

SYNTHESIS

TIJDSCHRIFT VOOR HUISARTSENPRAKTIJK EN INFORMATISERING

JAARGANG 23 | NUMMER 2



**ZEGEN EN ZORG VAN DATA-EXTRACTIE EN ANALYSE
VERANDERINGEN IN HET MEDICATIEPROCES • HIS IS GEEN MUSEUMSTUK
• VAN UZI-PAS NAAR INLOGSTELSEL DEZI • COLUMNS • TIPS EN TRUCS**



ZEGEN EN ZORG VAN DATA-EXTRACTIE EN ANALYSE
VERANDERINGEN IN HET MEDICATIEPROCES • HIS IS GEEN MUSEUMSTUK
• VAN IJZERPAS NAAR INLOGSTELSEL DEZI • COLUMNIS • TIPS EN TRUCS

EDITIE 2 - 2024 | JAARGANG 23

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

FOTO: HJB FOTOGRAFIE - ZIE PAG 4

INHOUD

6

PLEIDOOI VOOR HET OM-TOVEREN VAN DATA IN GOUD

DATAGEDREVEN ZORG WORDT STEEDS BELANGRIJKER, MAAR VALKUILEN ONTBREKEN NIET. GEGEVENS DIE NIET GOED OF VOLLEDIG WORDEN INGEVOERD, BELEMMEREN HET HERGEBRUIK. 'ZORGVERLENERS BESEFFEN VAAK ONVOLDOENDE DAT DE GEGEVENS DIE ZIJ INVOEREN OOK DOOR COLLEGA'S OF VOOR SECUNDAIRE DOELEN, ZOALS KWALITEITSVERBETERING OF ONDERZOEK, GEBRUIKT KUNNEN WORDEN', ZEGT NICOLETTE DE KEIZER, HOOGLERAAR MEDISCHE INFORMATIEKUNDE AAN DE AMSTERDAM UMC.

10

HIS-LEVERANCIERS GAAN DATAWAREHOUSING TEGEN

OOK IN DE GEZONDHEIDSZORG WORDEN PRAKTIJKGEGEVENS VOOR DIVERSE DOELEINDEN IJVERIG VERZAMELD EN BENUT: KWALITEITSVERBETERING, MANAGEMENT, COMMUNICATIE, DECLARATIE EN ONDERZOEK. SOFTWAREBEDRIJF CALCULUS ONTZORGT MET HET COMMUNICATIEPLATFORM VIPLIVE 80 PROCENT VAN ALLE NEDERLANDSE HUISARTSEN EN ZORGGROEPEN. HET BEDRIJF WERKT OP BASIS VAN DE ONTVANGST VAN COMPLETE MEDISCHE DOSSIERS. MAG DAT? EN ZIJN ER ALTERNATIEVEN?

14

TJEERD VAN ALTHUIS ONDERSCHIEDEN MET DE NHG-SPELD

IN JUNI KREEG TJEERD VAN ALTHUIS DE NHG-SPELD ALS ERKENNING VOOR ZIJN UITZONDERLIJKE BIJDRAGE AAN DE HUISARTSENZORG. SYNTHESHIS SPRAK MET HEM OVER DEZE EERVOLLE ONDERSCHIEDING EN ZIJN KIJK OP ICT IN DE HUISARTSENZORG.

18

HET MEDICATIEPROCES: WAT VERANDERT ER VOOR DE HUISARTSENPRAKTIJK?

MET EEN ACTUEEL EN COMPLEET MEDICATIEOVERZICHT KUNNEN ZORGVERLENERS BETER EN VEILIGER HANDELEN. OM DIT TE REALISEREN IS HET LANDELIJKE PROGRAMMA MEDICATIEOVERDRACHT IN HET LEVEN GEROEPEN. TIJDENS HET NEDHIS-CONGRES VERTELDE PROJECT-MANAGER JOPPE VAN DER REIJDEN OVER DE STAND VAN ZAKEN.



20

EEN HIS IS GEEN MUSEUMSTUK

HOE GA JE OM MET DERTIG JAAR HISTORIE VAN DE HISSEN EN DE INHOUD VAN HET IN DIE PERIODE OPGEBOUWDE MEDISCH DOSSIER? HOE ZORGEN WE ERVOOR DAT DE HISSEN KLAAR ZIJN VOOR DE TOEKOMST? WIL JE IN DE SPREEKKAMER PRETTIG KUNNEN WERKEN, DAN HEB JE EEN LOGISCH WERKEND SYSTEEM NODIG EN MAG ER NIET TE VEEL AFLEIDING ZIJN. DE PATIËNT VRAAGT IMMERS DE VOLLE AANDACHT EN DIE MAG DUS NIET UITGAAN NAAR HET SYSTEEM.

24

HUISARTS MAARTEN KIELMAN OVER EEN ALTERNATIEF VOOR DE UZI-PAS

IEDEREEN IN DE ZORG MOET ZEKER WETEN DAT ALLEEN DE JUISTE ZORGPROFESSIONALS BIJ MEDISCHE INFORMATIE KUNNEN. HUISARTSEN GEBUIKEN VOOR DIGITALE TOEGANG ONDER ANDERE DE UZI-PAS. DIE PAS VINDEN SOMMIGEN ECHTER DUUR, NIET GEBRUIKSVRIENDELIJK EN NIET FLEXIBEL BIJ WIJZIGING VAN BEROEP OF WERKGEVER. DAAROM WORDT DE HUIDIGE MANIER VAN INLOGGEN OP TERMIJN VERVANGEN DOOR HET INLOGSTELSEL DEZI (DÉ ZORGIDENTITEIT).



&

VERDER IN DIT NUMMER

- 9 **Column Myrte Gay-Balmaz**
- 16 **Vragen uit de dagelijkse praktijk**
- 23 **Column Roelf Norg**
- 28 **Tips en Trucs**



Wat is de naam van de praktijk en waar is deze gevestigd?

Haarle Huisarts in Haarle, gemeente Hellendoorn

Welk HIS wordt gebruikt?

Sanday huisarts en Sanday apotheek

Wie staat er op de foto?

Robert Wladasch, huisarts

Wat vind je de sterkste kant van je HIS?

In de cloud, modern en intuïtief systeem dat overal te gebruiken is, dus ook bij de patiënt thuis.

Wat is een wens voor je HIS en/of ICT-gebied voor de praktijkvoering?

Verder uitbreiding van de functionaliteit en voornamelijk de koppeling met de apotheek verbeteren, dieper integreren.

Redactioneel

Afscheid

Voor jullie ligt nummer 2 van deze jaargang. Met dit nummer neem ik afscheid als hoofdredacteur van *SynthesHis*. De reden is mijn pensioen als praktijkhouder. Het is heel inspirerend om vele jaren met zo'n enthousiaste redactie samen te werken. We hebben veel ondersteuning van Bep Otterloo, die van elk nummer een project maakt dat tot resultaat leidt. Wouter Scheen zorgt als reactiesecretaris voor eenheid van taal in het nummer, voorwaar een professionele bijdrage. Onze vaste schrijvers werken al lang met ons samen en maken leesbare artikelen, ondanks een soms abstracte opdracht vanuit de redactie. Dat zijn Christie Manintveld, Annet Muijen en Nicole van Wetten. We onderhouden ook een trouwe relatie met onze columnisten. Uitgever Gilles Graafland werkt hands-on met ons mee door van elk nummer een fraaie uitgave te maken. Onze missie is, in opdracht van NedHIS, de samenwerking tussen de HIS-gebruikers te bevorderen, zodat de huisarts optimaal kan werken met zijn HIS. Het HIS is immers het belangrijkste stuk gereedschap dat de huisarts in handen heeft. Dat helpt om te bouwen aan het vertrouwen dat de patiënt in het werk stelt. Goed geïnformeerd zijn is cruciaal. Wij als redactie hebben in dat streven een belangrijke rol. Zo zijn wij de initiatiefnemers van de NedHIS-studiedag, die begonnen is als de HIS-demodag, waar we onze HISsen aan elkaar toonden. Ik ben erg blij dat ik het stokje kan overdragen aan Harm Peter Smilde. Hij is een zeer ervaren journalist en met zijn inzet kan *SynthesHis* alleen maar beter worden! Veel succes in de toekomst. Het ga jullie goed.



Jeroen van der Lugt
lugtkus@gmail.com

Voorstellen

De totstandkoming van dit nummer heb ik vanaf de zijlijn mogen meemaken, waarbij ik af en toe het veld inliep om een potje mee te voetballen, om maar in de beeldspraak te blijven. Veel dank uiteraard aan Jeroen, die jarenlang het magazine heeft geleid, met verve en inhoudelijke kennis van zaken. En dat is meteen de verandering die in het oog springt: ik ben geen huisarts en werk niet dagelijks met een HIS. Ik begeef me dus deels in een wereld die mij tot nu toe redelijk onbekend was. Deels, want de afgelopen maanden heb ik veel opgestoken over de ontwikkelingen rond de verschillende HISsen en de actualiteit van het omgaan met patiëntendata in de huisartsenzorg. Daar valt nog genoeg in bij te spijkeren, dat is mij wel duidelijk geworden. Gelukkig hebben we een goed team met een uitstekende redactie die mij willen voeden als het om inhoud gaat. Wat ik daaraan kan bijdragen, is een jarenlange ervaring in journalistiek en communicatie, zodat we samen alle belangrijke en belangwekkende ontwikkelingen op het gebied van de verschillende HISsen prettig leesbaar en op een journalistiek verantwoorde manier aan de diverse HIS-gebruikers kunnen communiceren. In dit nummer van *SynthesHis* vinden jullie, naast mooie columns en de onvolprezen Tips & Trucs, interessante artikelen over het medicatieproces en de discussiestarter van scheidend hoofdredacteur Jeroen van der Lugt: het HIS is geen museumstuk. Verder kunnen jullie een verhelderend artikel lezen over de strijd om de patiëntendata, een dossier dat voorlopig nog niet is gesloten. Ik ben blij dat ik met dit mooie magazine mag toetreden tot de redactie en heb er zin in om *SynthesHis* weer een volgende stap te laten maken.



Harm Peter Smilde
hp@hpcommunicatie.nl

TOCH VERLANG IK NOG
WEL EENS NAAR DE PAPIEREN
VERSIE...

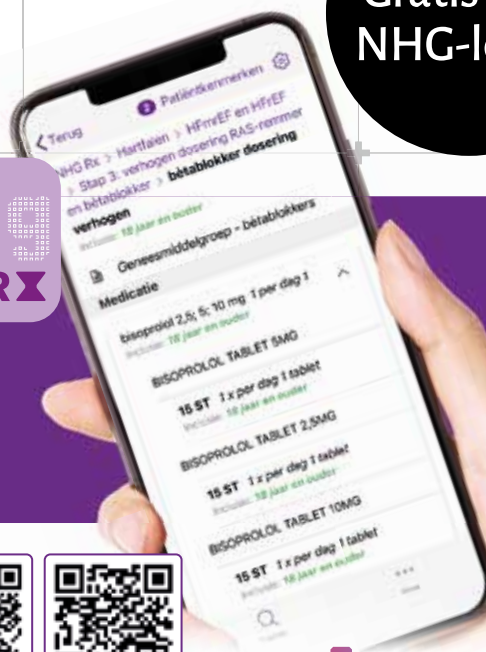


Het NHG-Formularium altijd dichtbij

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



ANDROID APP ON
Google play



Download on the
App Store

D I G I T A L I S

nhg Nederlands
Huisartsen
Genootschap

Pleidooi voor het omtoveren van data in goud

Datagedreven zorg wordt steeds belangrijker, maar valkuilen ontbreken niet. Gegevens die niet goed of volledig worden ingevoerd, belemmeren het hergebruik. 'In onderwijstermen spreken we van "het onbewust onbekwame", zegt Nicolette de Keizer, hoogleraar Medische informatiekunde aan de Amsterdam UMC. 'Zorgverleners beseffen vaak onvoldoende dat de gegevens die zij invoeren ook door collega's of voor secundaire doelen, zoals kwaliteitsverbetering of onderzoek, gebruikt kunnen worden.'

ANNET MUIJEN
ANNET.MUIJEN@PLANET.NL

Jarenlang was het dokterskoffertje haar favoriete speeltje. Later wilde Nicolette de Keizer dokter worden, een wens die in de puberteit rotsvaste vormen aannam. Haar moeder waarschuwde: 'Kind, kind, weet waar je aan begint. Ga eerst maar eens als hulpje in een ziekenhuis aan de slag, dan zie je dat het niet alleen hard werken is, maar dat je ook veel verdrietige dingen meemaakt.' 'Ik was', zegt Nicolette

de Keizer, 'een gedreven, maar ook nogal gevoelig meisje. Mijn moeder zag mij niet in een ziekenhuis werken. Ik heb braaf haar advies opgevolgd en ging op mijn zestiende als verpleeghulp aan de slag. Hoe langer ik in het ziekenhuis werkte, hoe leuker ik het vond en hoe meer ik reikhalzend uitkeek naar het moment dat ik met mijn studie geneeskunde kon starten. Maar helaas, ik werd uitgeloot.'

Gloednieuwe opleiding

Het teleurstellende bericht werd vergezeld door een foldertje. Er ging een nieuwe studie Medische informatiekunde van start, een mogelijk alternatief voor pechvogels die waren uitgeloot. De Keizer: 'De tekst in de folder sprak mij wel aan, te meer omdat ik van wiskunde hield.' In september 1990 startte een groepje van achttien studenten met de gloednieuwe opleiding. Na het eerste jaar was de helft afgehaakt, maar De Keizer raakte in de ban van het nieuwe vakgebied. Toch besloot ze nog een keer een gooi te doen naar een plaats in de collegebanken van de geneeskunde opleiding. 'Ik werd opnieuw uitgeloot en dacht: "Nu is het welletjes. De knop gaat om." Gaandeweg besepte ik dat je als arts veel voor individuele patiënten kunt doen, maar dat ik met mijn vakgebied het nodige voor grote groepen patiënten en ook voor zorgverleners kan betekenen.'

'JE ZIET DAT DE GENEESKUNDE EN DE MEDISCHE INFORMATIEKUNDE VERDER INTEGREREN'



Nicolette de Keizer

'HUISARTSEN EN POH'S MOETEN BESEFFEN DAT DE DATA DIE JE VASTLEGT OOK KUNNEN DIENEN VOOR HERGEBRUIK'

Vaccinatie-effectiviteit

In 2000 promoveerde De Keizer op het opzetten van een kwaliteitsregistratie voor de intensive care. Dat groeide uit tot een landelijk dekkend systeem, waarmee de kwaliteit van zorg wordt gemeten en verbeterd. De Keizer: 'Tijdens de corona-epidemie hebben die data een belangrijke rol gespeeld. Beleidsbeslissingen, zoals de anderhalve meter afstand en de vaccinatie-effectiviteit, zijn mede op de NICE-registraties gebaseerd.'

Inmiddels is de studie Medische Informatiekunde een volwaardige opleiding, die jaarlijks zestig tot tachtig nieuwe studenten trekt. 'Je ziet', zegt De Keizer, 'dat geneeskunde en medische informatiekunde verder integreren. De rol van data wordt groter en er wordt steeds meer digitale zorg geleverd. Binnen de UvA-geneeskundeopleiding verzorgt mijn afdeling een zorg-IT-track om de dokter van de toekomst goed op zijn of haar taak voor te bereiden.'

Griep prik

In 2016 is de postdoctorale deeltijdopleiding Health informatics aan het opleidingspakket toegevoegd. De Keizer geeft als opleidingsdirecteur mede vorm aan de studie. 'We willen', zegt ze, 'de waarde van zorgdata optimaal benutten. Zorginformatiesystemen zijn daarbij een belangrijk middel. Dit is ook in de huisartspraktijk het geval. Huisartsen en POH's moeten beseffen dat de data die je vastgelegd niet alleen belangrijk zijn voor het zorgcontact op dat moment, maar ook kunnen dienen voor hergebruik. Neem het voorbeeld van de jaarlijkse griep prik voor mensen van zestig jaar en ouder. Die leeftijd staat in de regel wel goed en gestructureerd in het HIS vermeld, maar ook patiënten jonger dan zestig jaar met een medische indicatie moeten een oproep ontvangen. Als die diagnoses niet gestructureerd zijn vastgelegd, wordt automatische selectie lastig.'

Het 'onbewust onbekwame'

Tijdens het jaarlijkse NedHis-congres confronteerden De Keizer en haar collega Ronald Cornet de aanwe-

zigen met de valkuilen die zorgvuldig vastleggen van zorgdata belemmeren en daarmee hergebruik bemoeilijken. 'Zorgverleners', zegt ze, 'beseffen niet altijd dat de gegevens die zij invoeren ook gebruikt en hergebruikt worden door collega's of onderzoekers. Wij noemen dat het "onbewust onbekwame". Als mensen beseffen wat het effect is van onvolledige of onjuiste registratie, kan dat leiden tot gedragsverandering. Zorgverleners moeten inzien dat als data van goede kwaliteit zijn en gestandaardiseerd zijn opgeslagen, je er heel mooie dingen mee kunt doen. Het maken van goede overzichten of het naar behoren implementeren van richtlijnen lukt niet als de onderliggende data niet deugen. De aanwezigen bij onze congressessie herkenden veel van de problemen die wij aandroegen.'

Bruisende sfeer

De Keizer roemt de 'bruisende sfeer' op de congresdag. 'Ik voelde energie, mensen hadden er duidelijk zin in om daar te zijn en naar de verschillende workshops te gaan. Zelf werk ik vooral in een ziekenhuisomgeving en dan is het heel leuk en leerzaam om te zien dat er in het huisartsendomein grote stappen worden gezet, waarmee ze misschien wel voorliggen op de ziekenhuiswereld. Het was boeiend om bij de stands te zien hoe AI-tools worden ingezet om gesproken tekst tijdens het consult om te zetten in gestructureerde en gestandaardiseerde data in het HIS. Ik heb begrepen dat dit nog niet breed wordt geïmplementeerd, maar al wel wordt aangeboden. Kortom, huisartsen zijn goed bezig!'

Kwaliteitswinst

Niettemin meent De Keizer dat huisartsenpraktijken er goed aan doen om mensen in dienst te nemen met diepgaande kennis van data en ICT. Een Chief Medical Information Officer, een zorgverlener met verantwoordelijkheid voor de data en ICT-keuzen die toeziet op gedegen datakwaliteit, zodat hergebruik en het monitoren van de kwaliteit van zorg kinderspel wordt. De Keizer: 'Beslissingsondersteuning vereist goede datakwaliteit, maar dan kun je ook enorme kwaliteitswinst behalen. Dan krijg je bijvoorbeeld een waarschuwing: "Schrijf deze medicatie niet voor, want de patiënt is allergisch voor een stof die dit medicijn bevat." Of je kunt, als een behandelrichtlijn geactualiseerd wordt, snel alle patiënten selecteren voor wie die aanpassing consequenties heeft. Resumerend: zorg dat er voldoende kennis in huis is, zodat je data in goud kunt omtoveren.'



MYRTE GAY-BALMAZ
DOKTERSASSISTENTE



Geheime dienst of onschuldig urineluikje

Met het krijgen van een kind veranderen je ideeën over hygiëne nogal. Althans zo werkte dat bij mij. Combineer dat met mijn beroep doktersassistent en je begrijpt misschien dat ik inmiddels weinig afkeer van pies in alle verschijningsvormen over heb. Hoe vaak we het niet aangeleverd krijgen in glazen potten, formaat pindakaaspot met of zonder stukjes noot, plastic bakjes in alle vormen (met dank aan Tupperware), ribbelflessen of in elk ander te verzinnen materiaal. Je bent, zeg maar, totaal aangewezen op grootverpakkingen plastic handschoenen. Want helaas past het bijgeleverde deksel er vaker niet dan wel op, waardoor geknoei eerder regel dan uitzondering is.

De patiënten leveren pot, bakje of fles af aan de balie, vaak met een van schaamte afgewend gezicht, in een plastic tas. Ook daarvan verschillen de maten: van lunchzakje tot grote maat boodschappentas. En al lijken ze waterdicht, ze zijn het zelden. En dus komt er op een of andere manier altijd iets van de inhoud op de balie terecht.

Daarom bedachten wij doktersassistenten van dienst dat het tijd werd voor een urineluik. Leuk scrabblewoord en voor een architectenbureau dat gespecialiseerd is in het maken van huisartsenpraktijken een stevige uitdaging. De bedoeling van zo'n luik is om niet alleen het onbehagen van de patiënt, maar ook het aantal ongewild achtergelaten sporen te verminderen. Zodat het minder lijkt alsof we in de praktijk last hebben van een loslopende sproeiende kater.

Welnu, na lang aandringen mocht bij ons het urineluik in de praktijk aangebracht worden. En daar komt meer bij kijken dan je denkt. De uitverkoren

locatie moet kouder zijn dan de rest van de praktijk, en gaat daardoor lijken op een koelkast met aan twee kanten een openingsmogelijkheid. In dat opzicht is zo'n plasluik heel anders dan de baby-luikjes die op diverse plekken weer in opmars zijn. Die zijn voorzien van verwarmende elementen en trouwens ook van bewegingssensoren. Bij dit luikje niets van dat al.

De timmermans die de opdracht kreeg, kende het hele begrip urineluik niet. Bij hem riep het geloof ik associaties op met voormalig Oost-Duitsland. Na geduldige uitleg onzerzijds over het hoe en wat van onze behoeften, en na het wegmasseren (ook onzerzijds) van zijn merkbare afkeer, prevelde hij iets onverstaanbaars. Het klonk als 'alte praktijken, spionnen, geheimnis Stasi', maar het zou zomaar kunnen dat hij refereerde aan een spijkersoort uit zijn indrukwekkende voorraad gereedschap. Hoe dan ook, het had verder geen invloed op het werk dat hij afleverde. We zijn nu in het trotse bezit van een bijzonder goed vervaardigd luikje met een bord ernaast waarop verduidelijkt wordt wat de bedoeling is. Zo staat er dat urine slechts twee uur buiten de koelkast bewaard kan worden. En uiteraard wordt men verzocht geen schoongemaakte Calvé-potjes te gebruiken! Er zijn immers speciaal daarvoor bestemde urinepotjes te verkrijgen bij de apotheek of aan de balie.

De uitroeptekens en lekbestendige doppen van die schitterende potjes ten spijt: het blijft nog veel te vaak geknoei en dus ja, handschoenen blijven onontbeerlijk. ■

Tekst-ster@ziggo.nl

HIS-LEVERANCIERS GAAN DATAWAREHOUSING TEGEN

Data-extractie en analyse: zegen en zorg

Data vormen de haarlemmerolie voor de moderne maatschappij. Ook in de gezondheidszorg worden praktijkgegevens voor diverse doeleinden ijverig verzameld en benut: kwaliteitsverbetering, management, communicatie, declaratie en onderzoek. Softwarebedrijf Calculus ontzorgt met het communicatieplatform VIPLive 80 procent van alle Nederlandse huisartsen en zorggroepen. Het bedrijf werkt op basis van de ontvangst van complete medische dossiers. Waarom? Mag dat? En zijn er alternatieven?

ANNET MUIJEN
ANNET.MUIJEN@PLANET.NL

‘Miljoenen medische dossiers worden zonder medeweten opgeslagen’, kopte *NRC Handelsblad* op 18 juli 2023. Onderkop: ‘Huisartsen delen de persoonlijke gegevens met een commercieel bedrijf.’ Guus Theeuwen, huisarts in Beuningen, is een van de critici. Samen met enkele gelijkgestemden strijdt hij al jaren tegen de in zijn ogen disproportionele datahonger van Calculus. ‘Wij zorgverleners’, zo verduidelijkt hij, ‘hebben jaren geleden zorggroepen in het leven geroepen om de ketenzorg voor chronische patiënten te stroomlijnen. Om de kosten voor het leveren van die zorg bij de zorgverzekeraar te kunnen declareren, moeten de zorggroepen data overleggen die aantonen dat ze doen waar-

voor ze betaald worden. Om die data te verzamelen en te verwerken was een externe partij nodig en die diende zich ook aan. Het commerciële softwarebedrijf Calculus ontpopte zich al snel als onbetwiste koploper. Het marktaandeel van hun platform VIPLive is gestaag gegroeid en piekt nu op 80 procent.’

Risico op een datalek

Theeuwen verzet zich tegen ‘de massale en ondoelmatige data-extracties’ van VIPLive, die volgens hem in strijd zijn met de bestaande privacywetgeving. ‘Een huisarts’, stelt hij, ‘mag alleen die gegevens met een dataverwerker delen die dienen om het beoogde doel te bereiken. Dat doel

wordt vastgelegd in de dataverwerkersovereenkomst. Om de gevolgen van een datalek of hack te beperken is het zaak om nooit te veel data op een en dezelfde plek te concentreren. Calculus ziet dat anders en zegt: ‘Lever ons nou maar het complete medische dossier, dan halen wij eruit wat we nodig hebben en de rest slaan we veilig op. Daar doen we niks mee hoor, die data blijven van u.’ Dat laatste klopt, want ik blijf als huisarts nog altijd verantwoordelijk voor die data. Maar hoe kan dat als mijn complete medische dossier tevens op een plek buiten mijn zichtveld huist? Er hoeft daar maar één slordige medewerker rond te lopen en je hebt de poppen aan het dansen.’

GUUS THEEUWEN: ‘MASSALE CONCENTRATIE VAN GEVOELIGE GEGEVENS BIJ ÉÉN GROOT COMMERCIEEL BEDRIJF IS ONNODIG, ONWENSELIJK EN GEVAARLIJK’

NICOLETTE DE KEIZER: 'VOOROP STAAT DAT DE GELEVERDE DATA IN DIRECTE RELATIE STAAN TOT HET DOEL'

Gevlucht

In 2017 trok een aantal bezorgde huisartsen bij de Autoriteit Persoonsgegevens aan de bel. Daar keek men in eerste instantie vreemd op, ze gingen het onderzoeken. Conclusie: de gegevens lagen veilig en versleuteld opgeslagen en werden niet met externe partijen gedeeld. Theeuwen: 'In mijn zorggroep zeiden collega's: "Ach, het is misschien ook wel makkelijk, want in ruil krijgen we een dashboard waarmee we ook andere gegevens boven tafel krijgen." Mijn zorggroep is toen overgestapt naar Calculus en ik ben samen met een paar andere dissidenten naar zorggroep Gelders Rivierland gevlucht. Die maakte gebruik van het communicatieplatform van Philips: VitalHealth. Dat systeem werkt met beperkte data, die zijn toegesneden op de gevraagde extracties. Maar helaas, Philips is aan het krimpen en stoot alle niet direct relevante takken van het bedrijf af. Op 1 januari van dit jaar is mijn nieuwe zorggroep nu ook overgestapt naar Calculus.'

Beperkte data-extractie

Wat te doen? Al eerder had Theeuwen bij Calculus aangeklopt met het ver-

zoek om een beperkte dataset te mogen leveren. 'Er werd gezegd: "Nee, zo werken wij niet." Mijn praktijk draait voor 20 procent om ketenzorggelden. Die inkomsten loop ik mis als ik niet de juiste data aan InEen kan leveren. Ik voelde me in de fuik gezogen, maar heb het daar niet bij laten zitten. Samen met de softwareontwikkelaar van mijn HIS, CGM HUISARTS, heb ik een beperkte data-extractie laten maken. CGM heeft daarnaast een interne CGM-analyseomgeving gerealiseerd, waardoor je heel eenvoudig allerlei data uit je eigen HIS kunt analyseren. Het heet CGM-Analytics. Bij dit systeem blijven de data in de HIS-omgeving van de huisarts en wordt het direct vanuit CGM HUISARTS aangeropen. Van extractie is dus geen sprake.'

Alternatieve routes

'Er zijn', zegt Paul Swaab, vice president Software Development bij CGM, 'diverse dashboards beschikbaar die ondersteuning bieden bij betere en efficiëntere patiëntenzorg en praktijkmanagement. De gebruiker kan die grotendeels zelfstandig inrichten en kan ook patiëntlijsten opstellen. Hierbij is het mogelijk om vanuit je dash-

Spelregels rond data-extractie

Nicolette de Keizer, hoogleraar Medische informatiekunde aan de Amsterdam UMC: 'De postdoctorale deeltijdopleiding Health informatics van de UvA – Amsterdam UMC kent onder andere een module Informatiebeveiliging en privacybescherming. Als gegevens met een dataverwerker worden gedeeld, moeten veel dingen worden geregeld om dat juridisch netjes af te hechten. Voorop staat dat de geleverde data in directe relatie staan tot het doel. Er moet altijd een verwerkersovereenkomst tussen de huisarts en een gecertificeerd bedrijf worden opgesteld, waarin duidelijk staat welke gegevens voor welk doel en op basis van welke grondslag gebruikt mogen worden. Een huisarts moet alleen die gegevens delen met de verwerker waarvoor een juridische grondslag bestaat en die omschreven zijn in de verwerkersovereenkomst. Een gecertificeerde verwerker moet zowel organisatorisch als technisch passende maatregelen treffen om de data optimaal te beveiligen en die beveiliging ook up to date te houden, zodat bijvoorbeeld hackers geen kans krijgen. In theorie kan zo'n verwerker de gegevens gebruiken voor bijvoorbeeld marketing en reclame, maar als het een zichzelf respecterend bedrijf betreft, gebeurt dat niet. Ze mogen die data ook niet zomaar gebruiken voor eigen AI-analyses, om zodoende kennis te genereren en te verkopen. Dat alles mag domweg niet als dat niet in de verwerkersovereenkomst als doel van de verwerking is opgenomen. Een huisarts moet bij het afsluiten van zo'n verwerkersovereenkomst alert zijn op al deze zaken. Als een bedrijf zelf een verwerkersovereenkomst opstelt en de huisarts kijkt daar niet kritisch naar en denkt: "Het zal allemaal wel kloppen, ik teken wel", is dat op zijn zachtst gezegd niet slim.'

Lees ook het interview met Nicolette de Keizer in de rubriek Markante Mensen, op pagina 6

SABINE SPOEL: 'WIJ WILLEN MET MICROHIS INSIGHTS HET ANDERS EN BETER DOEN DAN VIPLIVE'

RONALD VAN INGEN: 'IK SNAP DAT SOMMIGE ZORG- GROEPEN VANUIT HUN BELANGEN INSTEMMEN MET VOLLEDIGE DATA-EXTRACTIE, MAAR MIJN VOORKEUR HEEFT HET NIET'

board of zelfgecreëerde patiëntlijst rechtstreeks naar de patiënt in CGM HUISARTS te klikken en vice versa. Tevens kan de gebruiker praktijkmanagementinformatie over de omzet, verrichtingen, consulten en verwijzingen krijgen. Ook standaardrapportages, zoals de InEen-rapporten, zijn met één klik beschikbaar. Inmiddels is de pilotfase afgerond en voorjaar 2024 worden de praktijken aangesloten op CGM Analytics.'

Theeuwen hoopt dat collega-huisartsen beseffen dat er alternatieve routes bestaan die minder veiligheidsrisico's bevatten. 'Ik hoop', zegt hij, 'dat huisartsen bij hun informatiesystemen aan de poort gaan rammelen met de boodschap: "Wij willen een beperkte data-extractie. Ga voor ons aan de slag."'

Voorzichtige opmars

Inmiddels zijn meer HIS-leveranciers in actie gekomen. Het bouwen van innovatieve dashboards, veelal in samenwerking met externe partners, is aan een voorzichtige opmars begonnen. Zo heeft MicroHIS onlangs MicroHIS Insights ontwikkeld, een interactief dashboard voor zowel praktijkvoering als management, en in de toekomst ook voor ketenzorg, communicatie en declaratie. Om dit alles in goede banen te leiden is de leverancier een partnership met EscuLine aangegaan.

'Wij willen', zegt Sabine Spoel, direc-

teur van MicroHIS, 'de royale hoeveelheid data uit het HIS optimaal benutten en het anders en beter doen dan VIPLive. Wij denken dat er minder gegevens gedeeld kunnen worden om toch je doel te bereiken. Voor zover ik weet gebruiken ze lang niet alle data die ze aangeleverd krijgen. Of dat in strijd is met de privacywetgeving valt te betwisten. We horen van onze klanten dat VIPLive ook erg aan de prijs is. Al met al merken we dat gebruikers speuren naar alternatieven.'

Pilots

MicroHIS Insights werkt op basis van geselecteerde data die nodig zijn om een bepaald, nauwkeurig omschreven doel te bereiken. Spoel: 'Over die selectie hebben we wel een tijdje gepuzzeld: welke gegevens zijn relevant voor een huisarts? Voor een praktijkmanager? Voor declaraties? We hebben pilots gedraaid en webinars gehouden om de wensen van onze klanten te inventariseren. Gebruikers krijgen straks een totaaloverzicht van hun patiëntenpopulatie en kunnen veilig met elkaar gegevens uitwisselen. We hebben het ook mogelijk gemaakt om vanuit het dashboard rechtstreeks terug te klikken naar de patiënt. Dat was een grote wens van onze pilothouders.'

Behalve een dashboard voor de praktijkvoering heeft Esculine ook een dashboard voor de zorggroepen gecreëerd,

waarop meerdere HISsen kunnen aansluiten. Zo ontstaat er een gedegen overzicht van wat elders gebeurt. Bijkomend voordeel: een zorggroep hoeft niet langer te streven naar één gemeenschappelijk HIS. Spoel: 'Onze partner EscuLine heeft standaardconnectoren ontwikkeld voor de meest voorkomende HISsen. Dat is gedaan door een databaseconnectie op te zetten en de juiste brontabellen te ontsluiten en te koppelen aan het data-model dat EscuLine heeft ontwikkeld. Het was niet altijd een makkelijk traject, maar met liefde en geduld kom je er wel.'

Inmiddels is de pilotfase afgerond en werken de eerste praktijken met het dashboard. 'We hebben', zegt Spoel, 'ook een zorggroep gecontracteerd die met ons product aan de slag gaat. Ook vanuit ketenzorgperspectief kunnen de gegevens binnenkort vlot en veilig worden uitgewisseld.'

Sanday Insights

Ook de IT-specialisten van de HIS-leveranciers Promedico en OmniHIS hebben de handen ineengeslagen. Hun fusieorganisatie luistert naar de naam Sanday. 'Een Nederlandse organisatie', benadrukt Iris Köhlen, manager Sales & Marketing, 'geen private equity, maar gedreven vanuit een stichting. Met Sanday Insights bieden wij, ingebed in de applicatie zelf, dashboards aan onze klanten. Doel: het be-

IRIS KÖHLEN: 'MET SANDAY INSIGHTS BOUWEN WE DASHBOARDS IN EIGEN BEHEER, SAMEN MET ONZE KLANTEN'

GUUS THEEUWEN 'BIJ ANALYTICS VAN CGM HUISARTS BLIJVEN DE DATA IN DE HIS-OMGEVING VAN DE HUISARTS. VAN EXTRACTIE IS GEEN SPRAKE'

nuten van de data uit het eigen HIS om optimaal inzicht te krijgen in de praktijkprocessen en heldere informatie te bieden waar ook het periodieke farmacotherapieoverleg zijn voordeel mee kan doen. Tevens helpt de tool bij het snel en adequaat selecteren van bijvoorbeeld griep- en pneumokokken-gegadigden. We bouwen de dashboards in eigen beheer, samen met enthousiaste klanten. Dit doen we op basis van een business intelligence tool: Domo.com. Onze dashboards verschaffen overzichtelijk de informatie waar huisartsenpraktijken en apotheken naar op zoek zijn. Ook is het mogelijk om deze licentie uit te breiden richting een regionaal dashboard ten behoeve van een zorggroep. Het declareren en verwerken van retourinformatie vanuit Sanday is zo eenvoudig dat een afzonderlijke tool hiervoor niet meer nodig is.'

Handig

Of de nieuwe communicatie- en declaratieplatforms marktleider Calculus de wind uit de zeilen zullen nemen, valt te bezien. Hun software bedient de markt al jaren en is de kinderziekten te boven. Veel huisartsen vinden het wel best zo, maar bij anderen knaagt het. Zij tobben over de berg medische gegevens die bij één commercieel bedrijf ligt opgeslagen. Calculus, zo weten ze, is onderdeel van Topicus, een beursgenoteerd bedrijf in Canada en

dat wekt argwaan. Ook de grootscheepse datauitwisseling is niet bevorderlijk voor hun nachtrust. 'Het volledig uitspoelen van gegevens is onnodig', concludeert Ronald van Ingen, huisarts in Apeldoorn, voorzitter van de gebruikersvereniging Sanday, bestuurslid van NedHis en korte tijd lid van de begin 2022 opgerichte adviesraad van VIPLive. 'Nu vindt er een uitspoel van je hele database plaats, inclusief al die patiënten die niets met het ketenzorgprogramma te maken hebben. Ik weet niet waarom er voor deze werkwijze is gekozen, maar ik vermoed dat gemak hierbij een rol speelt. Zo van: dan hebben we alle informatie binnen en kunnen we eenvoudig en snel inspelen op eventuele nieuwe ontwikkelingen en vragen. Ik denk dat sommige zorggroepen het om die reden wel handig vinden: als ze een keer iets anders willen onderzoeken, kunnen ze heel makkelijk aan Calculus de opdracht geven om dat voor hen te doen. De data liggen er al. Ik snap dat zorggroepen vanuit dit soort belangen instemmen met volledige data-extractie, maar mijn voorkeur heeft het niet. Ik ga er vanuit dat het bedrijf zorgt voor optimale beveiliging, maar die is nooit 100 procent waterdicht. Ik opteer dus voor beperkte extractie, toegesneden op een specifieke vraag. Het valt toe te juichen dat de HISsen nu eigen dashboards bouwen. Ik ben er voorstander van dat de

data blijven op de plek waar je ze gebruikt: in je eigen HIS.'

Datawarehousing

De komst van alternatieve dashboards biedt kritische gebruikers de mogelijkheid het heft in eigen hand te nemen, concludeert ook René van Leeuwen, oud-bestuurslid van de gebruikersvereniging CGM (voorheen Atlas). 'Het is een goede ontwikkeling dat de HISsen zelf dashboards ontwikkelen. De werkwijze van VIPLive is toch heel bedenkelijk – het bedrijf maakt zich schuldig aan datawarehousing. Als bestuur van Atlas hebben we om die reden destijds een bijeenkomst gehad met de mensen van VIPLive. Zij verklaren de data goed te "anonimiseren", maar feit blijft dat zij met hun werkwijze patiëntendata verkrijgen die ze helemaal niet nodig hebben. Gelukkig maken de HISsen met behulp van selectieve datauitspoel daar nu een einde aan. En, nog belangrijker, de data blijven op één plek.'

Ook huisarts Guus Theeuwes is opgelucht: 'CGM en andere HIS-leveranciers laten nu zien dat je met een beperkte dataset de gewenste gegevens boven tafel kunt krijgen. Massale concentratie van gevoelige gegevens bij een groot commercieel bedrijf is onnodig, onwettelijk en gevaarlijk. Wat dat betreft zou je bijna hopen dat er een keer een enorm datalek ontstaat en de schellen voorgoed van de ogen vallen.' ■

SyntesHis heeft Calculus voor dit artikel een aantal vragen voorgelegd.

Het merendeel daarvan heeft het bedrijf schriftelijk beantwoord. In een later stadium heeft

Calculus geen toestemming gegeven de vragen en antwoorden te publiceren.

Dit artikel is ter inzage aan Calculus gestuurd. Het bedrijf zegt zich hierin niet te herkennen.

TJEERD VAN ALTHUIS BLIKT TERUG OP ZIJN CARRIÈRE

De lange adem van een teamspeler

Hij bestempelt zichzelf als ‘een oliemannetje met visie’. Een man met voelsprietten, die hem vertellen waarbij een ICT-toepassing al dan niet kan helpen. Sinds 1996 is Tjeerd van Althuis als wetenschappelijk medewerker verbonden aan het Nederlands Huisartsen Genootschap. Voor zijn uitzonderlijke bijdragen op het terrein van automatisering en informatisering ontving hij in 2013 de Dr. Paul Höppenerprijs. In juni van dit jaar volgde de NHG-speld: ‘Dit voelt toch als de kroon op mijn werk.’

ANNET MUIJEN
ANNET.MUIJEN@PLANET.NL

Aan affiniteit met ICT heeft het Tjeerd van Althuis nooit ontbroken. In 1989 volgde hij een vervolgopleiding aan de Liverpool School of Tropical Medicine en maakte hij kennis met een statistisch zorgprogramma. Datzelfde computerprogramma dook op in Namibië, waar Van Althuis was neergestreken om de basale gezondheidsvoorziening van de grond te tillen. Helaas werkte de software voor geen meter, maar de jonge dokter liet zich niet uit het veld slaan. De code werd minutieus nagelopen, foutjes werden gerepareerd en zowaar, na veel gesleutel werkte het programma naar behoren. Na vier jaar keerde hij terug naar Nederland en vond hij onderdak bij het NHG, dat op zoek was naar een medewerker met affiniteit voor ICT. Een kolfje naar zijn hand.

Sinds juni ben je met uitgesteld pensioen. Wat beschouw je terugblik-

kend als je belangrijkste wapenfeit?

Van Althuis: ‘Dat is moeilijk te zeggen. Ik heb het ook niet allemaal alleen gedaan, laten we dat vooropstellen. Het was teamwerk. Wat ik heel fantastisch vind is dat huisartsen nu beschikken over het NHG-Formularium. Dat is een naslagfunctie die voor ruim tweehonderd aandoeningen en klachten stappenplannen en behandeladviezen biedt. Het systeem is geïntegreerd in acht HISsen en wordt meerdere keren per jaar geactualiseerd. Het vergde een lange adem om dit alles in de HISsen te krijgen en huisartsen ermee vertrouwd te maken. Dat is gelukt en dat is in mijn ogen een hele prestatie.’

Zijn er ook dingen mislukt? ‘De implementatie hapert nogal eens. Soms ontwikkelen we op verzoek van huisartsen en gebruikersverenigingen een innovatie, maar de snelheid waarmee

die vernieuwing zijn weg vindt naar de huisartsenpraktijk is nogal eens teleurstellend.’

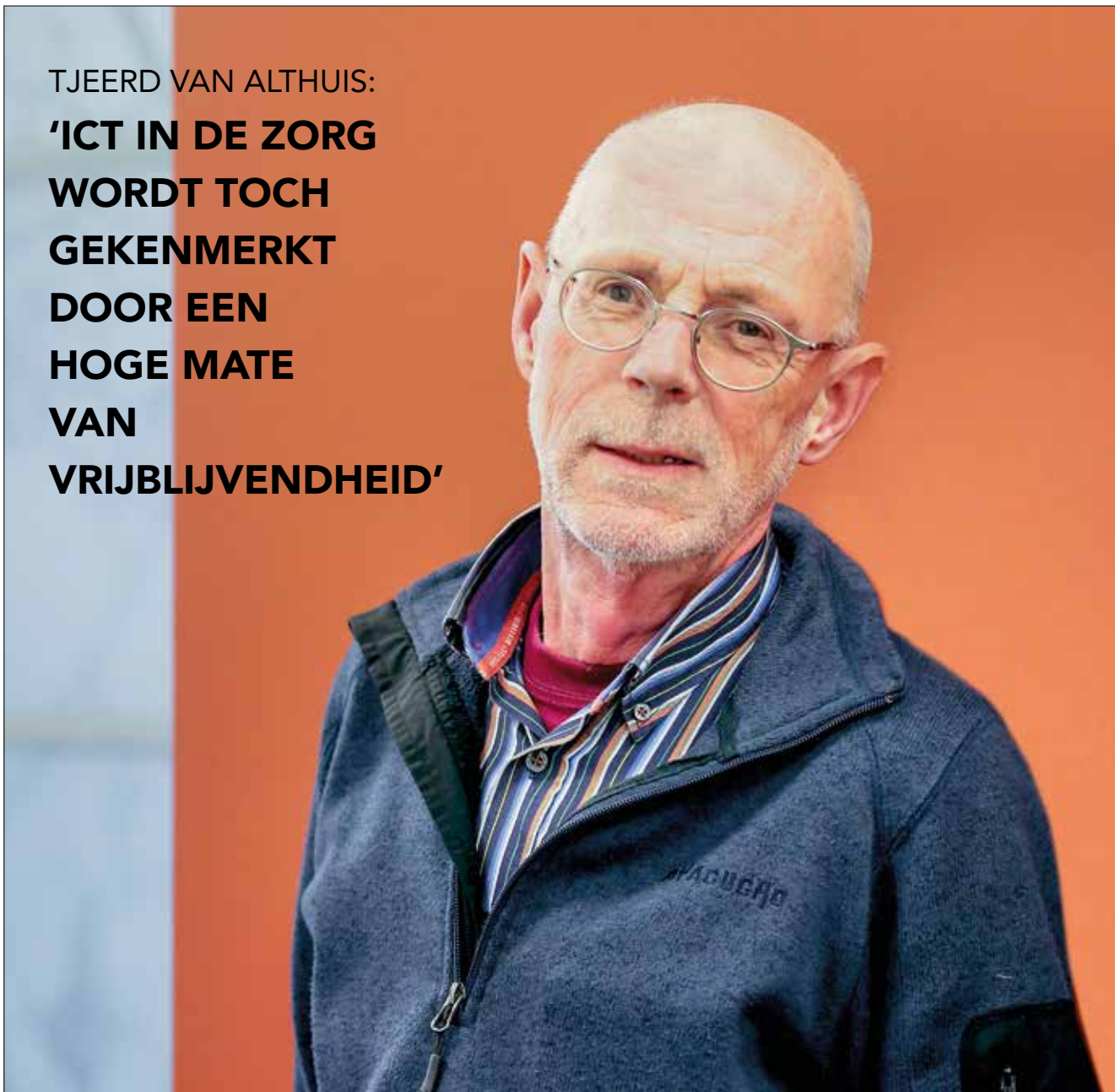
Wat is de verklaring? ‘Het betreft natuurlijk een ingewikkeld samenspel. Het draait om het nemen van risico’s, om geld, om financiering. Hoeveel willen huisartsen investeren in vernieuwde ICT? Hoe vlot werkt de softwareleverancier? ICT in de zorg wordt toch gekenmerkt door een hoge mate van vrijblijvendheid. Daar worstelen alle partijen mee. Hoe krijg je iedereen goed geïnstrueerd en in beweging? Vaak ligt er geen financieel plan aan ten grondslag, dat hebben we in Nederland bij te veel verschillende partijen ondergebracht. Als NHG hebben we niet de teugels in handen om ervoor te zorgen dat die kar de goede kant op koerst.’

Hoe beoordeel je de huidige staat van de ICT in de huisartsenzorg?

‘Tja, wat moet je daarvan zeggen? Is het glas halfvol of halfleeg? Het fundament staat nog steeds fier overeind. Op het terrein van registratie, voorschrijven en verwijzen loopt alles op rolletjes, maar ik denk dat er meer kan en moet. Ondersteuning van multidisciplinaire samenwerking, plannen van zorg rond ouderen, palliatieve zorg; het is allemaal nogal mager wat er gebeurt.’

Waarom komt er te weinig van de grond? Er wordt geen stevig organisa-

TJEERD VAN ALTHUIS:
**'ICT IN DE ZORG
 WORDT TOCH
 GEKENMERKT
 DOOR EEN
 HOGE MATE
 VAN
 VRIJBLIJVENDHEID'**



tie- en financieringsmodel neergezet. Vernieuwingen hangen van projecten aan elkaar. We hebben heel leuk met Zorgverzekeraars Nederland het project Zelfzorg Ondersteund gedaan en na een jaar of drie wordt er gezegd: "Het draait goed, nu moeten de afzonderlijke verzekeraars de kar gaan trekken." De landelijke aansturing valt weg en dan verlies je grip.'

Je bent nu pensionado, maar op je lauweren rusten is er niet bij. 'Inderdaad, er wachten nog een paar klussen, zoals SNOMED, een internationaal medisch terminologiestelsel voor

het eenduidig documenteren en coderen van medische gegevens. Huisartsen werken momenteel met de ICPC om een diagnose te coderen, maar als we zo'n code naar de wijkverpleging of het ziekenhuis sturen, kunnen ze daar niets mee. Wij, op onze beurt, kunnen niets met hun codes. SNO-MED moet ervoor zorgen dat iedereen op dezelfde manier codeert. Een fikse klus, want elke discipline kent eigen bijzonderheden en een eigen niveau van gedetailleerdheid. Het is dus de vraag hoe we de juiste middenweg vinden. Standaardisatie en het belang van communicatie tussen zorgverle-

ners zijn altijd belangrijke pijlers geweest onder mijn werk en dat van het NHG.

Een wens? 'Ik zou willen dat er landelijk meer waardering komt voor de wijze waarop ICT in de huisartsenzorg is georganiseerd en ingericht. Er gaat te veel aandacht uit naar de medisch specialistische zorg, terwijl in Nederland het belang van de huisartsenzorg, van preventie en care, heel groot is. Negentig procent van alle zorg wordt door de huisarts opgevangen. Dat geluid mag wel eens luid en duidelijk klinken.' ■

VRAGEN UIT DE DAGELIJKSE PRAKTIJK

In huisartsenpraktijken wordt geregeld met tijdelijke medewerkers gewerkt: stagiaires, waarnemers en invalkrachten. Het kan gaan om dokters, assistentes of praktijkondersteuners. Ze kunnen voor langere of kortere tijd aanwezig zijn en soms moet een invaller onvoorbereid meteen aan de slag kunnen. Hoe regel je dat?

Een tijdelijke medewerker

Wanneer je een tijdelijke medewerker hebt, is het handig om voor hem of haar een document of map aan te maken. Hierin moet snel een aantal zaken te vinden zijn. Denk aan de namen (met foto) van de vaste medewerkers, interne en externe telefoonnummers, een overzicht van de taken en dagindeling, de plek waar (spoed)medicatie te vinden is en wat er met vuil instrumentarium gebeuren moet. Ook de procedures voor (herhaal)medicatie, autorisatie, overleg tussen assistenten, praktijkondersteuners en dokters moeten erin te vinden zijn.

Bijzondere aandacht behoeft het inloggen in diverse programma's en websites. Het is verstandig om als praktijk na te denken over hoe je hier het beste mee om kunt gaan en afspraken hierover vast te leggen. Er zijn namelijk meerdere werkwijzen mogelijk.

E-mail

Vraag de afwezige medewerker om voor zijn praktijkmail een automatische afwezigheidsmelding in te stellen of de e-mails automatisch te laten doorsturen naar een ander e-mailadres.

Windows

In de meeste praktijken is het gebruikelijk om in een cloud-omgeving of met een virtueel bureaublad te werken. Als er

op de lokale werkplek veel persoonlijke programma's en/of bestanden staan, kan het slim zijn om voor incidentele krachten een 'gastaccount' op de pc aan te maken. Zorg er in ieder geval voor dat het Windows-wachtwoord beschikbaar is voor de invaller.

Twefactorauthenticatie

Twefactorauthenticatie gebeurt dikwijls met een authenticator-app. Het kan handig zijn om een oude telefoon op de praktijk te hebben liggen met hierop de codes die de invalkrachten kunnen gebruiken. Ook is het mogelijk om een app op de desktop codes te laten genereren.

Als de medewerker van een token gebruik moet maken, zorg er dan voor dat deze op de praktijk ligt (en niet in de tas van een medewerker zit) en dat het eventuele wachtwoord ervan bekend is.

Wachtwoordenkluis

Het is niet veilig om wachtwoorden van websites voor onder meer bestellingen simpelweg op een briefje te noteren. Ook is het niet verstandig om wachtwoorden in de browser op te slaan. Wanneer je een wachtwoordenkluis gebruikt, hoeft je maar één wachtwoord aan de invaller door te geven. Met een programma als 1password of LastPass kun je persoonlijke en gedeelde wachtwoorden veilig opslaan. De wachtwoordenkluis is buiten de praktijk niet (meer) bruikbaar als de database ervan lokaal of in de cloud-omgeving van de praktijk opgeslagen is.

CAROLINE NORG-SCHULPEN
CAROLINENORG-SCHULPEN@MEDITTA.NL

Koppeling met een extern programma

Laat de invaller niet werken met de inloggegevens van de afwezige medewerker. Vrijwel altijd leidt dit tot verwarring en dikwijls krijgt de invaller hiermee te veel rechten en toegang tot te veel gegevens.

Het is bijna niet te vermijden om voor enkele websites een 'algemeen' account te gebruiken, terwijl het eigenlijk de bedoeling is om alleen met persoonlijke accounts te werken. Zo is het bij kortdurende stages en waarnemingen ondoenlijk om telkens nieuwe accounts voor de cloud-omgeving aan te vragen en zal er gewerkt worden met accountnamen als 'waarnemer' of 'stagiaire'.

Hetzelfde geldt voor het HIS. Formeel is het het beste om voor iedereen een nieuw, eigen account aan te maken. Meestal zijn hier niet veel handelingen voor nodig, al verschillen de HISsen hierin. Let wel op de juiste autorisaties, zodat de invaller niet te veel, maar ook niet te weinig rechten heeft in het HIS. Voordeel is dat de invaller niet bij elk contact zijn naam (of initialen) voor het contact hoeft te typen en dat de waarnemend arts met zijn UZI-pas kan werken.

Nadeel is dat zodra er vanuit het HIS een koppeling naar een extern programma is, meestal met SSO, dit ook opnieuw aangemaakt moet worden. Denk aan Zorgdomein. De waarnemer moet als hij een nieuw HIS-account heeft, inloggen in Zorgdomein met tweefactorauthenticatie. Hier moet hij vervolgens aangeven voor welke huisartsenpraktijk hij die dag werkt. De ontvangende partij kijkt hier niet altijd goed naar. Het komt geregeld voor dat het consultverslag dan naar een andere praktijk gestuurd wordt, waar

de waarnemer werkt of gewerkt heeft (zie het kader). Dit is te voorkomen door met een algemeen waarnemer-HIS-account SSO door te linken naar een algemeen Zorgdomein-account.

Houd bij op welke datum de accounts door welke persoon gebruikt zijn, zodat altijd terug te vinden is wie iets gedaan heeft.

Algemene, niet-persoonsgebonden accounts

Hetzelfde geldt als een POH bijvoorbeeld bij ziekte komt waarnemen. Om met VIPlive te kunnen werken, moet voor deze vervanger eigenlijk toegang tot VIPlive aangevraagd worden, met de juiste autorisaties. Het verwerken van een dergelijke aanvraag duurt over het algemeen enkele werkdagen. Bij VIPlive kun je echter ook algemene, niet-persoonsgebonden accounts aanvragen. Eenmalig moet het account geverifieerd worden met een e-mailadres van de praktijk en een mobiel telefoonnummer. Als de praktijk in het HIS over een algemeen POH-account beschikt, kan dit met SSO naar het algemeen VIPlive-account doorgelinkt worden. Bij onverwachte of incidentele waarneming kan de invaller meteen aan de slag.

Vergelijkbare processen zijn denkbaar bij andere externe programma's, zoals Cyberlabs, Ksyos.

Hebt u ook een vraag die u graag door de redactie van SynthesHis beantwoord ziet worden?

Stuur een mail naar secretariaat@nedhis.nl

Waar werkt de waarnemer?

Een voorbeeld: huisarts Yang werkt als vaste waarnemer in huisartsenpraktijk Centrum. In ziekenhuis Stad hebben ze de AGB-code van huisarts Yang gekoppeld aan huisartsenpraktijk Centrum. Huisarts Yang gaat een vakantie waarnemen in huisartsenpraktijk Singelring. In deze praktijk wordt een eigen HIS-inlog aangemaakt voor huisarts Yang. Patiënt

Pieters van praktijk Singelring wordt door de waarnemer verwezen naar de internist in ziekenhuis Stad. Yang logt in Zorgdomein in met zijn eigen account. In het ziekenhuis wordt hij als huisarts Yang herkend aan zijn AGB-code die met de Zorgdomeinverwijzing mee komt. Patiënt Pieters wordt via deze code gekoppeld aan huisartsenpraktijk Centrum en de

post over hem wordt naar praktijk Centrum gestuurd. Als huisarts Yang in praktijk Singelring in het HIS had ingelogd als 'P. Waarnemer' en via de SSO ook in Zorgdomein werd ingelogd als 'P. Waarnemer' met de AGB-code van praktijkhouder Joosten van praktijk Singelring, was dit niet gebeurd.

Het medicatieproces: wat verandert er voor de huisartsenpraktijk?

Met een actueel en compleet medicatieoverzicht kunnen zorgverleners beter en veiliger handelen. Om dit te realiseren is het landelijke programma Medicatieoverdracht in het leven geroepen. LHV, NHG en Ineen trekken hierin gezamenlijk op als sector Huisartsenzorg. Tijdens het NedHIS-congres vertelde projectmanager Joppe van der Reijden over de stand van zaken.

CHRISTIE MANINTVELD
CHRISTIE@M-T.O.NL

De basisgedachte achter het nieuwe medicatieproces is het scheiden van therapie en logistiek. In de huidige situatie stuurt de voorschrijver een recept naar de apotheek, waarna de apotheek een afleverbericht stuurt. In de nieuwe situatie wordt het recept vervangen door twee afzonderlijke berichten: een medicatieafpraak en een verstrekkingverzoek. De apotheek zorgt vervolgens voor de toedienafpraak en de medicatieverstrekking. Joppe: 'Vrijwel alle zorgsectoren zijn betrokken in het programma. Door samen te werken in de keten zorgen we ervoor dat de medicatieafpraak van een specialist bijvoorbeeld ook door de huisarts en de psychiater kan worden ingezien. Naast medicatie willen we ook contra-indicaties, overgevoeligheden en lab meepakken.'

Wat betekent deze nieuwe werkwijze voor de huisarts? Joppe noemt enkele voorbeelden:

- Door het therapiedeel los te koppelen van de logistiek kun je bijvoorbeeld een medicatieafpraak invoeren voor antistollingsmiddelen. Die loopt in principe eindeloos door, tenzij je de medicatieafpraak stopt. De verstrekkingverzoeken die eronder hangen staan los van de tijd. Zo raakt niet uit beeld dat iemand antistolling gebruikt.
- Nu krijg je een bericht van een specialist dat er medicatie gestart is, maar weet je vaak niet of deze weer gestopt is. In het nieuwe systeem krijg je ook de stop-medicatieafspraken door. Zowel de medicatieafspraken als de stop-medicatieafspraken zijn direct zichtbaar in het

patiëntendossier in het HIS, mits deze persoon een LSP opt-in heeft.

- Ook als het gaat om baxtermedicatie gaat er iets veranderen. De huisarts zet nu een handtekening onder de driemaandelijke lijsten, maar de recepten komen vaak van de specialist. In de nieuwe werkwijze staat elk medicijn op een aparte regel, met daarbij de auteur. Daardoor blijven de specialisten verantwoordelijk voor hun medicatieafspraken.

Status van het programma

Op dit moment doen de regio's Rijnmond en Friesland met de HISSen CGM HUISARTS en Dedalus mee aan de kickstart. Er worden voorbereidingen gedaan om ook de huisartsenspoedpost hierin te betrekken. De planning is dat medio 2025 de kickstartdeelnemers live gaan om vervolgens op te schalen naar nieuwe regio's tot het landelijk geïmplementeerd is. Huisarts Boudewijn Dierick (gezondheidscentrum Makkum) doet mee aan de kickstart. Zijn praktijkmanager Josina Thibaudier is aangehaakt als test- en projectcoördinator. Op de vraag waarom de praktijk meedoet in deze testfase antwoordt Boudewijn: 'Ik ben al twintig jaar apotheekhoudend huisarts en ik erger me al twintig jaar aan

BOUDEWIJN DIERICK: 'IK BEN AL TWINTIG JAAR APOTHEEKHOUDEND HUISARTS EN IK ERGER ME AL TWINTIG JAAR AAN DE MEDICATIEOVERDRACHT'



Joppe van der Reijden



Josina Thibaudier

de medicatieoverdracht. Tot nu werden er vooral lapmiddelen geïntroduceerd. Nu er echt een nieuw fundament wordt gebouwd voor medicatieoverdracht ben ik enthousiast. In dit project zijn ketenpartners betrokken én de leveranciers.'

Rol van de praktijkmanager

'Wat ik wel merk is dat je zo'n project als huisarts alleen kunt dragen als je een praktijkmanager hebt die je steunt', benadrukt Boudewijn. 'Niks zo erg als huisarts die tussen de gesprekken door ook wat aanrommelt. Josina heeft meer verstand van ICT dan ik en zij trekt bij ons het proces.'

Josina: 'Het gaat om een ICT-systeem en werkprocesverandering die je niet met één druk op de knop kunt realiseren. Daarom schrijf ik een plan van aanpak voor implementatie in de praktijk. Voor veel standaardzaken zal de ICT-verandering het proces bevorderen, maar wat gebeurt er in uitzonderingssituaties? Die proberen we nu in kaart te brengen en tijdens de prak-

tijktests te simuleren. Vervolgens kun je technische oplossingen zoeken, maar daarnaast zal er – bijvoorbeeld in spoedgevallen – soms toch gewoon mondeling overleg nodig blijven.'

Geen binnenbochtjes

'In de kickstart creëren we een basis waardoor praktijken straks makkelijker kunnen instappen', vertelt Josina. 'Dan is direct duidelijk wat je precies moet inregelen en waar je zelf afspraken over moet maken met medewerkers en ketenpartners.'

Boudewijn: 'Heel belangrijk is dat de neuzen dezelfde kant op staan. Veel systemen die nu draaien werken matig, omdat mensen binnenbochtjes zoeken en vinden. Het nieuwe medicatieproces zal in het begin meer werk opleveren voor de huisarts. Dat komt omdat we nu niet doen wat we eigenlijk wel zouden moeten doen. Er komt straks meer informatie op ons af waar we mee om moeten gaan. Maar als het eenmaal goed is ingericht en de therapietrouw verbetert, zorgt het uiteinde-

lijk voor minder kosten en minder werk. Het kost nu gewoon heel veel tijd om specialisten en apothekers te bellen omdat het medicatieoverzicht geen afspiegeling is van de realiteit.'

Hybride starten is mogelijk

'Wij hebben de ambitie om met de hele keten tegelijkertijd over te gaan naar de nieuwe manier van werken', zegt Josina. 'Het voordeel van Mak-kum is dat alles redelijk overzichtelijk is. We werken voornamelijk samen met het ziekenhuis in Sneek, we hebben hier één verzorgingshuis en onze huisartsenpraktijk is apotheekhoudend. In de regio Rijnmond hebben ze een complexere uitdaging met veel meer openbare apotheken, ziekenhuizen en partners in ggz en VVT. Dan is het handig dat je als keten ook eerst hybride kunt werken. Onder water herkent het systeem of een organisatie met het oude of het nieuwe medicatieproces werkt. Zo kun je toch starten, terwijl nog niet alle partijen zo ver zijn.' ■

JOSINA THIBAUDIER: 'IN DE KICKSTART CREËREN WE EEN BASIS WAARDOOR PRAKTIJKEN STRAKS MAKKELIJKER KUNNEN INSTAPPEN'

Een HIS is geen museumstuk

Hoe ga je om met dertig jaar historie van de HISsen en de inhoud van het in die periode opgebouwde medisch dossier? Hoe zorgen we ervoor dat de HISsen klaar zijn voor de toekomst? Wil je in de spreekkamer prettig kunnen werken, dan heb je een logisch werkend systeem nodig en mag er niet te veel afleiding zijn. Dat ondersteunt het best. De patiënt vraagt immers de volle aandacht en als het goed is niet het systeem.

JEROEN VAN DER LUGT
LUGTKUS@GMAIL.COM

Als gepensioneerd huisarts en ex-praktijkhouder neem ik sinds een half jaar waar in andere praktijken en op huisartsenposten. Vanuit *SynthesHis* heb ik door jarenlang redactioneel werk een beeld van wat je kan verwachten van andere HISsen en HAPISsen. Basisvereisten zijn: je moet snel kunnen vinden wat je nodig hebt en je dient bevindingen makkelijk te kunnen vastleggen. Het systeem ondersteunt je bij het voorschrijven en het maken van overzichten, en communiceren verloopt soepel. Je wordt niet afgeleid door omwegen. Een goed functionerend HIS bevordert het vertrouwen van de patiënt in zijn huisarts.

Continu aanpassen en vernieuwen van de HISsen is van het grootste belang. Nieuwbouw kan een betere oplossing zijn dan voortgaan met een gedateerd HIS waarvan de software eerder in een museum thuishoort. Dat laat de shake-out onder de HAPISsen wel zien.

De huisartspostsystemen (HAPISsen) zijn de laatste

jaren behoorlijk vernieuwd – je zou kunnen zeggen dat er sprake is van een shake-out. Het 25 jaar oude Callmanager werd te lang niet meer bij de tijd gehouden en heeft dus de markt grotendeels verlaten. Daarvoor in de plaats zijn systemen als Topicus/VIPlive en Health Connected gekomen. Het werken hiermee is een verademing. Ze functioneren voor de nieuwe gebruiker logisch en bieden veel werkgemak. Als iets klaar is, verdwijnt het uit beeld. Een opgeruimd scherm is ook een opgeruimd hoofd. Natuurlijk is een HAPIS een simpeler systeem dan een HIS, maar deze beweging van oud naar nieuw mag als voorbeeld genomen worden.

Oude procedures en gedateerde benamingen

HISsen bestaan sinds eind jaren tachtig en zijn na een aanloop halverwege de jaren negentig inmiddels in alle huisartsenpraktijken in gebruik. Er zijn er nu ruim tien in de markt. Het gaat om enkele grote, een paar middelgrote en een rijtje kleintjes. Deze HISsen bestaan uit een verzameling oude en nieuwe systemen. Te veel gebruikers van systemen met hun oorsprong in de jaren negentig van de vorige eeuw worden gehinderd door oude procedures en gedateerde benamingen. Een paar voorbeelden: je ziet de benaming gsm in plaats van mobiel. Een e-mailadres van een patiënt aanpassen, wat meermalen per dag nodig is, vraagt negen muisklikken en verschillende schermwisselingen die overbodig zijn als je ziet wat de huidige programmatuur kan (zie kader 1). Soms is de lettergrootte niet aanpasbaar.

We zijn als gezamenlijke Nederlandse huisartsen nu ruim dertig jaar bezig met het opbouwen van het medisch journaal van de patiënt. Dat is dus ruimschoots een generatie. Het is nodig dat er betere software komt om de archivering in het HIS te ondersteunen. Ik ga daar hieronder nader op in.



EEN GOED FUNCTIONEREND HIS BEVORDERT HET VERTROUWEN VAN DE PATIËNT IN ZIJN HUISARTS

Het medisch dossier bestaat uit de journaalgegevens van patiëntcontacten, medicatievoorschriften, meetwaarden en correspondentie. In de loop van de jaren negentig zijn alle HISsen overgegaan op het SOEP-systeem voor het vastleggen van journaalgegevens. Het decennium daarna zijn de episodes ingevoerd om losse SOEP-contacten beter te ordenen. Hoe houd je het medisch journaal op orde en hanteerbaar, vooral ook na het verhuizen van een dossier naar een ander HIS? Laten we kijken welke mogelijkheden we hebben om de componenten waaruit het medisch dossier bestaat op te schonen.

De SOEP-regels

Het medisch journaal omvat de verslaglegging van de patiëntcontacten in de vorm van de SOEP-notatie: Subjectief-Objectief-Evaluatie-Plan. De SOEP-regels vormen de neerslag van de denkwijze van de huisarts – een ijzersterk concept dat nog steeds prima werkt. Ze bevorderen logisch nadenken en gefundeerd beleid. Aan de E-regel hangt de ICPC-codering, die samen met de episodelijst het overzicht

geeft. De ICPC-codering is de internationale wetenschappelijke codering van symptomen en diagnoses in de huisartsgeneeskunde (International Classification of Primary Care). Dit coderingssysteem bestaat uit zeventien letters, veelal de tracti met daaronder een getal. Onder het getal 30 zijn codes gereserveerd voor symptomen, codes boven de 70 zijn harde diagnoses. Ze zijn het makkelijkst te onthouden aan de Engelse namen (zie kader 2).

Je zou zeggen dat de uitleg van de opbouw van de ICPC-codering gesneden koek is voor elke huisarts. Mijn ervaring als huisartsopleider is dat deze basiskennis ontbreekt. Deze basiskennis is wel nodig om een episodelijst te kunnen bewerken: hernoemen en samenvoegen van episodes.

Het zou veel journaalgegevens opruimen als SOEP-regels met ICPC-code onder 30 die ouder zijn dan tien jaar verhuizen naar een journaalarchief dat geordend is op ICPC-letter. Dat zijn dan dus maximaal zeventien verzamelepisodes die niet direct meer in beeld zijn. Dit soort oude gegevens heeft geen actuele waarde meer, omdat zowel de dokter als de patiënt zich deze gebeurtenissen niet meer kan herinneren. Een zoekfunctie op trefwoord maakt het makkelijk om in het gedeelte te zoeken dat niet direct in beeld is, bijvoorbeeld: knie, stress, hart, moeder. Natuurlijk moet dit archief in de toekomst verder gevuld worden: het is geen eenmalige exercitie.

Episodes

Episodes ordenen gegevens betreffende een actuele ziekte of een periode van een voorbijgaande ziekte die afgesloten is. Je kunt ze zien als hoofdstukken in een boek. De lijsten van episodes worden allengs langer en kunnen makkelijk uit meerdere tientallen episodes bestaan. Een lange lijst opschonen kan door episodes samen te voegen. De eraan gekoppelde SOEP-noteringen gaan mee.

Kader 1. Hoe wijzig je een e-mailadres in een ouder HIS?

- Klik op het symbooltje links naast het patiëntnummer.
- Er verschijnt een pop-up met patiëntgegevens.
- Kies uit een aantal opties: overzicht.
- Klik rechtsonder op het vakje e-mail.
- Er verschijnt een pop-up met e-mailgegevens.
- Kies bewerken en pas aan.
- Kies opslaan.
- Kies sluiten.
- Sluit de pop-up en het e-mailadres is aangepast.

Kader 2. Opbouw van de ICPC-codering

Hoe is de ICPC-codering opgebouwd? Er zijn zeventien hoofdstukken gevolgd door een getal tussen 1 en 99. Ook zijn er subcodes achter het getal voorafgegaan door een punt. De getallen 1-30 betreffen symptomen. De getallen 70-99 zijn beschrijvingen van diagnoses. Hieronder de zeventien hoofdstukken, waarbij de Engelse benaming het makkelijker maakt ze te onthouden.

| | | |
|---|-------------|--|
| A | Algemeen | Algemeen en specifiek |
| B | Blood | beenmerg, lymfe, immuniteit |
| C | Circulation | hart, bloedvaten |
| D | Digestive | maagdarmstelsel met aanliggende organen zoals de lever |
| F | Eye | ogen |
| H | Hear | oren |
| L | Limbs | bewegingsstelsel |
| N | Nerve | zenuwstelsel |
| P | Psyche | psychische aandoeningen |
| R | Respiratory | luchtwegen |
| S | Skin | huid |
| T | Thyroid | endocriene organen |
| U | Urinary | nieren en urinewegen |
| W | Graviditeit | zwangerschap en anticonceptie |
| X | Female | vrouwelijke geslachtsorganen |
| Y | Male | mannelijke geslachtsorganen |
| Z | Social | Sociale context |

De ontbrekende letters zijn E, G, I, J, K, M, O, Q, V.

Het komt voor dat verschillende episodes kort na elkaar door dezelfde of meer auteurs zijn gestart, terwijl het eigenlijk gaat over één ziektegeschiedenis. Makkelijk opschonen gebeurt door te kijken naar het beloop: wanneer er in de loop van enkele dagen meerdere episodes geopend zijn, gaat het vaak over één gebeurtenis. Ook ordening op ICPC-hoofdstuk bevordert makkelijk samenvoegen. Een tool die efficiënt samenvoegen bevordert is aanklikken van een rijtje episodes en vervolgens een doelepisode selecteren. De episodelijst in beeld brengen door te sorteren via datum van openen en via de ICPC-letter is handig. Dit soort functies mag in geen enkel HIS meer ontbreken.

Medicatie

Medicatievoorschriften ouder dan tien jaar kunnen ook verhuizen naar een nog nader te creëren verzamelplek die niet direct in beeld komt. Ordening daarna is handig op alfabet of op soort, zoals antibiotica of psychofarmaca, zodat snel zoeken mogelijk is.

ER ZIJN TE VEEL VEROUDERDE EIGEN- SCHAPPEN DIE UIT HET HIS MOETEN

Meetwaarden

De meetwaarden die gecodeerd opgeslagen zijn (dus niet als notering in het Onderzoeksveld van de SOEP) blijven waardevol. Wanneer het beloop in de tijd in een grafiek getoond kan worden, zal dit zowel de patiënt als de huisarts veel inzicht geven. Deze gegevens zijn over de jaren gelukkig gestandaardiseerd gebleven. Hier hoeft dus weinig aangepast te worden.

Correspondentie

Onder correspondentie verstaan we de binnengekomen en uitgaande elektronische poststukken aangaande de patiënt. Er wordt al lang nagedacht over manieren om dit uitdijende archief te beheersen. Voorgesteld is een standaardformat: pdf. Ook zijn er HISsen die via een prullenbakje niet-relevante correspondentie kunnen verwijderen. Dit is zeker een goede methode, want ze bevordert het overzicht. Nadeel is wel dat de betreffende correspondentie per item eerst even ingezien en beoordeeld moet worden.

Wat te doen met oude correspondentie? Die legt immers een groot beslag op de geheugencapaciteit van het HIS – een zorg voor alle HIS-leveranciers. Hiervoor is behalve stuk voor stuk beoordelen en verwijderen nog geen goede oplossing voorhanden.

Gebruiksvriendelijker

Na een generatie werken met HISsen in de huisartspraktijk is het tijd om ervoor te zorgen dat de HISsen geen museumstukken worden. Ik heb enkele voorstellen gedaan op het gebied van de werking van de HISsen. Vooral de HISsen die hun oorsprong hebben in het begin van de jaren negentig moeten na dertig jaar qua gebruiksvriendelijkheid verbeteren. Ze hebben de nieuwe functies ingebouwd, maar er zijn te veel verouderde eigenschappen die eruit moeten. Wat betreft de inhoud van de medische dossiers pleit ik voor een archief functie, zodat oude gegevens niet in de weg zitten en zo het overzicht beperken. Wie pakt de handschoen op? ■



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

Gedrag en veranderingen

In veel praktijken zullen de assistentes een aantal geboortedata uit hun hoofd kennen. De patiënt is niet een anoniem nummer, maar een overbekende cijfercombinatie van een veelbeller. Of iemand die in korte tijd intensieve zorg krijgt, bijvoorbeeld in de palliatieve fase – een patiënt die veel aandacht en zorg behoeft en krijgt. Vaak kennen assistentes de achtergrond wel.

Op de huisartsenpost kennen we vooral de veelbellers goed. Het aantal contacten met een palliatieve patiënt is daar relatief beperkt, zeker als je dat afzet tegen de ernst van de ziekte en de zorgbehoefte.

Des te belangrijker is het dan dat er een goede overdracht plaatsvindt. Hierbij spelen een ‘zender’ en een ‘ontvanger’ een rol, en de ‘zend- en ontvangstapparatuur’ moeten ook functioneren. Hier wordt hard aan gewerkt. Op de vorige NedHIS-studiedag werd duidelijk dat goede overdrachtsberichten nog niet zo eenvoudig in een eenduidig digitaal format te vangen zijn. Maar er worden belangrijke stappen gezet. De technici sleutelen driftig aan de koppelingen tussen HISsen en HAPISsen, ZISsen en de systemen van VVT en de ambulancezorg. Als medisch bestuurder ben ik verantwoordelijk voor drie huisartsenposten. Helaas merk ik dat er nog veel te verbeteren valt aan de ‘gebruikerskant’. Het aantal overdrachtsberichten op de HAP is laag – ondanks verwoede pogingen van onze kaderhuisartsen palliatieve en ouderenzorg. Veel te laag, wat mij betreft. Hier valt

nog meer zendingswerk te verrichten.

Aan de andere kant, de ontvangerskant, de kant van de werkers op de HAP, blijft het goed lezen en gebruiken van overdrachtsberichten ook nog achter bij mijn wensen en verwachtingen. Ondanks een ingevuld behandelbeleid, hoofdletters in de episodelijstomschrijving en een MEMO-bericht in het HAPIS, blijkt iemand met een gevorderde dementie en een uitbehandelde COPD Gold IV herhaaldelijk naar de SEH te zijn gestuurd. Daar wordt vastgesteld dat er een niet-insturenbeleid is afgesproken. Helaas wordt acuut een ambulance gestuurd, zónder raadpleging van het dossier, de episodelijst of de MEMO (die wordt weg geklikt).

Vaak werken we aan de technische oplossingen. Nogmaals: die zijn belangrijk, die zijn randvoorwaardelijk. Maar wel RANDvoorwaardelijk. Want het gaat natuurlijk vooral om gedrag. Om doen. En dus om attitude. Vinden we dit belangrijk genoeg? Ik weet dat veel huisartsen veel waarde hechten aan een goede informatievoorziening in spoedsituaties (en) op de huisartsenpost. Maar geregeld kom ik ook collega's tegen die ‘het nog nooit nodig gehad hebben’. Bij wie overdrachtsberichtjes regelrecht de map deleted items in lijken te gaan. Ik beseft dat er veel veranderd is en nog steeds – en in toeneemende mate – verandert. Zelf hebben mijn maat en ik een praktijk overgenomen waarin nog op de groene kaart gewerkt

werd. Toegegeven, dat was zelfs in 2006 al de achterhoede van de huisartsgeneeskunde, maar toch. Kijk ik naar die manier van werken vanuit het perspectief van de werkwijze nu, dan zie ik dat de vernieuwingen veel aanpassingsvermogen hebben geveerd van iedereen die in de zorg werkt. Ik begrijp dat dat óók weerstand oproept, want de (digitale) vernieuwing is nu eenmaal niet alléén rozengeur en maneschijn. Het is knap lastig als de telefoon weg is en de authenticator-app niet werkt. Als je weer een wachtwoord moet wijzigen, als de layout weer veranderd is, als... Vul maar in.

Vul maar in: als je weer iets op een andere manier moet doen. Als je wéér je gedrag moet veranderen. Die veranderingen moeten wel gedragen worden. Volg een willekeurige app-groep van huisartsen en je merkt dat er veel wordt gemopperd. De draagkracht lijkt soms erg beperkt. En toch. We moeten ons allen, digiwerkers, managers en bestuurders, maar ook veldwerkers-huisartsen één doel voor ogen houden: dat de digitale oplossingen er óók voor kunnen zorgen dat een anonieme beller, een onbekende patiënt méér gaat leven, méér mens wordt, geen nummer is, maar zorg-op-maat krijgt. Geen ambulance bij ernstige benauwdheid in de palliatieve fase, maar een hand op de arm, een troostend woord. Huisartsenzorg anno nu vraagt om veranderingen in gedrag en attitude, en om gedragen veranderingen. ■

EEN ALTERNATIEF VOOR DE UZI-PAS

'Veiligheid is belangrijk, maar het moet wel werkbaar zijn'

Iedereen in de zorg moet zeker weten dat alleen de juiste zorgprofessionals bij medische informatie kunnen. Zo weten patiënten dat hun gegevens veilig zijn en professionals dat ze de juiste persoon toelaten tot het digitale dossier. Dit geldt ook voor de huisartsenpraktijk, waar voor digitale toegang door de huisarts onder andere de UZI-pas wordt gebruikt. De gebruikers vinden deze pas echter duur, niet gebruiksvriendelijk en niet flexibel bij wijziging van beroep of werkgever. Daarom wordt de huidige manier van inloggen met de UZI-pas op termijn vervangen door het inlogstelsel Dezi (Dé zorgidentiteit).

Het ministerie van VWS toetst samen met gebruikers hoe het nieuwe inlogstelsel Dezi het beste werkt voor zorgprofessionals door middel van pilots. Maarten Kielman – huisarts in Rijswijk – was deelnemer aan een zo'n pilot over het registreren van vaccinaties met inlogmiddelen op zijn smartphone, waaronder DigiD en een digitale wallet. In een gesprek met het programma digitale toegang van Nictiz vertelt Kielman over zijn ervaringen.

Door zijn deelname aan de pilot heeft Kielman kunnen ervaren dat het gebruik van zijn smartphone als inlogmiddel in de praktijk een goed alternatief is voor de UZI-pas: 'Als huisarts wil je voorkomen dat jouw zorgidentificatie wordt misbruikt door verkeerd gebruik van de UZI-pas. Veiligheid is belangrijk, maar het moet wel werkbaar zijn', stelt Kielman. Op de huisartsenpost zag hij soms de passen rondslingeren of ze werden uitgeleend aan collega's of assistenten. Kielman: 'In dit soort situaties zie je de psychologie van de mens die workarounds toepast voor een flexibeler werkproces.'



Smartphone als inlogsleutel

Dit maakt het gebruik van de pas onbetrouwbaar en fraudegevoelig: 'Iedereen die in de zorg werkt, vindt privacy en veiligheid belangrijk. Toch zie je dat het met de UZI-pas niet in elk werkproces haalbaar is om die te waarborgen', aldus Kielman. De pilot bood Kielman een uitkomst om voor de registratie van vaccinaties met zijn smartphone in te loggen bij de Beveiligde Registratie Bijzonder Assets (BRBA). Kielman vertelt: 'Door het gebruik van DigiD of een digitale wallet werk je met een inlogmiddel dat privé is, het staat namelijk op je smartphone. Daar doe je alles mee, dus die leg je als zorgprofessional niet zomaar op de balie.'

Dankzij de pilot heeft Kielman in zijn werkproces kunnen ervaren dat het gebruik van zijn smartphone als digitale sleutel 'een uitstekend alternatief is' voor de UZI-pas.

Keuzevrijheid

Met een smartphone als inlogsleutel heeft Kielman

bovendien altijd de juiste legitimatie bij zich: 'Als zorgprofessional kan ik mijn zorgidentiteit overal bewijzen voor veilige toegang. Voor mijn digitale identificatie als zorgprofessional is dit een praktische oplossing: door het gebruik van mijn smartphone hoef ik niet voor elk slot een andere sleutel te gebruiken. Met mijn smartphone kan ik kiezen uit inloggen met DigiD of met mijn digitale wallet, waarin mijn identiteit als zorgprofessional kan worden opgeslagen. Als arts geeft dat keuzevrijheid en gebruiksgemak.' In de toekomst kunnen zorgprofessionals hun eigen inlogmiddel naar voorkeur kiezen via hun smartphone, waarmee eenvoudig en veilig kan worden ingelogd. Kielman vult aan: 'Keuzevrijheid is handig, zowel op de huisartsenpost als hier in mijn eigen praktijk.'

Dezi-stelsel

Deze keuzevrijheid wordt door het nieuwe inlogstelsel Dezi voor alle zorgprofessionals gewaarborgd door op flexibiliteit en gebruiksgemak in te zetten.

'DOOR HET GEBRUIK VAN MIJN SMARTPHONE HOEF IK NIET VOOR ELK SLOT EEN ANDERE SLEUTEL TE GEBRUIKEN'



In plaats van inloggen met een UZI-pas voor toegang tot (medische) informatie over patiënt en cliënt, kunnen zorgprofessionals in de toekomst zelf kiezen met welk erkend middel ze willen inloggen. De persoonlijke identificatie van de huisarts of de praktijkmedewerker kan met erkende middelen uit het nieuwe Dezi-register worden opgehaald. Met Dezi kunnen zorgprofessionals, net als bij de UZI-pas, zich identificeren, authenticeren en digitaal ondertekenen. Voor huisartsen is het belangrijk dat de inlogmiddelen uit het Dezi-stelsel aansluiten bij hun behoeften en zorgproces.

Proeftuin

Het nieuwe Dezi-stelsel kan momenteel door leveranciers van inlogmiddelen en platforms in de zorg worden getest in de digitale proeftuin. Hier kan ervaring opgedaan worden met aansluiten op de technische koppelvlakken. De proeftuin is ontwikkeld door het ministerie van VWS in samenwerking met

het CIBG. De openstelling van de proeftuin is een belangrijke stap in het doorontwikkelen van veilige, flexibele identificatie en authenticatie van zorgprofessionals. Dat moet ertoe leiden dat zorgprofessionals hun zorgidentiteit met een zelfgekozen inlogmiddel uit het register kunnen ophalen voor digitale toegang. Zo krijgen ze toegang tot de juiste (medische) informatie op het juiste moment.

Ook HIS-leveranciers kunnen aansluiten op de Dezi-proeftuin. Aanmelden kan via een e-mail naar e-id@nictiz.nl.

Vragenuur

In het kader van het programma digitale toegang in de zorg organiseert Nictiz samen met het ministerie van VWS op 18 september een vragenuur over de vernieuwing van UZI-middelen en de introductie van het nieuwe inlogstelsel voor zorgprofessionals. Tijdens de onlinesessie krijgt u onder meer antwoord op vragen als:



Maarten Kielman

- Wat gaat er veranderen met het nieuwe inlogstelsel voor zorgprofessionals?
- Welke typen inlogmiddelen kunnen zorgprofessionals verwachten?
- Hoe kan de professionele identiteit in het UZI-register gebruikt worden?

Voor vragen over dit artikel of over digitale toegang in de zorg kunt u een e-mail sturen naar eid@nictiz.nl.

Dit artikel is beschikbaar gesteld door Nictiz. In de volgende editie van SynthesHis gaat Nictiz dieper in op de mogelijkheden van een digitale wallet als inlogmiddel voor zorgprofessionals.

Meld je aan via deze QR-cocoe:

Meer informatie over het nieuwe Dezi-stelsel:
www.dezi.nl. ■



WETTELIJKE KADERS

Wetsvoorstel Diaz

Het wetsvoorstel Digitale Identificatie en Authenticatie in de Zorg (Diaz) regelt dat zorgprofessionals in plaats van UZI-middelen andere goedgekeurde en betrouwbare inlogmiddelen kunnen gebruiken om digitale toegang te krijgen, bijvoorbeeld DigiD of een digitale wallet. Samen met een door de overheid beheerd register van zorgaanbieders en zorgmedewerkers moeten deze inlogmiddelen veilige en flexibele toegang van zorgprofessionals tot gezondheidsgegevens mogelijk maken.

Wet digitale overheid

Nieuwe inlogmiddelen binnen het inlogstelsel Dezi moeten voldoen aan het betrouwbaarheidsniveau eIDAS-hoog. Mede door de herziening van de eIDAS-verordening en de nadere detaillering van de regelingen onder de Wet digitale overheid (Wdo), vindt ontwikkeling van inlogmiddelen op het betrouwbaarheidsniveau eIDAS-hoog nog volop plaats. Nu de Wdo is aangenomen en gefaseerd wordt ingevoerd, veranderen de regels voor het veilig en betrouwbaar inloggen bij (semi)publieke organisaties, waar ook de zorg onder valt. Binnen het Dezi-stelsel kunnen Wdo-middelen door zorgprofessionals gebruikt worden.

Herziene eIDAS-verordening

Zorgprofessionals kunnen in de toekomst met hun smartphone een digitale wallet gebruiken om hun zorgidentiteit in op te slaan of mee aan te tonen. In 2024 is de herziene eIDAS-verordening aangenomen waarmee er een wettelijke grondslag is gekomen voor het Europese raamwerk waarbinnen nationaal erkende ID-wallets door burgers en ondernemers binnen de Europese Unie gebruikt kunnen worden. Een belangrijke stap, ook voor de toekomst van de digitale toegang tot zorg.

CGM-huisarts

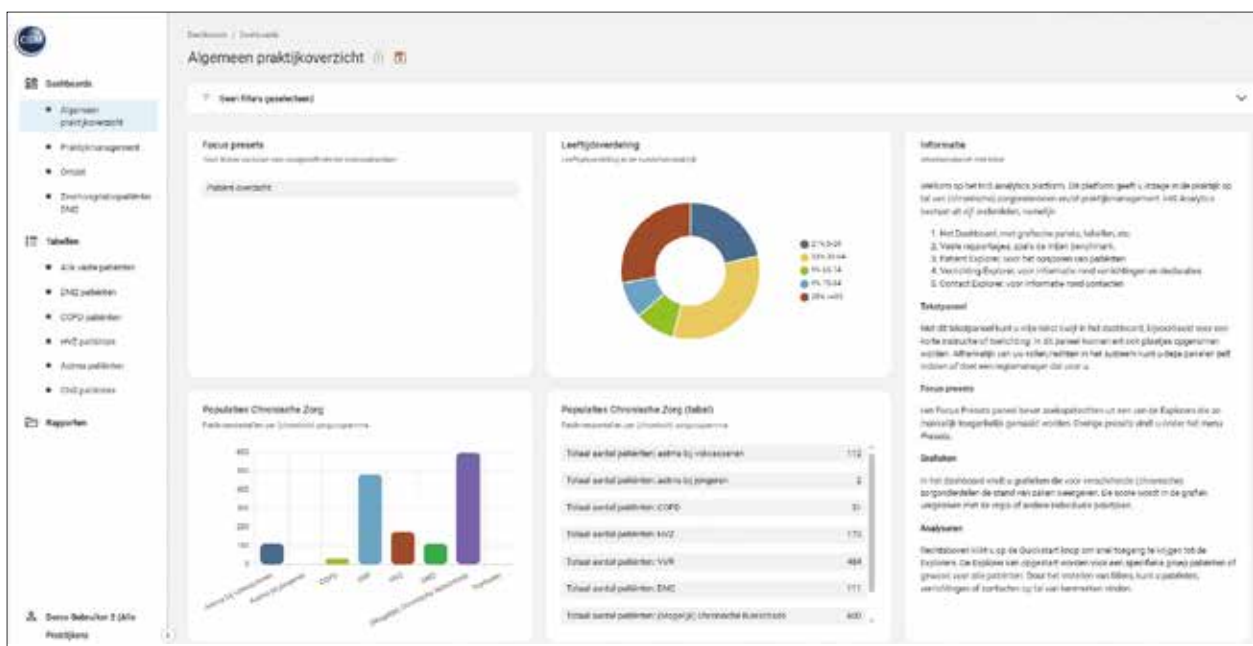
Nieuwe ontwikkelingen: CGM Analytics

CGM-huisarts beschikt al vanaf het begin over verschillende rapport-modules. De module Rapport Generator is er echt een van het eerste uur. Naderhand zijn er aanvullingen gekomen, ongeveer in chronologische volgorde in de vorm van Maatwerk Rapporten, Oproepen, Kwaliteitsindicatoren en de Ineen HIS-registratietoets. De enige in de rij die meteen rapporten

kan aanleveren is het onderdeel Maatwerk Rapporten. Alle andere rapportmodules vragen nogal wat inzicht en handigheid van de gebruiker. De module Kwaliteitsindicatoren is in de loop van de tijd nog eens vernieuwd en maakt werkbare overzichten van de verschillende onderdelen van chronische zorg. Het lastige hiervan blijft toch dat het tijd kost om overzicht

te krijgen. Eigen overzichten kun je alleen maken met de Rapport Generator en Oproepen. De eerstgenoemde kan iets specifieker te werk gaan, maar is minder gebruiksvriendelijk, en de laatstgenoemde is iets gebruiksvriendelijker, maar kan niet alles tevoorschijn halen.

Vooral de beperkingen en de gebruiksonvriendelijkheid maken dat



Figuur 1. Algemeen praktijkoverzicht met uitgeklapt linker menu

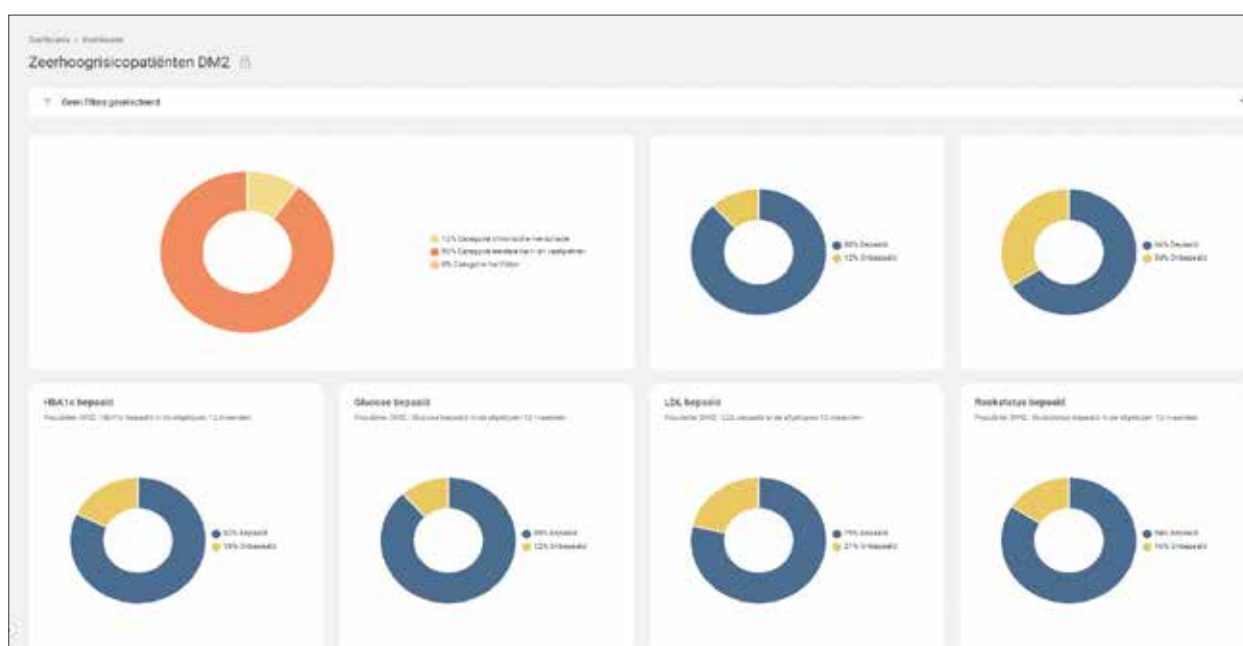
veel gebruikers hun toevlucht hebben gezocht bij externe rapportsystemen.

Dashboard

Daar komt nu een heel mooie nieuwe ontwikkeling in beeld: CGM Analytics. Hiermee kun je de rapportgegevens snel managen. CGM Analytics is benaderbaar binnen het informatiesysteem en

maakt op gezette tijden de rapporten aan. Je hoeft dus niet langer te wachten op de selectieprocedure, wat bij veel van de bovengenoemde rapportmodules noodzakelijk is. De gegevensverzamelingen blijven daarenboven ook nog eens bewaard. Terugkijken is dus altijd mogelijk. Dit is bijvoorbeeld handig voor de kwartaalverzamelingen die dikwijls nodig zijn voor de de-

claratie en die je altijd handmatig dient uit te voeren (figuur 1). Prettig is ook de manier waarop de gegevensverzamelingen worden getoond. Dat gebeurt namelijk in een dashboardoverzicht met vooral taartdiagrammen (figuur 2). Deze diagrammen tonen al de nodige informatie, maar kunnen door er met de muis op te klikken ook nog eens snel uitgewerkt worden in in-



Figuur 2. Klikbare taartdiagrammen

Tabel: Patient Explorer / Public reports / Patiëntenlijsten

Alle actieve vaste patiënten uit het HIS

Categorie Patient: Filter toevoegen
 Referentiedatum:

| Referentiedatum | Patient | Geboortedatum Patient | Geslacht patient | Woonplaats Patient | Medicatie voorschriften HIS | Episodes |
|-----------------|---------------------------|-----------------------|------------------|--------------------|---|--|
| 2024-04-01 | 241166 Dhr. FRJ de Smeets | 22-03-1895 | Man | Doesburg | A02BC02: Pantoprazol, A06AD65: Macrogol, Combinatiepreparaten, A10AB05: Insuline Aspart, A10AD05: Insuline Aspart, A11CC05: Colecalciferol, C09AA05: Ramipril, H02AB06: Prednisolon, H02AB08: Triamcinolon, J01MA02: Ciprofloxacine, J07BB02: Influenza, Gezuiverd Antibieën, L04AD02: Tacrolimus, N01BB02: Lidocaine | A03: Koorts, A87: Complicatie(s) medische behandeling, A97.01: Preventief onderzoek/consult, D10: Braken, D12: Obstipatie, H70: Otitis externa, H82: Vertigoyndroom/labyrinthitis [ex. N17], K26: Essentiële hypertensie zonder orgaanbeschadiging, L17: Voet/teen symptomen/klachten, L99.04: Trigger finger, R63.03: SARS-CoV-2 (COVID-19), S76: Andere infectie huid/subcutis, T90.02: Diabetes mellitus type 2, U99.01: Nierfunctiestoornis/niersufficiëntie |
| 2024-04-01 | 262434 Dhr. K van Meulen | 26-01-1855 | Vrouw | Wageningen | A06AD65: Macrogol, Combinatiepreparaten, A10BA02: Metformine, D02AX: Overige Emollientia En Protectiva, D07AD01: Clobetasol, H02AB08: Triamcinolon, J07BX03: Covid-19 Vaccins, N01BB02: Lidocaine, N02AA05: Oxycodon | F91: Refracte afwijking(en), L02: Rug symptomen/klachten, L75: Fractuur femur, L89: Coxartrose, N94: Andere perifere neuritis/neuropathie, T90.02: Diabetes mellitus type 2, U71: Cystitis/urinewegs infectie |

Figuur 3. Terugkijke op referentiedata in het verleden

houdelijke gegevens. Heel eenvoudig kun je door verder op de getoonde gegevens te klikken uiteindelijk het overzicht verdiepen tot op individueel patiëntniveau (figuur 3).

Het dashboard kan samenstellingen van diagrammen weergeven die betrekking hebben op een specifiek onderwerp. Zo zijn er dashboards ontworpen op de onderdelen chronische zorg (diabetes mellitus, COPD, astma en CVRM) aan de hand van de leidraden van de betrokken instanties.

Ook is er een dashboard ontwikkeld voor financiële zaken dat de bedragen en verrichtingen heel snel in beeld brengt. Deze verrichtingen kun je daarbij heel eenvoudig terugbrengen tot verrichtingen per gebruiker.

Je kunt natuurlijk ook eigen gegevensverzamelingen organiseren in een dashboard. Dat gaat heel intuïtief – met simpele muisklikken kun je heel snel het nodige duidelijk maken, veel makkelijker en sneller

dan met de module Oproepen. Je kunt de gegevensverzameling op verschillende niveaus vastleggen, alleen voor de betreffende gebruiker of voor de hele praktijk.

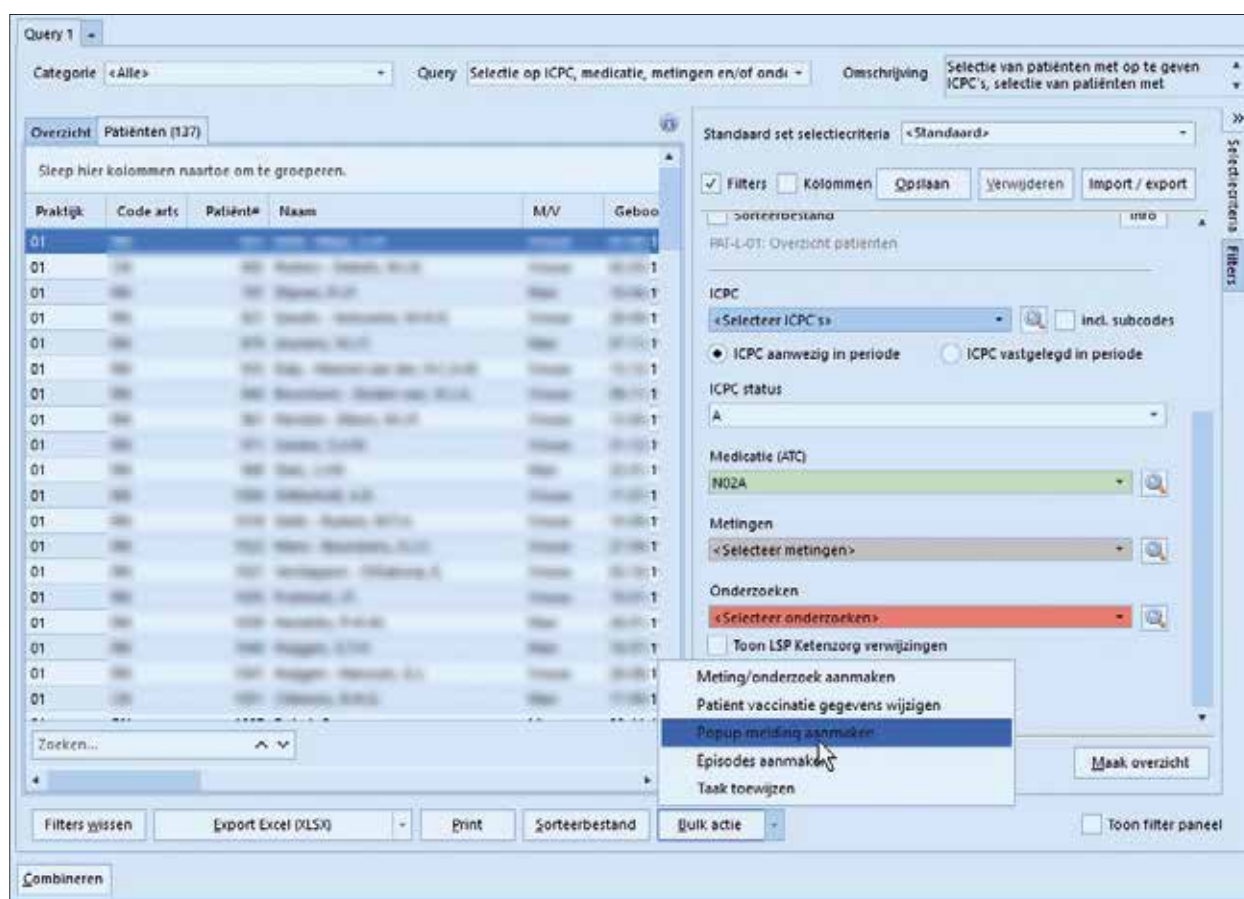
Misschien nog wel belangrijker is dat deze snelle manier van raadpleging je zal helpen bij het registreren. De kwaliteit van de rapporten is immers niet alleen afhankelijk van de kwantiteit van de gegevens, maar ook van de kwaliteit van de registratie.

RENÉ VAN LEEUWEN

RENE.VAN.LEEUWEN@PLANET.NL

MicroHIS

Nieuwigheden

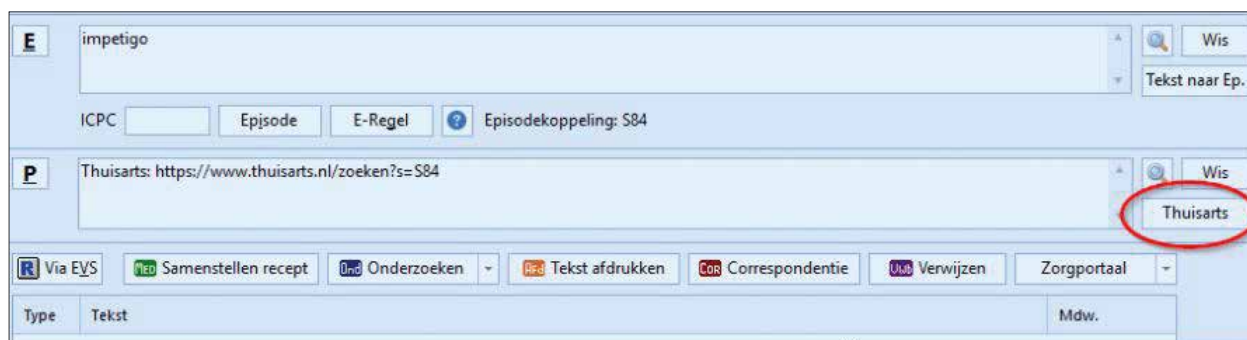


Figuur 1. Het aanmaken van een pop-upmelding

In willekeurige volgorde benoem ik in deze Tips & Trucs enkele zaken die het afgelopen jaar aan MicroHIS zijn toegevoegd. De ont-

wikkelaars zijn druk bezig met het implementeren van een nieuw medicatiescherm (MP9) en online toestemming (MITZ). Daarnaast is

de nieuwe – optionele – module MicroHIS Insights geïmplementeerd, waarover meer te lezen is op <https://www.dedalus.com/ne/nl/>



Figuur 2. De knop Thuisarts

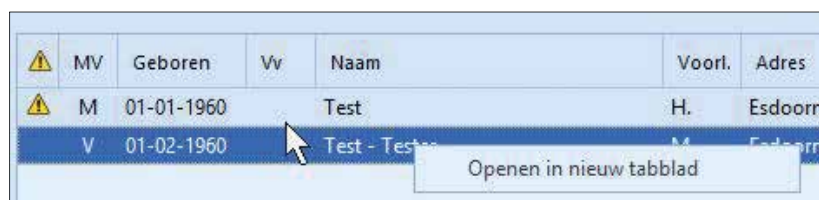
perspectives/optimaliseer-zorg-en-praktijkorganisatie-met-microhis-insights/.

Zoeken naar menu-items

Boven het lint met menu-items is een zoekvenster gekomen. Door het invullen van een (gedeelte van een) zoekterm, bijvoorbeeld 'verr' kan snel naar het betreffende scherm ("Verrichtingen") genavigeerd worden.

Behandelgrenzen opnemen in verwijfsbrief

Als er behandelgrenzen en/of wilsverklaringen zijn ingevoerd, zijn deze mee af te drukken in een verwijfsbrief. Vink ze hiervoor aan in



Figuur 3. Een patiënt openen in een nieuw tabblad

het verwijfsscherm onder het tabblad [Overige](#).

Let op, ze gaan helaas nog niet mee in een Zorgdomeinverwijzing.

Interne berichten op het dashboard

Op het dashboard is het mogelijk om onder de berichten van het ServiceCentre eigen berichten te zetten. Klik hiervoor eenvoudig op [Interne berichten](#).

Direct een pasfoto maken

Wanneer u in een omgeving werkt waarin u direct toegang hebt tot een webcam, kunt u rechtstreeks vanuit MicroHIS een pasfoto toevoegen. Vraag uw leverancier of dit mogelijk is. Klik op het pasfotologo naast de NAW-balk en vervolgens op het camera-icoontje.

Alle telefoonnummers

Door op de NAW-balk te dubbel-

Verzekeraars volgens Vektis versus verzekeraars in MicroHIS

Toon alleen verzekeraars met actieve contracten Toon alleen verzekeraars met afwijkende UZOVI of naam

| Vektis code | Vektis UZOVI | Vektis verzekeraar | Cluster | MicroHIS derde-1 | MicroHIS UZOVI | MicroHIS verzekeraar | Cluster | Aantal actieve con |
|-------------|--------------|---|---------|------------------|----------------|---|---------|--------------------|
| | | GHRA | | | | | | |
| CVCZ | 9664 | Centrale Verwerkingseenheid CZ, Nationale-Nederlanden en GHRA | CZ | 327 | 9664 | Centrale Verwerkingseenheid CZ, Nationale-Nederlanden en GHRA | CZ | 1377 |
| FRIEVL | 3358 | De Friesland Zorgverzekeraar N.V. | Achmea | 10524 | 3358 | De Friesland Zorgverzekeraar N.V. | Achmea | 16 |
| ENO | 3347 | Eno Zorgverzekeraar N.V. | Salland | 10816 | 3347 | Eno Zorgverzekeraar N.V. | Salland | 36 |
| FBTO | 3351 | FBTO Zorgverzekeringen N.V. | Achmea | 10252 | 3351 | FBTO Zorgverzekeringen N.V. | Achmea | 90 |
| ASRIKZ | 3336 | Ik kies zelf aan a.s.r. | ASR | 9147 | 3336 | Ik kies zelf aan a.s.r. | ASR | 41 |
| INTERP | 3313 | Interpolis Zorgverzekeringen NV | Achmea | 3887 | 3313 | Interpolis Zorgverzekeringen NV | Achmea | 45 |
| IZAVNG | 3334 | IZA-VHG | VGZ | 8713 | 3334 | IZA gemeenten | VGZ | 70 |
| MENZIS | 3332 | Menzis Zorgverzekeraar N.V. | Menzis | 8698 | 3332 | Menzis | Menzis | 63 |
| UNIVE | 0101 | N.V. Univel Zorg | VGZ | 560 | 0101 | Univel Zorgverzekeraar | VGZ | 29 |
| INVUMC | 0736 | NV Zorgverzekeraar UMC | VGZ | 4275 | 0736 | NV Zorgverzekeraar UMC | VGZ | 4 |
| ONEUND | 8971 | One Underwriting B.V. Zilveren Kruis | | 7905 | 8971 | IAK Verzekeringen (Arera Achmea) | | 3 |

Zoeken...

Derde bewerken | Neem UZOVI over | **Neem naam over** | Derde aanmaken

Figuur 4. Het aanpassen van verzekeraars

klikken worden in het veld **Alle telefoonnummers** ook de telefoonnummers van de contactpersonen van de patiënt zichtbaar.

Pop-upmeldingen aanmaken met behulp van een query

Aan de bulkacties die mogelijk zijn na het aanmaken van een patiëntquery, is de mogelijkheid van het aanmaken van pop-upmeldingen toegevoegd. Maak bijvoorbeeld een query voor de patiënten die een opiaat gebruiken, en voeg de pop-up 'opiaatgebruik bespreken' toe aan deze dossiers. Zie figuur 1.

Medicatie raadplegen tijdens verwerken berichten

In het scherm voor de berichtverwerking is de knop **Actuele medicatie** toegevoegd, zodat bijvoorbeeld snel te zien is of wijzigingen die de specialist in diens brief vermeld heeft ook al zijn doorgevoerd in het dossier.

Thuisarts-knop in deelcontact

In het werkblad is een knop **Thuisarts** toegevoegd. Hiermee wordt

een P-regel met thuisarts-URL op basis van de episode-ICPC aangeemaakt (figuur 2). Deze functionaliteit zit ook in de E-consulten.

Een patiënt openen in een nieuw tabblad

Vanuit het scherm **Selecteer patiënt** kunt u het journaal openen door met de rechter muisknop **Openen in nieuw tabblad** te kiezen. Zie figuur 3.

Het aanpassen van verzekeraars

In het scherm **Financiële module-verzekeraars** wordt nu een automatische controle gedaan op verzekeraarsgegevens bij VEKTIS. Zoals te zien in figuur 4 worden afwijkende gegevens in rood weergegeven. Die zijn met een druk op de knop aan te passen aan de VEKTIS-gegevens. Met het vinkje bovenin kunt u desgewenst alleen de 'afwijkende' verzekeraars weergeven.

Het AGB-adresboek

Het invoeren van derden is verbeterd door de implementatie van het AGB-adresboek. Vul in het scherm **Beheer-derden** in de zoek-

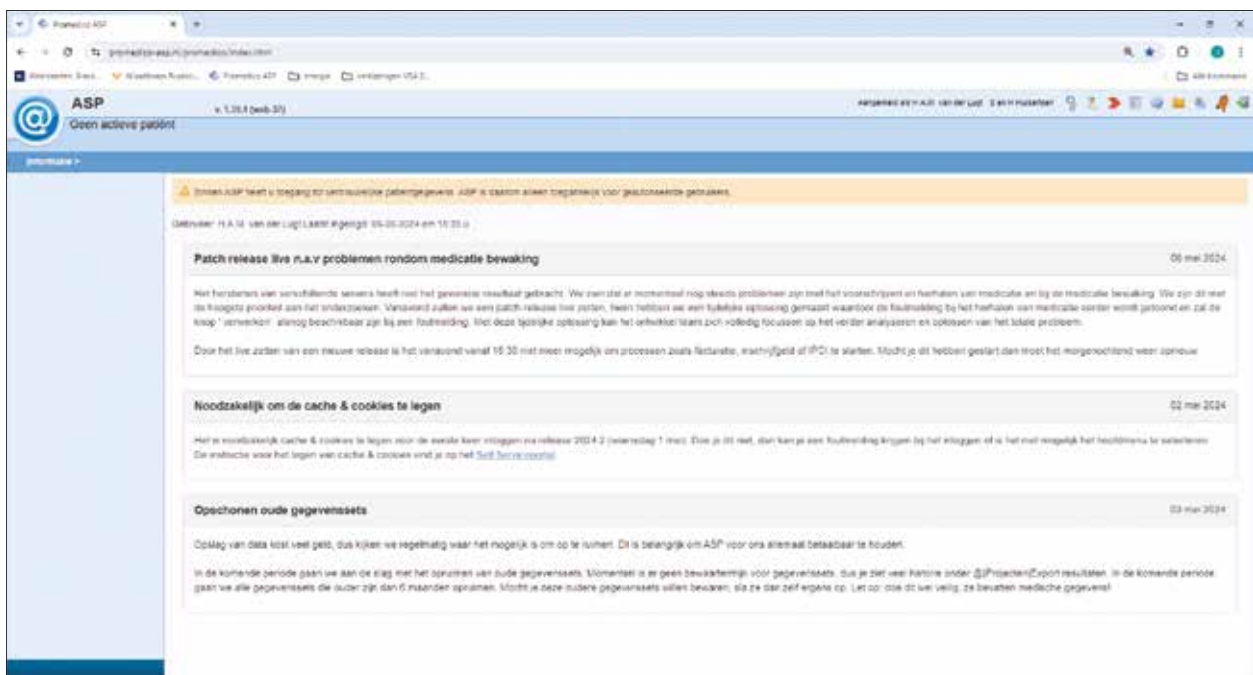
velden bijvoorbeeld de instellingsnaam in. Kies voor **Zoek in het interne AGB-register**. De gevonden derde kunt u na dubbelklikken bewerken en opslaan.

CAROLINE NORG-SCHULPEN
CAROLINE.NORG-SCHULPEN@MEDITTA.NL

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

Promedico-ASP

Nieuwe ontwikkelingen



De informatiepagina waarmee ASP opent toont vernieuwingen en mededelingen over onderhoud van het programma

Deze tip en truc is anders van karakter dan u gewend bent. We gaan in op de toekomst van Promedico ASP in plaats van praktische gebruikerstips met u delen. Tijdens het NedHIS-congres, dat in maart werd gehouden, was de toekomst van Promedico ASP het onderwerp van de workshops van Sanday. Sinds enige tijd is de naam

Promedico door het bedrijf Sanday naar de achtergrond gebracht doordat het pakket nu ASP heet. ASP zal naar verwachting over twee jaar opgaan in het nieuwe HIS-pakket Sanday. De migratie is nu al gaande met Promedico VDF en OmniHis. Ondertussen, zo geeft productmanager ASP Marijt Witteman aan,

zal het pakket goed onderhouden worden en zijn er vernieuwingen die iedereen blij zullen maken. Er komt een verrichtingenzoeker waarmee de gebruiker wordt geholpen declaraties niet te vergeten. Dit werkt op basis van gebruikte tekst in de SOEP-notatie, zodat er voorzetten komen voor de relevante verrichting. Ook wordt het rijtje

opties veel korter doordat de meest gebruikte prominent in beeld komen.

Het patiëntportaal Pharmeon komt met een aantal vernieuwingen die ook voor ASP beschikbaar zijn. Allereerst de Digid-koppeling. Zo kan de identiteitscontrole bij inschrijving van een nieuwe patiënt achterwege blijven. Verder wordt het met DIGIDOK mogelijk dat de patiënt het consult voorbereidt en een samenvatting hiervan in het journaal beschikbaar komt. Ook krijgen de patiënten de mogelijkheid om via het patiëntportaal hun telefoonnummer en e-mailadres te wijzigen. Het bericht naar de patiënt vanuit ASP wordt verruimd. Zo kan een radiologieverslag als bijlage worden meegestuurd.

De postverwerking wordt doorontwikkeld. Er komt een voorziening om de behandelgrenzen vast te leggen. Dit is een wens die al langer bestaat en is van belang voor de huisartsenpost, SEH en de ambulance.

De integratie met MITZ (generieke online toestemmingsvoorziening) wordt ingebouwd. Dit wordt de

vervanging van de huidige Opt-in voor het Landelijk Schakelpunt (LSP). Via MITZ wordt het voor de patiënt mogelijk zijn eigen medisch dossier en medicatie-overzicht ter inzage te geven.

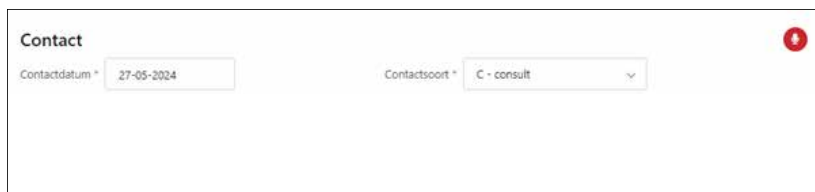
Marijt Witteman geeft op expliciete navraag nog aan dat er geen integratie met spraakherkenning komt voor ASP. In Sanday kan via de spraakherkenning van Juvoly al een samenvatting van het consult worden gegenereerd die in de SOEP-registratie wordt geplaatst. Hiervoor is de volgende reden: de SOEP-registratie is het oudste deel van ASP, het bestaat nu twintig jaar. Daarin nu nog veranderingen aanbrengen kan leiden tot instabiliteit van ASP als geheel. Dat wordt voor de ASP-gebruikers dus wachten op Sanday. Een standaloneversie van Juvoly kan overigens wel. Daarmee kunnen de door Juvoly gegenereerde teksten via knippen en plakken in het journaal worden opgenomen. Dat is al een hele verbetering ten opzichte van het type-werk dat de gebruiker nu doet. Er is wel een investering in een microfoon nodig.

Over investeren gesproken... Sanday heeft een basismodule en een plusmodule. De basismodule is het pakket Sanday zonder extra's. In de plusmodule komen de extra's, zoals spraakherkenning en telefoonkoppeling. Het is voor de praktijkhouder eigenlijk een no-brainer om de investering in de plusmodule wel te doen. Immers: alles wat het werkgemak op de werkvloer verbetert is een zinvolle keuze. Het personeel en de praktijkhouder zelf werken prettiger. En personeel is door meer ondersteuning geneigd trouw te blijven aan de werkgever. Het geestelijk inspannende beroep van de huisarts wordt enigszins lichter door de ondersteuning die de ICT biedt. En dat is weer beter om aan het eind van de werkdag nog energie voor iets anders dan de praktijk over te houden. Het is een heel goede ontwikkeling dat ASP straks opgaat in Sanday, want het maakt zoveel nieuwe moderne ontwikkelingen mogelijk. Fantastisch vooruitzicht!

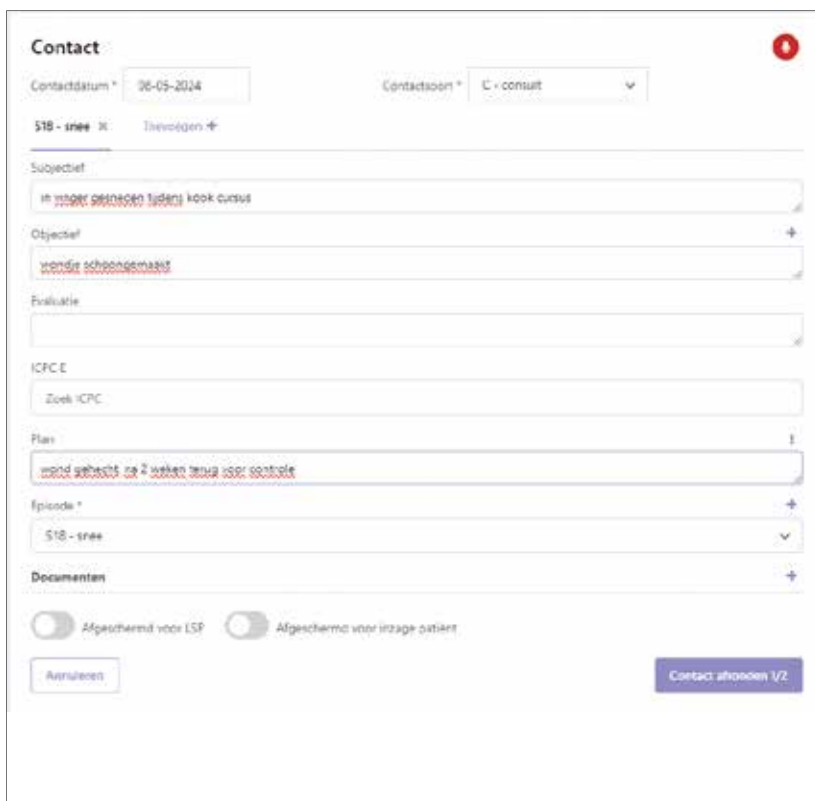
JEROEN VAN DER LUGT
LUGTKUS@GMAIL.COM

Sanday voor de huisarts

Nieuwe ontwikkelingen



Figuur 1. Met de rode knop start u de opname van Juvoly QuickConsult



Figuur 2. De verrichtingenzoeker 'leest' mee tijdens het afsluiten van het consult

Als je met een nieuw HIS aan het werk gaat, zijn vrijwel alle dingen nieuw. Dat is een luxe probleem wanneer je een Tips & Trucs schrijft voor *SynthesHis*. Ik licht er twee dingen uit: Juvoly en de verichtingenzoeker.

Juvoly

Met Juvoly QuickConsult wordt het gesprek met de patiënt live omgezet naar tekst en automatisch samengevat in een SOEP-verslag. Terwijl je als huisarts je aandacht bij de patiënt houdt, werkt de spraakherkenningstechnologie op de achtergrond om een nauwkeurig en direct bruikbaar verslag te creëren.

We hebben een volledig geïntegreerde koppeling met Juvoly. Voor nu is het de basisfunctionaliteit. Wanneer u het deelcontact opent kunt u meteen de 'opname' starten met het rode microfoonsymbool rechts boven (zie figuur 1). Met dezelfde knop kunt u pauzeren (bijvoorbeeld als u de kamer even uitloopt) of stoppen. Wanneer u stopt wordt het getranscribeerde verslag (op de achtergrond) naar

Figuur 3. De verrichtingenzoeker stelt twee verrichtingen voor (in het rode kader)

Figuur 4. Tijdens het spreekuur is de MMSE afgenomen

Figuur 5. Tijdens het afsluiten van het consult stelt de verrichtingenzoeker voor de verrichting MMSE in te vullen

Juvely verstuurd en komt het binnen 20 seconden als samenvatting terug in uw SOEP-registratie. Dan hoeft u de tekst alleen nog maar te controleren, te corrigeren of aan te vullen. Om die vervolgens op te slaan. Zo bent u niet alleen weer volledig met de patiënt bezig tijdens het consult, maar bespaart u ook nog eens tijd.

Verrichtingenzoeker

De verrichtingenzoeker is ook AI gestuurd. We vergeten allemaal wel eens een verrichting vast te leggen, terwijl we er wel recht op hebben. Denk bijvoorbeeld bij een wond aan het vastleggen van een chirurgische verrichting of hechtmateriaal (zie figuur 2 en 3). De verrichtingenzoeker 'leest' mee tijdens het afsluiten van het consult en naast de al voorgeprogrammeerde standaardverrichting stelt hij een aanvullende verrichting voor. Deze is niet standaard toegevoegd, maar kunt u met één klik aan de declaratie toevoegen. Hebt u de MMSE afgenomen? Dan mag u de verrichting MMSE toevoegen. Met de plus hebt u die al snel gedeclareerd (zie figuur 4 en 5). Hetzelfde geldt voor de diagnostische spirometrie en de hechtingen die gelegd worden. En, wees gerust, het systeem weet verschil te maken tussen 'gehecht zijn aan je goudvis' en het leggen van hechtingen bij een wond. Dit zijn twee van de leuke nieuwe ontwikkelingen waar we in de praktijk heel blij van worden.

HANNEKE TAN
HANNEKE.TAN@SANDAY.COM

NEDHIS, KOEPEL VAN HIS-GEBRUIKERSVERENIGINGEN

BESTUUR
Ron Dingjan | voorzitter huisarts@dingjan.demon.nl
Kees Kanters penningmeester | kkanters@xs4all.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



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

OREGO, VERENIGING VAN MICROHIS-GEBRUIKERS

BESTUUR
Valentijn Deijns voorzitter | vajdeijns@gmail.com
Pieter Vrijdag | penningmeester | praktijkvrijdag@ezorg.nl
Vaerny Cazemier | vaerny@gmail.com

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



Gebruikersvereniging CGM

BESTUUR
Jesper van Deelen, voorzitter | javandeelen@gmail.com
Michiel Zwartkruis, penningmeester | malz@freedom.nl
Heidi Broeksteeg | heidivdm66@hotmail.com
Rita Heijdra | rheijdra@gmail.com
Judith Zuijderhoudt | judith_amkreutz@hotmail.com

WEBSITE www.gebruikersverenigingcgm.nl

HAweb-groepen:
Gebruikersvereniging CGM HUISARTS



Gebruikersvereniging Sanday

BESTUUR
Ronald van Ingen, voorzitter | ronald.vaningen@gmail.com
Jasper Hartman | hartman@dejagerwegpraktijk.nl
Albert van der Veer | vanderveer@huisartsenpraktijkorion.nl
Robert Wladasch | r.wladasch@haarlehuisarts.nl
Martine Dieleman, penningmeester | martine@hapdieleman.nl

WEBSITE www.gebruikersverenigingssanday.nl

HAweb-groepen:
Gebruikersvereniging Sanday (Promedico - ASP)
Sanday gebruikersvereniging (VDF)



OMNIHIS, VERENIGING VAN OMNIHIS SCIPIO-GEBRUIKERS

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



SECRETARIAAT EN LEDENADMINISTRATIE

Gebruikersvereniging CGM, Sanday, Orego en NedHIS
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 2-2024

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

REDACTIE

Jeroen van der Lugt HOOFDREDACTEUR | lugtkus@gmail.com
Harm Peter Smilde HOOFDREDACTEUR | hp@hpcommunicatie.nl
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

Annet Muijen, Christie Manintveld, Roelf Norg, Myrte Gay-Balmaz, Caroline Norg, Nicolette de Keizer, Guus Theeuwens, Paul Swaab, Sabine Spoel, Iris Köhler, Ronald van Ingen, Rosa Scherjon, Joppe van der Reijden, Josina Thibaudier, Maarten Kielman, Nictiz

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 | Kees de Winter, Gillissen, Thijs Rooimans, Daan van der Reijden, Nictiz, Mickey Graafland, Valerie Kuypers, Ministerie van VWS, HJB Fotografie

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 - 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 opgevalen.

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 - 06-551 67 121 | advertenties@klinkerenbikkels.nl

Spraakherkenning in de spreekkamer

“Ik had het gisteren met een patiënt over het afbouwen van Oxycodon. Altijd een lastig gesprek. Toen de patiënt wegliep -met een lagere dosis- stond het verslag klaar in mijn HIS, Sanday. Ik hoefde alleen nog maar op ‘opslaan’ te drukken.”

Huisarts Hanneke Tan-Koning gebruikt sinds kort de integratie tussen **Juvoly** en het nieuwste platform van **Sanday**, voormalig Omnihis en Promedico. Door deze samenwerking rondt ze nu consulten af met enkel haar stem.



De spraakherkenning van Juvoly vertaalt jouw gesprek naar tekst, wat het samen en Sanday laat dit verschijnen in de SOEP-regels. Minder administratie voor jou, en meer oog voor degene die voor je zit.

“het helpt enorm als je elkaar gewoon kan aankijken, zeker in zo’n Oxycodon-geval”, vult Hanneke aan. “Non-verbale communicatie is gewoon heel belangrijk. En je hoeft natuurlijk ook minder te typen, wat ook wel lekker is.”

Benieuwd naar Sanday en Juvoly? Ga naar www.sanday.com/juvoly



Apotheekhoudend huisarts Hanneke Tan-Koning over de integratie van Juvoly en Sanday