



14 december 2021

Verdiepings sessie Uitwisselen BgZ/Patiëntsamenvatting met XDS - Vragen en antwoorden uit de deelsessies

Gerard van Kernebeek (ambassadeur Digitale uitwisseling)
Maarten de Ruiter (ambassadeur Digitale uitwisseling)
Meindert Meijer (beleidsadviseur Informatievoorziening Martini Ziekenhuis)

Deelsessie 1: De technische kant van de uitwisseling

Vraag 1: Hebben jullie plannen in jullie regio om een volledig geautomatiseerd XDS neer te zetten?

Antwoord Meindert:

Dat is wel een hele stap verder. Het gaat dan om de vraag: kun je die informatie verschaffen die op dat moment noodzakelijk is? Een verwijzing bevat namelijk niet alle informatie. Ik denk dat daar nog een probleem ligt voor ons allemaal omdat het toch een deelverzameling blijft vanuit je dossier. Het UMCG zet alles klaar: als je toegang hebt tot die patiënt kun je alle informatie benaderen. Dan is het dan ook weer zoeken naar wat je precies moet hebben.

Toevoeging Gerard:

We zijn in 2013 begonnen met beelden aanmelden op basis van verwijzing. In de afgelopen jaren is een slag gemaakt zodat alle ziekenhuizen in Noord-Nederland altijd automatisch alle beelden aanmelden, op voorwaarde dat het verslag klaar is. Diezelfde groei zie ik hier idealiter ook in.

Opmerking deelnemer: Een stap is om met elkaar een soort blauwdruk te maken voor de meest reguliere verwijzingen.

Toevoeging Gerard:

Dit is het dilemma dat we met z'n allen in Nederland hebben. Aan de ene kant willen we voor elke patiënt gewoon een vaste set van gegevens beschikbaar stellen. Andere kant is dat voor sommige specifieke verwijzingen onvoldoende. Hoe ga je dat nou regelen? Hoe maak je nou een hybride situatie, een soort regionaal/landelijk epd, maar wel met extra flexibiliteit om dingen toe te voegen? Wat is generiek beschikbaar en wat is er in het kader van een specifieke verwijzing nog meer nodig?

Vraag 2: Hebben jullie ook nagedacht over een ander uitwisselconcept? Stel, een patiënt komt voor een second opinion in het UMCG en je wilt zijn gegevens opvragen?

Antwoord Gerard:

In de SEH-setting kom ik dat weleens tegen. Iemand komt bij het UMCG op de SEH en dan blijkt dat er een dossier is in het Martini. Idealiter is er in het Martini toestemming van de patiënt en zijn de gegevens on demand beschikbaar. De tussenstap is dat we nu bellen met het Martini en zeggen: meld die gegevens even regionaal aan via XDS. Uit de eerste testen blijkt dat deze stap al heel handig is. Dit moet je beschouwen als een groeistap.

Vraag 3: Ik zag in de presentatie van Meindert dat er allerlei gegevens gegenereerd werden. Wat gebeurt er precies onder de motorkap?

Antwoord Meindert:

Het is een script dat zaken selecteert conform het profiel, daar een pdf van maakt conform specificaties, er een HL7-bericht van bouwt en dat naar XDS stuurt waarna het gewoon beschikbaar is. Met name voor de secretariaten is dit een hele verbetering.

Vraag 4: Waar zit de komende jaren nog doorontwikkeling aan de technische kant?

Antwoord Meindert:

We hebben natuurlijk de BgZ zoals die in de regeling van VIPP 5 module 3 staat. Midden 2023 moeten we in elk geval gestructureerder gaan uitwisselen. We hebben nu wel een pdf in de volgorde van de BgZ. We kunnen in principe omzetten naar een gestructureerdere vorm in FHIR. De vraag is echter: wie kan op dit moment FHIR-berichten goed ontvangen en verwerken? We moeten ons aanpassen aan de versturende en de ontvangende partij.

Vraag 5: Er is ook behoefte aan hergebruiken en overnemen van gegevens; hebben jullie ook gekeken naar welke codestelsels jullie gebruiken en proberen jullie daar ook synergie in te bereiken?

Antwoord Meindert:

In het kader van VIPP 5 zijn we wel aan het kijken naar codestelsels, maar die hebben we nog lang niet allemaal synchroon. Uit deze pdf kun je tekst kopiëren. Dat is al een hele verbetering met een print maken van schermen en brieven en die inscannen. Maar het mooiste is het natuurlijk als dit gestructureerd gaat.

Toevoeging Gerard:

Ik denk dat we daar allemaal wel mee bezig zijn, in ieder geval zijn de Epic-huizen samen bezig om een bepaalde uniformiteit daarin te verkrijgen. We hebben bij ons een traject lopen om de inrichting te verbeteren. Het commentaar daarop is dat daar landelijke samenwerking in zou moeten zijn, omdat ook de zib-definities ruimte laten.

Vraag 6: Je ziet ook discussies ontstaan over wanneer stel je wel en niet iets beschikbaar. Stel je gegevens beschikbaar, ook als ze nog niet definitief zijn, bijvoorbeeld?

Antwoord Meindert:

Bij ons is het wel zo dat alles wat in die pdf komt een definitief verslag is. Indien er direct behoefte is aan een niet definitief vastgesteld verslag, dan wordt dat als apart document toegevoegd aan de XDS.

Vraag 7: Is het wenselijk om daar op landelijke schaal afspraken over te maken, of werkt dat prima regionaal?

Antwoord Meindert:

Voor de duidelijkheid is het mooier om dit landelijk af te spreken. Want het gaat natuurlijk niet alleen om regionale uitwisseling: vanuit het UMCG gaan ook patiënten naar de rest van het land, en andersom.

Deelsessie 2: Wat betekent dit voor de mensen op de werkvloer?

Vraag 1: Worden de gegevens binnen deze pilot overgebracht/omgezet vanuit XDS naar het betreffende epd, of kun je ze slechts alleen inzien?

Antwoord Maarten:

Ja, bij een verwijzing worden de gegevens overgenomen in het epd van de partij die de verwijzing oppakt. Voor zorgverleners is het epd de gegevensbron waarop beleid gebaseerd wordt, men wil dit dan ook compleet hebben. Wat hierbij van belang is, is het feit dat in het UMCG de XDS-viewer nog niet geïntegreerd is in het epd. Een zorgprofessional moet dus altijd een aparte applicatie opstarten om gegevens uit de regio te raadplegen. Integratie van de viewer in het epd, zoals Amsterdam UMC, Radboudumc en UMC Utrecht bijvoorbeeld hebben, kan er voor zorgen dat gegevens makkelijker geraadpleegd worden binnen XDS en er minder noodzaak is deze over te nemen in het eigen epd. Wel moet je dan als zorgprofessional garantie hebben dat de gegevens waarop jij beleid gemaakt hebt, te allen tijde beschikbaar blijven. En zover zijn we nog niet. De visie van de regio is wel om steeds meer toe te werken naar 'gegevensbeschikbaarheid': je raadpleegt gegevens zonder deze over te nemen. In dat kader wordt momenteel een proof of concept voor een regioviewer gerealiseerd, al zal het nog een paar jaar duren voor dit in de praktijk toepasbaar is.

Vraag 2: Zijn de data ook her te gebruiken in andere correspondentie?

Antwoord Maarten:

Nee, op dit moment helaas nog niet. Maar je kan ze wel knippen en plakken (dat is al een hele vooruitgang).

Vraag 3: Hebben jullie de medische specialisten hierbij betrokken?

Antwoord Maarten:

Ja, maar pas in tweede instantie. We hebben gekeken in welk proces de huidige samenvatting de meeste meerwaarde zou hebben en dat was de verwijzing. Binnen dit proces zijn de medische administraties in de uitvoering cruciaal: zij zorgen ervoor dat alle gegevens compleet zijn. Hoe dit uiteindelijk zo ver gekomen is, zal voor de arts vaak niet zichtbaar zijn. De medische administraties hebben dus het meeste baat bij een complete verwijzing aangezien het ze tijd en vele (gefrustreerde) telefoontjes kan schelen. Uiteindelijk heeft de arts baat bij een volledige

verwijzing, ook omdat vaak meer gegevens dan strikt noodzakelijk beschikbaar zijn in de samenvatting.

Vraag 4: Ik hoor veel enthousiasme over de pilot. Maar wat is jullie tip om mensen mee te krijgen indien er toch weerstand vanwege het onbekende is?

Antwoord Annet:

Zorg dat je per afdeling, bijvoorbeeld een poli-manager of medische secretaresse, één contactpersoon aanwijst. Die persoon wordt in feite de ambassadeur voor deze manier van werken.

Aanvulling Maarten:

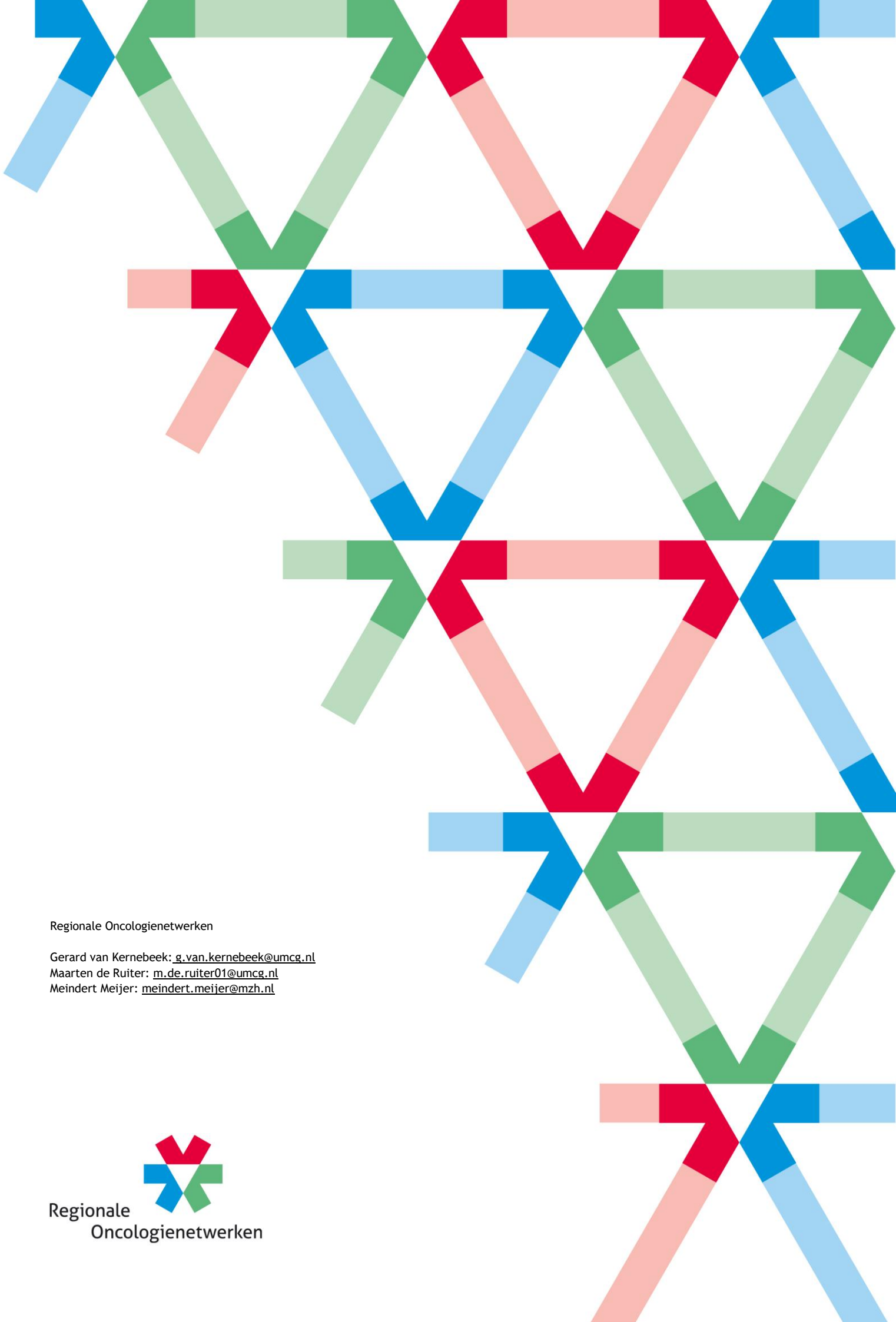
Laat ook geen ruimte om nog op de oude manier te werken.

Aanvulling Leendert Nooitgedacht (Stichting GERRIT):

Het is noodzakelijk dat je de werkwijzen goed bij de medische secretariaten onderbrengt. Daarna komt pas de dokter. Die hoeft er in feite ook niet veel van te merken. Als het maar werkt en voordeel oplevert.

Aanvulling Maarten:

Breng medewerkers van verschillende medische secretariaten van verschillende ziekenhuizen bij elkaar, online is dat tegenwoordig heel makkelijk. Laat ze met elkaar praten en de voordelen ontdekken. Dan wil niemand meer terug naar 5 of 6 keer bellen om per verwijzing alle informatie boven water te krijgen.



Regionale Oncologienetwerken

Gerard van Kernebeek: g.van.kernebeek@umcg.nl

Maarten de Ruiter: m.de.ruiter01@umcg.nl

Meindert Meijer: meindert.meijer@mzh.nl



Regionale
Oncologienetwerken