

MEDITTA MAGAZINE



JAARGANG 6 • ZOMER 2022

MEDITTA



DIGITALISEREN IN DE EERSTE LIJN

04

**NHGDOC:
DIEPE INTEGRATIE**

06

ICT ALS HULPMIDDEL

14

**DIGITALE
SPOEDZORG**

16

DIGICOACHES

18

**PATIËNT
ZONDER ARTS**

24

MEER MET HIS

26

**NIEMAND
ACHTERLATEN**

30

TIJDWINST?

36

CHIPMUNK

40

**INTERNETCAFÉ
ROGGE**

Meditta Magazine is een uitgave voor huisartsen en medewerkers van Meditta. Meditta ondersteunt huisartsen facilitair, organisatorisch en medisch inhoudelijk en stelt zich ten doel de kwaliteit van de eerstelijnsgezondheidszorg te bevorderen en te borgen.

Redactieadres

Milaanstraat 100
6135 LH Sittard
info@meditta.nl
www.medittaplein.nl
046 426 23 22

Redactieteam

Jos Bouts
Jos Cober
Jules Coenegracht
Jaak Crasborn
Martijn Gelissen
Caroline Norg
Jeroen Renzema

Vormgeving en productie

Crasborn Communicatie Vormgevers
Valkenburg a.d. Geul

Fotografie en beeldredactie

Crasborn Communicatie Vormgevers

Teksten

Jules Coenegracht
Maastricht

Niets uit deze uitgave mag zonder toestemming worden overgenomen. Meditta en de redactie zijn niet aansprakelijk voor kennelijke fouten of onjuistheden.



DIGITALISERING

Het geheel van de artikelen in deze speciale editie over digitalisering in de eerstelijnszorg overziend, kan de vraag gesteld worden: wat leren we ervan?

Onze samenleving maakt, onmiskenbaar en onontkoombaar, een transitiefase door van analoog naar digitaal. Dat zien we in alle facetten van ons dagelijks leven, van bankieren tot de manier waarop we boodschappen doen. De zorg kan en mag daarbij niet achterblijven. Niet vanwege meehobbelgedrag, maar uit bittere noodzaak. De redenen zijn overbekend: een toenemende vraag bij een achterblijvend aanbod aan arbeidskrachten. Hoe zoiets kan uitpakken, valt te lezen in het artikel 'De digitale dokter in de praktijk', waarin beschreven wordt hoe de huisartsen in de regio Echt geconfronteerd werden met een acuut probleem en hoe dat opgelost werd.

Wat leren we verder? Dat nu drie Chief Medical Information Officers, kortweg CMIO's, bij Meditta werkzaam zijn. Ze stellen zich aan u voor. We leren ook dat digitalisering geen doel op zich dient te zijn, maar een middel. Een middel dat knelpunten kan oplossen en ook kan leiden tot betere zorg. En dat je als individuele huisarts ook maatschappelijk best wel iets tot stand kunt brengen; lees het artikel 'Waar zit de aan-uitknop' over het internetcafé in Roggel. Daarnaast zijn er natuurlijk artikelen die aandacht besteden aan de diverse toepassingsmogelijkheden van digitalisering in de eerstelijnszorg en hoe Meditta tegemoet denkt te komen aan de kennisbehoeften die er ongetwijfeld zijn. Lees bijvoorbeeld het artikel 'Een project zonder einde' over het opleiden van digicoaches.

Op twee foto's in dit magazine ziet u mij met mijn hond Nica. Oorspronkelijk bedacht ter afwisseling van de systeemplafonds in het kantoor aan de Milaanstraat, blijkt er onverwacht ook nog een les te leren uit de rust die dit beeld wellicht uitstraalt: digitalisering leidt niet per se tot meer rust voor de huisarts. Dat betoogt CMIO Jeroen Renzema in het artikel 'De tijdswinst zit niet in de consulten'.

Tot slot een behartenswaardig woord van Catherine Bolman, hoogleraar eHealth applicaties aan de Open Universiteit: in een tijd van transitie mag niemand achterblijven.

Jos Cober,
Bestuurder Meditta

snelheid en
permanente,
live leermomenten



NHGDDOC

DIEPE

INTEGRATIE

David Reijmerink, huisarts te Warmenhuizen, gebruikt NHGDoc al ruim acht jaar. Hij kent de voor- en nadelen dus vrij aardig. Hij geeft het systeem een 8. De toekomst van NHGDoc? Diepe integratie.

‘Ik gebruik NHGDoc vaak en met plezier, maar niet elke dag. Het is toch weer extra werk, op knoppen drukken, lezen, dat soort dingen - daar heb je op sommige dagen eenvoudigweg niet de tijd voor.’ Daarmee hebben we dan meteen een nadeel van het systeem te pakken: het kost extra tijd. David Reijmerink: ‘Ergens in de tien minuten van een consult moet je tijd maken voor de beslisondersteuning van NHGDoc. Dat is best lastig: meer klikken, meer lezen.’

Permanente leermomenten

Maar voordelen zijn er natuurlijk ook. Een duidelijk voordeel, volgens Reijmerink: de permanente leermomenten. ‘Ik had bijvoorbeeld een patiënt die veel ingewikkelde medicatie gebruikte. Hij klaagde over buikpijn. Je vraagt je dan af: wat kan die buikpijn veroorzaken? NHGDoc gaf meteen aan dat buikpijn een bekende bijwerking is van een eenvoudig middel tegen obstipatie dat de patiënt gebruikte - en niet een van die andere inge-

wikkelde medicijnen. Met dat middel tegen obstipatie kun je makkelijk stoppen, dan ben je binnen vijf seconden klaar. Je hebt als arts dus snelheid en permanentie, live leermomenten. Je kijkt niet altijd naar het voor de hand liggende, soms ben je geneigd het te ver te zoeken.’ Ander voordeel. ‘In mijn praktijk houdt de assistente coachgesprekken voor patiënten met hart- en vaatziekten. Dankzij het gebruik van NHGDoc gaat het niveau van die gesprekken sterk omhoog. Stap voor stap kan ze up-to-date informatie die ze anders niet zou kennen, doorgeven aan de patiënt.’

Diepe integratie

De nadelen van NHGDoc - het kost extra tijd - kunnen opgeheven worden door diepe integratie van het systeem in het HIS. Een voorbeeld. ‘Tijdens een consult schrijf je mee, je tikt bijvoorbeeld in dat de patiënt rookt. Op het moment dat je ‘roken’ intikt, genereert het systeem bij diepe integratie meteen

voorlichtingsmateriaal voor de patiënt, kan het meteen een recept voor Champix aanmaken en produceert het cijfers als “twintig procent meer kans om te overlijden binnen tien jaar als je rookt.” Dat is interessante informatie die je meteen live aan de patiënt kunt geven. Nu is het nog zo dat je eerst op de gele knop moet drukken en het systeem je dat dan allemaal gaat vertellen: je zou een recept kunnen maken, er is voorlichtingsmateriaal en interessante informatie. Maar dat zie je nu niet live, het wordt opgehaald, het zit als het ware onder de knop.’

Vernieuwing HISsen

Wanneer zou de diepe integratie van NHGDoc in het HIS van de huisarts gerealiseerd kunnen zijn? ‘Veel HISsen zijn zo’n twintig jaar oud, ze zijn bezig met vernieuwingen. Ze willen dan natuurlijk ook innovaties aanbieden, en één van die innovaties kan de diepe integratie van NHGDoc zijn. Dat zal over twee à drie jaar zijn, schat ik.’ ■



DENNY MAESSEN



NOODZAAK TOT ZORGINNOVATIE **ICT ALS HULPMIDDEL GEEN DOEL OP ZICH**

‘Het laatste wat ik wil,’ zegt Jos Cober, bestuurder bij Meditta, ‘is dat mensen denken: ze hebben op kantoor weer iets bedacht, we moeten weer wat met ICT.’ Tegelijkertijd is innovatie onontbeerlijk voor de toekomst van de zorg. En dus ligt daar het *Projectvoorstel Zorginnovatie Eerstelijns*.

Op 9 november 2021 door Meditta ingediend bij CZ.



Voor de uitvoering van het project is geld beschikbaar. Cober: 'Dat is vastgelegd in het Hoofdlijnenakkoord Huisartsenzorg: de uitvoering van dat akkoord loopt via de zorgverzekeraars.'

Wat wil Meditta bereiken?

De doelstelling van het project is vierledig: verbeteren van de kwaliteit van zorg; het vergroten van het werkplezier van de zorgprofessional; het verhogen van de gezondheid en het welbevinden van de patiënt en het verlagen van de zorgkosten. Cober: 'Die doelstellingen zijn natuurlijk niet uniek, ze spelen landelijk. ICT is daarbij een middel, geen doel. Maar wel een middel dat onontbeerlijk is voor de toekomst van de zorg. Wat ik graag zou willen is dat mensen openstaan voor de

mogelijkheden die er zijn, dat ze bereid zijn om mee te denken. Over het activeren van patiënten bijvoorbeeld. Als je patiënten meer de regie in handen geeft, werkt dat motiverend voor de patiënten en ontlast je tegelijkertijd de zorg. Ook samenwerking is belangrijk: je kunt niet alles alleen.'

Risico's

De eerste fase van het project is inmiddels goedgekeurd, met de uitvoering ervan is begonnen. Fase 2 en 3 moeten dit jaar goedgekeurd worden. Cober heeft goede hoop dat dit lukt, de voorbereidingen voor fase 2 lopen al. Risico's zijn er ook. 'Bij projecten als deze moet je je altijd afvragen: wat komt eraan? Je krijgt subsidie om een project uit te voeren, maar als die subsidie ophoudt, wat dan? Krijg je

dan ook de middelen om de ICT-voorzieningen op peil te houden? Vergeleken met het bedrijfsleven hebben wij weinig mogelijkheden om in ICT te blijven investeren – en dat is wel nodig. Andere vraag is: vind je de mensen om het uit te voeren?'

Innovatiesnelheid

Iets meer snelheid bij innovatieprocessen in de zorg, dat zou Jos Cober ook graag zien. 'De innovatie bij behandelmethodes is geweldig! Die gaat gewoon door. Maar de snelheid van bureaucratische processen rondom projecten als deze, daar valt nog wel wat te verbeteren.' ■

PROJECTVOORSTEL ZORGINNOVATIE EERSTE LIJN

Fase 1

Versnellen en versterken van de regionale infrastructuur

onder meer

1. aanstellen drie Chief Medical Information Officers (CMIO's)
2. inventarisatie digitale kennis en vaardigheden bij huisartsen en hun medewerkers
3. aanleren digitale vaardigheden door 'digicoaches'
4. verandering van werkprocessen op basis van 'best practices'.

Fase 2

A. Versnellen en versterken van regionale projecten

onder meer

1. behoeftepeilingen bij de huisartsenpraktijken in de regio's
2. in kaart brengen van mogelijke oplossingen om in deze behoeftes te voorzien
3. per project implementatieplan maken.

B. Digitaal sterker maken van de patiënt

onder meer

1. inventarisatie van het huidige gebruik van portalen en PGO's
2. keuze van één of enkele applicaties die kunnen zorgen voor algemene omarming van het concept door alle praktijken.

Fase 3

Datamanagement

onder meer

1. aantrekken data-analist
2. samenwerking met externe partners voor beheer van de toekomstige data
3. monitoring en evaluatie van projecten op basis van cijfers.

Het volledige projectvoorstel is te vinden op
www.medittaplein.nl/ketenzorg-en-zorgprogramma's
(scroll helemaal naar beneden)

Martijn Gelissen
**‘Ik ben optimistisch; twee jaar
geleden was er nog niks,
nu zijn we op weg’**



Op 22 januari van dit jaar publiceerde het CMIO Netwerk Eerste Lijn een manifest over IT in de huisartsenzorg. Kern van het manifest: een forse versnelling van digitale informatie-uitwisseling is cruciaal om de huisartsenzorg betaalbaar en toegankelijk te houden. Martijn Gelissen, huisarts en CMIO bij Meditta, over de doelstellingen zoals die in het manifest worden geformuleerd.

MANIFEST: IT IN DE HUISARTSENZORG

Doelstelling 1

De informatie-overload in de huisartsenpraktijk managen. Meer specifiek: De tijd die wordt besteed aan het vinden en verwerken van de juiste informatie moet binnen vijf jaar met 50% omlaag voor zowel de huisarts als de patiënt.

Er zullen denk ik weinig huisartsen zijn die zich tegen deze doelstelling zullen verzetten, maar de vraag is natuurlijk: hoe gaan jullie dat verwezenlijken?

Martijn Gelissen: 'Ik neem als voorbeeld de brieven van specialisten die je als huisarts kunt krijgen. Nu krijg je die deels digitaal, deels op papier, deels via andere kanalen en soms krijg je niks. Soms weet je als huisarts zelfs niet dat je patiënt gestorven is. Dat komt helaas voor. Wat we willen is een zorginformatienetwerk waar alle zorgverleners – huisartsen, ziekenhuizen, apothekers, fysiotherapeuten, wijkverpleegkundigen, et cetera – op zijn aangesloten. Dat is er nog niet,

maar er wordt aan gewerkt. Wat nu uitgerold wordt, biedt vooral inzage in het medisch dossier, maar nog geen uitwisseling van gegevens. Als dat zorginformatienetwerk klaar is, gaat het ons veel tijd, frustratie en overbodig werk besparen.'

Doelstelling 2

Ontzuiling op IT-gebied realiseren. Meer specifiek: Binnen vijf jaar tijd hebben huisartsen vanuit hun informatiesysteem op geïntegreerde wijze de beschikking over alle relevante medische gegevens van de patiënten en andere zorgsectoren, waarbij toestemming van de patiënt voor het delen van die informatie op efficiënte wijze is ingericht.

Deze doelstelling kan niet alleen vanuit de eerste lijn gerealiseerd worden, daar heb je anderen bij nodig. Hoe gaan jullie dat aanpakken? ►

'Ik heb bijvoorbeeld regelmatig overleg met de CMIO van het Zuyderland Ziekenhuis, maar ook met CMIO's van andere zorggroepen. Het is lastig, ook financiële en politieke factoren spelen een rol. Denk aan een onderwerp als privacy en de bijbehorende AVG. Deze doelstelling sluit aan bij de eerste: wat er gaat komen is een zorginformatienetwerk, een netwerk van gekoppelde systemen; een persoonlijke gezondheidsomgeving, ofwel een PGO. Ook een portaalfunctionaliteit voor de patiënt hoort daarbij, zodat die zelf zaken kan regelen. Ik ben optimistisch: twee jaar geleden was er nog niks, nu zijn we op weg.'

Doelstelling 3

De computer staat ten dienste van de zorg voor de patiënt (niet andersom). Meer specifiek: Binnen vijf jaar is tijd die nodig is voor de administratie rondom een patiëntencontact met 75% verminderd.

Met alle respect: het eerste deel van die doelstelling - de computer staat ten dienste van de zorg voor de patiënt (niet andersom) - klinkt voor een buitenstaander als een open deur. Het feit dat jullie het toch nodig vinden zo'n doelstelling te formuleren, wijst erop dat dit binnen de zorg blijkbaar niet zo'n voor de hand liggende gedachte is. Klopt dat?

'ICT in de zorg moet de patiënt wat opleveren. Want als de patiënt niet meewerkt, heb je niks. Dat betekent dat je patiëntenfederaties bij de ontwikkelingen moet betrekken - gelukkig gebeurt dat. Je zult ook oog moeten hebben voor digitaal minder vaardige mensen. IT-bedrijven kunnen oplossingen bedenken die aansluiten bij de behoeftes van de patiënt. Maar de patiënt is niet de klant, dat is de zorgverlener. Die betaalt de rekening. Dat moet je goed in de gaten houden.'

Het manifest noemt een aantal toepassingen die aan deze derde doelstelling kunnen bijdragen. Kun je per toepassing een voorbeeld geven?

Toepassing Slimme zelfmanagement- mogelijkheden voor de patiënt

'Denk hierbij bijvoorbeeld aan een patiënt die thuis zelf bloeddruk meet. Hij meet de bloeddruk, tikt de uitslag in - maakt hij geen foutjes? - en stuurt die vervolgens naar de huisarts. Als die uitslag rechtstreeks, zonder dat intikken, naar het HIS van de huisarts wordt gezonden en daar gekoppeld wordt aan een alarmfunctie (de goede uitslagen hoef ik namelijk niet te zien), bespaart dat veel tijd en werk.

Toepassing Slimme consultvoorbereiding voor de patiënt

'Stel je voor: een patiënt heeft pijn bij het plassen. Hij gaat naar het patiëntportaal. De eerste vragen die hij krijgt, stellen de urgentie vast: moet hij misschien snel komen? Daarna worden de patiënt de vragen gesteld die de arts tijdens het spreekuur ook zou stellen. Als de patiënt die vragen online beantwoordt, hoeft de arts ze tijdens het consult niet meer te stellen en ook niet in te voeren.'

Toepassing Slimme verwerking van natuurlijke spraak/tekst tot gestructureerde informatie

'De techniek 'als ik praat, schrijft de computer', bestaat. Radiologen werken er al jaren mee. De toepassing ervan kan veel tijd besparen.' ■





Martijn Gelissen
**‘Soms weet je als huisarts niet
dat je patiënt gestorven is.
Dat komt helaas voor’**

Drie Chief Medical Information Officers van Meditta

Caroline Norg-Schulpen, huisarts in Haalen, CMIO Haco MiLo

‘Opgeleid in praktijken die goed geautomatiseerd waren, heb ik een praktijk die nog met groene kaarten werkte overgenomen. Dan merk je als snel hoeveel gemak je kunt hebben van de ICT. Het HIS (MicroHIS) haperde echter nog wel eens en ik merkte dat ik het leuk vond om mee te denken over oplossingen. Zo ben ik in de gebruikersgroep van MicroHIS (‘pakketcommissie’) die met de ontwikkelaars meedenkt terechtgekomen en testpraktijk voor nieuwe updates geworden. Van het een komt het ander en zo ben ik redactielid van Syntheshis geworden en mede-organisator van de NedHIS demodag en het NedHIS congres. Via een hagro-collega kwam ik in contact met de ICT-commissie van het LZR en ging ik me verdiepen in de digitale communicatie tussen zorgverleners. Hoe meer je er over weet, hoe interessanter en leuker het wordt.’

Jeroen Renzema, huisarts in Weert, CMIO Haco Weert e.o.

Ik vind het leuk om steeds te blijven kijken naar alle processen in de praktijk die beter, sneller en slimmer kunnen. Op het gebied van telefonie, je software (HIS, VIP, ZorgDomein), hulpmiddelen waar je dagelijks mee werkt. En om dit samen met je team te doen. Alleen kun je het niet. Het levert tijd op - en dus meer rust. In onze praktijk werken we hier al jaren aan, met succes.’

Martijn Gelissen, huisarts in Puth, CMIO HaCo West

‘Als jonge praktijkhoudend huisarts werd me pas echt duidelijk hoeveel tijd we kwijt zijn met administratie. Mijn generatie is opgegroeid met de computer en ik ben altijd wel in de weer geweest met ICT om zaken eenvoudiger te maken. Dat beide aspecten nu samen komen, vind ik erg leuk. Ik zie genoeg uitdagingen en kansen om ons vakgebied te optimaliseren.’

Weet de gemiddelde huisarts of praktijkmedewerker wat een CMIO is? Los van het antwoord op die vraag is het interessant te weten dat Meditta niet één, maar drie CMIO's heeft. Ze zijn dus blijkbaar belangrijk, maar waarom? Martijn Gelissen is huisarts te Puth én sinds enige tijd CMIO bij Haco West. Hij verkeert dus in een goede positie om meer helderheid te verschaffen.

EEN CMIO?

CMIO staat voor Chief Medical Information Officer. Martijn en zijn twee collega's bij de andere coöperaties – **Caroline Norg** en **Jeroen Renzema** – zijn, om het heel precies uit te drukken, Chief Medical Information Officers Eerste Lijn. Een CMIO Eerste Lijn is een praktiserend huisarts die in staat is een visie op ICT binnen een huisartsenorganisatie te formuleren. Hij vormt de schakel tussen ICT enerzijds en de huisartsenzorg anderzijds doordat hij beschikt over kennis van beide vakgebieden. Een CMIO spreekt de taal van zowel de huisarts als de IT-leverancier. **Martijn Gelissen** werkt vier dagen per week als huisarts en een halve tot hele dag als CMIO. Hij heeft aan de TU Eindhoven de tweejarige leergang CMIO gevolgd. ‘Er is ook een landelijk netwerk CMIO Eerste Lijn. Daarin heb je contact met collega's uit andere regio's; zo hoef je niet elke keer het wiel opnieuw uit te vinden.’

Hoe nodig is het dat Meditta CMIO's heeft?

‘Het is heel hard nodig. Op ICT-gebied kan heel veel, er zijn heel veel systemen in de markt. Huisartsen willen ook veel, maar er is een complete mismatch tussen wat er is en wat huisartsen willen. Daar valt veel te verbeteren.’

Een huisarts zegt: ‘digitalisering betekent extra werk’, wat zeg jij dan?

‘Aanvankelijk wel. Een nieuw systeem moet je leren kennen. Maar daarna moet het tijdsbesparing opleveren. Als dat niet het geval is, is het automatiseringsproces niet goed gegaan. ICT is geen doel op zich, het is een middel. Alle informatietechnologie in de zorg moet bijdragen aan wat de Quadruple Aim is gaan heten: een hogere kwaliteit van zorg en een betere gezondheid; minder werkdruk en meer werkplezier voor de zorgprofessional; meer patiënttevredenheid; en lagere of gelijke kosten.’

Gaan jij en je twee mede-CMIO's het leven van de gemiddelde Meditta-huisarts verlichten?

Lachend: ‘Dat is onze hoop! Maar in het begin niet, denk ik. Ze gaan ons lastig vinden. Maar op de lange termijn wel. Elke huisarts kent de administratieve rompslomp, de vaak vierdubbele administratie. Je moet investeren om te oogsten. Zodat je efficiënter kunt werken en bezig kunt zijn met de dingen die er echt toe doen.’ ■

DIGITALISERING IN DE SPOEDZORG



LOADING ...

In de spoedzorg zijn we erg gewend aan een vaste manier van werken, zegt Martijn Gelissen, CMIO bij HACo West. Artsen klagen wel over dubbele administratie, maar ze werken met de mogelijkheden die er zijn. Gewoon alles laten zoals het is dan maar?

Niet als het aan de landelijke huisarts-, ziekenhuis- en ambulancorganisaties ligt. Ze hebben afgesproken dat digitale gegevensuitwisseling in de spoedzorg in 2023 een feit moet zijn. In het programma *Met spoed beschikbaar* werken alle betrokken partijen samen om dat te verwezenlijken. Gelissen: 'Als huisartsen de oplossingen zien, zijn ze allemaal enthousiast.'

De situatie zoals ze nu is

'*Met spoed beschikbaar* is in feite een stelsel van afspraken tussen alle betrokken partijen: de spoedposten van de ziekenhuizen, de huisartsenposten en de ambulancorganisaties,' zegt Gelissen. 'Hoe sla je informatie op? Hoe wissel je ze uit? Hoe voorkom je vierdubbele administratie? Laat ik beginnen bij de situatie zoals ze nu is. Je krijgt een patiënt op je huisartsenpost. Die zie en beoordeel je en je vindt dat hij naar het ziekenhuis moet. Je schrijft dat op in het onlangs geïntroduceerde

programma VIPLive Spoed. Vervolgens duw je op 'Verwijzen' en kiest voor een ziekenhuis. Het programma neemt dan een aantal dingetjes over en een aantal dingetjes moet je erbij typen. Je belt de ambulance en legt aan de centralist uit wat er aan de hand is. De ambulancebroeder komt de patiënt ophalen en je vertelt hem je bevindingen: naar welk ziekenhuis de patiënt moet en waarom. De ambulancebroeder schrijft zo'n beetje op zijn handschoen welke medicatie je hebt toegediend en krijgt van jou een blaadje met de bloeddruk, de hartslag - alle meetwaarden die je hebt. De ambulancemedewerker gaat naar het ziekenhuis en vertelt daar hetzelfde verhaal, aangevuld met wat hij onderweg gedaan heeft, aan de SEH-arts. Die legt dat verhaal plus de verwijzing die hij van mij binnen heeft gekregen bij elkaar en heeft dan een compleet verhaal. Dat is dus de situatie zoals die nu is. Waarbij je veel dubbele administratie hebt en

veel momenten waarop gegevens verkeerd gezien kunnen worden of verloren kunnen gaan. Met potentieel gevaarlijke situaties voor de patiënt.'

Wat gaat *Met spoed beschikbaar* doen?

'Wat *Met spoed beschikbaar* gaat doen, is een soort meereizend patiëntendossier creëren. Om te beginnen leg je je bevindingen vast. Als de ambulancemedewerker bij de spoedpost aankomt, drukt hij op een knop en heeft daarmee jouw hele verhaal, inclusief wat jij gespoten hebt en waar de patiënt naartoe moet. De ambulancemedewerker rijdt naar het ziekenhuis en schrijft zijn eigen observaties erbij. In het ziekenhuis drukken ze weer op een knop en krijgen zo ook het complete verhaal, inclusief de bevindingen van de ambulancemedewerker. Je hebt dus één medisch dossier dat continu wordt aangevuld. De SEH-arts kan zo ook het beloop zien: hoe was de patiënt thuis? Wat hebben ze gedaan? Wat is er tijdens de rit veranderd? Hoe zijn we tot deze situatie gekomen? Dat is wat *Met spoed beschikbaar* gaat doen: betere patiëntenzorg, minder administratieve lasten en efficiëntere inzet van middelen.'

DIGICOACHES BIJ MEDITTA

EEN PROJECT ZONDER EINDE

‘Alle huisartsen en praktijkmedewerkers die daar behoefte aan hebben zo goed mogelijk coachen bij het gebruik en de betere inzet van ICT-middelen.’ Zo omschrijft Adrienne Steinbusch, praktijkmanager bij Meditta, het plan voor de introductie van digicoaches.

Huisartsenpraktijken lijken op elkaar, maar zijn toch allemaal anders. Niet iedereen heeft evenveel affiniteit met digitale hulpmiddelen, niet iedereen kan er evenveel tijd voor vrijmaken. HISSen lijken op elkaar, maar zelfs dezelfde HISSen zijn niet precies hetzelfde ingericht. Kortom: de behoeftes aan ondersteuning bij ICT-toepassingen kunnen per praktijk nogal verschillen.

Teach the teacher

‘Dat is ook de reden,’ zegt CMIO Martijn Gelissen, ‘dat we beginnen met een inventarisatie. We inventariseren de ICT-vaardigheden van medewerkers, dat kun je doen met behulp van diverse tools waaronder de ICT-ladder. Daarnaast inventariseren we: wat kan beter? Waar heeft een praktijk behoefte aan?’ Het uitgangspunt bij de inzet van digicoaches is het principe van teach the teacher.

Adrienne Steinbusch: ‘In elk praktijk heb je wel medewerkers die net wat handiger met ICT zijn dan anderen. Het idee is dat die medewerkers het eerste aanspreekpunt zijn. De praktijkmanagers zijn dan het volgende aan-

Adrienne Steinbusch
**‘ICT moet leiden
tot verbeteringen,
voor patiënten én
medewerkers’**

**De wereld staat niet
stil, vernieuwingen
zullen zich blijven
aandienen en zullen
blijven vragen om
een efficiënte inzet.**

spreekpunt. ICT in de huisartsenpraktijk is nu ook al onderdeel van hun takenpakket. En als de praktijkmanagers het niet meer weten, kunnen ze terecht bij de CMIO's.

De praktijkmanagers dienen het onderwerp digitalisering natuurlijk ook op de agenda te plaatsen van het overleg met de huisartsen.'

Soms simpel, soms complexer

'Praktijkmedewerkers kunnen heel goed aangeven welke processen handiger kunnen,' zegt Martijn Gelissen. 'Soms is de oplossing heel simpel en is het een kwestie van andere instellingen gebruiken, soms is de oplossing complexer en vergt ze aanpassing van de

werkprocessen. Als het moet kom ik als CMIO op de praktijk om erbij te helpen. Het voordeel van het inzetten van de praktijkmanagers is dat zij in meerdere praktijken werken.'

Adrienne Steinbusch: 'Bovendien hebben wij regelmatig overleg met alle praktijkmanagers waarbij we ook heel makkelijk van elkaars oplossingen kunnen leren.'

Werkplezier

'Wat we proberen te doen is, voor zover dat kan, digitale oplossingen aanbieden.' Dat is een proces dat continu aandacht vraagt, een project zonder einde, zou je kunnen zeggen. De wereld staat niet stil, vernieuwingen zullen zich blijven aandienen en zullen blijven vragen om een

efficiënte inzet. Maar, zegt Adrienne Steinbusch, de inzet van ICT kan ook leiden tot meer werkplezier. 'Als er op maandagochtend zestien patiënten aan de telefoon in de wachtrij staan, dan is het gesprek dat je met de zestiende voert vaak niet zo leuk. Als patiënten tijdens het weekend hun vragen al online hebben kunnen stellen, verloopt het proces niet alleen efficiënter maar wordt ook het werkplezier vergroot. En dat is natuurlijk ook het doel van de inzet van ICT: het moet leiden tot verbeteringen - voor patiënten én medewerkers.'



WAT ALS PATIËNTEN GEEN HUISARTS HEBBEN? **DE DIGITALE DOKTER IN DE PRAKTIJK**

Het kan verkeren. In oktober 2021 zegt de dokter in het Limburgse kerkdorp Koningsbosch tegen zijn patiënten: 'Op 31 december stop ik ermee.' Gevolg: zo'n 1400 patiënten komen zonder huisarts te zitten. Hoe los je dat probleem op? Met een nieuwe dokter die in het gat springt? De huisartsen in de omgeving vangen het wel op? Is de digitale dokter het antwoord? En wat doet die digitale dokter als een patiënt buikpijn heeft? Ervaringen uit de praktijk.

Eerst maar eens de nieuwe dokter. De vertrekkend arts zocht naar een opvolger, maar vond hem niet. Niet heel vreemd voor een praktijk met 1400 patiënten in een streek die je niet bepaald als een groeimarkt kunt omschrijven. De huisartsen in

de omgeving dan. Denny Maessen, lid van de hagro Echt en één van die artsen in de omgeving: 'De praktijken in de buurt konden maar de helft van de patiënten overnemen. Je voelt je maatschappelijk verantwoordelijk voor goede zorg,

maar bij nieuwe patiënten gaat het om meer dan ze alleen even inschrijven. Je moet je bedrijfsvoering aanpassen: uitbreiding van de spreekuurtijd, meer ondersteuning van assistentes en praktijkondersteuners een extra ruimte erbij. Dat heeft tijd nodig. Als je het twee jaar van tevoren kunt plannen...

Het interessante hierbij is: er is een probleem, mensen hebben straks geen dokter. Maar wie is verantwoordelijk, wie is de eigenaar van het probleem?

De huisarts krijgt het probleem toebedeeld, maar als je sec gaat kijken, zijn wij als huisartsen hier in Echt niet verantwoordelijk. Patiënten zijn verzekerd bij een zorgverzekeraar, die moet ervoor zorgen dat patiënten een huisarts hebben. CZ is de grootste hier in de regio, die is in the lead.'



Denny Maessen
**'Als arts zie je
soms meer dan
de patiënt zegt'**

De digitale dokter in de praktijk

Maar de zorgverzekeraar heeft geen huisartsen in dienst. En toen verscheen de digitale dokter in het beeld, in dit geval de online huisartsenpraktijk Arene. Amber van den Berg, praktijkmanager bij vier huisartsenpraktijken van de hagro Echt: 'Samen met CZ hebben de vijf praktijken in Echt plus twee praktijken uit Montfort en Posterholt de constructie bedacht dat de patiënten zonder huisarts vanaf 1 januari 2022 ingeschreven werden bij Arene – als tijdelijke oplossing.' Dat werk als volgt. Een patiënt staat ingeschreven bij Arene, Arene is de digitale dokter van die patiënt. Als de patiënt klachten heeft of een vraag, wendt hij zich in eerste instantie tot die digitale dokter. Dat kan bijvoorbeeld via een eConsult of een videogesprek. Arene heeft huisartsen en assistenten in dienst en doet dus ook de triage. Het idee is dat daardoor ongeveer zeventig procent van de klachten wordt ondervangen. Moet de patiënt toch gezien worden door een fysieke arts, dan kan hij terecht bij één van de zeven 'fysieke' huisartsenpraktijken in de regio, die 'netwerkpraktijken' genoemd worden. Amber van den Berg: 'In het begin waren we bang dat doorverwezen patiënten Arene zouden overslaan en zich toch rechtstreeks bij onze praktijken zouden gaan melden. Maar dat viel erg mee.' De samenwerking met Arene verloopt goed, vinden Denny Maessen en Amber van den Berg. Amber: 'Bij Arene liep het aantal zorgvragen wel terug. Dat heeft niet zozeer iets te maken met Arene, maar we vermoeden dat het door de terughoudendheid van

patiënten kwam – zeker weten doen we het niet. Het was immers bedoeld als tijdelijke oplossing, ze wachtten even af.' Anderen, zo'n 400 à 500 patiënten die vanaf het begin niets voelden voor een digitale dokter, vonden onderdak bij praktijken in de regio buiten de LHV-norm van 15 minuten. Bovendien opende een huisarts in de regio een dependance in Koningsbosch en een aantal patiënten kon dus terecht bij de praktijken van de hagro in Echt en bij de praktijken in Montfort en Posterholt. Happy end, zou je kunnen zeggen, maar de volgende klus staat alweer voor de deur: Arene en de netwerkpraktijken van de hagro Echt gaan huisartsenzorg verlenen aan 150 Oekraïense vluchtelingen. Denny Maessen: 'Een hele uitdaging.'

Het trillen van de voet

De toekomst van de huisartsenzorg zal hybride zijn – daar zijn Denny Maessen en Amber van den Berg het over eens. Amber: 'De kracht ligt in het samengaan van beiden.' Denny Maessen: 'Digitalisering is geen vervanging van de fysieke dokter. Je kunt de digitale dokter inzetten als hulpmiddel, maar iemand met buikpijn kun je niet online beoordelen. Nadeel is ook dat er bij digitale zorg weinig non-verbale communicatie is. Als arts zie je soms meer dan de patiënt zegt – bijvoorbeeld aan het trillen van een voet. Ook bij complexe zorg, bij terminale zorg bijvoorbeeld, kun je niet volstaan met online hulp; je kunt geen arm om de patiënt heenslaan. Je hebt een band met je patiënten, het heet niet voor niets huisarts.' ■

Arene en de samenwerkende netwerkpraktijken in de regio gaan de huisartsenzorg verlenen aan 150 Oekraïense vluchtelingen.

'Arene is een online huisartsenpraktijk die doelbewust gebruik maakt van de vele digitale mogelijkheden die de medische wereld biedt. Daardoor is het minder noodzakelijk geworden om telkens een gang naar de huisarts te maken. Voor veel niet-spoedeisende zaken zijn tegenwoordig 100%-veilige alternatieven beschikbaar ... Is er sprake van een spoedsituatie of is het beter dat de patiënt toch persoonlijk fysiek onderzocht wordt, dan regelt Arene een afspraak direct bij een huisarts in de buurt. Arene is in heel Nederland beschikbaar.'

www.arene.nl



Amber van den Berg
**‘In het begin waren we
bang dat doorverwezen
patiënten Arene zouden
overslaan.’**

ZIJN DE **AVG** & **PRIVACY** BELANGRIJKER DAN DE **KWALITEIT** VAN DE **ZORG?**

Caroline Norg, huisarts in Haalen en CMIO bij HaCo-MiLo, vindt dat huisartsen te weinig gebruik maken van het Landelijk Schakelpunt. 'Als je het LSP gebruikt, draag je bij aan grotere medicatieveiligheid voor de patiënt en aan efficiëntere zorg.'

'Er kan echt meer dan we doen,' zegt Caroline Norg. 'Je kunt actuele medicatiegegevens opvragen, op de huisartsenpost kun je het medisch dossier van de patiënt bekijken. In het huidige digitale tijdperk verwacht een patiënt in de spoedzorg gewoon dat je zijn medische gegevens hebt.'

Alles gaat weer dicht

Een van de redenen waarom het LSP niet optimaal benut wordt, ligt in het destijds genomen overheidsbesluit om bij het LSP te kiezen voor opt-in: patiënten moeten expliciet toestemming geven voor het beschikbaar maken van hun gegevens via het LSP. 'Met de coronanoodwet is

alles opengezet, maar de coronanoodwet zal een keer aflopen. Softwareleveranciers krijgen dan nog een aantal maanden de tijd om het te regelen, maar daarna gaat alles weer dicht. Het lijkt erop dat de AVG en privacy belangrijker worden gevonden dan de kwaliteit van de zorg. De patiënten begrijpen er niks van.'

Bijna 100 procent

In de Meditta-regio is bijna 100 procent van de huisartsen aangesloten op het LSP. Caroline Norg: 'En de enkeling die nog niet aangesloten is, gaan we ook overtuigen.'

We zeggen tegen hen: als je niet meedoet en het gaat fout, kun je jezelf niet goed verdedigen.' Uit het overzicht van de opt-ins van patiënten per praktijk blijkt dat het percentage daar tussen de 20 en 90 procent ligt. 'Het kan aan de praktijk liggen, maar ook aan de patiëntenpopulatie. Als ik al blij ben dat ik met mijn Arabisch sprekende patiënt kan communiceren, ligt het allemaal wat moeilijker.' Wat betreft de opt-in van patiënten valt hoe dan ook nog veel werk te verrichten. Eén van de instrumenten die daarbij kunnen helpen, is de online toestemmingsvoorziening Mitz. Via de website www.mijnmitz.nl kunnen patiënten binnenkort gemakkelijker online toestemming geven voor het delen van hun gegevens. Nu kan de patiënt dat al doen via www.volgjezorg.nl. De zorgverlener krijgt dan een e-mail en moet het zelf in zijn systeem verwerken. Via Mitz gaat dit straks eenvoudiger en kunnen vastgelegde toestemmingen opgezocht en aangepast worden.



Caroline Norg
**‘Patiënten
begrijpen er
niks van’**



**Via de website
www.mijnmitz.nl
kunnen patiënten
binnenkort online
toestemming
geven voor het
delen van hun
gegevens**

A woman with curly brown hair, wearing a colorful zigzag patterned cardigan over a white top and bright green pants, stands with her hands on her hips. She is positioned in front of a large, dark stone archway. In the foreground, the backs of two large, weathered stone statues are visible, looking towards the woman. The background is a stone wall.

Caroline Norg
**‘Hoe kun je dit
nou onmenselijk
noemen? Het
zijn mensen die
deze technologie
mogelijk gemaakt
hebben. Met een
dier kun je niet
beeldbellen’**

MEER MET JE HIS

(OF PORTAALFUNCTIE)

In Medittaland zijn verschillende HISsen in gebruik: ongeveer 80 procent van de praktijken gebruikt MicroHIS of Tetrahis, daarnaast worden HISsen van CGM, Medicom en Promedico gebruikt. Ze zijn niet allemaal hetzelfde, wat bij het ene systeem onderdeel is van de basisfunctionaliteit loopt bij het andere via een portaalfunctie. Caroline Norg, huisarts en CMIO bij Meditta, bespreekt een paar functies – speciaal voor de praktijken die er nog geen gebruik van maken.

Het eConsult

Bij een eConsult kan de patiënt via een beveiligde verbinding op de website van de huisartsenpraktijk een vraag stellen aan de huisartsenpraktijk. Caroline Norg: 'Het is heel fijn om op je gemak en op een door jezelf gekozen tijdstip over een vraag van een patiënt na te kunnen denken. Je kunt nog rustig iets opzoeken en de ervaring leert dat de patiënt bij een eConsult dat zelf vaak ook al heeft gedaan. Zowel de patiënt als de arts - of andere praktijkmedewerker - kan bijlagen meesturen. Foto's bijvoorbeeld, of een link naar Thuisarts.nl. Sommigen zijn bang dat eConsulten leiden tot eindeloze online discussies, maar dat gebeurt in de praktijk nauwelijks, zo blijkt.'

Inlezen van thuismetingen

'We willen graag naar thuismonitoring toe, zodat patiënten zelfredzamer worden en minder naar de praktijk hoeven komen. Ze kunnen thuis bloeddruk meten, gewicht, suikerwaardes. Waar het naartoe gaat is dat patiënten ook uitgebreidere vragenlijsten gaan invullen, diabetes- en astmapatiënten bijvoorbeeld. Dat hebben we nog niet, maar daar gaat het naartoe. Dat noemen we dan digitale consultvoorbereiding: ze vullen dat in voordat ze naar het spreekuur komen of telefonisch contact hebben. De antwoorden komen dan in het HIS terecht op de plek waar ze thuishoren.'

Afspraakbevestiging mailen

'De tandarts was ons jaren voor! Wat moet ik daar verder over zeggen? Het is toch wel bijzonder dat wij dat pas sinds kort kunnen. Nog niet in elk HIS, maar het wordt ontwikkeld. Het heeft natuurlijk ook te maken met de noodzakelijke beveiliging van gegevens vanwege de privacy.'

Beeldbellen

'Bepaalde groepen patiënten zijn hier niet geschikt voor, dan begin je er niet over. Vragen die ik hoor zijn ook: "Ja maar, hoe moet ik dat dan doen als huisarts? Moet ik het met mijn mobiele telefoon doen? Op mijn privé-laptop? Of moet ik dan weer een camera aanschaffen om op mijn desktop te zetten?" Ook hier is veiligheid weer een item. Hoe ga je het doen? Inderdaad, op je privé-laptop? Door corona zijn we het gewoon gaan doen.' Het feit dat bij beeldbellen een gesprek opgenomen kan worden, heeft voordelen. 'In het ziekenhuis wordt het als een pre gezien. Op het moment dat de oncoloog uitleg geeft over de kanker, vindt moeder het fijn dat het is opgenomen. Dat is wat de kinderen gaan terugkijken. Maar je merkt dat de drempel toch nog hoog is. Dat mensen het onpersoonlijk vinden. Nu het niet meer hoeft voor corona, neemt het in de huisartsenzorg - waarvoor je niet ver hoeft te reizen - toch weer snel af. Dat is jammer. Vladan Ilić, de oprichter van Westerdokters in Amsterdam

die een digitale huisartsenpraktijk heeft, zegt: "Hoe kun je dit nou onmenselijk noemen? Het zijn mensen die deze technologie mogelijk gemaakt hebben. Met een hond kun je niet beeldbellen, een dierenarts kan niet beeldbellen." Dat vond ik wel een mooie. Als je alternatief een telefoontje is, is beeldbellen toch wel veel beter.'

Dossierinzage

'De patiënt vindt dit heel fijn, maar de huisarts moet eraan wennen dat gelezen wordt wat hij opschrijft. Dat betekent dat hij het in leesbare taal moet opschrijven én dat hij niet zomaar alles kan opschrijven: de patiënt kan immers meelesen. Bepaalde opmerkingen moet de arts in zogenoemde 'persoonlijke werk-aantekeningen' opschrijven, dat wil zeggen: in een regel die patiënten niet kunnen lezen. Alleen de E- en de P-regel van SOEP zijn immers zichtbaar voor de patiënt. Je merkt wel dat patiënten beter geïnformeerd op het spreekuur komen als ze hun dossier ingezien hebben. Dat heeft dus ook voor de dokter meerwaarde.'

Beslisondersteuning en artificiële intelligentie

'Waar we naartoe moeten groeien, is dat ons HIS ons veel meer gaat ondersteunen bij het leveren van goede zorg. We zijn al gewend aan een elektronische voorschrijfmodule en aan het feit dat de computer de contra-indicaties, allergieën en interacties voor ons in de gaten houdt. In de toekomst krijgen we pop-upmeldingen als bijvoorbeeld de schildklierfunctie weer een keer gecontroleerd moet worden. We kunnen dat nu opzoeken via de NHG-doc knop, maar het komt meer geïntegreerd in het HIS. Je hoeft dan maar 'akkoord' te klikken en het laboratoriumformulier wordt aangemaakt en naar de patiënt gemaïld.' ■

IN EEN TIJD VAN TRANSITIE MAG NIEMAND ACHTERBLIJVEN

Het onderzoek gaat over het gebruik van eMental Health door de POH-GGZ, maar haar boodschap is breder.

Catherine Bolman, hoogleraar eHealth applications aan de Open Universiteit over eMental Health, het gebruik ervan door de POH-GGZ en inclusiviteit.



Geschiktheid van de patiëntenpopulatie

eMental Health staat, volgens een artikel in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, nog in de kinderschoenen. In dat verband is het wellicht zinvol te omschrijven wat er precies mee bedoeld wordt. Informatievoorziening, via websites bijvoorbeeld, is één aspect. Andere aspecten zijn communicatiemiddelen als chat en beeldbellen en tenslotte zijn er behandelmodules. Catherine Bolman: 'Dat zijn bijvoorbeeld modules over slapen, vermoeidheid en depressieve klachten waarmee de patiënt zelf, in samenwerking met de POH-GGZ, actief aan de slag kan.' De intentie tot gebruik van eMental Health bij praktijkondersteuners GGZ neemt zoals gezegd toe en wordt mede bepaald door het feit of de patiëntenpopulatie – naar het oordeel van de POH-GGZ – geschikt is voor het gebruik ervan. Factoren die daarbij volgens het onderzoek een rol spelen zijn toegang tot computer en internet, digitale vaardigheden en Nederlandse taalvaardigheid. Dat zijn factoren waarop de POH-GGZ geen invloed kan uitoefenen. Een hele belangrijke andere factor waar de praktijkondersteuner wél invloed op kan uitoefenen, is de motivatie van de patiënt. 'Praktijkondersteuners GGZ hebben daar een belangrijke rol in, enerzijds in het motiveren, maar zo nodig ook in het instrueren van patiënten.'

Het onderzoek van masterstudent Ann De Veirman, begeleid door prof. dr. Catherine Bolman en dr. Viviane Thewissen en op moment van schrijven under review als een wetenschappelijk artikel bij Journal of Internet Medicine, kijkt naar factoren die van invloed zijn op het gebruik van eMental Health door praktijkondersteuners GGZ. Een eerste wellicht verrassend feit is dat de intentie tot gebruik door praktijkondersteuners GGZ hoog is en meer nog: ook de daadwerkelijke inzet van eMental Health stijgt. Van minder dan 15 procent in 2016 tot gemiddeld bij 38 procent van de patiënten pre-corona (en gemiddeld 49 procent tijdens corona). De genoemde percentages van de verschillende onderzoeken zijn niet helemaal een-op-een vergelijkbaar, maar geven toch een indicatie. Catherine Bolman: 'De samenleving digitaliseert natuurlijk in allerlei opzichten, en de zorg blijft daar niet bij achter. Dat wordt gestimuleerd, door de overheid en door belangenverenigingen uit de zorg.'

Non-verbale communicatie

De vraag kan gesteld worden: leent eHealth zich voor de behandeling van mentale problemen? Catherine Bolman: 'De afgelopen jaren zijn veel online behandelmethodes ontwikkeld die effectief bevonden zijn en ook ingezet worden in de GGZ. Voor angst en depressieve klachten bijvoorbeeld zijn er voldoende evidence based online behandelmethodes of combinaties van online met face-to-face behandeling.' Onlangs zei een huisarts over digitale hulpverlening: 'Je hebt geen non-verbale communicatie en daardoor zie je bepaalde dingen niet. Als arts zie je meer dan de patiënt zegt. En online kun je ook geen arm om een patiënt heen-slaan.' Bolman: 'Daar ben ik het mee eens. eHealth komt niet in

plaats van reguliere zorg, maar is een extra tool. Vergeet niet dat er ook bij de GGZ wachtlijsten zijn; er is een groeiende vraag en een tekort aan zorgprofessionals. eMental Health kan helpen de zorg te ontlasten.'

Transitieperiode

'We zitten in een periode waarin steeds meer een transitie plaatsvindt naar digitale zorg. Patiënten vinden het vaak prettig. Maar er is ook een hele groep die niet zonder meer over de middelen of de vaardigheden beschikt om gebruik te maken van eMental Health. Of de meerwaarde er niet van inziet. Die groep moeten we niet vergeten, niemand mag achterblijven. eMental Health moet inclusief zijn.'



Catharine Bolman

‘Voor angst en depressieve klachten bijvoorbeeld zijn er voldoende evidence based online behandelmethodes of combinaties van online met face-to-face behandeling’

Oproep:

Begeleiden bij herstel na kanker

Huisartspraktijken kunnen eHealth inzetten om hun patiënten te begeleiden na kanker.

In een nieuwe werkwijze gaat de patiënt zelf aan de slag met leefstijl en veelvoorkomende uitdagingen zoals vermoeidheid. De huisarts of POH'er begeleidt de patiënt daarbij met twee korte consulten.

We zijn op zoek naar praktijken die mee willen doen in een studie naar de effectiviteit van deze werkwijze.

Heeft u interesse?

Neem dan contact op met de onderzoekers: 046 - 576 2384 of herstelnakanker@ou.nl.

Of kijk op de website www.ou.nl/web/herstel-na-kanker





ANDERHALF JAAR ERVARING
MET **DIGITALISERING IN WEERT**

‘DE TIJDWINST ZIT NIET IN DE CONSULTEN’

‘Als het steeds drukker wordt en je kunt steeds moeilijker mensen krijgen, moet je het slimmer doen,’ zegt **Jeroen Renzema**, huisarts in Weert en CMIO bij Meditta. Dus daar begonnen ze zo’n anderhalf jaar geleden mee, hij en zestien medewerkers bij twee praktijklocaties in Weert. Dat leidde tot interessante inzichten.

Inzicht één. Renzema: ‘Uit onderzoek van Nivel bleek al dat ouderen de digitale zorg omarmen. Dat zien wij ook. Dat ouderen het door gebrek aan digitale vaardigheden niet zouden kunnen, is een mythe. Maar je moet er wel in investeren.’ Martijn Moberts, doktersassistent: ‘Ik leg dingen stap voor stap uit. Soms laat ik patiënten naar de praktijk komen om ze bijvoorbeeld uit te leggen hoe ze kunnen inloggen op het patiëntenportaal.’ Er zit een zekere logica in het feit dat

ouderen veel gebruikmaken van digitale zorg: vaak zijn zorgvragers nu eenmaal ouder. Renzema: ‘Ouderen maken bijvoorbeeld veel gebruik van herhaalmedicatie.’

Elke dag meer

‘In deze regio lopen we voorop als het gaat om digitalisering,’ zegt Renzema. ‘Ik ben altijd op zoek naar efficiencylagen, maar vergeleken met andere sectoren lopen we natuurlijk achter.’ Toen ze in hun eigen praktijken



GEZONDHEIDSCENTRUM LEUKEN

HUISARTS

TANDARTS

PHYSIOTHERAPIE

DIETISTE

WONDIGE



Jeroen Renzema **‘Je krijgt het er als arts niet rustiger door’**

Martijn Moberts **‘In 2021 is het aantal patiënten dat gebruikt maakt van het portaal verzesvoudigd’**

begonnen, werd het projectmatig aangepakt. ‘Een portaal inrichten is één ding, maar je moet wel met zeventien mensen dezelfde taal spreken. Je moet aan de medewerkers uitleggen waarom dingen nodig zijn en hoe je dat kunt doen. En vervolgens moet je de patiënten meekrijgen.’ Dat is in Weert vrij aardig gelukt: van de circa 7.000 patiënten zijn er inmiddels zo’n 3.000 portaalgebruiker.

Martijn Moberts: ‘Het worden er elke dag meer.’ In 2021 is het aantal patiënten dat gebruik maakt van het portaal verzesvoudigd. Waarbij aangetekend moet worden dat alleen patiënten van zestien jaar of ouder het portaal mogen gebruiken.

Minuten worden uren

A day in the life van de digitale dokter. Renzema: ‘Ik heb zo’n vijftien à twintig eConsulten per dag. Je werkt niet minder, maar anders. Je krijgt minder mensen op het spreekuur, maar niet minder zorgvragen. Je krijgt het er als arts niet rustiger door.’ Pardon?

Als dat zo is, waarin zit dan de winst van digitalisering?

Inzicht twee. Renzema: ‘De winst zit niet in consulten, maar in de automatisering van administratieve processen en bedrijfsprocessen. Neem de telefoondrukke, daar heeft iedereen mee te maken. Praktijken die al wat langer bezig zijn dan wij, zien daar een reductie van dertig à veertig procent.’

Martijn Moberts: ‘Het is ook makkelijk voor patiënten. Als ze bijvoorbeeld een wratje aangestipt willen hebben of de oren uitgespoten, hoeven ze niet meer te bellen maar kunnen ze het zelf online plannen.’

Jeroen Renzema: ‘Het zijn vaak details, maar al die details bij elkaar opgeteld maken een groot verschil. Minuten die uren worden. We hebben hier geïnventariseerd dat de herhaalreceptenlijn uitluisteren en verwerken ongeveer een half uur per dag kost; dat is tweeënhalf uur per week. We zijn hier altijd open, dat is dus maal 52. Tel maar uit hoeveel je dat kan schelen als je het efficiënter aanpakt.’

Verschillen per praktijk

Dan moet je wel weten hoe je dat kunt doen, natuurlijk.

Renzema: ‘Het heeft te maken met kennis, weten hoe apps ingesteld moeten worden. Als je niet weet hoe het anders kan, wordt het moeilijk. De behoeften verschillen bovendien per praktijk. Dat is ook wat we proberen te doen met het instellen van digicoaches bij Meditta: tegemoetkomen aan de behoeften van de praktijken.’ ■



IN HET LAATSTE JAAR

Gevraagd naar de stand van zaken rond OPEN, het versnellingsprogramma om huisartsen te helpen bij het veilig online delen van medische gegevens met hun patiënt, is Rens Bouw, projectleider OPEN bij Meditta, voorzichtig optimistisch. Zeker, er waren tegenslagen, op technisch gebied bijvoorbeeld. Maar in het laatste jaar dat OPEN loopt, kan ook gezegd worden: er is wel degelijk wat bereikt.

ICT-projecten verlopen – die open deur mogen we wel intrappen – zelden probleemloos. Daar zijn genoeg voorbeelden van te vinden en ook OPEN is er niet van verschoond gebleven. Neem MedMij, de standaard voor veilige en betrouwbare uitwisseling van gezondheidsgegevens. ‘Dat was wel een dingetje,’ formuleert Rens Bouw behoedzaam. Maar er is in Nederland nu wel een standaard. Of neem de PGO, de persoonlijke gezondheidsomgeving van de patiënt. ‘U kiest zelf welke PGO het beste bij u past,’ meldt de rijksoverheid vrolijk op haar website. Maar wil een huisarts graag dat zijn patiënten een ander PGO gaan gebruiken dan de app of het portaal dat hij nu al aanbiedt? ‘Het punt is,’ zegt Rens Bouw, ‘dat marktwerking ook versnippering met zich meebrengt.’

Tot nu toe

Genoeg over moeilijkheden, kijken we naar wat bereikt is. Rens Bouw: ‘We zijn begonnen de praktijken technisch aan te sluiten op het MedMij-netwerk om informatie-uitwisseling met de PGO’s van patiënten mogelijk te maken. Dat is nu bijna afgerond. Verder hebben we een scholingsprogramma voor huisartsen en praktijkmanagers opgezet. Dat loopt nog tot het einde van dit jaar, maar het merendeel is achter de rug.’ Nu worden de eerste PGO’s getest, onder meer op gebruikersvriendelijkheid. Vervolgens dient het gebruik ervan opgeschaald te worden. ‘De doelstelling is ervoor te zorgen dat 20 procent van de patiënten van 16 jaar of ouder in een jaar minimaal één keer gebruik heeft gemaakt van online inzage. Inmiddels hebben meer dan 20 praktijken deze doelstelling gerealiseerd via hun patiëntenportaal.’ En dan is er natuurlijk de integratie in het

werkproces van de huisarts. ‘Het blijkt dat, naarmate een arts meer ervaring met deze manier van werken heeft, het profijt ervan toeneemt.’

Eigen regie

Bij alle uitvoeringskwesties is het zinvol even stil te staan bij waar het ook alweer allemaal om ging: samen beslissen, meer eigen regie van de patiënt, bewustwording van de eigen gezondheid. In dat verband verdient het Meditta-zorgprogramma Mijn bloeddruk & leefstijl vermelding, waarin VVR-patiënten regelmatig thuis hun bloeddruk meten en die via de VIP-app – die binnenkort overgaat in Spreekuur – doorgeven aan de huisartsenpraktijk. Dat kan dan gecombineerd worden met Liv, een applicatie die patiënten op weg helpt naar een gezondere leefstijl.

En nu verder

Rens Bouw: ‘Huisartsen lopen voorop als het om de introductie van een PGO gaat. Nu ook andere zorgaanbieders zoals ziekenhuizen aansluiten, kan niet alleen een gezamenlijke boodschap naar patiënten gezonden worden, maar zullen ook de voordelen ervan steeds zichtbaarder worden. Daar gaan we het laatste half jaar van het OPEN-programma verder invulling aan geven.’ ■



Rens Bouw
**“Huisartsen lopen
voorop als het om
de introductie van
een PGO gaat”**

TELEMONITORING MET CHIPMUNK

DIT GAAT DE HUISARTS NIET VERVANGEN. MAAR...

De voorspelling was dat over de gehele periode 2020-2030 het aantal diabetespatiënten met veertig procent zou toenemen. Dat cijfer is inmiddels achterhaald: het aantal diabetici neemt jaarlijks met tien procent toe. En dat er in de zorg een groot tekort aan arbeidskrachten bestaat, hoeft nauwelijks nog herhaald te worden.



Kay Liedekerken
**‘Ik besteed per week
ongeveer een half uur
aan de zestig patiënten
die ik monitor’**





Kay Liedekerken **‘Huisartsen en zorggroepen hebben in tegenstelling tot ziekenhuizen geen budget voor innovatie’**

Kay Liedekerken, voorzitter van de Huisartsen Coöperatie Westelijke Mijnstreek en interim medisch manager van Meditta, heeft een korte, maar duidelijke boodschap. ‘Telemonitoring gaat de huisarts niet vervangen, het zal altijd hybride blijven. Maar de toename van het aantal patiënten met een chronische aandoening en de krapte op de arbeidsmarkt leiden ertoe dat telemonitoring vaak de enige manier is om noodzakelijke zorg te kunnen blijven leveren.’ Inmiddels maken 23 van de 46 huisartspraktijken van HACO West gebruik van telemonitoring via Chipmunk.

Waarom Chipmunk?

Zoals bij zoveel IT-toepassingen in de zorg zijn er ook op het gebied van telemonitoring meerdere aanbieders. Kay Liedekerken: ‘Als Meditta hebben we sinds 2018 meegewerkt aan de ontwikkeling van Chipmunk. Vanaf het begin zijn daar ook steeds patiënten bij betrokken. Het belangrijkste is: Chipmunk doet wat het moet doen. Je werkt met gekalibreerde apparatuur en gecertificeerde bluetooth-verbindingen, zonder hiccups. Je hoeft niet te twijfelen aan de metingen, je hebt een digitale spreekkamer bij de patiënt huis.’

Lastig? Teveel?

Vraag: is het niet lastig voor patiënten om zelf al die metingen te moeten doen? Kay Liedekerken: ‘Nee, dat valt reusachtig mee. Ze hoeven de uitslagen – het gewicht, de saturatie, de bloeddruk, het suikergehalte – ook niet zelf door te geven, die worden automatisch doorgestuurd naar mijn praktijk.’

Teveel data dan? Wat moet je met al die meetgegevens? Betoogd kan worden dat meer meetgegevens een beter beeld kunnen opleveren, dat eerder een trend te zien zal zijn. Overigens kijkt de arts maar één keer per week naar de gegevens – en de patiënt weet dat. Kay Liedekerken: ‘Ik besteed per week ongeveer een half uur aan de zestig patiënten die ik monitor.’

Gedragsverandering

Eén verwachting die telemonitoring vooraf wakte, is niet helemaal werkelijkheid geworden. ‘De verwachting was dat patiënten door het zien van hun eigen meetgegevens zich bewuster zouden worden van hun gedrag en dat vervolgens dan ook zouden aanpassen. Die bewustwording is er, maar de gedragsverandering nog even niet, vrees ik.’

Een laatste punt

‘Huisartsen en zorggroepen hebben, in tegenstelling tot ziekenhuizen, geen budget voor innovatie. Dat betekent dat wij steeds weer met harde businesscases moeten komen om aan te tonen waar de besparingen zitten. Daarom duurt innovatie in de zorg ook zo lang.’ ■

INTERNETCAFÉ ROGGEL ‘WAAR ZIT DE AAN-UITKNOP?’

Het begon allemaal met een onderzoek van Suzanne Hundscheid, huisarts in Roggel, waaruit bleek dat vijftwintig procent van de vragen die bij een huisarts gesteld worden niet-medisch van aard zijn. Om dat probleem aan te pakken nam zij het initiatief tot de vrijwilligersorganisatie *NaoberzorgPunt*, die inmiddels in samenwerking met de plaatselijke bibliotheek ook cursussen verzorgt om de digitale vaardigheid van burgers te vergroten.

Centraal staat, zegt Karin van der Plas van NaoberzorgPunt in een interview met een lokale omroep, de ontmoeting van mensen. Twee keer per week organiseert de vrijwilligersorganisatie in Roggel een inloopcafé en op zondagmiddag is er bijvoorbeeld de activiteit Kom op de Soep, waar behalve gezelligheid en soep ook een bewegingsprogramma aangeboden wordt. NaoberzorgPunt functioneert daarnaast als meldpunt waar vrijwilligers niet-medische vragen proberen te beantwoorden, in samenwerking met bijvoorbeeld thuiszorg en maatschappelijk werk. En sinds enige tijd kunnen bezoekers ook hulp krijgen bij het gebruik van computers en internet.

Persoonlijke gezondheidscheck

Suzanne Hundscheid: ‘In coronatijd was er wel aandacht voor gezondheid en leefstijl, maar wilden de mensen niet onnodig de huisarts lastig vallen of risico op een coronabesmetting oplopen in de wachtkamer. Daarom heb ik in die tijd een persoonlijke gezondheidscheck digitaal aan al mijn patiënten van 18 jaar en ouder aangeboden. Ik voorzag echter dat een deel van de mensen niet voldoende digitaal onderlegd zou zijn. Maar ook deze mensen moesten het digitale aanbod krijgen. Toen heb ik NaoberzorgPunt gevraagd om een internetcafé op te zetten en de mensen te helpen met hun persoonlijke gezondheidscheck.’ NaoberzorgPunt omarmde het idee van een internetcafé en biedt nu in samenwerking met de bibliotheek ook een zogenoemde Klik & Tik-cursus aan.’

Marij Scholte

‘Stel dat je per ongeluk honderd wordt en je hebt nog dertig jaar te gaan. Die computer gaat niet meer weg’

Suzanne Hundscheid

‘Dit lijkt dus wel te voorzien in een behoefte’

Klik & Tik

Marij Scholte van het Bibliocenter: ‘De Klik & Tik-cursus is een landelijk ontwikkelde cursus van twintig weken die mensen in hun eigen tempo kunnen volgen. Ze kunnen er thuis aan werken en elke week kunnen ze hier anderhalf uur lang begeleiding krijgen van vrijwilligers.’ De cursus is bedoeld voor mensen die niet gewend zijn met computers om te gaan. De eerste vraag is: waar zit de aan-uitknop? Toetsenbord, e-mailen, internetten – alles komt aan de orde. Marij Scholte: ‘De ervaring is dat mensen er ontzettend blij van worden. Ik zeg altijd: “Stel dat je per ongeluk honderd wordt en je hebt nog dertig jaar te gaan. Die computer gaat niet meer weg, je zult moeten aanhaken.” Dit is een laagdrempelige manier om het te doen.’

Meer bekendheid

Digitale vaardigheden zijn niet vanzelfsprekend, vindt ook Suzanne Hundscheid. Tegelijkertijd was de belangstelling voor een online digitale gezondheidscheck groot: 352 van 2080 genodigden heeft de check gedaan.

Hundscheid: ‘Dit lijkt dus wel te voorzien in een behoefte. Een laagdrempelig internetcafé wordt interessant en zinvol gevonden hoor ik in de wandelingen, maar heeft nog meer bekendheid.’ ■



DIGITALE CONSULT- VOORBEREIDING

NIET DE HUISARTS OF DE ASSISTENTE, MAAR DE PATIËNT ZELF

Efficiency, efficiency – dat is heel mooi natuurlijk. Ook in de zorg. Maar geen doel op zich. Een korte blik op digitale consultvoorbereiding door de patiënt.

Hoe werkt het?

Digitale consultvoorbereiding wordt gebruikt door patiënten die digitaal een afspraak maken. Via het patiëntenportaal bereidt de patiënt zich thuis voor op een consult. Bij die voorbereiding beantwoordt hij een aantal gestructureerde vragen die anders bijvoorbeeld de assistente zou stellen, of de huisarts zelf tijdens het consult. De antwoorden die de patiënt online geeft, staan meteen ook in de S-regel in het HIS. Het is niet ingewikkeld om te bedenken welke voordelen zo'n aanpak kan hebben.

Efficiencyverhogend

Inez Teunissen, CEO van DigiDok, gespecialiseerd in digitalisering van de zorg: 'Het is efficiencyverhogend, de patiënt doet een deel van het voorwerk. We horen van artsen dat zoiets fijn kan zijn. Bij buikpijn bijvoorbeeld. Dat kan complex zijn, je moet als assistente en arts vaak veel uitvragen. Het is prettig als dat voorwerk al gedaan is door de patiënt zelf. Een ander punt: soms stel je als arts vragen niet, omdat je op basis van je ervaring een bepaalde richting uitdenkt. Meestal klopt dat, maar soms ook niet. Dan is het goed als die vragen bij de digitale consultvoorbereiding wel zijn gesteld.' Digitale consultvoorbereiding vermindert de administratieve last, vermindert de druk op de telefoon en – niet onbelangrijk – de implementatie ervan is heel eenvoudig, zegt Inez Teunissen. 'En bij een spoedgeval krijgt de patiënt een signaal dat hij meteen moet bellen.'

Maar ook

Maar is er ook nog een ander kant. Doordat patiënten als het ware thuis zelf met de anamnese en triage beginnen, denken ze goed na over hun klachten. Ze komen beter voorbereid op het consult. Daardoor ontstaat een beter gesprek tussen arts en patiënt. En dat kan op zijn beurt weer leiden tot een betere kwaliteit van de zorg. ■



'Voorheen kreeg je vaak een heel verhaal, nu krijg je antwoord op gestructureerde vragen. Dat is mooi, maar het heeft ook wel een keerzijde. Als je een open vraag stelt, kun je overbodige informatie krijgen. Maar je kunt ook belangrijke informatie krijgen die je niet zou krijgen bij gestructureerde vragen. Het is een ervaringsproces, ik ben er nog niet helemaal uit wat ik prettiger vind. Het is een voorbereiding op volledige digitale triage waarbij bijvoorbeeld rechtstreeks een advies van thuisarts.nl kan komen'

Caroline Norg

BEZOEK HET NIEUWE MEDITTA.PLEIN.NL

INFORMATIE OVER EN VOOR

- PATIËNT
- ZORGPROFESSIONAL
- MEDITTA
- VACATURES EN OPLEIDINGEN
- MEDISCHE WEBSHOP
- HUISARTSENCOÖPERATIES
- LAATSTE NIEUWS



MEDITTA

