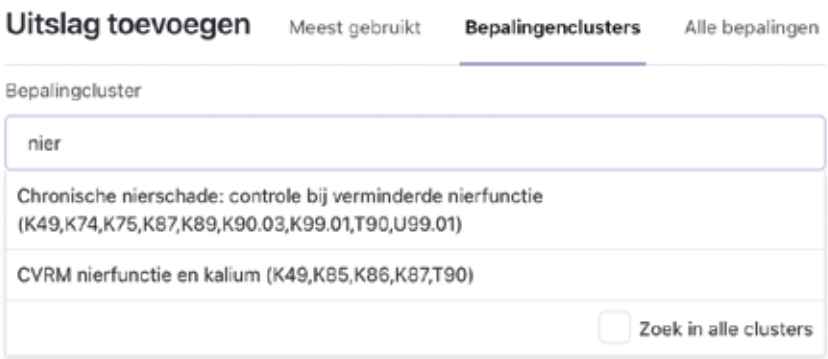
van mijn praktijk (Medisch Centrum de Weght). Door de duidelijke naam zijn ze ook makkelijk vindbaar met een zoekopdracht.
De volgorde van de inhoud van de bepalingenclusters is te veranderen. Dit gaat via tabblad **Beheer > Bepalingenclusters** (zie figuur 2).
De bepalingencluster die aangepast moet worden zoekt u op naam of bepaling aan de linkerkant. De volgorde is aan de rechterkant met de pijltjes aan te passen. De enkele pijltjes schuiven de bepaling één stap omhoog of omlaag. De dubbele pijltjes zorgen ervoor dat de bepaling aan de boven- of onderkant van de lijst verschijnt (zie figuur 3).
Werkt u binnen de ketenzorg vanuit een patiënt met een bepaalde diagnose, zoals diabetes mellitus, dan gaat het makkelijker. Zo draait u op een normale manier spreekuur.
Werkend vanuit een deelcontact met een al gekozen episode loopt het soepelst. In figuur 4 is te zien dat de patiënt al een open episode diabetes mellitus heeft. Het deelcontact is te openen door op de plus te klikken (zie figuur 4).
In het deelcontact komt u met het +-teken op de e-regel in de bepalingenclusters (zie figuur 5). Hier opent meteen de diabetescluster.
In figuur 6 is te zien hoe de bepalingencluster eruitziet en in te vullen is. De juiste antwoorden zijn aan te klikken en worden dan donkerder van kleur (zie de rode pijl). Aan de rechterkant bij de groene pijl zijn de vorige antwoorden zichtbaar. De eerder ingevulde bepalingenclusters zijn te zien aan de rechterkant van het scherm. Ook het verloop van de bepalingen is zichtbaar.
Wilt u een andere bepalingencluster invullen, bijvoorbeeld het voetonderzoek bij diabetes, dan is die te vinden door een zoekwoord in te typen. In figuur 7 heb ik in het zoekveld het woord 'voet' ingetypt en dan ziet u een lijst van beschikbare bepalingenclusters tevoorschijn komen. Dit zijn de NHG-protocollen.
In figuur 8 is het zoekwoord 'nier'



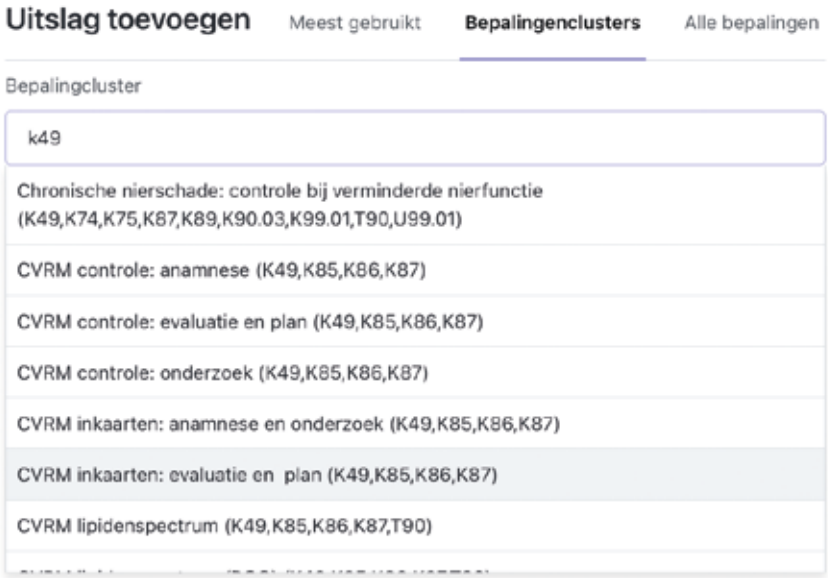
Figuur 6. Het invullen van de bepalingencluster



Figuur 7. Met zoekwoorden zijn beschikbare bepalingenclusters te vinden



Figuur 8. De CNS-protocollen



Figuur 9. Ook een ICPC-codering kan een zoekwoord zijn

gebruikt: de CNS-protocollen.
Een zoekwoord kan ook een ICPC-codering zijn, bijvoorbeeld K49, zoals in figuur 9. Sanday Huisarts laat dan alle bepalingenclusters zien die gekoppeld zijn met ICPC-code K49. Zoeken in alle clusters kan natuurlijk ook. Zie in de figuren 7 tot en met 9 het aanvinkvakje rechtsonder in de hoek.
Dit jaar wordt nog gewerkt aan het overzichtelijker maken van de bepalingenclusters door tabbladen in de clusters te gebruiken. Nu staat alles in een lange lijst onder elkaar, dat is prima werkbaar, maar zeker bij langere bepalingenclusters is het gewenst om indelingen te (kunnen) maken. Kortom: werk in uitvoering.

HANNEKE TAN-KONING
HANNEKE.TAN@SANDAY.COM

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@huisartsenprakijkorionlaan.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
Servicedesk 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
Powered by Sanday

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 2-2023

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, Femke Berends, Annet Muijen, Roelf Norg, Edwin Poorts, Caroline Norg, Casper Tombrock, Heleen van Boetzelaer, Joppe van der Reijden, Arthur Eyck, Ricardo Fornaro, Jesper van Deelen, Sander Gransjean, Peter Paul Bender, Menno Riemeijer, Maret Zonneveld, Jeroen Stroucken, Jos Boesten

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, Margot Scheerder, Elisabeth Egers, Anna van der Reijden, Mickey Graafland, Kristie Gloudemans, Fotostudio Kristel Reuvers

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!

Begin dit jaar kropen Promedico en Omnihis officieel in de huid van Sanday. Dat betekent dat de oude namen zijn verdwenen en we ons volledig inzetten als Sanday – digitale zorgverbinders. Daarmee lieten we alle groen- en blauwtinten achter ons en zijn we trots verder gegaan in het paars. Een nieuwe bedrijfsnaam dus, maar de vertrouwde gezichten en jarenlange ervaring blijven.

Switch to Sanday.

Een nieuw informatieplatform

Niet alleen de fusieorganisatie heet Sanday: het is ook de naam van het gloednieuwe platform dat de afgelopen periode is doorontwikkeld. Het platform is open, zodat huisartsen, apothekers en andere zorgprofessionals met elkaar verbonden gaan worden. “Slim samenwerken voor betere zorg” noemen we dat. Werk veilig waar en wanneer je wilt. Alles wat je nodig hebt is een internetverbinding.

Wat heb ik hieraan?

Met het open platform van Sanday werk je optimaal samen in de multidisciplinaire zorg. Samenwerken op één platform betekent ook dat wij uiteindelijk maar één platform gaan onderhouden. Daarom hoeven we zaken als wet- en regelgeving, bepaalde functionaliteiten en integraties maar één keer te ontwikkelen. **Dat betekent: meer tijd voor ons om toffe nieuwe features te bouwen voor jou.**

En nu?

De eerste twaalf huisartsen gebruiken al de nieuwe huisarts*features* van Sanday! Zo snel mogelijk, maar zo langzaam als nodig, upgraden steeds meer praktijken naar het nieuwe platform. We hebben er zin in. Ben je benieuwd naar Sanday, de voordelen en wil je onze ontwikkelingen volgen? Kijk dan even op **sanday.com** of volg onze socials. See you on Sanday!

Contact

Winthontlaan 6c, 3526 KV Utrecht
030 601 66 20
info@sanday.com
LinkedIn: Sanday Digitale Zorgverbinders

Sanday

sanday.com