

DIGITALISERING IN DE ZORG: EEN BAANBREKEND EXPERIMENT IN LIMBURG

eindrapport



EFRO
EUROPEES FONDS
VOOR REGIONALE
ONTWIKKELING



Europese Unie



Vlaanderen
is zorgzaam samenleven



pom
Limburg
economisch
versnellen

DIGITALISERING IN DE ZORG: EEN BAANBREKEND EXPERIMENT IN LIMBURG

eindrapport

Colofon

Uitgave:

POM Limburg

Redactie:

Caro Philippe,
Daphne Conings,
Emilie Weyens, Emy
Kool, Ingrid Rens,
Jeroen Brouwers,
Jolien Nelissen,
Karen Willems, Nell
Van hansewyck,
Sandra Christiaens,
Tim Weltens, Veerle
Vereecke, Wil Rijnen
Heyvaert-Jansen

Eindredactie:

Ann-Sophie Bakkers,
Karmien Nackaerts,
Paulien Vangompel

Vormgeving:

Hands Mediarouting

Coördinatie:

Ann-Sophie Bakkers,
Stijn Lambrechts,
Tanith Vandamme

Drukwerk:

Drukkerij Chapo

Met dank aan:

alle leden van
de stuurgroep,
verschillende
werkgroepen,
softwareleveranciers,
betrokken patiënten,
zorgverleners en
welzijnswerkers

WOORD VOORAF

De zorg is een cruciale sector in de Limburgse economie. Bijna 1 op de 5 Limburgers werkt er. En de coronacrisis heeft meer dan ooit bewezen hoe belangrijk kwaliteitsvolle zorg is. Digitalisering kan daar een grote bijdrage in leveren. Het is dan ook geen toeval dat digitale een van de speerpuntsectoren in onze provincie is.

Limburg heeft een uniek zorg- en welzijnsecosysteem. Dat maakt van onze provincie een ideale proeftuin voor digitale innovaties. Die willen we nog meer stimuleren. Met het EFRO-project rond digitalisering in de zorg zetten we belangrijke stappen in de richting van efficiënte, vlotte, maar ook veilige deling van patiëntendata. In dit boek brengen we daar verslag van uit.

Het doel van het project is duidelijk: een betere digitale gegevensuitwisseling tussen het zorgteam en de patiënt, om zo het zorgproces te verbeteren. Zo kunnen de zorgprofessionals gemakkelijk onderling contact houden en beschikken ze op elk moment over de meest actuele gegevens. En de patiënt is copiloot van zijn eigen gezondheidsproces - een belangrijke stap richting patient empowerment.

Het ontbreekt ons niet aan ambitie. Limburg wordt hét referentiepunt voor digitalisering in de gezondheidszorg, in Vlaanderen en daarbuiten. En dat is goed nieuws, want een meer datagedreven zorg zou volgens experts veel kunnen opleveren. Niet alleen economisch, maar ook maatschappelijk en persoonlijk: een verlenging van ons leven met vijf jaar.

We wensen je veel inspiratie bij het lezen van dit boek.



Tom Vandeput
Voorzitter POM Limburg

Noël Slangen
Algemeen directeur POM Limburg

INHOUDSOPGAVE

WOORD VOORAF	3
BEGRIPPENLIJST	6
HOE DIT PROJECT TOT STAND KWAM	11
1 DE IDEALE WERELD: OPTIMALE DIGITALE COMMUNICATIE EN GEGEVENSDELING	12
1.1 Eén digitaal patiëntendossier: van versnippering naar samenwerking	14
1.2 Een digitaal communicatiemiddel voor alle zorgverleners én de patiënt	15
1.3 Zicht krijgen op het zorgteam	16
1.4 Zorgagenda en -afspraken digitaal beschikbaar maken	16
1.5 Levens- en zorgdoelen digitaal beschikbaar maken	17
1.6 Een digitaal gedeeld multidisciplinair medicatieschema	17
2 ONTWIKKELEN, TESTEN, ONDERSTEUNEN EN PROMOTEN VAN DIGITALE SAMENWERKING EN GEGEVENSDELING	21
2.1 Eén digitaal dossier: ‘Mijn Zorgpad’	22
2.1.1 ‘Mijn Zorgpad’ voor patiënten	22
2.1.2 Een dashboard voor zorgverleners	32
2.1.3 Pilootstudie test app en dashboard in de praktijk	39
2.1.3.1 Het verloop van de pilootstudie	40
2.1.3.2 Resultaten pilootstudie	40
2.2 Digitale Doelzoeker voor zorgverleners	51
2.2.1 Doelzoeker, een instrument voor doelgerichte zorg	51
2.2.2 Zorgverleners krijgen toegang tot de Doelzoeker van de patiënt	52
2.2.3 Hoe zorgen we ervoor dat zorgverleners met de digitale Doelzoeker aan de slag gaan?	58
2.3 Gebruiksvriendelijke software met elkaar laten praten	61
2.3.1 Vijf testtrajecten	62
2.3.1.1 Vitalink Journaal	63
2.3.1.1.1 Hoe willen zorgverleners het journaal gebruiken?	64
2.3.1.1.2 Extra gewenste functionaliteiten volgens zorgverleners	70
2.3.1.1.3 Barrières bij het gebruik van het Vitalink Journaal	73
2.3.1.1.4 Randvoorwaarden om het Vitalink Journaal succesvol te gebruiken	73
2.3.1.1.5 Hoe willen patiënten het journaal gebruiken?	74
2.3.1.1.6 Alternatieve tools en kanalen voor communicatie en samenwerking	74
2.3.1.2 Hubs (ziekenhuisportalen) en de eerstelijnszorg	76

2.3.1.3 De overdracht van documentatie van de eerste naar de tweede lijn en omgekeerd	77
2.3.1.3.1 Ideale verwijsbrief	78
2.3.1.4 Koppeling met gezinszorg	80
2.3.1.4.1 Toegang tot (delen) van het Beknopt medische dossier	80
2.3.1.4.2 Toegang tot het Vitalink Journaal	82
2.3.1.4.3 Toegang tot gezondheidsportalen	82
2.3.1.4.4 Hoe diensten voor gezinszorg zelf hun dossier digitaal kunnen delen	83
2.3.1.5 Het medicatieschema bekijken op Vitalink	83
2.3.1.6 Deelname softwareleveranciers en resultaten	84
2.3.2 Gegevensdeling met het woonzorgcentrum	85
2.3.3 Digitale gegevensdeling over het medicatieschema bij ziekenhuisopname en -ontslag	86

3 AANBEVELINGEN 93

3.1 Algemeen	93
3.2 Een digitaal gedeeld dossier – pilootstudie ‘Mijn Zorgpad’	94
3.3 Flexibele eHealthtoegangsmatrix	96
3.4 Doelgerichte zorg en Doelzoeker	98
3.5 Vitalink journaal	99
3.6 Hubs en transferdocumentatie	102
3.7 Koppeling met gezinszorg	102
3.8 Digitaal medicatieschema	103
3.9 Gegevensdeling met woonzorgcentra	103

4 WAT GEBEURT ER MET DE ONTWIKKELINGEN EN DE ANDERE RESULTATEN? 104

5 SAMENKOMEN IS EEN BEGIN, SAMENWERKEN IS SUCCES! 106

BRONNENLIJST 109

BEGRIPPENLIJST

Gezondheidszorg

Eerste lijn	De lokale zorg- en hulpverleners die het dichtst bij de persoon met een zorg- of ondersteuningsnood staan. Met andere woorden: de basisgezondheidszorg die buiten de muren van een ziekenhuis verstrekt wordt. Zij zijn het eerste aanspreekpunt voor mensen met zorg- en welzijnsvragen. Voorbeelden zijn huisartsen, apothekers, kinesitherapeuten, thuisverplegers, psychologen, welzijnswerkers...
Tweede lijn	De tot op zekere hoogte gespecialiseerde zorg. Die wordt vaak in een ziekenhuis verstrekt, maar er zijn ook veel zorgverleners die buiten de muren van het ziekenhuis hun diensten aanbieden. Er bestaan zowat 30 verschillende specialisaties: kinderartsen, gynaecologen, hart-, long-, nier-, huid-, neus-keel-oorspecialisten enzovoort.

Overleggen

Een multidisciplinair overleg (MDO)	In een multidisciplinair overleg bespreken alle hulp- en zorgverleners hoe ze de zorg en ondersteuning van de patiënt onderling kunnen afstemmen. Zo'n overleg gebeurt bij voorkeur in aanwezigheid van de patiënt zelf en/of zijn mantelzorger.
Een multidisciplinair farmaceutisch overleg (MFO)	Het medisch-farmaceutisch overleg vindt plaats tussen artsen en apothekers, en heeft tot doel de multidisciplinaire samenwerking te stimuleren.

Digitale toepassingen en platformen

Digitaal zorg- en ondersteuningsplan (DZOP)	Het is een communicatie- en planningsinstrument dat ontwikkeld wordt om de organisatie van de zorg zo in te richten dat de patiënt meer centraal komt te staan. Het DZOP is een instrument om doelgerichte zorg te ondersteunen, georganiseerd rond de patiënt.
Elektronisch Medisch Dossier (EMD)	Dit is het softwarepakket dat de huisarts gebruikt voor het registreren, verwerken en beheren van patiëntengegevens.



Elektronisch verpleegdossier (EVD)	Dit is het softwarepakket voor verpleegkundigen dat gebruikt wordt voor het registreren, verwerken en beheren van patiëntengegevens.
eHealth	eHealth is een verzamelnaam voor digitale toepassingen in de zorgsector
eHealthMonitor	De eHealthMonitor peilt hoe het binnen de Belgische gezondheidszorg zit met de beschikbaarheid en het gebruik van eHealth-toepassingen. Daarnaast kijkt de eHealthMonitor naar de toekomst: ze brengt de verwachtingen van patiënten en zorgverleners rond eHealth in kaart.
eHealth-toegangsmatrix	Een systeem dat bepaalt welke categorie van ambulante zorgverleners toegang heeft tot welk type van elektronisch gedeelde patiëntengegevens. De toegangsmatrix is eigenlijk een tabel waarin de verschillende zorgverleners (artsen, verpleegkundigen, apothekers...) en gegevens (medicatieschema, verslagen, onderzoeken...) staan. Voor elke soort zorgverlener is vastgelegd tot welke soorten gegevens hij toegang heeft. Dit alles op voorwaarde dat de patiënt de toestemming tot gegevensdeling heeft geregistreerd en dat er een therapeutische of zorgrelatie is.
eHealthbox	De eHealthbox is een beveiligde elektronische brievenbus, die specifiek ontwikkeld werd voor de zorgverleners en instellingen. De bedoeling is om een beveiligde elektronische mededeling van de nodige vertrouwelijke en medische gegevens tussen de Belgische actoren in de gezondheidszorg mogelijk te maken.
eHealthplatform	Het eHealthplatform is een federale overheidsinstelling. Haar missie: een goed georganiseerde elektronische dienstverlening en informatie-uitwisseling bevorderen en ondersteunen tussen alle actoren in de gezondheidszorg, met waarborgen op het vlak van de informatieveiligheid, de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de patiënt en de zorgverlener, en het respect voor het medisch beroepsgeheim.
eForms	eForms zijn digitale formulieren die een manier bieden om gestructureerd te communiceren. Dit formulier is een gestandaardiseerd template dat in alle EMD-pakketten kan worden ingebouwd. Het doel is om op een eenvoudige en gestructureerde manier gegevens uit het EMD te versturen naar zorgverleners in de eerste en tweede lijn, overheidsinstanties en andere diensten.

beesnip

Sumehr	Sumehr (Summarized Electronic Health Record) of het beknopt bevat een overzicht van alle allergieën, behandelingen, aandoeningen, reacties op medicatie, sociale en andere risicofactoren
Hub	De Hubs zijn elektronische uitwisselingsnetwerken op sub-regionaal niveau waar ziekenhuizen, psychiatrische instellingen, privé-laboratoria, privé-radiologiepraktijken... zijn aangesloten. In België zijn er vier van dergelijke Hubs: het Collaboratief Zorgplatform, Cozo (Hub Gent), Het Vlaams Ziekenhuisnetwerk KU Leuven, VZN KULeuven (Hub Leuven), het Brussels Gezondheidsnetwerk, Abrumet (Hub Brussel) en Réseau Santé Wallon, RSW (Hub Wallonië). Deze Hubs zijn ook onderling met elkaar verbonden via de Metahub, beheerd door het federale eHealthplatform.
Eerstelijnskluis	Gezondheidsinformatie van de eerste lijn is beschikbaar gesteld op de eerstelijnskluizen: dit zijn regionale platformen waar informatie wordt opgeplaatst vanuit verschillende bronnen, en consulteerbaar zijn vanuit de medische softwarepakketten. In België zijn er drie regionale kluizen: (Vitalink, Intermed, Brusafe)
Geïnformeerde toestemming tot gegevensdeling	Met de geïnformeerde toestemming geef je je zorgverleners groen licht om je gezondheidsgegevens elektronisch en op een beveiligde manier met elkaar te delen. Je kan zo'n toestemming op drie manieren geven: • registratie door een arts, tandarts, apotheker, thuisverpleegkundige of ziekenhuismedewerker, • registratie door je mutualiteit, • zelf registreren via www.mijngezondheid.be. Daarnaast heb je steeds het recht om: • je toestemming in te trekken, • zorgverleners bij naam de toegang tot je gegevens te weigeren (= exclusie of uitsluiting), • te vragen na te gaan wie toegang had tot je gegevens, • je zorgverlener te vragen om bepaalde gegevens niet uit te wisselen.

penlijst

Therapeutische relatie of zorgrelatie

Als je in behandeling bent bij een zorgverlener, dan ontstaat er een therapeutische relatie tussen jou en de zorgverlener. Een therapeutische relatie of zorgrelatie verbindt jou en één of meer zorgverleners die persoonlijk betrokken zijn bij jouw zorg. Als je toestemming gaf om jouw medische gegevens elektronisch te delen dan is er ook nog een therapeutische relatie of zorgrelatie nodig voordat een zorgverlener effectief je gegevens kan inkijken.

Een therapeutische relatie wordt geregistreerd bij bv.:

- inschrijving in ziekenhuis, wijkgezondheidscentrum of bij zorgorganisatie,
- beheer van Globaal Medisch Dossier,
- inlezen van elektronische identiteitskaart door zorgverlener,
- aflevering geneesmiddel,
- afsluiting van een zorgtraject.

Vitalink

Vitalink is het Vlaamse platform van de zorg- en welzijnssector, de regionale kluis voor Vlaanderen en ontwikkeld door de Vlaamse Overheid. Het is een systeem dat veel mogelijkheden biedt ter verbetering van de gezondheidszorg doordat zorgverleners digitale gegevens over hun patiënten eenvoudig en veilig met elkaar kunnen delen. Vitalink ondersteunt volgende gegevens: het gedeeld medicatieschema, de toegediende vaccinaties, de Sumehr (Summarized Electronic Health Record), de journaalfunctie waardoor zorgverleners en patiënt digitaal kunnen communiceren, persoonlijke resultaten van deelname aan het bevolkingsonderzoek en het kinddossier. Als uitwisselingsplatform slaat Vitalink de gegevens rond een zorggebruiker op een centrale plaats op. De beschikbaarheid van de gegevens wordt 24/7 gegarandeerd voor zorgverleners die een therapeutische relatie met de patiënt hebben en mits de patiënt zijn geïnformeerde toestemming tot gegevensdeling gaf.

Gegevensbescherming

GDPR	General Data Protection Regulation (GDPR) GDPR is een geheel aan regels om de gegevens van Europese burgers beter te beschermen. Deze regelgeving is van toepassing op elke 'verwerking' van persoonsgegevens.
Circle of Trust	Een Circle of Trust wordt toegekend aan een organisatie (actief in het domein van gezondheid, zorg- en hulpverlening) die ten aanzien van zijn gebruikers van gegevens, op verschillende niveaus maatregelen inzake informatieveiligheid neemt en toeziet op de naleving ervan, zodat andere organisaties en of zorg- en hulpverleners en/of overheden en de betrokken burger er redelijkerwijze op kunnen vertrouwen dat deze veiligheidsmaatregelen nageleefd worden en ze die niet zelf dienen te organiseren of te controleren.

HOE DIT PROJECT TOT STAND KWAM

De kiem voor het project ‘Digitale zorgondersteuning in de praktijk’ werd gelegd in 2018. Dat jaar vonden de eerste besprekingen plaats en werden de eerste samenwerkingen op touw gezet. Samen hebben we hard gewerkt aan een projectvoorstel, dat eind 2019 door het Europees Fonds voor Regionale Ontwikkeling (EFRO) werd goedgekeurd. Op 1 oktober 2019 ging het project van start.

Het project werd gedragen door werkgroepen en stuurgroepen. In de werkgroepen gingen we met een selecte groep gericht aan de slag met de doelstellingen van het project. In de stuurgroepen werd het project overkoepelend gemonitord en werd de output van de werkgroepen besproken.

Het project liep in Limburg, maar heeft een brede uitstraling. Zo diende het als hefboom voor het Digitaal Zorg- en Ondersteuningsplan (DZOP), een Vlaams communicatie- en planningsinstrument om gegevens rond zorg- en hulpverlening te verzamelen en te delen.

Financiering

Het project wordt deels gefinancierd door het Europees Fonds voor Regionale Ontwikkeling (EFRO). Dat is een van de vijf Europese structuur- en investeringsfondsen. Het wil de economische en sociale samenhang binnen de Europese Unie versterken, zodat er meer evenwicht is tussen de regio's. Behalve van EFRO kreeg dit project ook financiële steun vanuit het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en vanuit de Provincie Limburg.

digitale zorg-
ondersteuning

1 DE IDEALE WERELD: OPTIMALE DIGITALE COMMUNICATIE EN GEGEVENSDELING

Kwalitatieve zorg staat of valt met een vlotte uitwisseling van gegevens tussen de zorgverleners, zeker bij chronische of complexe aandoeningen. Patiënten zijn ook steeds meer vragende partij voor een open en transparante communicatie. De Vlaamse

overheid zet al heel wat stappen om te komen tot een optimale samenwerking tussen de verschillende disciplines, maar de **digitale ondersteuning** blijft een grote uitdaging.

Wat zijn zorgpaden?

In dit project hebben we gewerkt met zorgpaden. De EPA (European Pathway Association) definieert een zorgpad als 'een complexe interventie om de gemeenschappelijke besluitvorming en organisatie van zorgprocessen te verwezenlijken voor een specifieke groep van patiënten gedurende een gedefinieerd tijds kader'. Maar wat wil dat nu concreet zeggen?

Een zorgpad kan je zien als een protocol dat de stappen in het zorgproces van een aandoening beschrijft. Als er wetenschappelijke bewijzen zijn dat bepaalde ingrepen of handelingen bij die aandoening effect hebben, dan worden die in een zorgpad gegoten. Het zorgpad geeft aan welk traject de patiënt doorloopt, en welke zorgverleners (uit de eerste en tweede lijn) op welk moment wat moeten doen. Handig, want zo weten die zorgverleners hoe ze moeten omgaan met patiënten met die aandoening, en hoeven ze niet telkens opnieuw van een leeg blad te beginnen.

Zorgpaden zijn vooral belangrijk voor chronische aandoeningen en/of aandoeningen waarbij de verschillende zorgverleners (uit de eerste en tweede lijn) intensief moeten samenwerken.

Ze zijn niet gericht op de individuele patiënt, maar op een groep patiënten met dezelfde aandoening of ziekte.

In dit project hebben we **drie zorgpaden** in beeld gebracht. In alle drie werken zorgverleners uit de eerste en de tweede lijn met elkaar samen:

Lagerugpijn: dit zorgpad bepaalt, op basis van de duur van de klachten, welke behandeling aan te raden is en welke bijkomende onderzoeken er eventueel nodig zijn.

Diabetes mellitus type 2: dit zorgpad beschrijft de coördinatie van de zorgverlening uit de eerste en tweede lijn voor patiënten met diabetes type 2.

Pre- en postoperatieve behandeling bij totale knieprothese: dit zorgpad beschrijft het traject van patiënten die een knieprothese krijgen. Zowel de voorbereidingen thuis, de preoperatieve onderzoeken en raadplegingen, de opname in het ziekenhuis als de nazorg thuis staan erin beschreven.

De methode: een onderzoek in 8 stappen

Om na te gaan wat de noden en de ideale toekomstscenario's zijn als het gaat om digitale ondersteuning van de zorg, hebben we een zogeheten 'as is-to be'-analyse uitgevoerd. Dat deden we aan de hand van de 'innovatrix', een methode die is uitgewerkt door imec. De methode werkt met 8 stappen.

Binnen ieder zorgpad hebben we eerst de betrokken zorgverleners geïdentificeerd (stap 1). In het zorgpad 'lagerugpijn' zijn dat bijvoorbeeld de huisarts, de kinesist en de apotheker; in het zorgpad 'diabetes mellitus' zijn het eerder de diëtist, de thuisverpleegkundige, de podoloog...

Vervolgens hebben we voor elk van die zorgverleners én voor de patiënt de noden in kaart gebracht (stap 2)

en beschreven hoe de communicatie en gegevensdeling op dit moment verlopen – wat gaat goed, wat gaat niet goed (stap 3). In stap 4 hebben we het ideale toekomstscenario beschreven. Voor de stappen 2, 3 en 4 hebben we 40 interviews afgenomen met zowel zorgverleners als patiënten.

De stappen 5 tot en met 8 hielpen ons om het ideale toekomstscenario uit stap 4 vorm te geven. Zo gaven we bij stap 5 aan over wat voor soort oplossing we spreken (digitaal, procesmatig...). In stap 6 vroegen we ons af welke sleutelpartners we moesten betrekken om die oplossing te verwezenlijken. In stap 7 beschreven we de barrières die onderweg kunnen opduiken, en in stap 8 ten slotte dachten we na wat de oplossing zou kunnen opleveren.

zorgpaden

1.1 EÉN DIGITAAL PATIËNTENDOSSIER: VAN VERSNIPPERING NAAR SAMENWERKING

De toestand nu: versnippering en dubbel werk

Elektronische patiëntendossiers mogen dan volop ingeburgerd zijn, toch laat de digitalisering in de gezondheidszorg nog te wensen over. Zorgverleners gebruiken vaak eigen software. Die is niet altijd afgestemd op gegevensdeling, waardoor de zorgverleners wel individueel digitale informatie verzamelen, maar weinig informatie uitwisselen met collega's. In sommige beroepsgroepen circuleren meerdere softwarepakketten (zo zijn er vier verschillende huisartsenpakketten), wat tot nog meer versnippering leidt. Daarnaast hebben heel wat eerstelijnszorgverleners maar zeer beperkte toegang tot software. Dat heeft vervelende gevolgen: onderzoeken worden dubbel uitgevoerd, patiënten moeten hetzelfde verhaal meermaals vertellen ...

Een ideaal scenario zou zijn dat er een uniform patiëntendossier komt voor zorgverleners uit de eerste en tweede lijn, met volledige toegang voor de patiënt. Die is eigenaar van zijn of haar dossier en bepaalt wie er toegang toe krijgt.

Geef de patiënt de regie

Sinds enige tijd bestaan er portalen waar patiënten toegang krijgen tot hun gezondheidsgegevens (denk maar aan mijngezondheid.be), maar patiënten geven aan dat ze zich tussen al die portalen wat verloren voelen. Ze missen een duidelijk overzicht van de medische informatie die er over hen beschikbaar is. Vaak kunnen ze ook maar zeer beperkt hun gegevens raadplegen, bijvoorbeeld omdat het intern beleid van het ziekenhuis dat niet toelaat, of omdat zorgverleners geen gegevens kunnen delen. Ook zorgverleners zouden het wenselijk vinden dat patiënten inzage krijgen in hun eigen gegevens, zodat ze beter geïnformeerd zijn over hun gezondheid en behandeling. Dat zou het ook makkelijker maken om eventuele fouten op te sporen, en bovendien is het een fundamenteel recht om toegang te hebben tot je eigen gezondheidsgegevens.

Behalve een betere toegang tot hun eigen data willen patiënten ook meer zeggenschap over hun eigen patiëntendossier en digitale gegevensdeling. Momenteel is het een alles-of-niets-verhaal: de zogeheten eHealth-toegangsmatrix beslist welke zorgverleners toegang hebben tot welke categorieën van gegevens, op voorwaarde dat patiënten hun toestemming tot gegevensdeling registreerden en er een therapeutische of zorgrelatie is. Maar patiënten willen zélf kunnen beslissen welke informatie ze delen met welke zorgverleners.

patiënten

1.2 EEN DIGITAAL COMMUNICATIEMIDDEL VOOR ALLE ZORGVERLENERS ÉN DE PATIËNT

Momenteel spelen journaals, zorgschriftjes, communicatiebladen en zorgdagboekjes een belangrijke rol in de dagelijkse niet-dringende communicatie tussen de leden van het zorgteam. In dat soort papieren informatiedragers worden allerlei signalen, observaties en medische handelingen opgetekend, zodat die makkelijk toegankelijk zijn voor alle leden van het zorgteam, de patiënt zelf en de eventuele mantelzorgers. Zo is iedereen beter geïnformeerd. Typisch voor deze vorm van communicatie is dat iedereen een bericht kan delen, en dat elk bericht toegankelijk is voor iedereen.

Enkele voorbeeldberichten uit een zorgdagboek:

- De thuisverpleegkundige meldt aan de huisarts dat de medicatie van de patiënt bijna op is en dat er een nieuw voorschrift nodig is.
- De medewerker van de dienst gezinszorg is bezorgd dat de cliënt de laatste tijd minder actief is en wat neerslachtig lijkt.
- De dochter van de patiënt meldt dat ze boodschappen heeft gedaan en medicatie is gaan afhalen bij de apotheker.

Zeker bij patiënten met complexe zorgnoden is het erg belangrijk om informatie te kunnen delen met alle leden van het zorgteam. Zo krijg je:

1. Een compleet, realistisch en up-to-date beeld van de situatie van de patiënt
2. Meer visibiliteit van het zorgteam: aan/afwezigheid, taakinvulling en afstemming
3. Betere en efficiëntere zorg

Heel wat voordelen dus, maar toch blijkt uit analyse dat het zorgschriftje en andere schriftelijke vormen van heen-en-weercommunicatie ook hun beperkingen hebben:

- Het schriftje is enkel bruikbaar voor zorgverleners die aan huis komen. Het kan niet op afstand geraadpleegd worden, bijvoorbeeld bij een ziekenhuisopname of een bezoek aan de huisarts.
- Het gebeurt geregeld dat niet alle leden van het zorgteam het schriftje gebruiken, weten waar het ligt of zelfs weten dat het bestaat. Zo gaat informatie verloren.
- Vaak ligt het schriftje op de keukentafel en kunnen buitenstaanders ongevraagd meelezen.
- Bij één en dezelfde patiënt zijn er soms meerdere journaals, schriftjes en communicatiebladen naast elkaar in gebruik, vaak van verschillende organisaties.
- Soms is een handschrift niet (goed) leesbaar.
- Als het schriftje verloren gaat, is ook de informatie verloren.
- Informatie op papier kan niet gefilterd en gestructureerd worden, waardoor opzoeken moeilijk is en belangrijke info verloren kan gaan.
- Informatie die in het schrift genoteerd wordt, is voor iedereen leesbaar.
- ...

Er is dus duidelijk nood aan een digitaal communicatiemiddel voor niet-dringende communicatie, dat toegankelijk is voor zowel de patiënt als alle leden van het zorgteam, maar die tegelijk ook de optie biedt om gericht te kunnen communiceren.

dossier

1.3 ZICHT KRIJGEN OP HET ZORGTEAM

Momenteel vraagt elke organisatie of zorgverlener de contactgegevens van het zorgteam afzonderlijk op bij de patiënt en noteert die in de eigen software. De gegevens zijn niet altijd up-to-date. Daardoor is het niet altijd eenvoudig om contact op te nemen met de juiste zorgverlener, terwijl dat zeker in kritieke situaties van levensbelang kan zijn.

Eigenlijk zou er één overzicht moeten zijn van alle zorgverleners en welzijnswerkers, zowel uit de eerste als uit de tweede lijn, die actief betrokken zijn bij de zorg voor de patiënt. Daarop kunnen

eventueel uitzonderingen worden gemaakt voor bepaalde zorgverleners, bijvoorbeeld de psychiater of psycholoog. Bij dat overzicht zouden ook de contactgegevens vermeld moeten staan, liefst digitaal. De lijst zou gedeeld moeten worden met de andere leden van het zorgteam, zodat iedereen maar één keer geregistreerd hoeft te worden. Dat kan bijvoorbeeld in het unieke digitale patiëntendossier (de ideale situatie) of door de softwarepakketten van de zorgverleners en platformen van patiënten met elkaar te laten 'praten' (tweede keuze).

1.4 ZORGAGENDA EN -AFSPRAKEN DIGITAAL BESCHIKBAAR MAKEN

Zorgagenda

Voor sommige zorgverleners, zoals gezinszorg en thuisverpleging, is het heel belangrijk dat ze de zorg goed kunnen inplannen.

Neem de gezinszorg. Zij spreken samen met de patiënt af hoe vaak en wanneer een medewerker langskomt. Ze houden niet alleen rekening met hun eigen dienstverlening, maar ook met die van de andere zorgverleners die bij de patiënt aan huis komen. Op sommige momenten is de aanwezigheid van een gezinsverzorgende nodig – bijvoorbeeld om de patiënt te begeleiden naar een consultatie, of om verpleegkundigen te ondersteunen bij complexe zorg aan het bed. Het gebeurt ook geregeld dat zorgverleners bij een patiënt aan de deur staan op een moment dat die naar de huisarts is, of is opgenomen in het ziekenhuis, zonder dat ze daarvan op de hoogte zijn.

Zorgafspraken

Verschillende zorgverleners werken met zorgafspraken, die ze ingeven in hun eigen dossiers. Onder meer de gezinszorg werkt zo. De afspraken beschrijven hoe de zorg wordt geleverd, bijvoorbeeld als het gaat om maaltijden: eet de patiënt zoutloos, voor hoeveel dagen per week moeten er maaltijden worden bereid... Het is belangrijk dat andere zorgverleners een duidelijk zicht op dat soort afspraken krijgen. Zo kunnen zij er ook rekening mee houden, en de patiënt zelfs stimuleren om ze na te leven.

1.5 LEVENS- EN ZORGDOELEN DIGITAAL BESCHIKBAAR MAKEN

Doelgerichte zorg wordt steeds belangrijker. Dat houdt in dat je minder uitgaat van de ziekte, maar van wat de patiënt belangrijk vindt in zijn of haar leven. Daarom zou de patiënt levensdoelen moeten identificeren en kenbaar maken aan het zorgteam zodat op basis van deze levensdoelen de zorgdoelen worden opgesteld.

Uit bevragingen bij patiënten (onder andere in het kader van dit project) blijkt echter dat die levensdoelen niet standaard meegenomen worden in zorgtrajecten. De zorg blijft medisch georiënteerd, en van doelgerichte

zorg is in de praktijk weinig sprake. Dat terwijl patiënten aangeven dat zorgverleners hun levensdoelen kunnen bevragen én opnemen in hun patiëntendossier. Zo kan er rekening mee worden gehouden bij de afspraken die worden gemaakt rond zorg en ondersteuning.

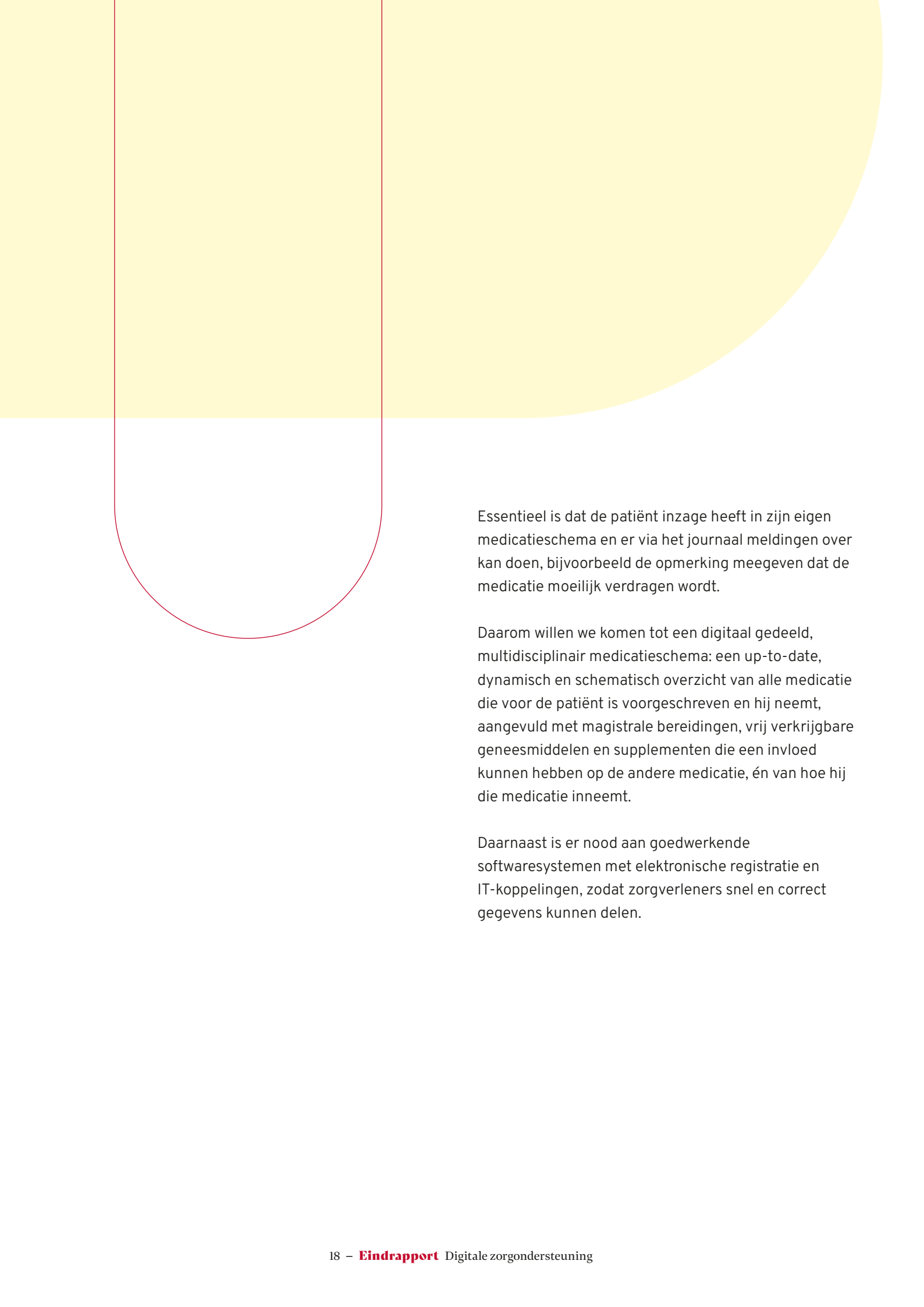
Het is dus wenselijk dat levensdoelen ook digitaal beschikbaar zijn, zowel voor de patiënt als voor de zorgverleners. Wanneer deze doelen gebruiksvriendelijk op een digitale manier beschikbaar en kenbaar worden gemaakt, kan men er rekening mee houden.

1.6 EEN DIGITAAL GEDEELD MULTIDISCIPLINAIR MEDICATIESCHEMA

Een digitaal gedeeld medicatieschema kan heel wat gezondheidswinst opleveren, op voorwaarde dat het correct, actueel en gevalideerd is. Zo'n schema kan de patiënt bijstaan bij een goed en veilig medicatiegebruik. Het kan helpen om de therapie beter en trouw te volgen en om problemen door combinaties van geneesmiddelen op te sporen, op te lossen en goede farmaceutische zorg te bieden. Maar ook voor de communicatie tussen de zorgverleners is een digitaal gedeeld medicatieschema een grote hulp. Wanneer verschillende zorgverleners over dezelfde up-to-date informatie beschikken, kunnen ze komen tot een consequente medicamenteuze behandeling, ook wanneer de zorgcontext verandert. Gedeelde en correcte medicatieschema's zullen bovendien alleen maar belangrijker worden door de ouder wordende bevolking, de toename van het aantal chronische aandoeningen en de steeds complexere ziektebeelden.

In de praktijk blijkt het echter niet zo eenvoudig om medicatieschema's up-to-date te houden en actuele informatie te delen en te laten doorstromen. Zo kan het zijn dat na raadpleging van verschillende bronnen blijkt dat er geen éénduidig medicatieschema kan opgesteld worden. Dat bijvoorbeeld een huisarts niet op de hoogte is van wat een dermatoloog voorschreef. Dat een apotheker voorschriften ontvangt met onduidelijke informatie over bijvoorbeeld dosis, therapieduur... Of dat er, bij het ontslag van een patiënt uit het ziekenhuis, geen ontslagbrief en geen medicatieschema worden meegeleverd. De zorgverleners van de eerste lijn weten dan niet of het ziekenhuis de medicatie veranderd heeft. Een ander voorbeeld: een thuisverpleegkundige belt naar de huisarts met een dringende vraag over een patiënt; ze spreken mondeling af om de dosering van de medicatie aan te passen, maar dat wordt niet digitaal geregistreerd.

medicatieschema



Essentieel is dat de patiënt inzage heeft in zijn eigen medicatieschema en er via het journaal meldingen over kan doen, bijvoorbeeld de opmerking meegeven dat de medicatie moeilijk verdragen wordt.

Daarom willen we komen tot een digitaal gedeeld, multidisciplinair medicatieschema: een up-to-date, dynamisch en schematisch overzicht van alle medicatie die voor de patiënt is voorgeschreven en hij neemt, aangevuld met magistrale bereidingen, vrij verkrijgbare geneesmiddelen en supplementen die een invloed kunnen hebben op de andere medicatie, én van hoe hij die medicatie inneemt.

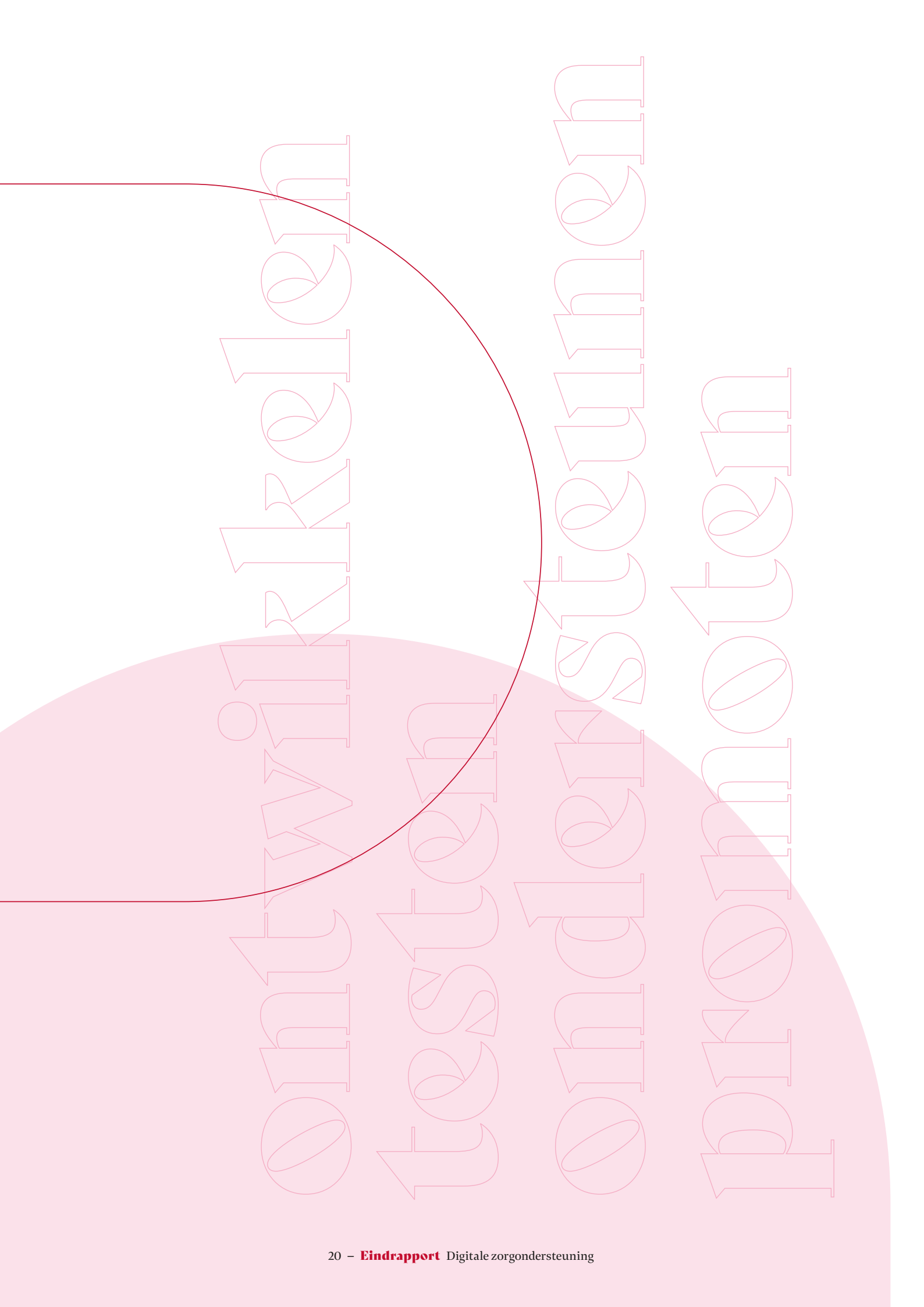
Daarnaast is er nood aan goedwerkende softwaresystemen met elektronische registratie en IT-koppelingen, zodat zorgverleners snel en correct gegevens kunnen delen.



Ann-Sophie Bakkers

Projectmanager Digicare bij POM Limburg

Samenwerken is de sleutel tot succes - ook in dit project. Begin 2020 zat ik met de verschillende partners uit het werkveld rond de tafel om hun dagelijkse werking in kaart te brengen. Die gesprekken maakten duidelijk dat er heel wat gezamenlijke noden waren, maar dat daarvoor in het verleden nog niet veel gemeenschappelijke oplossingen uitgewerkt waren. En net dát hebben we met dit project gedaan - samen met alle patiënten, thuisverpleegkundigen, artsen, apothekers, kinesisten, de ziekenhuissector en gezinszorg.



2 ONTWIKKELEN, TESTEN, ONDERSTEUNEN EN PROMOTEN VAN DIGITALE SAMENWERKING EN GEGEVENSDELING

Met dit project dragen we een steentje bij om beter te communiceren en gegevens te delen. Concreet ontwikkelen en testen we twee nieuwe toepassingen: 'Mijn zorgpad' en de digitale Doelzoeker voor zorgverleners. We zetten ook stabiele en veilige koppelingen tussen de softwarepakketten van verschillende zorgverleners op en nemen de gebruiksvriendelijkheid van die pakketten onder de loep. Daarvoor werken we samen met softwareleveranciers die nu al toepassingen leveren aan zorgverleners, welzijnswerkers, patiënten en mantelzorgers.

gegevensdeling

De impact van corona

Corona heeft een grote weerslag gehad op dit project. Heel wat projectmanagers werden teruggeroepen naar hun job in de zorg, omdat ze alle handen aan het bed konden gebruiken. Daardoor lag het project zelfs even stil. We hebben ook enkele fysieke vergaderingen moeten vervangen door digitale brainstorms – geen ideale manier van werken. Bovendien wilden niet alle patiënten meedoen aan de test, uit angst om met projectmanagers in contact te komen en besmet te raken. Tegelijk onderstreepte de pandemie nog eens de nood aan digitale uitwisseling van gezondheidsgegevens – denk maar aan online communicatiekanalen tussen zorgverleners en patiënten. Corona heeft dus ook de noodzaak van dit project aangetoond.

2.1 EÉN DIGITAAL DOSSIER: ‘MIJN ZORGPAD’

Veel chronische aandoeningen vragen om een intense samenwerking tussen huisarts, apotheker, thuisverpleegkundigen, gezinszorg, specialisten uit het ziekenhuis... Alle leden van het zorgteam moeten dus voldoende geïnformeerd zijn en onderling goed communiceren. Bovendien is het juist voor deze aandoeningen van belang dat de patiënt zelf een centrale rol opneemt. Daarvoor moet hij voldoende geïnformeerd zijn over de aandoening en behandeling, en realistische verwachtingen hebben. Als hij wordt overspoeld door versnipperde informatie, kan dat lastig zijn. Vandaar de nood aan één digitaal dossier.

Binnen dit project hebben we de eerste stappen gezet om een digitale toepassing te ontwikkelen (een zogeheten ‘proof of concept’, een testmodel met andere woorden), waarin zowel patiënten als hun zorgteam alle relevante medische gegevens - laboresultaten, parameters, beknopt medisch dossier, medicatieschema... - aanbieden op één centrale plaats.

Vervolgens zijn we de applicatie (app) in de praktijk gaan testen bij patiënten en hun zorgteam. Ze kreeg de naam ‘Mijn Zorgpad’.

We hebben ervoor gekozen om de app te ontwikkelen en te testen bij patiënten met diabetes mellitus type 2. Het is géén nieuwe diabetesapp die bijvoorbeeld je glucose kan meten, of waarin je een diabetesdagboek kan bijhouden, maar een app voor communicatie en gegevensuitwisseling. Diabetespatiënten volgen een complex traject waarin verschillende zorgverleners (vooral uit de eerste lijn) betrokken zijn. Er is veel opvolging nodig – over de mogelijke complicaties bijvoorbeeld, maar ook over de terugbetalingen. Bovendien zijn er verschillende vaste contactmomenten met zorgverleners (huisarts, endocrinoloog...). Dat maakte deze doelgroep ideaal voor een eerste testversie van de app.

2.1.1 ‘Mijn Zorgpad’ voor patiënten

Via de app ‘Mijn Zorgpad’ kunnen patiënten op hun gsm gemakkelijk hun eigen medische gegevens bekijken. Alle informatie is gecentraliseerd: de patiënt krijgt binnen één en dezelfde toepassing zicht op zijn agenda, zijn beknopt medisch dossier, zorgteam, parameters, laboresultaten, medicatieschema... De app is een voorbeeld van transparante communicatie: zowel de informatie van de zorgverleners als van de patiënt zelf is voor alle betrokken partijen zichtbaar.

Vernieuwend is dat deze toepassing vertrekt vanuit doelgerichte zorg. De patiënt kan zijn eigen doelen meegeven: fysieke, maar ook bijvoorbeeld persoonlijke levensdoelen. Op basis daarvan kan de zorgverlening eventueel worden bijgestuurd. De patiënt wordt zo als het ware de copiloot van zijn eigen zorgtraject.

De app werkt met ‘nudges’: subtiele duwtjes die, via kleine aanpassingen in de omgeving of in de communicatie, ons gedrag richting gezonde keuzes kunnen sturen. Nudging heeft zowel voor- als nadelen. Vandaar dat we er voorzichtig en op een ethisch verantwoorde manier mee zijn omgesprongen. Zo biedt de app informatie op maat van de patiënt, zodat die sneller geneigd is om de info te lezen en op basis daarvan beter geïnformeerde keuzes kan maken. De app werkt ook met herinneringen en alerts om de patiënt gemotiveerd te houden om zijn of haar doelen te behalen, vragenlijsten te beantwoorden, afspraken niet te vergeten...

Must haves Should haves

‘Must haves’ en ‘should haves’

We hebben vertegenwoordigers van apothekers, thuisverpleegkundigen, huisartsen, gezinszorg en patiënten gevraagd welke functies de app moest hebben. Zo kwamen we tot een lijst van ongeveer 100 functies. Na een focusgesprek met die vertegenwoordigers hebben we de functies vervolgens een wegingsfactor gegeven. De belangrijkste functies noemden we ‘must haves’; daarna volgden ‘should haves’, ‘could haves’ en ‘won’t haves’. Alle ‘must haves’ en enkele ‘should haves’ hebben we meegenomen in de ontwikkeling van de app.

De app is ingedeeld in vier tabbladen: 'zorgpad' (tijdslijn), 'artikels', 'evolutie' en 'profiel'. We lichten ze één voor één toe.

Tabblad 1 Tijdslijn of 'Zorgpad'

Het eerste tabblad is een tijdslijn – het eigenlijke zorgpad, zeg maar. De tijdslijn heeft verschillende functies:

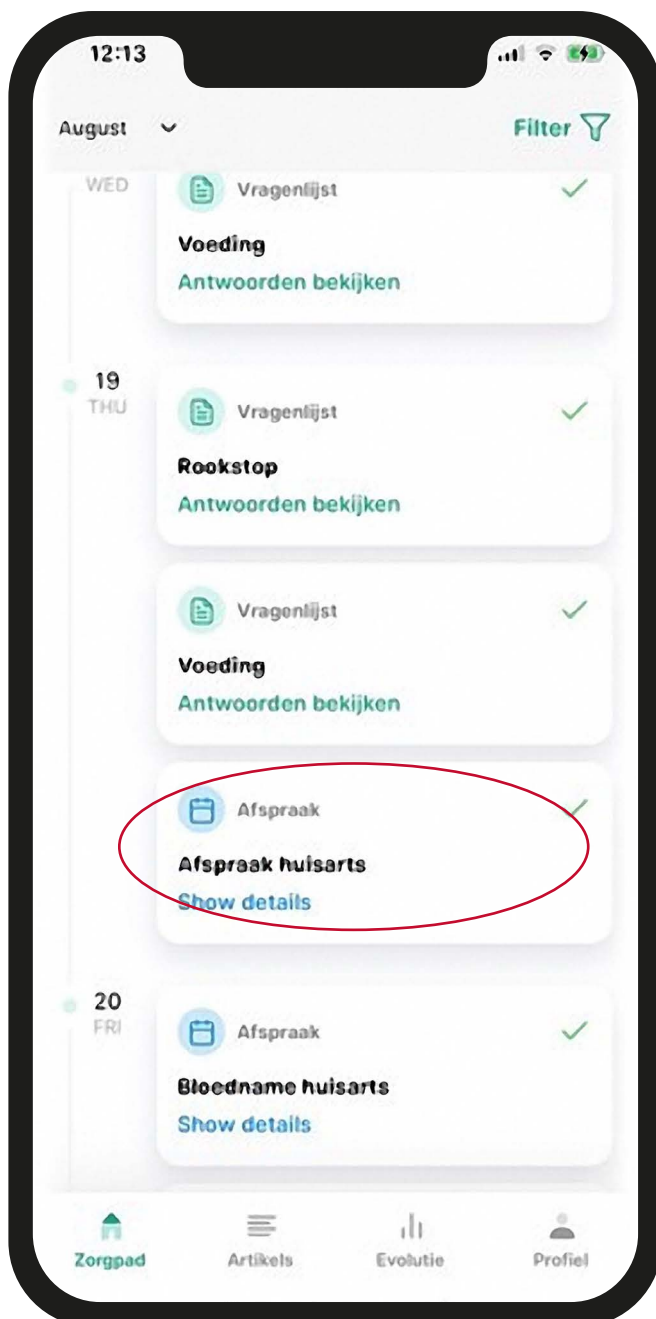
- **Agendafunctie:** op de tijdslijn worden afspraken weergegeven. Er staat steeds bij vermeld met wie en wanneer de afspraak is. Bij 'meer informatie' vind je waar de afspraak over gaat.

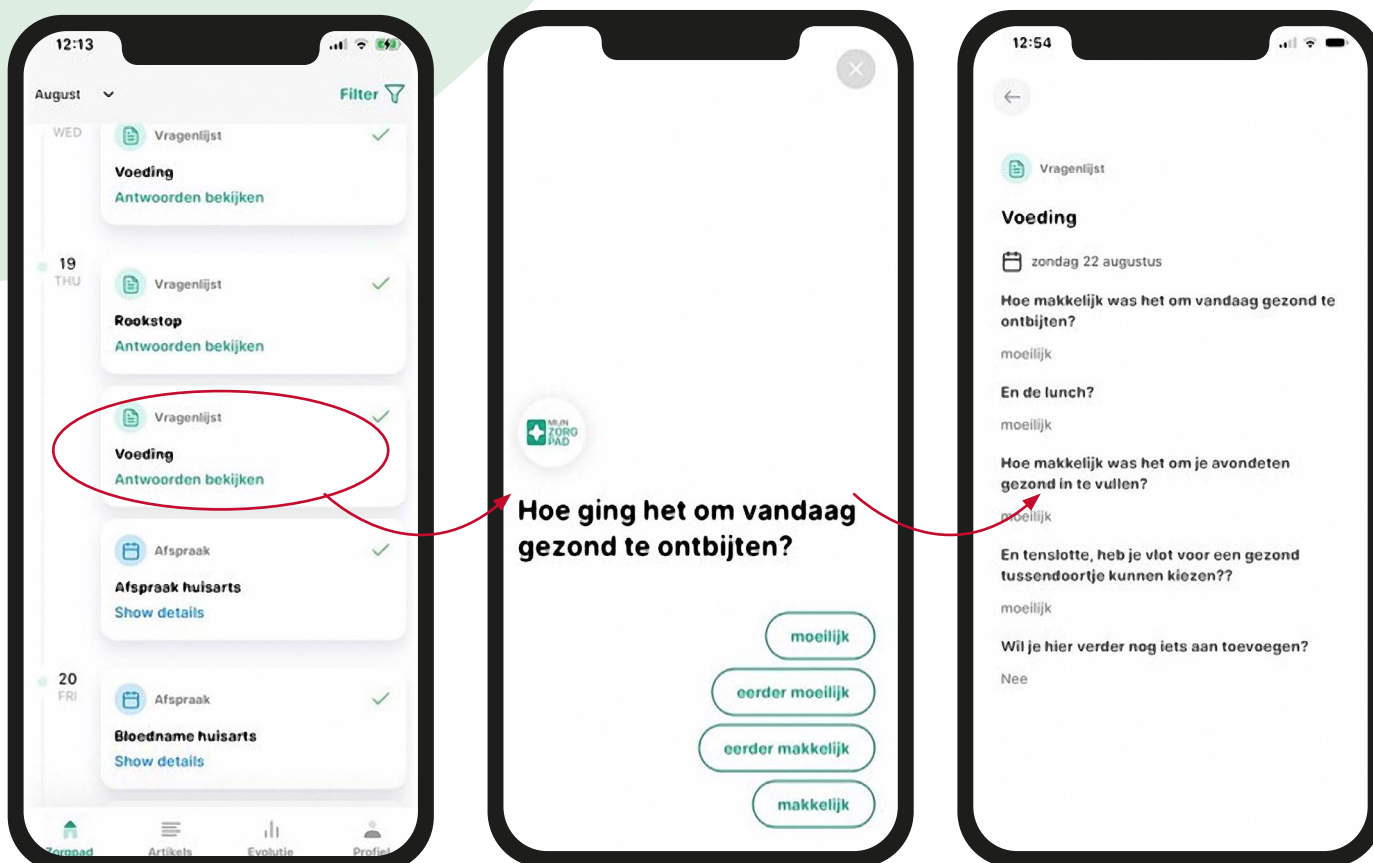
Gebruiksvriendelijke app

Bij het ontwerp van de app is er veel rekening gehouden met de mening van de gebruikers.

De gebruiksvriendelijkheid stond voorop.

Tijdens de ontwikkelingsfase zijn er verschillende gesprekken en vergaderingen geweest met de gebruikers.

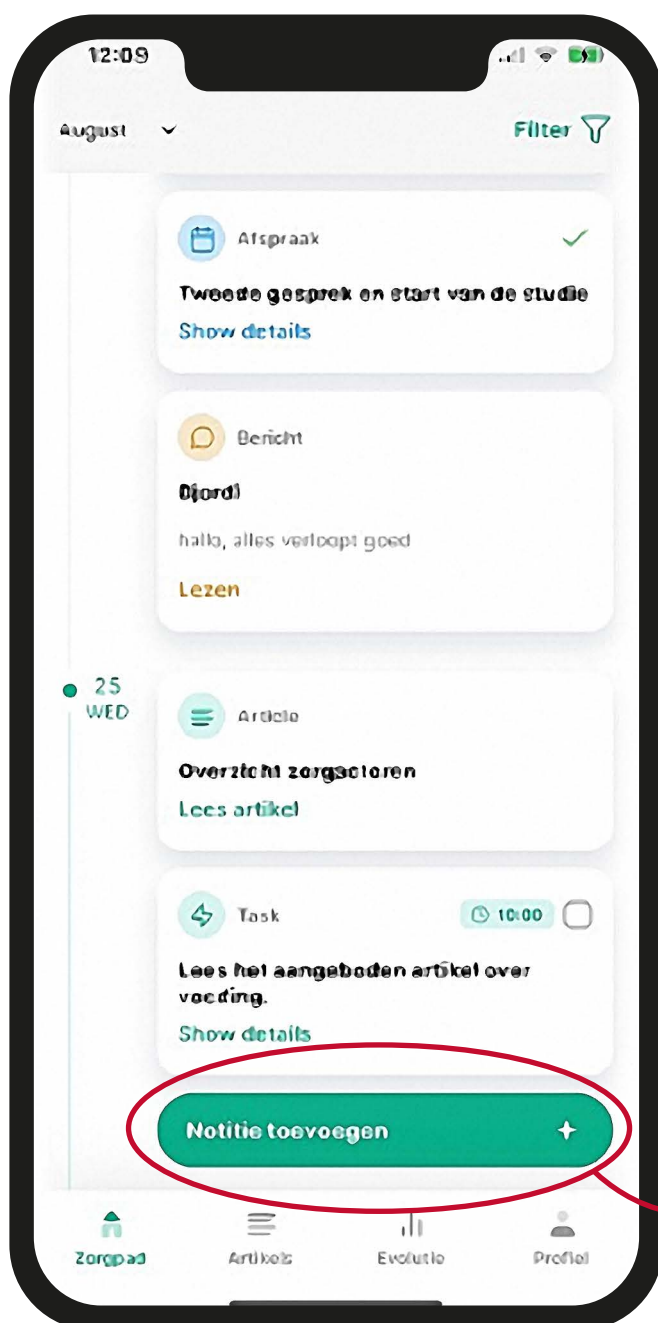




- **Vragenlijsten:** in de app krijgt de patiënt geregeld twee soorten vragenlijsten aangeboden: vragenlijsten die de vooruitgang van zijn of haar persoonlijke doelen in kaart brengen en PROM-PREM-vragenlijsten (Patient Reported Outcome/Experience Measurements). Die peilen naar de ervaringen van de patiënt met zijn ziektebeeld en hoe dat zijn leven beïnvloedt. PROM/PREM-vragenlijsten worden internationaal steeds meer gebruikt. Ze blijken de communicatie tussen zorgverlener en patiënt te verbeteren, omdat ze kwesties bespreekbaar maken die anders mogelijk

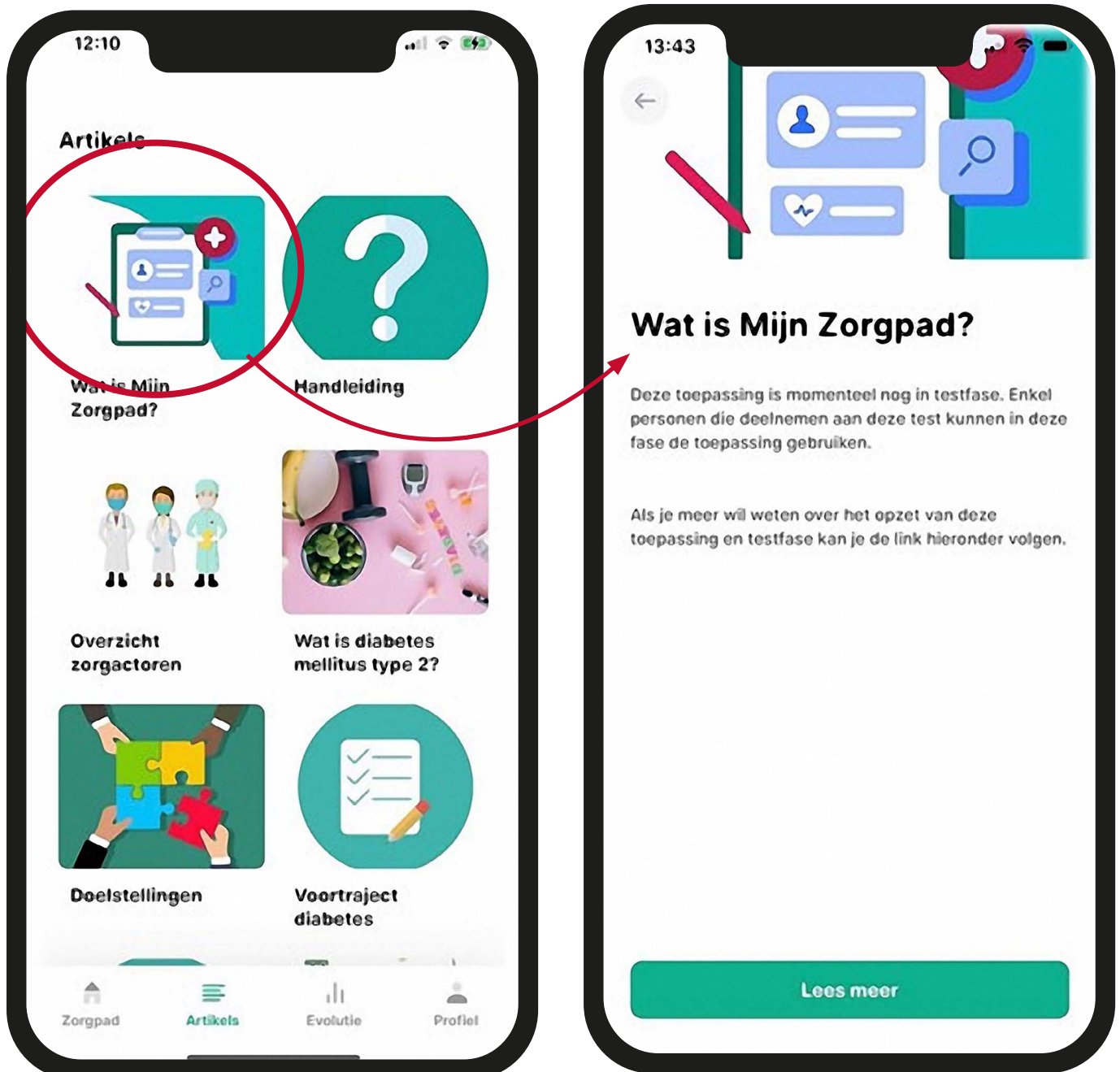
niet aan bod zouden komen. Op sleutelmomenten in het zorgpad verschijnen deze vragenlijsten op de tijdslijn. Zowel de zorgverleners als de patiënt zelf kunnen de antwoorden op elk moment opnieuw bekijken.

- **Notities:** patiënten kunnen notities versturen naar en ontvangen van hun zorgteam. Berichten zijn altijd zichtbaar voor het hele zorgteam en de patiënt, ongeacht het onderwerp en aan wie ze gericht zijn. Ze zijn bedoeld voor niet-dringende vragen of problemen. Voor dringende vragen moeten patiënten rechtstreeks contact opnemen met de betrokken zorgverlener.



Tabblad 2 Artikels

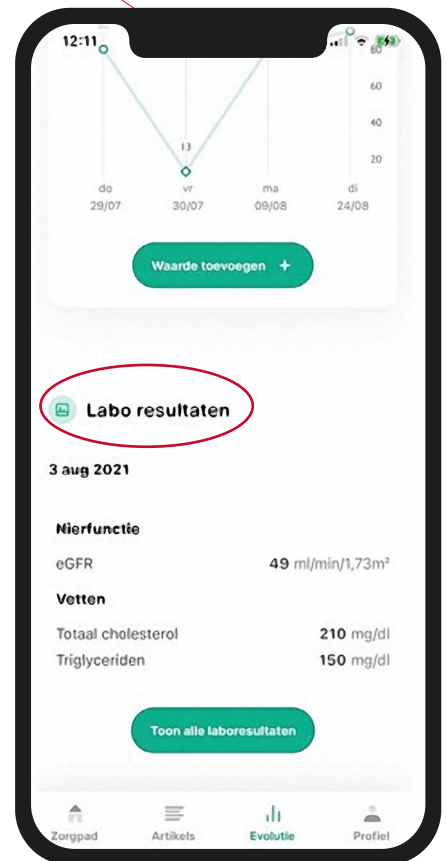
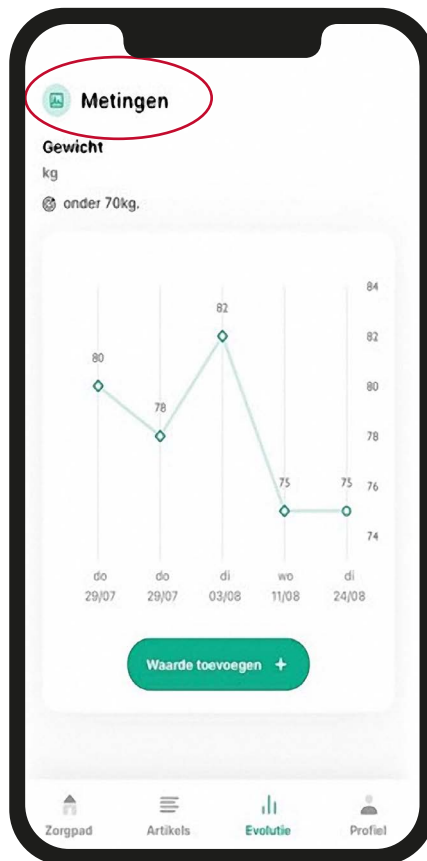
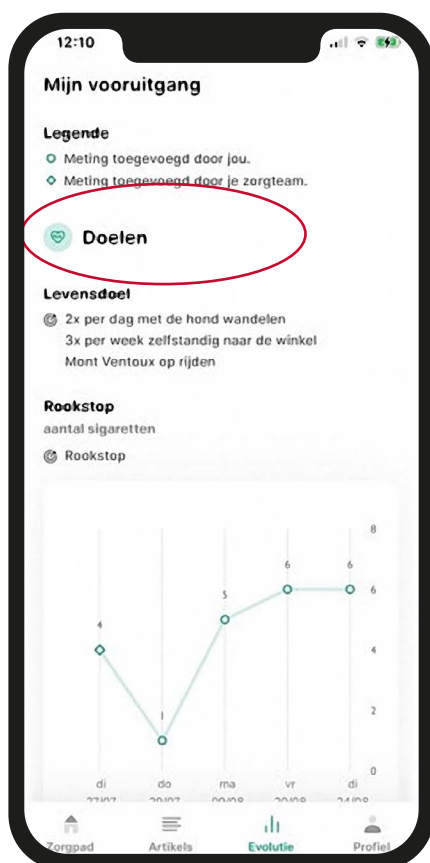
Op het tweede tabblad krijgen patiënten een overzicht te zien van artikels met relevante achtergrondinformatie: uitleg over 'Mijn Zorgpad', een handleiding, achtergrondinformatie over hun ziekte... De artikels zijn speciaal voor de app geschreven, op basis van informatie uit onder meer brochures en websites. Ze worden ook op gepaste momenten aangeboden op de tijdslijn ('zorgpad'). Zo heeft de patiënt altijd overzichtelijke informatie binnen handbereik.



Tabblad 3 Evolutie

De app biedt de patiënt ook een overzicht van zijn of haar evolutie. Er zijn drie parameters:

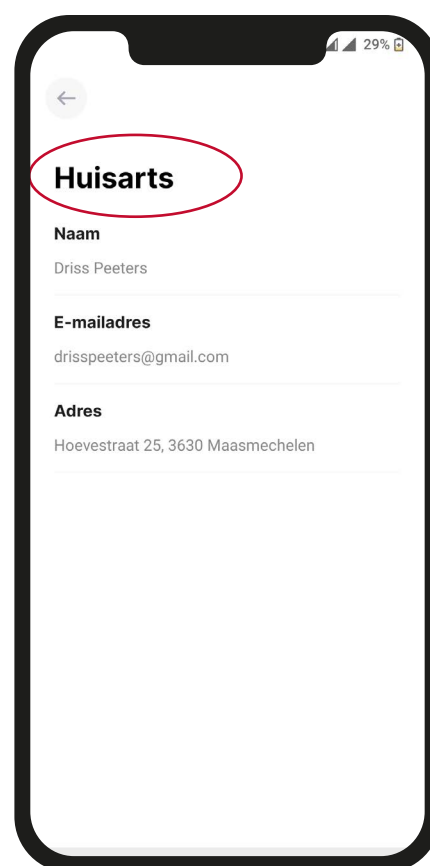
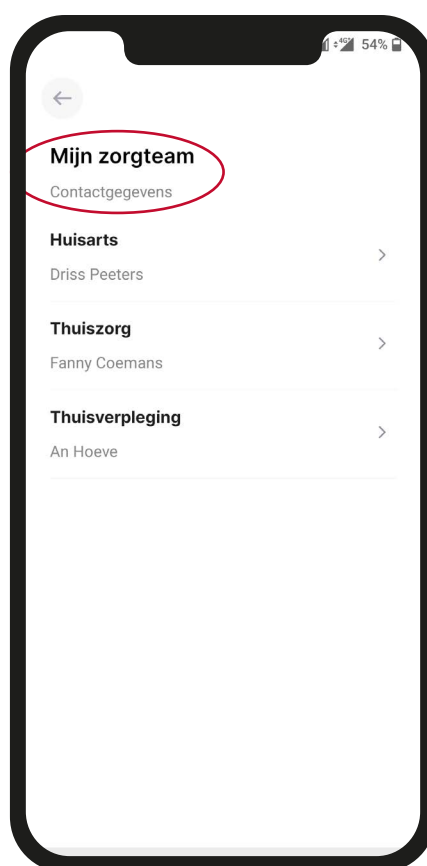
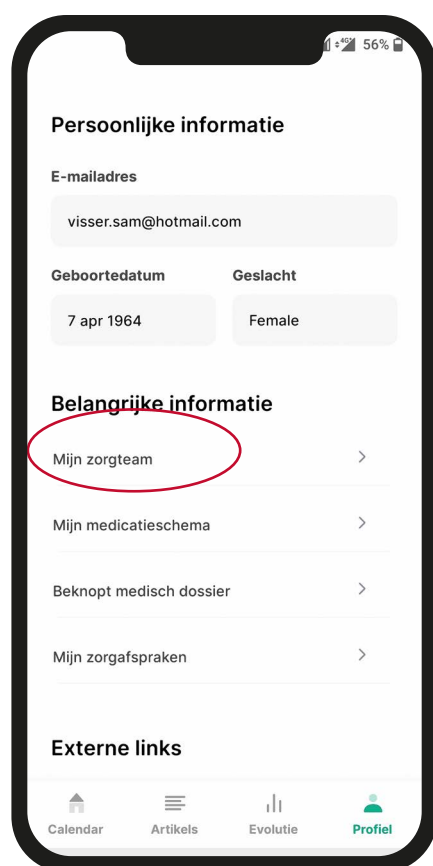
- **Doelen:** de zorgdoelen (bv. meer bewegen, minder roken, gezonder eten...) worden weergegeven in een overzichtelijke grafiek. De resultaten zijn zowel voor de patiënt als voor het zorgteam zichtbaar. In een vrij tekstveld kan de patiënt ook zijn of haar levensdoelen invullen.
- **Metingen:** een andere grafiek geeft meetwaarden (gewicht, bloeddruk, glycemie...) weer. Zowel het zorgteam als de patiënt kan waarden toevoegen. Beide partijen hebben een ander symbooltje, zodat in één oogopslag duidelijk is wie de waarde heeft ingegeven.
- **Laboresultaten:** hier zie je de resultaten van de meest recente bloedafnames.



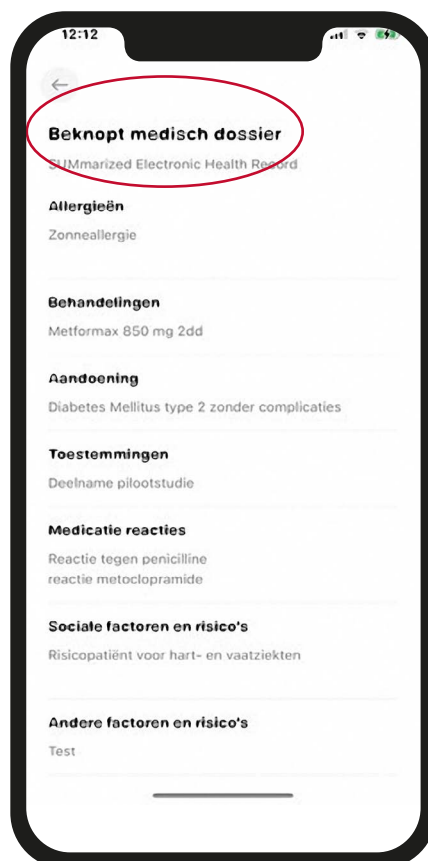
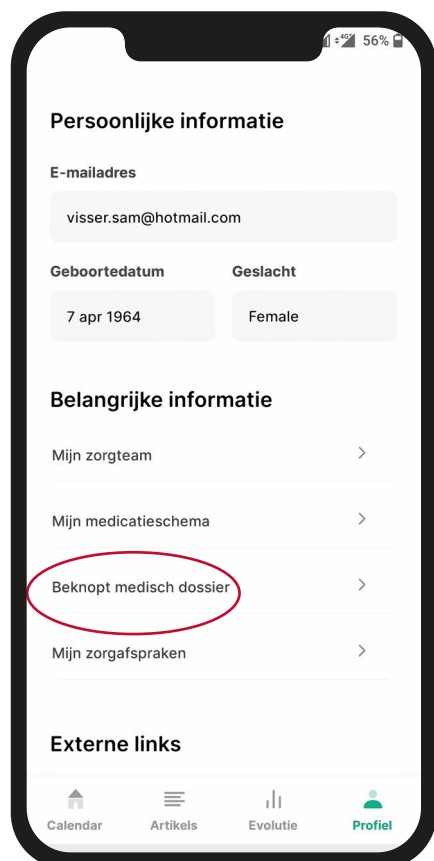
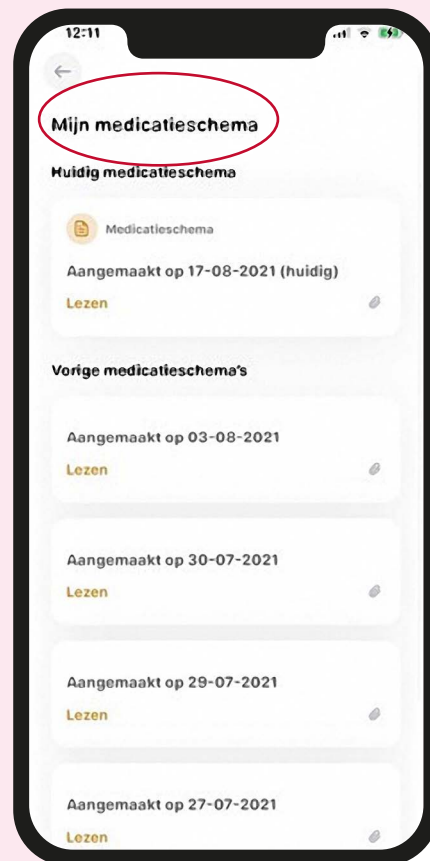
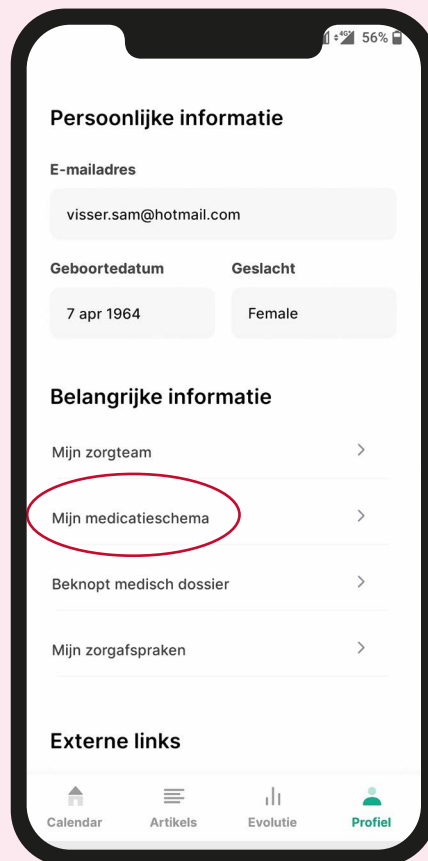
Tabblad 4 Profiel patiënt

Hier is de informatie over het profiel van de patiënt gebundeld:

- **Zorgteam:** hier staan de namen en contactgegevens van de zorgverleners verzameld.

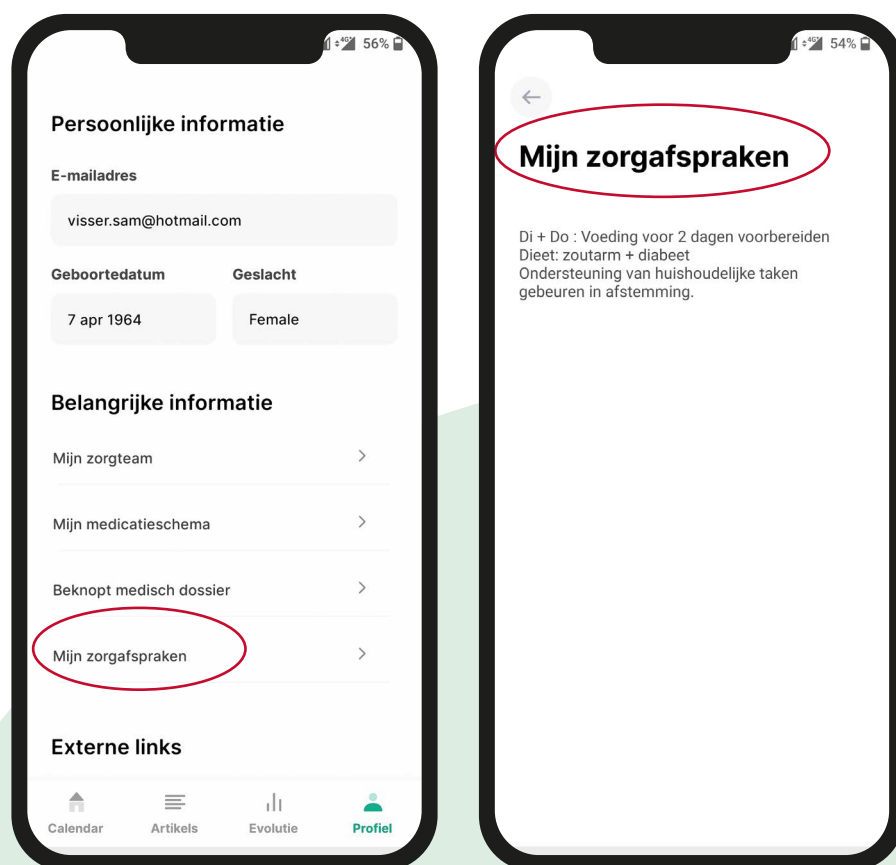


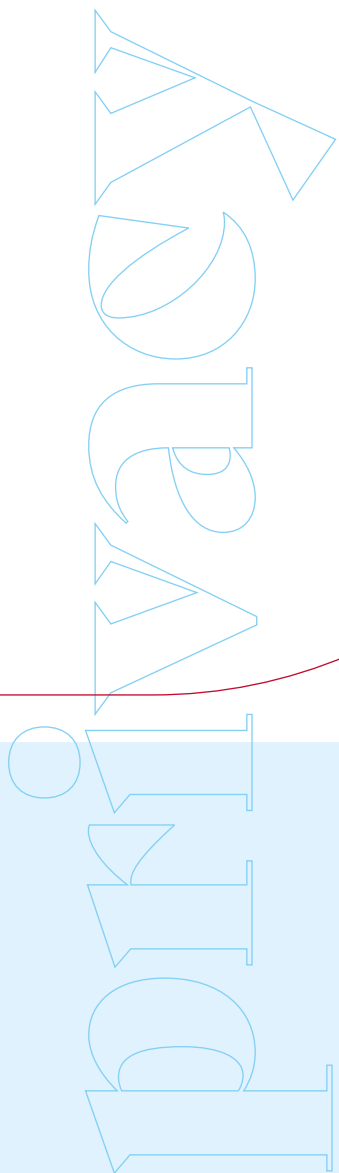
- **Medicatieschema:** hier staan alle medicatieschema's, zowel de oude als de meest recente. Er wordt duidelijk aangegeven welk medicatieschema het meest actueel is. Zorgverleners hebben de mogelijkheid om nieuwe medicatieschema's toe te voegen.



- **Beknopt medisch dossier:** het beknopt medisch dossier (of Sumehr = Summarized Electronic Health Record) bevat een overzicht van alle allergieën, behandelingen, aandoeningen, reacties op medicatie, sociale en andere risicofactoren. Deze informatie is zichtbaar voor de patiënt en de zorgverleners (eventueel na een bijkomende toestemming door de patiënt).

- **Zorgafspraken:** zorgondersteunende diensten werken met zorgafspraken. Hier staan mededelingen als 'de verzorgende helpt bij het bereiden van de maaltijden', 'de cliënt kan groenten snijden' of 'er wordt zoutarm gekookt'.





2.1.2 Een dashboard voor zorgverleners

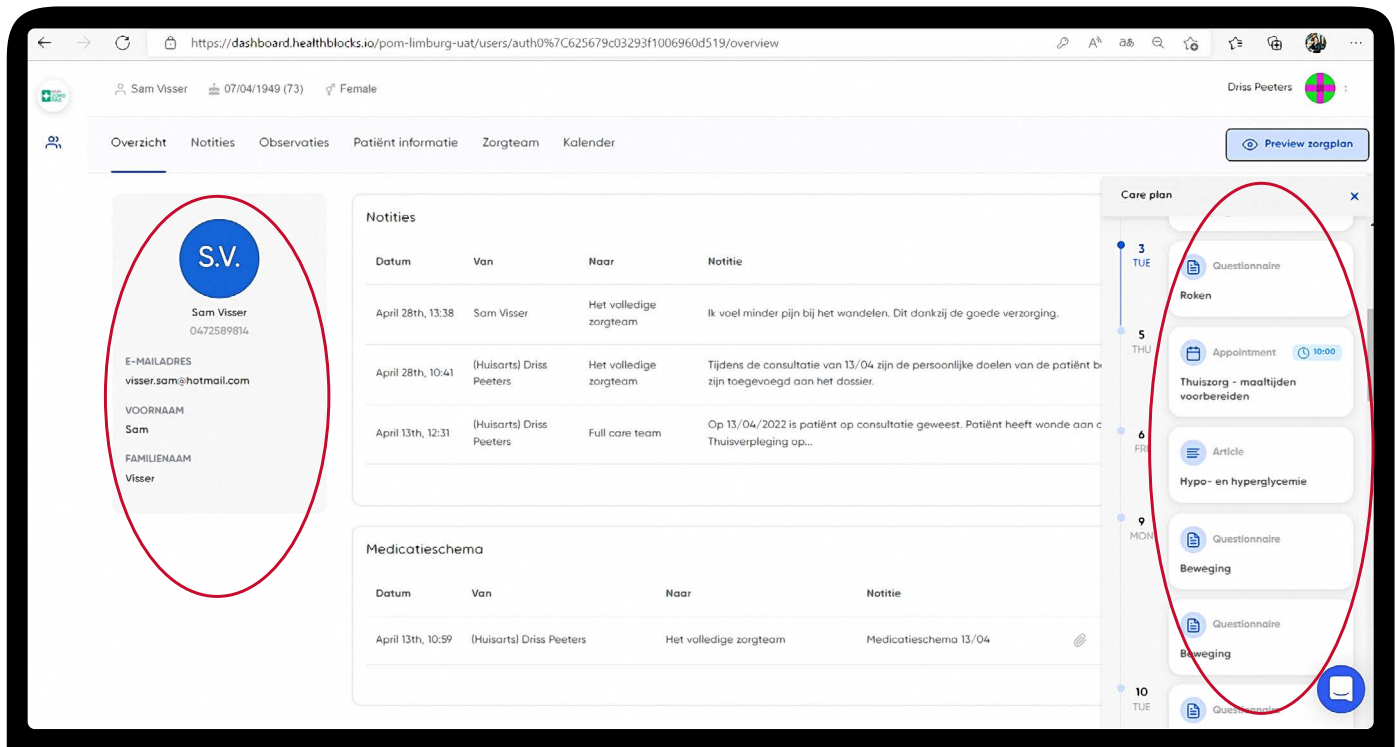
Via een dashboard kunnen zorgverleners de gegevens van hun patiënten bekijken en beheren. Daardoor zullen ze daar eindelijk meer zicht op krijgen. Tot nu toe hebben ze in theorie wel vaak toegang tot bijvoorbeeld laboresultaten, maar is dat door softwareproblemen in de praktijk toch onmogelijk. De zorgverleners kunnen ook in één oogopslag zien welke andere zorgverleners bij een dossier betrokken zijn. Het dashboard ziet er voor elke zorgverlener hetzelfde uit, zodat er geen misverstanden ontstaan.

Patiëntengegevens en privacy

Als je een digitale toepassing ontwikkelt die patiëntengegevens gebruikt, moet je natuurlijk weten welke gegevens je volgens de privacywetgeving mag delen en onder welke voorwaarden.

In België bestaat de zogenaamde eHealth-toegangsmatrix, een systeem dat bepaalt welke zorgverlener toegang heeft tot welke patiëntengegevens. Zo hebben apothekers en zorgondersteunende diensten momenteel geen toegang tot het beknopt medisch dossier, waarin bijvoorbeeld informatie over allergieën, behandelingen en reacties op geneesmiddelen staat. Zorgondersteunende diensten hebben ook geen toegang tot het medicatieschema. Toch kan dat belangrijke informatie voor hen zijn.

Door de experimentele proeftuin in de provincie Limburg hebben we in het kader van dit project een manier gevonden om wat flexibeler met die beperkingen om te gaan. Patiënten konden zorgverleners en welzijnswerkers uit hun zorgteam toestemming geven om informatie in te kijken waartoe ze volgens de eHealth-matrix strikt genomen geen toegang hadden. Zo konden ze hun apotheker toegang geven tot hun beknopt medisch dossier, of welzijnswerkers tot hun medicatieschema. Het was echter niet mogelijk om bestaande toegangen van de eHealth-matrix in te trekken.



Het dashboard voor zorgverleners is ontwikkeld op basis van de app voor patiënten. De inhoud is in wezen dezelfde, alleen is het patiëntenprofiel in het dashboard iets anders ingedeeld. Er zijn zes tabbladen: Overzicht, Notities, Observaties, Patiënteninformatie, Zorgteam, en Kalender. Hieronder overlopen we ze.

Algemeen

- Wanneer een zorgverlener zich aanmeldt, krijgt hij eerst een overzicht van al zijn patiëntendossiers. Via een zoekfunctie kan hij vervolgens gemakkelijk een patiënt naar keuze opzoeken en zijn of haar dossier openen.
- Op elk tabblad ziet de zorgverlener de administratieve gegevens van de patiënt: naam, voornaam, geboortedatum en geslacht. Zo wordt de kans op vergissingen kleiner.
- De zorgverlener kan op elk moment een preview van het zorgplan van de patiënt bekijken. Als hij daarop klikt, verschijnt er een tijdslijn die identiek is aan de tijdslijn die de patiënt ziet in zijn app. Zorgverleners en patiënten zien dus hetzelfde.

Tabblad 1 Overzicht

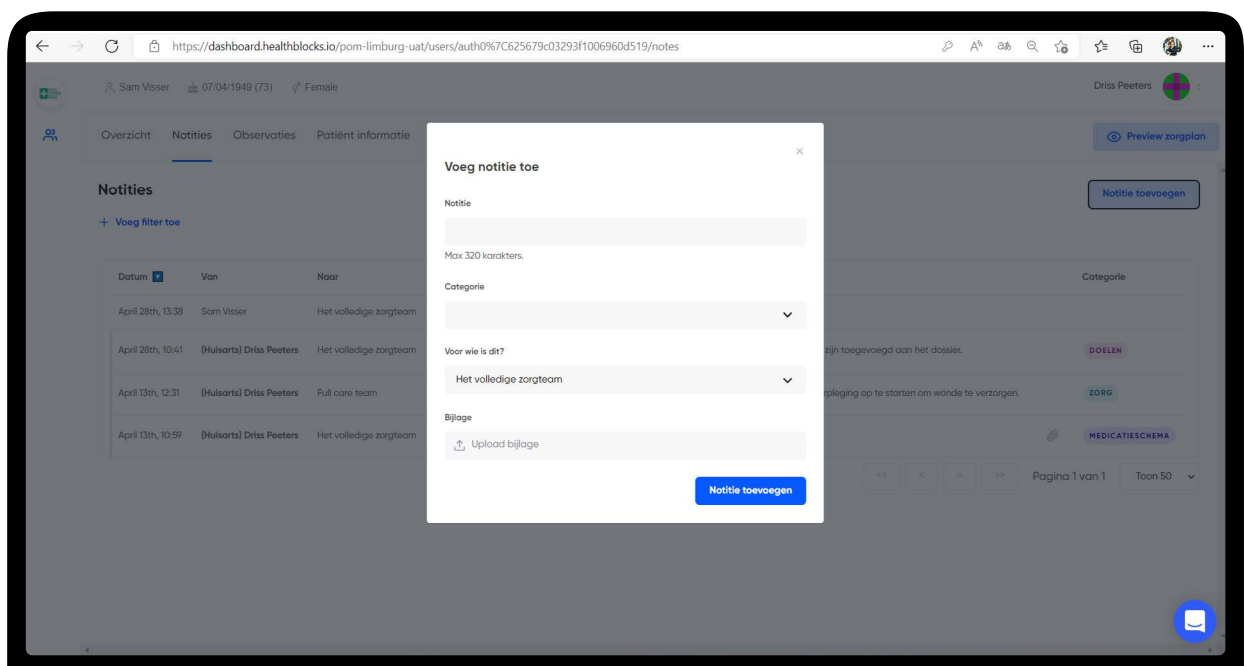
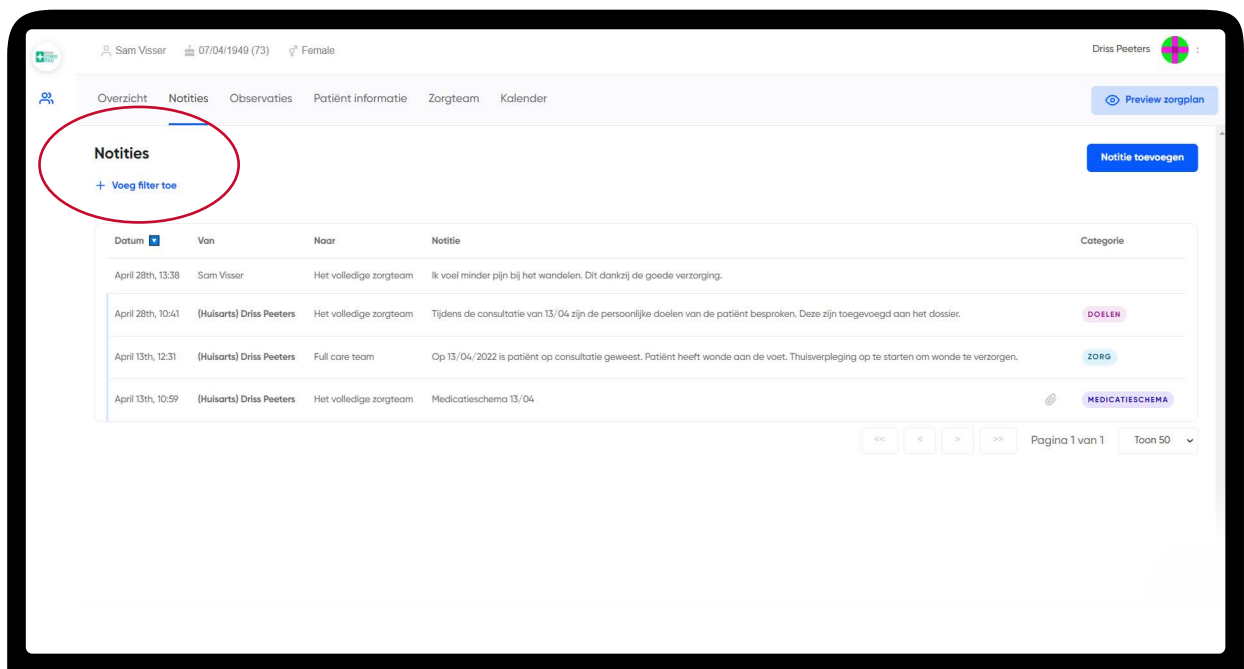
- **Administratieve gegevens van de patiënt**
- **Notities:** hier worden de laatste 5 notities van het hele zorgteam weergegeven. Via dit tabblad kan de zorgverlener ook nieuwe notities toevoegen.
- **Medicatieschema:** hier staan zowel de oude als de meest actuele medicatieschema's verzameld. Zorgverleners kunnen ook nieuwe medicatieschema's toevoegen. Ook hier worden enkel de 5 laatste medicatieschema's weergegeven.

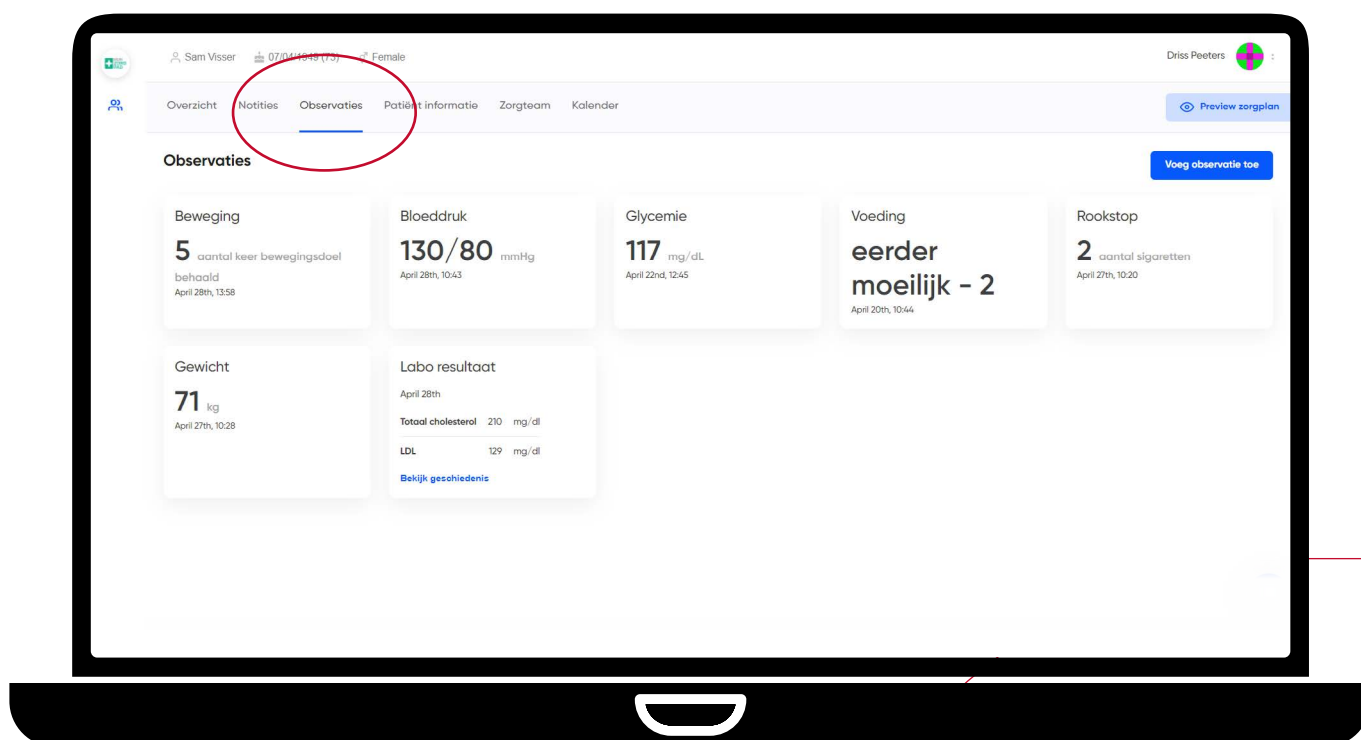
Tabblad 2 Notities

Net zoals patiënten kunnen ook zorgverleners notities of berichten sturen en ontvangen. Ze kunnen daar bovendien één of meer onderwerpen - zoals 'medicatie', 'medicatieschema', 'medisch', 'zorg' en 'doelen' - aan toevoegen en aangeven voor wie het bericht bedoeld is. Zo kunnen andere zorgverleners filteren op berichten die enkel voor hen bestemd zijn. De berichten zijn wel altijd zichtbaar voor het hele zorgteam en de patiënt.

Zorgverleners kunnen ook één of meer bijlagen toevoegen aan hun bericht.

Berichten zijn bedoeld voor niet-dringende vragen of problemen. Voor dringende vragen moeten patiënten rechtstreeks contact opnemen met de betrokken zorgverlener.





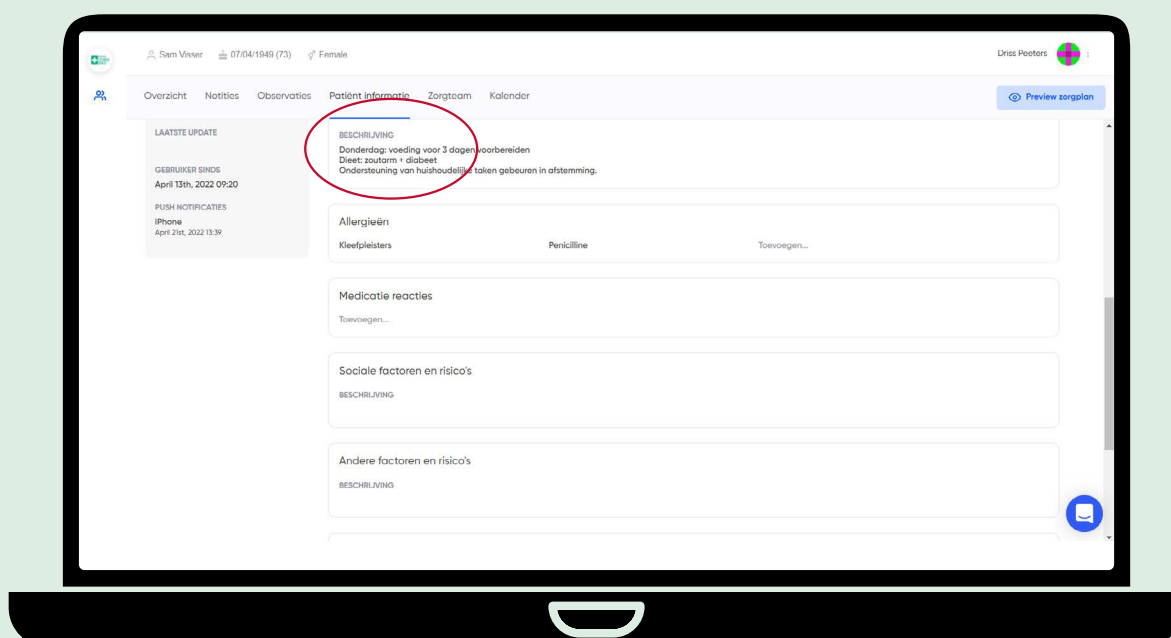
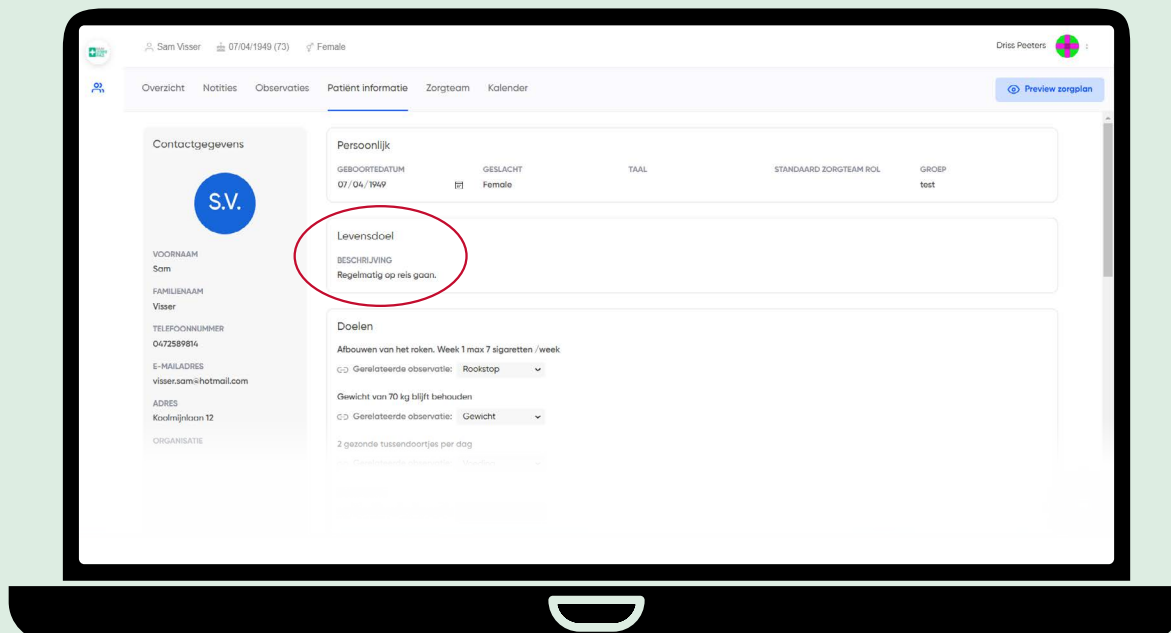
Tabblad 3 Observaties

Dit tabblad komt overeen met de pagina 'evolutie' in de patiëntenapp.

- Laboresultaten: hier staan de resultaten van de laatste bloedafnames
- Parameters: een grafiek geeft meetwaarden als gewicht, bloeddruk of glycemie weer. Zowel het zorgteam als de patiënt kan waarden toevoegen. Beide partijen hebben een ander symbooltje, zodat in één oogopslag duidelijk is wie de waarde heeft ingegeven.

Zowel voor de laboresultaten als voor de parameters

kan de zorgverlener filteren op tijd, waarde, schrijver van de toegevoegde waarden en opmerking.



Tabblad 4 Patiënteninformatie

De volgende onderdelen komen overeen met de pagina 'evolutie' in de patiëntenapp:

- **Levensdoelen:** hier staan de levensdoelen van de patiënt genoteerd.
- **Klinische doelen:** de zorgdoelen (bv. meer bewegen, minder roken, gezonder eten...) zijn gekoppeld aan vragenlijsten. De vorderingen zijn zowel voor de patiënt als voor het zorgteam zichtbaar.
- **Zorgafspraken:** hier worden de afspraken met de gezinszorg weergegeven, zowel voor de patiënt als voor het hele zorgteam.

De volgende onderdelen komen overeen met de pagina 'profiel' in de patiëntenapp:

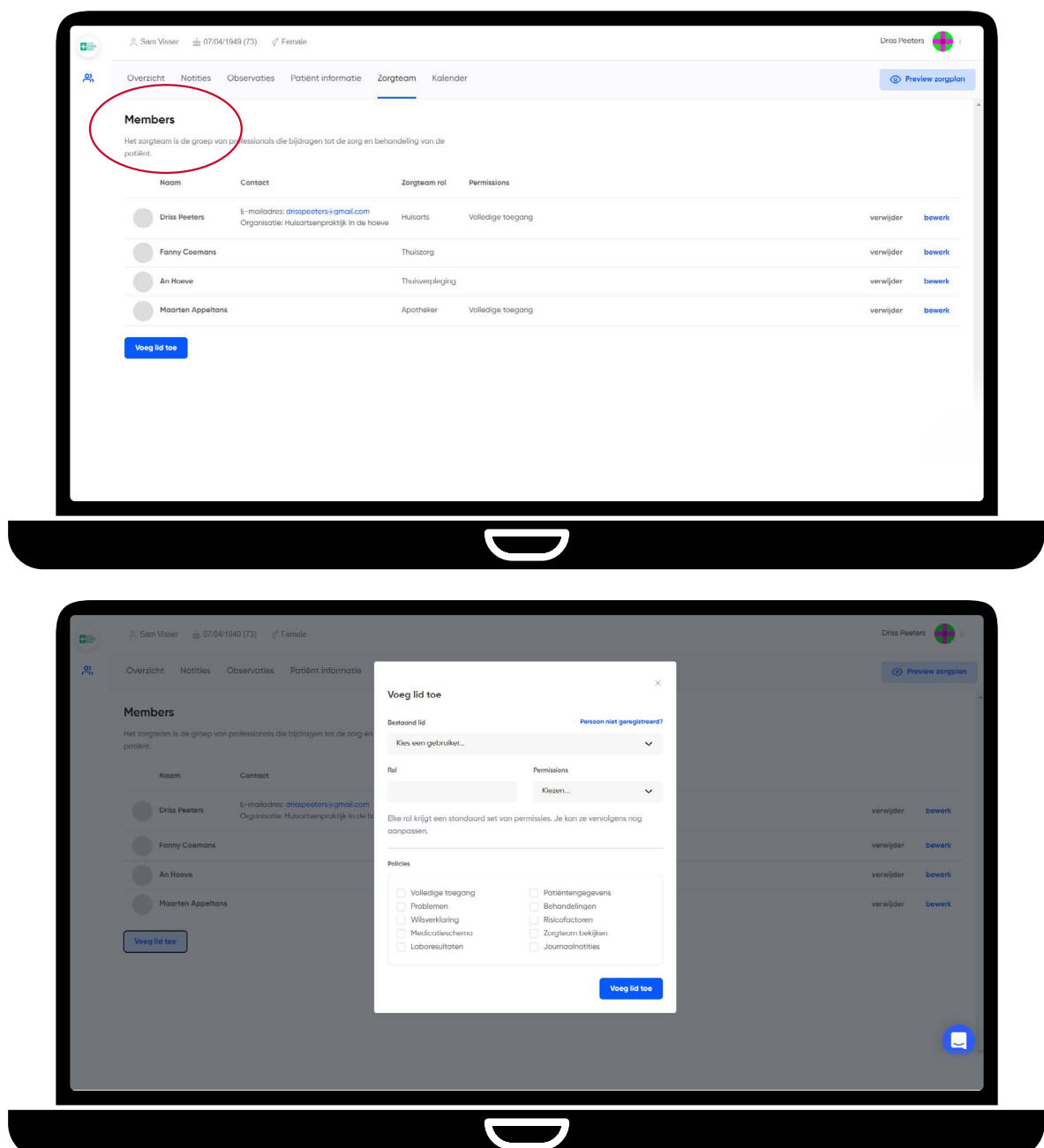
- **Administratieve gegevens van de patiënt**
- **Beknopt medische dossier:** het beknopt medisch dossier (of Sumehr = Summarized Electronic Health Record) bevat een overzicht van alle allergieën, behandelingen, aandoeningen, reacties op medicatie, sociale en andere risicofactoren. Deze informatie is zichtbaar voor de patiënt en de zorgverleners (eventueel na een bijkomende toestemming door de patiënt).

Tabblad 5 Zorgteam

Net zoals de patiënten kunnen ook de zorgverleners een handig overzicht van het zorgteam en hun contactgegevens bekijken. Ze kunnen ook een nieuwe zorgverlener als teamlid toevoegen. Die kan dan zijn of haar eigen contactgegevens aanvullen.

In het dashboard kan de patiënt aan elke zorgverlener gepersonaliseerde toegangsrechten verlenen. Een

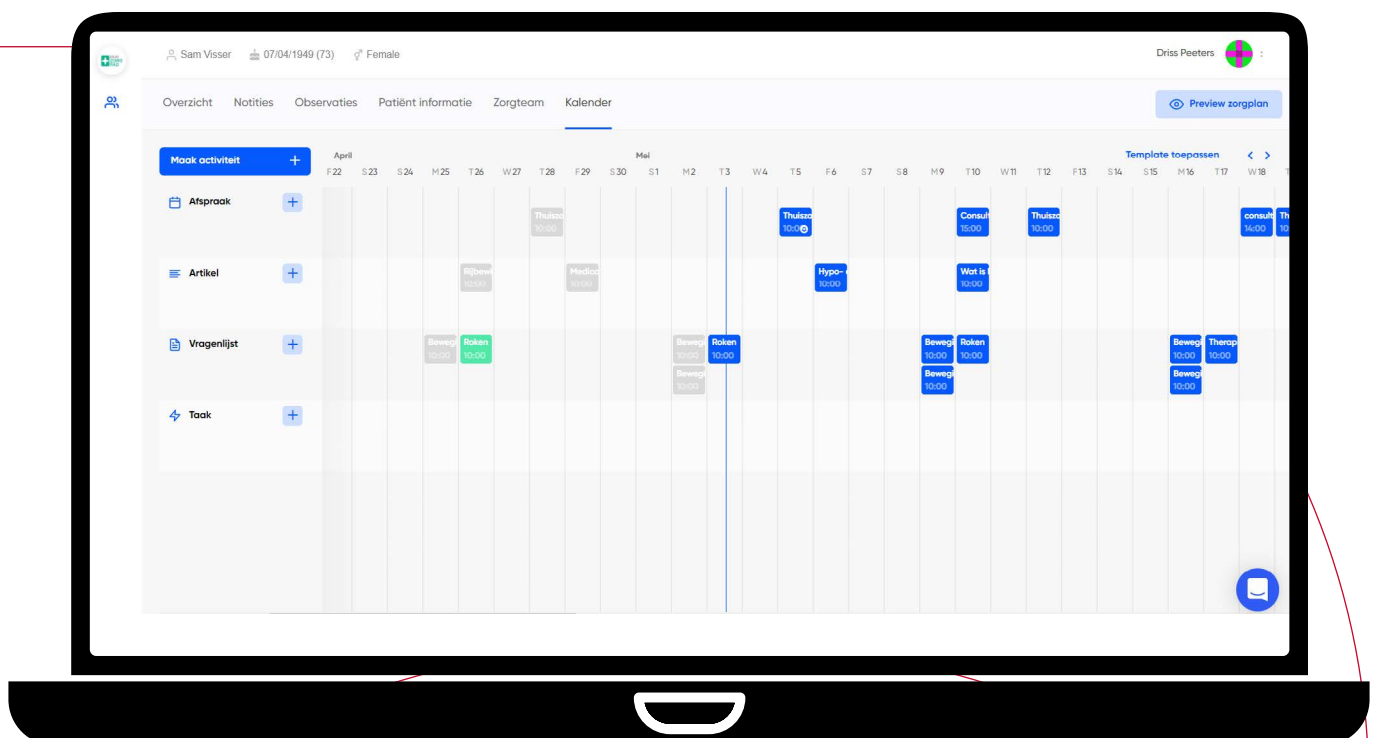
voorbeeld: een apotheker heeft volgens de eHealth-toegangsmatrix toegang tot het medicatieschema, de patiëntengegevens en de journaalnotities. De patiënt kan hem daarnaast ook toegang geven tot het beknopt medisch dossier en de laboresultaten.



Tabblad 6 Kalender

De zorgverlener kan de kalender van de patiënt beheren. Hij kan voor drie items een activiteit aanmaken:

- **Afspraak:** hier kan de zorgverlener afspraken met de patiënt toevoegen. Hij kan ook bestaande afspraken raadplegen of aanpassen. Er staat steeds vermeld met wie en wanneer de afspraak is, en hij kan ook toevoegen waar de afspraak over gaat.
- **Artikel:** de zorgverlener kan artikelen op de kalender plaatsen. Wanneer een arts bijvoorbeeld wil dat de patiënt een artikel over medicatie leest, kan hij het op de tijdslijn van de patiëntenapp laten verschijnen.
- **Vragenlijst:** de zorgverlener kan zien welke vragenlijsten de patiënt heeft ingevuld en zijn antwoorden lezen. Hij kan ook bijkomende vragenlijsten toevoegen, die dan op de tijdslijn van de patiënt verschijnen.



2.1.3 Pilootstudie test app en dashboard in de praktijk

Door alle informatie over hun aandoening te bundelen in één app, verwachten we dat patiënten zelfstandiger beslissingen leren nemen over hun eigen zorg en er zich ook meer bij betrokken gaan voelen. We denken ook dat patiënten en zorgverleners beter met elkaar kunnen communiceren en makkelijk en efficiënt informatie met elkaar kunnen delen. De app zou ook gebruiksvriendelijk moeten zijn voor zowel patiënten als zorgverleners, en goed geaccepteerd worden.

Maar is dat ook wel allemaal zo? Om dat na te gaan, hebben we de app en het dashboard (voor de zorgverleners) getest. Deze pilootstudie zou drie vragen moeten beantwoorden:

1. Welke impact heeft het digitale zorgpad op de **betrokkenheid, het empowerment en de ervaring** van de patiënt?
2. Welke impact heeft het digitale zorgpad op **de communicatie en gegevensdeling** bij de zorgverlener?
3. Zijn de app en het dashboard **gebruiksvriendelijk** en worden ze geaccepteerd door patiënten en zorgverleners?

Ethische Toetsingscommissie

De pilootstudie werd op voorhand goedgekeurd door de ethische toetsingscommissie van het Jessa Ziekenhuis. De commissie wil deelnemers aan dit soort studies beschermen, en ziet erop toe dat studies de toepasselijke wetgeving respecteren.

2.1.3.1 Het verloop van de pilootstudie

De selectie van de deelnemende **patiënten** gebeurde door de huisarts. Ze moesten niet alleen diabetes mellitus type 2 hebben, maar ook onder meer zelfstandig en wilsbekwaam zijn, digitaal onderlegd zijn en de Nederlandse taal beheersen. Patiënten die wilden deelnemen, tekenden een intentieverklaring waarmee ze aangaven dat een medewerker van de studie vrijblijvend contact met hen mocht opnemen. De medewerker was tijdens de studie het aanspreekpunt voor de patiënt – in het jargon: het ‘single point of contact’ (SPOC). De SPOC stond altijd klaar om technische vragen te beantwoorden – handig voor patiënten die niet zo vertrouwd zijn met computers.

Als een patiënt toezegde om deel te nemen, namen we ook contact op met zijn of haar **zorgverleners**. Die kregen dan eveneens uitleg over het project. Dat gebeurde door zogenaamde administratoren. Zij legden de zorgverleners ook een vragenlijst voor

die polste naar hun ervaringen met communicatie en samenwerking. De administratoren waren het aanspreekpunt voor de zorgverleners.

Tijdens de pilootstudie kreeg de patiënt enkele digitale vragenlijsten voorgelegd, de zogeheten PROM/PREM-vragen (patient-reported outcome/experience measures). Die peilen naar de ervaringen van de patiënt met zijn ziektebeeld en hoe dat zijn leven beïnvloedt. De antwoorden kunnen de zorgverleners ondersteunen bij een gerichte behandeling. Aan het eind van de studie legde de SPOC de patiënt een vragenlijst over zijn/haar betrokkenheid voor, plus een vragenlijst over zijn/haar gebruikservaring met de app. De SPOC nam van de patiënt ook een diepte-interview af. Tegelijk namen de administratoren een nieuwe vragenlijst en een diepte-interview af bij de zorgverleners.

De studie liep van september 2021 tot april 2022.

De pilootstudie in cijfers

Er waren **20 patiënten geïnteresseerd**, van wie er uiteindelijk **13 hebben deelgenomen: 8 mannen en 5 vrouwen**, met een **gemiddelde leeftijd van 58 jaar**. Ze namen gemiddeld 130 dagen deel aan de studie. Er is een activiteit van bijna 34 uur gemeten. In de loop van de studie hebben 2 patiënten hun medewerking stopgezet.

In totaal waren er **16 zorgverleners** bij de studie betrokken: **5 huisartsen, 8 apothekers, 2 verpleegkundigen en 1 verzorgende**. Tijdens de studie heeft één verpleegkundige afgehaakt. Er is een activiteit van ongeveer 66,5 uur gemeten.

Verder waren er **7 administratoren**, die alles in goede banen probeerden te leiden en als contactpunt voor de zorgverleners optraden, en **1 single point of contact**, die patiënten hielp als ze problemen ondervonden en uitleg gaf over de toepassing.

2.1.3.2 Resultaten pilootstudie

Welke impact heeft het digitale zorgpad op de betrokkenheid, het empowerment en de ervaring van de patiënt?

Om een beeld te krijgen van de impact van het digitale zorgpad, vergeleken we vragenlijsten, interviews en activiteitenlogs. Uit de interviews bleek dat patiënten **uiteenlopende meningen** hadden over de impact op hun zorg. Sommigen ervoeren de app als een soort begeleiding en zagen een duidelijke meerwaarde, bijvoorbeeld omdat ze hun suikerwaarden konden opvolgen. Voor anderen was dat dan weer niet het geval. Verschillende patiënten gaven ook aan dat de app een **positief effect op hun levenskwaliteit** had omdat ze hen ertoe aanzette bewuster bezig te zijn met hun aandoening. Ze wezen vooral op de aangeboden artikels, de mogelijkheid om waarden in te geven en het opvolgen van doelen.

Gevraagd naar de **algemene kwaliteit van de zorg** gaven de meeste patiënten **hoge scores**, zowel aan het begin als aan het eind van de studie. Ze waren dus al vrij tevreden met de manier waarop hun zorg georganiseerd was, kregen voldoende informatie en ondersteuning en voelden zich goed bij hun behandeling. Enkele patiënten meldden echter opvallende veranderingen in hun ervaring voor en na het gebruik van de app. Eén patiënt vond vóór de start van de studie dat hij/zij te weinig informatie kreeg, maar was daar na afloop aanzienlijk positiever over. Een andere patiënt meldde dan weer een verslechtering in hoe hij/zij zich voelde bij de behandeling. Misschien valt zo'n slechtere score ná het gebruik van de app te verklaren doordat patiënten meer gingen nadenken over de vragen, of oplettender werden nadat ze de eerste vragenlijst ingevuld hadden, en dus kritischer keken naar hun zorg.

Net zoals ze over het algemeen tevreden waren over de zorg, hadden de meeste patiënten al een open en transparante relatie met hun zorgverstrekkers. Ze rapporteerden wel een **verbeterde relatie en communicatie tussen huisarts en apotheker als het ging om de medicatie**. Niet vreemd misschien: enkele medicatieschema's uit het dossier van de huisarts bleken fouten te bevatten of gedateerd te zijn, waarna

de apotheker een recenter medicatieschema ter beschikking stelde. Dat toont goed aan hoe belangrijk het is dat de verschillende zorgverleners daarover waken, samen met de patiënt. Meer dan de helft van de deelnemers plaatste een notitie die voor het hele zorgteam zichtbaar was. Ook uit de interviews bleek dat de meeste patiënten **geen probleem hadden om informatie te delen met het volledige zorgteam**, onder meer omdat ze zo sneller fouten kunnen rechtzetten. Een uitzondering zouden mensen met een ondersteunende rol zijn, zoals huishoudhulp. Het zou dus zeker een meerwaarde zijn als patiënten zelf konden bepalen wie hun gegevens mag inzien.

We hebben ook gepolst wat de patiënten de **meest relevante aspecten van de app** vonden, en daarin stelden we opvallende verschillen vast. Sommige patiënten zagen geen meerwaarde in de aangeboden artikels of in de mogelijkheid om doelen op te volgen, terwijl dat voor anderen juist de belangrijkste reden zou zijn om de app te gebruiken. Een ideale app voor alle gebruikers bestaat dus niet. Hier zou het een oplossing kunnen zijn als je de app zou kunnen personaliseren, bijvoorbeeld door bepaalde onderdelen of meldingen in of uit te schakelen.

Patiënten gaven ook **feedback over de verschillende functies**. **Artikels** bieden een meerwaarde, maar toch is er ruimte voor verbetering: medisch vakjargon vermijden, de geschatte leesduur vermelden, het aanbod uitbreiden en eventueel meldingen geven als er nieuwe artikels beschikbaar komen. Het opzet van de doelen was niet voor alle patiënten even duidelijk, en dan met name wie die **doelen** zou moeten bepalen. Aan de andere kant vonden verschillende patiënten het wel positief dat ze hun evolutie kunnen opvolgen, bijvoorbeeld hun glycemiewaarden kunnen opvolgen. **Filters** en de **kalenderfunctie** bleken niet voor iedereen relevant. De mogelijkheid om zelf afspraken in de kalender te zetten zou een verbetering kunnen zijn. **Grafieken** bleken nuttig, al was er een duidelijke

vraag om de mogelijkheden verder uit te breiden. De **vragenlijsten** werden over het algemeen als positief ervaren, om na te denken over aspecten van hun zorg of als motivatie, maar verschillende patiënten vonden het een minpunt dat ze geen score of feedback kregen. Er werden ook een aantal technische problemen gemeld. De notities zouden de drempel kunnen verlagen en daardoor een meerwaarde kunnen zijn, maar de meeste patiënten klaagden over een gebrek aan respons en vroegen zich af of de **notities** zelfs wel gelezen werden. Gebruikersdata bevestigden dat: slechts één enkele zorgverlener antwoordde eenmalig op een bericht in de notities. Meer dan de helft van de notities hield trouwens verband met technische aspecten van de app. Het doel van de notities zou dus duidelijker afgelijnd moeten worden. Een enkele patiënt gaf aan de **externe links** te appreciëren; een uitbreiding van het aantal links zou nuttig kunnen zijn.

De toepassing bevatte ook **PROM/PREM-bevragingen** (patient-reported outcome/experience measures), die peilen naar de ervaringen van de patiënt met zijn ziektebeeld en hoe dat zijn leven beïnvloedt. Meer dan de helft van de patiënten vulde die vragenlijsten in. Uit de antwoorden bleek dat de meesten het gevoel hadden vrij goed geïnformeerd te zijn over hun aandoening, wat in de interviews bevestigd werd. **De vragenlijsten over impact en doelen zijn voor de zorgverleners goede aanknopingspunten om problemen op het spoor te komen.** Zo werden er gevoelens van angst en verdriet gerapporteerd, en iemand gaf aan dat hij/zij door een moeilijke periode ging. Zulke meldingen

zouden opgepikt moeten worden door zorgverleners, die er vervolgens met de patiënt over in gesprek zouden gaan – zo maak je patient empowerment concreet. De zorgverleners gaven echter geen feedback op de vragenlijsten, waardoor patiënten zich afvroegen waarom ze er eigenlijk tijd in geïnvesteerd hadden. **Een duidelijke aflijning van de verantwoordelijkheden van de verschillende zorgverleners** is belangrijk om daar verbetering in te brengen.

Ten slotte bevat de toepassing ook de mogelijkheid om verschillende **parameters** in te vullen en op te volgen. Ongeveer de helft van de patiënten maakte daarvan gebruik, van wie drie intensief. Vooral bloeddruk, glycemie en gewicht werden regelmatig ingevuld, maar sommigen volgden ook hun voeding, beweging en buikontrek op. We zien geen duidelijke evolutie in de parameters, aangezien de meeste patiënten al goede waarden hadden bij de start van de studie. Individuele patiënten boekten wel kleine successen, zoals gewichtsverlies en meer fysieke activiteit. Mogelijk heeft de app hier als ondersteuning of motivering gefunctioneerd. Maar ook hier waren de meningen verdeeld: voor sommige deelnemers hadden de parameters een meerwaarde, terwijl andere er minder mee bezig zijn.

Samengevat kunnen we stellen dat de app voor een deel van de patiënten de empowerment en betrokkenheid kan versterken, op voorwaarde dat er aan enkele voorwaarden voldaan is. We gaan hier verder op in bij de aanbevelingen.

Gebruik van de app door patiënten in cijfers

- In totaal werden 623 sessies als relevant beschouwd.
- De meeste van die sessies (77%) werden door 3 patiënten gelogd (resp. 21%, 35% en 21%).
- 94% van de sessies duurde minder dan 10 minuten (actief gespendeerde tijd). 51% zat tussen de 1 en de 5 minuten, en 32% beperkte zich tot maximaal een minuut.
- In 95% van de sessies werd de kalenderpagina bezocht (niet vreemd, want dat is de startpagina na het inloggen).
- 78% van de sessies bevat een bezoek aan de *evolutietab* (met parameters, labowaarden en doelstellingen).
- In 27% van de sessies werd het profiel geopend.

Welke impact heeft het digitale zorgpad op de communicatie en gegevensdeling bij de zorgverlener?

Alle zorgverleners zien een duidelijke meerwaarde van de app voor de patiënt. Er zijn echter duidelijke verschillen tussen artsen enerzijds en apothekers anderzijds als het gaat om de impact van het dashboard op hun eigen praktijkvoering en hun onderlinge samenwerking.

De huisartsen gaven aan géén impact te ervaren op hun praktijkvoering of op de samenwerking met andere zorgverleners. Belangrijk om mee te geven: huisartsen waren al vóór de studie best tevreden over de manier waarop de zorg en de communicatie met andere zorgverleners georganiseerd was. Ze scoorden vooral vrij positief op als het ging om de beschikbare info die ze nodig hebben om kwalitatieve zorg te leveren en om de onderlinge afstemming tussen de disciplines. Vooraf gaven ze wel aan dat er nog ruimte tot verbetering was op vlak van informatie-uitwisseling tussen de disciplines. Daar zien we achteraf wel positievere scores optreden. Dat blijkt ook uit de interviews, waarin de artsen aangaven dat tools zoals dit dashboard zeker het potentieel hebben om de samenwerking binnen het zorgteam te bevorderen. Ze vinden wel dat het dashboard **geïntegreerd** zou moeten zijn in het medisch dossier en maar een **beperkte tijdsinvestering** zou mogen vergen. De artsen lieten ook weten dat ze geen nieuwe zorgnoden op het spoor gekomen waren, maar patiënten hebben toch problemen gesignaleerd – dat blijkt uit hun antwoorden op vragenlijsten en notities. De patiënten verwachtten dat de zorgverleners daarop zouden reageren, maar ondanks het beperkte aantal berichten gebeurde dat niet. Artsen zeiden op te zien tegen het extra werk, en zijn ook bang overspoeld te worden met vragen. Bovendien was er geen **notificatie** om zorgverleners te wijzen op nieuwe berichten. Opvolging op afstand, bijvoorbeeld door een diabetescoach, zou een goed idee kunnen zijn. Eén ding is duidelijk: de meerwaarde voor de patiënt en de haalbaarheid voor de arts moeten beter op elkaar afgestemd worden.

In tegenstelling tot de artsen **ervoeren de apothekers wel een positieve impact van het dashboard.** Die gaf hen naar eigen zeggen meer het gevoel dat ze de informatie krijgen die ze nodig hebben om kwalitatieve

zorg te leveren. Ook vonden zij de informatie-uitwisseling na afloop beter georganiseerd dan bij het begin. Voor sommige patiënten bleken er bijvoorbeeld verschillende medicatieschema's in omloop te zijn, maar dankzij het dashboard kon dat snel opgepikt en gecorrigeerd worden. De apothekers vonden het ook een voordeel dat ze een overzicht kregen van het zorgteam. Verder vonden ze de notities beter en veiliger om te communiceren dan e-mail, ondanks het beperkte gebruik ervan tijdens de studie. Notities werden ook ervaren als minder storend voor artsen dan telefonisch contact. Anderzijds vonden ook apothekers de tijdsinvestering een mogelijk nadeel, en gaven ze aan dat de meerwaarde van het dashboard sterk afhankelijk is van de situatie van de patiënt.

Qua **functies** vonden de artsen vooral de observaties en de bijbehorende grafieken interessant, net als het feit dat het zorgteam teruggevonden kan worden. De apothekers waardeerden vooral de doelen en bloedresultaten, om de evolutie van de patiënt mee op te volgen en doseringen aan te passen. Enkele artsen en apothekers halen aan dat het handig is om een overzicht van het volledige zorgteam te hebben, vooral omdat dat af en toe verandert. Alle zorgverleners gaven aan dat het digitale zorgpad in de bestaande digitale dossiers geïntegreerd zou moeten zijn om een succes te kunnen zijn.

De ervaringen met **notities** waren wisselend. Huisartsen schreven geen enkele notitie en antwoordden er ook niet op; één apotheker en één thuisverpleegkundige schreven een notitie. De zorgverleners gebruikten de notities dus minder dan de patiënten. Uit de interviews bleek dat artsen gemengde gevoelens hebben bij de notities. Sommige artsen gaven aan er te weinig tijd voor te hebben en vroegen zich af of de notities geen te hoge verwachtingen zouden scheppen bij de patiënten. Duidelijkere richtlijnen over het gebruik lijken op hun plaats. Apothekers stonden iets neutraler tegenover de notities, en gaven aan dat die hen konden helpen om op een veilige manier te communiceren met artsen en andere zorgverleners. Zorgverleners vonden het geen probleem dat notities met het hele zorgteam - inclusief de patiënt - gedeeld werden, weliswaar met de

kanttekening dat het in delicate situaties mogelijk niet ideaal zou zijn.

De opvallende verschillen tussen de ervaringen van artsen en apothekers zijn een belangrijk punt om mee te nemen in het ontwerp van toekomstige toepassingen. Willen we de grootste meerwaarde voor alle betrokken partijen creëren, dan zullen we **tegemoet moeten komen aan de uiteenlopende noden van de verschillende zorgverleners**.

Gebruik van het dashboard door zorgverleners in cijfers:

- In totaal werden 106 sessies als relevant beschouwd.
- Apothekers deden 60% van de sessies, huisartsen 32%, verpleegkundigen 7% en thuiszorg 1%.
- 57,5% van de sessies duurde minder dan 5 minuten (actief gespendeerde tijd).
- De drie meest bezochte items waren 1) profile overview (startpagina), 2) communicatie en 3) observatie. Vermoedelijk werden deze functies het meest bezocht omdat de informatie er frequent verandert.

Zijn de app en het dashboard gebruiksvriendelijk, en worden ze door patiënten en zorgverleners geaccepteerd?

De patiënten scoorden vrij hoog op alle bevraagde onderdelen die te maken hadden met de gebruiksvriendelijkheid en acceptatie van de app, met uitzondering van één patiënt. Na terugkoppeling met deze patiënt en de betrokken zorgverleners, blijkt dat deze persoon misschien niet het meeste baat had bij het gebruik van de toepassing. Onderdelen die hoog scoorden waren de hoeveelheid informatie en de duidelijkheid ervan, gevolgd door een vlotte ingebruikname, de meerwaarde voor de patiënt, de mogelijkheid om gegevens toe te voegen en de vraag of ze de app aan anderen zouden aanraden. Ook uit de interviews kwam naar voren dat patiënten de app vooral gebruiksvriendelijk vonden. Informatie was goed geordend, artikels waren logisch opgebouwd, het beginscherm was duidelijk... De minst gunstige score kwam op de vraag of er voldoende herinneringen en meldingen waren. Dat kwam ook als verbeteringsuggestie naar voren uit de interviews. De score voor gebruiksgemak was wel sterk gespreid, wat nogmaals aantoont hoe belangrijk het is om het doelpubliek goed te identificeren.

Als we het **gebruik van de app in detail** bekijken, zien we dat 94% van de sessies minder dan 10 minuten duurden, en de helft zelfs minder dan 5 minuten. Het

vaakst werd de kalenderpagina bezocht, die eveneens de startpagina is en van waar je verder kan klikken naar de artikels, de vragenlijst enzovoort. Daarnaast bezochten patiënten vooral het hoofdstukje evolutie, om bloeddruk- en glycemiewaarden in te geven of op te volgen. Ook gewicht en buikomtrek gaven ze hier in. Het minst klikten ze op de externe links die bijvoorbeeld doorverwijzen naar patiëntenorganisaties. Toch vonden sommige patiënten dat een interessant onderdeel. De artikels over medicatie, uitleg over de betrokken zorgactoren en het rijbewijs werden het vaakst geopend. Ook de artikels 'voortraject en diabetes' en 'seksualiteit' werden geregeld opnieuw geopend, mogelijk omdat er nieuwe of relevante informatie te vinden was.

Als **voornaamste probleem bij het gebruik** kwamen de **inlogprocedure en technische problemen** naar voren. Dat bleek ook uit de gebruikersdata: zowat één vijfde van de sessies waren mislukte inlogpogingen, en het kostte de doorsneegebruiker zo'n 44 seconden om ingelogd te raken. Een belangrijke les: de gegevens moeten goed beveiligd worden, maar toch ook voldoende vlot toegankelijk zijn. Patiënten haalden ook heel wat verbeterpunten aan, zoals de mogelijkheid om zelf afspraken en bloedwaarden te kunnen



ingeven, sommige metingen sneller en eenvoudiger te kunnen ingeven, meer meldingen te ontvangen... Ook interessant: de meeste patiënten zouden deze (of een soortgelijke) app aan anderen aanbevelen, als aan bovenstaande voorwaarden voldaan is.

Bij de zorgverleners scoorde de gebruiksvriendelijkheid iets lager dan bij de patiënten. Een rechtstreekse vergelijking tussen beide groepen kunnen we echter niet maken, aangezien het dashboard en de app compleet verschillend zijn in lay-out en gebruik. De meeste zorgverleners vonden het dashboard in deze vorm geen overduidelijke steun bij hun organisatie van de zorg. Over de grafieken en afbeeldingen waren ze vrij positief, net zoals over de duidelijkheid van de aangeboden info. Wat het gebruik betreft: twee derde van de sessies duurde minder dan 10 minuten, en 57,5% zelfs minder dan 5 minuten. Ook de zorgverleners raadpleegden het vaakst het profieloverzicht, waar je op uitkomt na het inloggen en als je wisselt naar een andere patiënt. Na het profieloverzicht werden het communicatieoverzicht en het observatieoverzicht het vaakst bezocht. Niet helemaal onverwacht, want juist die onderdelen bevatten veranderlijke informatie, terwijl de onderdelen zorgteam en profielinformatie vooral gegevens bevatten die je alleen bekijkt wanneer het nodig is. In 80% van de gevallen duurde het minder dan één minuut om een

onderdeel te bekijken. Zorgverleners besteedden meer tijd aan het communicatieoverzicht dan aan de andere onderdelen - zeker dan de observaties, waar je dankzij de grafieken in één oogopslag een hoop informatie krijgt. De observaties waren voor huisartsen duidelijk interessanter dan voor de andere zorgverleners: zij keken er vaker naar.

Ook de zorgverleners haalden enkele **verbeterpunten** aan, zoals koppelingen met eigen softwarepakketten, een eenvoudigere inlogprocedure, voldoende opleiding en ondersteuning bij het gebruik, en de mogelijkheid om meldingen in te stellen.

Samengevat zien zowel patiënten als zorgverleners het potentieel van dergelijke, op voorwaarde dat er aan enkele voorwaarden voldaan is.

Beperkingen van de studie

Dit project had tot doel een testmodel ('proof of concept') te ontwikkelen en in de dagelijkse praktijk te testen bij een beperkte groep patiënten en zorgverleners. We wilden nagaan of functies zoals een journaal, een agenda en een overzicht van het zorgteam ook daadwerkelijk een meerwaarde hebben. De ontwikkeling heeft voorlopig geen permanent karakter.

Over het algemeen was de studie een succes, en een belangrijke stap in de verdere digitalisatie van onze gezondheidszorg. Toch waren er ook enkele beperkingen:

- Het gros van de patiënten (9 van de 13) werd door slechts 2 huisartsen gerekruteerd.
- Drie patiënten waren verantwoordelijk voor 77% van de activiteit op de app.
- Het aantal deelnemende thuisverplegers en medewerkers van thuiszorg was beperkt, waardoor we voor deze groep weinig conclusies kunnen trekken.
- Events (registraties van handelingen op de app of het dashboard) werden niet altijd correct geregistreerd.
- De inclusie en motivering van patiënten en zorgverleners verliep moeizaam, vanwege:
 - o Beperkte geografische spreiding van de zorgverleners en de vele partners die bij de zorg betrokken moesten zijn
 - o Zeer specifiek doelpubliek (inclusie- en exclusiecriteria)
 - o Huisartsen moesten subjectief inschatten of patiënten al dan niet konden deelnemen - mogelijk hebben ze sommige patiënten onderschat
 - o Hoge werkdruk bij de zorgverleners: dat leidde ertoe dat hun motivatie beperkt was, net als hun beschikbare tijd
 - o Veel patiënten die aanvankelijk een intentieverklaring getekend hadden, wensten uiteindelijk toch niet deel te nemen. Daar waren allerlei redenen voor: corona, te weinig tijd, onzekerheid over digitale geletterdheid...
- De 'single point of contact' heeft zeer intensief met de patiënten gewerkt en hen gestimuleerd om de app te gebruiken: dat heeft mogelijk invloed gehad op het gelogde gebruik.
- Technische problemen hebben het gebruik van de app belemmerd en ontmoedigd.
- Automatische koppelingen met pakketten van zorgverleners ontbraken, dus alles moest manueel ingevoerd worden, wat de informatiedoorstroming soms vertraagde.

conclusie

Conclusie

Iedereen ziet de potentiële meerwaarde van een digitale toepassing waartoe alle leden van het zorgteam én de patiënt toegang hebben. De resultaten van onze studie geven aan dat zo'n app niet voor iedereen even interessant is, maar dat er wel degelijk een **doelgroep is die er intensief gebruik van zal maken en er baat bij zal hebben**. We zullen die doelgroep dus voldoende duidelijk moeten definiëren en vervolgens moeten inspelen op hun specifieke noden.

Chronische en/of complexe zorg wordt momenteel vooral verstrekt aan een generatie ouderen die niet allemaal even digitaal onderlegd zijn of per se nood hebben aan digitale ondersteuning. Dat zal in de toekomst vermoedelijk veranderen, maar op korte termijn moeten we er rekening mee houden. Aan deze studie deden geïnteresseerde en intrinsiek gemotiveerde mensen mee, maar als we het project uitbreiden naar de algemene bevolking zullen onvermijdelijk veel mensen uit de boot vallen. Ook dat moeten we meenemen in de verdere ontwikkeling van dit soort toepassingen.

Het digitaal dossier moet niet alleen inspelen op de noden van het doelpubliek, maar ook **voldoen aan enkele technische voorwaarden**. Zo moet **ze** geïntegreerd zijn in de software van zorgverleners, en voldoende intuïtief en interactief zijn voor wie ermee werkt. Er moet ook aandacht zijn voor de tijdsinvestering die zo'n toepassing vraagt van zorgverleners - die kampen nu al vaak met tijdsgebrek. De meerwaarde moet voor zorgverleners én de patiënt duidelijk zijn, om te vermijden dat dit 'een zoveelste nieuwe digitale toepassing' wordt. **Dit onderzoek levert verschillende concrete aanbevelingen** die ongetwijfeld zullen helpen om aan die voorwaarden tegemoet te komen. Ze worden overhandigd aan het Agentschap Zorg en Gezondheid, als voorbereiding op het Vlaamse DZOP (digitaal zorg- en ondersteuningsplan).



Jolien Nelissen

arts-projectmedewerker Jessa Ziekenhuis

Emilie Weyens

projectmedewerker Jessa Ziekenhuis



We hadden allebei een achtergrond in de eerste lijn, als huisarts en kinesitherapeut, voor we aan de slag gingen in het ziekenhuis. In dit project probeerden we de brug te slaan tussen die twee omgevingen. Dat was niet altijd evident, en het bracht wel wat uitdagingen mee. Toch was het een leerrijk en interessant project, dat veel opportuniteiten biedt. Het deed ons nog maar eens beseffen dat iedereen in de zorgsector hetzelfde doel heeft: de patiënt centraal stellen en kwalitatieve, efficiënt georganiseerde zorg leveren. Digitalisering biedt op dat vlak veel mogelijkheden en is ongetwijfeld de toekomst. Met dit project hopen we alvast een bijdrage geleverd te hebben.



Daphne Conings en Caro Philippe

Verpleegkundig projectmedewerkers bij Wit-Gele Kruis Limburg

Als thuisverpleegkundigen vinden we het belangrijk om de visie van onze organisatie mee te nemen in dit project. We willen de schakel zijn tussen de patiënt, de eerste en de tweede lijn. Dat is belangrijk om het zorgproces van de patiënt zo optimaal mogelijk te laten verlopen.

Het Wit-Gele Kruis zet al enkele jaren in op innovatie en betreft zijn medewerkers bij de digitalisatie van de zorg. Als inhoudsdeskundigen hebben we in dit project geprobeerd de ontbrekende schakels in de bestaande systemen aan te pakken. We hopen binnen onze organisatie verder te kunnen inzetten op een digitaal gedeeld patiëntendossier.

Voor ons beiden was het project een leerproces, waarin we zowel persoonlijk als professioneel onze talenten verder konden ontwikkelen. Dat ging met vallen en opstaan, maar we zijn erg tevreden met het resultaat dat we konden neerzetten. We zijn trots dat we de kans kregen om mee te werken aan dit project.

Sandra Christiaens

Expert eerste lijn en externe relaties Regio Zuid bij i-mens en

Ingrid Rens

Projectmedewerker Zorg en Technologie bij Ferm Thuiszorg

We werden nauw betrokken bij de ontwikkeling van de app, ook al was dat niet altijd simpel. We hebben samengewerkt met softwareontwikkelaars die wel van een andere planeet leken te komen! De taal die ze gebruikten en de technische aspecten van de zaak waren soms moeilijk te volgen. Maar met volharding en inlevingsvermogen hebben we toch een bijdrage kunnen leveren aan de ontwikkeling van de app.

Zowel onze cliënt als onze verzorgende waren enthousiast om de app te kunnen testen. Hun nieuwsgierigheid was geprikkeld, en de verwachtingen

waren hooggespannen. Vroeger communiceerden ze mondeling en schreven ze in papieren schriftjes of op losse velletjes. De digitale toepassing was dus nieuw, maar het was een boeiende ervaring voor ons allemaal. We hebben kunnen kennismaken met een digitaal platform waarin informatie kon worden gedeeld, waarin het zorgteam zichtbaar was en waar je een kalender met planning kon delen. Dit smaakt naar meer!



doelzoeker

2.2 DIGITALE DOELZOEKER VOOR ZORGVERLENERS

2.2.1 Doelzoeker, een instrument voor doelgerichte zorg

Patiënten geven aan dat ze niet meer alleen het aantal levensjaren belangrijk vinden, maar ook en vooral de manier waarop ze nog kunnen leven en functioneren – hun levenskwaliteit dus. Daarom wordt **doelgerichte zorg** steeds belangrijker. Dat houdt in dat patiënten zelf (mee) de prioriteiten in hun behandeling aangeven. Eerst stellen ze hun levensdoelen vast, en op basis daarvan werken ze dan samen met de zorgverleners hun zorgdoelen uit: meer bewegen, minder roken, gezonder eten... Vervolgens wordt het zorgplan aan die doelen gekoppeld of aangepast. De noden en doelen van mensen met een zorgnood in kaart brengen is dan ook een van de bouwstenen van geïntegreerde zorg.

Zoals gezegd in hoofdstuk 1 moeten levens- en zorgdoelen standaard worden meegenomen in zorgtrajecten. Daarvoor zijn instrumenten nodig. Het Vlaams Patiëntenplatform (VPP) ontwikkelde in 2018 'Doelzoeker': een (papieren) tool waarmee patiënten

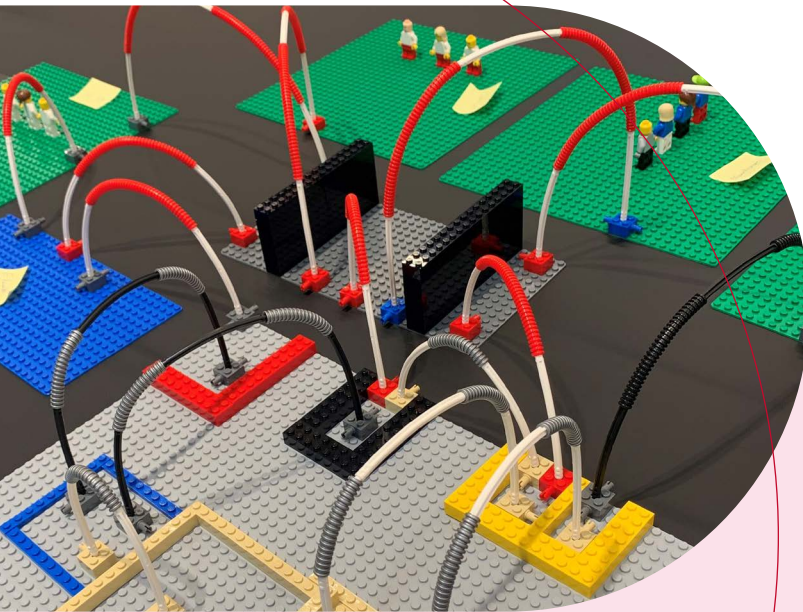
hun levensdoelen in kaart kunnen brengen. Doelzoeker helpt mensen met een zorg- en ondersteuningsnood na te denken over wat belangrijk is in hun leven. Het verschaft hen inzicht in hun situatie en zet aan tot betekenisvolle communicatie met zorgverleners (huisarts, kinesitherapeut, gezinshulp...) en met de eigen omgeving (partner, kinderen, mantelzorger...). Aan de hand van Doelzoeker kunnen zij samen met de omgeving en zorgverleners bekijken hoe ze hun levensdoelen kunnen bereiken, en hoe de zorgdoelen daar vervolgens zo goed mogelijk op kunnen worden afgestemd. Vanzelfsprekend is dat voor iedereen anders.

Dit jaar heeft het VPP de papieren Doelzoeker omgezet in een digitale versie. Patiënten kunnen nu online hun Doelzoeker opstellen en bekijken. De look en feel van de papieren Doelzoeker, die al bewezen heeft te werken, bleef behouden.

2.2.2 Zorgverleners krijgen toegang tot de Doelzoeker van de patiënt

De digitale Doelzoeker is een stuk flexibeler in het gebruik dan de papieren versie. De informatie kan snel worden aangepast, en eenvoudig en op elk moment geraadpleegd worden. Maar daarmee alléén is doelgerichte zorg nog geen feit. Ook zorgverleners moeten zicht hebben op de levensdoelen van de patiënt, willen ze die kunnen meenemen in het zorgplan. Daarom is er in dit project specifiek voor hen een

webapplicatie ontwikkeld waarmee ze, indien de patiënt dat wenst, toegang krijgen tot de digitale Doelzoeker van de patiënt. Zo kunnen ze patiënten helpen hun levenskwaliteit en levensvreugde te verhogen, en hun therapietrouw en motivatie te versterken.



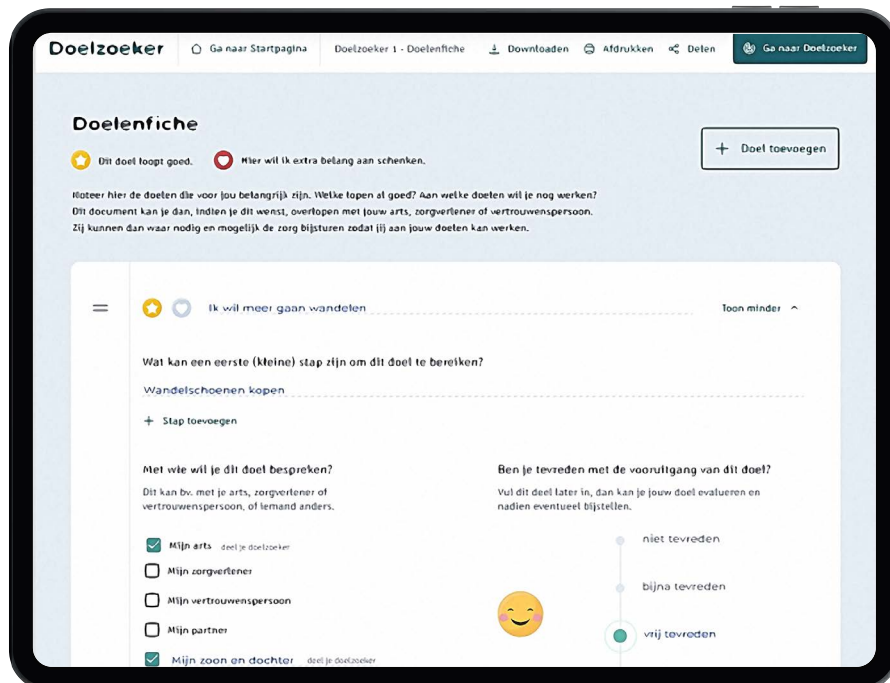
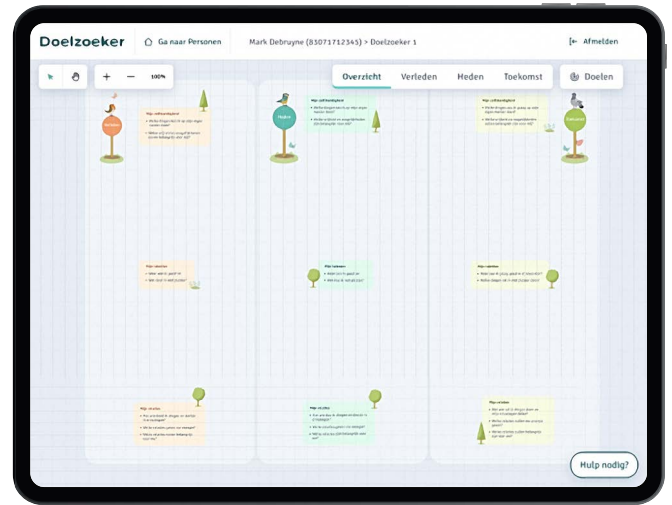
Hoe is de digitale Doelzoeker voor zorgverleners ontwikkeld?

Bij de ontwikkeling van de digitale Doelzoeker voor zorgverleners waren heel wat zorgverleners en welzijnswerkers betrokken. Via focusgroepen en werkgroepen brachten we hun behoeften in kaart: welke informatie hebben ze nodig, hoe kan die het best worden vormgegeven... We dachten ook na over de beste manieren om de informatie uit de Doelzoeker van patiënten te delen met onder anderen mantelzorgers en zorgverleners. Daarvoor organiseerden we een workshop waarin de deelnemers de informatiestromen konden structureren aan de hand van legoblokjes.

Patiënt vult de Doelzoeker in en deelt die met een zorgverlener naar keuze

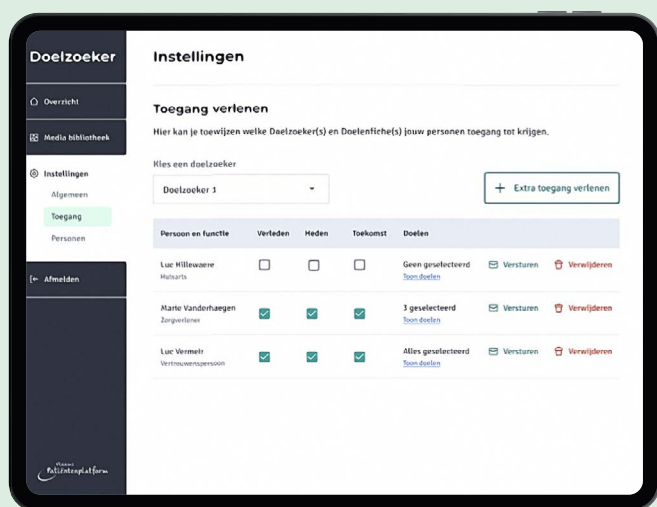
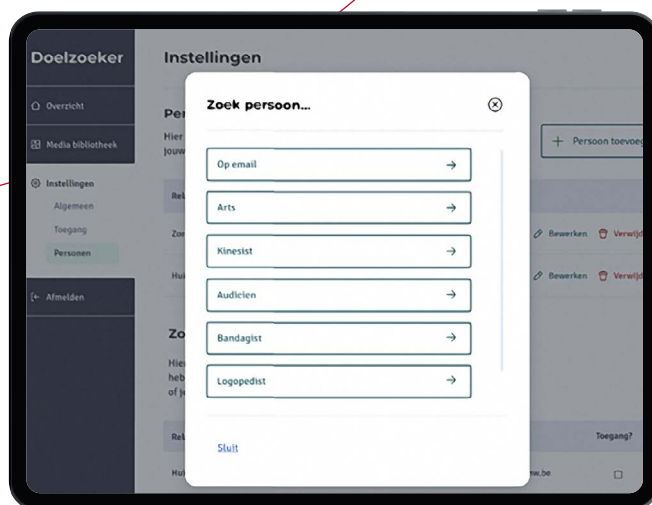
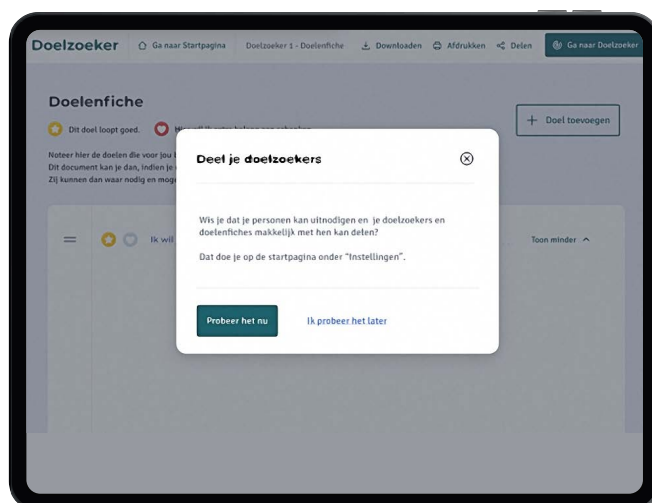
De Doelzoeker voor patiënten is een digitale kaart waarop vragen staan. Bijvoorbeeld: welke talenten heb je? Welke relaties zijn belangrijk voor je? Aan de hand van die vragen brengen patiënten hun **levensweg** in kaart. Ze kunnen kiezen waarmee ze beginnen: verleden, heden of toekomst. Sommige patiënten beginnen graag in het verleden. Andere vinden dat te confronterend, omdat ze dan zien wat ze vroeger allemaal konden en nu niet meer, en beginnen daarom liever met het heden of de toekomst. Maar waar ze ook voor kiezen, dankzij de digitale Doelzoeker krijgen ze een beter beeld van hoe hun toekomst eruit kan zien.

Een voorbeeld: 'Vroeger ging ik vaak op reis. Dat lukt niet meer, maar ik kan wel nog korte uitstapjes maken met de patiëntenvereniging.'

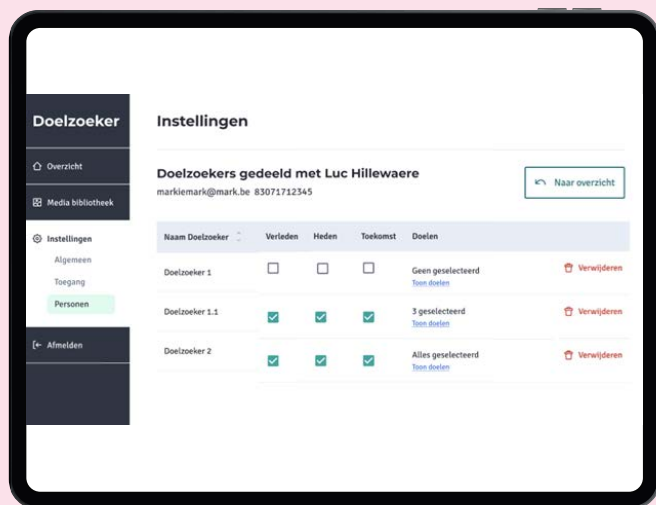


Het is ook de bedoeling dat de patiënt de **Doelenfiche** invult: een samenvatting van de doelen die hij of zij nog wil bereiken.

Patiënten moeten de gegevens uit hun digitale Doelzoeker kunnen delen. Ze kunnen zelf kiezen aan wie ze toegang geven: aan mensen uit hun omgeving (mantelzorger, vertrouwenspersoon...), aan zorgverleners, aan welzijnswerkers... De patiënt krijgt dus de regie in eigen handen.

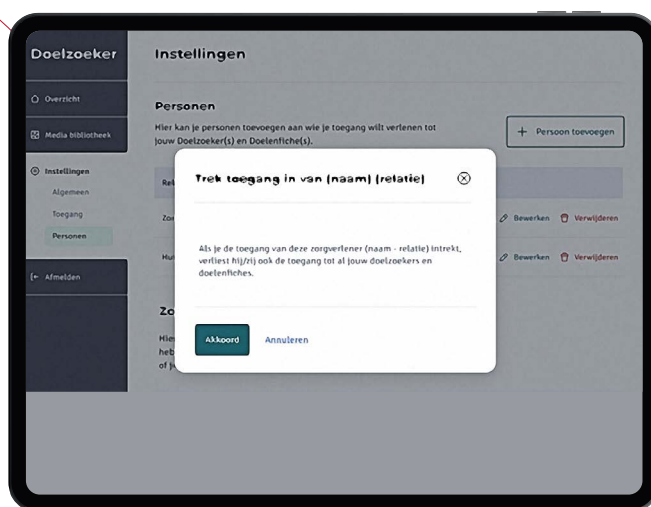


Patiënten kunnen ook kiezen wie ze toegang geven tot welke onderdelen van hun Doelzoeker. Ze kunnen toegang verlenen tot hun volledige levensweg en Doelenfiche, tot sommige onderdelen van hun levensweg (verleden, heden of toekomst), of tot sommige levensdoelen uit de Doelenfiche.



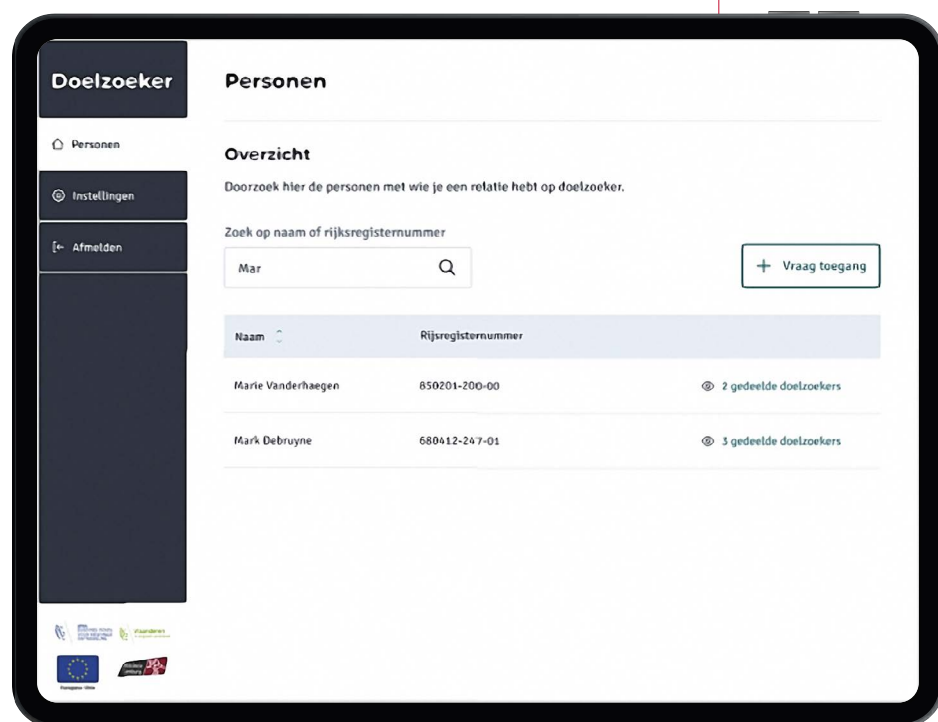
Patiënten kunnen ook verschillende Doelzoekers invullen en beheren. Ook hier hebben ze steeds de keuze welke gegevens uit welke Doelzoeker ze met welke mensen delen.

Patiënten kunnen een eerder gegeven toegang ook altijd weer intrekken.

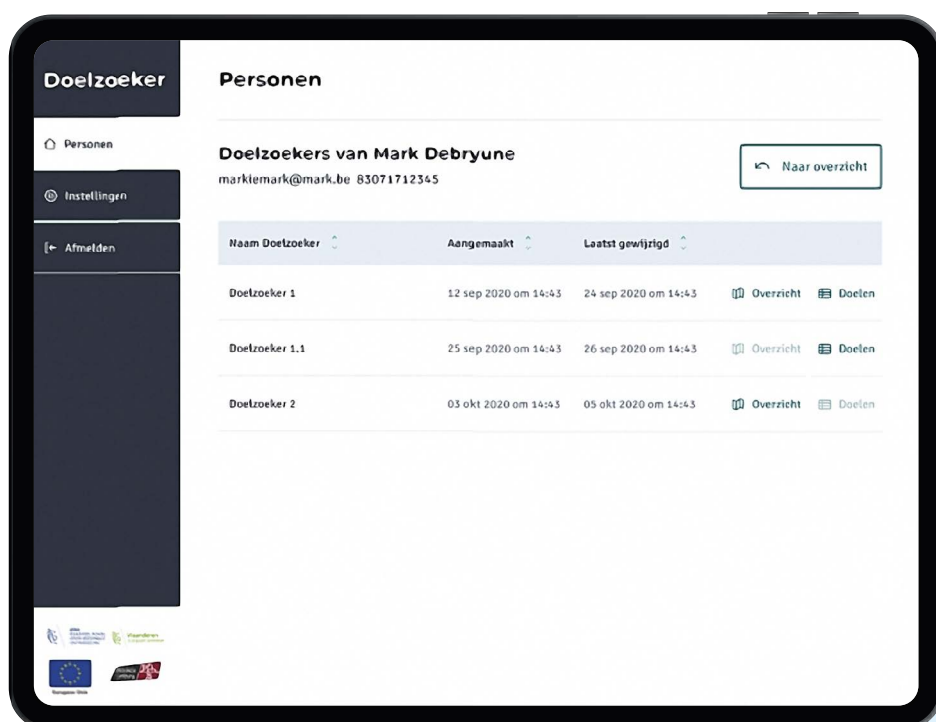


Zorgverlener bekijkt de Doelzoeker van de patiënt

Zorgverleners en welzijnswerkers kunnen patiënten opzoeken en toegang vragen tot gegevens uit hun digitale Doelzoeker:



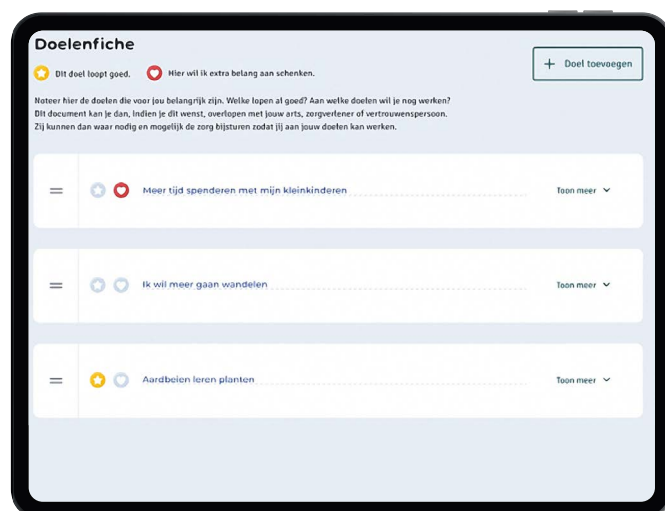
De zorgverlener of welzijnswerker krijgt enkel toegang tot de (categorieën van) gegevens die de patiënt met hem of haar wil delen:



De Doelzoeker voor zorgverleners haalt gegevens op uit de digitale Doelzoeker voor patiënten en geeft ze weer in een overzichtelijke en gebruiksvriendelijke interface. Zorgverleners kunnen zelf geen gegevens wijzigen in de Doelzoeker van patiënten.

De gegevens worden op een logische manier getoond:

1. Het eerste wat zorgverleners zien, is een algemeen overzicht van de levensdoelen:
2. Vanuit dat overzicht kunnen ze doorklikken naar individuele doelen. Dan zien ze de informatie die de patiënt heeft ingevuld in de Doelenfiche, bijvoorbeeld:
 - doel: 'Kunnen gaan wandelen met de kleinkinderen';
 - achterliggende info na doorklikken: 'Wil dit doel bespreken met arts, kiné en partner. Voorlopig nog niet tevreden over dit doel, eerste stap is ontwikkelen van meer uithoudingsvermogen'.
3. Vervolgens kunnen zorgverleners doorklikken naar de levensweg van Doelzoeker – de beschrijving van verleden, heden en toekomst van de patiënt waarop de levensdoelen gebaseerd zijn.



doelenfiche

2.2.3 Hoe zorgen we ervoor dat zorgverleners met de digitale Doelzoeker aan de slag gaan?

Doelgerichte zorg vraagt om andere vaardigheden en andere manieren van samenwerken. De digitale Doelzoeker kan daarbij helpen, maar dan moeten er wel enkele randvoorwaarden worden vervuld. Uit individuele bevestigingen en focusgroepen met thuisverpleegkundigen, huisartsen, verzorgenden, apothekers en beleidsmedewerkers kwamen de volgende aandachtspunten naar voren:

- **Relatie tussen zorgverleners/welzijnswerkers en de patiënt:** wat in de focusgroepen telkens terugkwam, is dat zorgverleners/welzijnswerkers een betekenisvolle relatie willen kunnen opbouwen met de patiënt. De Doelzoeker helpt hen daarbij door inzicht te verschaffen in de persoonlijke levensdoelen van de patiënt. Pas als ze die kennen, kunnen ze doelgerichte zorg leveren. Het kan ook helpen om de wederzijdse verwachtingen duidelijk te maken. Wat is belangrijk voor de patiënt, maar ook: wat is er mogelijk?
- **Multidisciplinaire samenwerking:** niet iedere zorgverlener kan ingaan op ieder levensdoel: daar moeten dus afspraken over worden gemaakt. Ook daarom is het belangrijk om het zorgteam goed in kaart te brengen, zodat zorgverleners ook andere disciplines kunnen betrekken. De digitale Doelzoeker kan daartoe bijdragen. Of, zoals een deelnemer het uitdrukte: 'Je zal vaak meerdere experts aan boord moeten hebben als je via de zorgdoelen de levensdoelen wil bereiken, of daar tenminste naar wil streven.'

- **Tijd:** zorgverleners/welzijnswerkers geven aan dat ze meer tijd nodig hebben om echt doelgerichte zorg te kunnen bieden. In de woorden van een thuisverpleegkundige: 'Als het kan zal ik wel eens naar een ingevulde Doelzoeker kijken, maar die samen met de patiënt invullen zal niet snel lukken.' Enkele thuisverpleegkundigen geven aan dat ze bij de patiënt zijn om zorg toe te dienen en daarna weer vertrekken. Voor hen lijkt er een belangrijke taak weggelegd op vlak van rapportering en doorverwijzing. Ook artsen en apothekers geven aan dat ze patiënten wel kunnen sensibiliseren, maar binnen de huidige manier van werken niet hun levensdoelen in kaart kunnen brengen. Maar dat is ook niet per se nodig. Patiënten kunnen zelf aan de slag met de Doelzoeker, waarna ze hun levensdoelen kunnen delen en bespreken met hun zorgverleners.

De medewerkers van gezinszorg zijn wél verschillende uren bij patiënten aanwezig. Zij kunnen hen eventueel begeleiden bij het opstellen van de levensdoelen, als dat nodig en wenselijk is. Ook anderen kunnen hier misschien meer tijd voor vrijmaken - denk bijvoorbeeld aan de dienst maatschappelijk werk van de ziekenfondsen, of aan ergotherapeuten. Misschien is er een rol weggelegd voor patiëntenverenigingen of seniorenverenigingen? En ook de mantelzorger mag volgens de deelnemers aan de focusgroepen zeker niet vergeten worden.

- **Integratie van de digitale Doelzoeker in de softwarepakketten** van de eindgebruikers (huisartsen, kinesisten, gezinszorg, thuisverpleging...). Al die eindgebruikers moeten de informatie uit de Doelzoeker kunnen raadplegen in hun eigen softwarepakket, indien de patiënt daar zijn toestemming voor geeft.
- **Meldingen:** zorgverleners en welzijnswerkers vinden het wenselijk om meldingen te kunnen aanzetten, zodat ze op de hoogte blijven van nieuwe of gewijzigde levensdoelen.
- **Sensibiliseren:** De Doelzoeker moet een begrip worden dat iedereen kent: zorgverstrekkers, hulpverleners, mantelzorgers, patiëntenverenigingen, patiënten.... Daarvoor zal sensibilisering nodig zijn.
- **Opleiden:** zorgverleners en welzijnswerkers moeten de Doelzoeker niet alleen leren kennen, maar er ook mee leren werken.
- **Digitale geletterdheid:** voor sommige patiënten én zorgverleners/welzijnswerkers, is het niet vanzelfsprekend om de digitale Doelzoeker te gebruiken. De papieren versie kan dan een betere optie zijn. Aan de andere kant vonden sommige deelnemers juist dat je meer moet inzetten op digitalisatie als je de communicatie tussen zorgverleners wil versterken.

Jeroen Brouwers

Beleidsmedewerker bij het Vlaams Patiëntenplatform (VPP)

Al van voor de start van dit project, toen we samen het projectvoorstel opstelden, was het duidelijk dat de patiënten als volwaardige partner beschouwd zouden worden en nauw bij het project betrokken zouden worden. 'In de ideale situatie neemt de patiënt ook zelf de regie in handen', staat er te lezen. Laat dat nu net zijn waar wij als VPP naar streven.'

'We waren zeer blij dat de partners in het project het belang van doelgerichte zorg en patiëntenparticipatie onderschreven. Daardoor kwam een ontbrekende schakel aan het licht: de digitale Doelzoeker moest ook toegankelijk zijn voor zorgverleners en welzijnswerkers. Het EFRO-project had de ambitie om een digitale Doelzoeker-view voor zorgverleners te ontwikkelen. Zo maak je de relatie tussen patiënt en zorgverlener meer gelijkwaardig.'

'De patiënt kreeg ook de kans om echte keuzes te maken over welke gegevens uit zijn digitale Doelzoeker hij met wie wilde delen. Die flexibele omgang met toegangsrechten, die de regie in handen van de patiënt legt, is iets waar wij al jaren naar streven. Oorspronkelijk wilde dit project ook werken met de zogeheten Solid-technologie: die zou de patiënt een eigen datakluis of 'pod' geven, waarin data opgeslagen zouden kunnen

worden. Uiteindelijk is dat idee niet meegenomen, maar toch zijn we tevreden over de manier waarop de patiënt via Doelzoeker toegangen kan beheren. In de toekomst is het wel nog steeds onze ambitie om de Doelzoeker-app te linken aan die Solid-technologie en die datapods.'

'We vonden het ook belangrijk om de input van de eindgebruikers mee te nemen van bij de start van het ontwikkelingsproces. Dankzij de inbreng van de werkgroepleden en andere zorgverleners en welzijnswerkers kregen we een duidelijk beeld over hoe de Doelzoeker-view voor zorgverleners eruit zou moeten zien en welke functies die zou moeten hebben. Het was de bedoeling dat we na de ontwikkeling van de app ook zouden inzetten op de integratie ervan in softwarepakketten van zorgverleners en welzijnswerkers. Door onvoorziene omstandigheden liep de ontwikkeling echter vertraging op, waardoor dat helaas niet binnen dit project kon gebeuren.'

'Ook al lukte het dus niet om de oorspronkelijke planning aan te houden, toch heeft het EFRO-project uiteindelijk wel een functionerende tool afgeleverd. Het is nu zaak om de digitale Doelzoeker te integreren in softwarepakketten en er in de praktijk werk van te maken.'



2.3 GEBRUIKSVRIENDELIJKE SOFTWARE MET ELKAAR LATEN PRATEN

In de zorgsector circuleren heel wat verschillende softwarepakketten en systemen. Binnen dit onderdeel van het EFRO-project hebben we gezocht naar manieren om die digitale toepassingen op een stabiele en veilige manier met elkaar te laten communiceren.

Samenwerking met softwareleveranciers

Om dit project te laten slagen, moeten we vlot kunnen samenwerken met de softwareleveranciers en met organisaties die hun eigen software ontwikkelen. Daarvoor hebben we verschillende initiatieven opgezet. We hebben:

- de noden en oplossingen verder in kaart gebracht (onder meer voor het Vitalink Journaal, de transfercommunicatie, de gegevensdeling met woonzorgcentra...)
- de koppelingen die we willen realiseren tussen softwaresystemen concreet uitgewerkt, via oproepen aan de softwareleveranciers
- de oproepen breder bekendgemaakt en gepromoot, onder meer via gesprekken met softwareleveranciers en hun beroepsverenigingen (o.a. Bemeso)
- infrastructuur opgezet en criteria opgesteld om de interoperabiliteit (de mate waarin softwaresystemen met elkaar 'praten') en/of gebruiksvriendelijkheid van de koppelingen te kunnen testen
- de interoperabiliteit en gebruiksvriendelijkheid daadwerkelijk getest
- een financiële incentive geboden aan softwareleveranciers die de gevraagde koppelingen met succes konden demonstreren
- stappenplannen uitgewerkt voor softwareleveranciers die de koppelingen na afloop (dus buiten het kader van dit project) willen realiseren

2.3.1 Vijf testtrajecten

De deelnemende softwareleveranciers doorliepen één of meer testtrajecten. Daarin konden ze verschillende dingen aftoetsen: de gebruiksvriendelijkheid van de koppeling in hun eigen pakket, de mogelijkheden om informatie uit te wisselen, en de mate waarin hun software voldeed aan bestaande communicatiestandaarden. Vervolgens konden ze nieuwe koppelingen realiseren met andere softwaresystemen.

In totaal hebben we 5 testtrajecten opgezet. Ieder traject behandelt een specifieke manier om gegevens uit te wisselen in de zorg.

Softwareleveranciers die aan een testtraject deelnamen en slaagden voor de vooropgestelde validatiecriteria, kregen een financiële vergoeding.

Hieronder stellen we de 5 testtrajecten één voor één voor.

- Vitalink Journaal
- Hubs en de eerstelijnszorg
- Transfercommunicatie
- Koppeling met gezinszorg
- Gegevens- en informatiedeling over het medicatieschema

2.3.1.1 Vitalink Journaal

Journaals, zorgschriftjes, communicatiebladen, zorgdagboekjes en dergelijke spelen een belangrijke rol in de dagelijkse niet-dringende communicatie tussen de leden van het zorgteam. Toch hebben zulke schriftelijke vormen van heen-en-weer-communicatie ook hun beperkingen. Zo kunnen ze niet op afstand geraadpleegd worden, en kunnen zorgverleners er moeilijk dingen in opzoeken.

Een digitaal journaal

In 2015 lanceerde de Vlaamse overheid het Vitalink Journaal, een digitale variant van het papieren zorgschriftje. Dit werd echter enkel geïmplementeerd door de softwareleveranciers van huisartsen waardoor het journaal nog niet gebruikt werd.

Berichten kunnen in Vitalink worden opgeslagen, zodat ze – anders dan het papieren zorgschriftje - veilig toegankelijk zijn voor alle leden van het zorgteam, op elk moment, bij de zorgvrager thuis of op afstand. Het journaal is chronologisch opgebouwd en bestaat uit een verzameling van notities die informatie bevatten over een patiënt. Tevens is het mogelijk om tags en een bijlage toe te voegen aan journaalberichten. De journaalberichten bestaan uit informatie in vrije tekst (maximum 320 tekens). Gevoelige (medische) informatie die niet in het papieren journaal wordt opgenomen, komt beter ook niet in het digitale Vitalink Journaal. Daarvoor zijn andere kanalen beschikbaar zoals bv. de eHealthBox, een elektronische brievenbus voor het versturen van vertrouwelijke medische informatie tussen zorgverleners.

Toegankelijk voor iedereen?

Net zoals bij het papieren journaal heeft in principe iedereen met een therapeutische of zorgrelatie met de patiënt toegang tot het Vitalink Journaal, tenminste als de patiënt zijn geïnformeerde toestemming heeft gegeven. Sinds 2019 is het Vitalink Journaal verplicht ingebouwd in de EMD-pakketten (Elektronisch Medisch Dossier) voor huisartsen, maar tot vóór dit testtraject was het Vitalink Journaal niet ingebouwd in de software van andere zorgverleners en welzijnswerkers. Daardoor was het in de praktijk voor de meeste zorgverleners niet toegankelijk. Er was dus ook geen sprake van multidisciplinaire gegevensdeling, communicatie en samenwerking via het journaal. Een digitaal journaal kan maar optimaal werken als alle leden van het zorgteam er daadwerkelijk toegang toe hebben:

- Voor **formele zorgverleners** (bv. huisarts, thuisverpleegkundige, apotheker, leidinggevende/ verzorgende gezinszorg, ziekenhuis enz.) is het belangrijk dat de **journaalfunctie in hun eigen softwarepakket** wordt geïntegreerd. Zo kunnen zij zowel berichtjes van andere leden van het zorgteam lezen als zelf journaalberichten schrijven. Dat verbetert de samenwerking, maakt hun werk eenvoudiger en bespaart hen tijd. Het is wel belangrijk dat dit géén aparte applicatie wordt, naast het bestaande elektronische patiënten- of cliëntendossier.
- Ook **informele zorgverleners** (bv. mantelzorgers, familieleden, enz.) zijn vaak een onmisbare schakel in het zorgteam. Om de dagelijkse zorg onderling te kunnen afstemmen, moeten zij dus ook toegang hebben tot het digitale journaal. Vandaag de dag is dergelijke toegang vaak nog niet mogelijk of technisch erg omslachtig.
- Tot slot is het digitale journaal ook voor de **patiënten** of cliënten zelf een handig instrument om het eigen zorgproces te kunnen sturen. In de toekomst zullen zij via verschillende applicaties (van de overheid, of via tools aangeboden door bijvoorbeeld het RIZIV of zorgorganisaties) het journaal kunnen raadplegen én zelf journaalnotities aanmaken.

2.3.1.1.1 Hoe willen zorgverleners het journaal gebruiken?

Het Vitalink Journaal uitgetest

Samen met zorgverleners, patiënten en beroepsorganisaties zijn we nagegaan hoe het Vitalink Journaal het best gebruikt kan worden. We hielden groepsgesprekken en interviews met eindgebruikers uit de hele sector: huisartsen, apothekers, thuisverpleegkundigen, verzorgenden, kinesitherapeuten, psychologen, patiënten... Om deelnemers aan die gesprekken te vinden, konden we terugvallen op beroepsverenigingen en organisaties zoals Domus Medica, Koninklijk Limburgs Apothekers Verbond (KLAV), Wit-Gele Kruis, Vlaams Patiëntenplatform (VPP), Ferm Thuiszorg en I-mens.

We bekeken niet alleen hoe eindgebruikers het journaal willen gebruiken, maar toetsten ook de praktische gebruikservaring af. Dat deden we via zogenaamde UX-tests (UX staat voor User Experience, gebruikerservaring). Via de EMD-software van de huisartsen (waarin het journaal al geïntegreerd was) gingen we na welke criteria voor eindgebruikers belangrijk zijn om op een gebruiksvriendelijke manier journaalberichten te lezen, te ontvangen enzovoort. We toetsten ook een mock-up (ontwerp) van het 'ideale journaal' af.

Zorgverleners zien het ideale journaal als een uniforme, GDPR-veilige manier van communiceren die geïntegreerd is in het patiëntendossier en waarmee je kan communiceren met de eerste én tweede lijn. Ze geven aan dat ze het journaal graag zouden gebruiken voor de volgende zaken:

- Observaties meedelen
- Instructies meedelen
- Uitgevoerde zorgtaken meedelen
- Gericht vragen stellen
- Zorgtaken/zorgplanning afstemmen
- Documenten doorsturen
- Informatie valideren
- Patiënt betrekken bij het zorgproces

Observaties meedelen

- Thuisverpleging die foto's van een wonde doorstuurt naar de huisarts
- Thuisverpleging die de huisarts op de hoogte brengt van verhoogde/verlaagde parameters
- Thuisverpleging die de apotheker laat weten dat patiënt slikproblemen heeft
- Kinesitherapeut die een observatie over mentaal welzijn van de patiënt doorgeeft
- Apotheker die laat weten dat medicatie niet opgehaald is
- Thuisverpleging die aan de huisarts doorgeeft dat de medicatie bijna op is en dat er een nieuw voorschrift nodig is
- Huisarts die tijdens een huisbezoek hoort dat de patiënt al dagen diarree heeft, en in het journaal kijkt of de thuisverpleging/thuiszorg/mantelzorger daar iets over geschreven heeft
- Verpleegkundige die aan de gezinszorg/mantelzorger laat weten dat de patiënt geen proper ondergoed meer heeft, of vraagt om iets mee te brengen van de winkel omdat de patiënt te weinig eten in huis heeft
- Familielid/mantelzorger die meedeelt dat de patiënt een rustige nacht achter de rug heeft
- Gezinszorg die signaleert dat de patiënt meer dan 5 pijnstillers per dag inneemt

Instructies meedelen

- Huisarts die de thuisverpleging instructies geeft over hoe ze een wonde moeten verzorgen
- Kinesitherapeut die de thuisverpleging/mantelzorger laat weten dat de patiënt x aantal keer per dag oefeningen moet doen
- Huisarts die uitleg geeft bij een kinevoorschrift en de kine in detail laat weten wat het probleem is en wat er verwacht wordt bij de behandeling
- Huisarts die de mantelzorger laat weten dat de patiënt naar de tandarts moet
- Cardioloog die een schema doorstuurt om de dosis medicatie aan te passen aan het gewicht van de patiënt
- Huisarts/verpleegkundige die instructies meegeeft over het dieet van de patiënt (geen alcohol, suikervrij eten...)
- Psycholoog die de huisarts laat weten dat die laagdrempeliger moet communiceren omdat de patiënt een lage gezondheidsgeletterdheid heeft

Uitgevoerde zorgtaken meedelen

- Psycholoog die update geeft van hoe de sessies verlopen en waaraan gewerkt wordt
- Huisarts die de familie laat weten wat er tijdens een huisbezoek gebeurd is/besproken is
- Kinesitherapeut die update geeft over de vorderingen
- Verzorgende die laat weten wat hij/zij gedaan heeft: bed opgemaakt, boodschappen gedaan, douche gegeven...

Gericht vragen stellen

- Thuisverpleging/apotheker die aan de huisarts vraagt om administratieve zaken in orde te brengen
- Kinesitherapeut die een andere diagnose stelt dan de huisarts en bijvoorbeeld beeldvorming voorstelt
- Kinesitherapeut die een nieuw voorschrift vraagt aan de arts en uitlegt waarom verdere behandeling aangeraden is

Zorgtaken/zorgplanning afstemmen

- Kinesitherapeut die doorgeeft dat hij vanaf nu 2 in plaats van 3 keer per week langskomt
- Eerder afgesproken taakverdeling bij complexe thuiszorg opvolgen
- Praktische afspraken maken met het zorgteam

Documenten doorsturen

- Arts die een verlenging van een medicatie-/kinevoorschrift doorstuurt
- Arts die beeldvorming naar kine doorstuurt
- Kinesitherapeut die oefenschema/ingevulde vragenlijst doorstuurt
- Arts/apotheker die een update van het medicatieschema doorstuurt

Informatie valideren

- Huisarts die checkt of het ook zo in het journaal genoteerd staat wanneer een dementerende patiënt hem vertelt dat het de laatste weken beter gaat
- Thuisverpleging die medische gegevens wil nagaan

Patiënt betrekken bij het zorgproces

- Patiënt die update geeft over pijnklachten
- Patiënt die (tijdelijk) dagelijks een score doorgeeft over zijn/haar mentaal welzijn
- Mantelzorger of patiënt die neveneffecten van medicatie meedeelt

Voorbeelden

Deze voorbeelden laten zien hoe het Vitalink Journaal heel concreet in de toekomst gebruikt kan worden om de communicatie en afstemming tussen de leden van het zorgteam - inclusief de patiënt zelf - te verbeteren.

MARIE DE CLERCK



Leeftijd: 50 jaar

Diagnose:
Chronische lagerugpijn

Gezinssituatie:
Samenwonend met haar man Eric. Haar zoon Jonas zit op kot in Gent en komt alleen in het weekend naar huis.

Werksituatie:
Fulltimejob als jurist bij de FOD mobiliteit.

Marie kreeg op haar 48ste last van lagerugpijn. De eerste twee jaar negeerde ze de klachten, omdat de pijn haar niet hinderde in haar dagelijks leven. Na twee jaar verergerden haar klachten echter. Ze vermeed het om boodschappen te tillen, lang recht te staan en te gaan tennissen. Ook lang zitten tijdens het werk verergert de rugpijn. Daarom besliste ze om op consultatie te gaan bij de huisarts. Die stelde haar gerust en gaf het advies om zo actief mogelijk te blijven. Hij schreef ook paracetamol en diclofenac voor.

Een week later stond Marie opnieuw bij de huisarts. Ze kreeg veel maagpijn door de medicatie, en was ondanks de pijnstillers toch nog bang om te bewegen. Haar huisarts verwees haar door naar een kinesist en startte het journaal op.

Omdat Marie bang is om te bewegen, stelde de kinesist voor om ook een psycholoog te betrekken. De huisarts verwees Marie door. Na twee maanden waren de klachten nog steeds hetzelfde. Daarom verwees de huisarts haar door naar een fysisch geneesheer. Dankzij het journaal had die een goed overzicht van de afgelopen periode en wordt er beslist om beeldvorming te laten nemen.

Zorgteam

- Patiënt
- Huisarts
- Apotheeker
- Kinesist
- Klinisch psycholoog
- Specialist fysische geneeskunde

Een uittreksel uit het journaal, met berichtjes tussen de leden het zorgteam. De meest recente berichten worden steeds bovenaan weergegeven: lees de lijst daarom van onder naar boven.

Van	Naar	Tags	Nota	Datum	Auteur
Psycho- loog	Kinesi- therapeut	Bewe- ging Welzijn	Marie gaf aan gestopt te zijn met haar kine-oefeningen wegens onvoldoende energie en motivatie. We werken hier de komende weken verder aan.	19/07/22	Ann Wauters
Kinesi- therapeut		Bewe- ging	Marie komt vanaf nu 1x per week in plaats van 2x per week. Oefeningen gaan zeer goed. Aangepast oefenschema om thuis te doen beschikbaar via onderstaande link.	1/07/22	Stef Mariën
Apotheker		Medicatie	Generisch alternatief tramadol meegegeven wegens uit voorraad.	23/06/22	Jef Janssen
Huisarts		Medicatie	Nieuw voorschrift tramadol beschikbaar. Dosis verlaagd. Medicatieschema als bijlage.	30/06/22	Jeroen Vermassen
Patiënt		Bewe- ging	Vandaag voor de eerste keer weer gaan tennissen. Pijn was draaglijk tijdens het spelen.	24/06/22	Marie De Clerck
Patiënt		Welzijn	Mindfulnessstechnieken helpen zeer goed om beter om te gaan met de pijn.	21/06/22	Marie De Clerk
Psycho- loog		Welzijn	Marie krijgt steeds meer zelfvertrouwen om te blijven bewe- gen. Momenteel aan het werken rond mindfulnessstechnieken.	11/06/22	Ann Wauters
Kinesi- therapeut		Bewe- ging	Rugmobiliteit is sterk verbeterd. Ook pijnklachten zijn draag- lijker sinds opstart tramadol en pijneducatie.	30/05/22	Stef Mariën
Huisarts		Medisch	Pijneducatie opgestart.	12/05/22	Jeroen Vermassen
Apotheker		Medicatie	Marie gaf aan snel misselijk te worden, dus samen met tra- madol ook een anti-emeticum meegegeven. Medicatiesche- ma in bijlage.	2/05/22	Jef Janssen
Fysisch genees- heer		Medisch Medicatie	Marie haar RX en MRI tonen geen functionele oorzaak van haar rugklachten. Daarom opstart pijneducatie aangeraden. Daarnaast heb ik ook tramadol voorgeschreven. Medicatie- schema als bijlage.	30/04/22	Patricia De Jong
Huisarts	Kinesi- therapeut	Medisch	Er is inderdaad geen verbetering van de klachten met deze therapeutische aanpak. Ik heb haar daarom doorverwezen naar de fysisch geneesheer. Verslag in bijlage.	7/04/22	Jeroen Vermassen
Kinesi- therapeut	Huisarts	Medisch	Er komt weinig verbetering in Marie haar klachten. Misschien is beeldvorming zinvol?	1/04/22	Stef Mariën
Patiënt		Welzijn	Ik ben vandaag niet kunnen gaan werken wegens te veel pijn. Ik heb geen idee wat de oorzaak geweest zou kunnen zijn. Wanneer ik lang moet zitten op het werk krijg ik meer pijn.	17/03/22	Marie De Clerck
Patiënt		Welzijn	Ik merk dat ik minder pijn heb als ik afleiding heb, bv. tijdens het koken of wandelen.	22/02/22	Marie De Clerck
Psycho- loog		Welzijn	Psychotherapie opgestart. Marie zal in het journaal regel- matig noteren hoe het gaat en welke factoren een invloed hebben op de pijn.	20/02/22	Ann Wauters
Huisarts		Welzijn	Marie doorverwezen naar een klinisch psycholoog.	17/02/22	Jeroen Vermassen
Kinesi- therapeut	Huisarts	Bewe- ging	Oefeningen opgestart en vragenlijst ingevuld, beide toe- gevoegd als bijlage. Marie heeft veel angst en stress om te bewegen. We hadden het erover dat een klinisch psycholoog mogelijk een meerwaarde kan bieden. Marie plant daarover een afspraak met jou in.	14/02/22	Stef Mariën
Huisarts		Medisch Medicatie	Dag allen, graag start ik het gebruik van het journaal om Marie haar chronische lagerugpijn op te volgen. In bijlage het verslag en het medicatieschema.	07/02/22	Jeroen Vermassen

RITA VERSTICHELT



Leeftijd: 81 jaar

Diagnose:

Hoge bloeddruk
Diabetes
Vasculaire dementie

Gezinssituatie:

Rita woont alleen thuis. Haar man is 2 jaar geleden overleden aan prostaatkanker. Haar 2 dochters en 4 kleinkinderen komen wekelijks op bezoek. Haar oudste dochter is aangesteld als mantelzorger.

Rita's dochter had het afgelopen jaar gemerkt dat haar moeder langzamer begon te praten en wankelend begon te stappen. Sinds kort had ze ook slaapproblemen en kreeg ze het moeilijker om haar medicatie voor hoge bloeddruk en diabetes correct in te nemen. De huisarts verwees Rita door naar een geheugenkliniek, waar een maand geleden vasculaire dementie werd vastgesteld.

De huisarts heeft Rita en haar dochter aangeraden om thuishulp en thuisverpleging in te schakelen. Rita stond daar zeer weigerachtig tegenover. Ze was ervan overtuigd dat ze geen hulp nodig had. Een maand na de consultatie bij de huisarts belandde ze op de spoedafdeling, omdat ze te veel insuline ingespoten had en flauwgevallen was. Dat was voor haar het kantelpunt om toch thuisverpleging en gezinszorg in te schakelen.

De thuisverpleegkundige stelde bij haar eerste bezoek voor om het journaal te gebruiken als communicatiemiddel tussen de leden van het zorgteam. Rita's dochter, die sinds kort ook mantelzorger van haar moeder is, was zeer enthousiast over dat voorstel.

Zorgteam

- Huisarts
- Apotheker
- Thuisverpleegkundige
- Verzorgende Gezinszorg
- Specialist geheugenkliniek
- Patiënt
- Dochter (mantelzorger)

Een uittreksel uit het journaal, met berichtjes tussen de leden het zorgteam. De meest recente berichten worden steeds bovenaan weergegeven: lees de lijst daarom van onder naar boven.

Van	Naar	Tags	Nota	Datum	Auteur
Apotheek		Medicatie	Door verhoogde dosis van betablokkers krijgt Rita de komende dagen mogelijk last van duizeligheid/maagdarmklachten/zweten.	26/03/22	Lotte Brouwers
Mantelzorger		Medicatie	Ik ga morgen de medicatie halen.	25/03/22	Stephanie Verstichelt
Huisarts		Wondzorg Medicatie	Protocol voor wondzorg als bijlage. Bloeddruk was ook hoger dan normaal. Daarom dosis van betablokkers en insuline verhoogd, voorschrift staat klaar en medicatieschema in bijlage.	25/03/22	Sophie De Bruyn
Gezinszorg		Voeding	We merken dat mevrouw vaak snoept tussendoor. Zij eet vooral chocolade.	24/03/22	Marie De Ridder
Thuisverpleging	Huisarts	Wondzorg	Rita heeft een wonde aan haar linkervoet. Foto zie bijlage.	24/03/22	Rik De Jong
Thuisverpleging	Huisarts	Parameters	Glycemiewaarden van ochtendmetingen stijgen de afgelopen weken lichtjes. Waarden zijn beschikbaar in mijnWKG.	24/03/22	Rik De Jong
Specialist geheugenkliniek		Medicatie	Opvolggesprek gehad met Rita en haar dochter. Er is wat achteruitgang vastgesteld. Medicatieschema is ook aangepast. Zie bijlage.	15/03/22	Dirk Vancamp
Thuisverpleging		Welzijn	Observatie afwezigheid: Rita reageerde niet toen ik aankwam. Ik moest een paar keer roepen. Tijdens verzorging moest ik instructies meermaals herhalen.	2/03/22	Rik De Jong
Mantelzorger		Welzijn	Mama lijkt steeds meer afwezig te zijn de afgelopen dagen. Hebben jullie hetzelfde gevoel?	1/03/22	Stefanie Verstichelt
Gezinszorg	Thuisverpleging	Medicatie	Medicatie gaan ophalen bij de apotheker. Liggen klaar op de keukentafel.	22/02/22	Marie De Ridder
Gezinszorg		Welzijn	Mevrouw geniet van haar wandeling. Het doet deugd dat ze buiten kan komen. Binnenshuis stapt ze goed met ondersteuning.	22/02/22	Marie De Ridder
Huisarts		Beweging Medicatie	Tijdens huisbezoek besproken dat Rita nog zoveel mogelijk moet blijven bewegen. Kunnen jullie haar daarin wat ondersteunen? Voorschrift medicatie in orde.	21/02/22	Sophie De Bruyn
Thuisverpleging	Huisarts	Medicatie	Graag een nieuw medicatievoorschrift: • Xarelto® 20mg • bisoprolol 2,5mg (doos 60 stuks)	22/02/22	Marie De Clerck
Mantelzorger		Welzijn	Vandaag gaan wandelen met mijn mama in de rolstoel. Heeft haar veel deugd gedaan.	17/02/22	Stefanie Verstichelt
Gezinszorg		Thuiszorg	Goed initiatief! Wij komen op maandag, woensdag en vrijdag langs. Rita bleek nog wat terughoudend te zijn tegenover mijn hulp.	08/02/22	Marie de Ridder
Thuisverpleging		Ander	Dag allen, graag start ik het gebruik van het journaal op. Vanaf vandaag komt thuisverpleging dagelijks langs bij Rita. Ik heb met haar dochter afgesproken dat zij (dochter) in het journaal ook observaties zal noteren. Voor Rita zelf is deelnemen aan het journaal niet haalbaar.	07/02/22	Rik De Jong

2.3.1.1.2 Extra gewenste functionaliteiten volgens zorgverleners

Het Vitalink Journaal heeft in zijn huidige vorm ook beperkingen. De bestaande functies blijken niet gebruiksvriendelijk (genoeg) te zijn om de voorbeelden hierboven - het ideale scenario - in de praktijk uit te voeren. Daarom vinden zorgverleners het belangrijk dat er extra functies mogelijk gemaakt worden - enerzijds door Vitalink zelf, en anderzijds door de softwareleveranciers die het journaal inbouwen. Zorgverleners raden de volgende extra functies aan

Notificaties/meldingen

Nu moeten zorgverleners actief nagaan of er nieuwe berichten zijn. Ze vrezen dat ze zo belangrijke berichten over het hoofd zien. Het is dan ook een must dat softwareleveranciers meldingen opnemen in het patiëntendossier. .

Bericht kunnen richten aan iemand

De zorgverleners vrezen ook dat het journaal te veel berichten toont die voor hen niet van belang zijn. Ze kunnen berichten filteren op tijdsperiode en tags, maar volgens hen is dat onvoldoende om belangrijke berichten terug te vinden. Een oplossing zou kunnen zijn dat je een bericht kan richten aan een specifieke zorgverlener.

Tags

In de groepsgesprekken met de thuisverpleging en gezinszorg werd opgemerkt dat de bestaande tags (de derde kolom in de voorbeelden) louter medisch zijn. Zij raden extra tags zoals 'welzijn', 'zorgplanning' en 'thuiszorg' aan.

Volgens sommige huisartsen ontbreken er ook tags met betrekking tot parameters en psychisch welzijn. Ze raden ook aan het gebruik van tags te verplichten. Nu is dat nog niet zo. Daardoor kunnen er berichten verloren gaan wanneer de gebruiker filtert op tags.

Filtering op rol van auteur

Filtering op de rol van de auteur (de 'Van'-kolom in de voorbeelden hierboven) is nuttig om relevante berichten snel terug te vinden. Filtering op tijdsperiode blijkt minder essentieel, aangezien de berichten in omgekeerde chronologische volgorde (van recent naar oud) weergegeven worden.

Meer bijlagen toevoegen

De mogelijkheid om bijlagen te delen – denk maar aan foto's van wonden, verslagen en medicatieschema's - blijkt een groot voordeel van het journaal te zijn. Momenteel kan er echter maar één bijlage toegevoegd worden aan een bericht. Het zou beter zijn als je verschillende bijlagen kan toevoegen, bijvoorbeeld een foto én een verslag.

Overzicht zorgteam

Zorgverleners vinden het erg belangrijk dat ze kunnen zien wie er allemaal actief deel uitmaakt van het zorgteam. Enerzijds om hun contactgegevens te kunnen vinden, anderzijds om te weten met welke zorgverleners ze via het journaal kunnen communiceren.

Overzicht zorgplanning

Uit het groepsgesprek met gezinszorgorganisaties kwam naar voren dat er nood is aan een overzicht van de zorgplanning. In het journaal kunnen zorgverleners nu al aanpassingen in de zorgplanning doorgeven en eventueel als bijlage toevoegen. Het zou echter interessant zijn als ze daarvoor een aparte functionaliteit "Zorgplanning" naast het journaal konden gebruiken.

Reageren op een bericht

Momenteel kan je niet reageren op een journaalbericht. Zorgverleners willen dat graag anders: ze willen gericht een antwoord kunnen geven op vragen die via het journaal gesteld worden, en ook kunnen zien dat berichten aan elkaar gelinkt zijn.

Taak/bericht afvinken

Uit de groepsgesprekken en interviews blijkt dat het papieren schriftje een groot voordeel heeft: je kan er notities in afvinken. Een voorbeeld: als de thuisverpleging noteert dat er een nieuw voorschrift nodig is, dan zet de arts er zijn handtekening bij om aan te geven dat hij dat in orde heeft gebracht. Het zou een meerwaarde zijn als dat ook digitaal kon.

Bericht verwijderen

Momenteel kan een gebruiker zijn bericht alleen updaten of doorstrepen, maar niet verwijderen. Sommige zorgverleners vinden het belangrijk om dat wél te kunnen. Bijvoorbeeld voor berichten die niet meer relevant zijn. Zoals in het voorbeeld hierboven: zodra het voorschrift is afgeleverd en de medicatie is opgehaald, is het bericht daarover voor niemand nog van belang en leidt het de aandacht af van berichten die dat wél zijn. Ook wanneer een notitie bij de verkeerde patiënt geschreven werd, of als de patiënt wil dat een bericht verwijderd wordt, zou het mogelijk moeten zijn om dat recht te zetten. Overigens zijn niet alle zorgverleners het daarmee eens. Een argument om berichten níét te kunnen verwijderen, is dat ze zichtbaar moeten blijven met het oog op de medische bewijslast.

Leesbevestiging

Wanneer zorgverleners een bericht posten, weten ze niet zeker of het wel gelezen wordt. Een leesbevestiging, met de namen van de leden van het zorgteam die het bericht al eerder gelezen hebben, zou daarom een meerwaarde betekenen.

Sneltoetsen

Een grote barrière om het journaal te gebruiken is dat het soms dubbel werk betekent voor de zorgverleners. Denk maar aan informatie die absoluut in het patiëntendossier moet staan, maar ook nog eens apart genoteerd moet worden in het journaal. Zorgverleners pleiten er daarom voor dat softwareleveranciers sneltoetsen integreren om belangrijke notities uit het patiëntendossier ook meteen als journaalbericht te posten.

Offline toegang tot journaalberichten

Tot slot zou offline toegang tot het journaal erg interessant zijn. Tijdens huisbezoeken hebben artsen of zorgverleners immers niet altijd toegang tot het internet.

De tabel hieronder geeft een meer uitgebreid overzicht van de huidige functies van het journaal en de extra functies die de zorgverleners aanraden.

HUDIGE FUNCTIES	GEWENSTE FUNCTIES
Filters op tijdsperiode en tags	Extra filter op rol van auteur
Eén bijlage toevoegen	Meerdere bijlagen toevoegen
Berichten updaten of doorstrepen	Berichten kunnen verwijderen
Bericht bevat maximaal 320 karakters	Zoekfunctie naar een specifiek woord
Eén of meer medische tags toevoegen: • Medicatie • Beweging • Voeding • Wondzorg • Nierinsufficiëntie • Diabetes • Antibiotherapie • Tandzorg • Infectiologie • Oncologie • Zwangerschap	Andere, niet-medische tags kunnen gebruiken: • Medicatie • Beweging • Voeding • Wondzorg • Medisch • Parameters • Thuiszorg • Zorgplanning • Welzijn • Administratie • Ander
	Volledige preview van berichten
	Overzicht zorgteam
	Overzicht zorgplanning
	Berichten kunnen richten aan iemand en hierop kunnen filteren
	Notificaties/meldingen in het dossier
	Reageren op een bericht
	Taak/bericht afvinken
	Leesbevestiging
	Integratie van bericht/bijlage in dossier
	Sneltoets in dossier om ingegeven data uit het medisch dossier ook als journaalbericht te posten
	Offline toegang tot journaalberichten

Er is een uitgebreide lijst van UX-aanbevelingen opgemaakt. Via deze lijst van UX-aanbevelingen, en een visuele voorstelling van de UX-aanbevelingen, willen we softwareleveranciers en ontwikkelaars van portalen ondersteunen bij een gebruiksvriendelijke implementatie van het journaal. Deze documenten zijn raadpleegbaar via de communicatiekanalen van Vitalink.

2.3.1.1.3 Barrières bij het gebruik van het Vitalink Journaal

Naast de ontbrekende functies zijn er ook nog andere barrières die het lastig maken om het journaal te gebruiken. Zo bestaat de vrees dat het digitale journaal een hoge drempel is voor (nieuwe) zorgverleners, patiënten, mantelzorgers en andere familieleden. Een papieren schriftje is toegankelijker voor iedereen. Bovendien zijn de patiënten voor wie een journaal interessant is vaak ouder en niet zo vertrouwd met computers. De digitalisering stelt ook technische uitdagingen tijdens een huisbezoek: niet elke zorgverlener heeft een laptop of tablet mee, of heeft toegang tot een stabiele internetverbinding.

Verder ondervinden zorgverleners soms ook problemen om dingen te noteren in het journaal. Doordat een overzicht van het zorgteam ontbreekt, zijn ze terughoudender om het journaal te gebruiken. Ze vinden het namelijk belangrijk om te weten met wie ze communiceren en bij wie hun bericht terechtkomt. Sommige zorgverleners vinden de onderlinge hiërarchie tussen zorgverleners een drempel om open te communiceren. Daarnaast missen ze duidelijke afspraken over het gebruik van het journaal: wat mag je communiceren en wat niet, welke tag moet je gebruiken voor welk type bericht, hoe snel wordt er een antwoord verwacht, is een journaalbericht wettelijk bindend?

Zorgverleners vinden het goed dat ook de patiënt schrijf- en leesrechten heeft, maar zien ook nadelen. Doordat de patiënt kan meelezen, is de drempel hoger om gevoelige informatie te delen - denk maar aan een vermoeden van verslaving of depressie. Zorgverleners zijn ook bezorgd dat ze niet zullen kunnen voldoen aan de verwachtingen die patiënten van het journaal hebben. Ze vrezen dat het journaal een massa vragen oproept waarop de patiënt een antwoord verwacht.

Tot slot ontbreekt er volgens huisartsen en kinesitherapeuten een financiële prikkel om het journaal te gebruiken. Zij vrezen dat het journaal hen extra tijd zal kosten, aangezien ze sommige dingen dubbel zullen moeten noteren (in het journaal en in het patiëntendossier). Zonder financiële tegemoetkoming zullen zij vermoedelijk te weinig gemotiveerd zijn om het journaal te gebruiken.

2.3.1.1.4 Randvoorwaarden om het Vitalink Journaal succesvol te gebruiken

Om het Vitalink Journaal met succes te gebruiken, moet volgens zorgverleners aan deze randvoorwaarden voldaan zijn:

- Het volledige zorgteam moet aan boord zijn: elke patiënt én elke betrokken zorgverlener/welzijnswerker moet toegang tot het journaal kunnen krijgen
- Het journaal moet een overzicht van het zorgteam bevatten
- Zowel afstuderende als ervaren zorgverleners moeten het journaal kennen en weten dat het de gouden standaard is
- Patiënten en zorgverleners moeten weten waarvoor het journaal dient en waarvoor niet
- De patiënt moet actief betrokken worden en input kunnen geven via het journaal
- Patiënten die minder digitaal vertrouwd zijn moeten ondersteuning krijgen bij het gebruik van het journaal
- De onderlinge hiërarchie tussen de zorgverleners mag een open communicatie niet in de weg zitten
- Er moet een financiële aansporing zijn om het journaal te gebruiken
- Het journaal moet toegankelijk zijn via het elektronisch patiëntendossier
- Het journaal moet offline toegankelijk zijn
- Er moet een mobiele applicatie zijn voor zorgverleners die niet achter een computer werken (psychologen, kinesitherapeuten)
- Dubbel noteren moet zoveel mogelijk vermeden worden, bijvoorbeeld door een sneltoets waarmee je gezondheidsdata die je ingeeft in het patiëntendossier ook meteen als journaalbericht kan posten
- Je moet berichten kunnen richten aan een specifieke zorgverlener
- Je moet een melding krijgen wanneer er een nieuw bericht wordt gepost (of tenminste die meldingen kunnen aanzetten)
- Wanneer je een vraag richt aan een specifieke zorgverlener, moet je een leesbevestiging krijgen

2.3.1.1.5 Hoe willen patiënten het journaal gebruiken?

Uit de gesprekken met patiëntenvertegenwoordigers kwam naar voren dat patiënten het journaal willen gebruiken als dagboek om meer betrokken te worden bij hun zorgproces. Aan de ene kant willen ze een overzicht krijgen van hun behandeling bij verschillende zorgverleners en van de afspraken die er gemaakt zijn. Aan de andere kant willen ze zelf veranderingen in hun gezondheidstoestand kunnen delen met het zorgteam. Het liefst zouden ze via het journaal ook een dialoog kunnen aangaan met hun zorgverleners, maar ze beseffen dat het voor zorgverleners niet haalbaar is om alle vragen van hun patiënten via deze weg te beantwoorden.

Hierboven somden we al de randvoorwaarden op die volgens zorgverleners noodzakelijk zijn om van het journaal een succes te maken. Ook de patiënten noemen enkele randvoorwaarden:

- De patiënt moet kunnen bepalen wie er toegang heeft tot het journaal
- Het journaal moet een overzicht bevatten van de zorgverleners die er toegang toe hebben
- Er moet ook een overzicht komen van de 'loggings': wie heeft het journaal wanneer geraadpleegd?
- Zorgverleners moeten met de patiënt bespreken wat er in het journaal genoteerd wordt
- De patiënt moet berichten kunnen verwijderen
- Het journaal moet geïntegreerd worden in een vertrouwd gezondheidsportaal, bv. Mijngezondheid.be of MyHealthViewer
- Het journaal moet toegankelijk zijn via laptop én smartphone
- Inloggen op het journaal mag niet complex zijn
- Geen vakjargon, het journaal moet ook begrijpelijk zijn voor de patiënt
- De patiënt moet te horen krijgen waarvoor het journaal dient en waarvoor niet
- De patiënt moet actief betrokken worden en input kunnen geven via het journaal
- Patiënten die minder digitaal vertrouwd zijn moeten ondersteuning krijgen bij het gebruik van het journaal
- Het journaal moet een aanvulling blijven op persoonlijke contacten met hulpverleners, en mag die niet vervangen
- De patiënt moet het journaal kunnen printen
- De patiënt moet een melding krijgen bij nieuwe berichten

2.3.1.1.6 Alternatieve tools en kanalen voor communicatie en samenwerking

Het Vitalink Journaal biedt in de toekomst een nieuwe manier om te communiceren binnen een zorgteam. Het journaal is een extra kanaal dat gebruikt kan worden naast andere bestaande kanalen met elk hun specifieke eigenschappen. Daarnaast bestaan er – niet beperkt tot

de zorgcontext – alternatieve tools voor communicatie en coördinatie bij samenwerken. Ook deze kunnen dienen als inspiratie bij de verdere uitwerking van het journaal. Hieronder een overzicht:

eHealthBox

De beveiligde elektronische brievenbus, ontwikkeld door het eHealth-platform en gratis ter beschikking gesteld van iedere zorgverlener. Het gaat om een e-maildienst die een beveiligde uitwisseling van vertrouwelijke medische gegevens mogelijk maakt.

- Elke zorgverlener met RIZIV-nummer beschikt over een gratis eHealthBox. Niet elke actor in zorg- en welzijn heeft echter een RIZIV-nummer; gebruik van de eHealthBox is daardoor beperkt tot titels en beroepen die zijn opgenomen in de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.
- De toegang verloopt via een webtoepassing of webservice. Daarnaast bieden private bedrijven betalende tools aan die de eHealthBox op een gebruiksvriendelijke manier toegankelijk maken en koppelen aan de software van de zorgverlener.
- De eHealthBox heeft de standaardfuncties van een mailbox. Je kan berichten versturen en documenten en verslagen uitwisselen, en er zijn opties voor zoeken, filteren en wissen. De eHealthBox is echter niet bedoeld om bestanden op te slaan en/of dossiers te beheren: daarvoor dienen de lokale patiëntendossiers.
- Vanuit de eHealthBox kan je berichten sturen naar één of meer specifieke ontvangers.

Gedeelde dossiers of onderdelen

Er bestaan ook tools waarmee je geen aparte berichten stuurt, maar samenwerkt aan gedeelde content. Het kan gaan om volledige dossiers of om onderdelen ervan. Denk bijvoorbeeld aan het IRIS-platform voor palliatieve zorg, het VulniPreg/Mediligo (LeapStation)-platform voor zorg bij zwangerschap, het gedeeld medicatieschema of het (toekomstige) concept van de modulaire Sumehr (beknopt medisch dossier).

- Alle informatie staat gebundeld op één centrale plaats en is up-to-date. Eventueel is er sprake van verschillende views op basis van specifieke toegangsrechten.
- Gedeelde content betekent ook gedeelde verantwoordelijkheid. Meerdere auteurs zijn samen verantwoordelijk voor een dossier of een onderdeel ervan. Elke auteur past zelf de content aan, in plaats van er een bericht over te versturen.
- Sommige van deze tools hebben specifieke functies om het zorgteam te beheren en onderling te communiceren.
- Om dubbele registratie te vermijden en uit te sluiten dat systemen elkaar tegenspreken, is het essentieel om deze tools te integreren in de eigen dossiersystemen.

Messenger-applicaties

Communicatiemiddel om informatie uit te wisselen via 'instant messaging' (chat). Apps zoals Siilo (messenger applicatie specifiek ontwikkeld voor de zorg) garanderen de veiligheid en privacy: die zijn in een zorgcontext immers cruciaal.

- Messenger-applicaties bieden de mogelijkheid om zowel individueel als in groep te communiceren via één kanaal. Dat kan schriftelijk, maar vaak zijn er ook telefonische en videogesprekken mogelijk.
- Je krijgt een verzend-, ontvangst- en leesbevestiging.
- Siilo biedt de mogelijkheid om geverifieerde zorgverleners op te zoeken. Je kan ook groepen maken en beheren waarbij niet-zorgverleners kunnen aansluiten. Op die manier kan je verzorgenden, welzijnswerkers en de patiënt zelf in de communicatie betrekken.
- Siilo bevat tal van beveiligingsmechanismen (verificatie van gebruikers, end-to-end-versleuteling, veilige camera en mediabibliotheek, automatisch verwijderen van berichten).
Uitbreiding naar netwerkgeneskunde: in Siilo worden zorgprofessionals samengebracht in netwerken waarin kennis en nieuwe inzichten kunnen worden uitgewisseld, door concrete vragen en casussen te posten en te bespreken met collega's en experts.

Software voor projectmanagement

Er bestaat ook software die speciaal ontworpen is om projecten te managen - denk maar aan Basecamp en Trello. Zulke toepassingen helpen teams makkelijker en efficiënter samen te werken aan zaken als planning, beheer van documenten/dossiers, communicatie, kwaliteitszorg en rapportage. Ze werken met taken die ze bepalen, inplannen en toewijzen, en bieden de volgende mogelijkheden:

- Platform voor het faciliteren van 'samenwerken op afstand' met tal van functionaliteiten voor communicatie en uitwisseling van informatie.
- Een taak-georiënteerde focus met zicht op planning: definiëren, toewijzen en opvolgen van taken.
- Tijdslijnweergave visualiseert de huidige stand van zaken in een proces of project: duidelijke status updates en vervolgstappen.
- Overzichtelijke en gepersonaliseerde dashboards voor iedere betrokkene
- Agendabeheer en time management.
- Krachtige zoekfuncties.

Conclusie

Binnen het eerste testtraject, het Vitalink Journaal, brachten we in kaart hoe zorgverleners en patiënten dat journaal het liefst zouden willen gebruiken. We onderzochten welke extra functies ze wilden, welke obstakels en randvoorwaarden er zijn, en welke alternatieve communicatietools er bestaan. In samenwerking met de softwareleveranciers konden we het journaal testen en integreren in de systemen van thuisverpleegkundigen, kinesisten, vroedvrouwen, gezinszorg enzovoort (bij de start van het project

was het journaal enkel beschikbaar in de software van de huisartsen). Meer dan 10 softwareleveranciers slaagden voor de interoperabiliteitstesten van het Vitalink Journaal en namen deel aan de gebruiksvriendelijkheidstesten. We stelden ook een stappenplan op om andere leveranciers te ondersteunen bij het uitwerken en testen van het journaal na afloop van het project. Op het eind van dit hoofdstuk formuleren we een aantal aanbevelingen over de verdere invoering van het journaal.

2.3.1.2 Hubs (ziekenhuisportalen) en de eerstelijnszorg

Hubs zijn elektronische netwerken waarop ziekenhuizen, psychiatrische instellingen, privé-laboratoria, privé-radiologiepraktijken en dergelijke informatie kunnen uitwisselen. In België zijn er vier hubs: CoZo (hub Gent), VZN (hub Leuven), Abrumet (hub Brussel) en RSW (hub Wallonië). De vier zijn met elkaar verbonden via de metahub, die wordt beheerd door het federale eHealth-platform.

De hubs zijn ooit opgericht om medische informatie uit de tweede lijn te delen tussen ziekenhuizen, maar sinds kort kunnen ook zorgverleners uit de eerste lijn documenten of links inkijken en delen via de hubs. Op de hubs kunnen (para)medische documenten uit het ziekenhuis geraadpleegd worden (ontslagbrieven, operatieverslagen, uitslagen van bloedonderzoeken,

resultaten medische beeldvorming...), maar ook informatie uit Vitalink (beknopt medisch dossier, medicatieschema, vaccinatiegegevens...) en gegevens uit andere hubs die gedeeld worden via de metahub. Uiteraard heeft de eerstelijnszorgverlener enkel toegang tot documenten op de hub als hij of zij de eHealth-toegangsregels volgt.

In 2020 werd de hub echter nog maar zeer beperkt gebruikt door de eerste lijn. Huisartsen consulteren de hub al wel, en het Wit-Gele Kruis zet er al informatie op. In het kader van het EFRO-project stelden we daarom een traject op. Dat moet softwareleveranciers en organisaties uit de eerste lijn (thuisverpleging, kinesitherapie en vroedvrouwen) ondersteunen om aan te sluiten op de hubs.

Om dit traject uit te werken, deden we een beroep op de ervaring van de Federatie van het Wit-Gele Kruis. Zij hadden zelf al sinds 2018 toegang tot de CoZo-hub om informatie te delen over hun - patiënten. We overlegden ook met het Jessa Ziekenhuis over de invoering en het gebruik van de hub voor het delen van informatie naar de eerste lijn. Verder deden we tests van de vier hubs (CoZo, VZN, RSW en Abrumet). We overlegden met de ontwikkelaars van de CoZo-hub en met het eHealth-platform. Op die manier verzamelden we de kennis en documentatie die we nodig hadden om de softwareleveranciers te ondersteunen die aan het traject wilden deelnemen

Conclusie

In dit project demonstreerden vijf eerstelijnssoftwarepakketten hun koppeling naar de hubs. Er werden ook stappenplannen opgesteld om eenvoudig op de hubs aan te sluiten. Verder formuleerden we een aantal aanbevelingen voor het gebruik van de hubs: die vind je aan het eind van dit hoofdstuk.

overdracht documentatie

2.3.1.3 De overdracht van documentatie van de eerste naar de tweede lijn en omgekeerd

Wanneer een patiënt van de eerste- naar de tweedelijnszorg gaat of omgekeerd – bijvoorbeeld als hij door de huisarts wordt doorverwezen naar het ziekenhuis – moeten er ook een heleboel gegevens mee worden overgedragen. Denk maar aan informatie over gewijzigde medicatie, eerdere behandelingen, de wondzorg... Alleen gebeurt dat niet altijd even naadloos.

Zorg stopt niet op het moment dat de patiënt 'de deur uit is', maar pas op het moment dat zijn gegevens geüpdatet zijn én gedeeld met de andere zorgverleners. De afgelopen jaren zijn er al enorme stappen gezet om de informatiedoorstroming te verbeteren, maar zowel in de eerste als in de tweede lijn zijn er nog meer inspanningen nodig. Het belangrijkste instrument is de verwijsbrief, al dan niet digitaal, en liefst aangevuld met andere relevante documentatie.

Dit testtraject had drie doelstellingen:

- 'Good/best practices' op het vlak van de overdracht van documentatie onderzoeken
- Aanbevelingen opstellen voor zorgverleners die nog niet systematisch documentatie voor overdracht ter beschikking stellen
- Softwareleveranciers aanmoedigen om in hun software functies in te bouwen waarmee dat soort documenten automatisch worden aangemaakt

De specifieke transferdocumentatie voor het medicatieschema is verder onderzocht en wordt toegelicht in het onderdeel over het medicatieschema.

Aan dit testtraject werkten 7 softwareleveranciers mee. Zij demonstreerden met succes hoe ze vanuit hun software automatisch een transferdocument kunnen aanmaken dat vervolgens gedeeld kan worden met andere zorgverleners.

2.3.1.3.1 Ideale verwijsbrief

Hoe ziet de ideale verwijsbrief van de huisarts naar de spoedgevallendienst er inhoudelijk uit? Voor deze analyse verwijzen we naar 2 aan elkaar gekoppelde masterproeven die het perspectief van enerzijds de huisarts en anderzijds de spoedarts belichten. Ze combineerden literatuurstudie met eigen veldonderzoek.

Uit de conclusies leren we dat huisartsen doorgaans wel de tijd nemen om een verwijsbrief te schrijven, maar dat de inhoud ervan vaak onvoldoende is om de zorg voor de patiënten adequaat voort te zetten. Dat valt gedeeltelijk te verklaren door het verschil tussen wat zorgverleners in de eerste en in de tweede lijn als essentieel beschouwen in een verwijsbrief. De inhoud ervan hangt ook van wie de brief schrijft: de eigen huisarts of een wachtarts.

De tabel toont een overzicht van de kwaliteitsindicatoren die volgens de literatuur in een goede verwijsbrief zouden moeten worden opgenomen, en van de meningen van zowel huis- als spoedartsen over die factoren (veldonderzoek van Grenier &

Haegeman). Daaruit bleek een grote overeenkomst tussen de beide artsengroepen: 14 van de 20 indicatoren werden door meer dan 75% van zowel de huisartsen als de spoedartsen beoordeeld als 'belangrijk tot cruciaal' (groene markering), en 3 van de 20 indicatoren werden door minder dan 75% van beide artsengroepen 'belangrijk tot cruciaal' gevonden (grijze markering). Bij de resterende 3 indicatoren kwamen de beoordelingen van huisartsen en spoedartsen niet overeen (oranje markering). Voor 2 van die indicatoren was het verschil in mening significant: in vergelijking met de huisartsen hechten spoedartsen meer belang aan een 'specifieke vraagstelling' en aan afspraken over 'reanimatie en orgaandonatie'. Eén verschil was niet significant: de vermelding van 'objectief lichamenlijk onderzoek' was 'belangrijk tot cruciaal' voor 71% van de spoedartsen, en voor 100% bij de huisartsen.

Op basis van de bevindingen van dit onderzoek pleiten we ervoor om de kwaliteit van de verwijsbrieven te verbeteren. Dat kan via verschillende incentives: homologatie, minilabs, regelgeving...

Mening van de huisartsen en de spoedartsen over de inhoud van de verwijsbrieven.

Kwaliteitsindicatoren	Functie		Irrelevant / niet belangrijk	Neutraal	Belangrijk/ cruciaal	P-waarde*
1. Gegevens van de verwijzende huisarts of de wachtarts zijn.	Huisarts (n=8)	n	0	0	8	1,000
		%	0	0	100	
	Spoedarts (n=24)	n	0	1	23	
		%	0	4,2	95,8	
2. Indien de verwijzende arts niet de eigen huisarts is: gegevens van de eigen huisarts	Huisarts (n=8)	n	0	0	8	0,555
		%	0	0	100	
	Spoedarts (n=24)	n	0	3	21	
		%	0	12,5	87,5	
3. Gegevens van de patiënt. Basis: naam, voornaam, geslacht, geboortedatum/ leeftijd	Huisarts (n=8)	n	0	0	8	1,000
		%	0	0	100	
	Spoedarts (n=24)	n	1	1	22	
		%	4,2	4,2	91,6	
4. Gegevens van de patiënt. Uitgebreid: beroep, adres, telefoonnummer	Huisarts (n=8)	n	1	5	2	0,511
		%	12,5	62,5	25	
	Spoedarts (n=24)	n	8	10	6	
		%	33,3	41,7	25	
5. Reden van verwijzen	Huisarts (n=8)	n	0	0	8	1,000
		%	0	0	100	
	Spoedarts (n=24)	n	0	0	24	
		%	0	0	100	
6. Huidig ziektebeeld: Anamnese= subjectief	Huisarts (n=8)	n	0	0	8	0,575
		%	0	0	100	
	Spoedarts (n=24)	n	2	4	18	
		%	8,3	16,7	75	
7. Huidig ziektebeeld: Lichamenlijk onderzoek = objectief	Huisarts (n=8)	n	0	0	8	0,473
		%	0	0	100	
	Spoedarts (n=24)	n	1	6	17	
		%	4,2	25	70,8	
8. Huidig ziektebeeld: aanvullende onderzoeken	Huisarts (n=8)	n	0	2	6	0,198
		%	0	25	75	
	Spoedarts (n=24)	n	2	1	21	
		%	8,3	4,2	87,5	

Kwaliteitsindicatoren	Functie		Irrelevant / niet belangrijk	Neutraal	Belangrijk/ cruciaal	P-waarde*
9. Therapie in kader van huidige aandoening: geneesmiddel	Huisarts (n=8)	n	0	1	7	0,443
		%	0	12,5	87,5	
	Spoedarts (n=24)	n	0	1	23	
		%	0	4,2	95,8	
10. Therapie in kader van huidige aandoening: geneesmiddel: dosis	Huisarts (n=8)	n	0	2	6	0,056
		%	0	25	75	
	Spoedarts (n=24)	n	0	0	24	
		%	0	0	100	
11. Therapie in kader van huidige aandoening: frequentie	Huisarts (n=8)	n	0	2	6	0,056
		%	0	25	75	
	Spoedarts (n=24)	n	0	0	24	
		%	0	0	100	
12. (differentieel) diagnose(s)	Huisarts (n=8)	n	0	5	3	0,472
		%	0	62,5	37,5	
	Spoedarts (n=24)	n	5	11	8	
		%	20,8	45,8	33,3	
13. Specifieke vraagstelling	Huisarts (n=8)	n	0	3	5	0,039°
		%	0	37,5	62,5	
	Spoedarts (n=24)	n	1	1	22	
		%	4,2	4,2	91,6	
14. Voorgeschiedenis/ comorbiditeiten	Huisarts (n=8)	n	0	2	6	0,147
		%	0	25	75	
	Spoedarts (n=24)	n	0	1	23	
		%	0	4,2	95,8	
15. Chronische therapie: geneesmiddel	Huisarts (n=8)	n	0	0	8	1,000
		%	0	0	100	
	Spoedarts (n=24)	n	0	0	24	
		%	0	0	100	
16. Chronische therapie: dosis	Huisarts (n=8)	n	0	1	7	0,443
		%	0	12,5	87,5	
	Spoedarts (n=24)	n	0	1	23	
		%	0	4,2	95,8	
17. Chronische therapie: frequentie	Huisarts (n=8)	n	0	1	7	0,443
		%	0	12,5	87,5	
	Spoedarts (n=24)	n	0	1	23	
		%	0	4,2	95,8	
18. Aandachtspunten: allergie	Huisarts (n=8)	n	0	0	8	1
		%	0	0	100	
	Spoedarts (n=24)	n	0	0	24	
		%	0	0	100	
19. Aandachtspunten: psychosociale factoren/ familiale antecedenten/ risicovl leefgedrag	Huisarts (n=8)	n %	1	4	3	0,12
			12,5	50	37,5	
	Spoedarts (n=24)	n %	0	8	16	
			0	33,3	66,7	
20. Reanimatiebeleid/ orgaandonatie	Huisarts (n=8)	n %	2	3	3	0,011°
			25	37,5	37,5	
	Spoedarts (n=24)	n %	0	4	20	
			0	16,7	83,3	

°Significant verschil tussen de mening van de huisartsen en de mening van de spoedartsen ($p < 0,05$). P-waarde* berekend met behulp van de Freeman Halton extensie van de Fischer's Exact test.

Belangrijk/ cruciaal' door zowel huisartsen als spoedartsen

Niet 'belangrijk/cruciaal' door zowel huisartsen als spoedartsen

Verschillende meningen tussen huisartsen en spoedartsen

2.3.1.4 Koppeling met gezinszorg

De sector gezins- en aanvullende thuiszorg is een enorm belangrijke schakel in de zorg en dagelijkse ondersteuning van veel mensen. In deze sector zijn in totaal 15.000 verzorgenden actief. Zij bieden gemiddeld bij 105.000 gezinnen per week ondersteuning.

Medewerkers van gezinszorg zijn vaak meerdere uren per dag aanwezig bij de patiënt. Ze hebben dus een zeer goed zicht op hoe die dagelijks functioneert - veel beter dan de thuisverpleegkundige, die gemiddeld één of twee keer per dag kort langskomt, of de huisarts, die maar eens om de week of twee weken contact heeft. De medewerkers van gezinszorg zijn vaak een vertrouwenspersoon voor de patiënt en hebben een belangrijke signaalfunctie tegenover de andere zorgverleners. Toch zijn ze vaak aangewezen op informatie die ze links en rechts toevallig opvangen, of op onjuiste of gekleurde informatie van de cliënt zelf. Ze kunnen geen informatie uit officiële bronnen natrekken en delen, al zou dat eigenlijk wel moeten.

Enkele voorbeelden uit de praktijk:

- Huisapotheker: de verzorgende is vaak degene die de medicatie gaat afhalen bij de apotheek. Belangrijk is dat hij of zij daarvoor naar de aangeduide huisapothek gaat. De vaste verzorgende weet meestal wie dat is, een vervanghulp niet altijd.
- Huisarts: verzorgenden moeten contact kunnen opnemen met de arts, bijvoorbeeld wanneer ze twijfelen over de juiste medicatie. Daarnaast kunnen ze de arts ook informatie en observaties doorgeven (cliënt geeft verwarde indruk, cliënt is gevallen...).

De medewerkers gezinszorg noteren nu zelf in hun eigen dossier wie deel uitmaakt van het zorgteam. Dat weten ze alleen door het te vragen aan de cliënt. Als zo'n zorgverlener dan niet langer bij de cliënt langskomt, wordt die informatie niet altijd meteen doorgegeven aan de andere zorgverleners, waardoor er misverstanden kunnen ontstaan.

2.3.1.4.1 Toegang tot (delen) van het Beknopt medische dossier

Het beknopt medische dossier of Sumehr (Summarized Electronic Health Record) is een samenvatting van het medisch dossier van een patiënt, opgemaakt door de huisarts. De Sumehr bestaat uit 10 onderdelen. Medewerkers van de gezinszorg hoeven niet de volledige Sumehr te kunnen inkijken, maar sommige onderdelen zijn wel relevant voor hen. Ze bevatten informatie die ze nodig hebben om beter voor mensen of gezinnen te kunnen zorgen, en helpen ze om observaties te doen en door te geven aan de huisarts of thuisverpleegkundige.

Technisch is de Sumehr één ondeelbaar document, dat bewaard wordt in de zogeheten kluis van Vitalink. Alleen artsen kunnen de Sumehr wijzigen. Er is altijd maar één versie van beschikbaar: de laatste.

Tijdens het project bleek dat de sector gezinszorg toegang wenst tot de volgende onderdelen van de Sumehr:

- contactpersonen (niet-therapeutisch)
- beheerder van het Globaal Medisch Dossier (huisarts)
- betrokken leden van het zorgteam (professionele zorgverleners)
- informatie over allergieën
- informatie over reacties op medicatie
- sociale risico's

We gaan even wat dieper in op die laatste drie onderdelen. Het is belangrijk dat medewerkers van gezinszorg op de hoogte zijn van de volgende risicofactoren:

1. Allergieën:

- a. Als de cliënt lijdt aan voedselallergieën (lactose- of glutenintolerantie, allergie voor eieren, schaaldieren, peulvruchten, noten, alcoholmisbruik...), moet de verzorgende daar rekening mee kunnen houden, zeker omdat hij/zij vaak de boodschappen doet en de maaltijden bereidt. De cliënt is niet altijd in staat om dat zelf aan te geven.
- b. Ook allergieën voor materiaal verdienen extra aandacht. Wanneer de cliënt een latexallergie heeft, moet de verzorgende bijvoorbeeld andere handschoenen gebruiken.

2. Geneesmiddelenreacties:

De verzorgenden gaan vaak medicatie afhalen voor de cliënt. Ze zijn ook vaak het eerste aanspreekpunt als die vragen heeft over zijn medicatie. In eerste instantie moeten ze de cliënt dan geruststellen, en vervolgens moeten ze contact opnemen met de huisarts, apotheker of verpleegkundige.

3. Sociale factoren/risico's:

Verzorgenden zijn vaak meerdere dagen per week enkele uren bij de cliënt aanwezig en bouwen zo een vertrouwensband op. Daardoor pikken ze veel informatie op over de thuissituatie en de sociale context – denk maar aan (alcohol)misbruik, verkeerde behandeling, therapietrouw... Zij moeten hun observaties kunnen delen op een goede en beveiligde manier. Daarnaast zijn ze vaak alleen thuis met de cliënt: ze moeten dus de risico's op bijvoorbeeld agressie kunnen inschatten en erop kunnen anticiperen.

In overleg met experts en met het Vitalink Team (binnen het Agentschap Zorg en Gezondheid) hebben we een oplossing uitgewerkt om de gezinszorg toegang te geven tot de hierboven genoemde onderdelen (met uitzondering van de sociale risicofactoren). De oplossing zou ook moeten werken voor andere zorgverleners zoals kinesitherapeuten, apothekers en psychologen (die ook geen volledige toegang tot de Sumehr hebben). Eenvoudig uitgelegd ziet ze eruit als volgt:

- Organisaties of zorgverleners die geen volledige toegang hebben tot de Sumehr, kunnen de volledige Sumehr toch technisch ophalen van Vitalink.
- Een tussenlaag in hun software filtert de onderdelen waartoe ze toegang hebben en toont die.
- De andere onderdelen worden onmiddellijk verwijderd uit die tussenlaag: die krijgen ze nooit te zien.

Organisaties voor gezinszorg moeten hierover een formele verklaring ondertekenen. Ze krijgen pas toegang als ze voldoen aan een reeks voorwaarden en na een uitgebreide test en verificatie.

2.3.1.4.2 Toegang tot het Vitalink Journaal

Momenteel werken zorgverleners vaak nog met papieren communicatieschriftjes of bladen, met alle nadelen van dien. Daarom zouden de gezins- en thuiszorg toegang moeten krijgen tot het digitale Vitalink Journaal. Zo kunnen ze observaties en signalen van de cliënt delen met de cliënt zelf, de arts en andere zorgverleners. Omgekeerd kunnen ze instructies van de arts of andere zorgverleners (de kinesist bijvoorbeeld) meenemen in hun dagelijkse begeleiding (dieetvoorschriften, bewegingsoefeningen, therapietrouw...).

Diensten voor gezinszorg- en aanvullende thuiszorg kunnen het journaal in theorie gebruiken, alleen was die mogelijkheid in de praktijk nog niet ingebouwd in hun software. In het kader van het EFRO-project hebben we daarin de eerste succesvolle stappen gezet. In de software van Ferm Thuiszorg werd het journaal daadwerkelijk ingebouwd.

2.3.1.4.3 Toegang tot gezondheidsportalen

Portalen zijn (web)applicaties die aangeboden worden door bijvoorbeeld ziekenhuizen, huisartsen of organisaties voor thuisverpleging, en waar patiënten maar ook andere zorgverleners gezondheidsgegevens kunnen inkijken. Voorbeelden zijn Helena, MyNexuz en mijnWGK (van het Wit-Gele Kruis).

We hebben onderzocht of organisaties voor gezinszorg ook toegang kunnen krijgen tot die portalen. Voor portalen van ziekenhuizen en huisartsen bleek dat nog niet te kunnen. Het grootste struikelblok is identificatie en authenticatie. De portalen zijn ontworpen om toegang te verlenen voor één persoon met een duidelijke rol: een arts bijvoorbeeld, of een patiënt. Medewerkers van gezinszorg hebben echter geen RIZIV-nummer en kunnen zich ook niet aanmelden met hun eigen rijksregisternummer om gegevens van hun cliënten in te kijken.

Toch is er een oplossing mogelijk, en wel door te werken met een zogeheten Circle of Trust-overeenkomst. Die wordt toegekend aan een (zorg-)organisatie die maatregelen neemt om de informatieveiligheid te garanderen. Het mijnWGK-portaal van het Wit-Gele Kruis biedt op die manier al toegang voor medewerkers gezinszorg. In die applicatie is de rol 'gezinszorg' opgenomen, waardoor de rechtenmatrix gerespecteerd wordt. Ferm Thuiszorg bracht binnen dit project een koppeling naar mijnWGK tot stand - een mooi voorbeeld voor andere organisaties.

2.3.1.4.4 Hoe diensten voor gezinszorg zelf hun dossier digitaal kunnen delen

Momenteel werken alle diensten voor gezinszorg met een eigen softwarepakket. Elke dienst stelt zijn eigen dossier op en beheert het. Intern worden planningen, informatie over de cliënt, taken en zorgdoelen bij de meeste organisaties wel al digitaal gedeeld.

Een eerste stap zou zijn dat de verschillende diensten digitaal gegevens delen om dubbel werk te vermijden (dubbele huisbezoeken, dubbel opvragen van gegevens, opmaak BeIRAI Screener...). De cliënt- en personeelsgegevens worden nu al doorgestuurd; organisaties kunnen ze raadplegen op Vesta. Dat is een systeem van elektronische gegevensuitwisseling tussen aan de ene kant de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg en diensten voor logistieke hulp, en aan de andere kant het Agentschap Zorg en Gezondheid. Vesta heeft twee grote doelstellingen: de subsidiëring van die diensten verbeteren door een efficiëntere en snellere uitbetaling, en (beleids-) informatie verzamelen op basis van de gegevens over het personeel en de gebruikers van die diensten, en op basis van de berekende subsidies. De logische volgende stap is het delen van gegevens tussen de diensten van gezinszorg en het zorgteam van de cliënt.

Conclusie

- Voor de sector gezinszorg zijn een aantal koppelingen met succes gerealiseerd: koppeling naar Vitalink Journaal, naar mijnWKG, toegang tot Sumehr...
- De sector was voor het eerst actief betrokken in een project rond digitale gegevensdeling.
- In de loop van het project kreeg de sector een prominentere rol in de officiële overlegorganen van Vitalink. I-mens levert sinds 2021 ook de ondervoorzitter van het overlegcomité, het belangrijkste beslissingsorgaan van Vitalink.
- Binnen VIVEL (Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn) werd een werkgroep eGezondheid en eWelzijn opgericht.

2.3.1.5 Het medicatieschema bekijken op Vitalink

Op Vitalink kunnen digitale medicatieschema's worden bewaard en geconsulteerd. Huisartsen en apothekers kunnen zo'n schema aanmaken en wijzigen; andere zorgverleners (verpleegkundigen, vroedvrouwen, tandartsen) kunnen het alleen lezen. De patiënt en de mantelzorger kunnen het medicatieschema bekijken via portalen als MyHealthViewer en mijnGezondheid.

Tegelijk met het EFRO-project loopt het VIDIS-project van het RIZIV. VIDIS (Virtual Integrated Drug Information System) is een federaal project en een onderdeel van het Plan e-gezondheid 2019-2021. Het gaat om een geïntegreerd elektronisch communicatiesysteem voor het beheer van alle aspecten van de medicamenteuze behandeling van een patiënt: het voorschrift, de aflevering, de toediening, de terugbetaling... VIDIS wil op één plek alle elementen integreren die nu al in verschillende systemen bestaan, maar nog niet met elkaar verbonden zijn. Om de kwaliteit van de zorg verder te verbeteren is het noodzakelijk dat zorgverleners vanuit hun software eenvoudig het gedeelde medicatieschema in Vitalink kunnen consulteren. In de toekomst kan dat eenvoudig via VIDIS.

Binnen dit testtraject hebben we ervoor gekozen om softwareleveranciers te ondersteunen om het Vitalink-medicatieschema consulteerbaar te maken in de software van zorgverleners. Dat kan relatief eenvoudig. Vitalink bevat namelijk een 'PDF-functie', die het meest recente medicatieschema in PDF-formaat aanlevert aan de gebruiker. Dat heeft het voordeel dat de informatie altijd en voor iedereen op dezelfde manier gepresenteerd wordt.

Vier softwareleveranciers slaagden voor de interoperabiliteitstesten die binnen het testtraject werden georganiseerd. Zij bieden hun gebruikers voortaan de mogelijkheid om de PDF-viewer van het Vitalink-medicatieschema vanuit hun software te raadplegen.

2.3.1.6 Deelname softwareleveranciers en resultaten

De betrokkenheid en medewerking van softwareleveranciers is cruciaal om veilige en stabiele koppelingen tussen softwarepakketten en systemen tot stand te brengen. De volgende softwareleveranciers hebben aan het EFRO-project deelgenomen: Cegeka, Corilus, Cronos, CompuGroup Medical (CGM), Vlaams Dienstencentrum vzw, Allsoft, Boca, Company Solutions, Ferm en Crossuite. Samen hebben we meer dan 30 nieuwe koppelingen kunnen testen en realiseren. De ondersteuning van softwareleveranciers was daarbij cruciaal.

Financiële incentive

Binnen het project was er een budget beschikbaar om de softwareleveranciers die met succes deelnemen aan de testtrajecten een (beperkte) financiële ondersteuning te bieden. Die incentive bleek belangrijk om hen te motiveren om aan de testtrajecten mee te werken. Het was de eerste keer dat leveranciers op die manier getriggerd werden om koppelingen te realiseren.

UX-richtlijnen

We hebben de softwareleveranciers ook ondersteund op het vlak van gebruiksvriendelijkheid (voornamelijk binnen het testtraject van het Vitalink Journaal). Het volstaat niet om leveranciers alleen maar technische cookbooks of handleidingen aan te bieden: ze hebben nood aan heldere richtlijnen, criteria voor gebruiksvriendelijkheid (user experience, UX) enzovoort. Tot voor de start van het EFRO-project hadden ze geen duidelijkheid over hoe de eindgebruikers het Vitalink Journaal willen gebruiken en welke gebruiksvriendelijkheidscriteria voor hen van belang zijn. De methodiek die we binnen het project uitwerkten, kan ook in de toekomst zinvol zijn bij stap 4 van het vijfstappenplan om toegang te krijgen tot Vitalink. <https://www.vitalink.be/toegang-tot-vitalink-in-5-stappen>

Interoperabiliteitstesten en toegang tot Vitalink

Om veilige en stabiele koppelingen te realiseren, is het cruciaal om de datakwaliteit te garanderen. De meeste softwareleveranciers waren buiten het project al in contact gekomen met het Vitalink-interoperabiliteitslabo (voor het testen van andere soorten data), maar er waren er ook die voor het eerst de koppeling maakten met Vitalink, en dus ook voor het eerst meededen aan interoperabiliteitstesten in het Vitalink-labo. Hen hebben we ondersteund: waar vinden ze de technische documentatie, hoe starten ze met het Vitalink-vijfstappenplan, hoe kunnen ze de interoperabiliteitstesten in het labo voorbereiden en inplannen... Een hele hulp voor deze leveranciers.

Stappenplan ter ondersteuning

Om softwareleveranciers te ondersteunen die in de toekomst - dus buiten de scope van het EFRO-project - een van de koppelingen (de 5 testtrajecten zoals hiervoor beschreven) willen realiseren, hebben we concrete stappenplannen uitgewerkt. In samenwerking met het Agentschap Zorg en Gezondheid en andere partners zorgen we er ook voor dat alle resultaten en documentatie uit het project beschikbaar blijven voor verder gebruik.

2.3.2 Gegevensdeling met het woonzorgcentrum

Het EFRO-project focust op digitale zorgondersteuning en een betere samenwerking tussen zorgverleners uit de eerste lijn (huisartsen, thuisverpleegkundigen, apothekers, kinesisten, aanvullende thuiszorgdiensten) en de tweede lijn (ziekenhuizen). Veel deelnemers aan het project wezen op de meest kwetsbare groep, voor wie een vlotte informatiedeling extra belangrijk is: ouderen die verblijven in woonzorgcentra (wzc's). Daarom besloten we een aparte analyse uit te voeren naar de gegevensdeling in woonzorgcentra.

In deze analyse bekeken we een van de projecten binnen het 'e-zorgzaam Vlaanderen actieplan', het zogeheten 'eTCS project'. Dat project mikte op een betere gegevensdeling tussen huisartsen, ziekenhuizen en wzc's wanneer bewoners van wzc's gepland (dus niet onverwacht) in het ziekenhuis worden opgenomen, via een transferdocument. Via dat document kunnen de belangrijkste medische gegevens van bewoners tussen de lijnen worden gedeeld.

Het project had veel potentie, maar kreeg ook te maken met heel wat uitdagingen. Het belangrijkste obstakel blijkt de ontoegankelijkheid van het transferdocument te zijn. Er zijn te veel verschillende handelingen nodig om via dat document gegevens te delen. Als één schakel in de keten niet functioneert, loopt alles spaak.

Er is echter een alternatief voorhanden: de Sumehr (Summarized Electronic Health Record, beknopt medisch dossier). Dat is een samenvatting van het medisch dossier van een patiënt, aangemaakt door de huisarts. De Sumehr wordt bewaard op de kluizen en is 24/7 beschikbaar. We stelden vast dat de Sumehr niet altijd up-to-date is of soms niet meer gebruikt wordt door huisartsen als een patiënt wordt opgenomen in een wzc. Daarom pleiten we ervoor om voor elke patiënt in een wzc steeds een actuele Sumehr aan te maken. Voor huisartsen is dat een beperkte inspanning.

Daarnaast dienen ziekenhuizen meer aandacht te besteden aan goede ontslagdocumentatie, zeker voor bewoners van wzc's. Een automatische (onmiddellijk bij ontslag) aangemaakte verpleegkundige en medische ontslagbrief is daarbij een must. Die brieven moeten via de hubs ter beschikking worden gesteld van het wzc.

Deze aanpassingen hebben drie grote voordelen, die tegemoetkomen aan de hierboven aangegeven tekortkomingen:

1. De menselijke schakel wordt doorbroken. Informatie hoeft niet langer actief via de transferdocumenten te worden doorgestuurd. Gegevens zijn al beschikbaar in de Sumehr of op de hub.
2. Gegevensdeling gebeurt automatisch en altijd. En omdat de informatie permanent ter beschikking staat, kan die in elke (andere) zorgsituatie worden geraadpleegd.
3. Doordat je maximaal gebruikmaakt van bestaande, werkende systemen, blijft de inspanning voor het opzetten van een nieuwe toepassingen voor informatiedeling beperkt.

2.3.3 Digitale gegevensdeling over het medicatieschema bij ziekenhuisopname en -ontslag

Medicatieschema's zijn vaak onvolledig of worden niet doorgegeven van de eerstelijnszorg naar het ziekenhuis en omgekeerd. Verschillende factoren spelen daar een rol in. Hieronder belichten we de voornaamste knelpunten vanuit het ziekenhuis, de apotheker en de huisarts.

Onduidelijke situaties in het ziekenhuis

Soms ontbreken er medicatieschema's, zijn ze onduidelijk of onjuist, of circuleren er diverse schema's naast elkaar. Wanneer een patiënt wordt opgenomen in het ziekenhuis, is er een tijdrovend en foutgevoelig proces nodig om de juiste informatie te achterhalen. In principe kunnen ziekenhuizen medicatieschema's uit Vitalink raadplegen en een kopie ervan opslaan in het elektronisch patiëntendossier (EPD). In de praktijk zien we echter dat het gedeelde medicatieschema in Vitalink weinig wordt geconsulteerd en arts-specialisten zijn er niet goed mee bekend. Daarnaast stroomt niet alle informatie (tijdig) door naar het ziekenhuis. Veel verwijsbrieven zijn nog steeds op papier, medicatieschema's zijn niet steeds opgeladen naar Vitalink of zijn niet actueel...

Ook tijdens de opname werken arts-specialisten niet met Vitalink - omdat ze geen schrijfmogelijkheden hebben, omdat Vitalink onvoldoende geïmplementeerd is of omdat ze werken met unidoses en niet met de codes die in de eerste lijn gebruikelijk zijn. Wijzigingen aan het medicatieschema brengen ze enkel aan in het lokale patiëntendossier: die stromen dus niet automatisch door naar Vitalink. De gewijzigde medicatie wordt dan enkel meegedeeld in de ontslagbrief aan de huisarts. Het voorschrijven gebeurt digitaal en papierloos via interne software, en er wordt één geneesmiddel per voorschrift genoteerd. Dat leidt soms tot verwarring of onduidelijkheid bij de afleverende apotheker.

Ziekenhuizen gebruiken soms ook andere benamingen voor hetzelfde geneesmiddel, en zetten de thuismedicatie om naar ziekenhuismedicatie. Na het ontslag van de patiënt moet die terug omgezet worden naar de thuismedicatie, zodat de patiënt de benaming weer herkent. Die omzetting kost tijd, maar die hebben de ziekenhuizen niet altijd.

Door een gebrek aan schrijfmogelijkheden voor de arts-specialist in Vitalink wordt de patiënt steeds ontslagen met een papieren versie van het medicatieschema, soms vergezeld door een ontslagbrief voor de huisarts. De ontslagbrief wordt op de hub geplaatst en wordt ook altijd via de eHealthbox digitaal bezorgd aan de huisarts of verwijzende arts. Het gevolg is dat er, na het ontslag uit het ziekenhuis, minstens twee versies van het medicatieschema circuleren: een papieren versie voor de patiënt, die digitaal gedeeld wordt met de huisarts, en de 'vorige' digitale versie op Vitalink, en dat net zolang tot de huisarts of huisapotheker het nieuwe schema gecontroleerd en opgeladen heeft.

Onduidelijke situaties bij de apotheker

Elke patiënt heeft het recht om een huisapotheker te kiezen (en dus een correct medicatieschema ter beschikking te hebben), al betaalt de ziekteverzekering de prestatie van de huisapotheker alleen terug voor bepaalde chronische patiënten. Patiënten mogen hun geneesmiddelen echter ook afhalen in andere apotheken, zonder dat ze dat hoeven te melden aan de huisapotheker. Dat wordt dan niet altijd uit het gedeeld farmaceutisch dossier gedetecteerd. Zo kan het gebeuren dat niet alle patiënten een medicatieschema hebben, of dat het schema niet accuraat is. Het medicatieschema nazien en beheren kost behoorlijk veel tijd. Het gebruik van Vitalink is niet verplicht, en in de praktijk stellen we vast dat het niet altijd in de workflow van apothekers en andere zorgverleners vervat zit.

Als een patiënt is ontslagen uit het ziekenhuis, krijgt de apotheker meestal enkel voorschriften, zelden een medicatieschema of ontslagbrief. Die mist het overzicht en stelt zich vragen. Is een geneesmiddel stopgezet, of simpelweg niet voorgeschreven omdat de patiënt thuis nog voldoende voorraad had? Is een middel vervangen door een ander, of net extra aan de behandeling toegevoegd? Wanneer een halve tablet wordt voorgeschreven: is de bestaande dosering gehalveerd, of moet die halve tablet aan de eerder voorgeschreven dosis worden toegevoegd? Wat is de start- en eventuele stopdatum van een geneesmiddel...? Er ontbreekt

dus belangrijke informatie. Zoals gezegd schrijven ziekenhuizen digitaal en papierloos voor, en noteren ze één geneesmiddel per voorschrift. Apothekers kunnen daardoor het overzicht over de voorgeschreven therapie verliezen. Een schriftelijk verslag of een ontslagformulier aan de apotheker is dus wenselijk (met gegevens als de start- en stopdatum van de therapie, wijzigingen in de dosering, toevoegingen...). De opvolging van de patiënt en de farmaceutische zorggesprekken door de (huis)apotheker gebeuren nu op basis van wat de patiënt zich herinnert van de opname of raadpleging, van de adviezen die de arts meegaf en van de meegegeven voorschriften.

Bij het opstellen of actualiseren van een medicatieschema, zal een apotheker dit vooral doen op basis van verkregen informatie (het voorschrift, de informatie van de patiënt zelf...), hetgeen afgeleverd werd en waarvan de apotheker kan uitgaan dat het door de patiënt wordt gebruikt.

Onduidelijke situaties bij de huisarts

Ook voor huisartsen kost het tijd en moeite om een medicatieschema op te stellen en vervolgens op te laden in Vitalink, en ze ervaren dat als een belemmering. Vaak moeten ze te veel en te complexe handelingen verrichten, en dan ook nog eens binnen het beperkte tijdsbestek van een consultatie. De drempel wordt alleen maar hoger als ze merken dat andere zorgverleners de Vitalink-medicatieschema's niet gebruiken en als er een gebrek aan terugkoppeling is. Hetzelfde geldt voor het opstellen van een verwijfsbrief. Daarin kunnen ze rechtstreeks het Vitalink-medicatieschema inladen, als dat er is, maar dat is complex en tijdrovend. Huisartsen vinden het ook storend dat de ontslagbrief met de bijbehorende thuismedicatie laattijdig wordt doorgestuurd. Ook hier moeten ze op basis van externe informatie - de ontslagbrief en/of het verhaal van de patiënt - wijzigingen in Vitalink aanbrengen.

Stappen naar verbetering

Hoe kan de digitale gegevensdeling over het medicatieschema bij een geplande ziekenhuisopname of bij een ontslag worden verbeterd? Daarover hebben

het Jessa Ziekenhuis, de huisartsenkring Herkenrode en het Koninklijk Limburgs Apothekers Verbond (KLAV) de koppen bij mekaar gestoken. Ze hebben gezocht naar oplossingen die verder bouwen op bestaande informaticatoepassingen.

Eén mogelijke oplossing was werken met eForms. Dat zijn digitale formulieren die een manier bieden om gestructureerd te communiceren. Een eForm is een gestandaardiseerd template dat in alle EMD-pakketten kan worden ingebouwd. Na verder onderzoek bleek dat werken met eForms de digitale communicatie weliswaar kan verbeteren, maar niet binnen het tijdsbestek van dit EFRO-project realiseerbaar is. Het zou dus een tussentijdse oplossing zijn, geen structurele oplossing zoals het VIDIS-project die beoogt.

Een ander denkspoor was de bestaande ontslagbrief te gebruiken. Dat kan enerzijds door die brief aan te passen en er het medicatieschema als bijlage aan te koppelen; anderzijds door een nieuwe ontslagbrief te maken die uitsluitend informatie over het medicatieschema zou bevatten en die aangemaakt zou worden door hetzij de arts-specialist, hetzij de ziekenhuisapotheker. Dat zijn we vervolgens in de praktijk gaan testen. Jessa-medewerkers plaatsten vanuit hun softwarepakket (KWS) de beide types verslagen op de hub: de bestaande ontslagbrief met het medicatieschema als bijlage, en een nieuwe ontslagbrief met louter medicatie als eindverslag, aangemaakt door zowel de arts-specialist als de ziekenhuisapotheker.

Farmaflux, dat de gegevensuitwisseling van en naar apothekers beheert, onderzocht vervolgens de resultaten van de aanvraag en welke informatie er op de hub geraadpleegd kon worden.

Conclusie

Een grondige analyse van de bestaande systemen botste telkens weer op hetzelfde obstakel: de softwarepakketten van de verschillende zorgverleners kunnen niet met elkaar 'praten'. Soms leken er eenvoudige oplossingen te zijn, maar telkens doken er technische moeilijkheden op. Toch was deze analyse een eyeopener waar we verder mee aan de slag kunnen gaan.



Tim Weltens

Stafmedewerker ICT en innovatie bij Wit-Gele Kruis Vlaanderen

We hebben zeer grote stappen vooruit gezet om via digitale gegevensdeling nog beter voor onze patiënten te zorgen. De weg is zeker nog niet ten einde, en er moeten nog vele stappen volgen. Maar dankzij dit project hebben we al zeer veel verduidelijkt en kunnen we de komende maanden en jaren verderbouwen aan een betere gegevensdeling.





Karen Willems en Nell Van hansewyck

Health innovation managers bij imec

Met behulp van de juiste gegevens kunnen we de zorg voor patiënten gevoeliger verbeteren. Helaas blijven medische en gezondheidsgerelateerde data vandaag de dag nog te vaak steken in zogeheten informatiesilo's. In dit project zijn we daarom gaan kijken hoe we de gegevensuitwisseling op het terrein kunnen verbeteren. Samen met de partners hebben we in kaart gebracht wat zorgverleners precies nodig hebben om data beter te kunnen uitwisselen. Dat hebben we vervolgens geconcretiseerd in verschillende testtrajecten. Uiteindelijk hebben we meer dan 30 nieuwe koppelingen voor data-uitwisseling getest op interoperabiliteit en/of gebruiksvriendelijkheid.

De tests hebben zeer nuttige informatie opgeleverd voor de beroepsgroepen van de zorgverleners, hun softwareleveranciers en de overheden. Maar ze vormen geen eindpunt - integendeel! De komende jaren moeten we gezondheidsgegevens uit verschillende bronnen op een structurele, veilige manier toegankelijk en uitwisselbaar maken voor overheden, zorgverleners, bedrijven en onderzoeksinstituten. Want als zij makkelijker verschillende inzichten met elkaar kunnen combineren, kunnen we als maatschappij een enorme meerwaarde creëren voor individuele patiënten en voor de volksgezondheid in het algemeen. Aan die datagedreven, patiëntgerichte gezondheidszorg bouwen we met imec graag mee.



Wil Rijnen

Expertisedomein-verantwoordelijke ICT & eHealth



Samenwerken is cruciaal in de sector zorg en welzijn: door de krachten te bundelen versterk je elkaar. In dit project hebben we met de partners – gezien de omstandigheden voornamelijk virtueel – de handen in elkaar geslagen. We hebben onze kennis en expertise ingezet voor onszelf én voor anderen.



Emy Kool

Expertisedomeinverantwoordelijke Chronische zorg bij Domus Medica



Met de huisarts als spilfiguur zet Domus Medica al jaren in op communicatie en gegevensdeling, zowel binnen de eerste lijn als over de zorglijnen heen. Dankzij de homologatiecriteria zijn de elektronische medische dossiers (EMD) van de huisartsen geëvolueerd van eenvoudige registratiesystemen voor eigen gebruik naar performante tools die de huisarts ondersteunen bij consultaties, en volwaardige communicatiemiddelen die bijdragen tot een multidisciplinaire samenwerking. Toch zijn er nog tal van uitdagingen als het gaat om de samenwerking binnen de eigen praktijk, met andere zorgverleners in de eerste lijn, met ziekenhuizen en woonzorgcentra. In dit project hebben we samen stap voor stap geprobeerd die hindernissen te overwinnen.

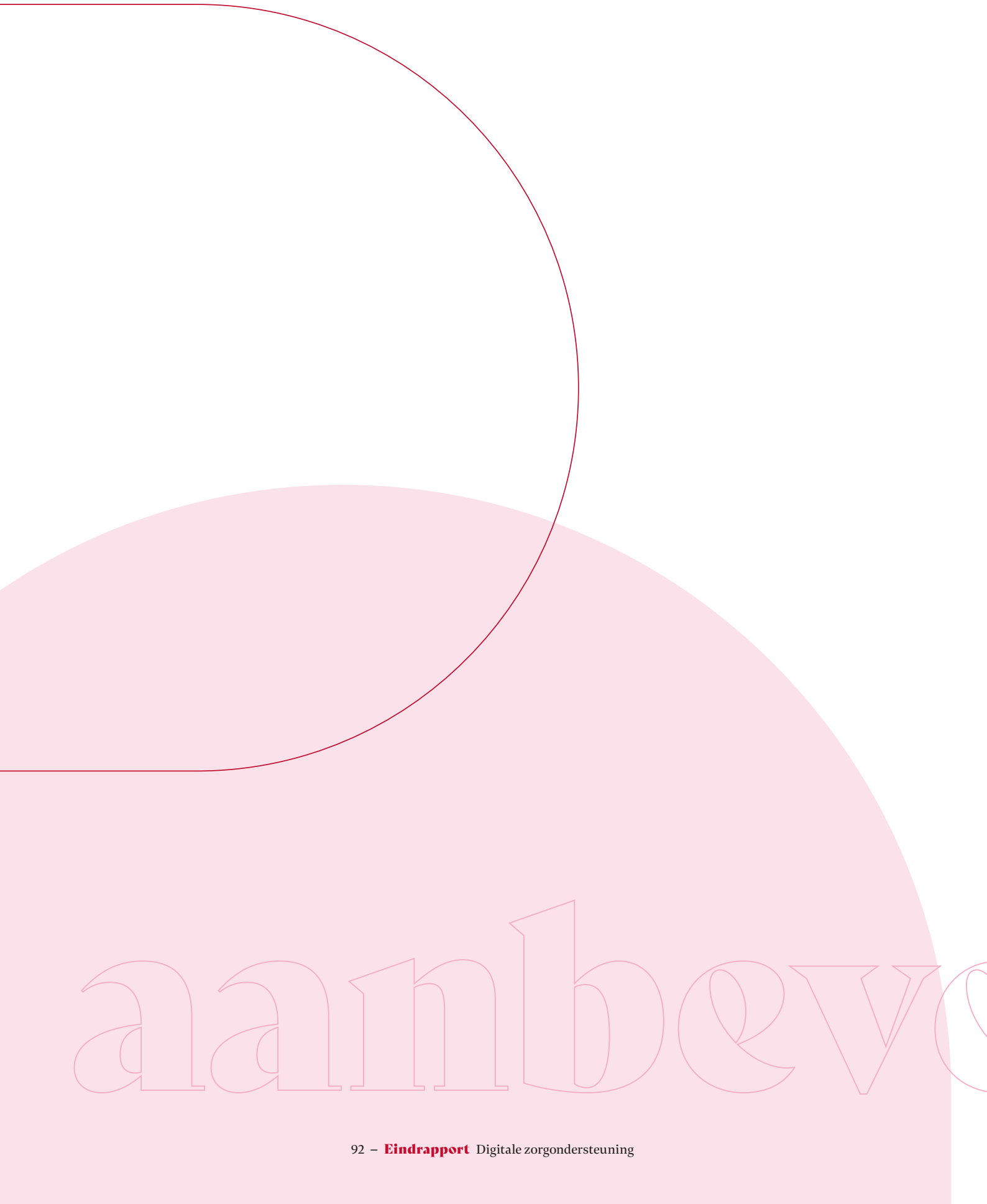
Veerle Vereecke

Apotheker-coördinator beroepsontwikkeling bij KLAV

Eerst hebben we elkaar leren kennen: wat doen de verschillende beroepsgroepen, waar lopen ze tegenaan, wat zijn de knelpunten... Het viel me op hoe weinig we elkaars werkveld écht kennen.'

'Maar daarna heb ik gemerkt hoe groot bereidheid is om stappen te zetten op weg naar een constructieve samenwerking. Hoe kunnen we mekaar helpen en versterken in onze rol? Uiteindelijk willen alle zorgverleners hetzelfde: zich inzetten voor de patiënt, en daar ook energie uit halen.





aanbevo

3 AANBEVELINGEN

3.1 ALGEMEEN

Sensibilisering en opleiding

Om te beginnen is het belangrijk dat zowel patiënten als zorgverleners bekend zijn met digitale medische toepassingen. Sensibilisering en opleiding spelen daarin een grote rol. Uit de analyse van de huidige situatie is gebleken dat patiënten en zorgverleners vaak niet weten wat er allemaal bestaat, waar ze ondersteuning kunnen vragen enzovoort. Wanneer zorgverleners op de hoogte zijn van de digitale toepassingen en platformen, kunnen ze hun patiënten daar ook naartoe leiden. Daarnaast is het belangrijk om een ondersteunende implementatiestrategie uit te werken, om snel te kunnen anticiperen op feedback en vragen. Dat zal het succes van zulke toepassingen mee bepalen.

Informaticabeheer

Er is nood aan goedwerkende, gehomologeerde softwaresystemen met elektronische registratie en IT-koppelingen, zowel in de eerste als in de tweede lijn. Die zullen moeten voldoen aan enkele minimumvereisten. Momenteel leeft in het werkveld immers het gevoel dat de bestaande softwarepakketten onvoldoende tegemoetkomen aan de reële noden in de zorg.

eHealth-diensten moeten overleggen met privé-ontwikkelaars, om de platformen beter te integreren en uniforme normen te kunnen hanteren. Pakketten van verschillende zorgberoepen moeten meer op elkaar worden afgestemd, om samenwerking en gegevensdeling te bevorderen. En als we willen dat zorgverleners de gegevens correct kunnen invoeren, dan is er een gebruiksvriendelijk en bij voorkeur geautomatiseerd systeem nodig, liefst mét ondersteuning.

reikingsen

3.2 EEN DIGITAAL GEDEELD DOSSIER – PILOOTSTUDIE ‘MIJN ZORGPAD’

Uit de vooranalyse is nogmaals gebleken dat de informatie voor patiënten en zorgverleners verspreid zit over verschillende digitale toepassingen. Daardoor raakt nuttige informatie niet altijd van de ene partij naar de andere, en moeten verschillende organisaties en zorgverleners steeds opnieuw dezelfde gegevens verzamelen. Er is dus nood aan een digitaal dossier waar patiënten en zorgverleners alle relevante informatie makkelijk kunnen terugvinden. In dit project hebben we een testmodel van zo’n digitaal dossier ontwikkeld en uitgeprobeerd: Mijn Zorgpad.

Hieronder sommen we enkele aanbevelingen op voor het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Zij hebben namelijk de ambitie om verder te werken aan één digitaal communicatie- en planningsinstrument (DZOP, Digitaal Zorg- en Ontwikkelingsplan) dat alle relevante gegevens rond zorg- en hulpverlening verzamelt en beschikbaar stelt, zowel aan mensen met een zorgnood als aan hun mantelzorgers en hulp- en zorgverleners.

- Ga na welke doelgroep in eerste instantie de grootste nood heeft aan, en baat heeft bij, digitale ondersteuning. Betrek hen actief bij de ontwikkelen van de toepassing, en pas die blijvend aan op basis van hun feedback.
- Voorzie in personalisatie- en uitbreidingsmogelijkheden, maar zorg voor een stevige, gemeenschappelijke basis. Anders bied je alleen voor een deel van je doelgroep een meerwaarde.
- Druk de potentiële meerwaarde van de toepassing uit in duidelijk meetbare doelen.
- Zoek gemotiveerde zorgverleners met voldoende tijd en een geschikte patiëntenpopulatie.
- Zorg voor voldoende ondersteuning en opleiding, zowel bij de invoering als bij de verdere uitrol en opschaling van de toepassing.
- Beperk technische problemen tot het absolute minimum door de toepassing uitgebreid te testen voor je ze uitrolt.
- Bied integraties met de meest courante softwarepakketten voor de verschillende zorgverleners, zodat je ook voor hen een meerwaarde biedt en een vlotte informatie-uitwisseling kan garanderen.
- Zorg voor een veilige, maar gebruiksvriendelijke en snelle manier van inloggen.
- Bewaar de gegevens centraal en hou ze up-to-date, zodat alle leden van het zorgteam over elkaars info beschikken. In de pilootstudie werd dat als meerwaarde geformuleerd, zowel door de leden van het zorgteam als door de patiënten zelf.
- Geef de patiënt een overzicht van wie tot welke gegevens toegang heeft (zie ook: aanbevelingen eHealthmatrix).

aan

bevelingen

- Maak het mogelijk om eenvoudig leden aan het zorgteam toe te voegen, met toestemming van de patiënt.
- Maak het mogelijk om de toepassing te personaliseren, zodat gebruikers bijvoorbeeld het aantal meldingen kunnen regelen of bepaalde functies kunnen selecteren of uitschakelen.
- Zorg voor een grote hoeveelheid relevante en afwisselende informatie.
- Geef zorgverleners de mogelijkheid om ook de aangeboden informatie en artikels in te kijken.
- Maak verbindingen met bestaande tools voor gezondheidszorg, zodat het geen stand-aloneverhaal wordt.
- Zorg ervoor dat de bestaande pakketten correct gebruikt worden, om de invoer en doorstroming van data vlot te laten verlopen. Diagnoses, medicatie en dergelijke moeten correct gecodeerd en genoteerd worden op de daarvoor voorziene plaatsen. Opleidingen kunnen daartoe bijdragen, net als bijvoorbeeld een programmering waarbij je geen vrije tekst kan noteren in de Sumehr.
- Integratie met andere applicaties of wearables zou een meerwaarde betekenen. In de pilootstudie merkten we dat sommige patiënten hun parameters manueel overnamen vanuit hun digitale toestellen. Dat is dubbel werk, dat je zou kunnen vermijden door rechtstreekse integratie. Ook moeten data uit externe verslagen terug te vinden zijn in het eigen dossier (als de specialist bijvoorbeeld de bloeddruk gemeten heeft, zou die informatie ook in het overzicht voor de patiënt en de andere zorgverleners moeten komen).
- Zorg voor interactiviteit en feedbackloops.
- Creëer de juiste verwachtingen en communiceer erover.
- Leg de verantwoordelijkheden van de patiënt en van de individuele zorgverleners duidelijk op voorhand vast.
- Onthoud dat de patiënt, en niet de zorgverlener, de beheerder van zijn dossier is. Binnen de ontwikkeling werden er in afspraak met de zorgverlener doelen opgesteld; op basis daarvan kreeg de patiënt gerichte vragenlijsten. Het is belangrijk dat daar concrete opvolging en acties aan gekoppeld worden. Patiënten beschouwden het als een meerwaarde dat ze doelen kunnen instellen, maar vonden het jammer dat daarrond vervolgens geen concrete acties ondernomen werden.
- Geef de patiënt de mogelijkheid om zelf data (zoals doelen, parameters...) in te geven en bij te houden.
- Hou de inlogprocedure om toegang te krijgen tot medische gegevens veilig, maar tegelijk ook zo eenvoudig mogelijk. Uit de pilootstudie bleek dat de bestaande inlogprocedure (2FA in combinatie met gebruikersnaam en wachtwoord) te complex was.
- Zorg voor een automatische uitlogfunctie, om de veiligheid van de medische data te garanderen.
- Zet sterk in op gebruiksvriendelijkheid! Ken je doelgroep en pas de app aan hun noden aan. Zorg voor personalisatiemogelijkheden, en maak informatie zo duidelijk mogelijk: gebruik ook visuele middelen, in plaats van alleen een beschrijving.

3.3 FLEXIBELE EHEALTHTOEGANGSMATRIX

Momenteel bepaalt de eHealthtoegangsmatrix welke categorie van zorgverleners toegang heeft tot welk type elektronisch gedeelde patiëntengegevens (op voorwaarde dat de patiënt zijn toestemming tot gegevensdeling geregistreerd heeft en er een therapeutische of zorgrelatie is). Van die matrix kan niet afgeweken worden.

De eHealthtoegangsmatrix zou zorgverleners toegang moeten verlenen tot de informatie die ze nodig hebben om goede zorg te verlenen. Uit gesprekken met patiënten blijkt echter dat die daar niet allemaal op dezelfde manier naar kijken. Sommige patiënten hebben er geen probleem mee om inzage te geven in hun volledige dossier, maar veel anderen willen enkel het hoogstnodige (de zogeheten need-to-know informatie) delen met hun zorgverleners. Het starre systeem van de toegangsmatrix voldoet daarom niet aan hun noden. Er bestaat dus geen 'one size fits all'; er is nood aan een flexibel systeem waarin patiënten geïnformeerd keuzes kunnen maken over de gegevens die ze willen delen. De patiënt moet met andere woorden de regie krijgen – dat is de basis van het systeem dat we voorstellen.

Via zo'n flexibel systeem kunnen zorgverleners, als de patiënt ermee akkoord gaat, bijkomende toegang verkrijgen tot patiëntendata. Zoals eerder aangegeven zijn sommige zorgverleners vragende partij om toegang tot meer data te krijgen. Neem bijvoorbeeld apothekers. De lijst met geneesmiddelen die een patiënt neemt, is soms lang en complex. Maar omdat apothekers geen toegang hebben tot de Sumehr (beknopt medisch dossier), zijn ze niet op de hoogte van de therapie en de medicamenteuze behandeling. Vaak kunnen ze de intentie wel afleiden uit het voorschrift dat de patiënt voorlegt en zijn of haar medische voorgeschiedenis, maar al te dikwijls moeten ze de patiënt bijkomende vragen stellen en afgaan op zijn of haar antwoorden. Als apothekers de reden voor een behandeling kennen, kunnen ze betere farmaceutische zorg verlenen en uitleg geven bij de medicamenteuze behandeling. Tegelijk kunnen ze zo dubbel gebruik van of wisselwerking tussen medicijnen op het spoor komen. Soms eisen vrije afleveringen extra

aandacht. Het is belangrijk dat de apothekers op de hoogte zijn van sommige laboresultaten - en daarvoor moeten ze leesrechten hebben. Dat geldt evenzeer voor gezinszorg: ook zij wensen leesrechten voor delen van de Sumehr (medicatieschema, overzicht samenstelling zorgteam...).

Onze aanbeveling luidt: maak werk van een flexibel systeem, waarbij de patiënt proactief betrokken wordt.

- Om veilige en goede zorg te garanderen, zou sommige basisinformatie steeds beschikbaar moeten zijn voor elke zorgverlener (steeds op voorwaarde van geïnformeerde toestemming door de patiënt en een therapeutische of zorgrelatie). Die 'basisset' zou op een weloverwogen manier (bijvoorbeeld wetenschappelijk onderbouwd door voorafgaand literatuuronderzoek en een actieve betrokkenheid van de sector) vastgelegd kunnen worden in een toegangsmatrix zoals we die nu al kennen. Ook de diensten voor gezinszorg moeten daarbij betrokken worden. In een latere fase kan het systeem uitgebreid worden naar de ruimere welzijnssector.
- Boven op die basisinformatie zou extra toegang tot bijkomende informatie voor de zorgverlener mogelijk moeten zijn, maar die mag niet standaard opengesteld worden. Vindt een zorgverlener het nodig om die informatie in te kijken, dan kan hij dat vragen aan de patiënt, die de bijkomende toegang vervolgens expliciet kan goedkeuren. Zo kan de patiënt zelf bepalen welke beroepsgroep of zorgverlener meer dan alleen maar de basisinfo te zien krijgt, en verwerft hij de regie over zijn eigen gezondheidsgegevens. Doordat de toestemming van de patiënt expliciet wordt gemaakt, wordt ze ook traceerbaar. Elke beroepsgroep zou een aangepaste procedure kunnen uitwerken voor hoe de patiënt die toestemming kan geven.
- Organiseer een transparant maatschappelijk debat om dit concreet uit te werken. Zo creëer je een groter draagvlak bij zorgverleners en patiënten om gegevens uit te wisselen. Een maatschappelijk aanvaard toegangssysteem kan ook meer zekerheid bieden voor een rechtmatige gegevensdeling.

Patiënten beseffen dat het niet altijd eenvoudig zal zijn om uit te maken aan welke zorgverlener(s) ze welke extra toegang willen verlenen. Ze vinden het belangrijk dat de zorgverlener op een eenvoudige manier kan vragen om bijkomende inzage, zowel vóór het contact als op het moment zelf.

De dialoog met de patiënt is daarbij van cruciaal belang. Als de vertrouwensrelatie met hun zorgverlener(s) goed is, en als de vraag naar bijkomende toegang goed gekaderd wordt, zullen patiënten bereid zijn hun gegevens te delen. Daarnaast kijken patiënten ook naar de huisarts, de houder van het Globaal Medisch Dossier of de behandelend arts om hen te helpen kiezen welke zorgverleners ze toegang geven tot welke gegevens. Ook zij kunnen kaderen welke gegevens belangrijk zijn om te delen, als de patiënt daarover twijfelt.

We moeten wel beseffen dat deze manier van werken digitale vaardigheden vereist en dus niet voor elke patiënt vanzelfsprekend is. Net daarom zouden patiënten hun gegevensdeling moeten kunnen beheren via één toegankelijk, duidelijk en centraal systeem. Bovendien zouden ze ook hulp moeten kunnen krijgen van bijvoorbeeld een vertrouwenspersoon, vertegenwoordiger of mantelzorger.

Daarnaast blijven de andere basisvoorwaarden van toepassing:

- de patiënt heeft vooraf geïnformeerd, bewust en vrij zijn toestemming gegeven om gegevens te delen;
- er is een therapeutische relatie, met een bepaalde duur, die beheerd kan worden door de patiënt;
- het systeem maakt loggings mogelijk: de toegang tot de patiëntgegevens moet worden gevolgd en moet voor de patiënt op een transparante en gemakkelijke wijze toegankelijk zijn;
- de patiënt moet zorgverleners kunnen uitsluiten;
- de patiënt moet een therapeutische exceptie kunnen invoeren;
- de andere voorwaarden voorzien binnen een 'circle of trust'.

3.4 DOELGERICHTE ZORG EN DOELZOEKER

De levensdoelen van de patiënt kunnen verschillen van de zorgdoelen die worden opgesteld door de zorgverlener of welzijnswerker. Een doelgericht gesprek helpt om die twee beter op elkaar af te stemmen. Dat gesprek kan gebeuren aan de hand van een instrument zoals Doelzoeker.



- De doelgerichte zorg moet **duidelijk omschreven en ingebed worden in de dagelijkse werking van zorgverleners en welzijnswerkers**. De samenwerking tussen alle betrokkenen (patiënt, mantelzorger, zorgverleners, welzijnswerkers...) moet bevorderd worden. Er is ook meer sensibilisering nodig om van taakgerichte zorg te evolueren naar behoeftegerichte zorg.
- Er moet **een instrument zijn om de levensdoelen vast te leggen**. Dat instrument moet ingebed worden in de eigen softwarepakketten en kunnen 'praten' met andere systemen.
- De digitale Doelzoeker is zo'n instrument. Zorgverleners geven aan dat ze graag **opleiding en ondersteuning** zouden krijgen over hoe ze met de digitale Doelzoeker aan de slag kunnen gaan.
- Om de omschakeling naar doelgerichte zorg mogelijk te maken, moeten zorgverleners en welzijnswerkers **tijd** vrij kunnen maken. Tijd om samen met de patiënt zijn of haar wensen, noden, knelpunten, doelen enzovoort door te nemen en waar mogelijk te verwezenlijken. Op deze manier komen zorgverleners en patiënten op dezelfde lijn te zitten, waardoor er minder overbodige onderzoeken of behandelingen gebeuren. Doelgerichte zorg is met andere woorden efficiënter.
- Binnen dit project hebben we een webapplicatie voor zorgverleners ontwikkeld. Nu moeten we die verder **integreren in de verschillende softwarepakketten**. Als we de webapplicatie rechtstreeks koppelen aan het softwarepakket van de zorgverleners, zullen die er eenvoudiger en sneller mee kunnen werken. De overheid speelt een belangrijke rol in de stap naar doelgerichte zorg en de invoering van de Doelzoeker, maar zorgorganisaties en zorgverleners moeten er ook zelf mee aan de slag gaan. Ze kunnen bijvoorbeeld vormingen organiseren. We moeten er samen over nadenken hoe zorgverleners in de praktijk werk kunnen maken van doelgerichte zorg en de Doelzoeker.
- Zorgverleners kunnen patiënten ook aanmoedigen om hun levensdoelen in kaart te brengen, bijvoorbeeld via Doelzoeker.
- Tot slot ook een oproep aan de patiënten: ga zeker aan de slag met de Doelzoeker. Door je levensdoelen in kaart te brengen en te bespreken met je zorgverleners, krijg je zelf de regie over je zorgproces in handen. Op die manier kan je zorg afgestemd worden op je noden en wensen.

3.5 VITALINK JOURNAAL

Aanbevelingen voor het beleid

In het EFRO-project hebben we belangrijke stappen gezet om het Vitalink Journaal op een gebruiksvriendelijke manier te integreren in de softwarepakketten van zorgverleners en welzijnswerkers. Hierna geven we een aantal beleidsaanbevelingen en suggereren we welke stappen er nog gezet moeten worden voor we het Vitalink Journaal in de zorgpraktijk kunnen invoeren.

- Stel een projectleider aan die werk maakt van de verdere invoering van het journaal.
- Zet een pilootproject op om de gebruiksvriendelijkheid, de randvoorwaarden, use cases en praktische haalbaarheid van het journaal 'in real life' te testen. In het EFRO-project hebben we het journaal enkel getest in onderzoeksomstandigheden, nog niet in de dagelijkse praktijk.
- Stel een document op dat duidelijk beschrijft waarvoor het journaal gebruikt mag worden en waarvoor niet. Maak ook heldere afspraken over wanneer andere communicatietools (zoals de e-HealthBox, Siilo, IRIS-platform...) gebruikt worden.
- Stem af met de Waalse en Brusselse kluizen (RSW en RSB), zodat het journaal op een interoperabele manier gebruikt kan worden in de verschillende regio's.
- Publiceer de UX-aanbevelingen (User Experience) op de Vitalink-website en moedig softwareontwikkelaars aan om die over te nemen.
- Overweeg naast de interoperabiliteitstest ook een evaluatieprocedure voor UX-aanbevelingen (een formele stap 4) (vervolgens nadenken of er ook iets met scoring gedaan zal worden, vb de must have criteria als een vereiste zien om in productie te mogen gaan en dit ook evalueren)
- Integreer het journaal zoveel mogelijk verplicht in alle zorgverlenerspakketten. Dat kan bijvoorbeeld via de homologatiecriteria. Denk na over hoe je omgaat met softwareleveranciers die geen homologatiecriteria hebben, zoals apothekers. Die zijn vragende partij om met het journaal te werken, maar botsen op weerstand bij de softwareleveranciers.
- Het journaal biedt interessante mogelijkheden voor een betere gegevensdeling tussen de eerste en de tweede lijn. Betrek dus ook de softwarespelers uit de tweede lijn bij de verdere invoering ervan.
- Houd de vinger aan de pols en pak openstaande technische vragen aan. Moet er bijvoorbeeld een automatische call naar de Vitalink-kluizen komen als je het dossier opent?
- Overweeg een financiële incentive voor zorgverleners die werken met P4P-financiering (pay for performance): geef ze een vergoeding om het journaal te gebruiken bij patiënten die intensief opgevolgd worden.
- Overweeg een financiële incentive voor softwareleveranciers om de onmiddellijke kosten voor de implementatie van het journaal te vergoeden, naast het bestaande, complexe systeem waarbij sommige beroepsgroepen een 'informaticapremie' krijgen.
- Bied een (gratis beschikbare) web- en mobiele applicatie aan waarmee patiënten, mantelzorgers maar ook zorgverleners het journaal kunnen gebruiken, of neem het op in bestaande tools zoals MyHealthViewer.
- Overweeg de volgende functies in het toekomstige FHIR-cookbook op te nemen:
 - auteur kan bericht verwijderen
 - bericht afvinken
 - leesbevestiging
 - notificaties (via het Subscriptions Framework in FHIR)
 - gerichte communicatie (via FHIR-element 'Recipient')
 - reageren op een bericht (via FHIR-element 'inResponseTo')
 - 2 bijlagen kunnen toevoegen
 - overzicht van het zorgteam (via de FHIR-resources 'CareTeam')
- Overweeg andere tags, maak duidelijk wanneer je welke tags moet gebruiken en verplicht het gebruik van een tag.

tags

Beweging	Instructies van kine, observaties/updates naar kine, beeldvorming doorsturen naar kine
Thuiszorg	Praktische zorgtaken: boodschappen doen, was gedaan, gekookt...
Voeding	Dieet waar patiënt zich aan moet houden, observaties in verband met voedingspatroon
Wondzorg	Foto's van wonden, instructies voor verpleging
Medicatie	Aanpassingen van medicatie, nieuw voorschrift vragen, therapietrouw, neveneffecten medicatie, resultaten na opstart van medicatie, bericht dat medicatie niet werd opgehaald
Medisch	Belangrijke diagnose meedelen die van belang is voor het volledige zorgteam, fysieke problemen aankaarten (bv. pijn, last van ontstoken tandvlees, afspraak bij tandarts is aangeraden)
Parameters	Zorgwekkende parameters doorgeven, Melding dat er nieuwe parameters beschikbaar zijn in mijnWGK om op te volgen
Welzijn	Observaties over psychisch en sociaal welzijn: patiënt heeft al dagen slecht geslapen, depressieve gevoelens, moeilijke relaties met familieleden...
Zorgplanning	Doorgeven van wijzigingen in zorgplanning: Verpleegkundige komt vanaf nu 2x per week in plaats van 3x, kine komt vanaf nu 3x in de week aan huis, bijlage van de zorgplanning
Administratie	Vraag om documenten in te vullen, opgestarte attesten procedure doorgeven
Ander	Zorgoverleg aanvragen, huisbezoek aanvragen...

In de app Mijn Zorgpad hebben we een notitiemogelijkheid voor patiënt en zorgverlener ingebouwd. Op die manier konden we onze theoretische bevindingen toetsen aan de praktijk. Maar omdat het zorgteam binnen het kader van de test beperkt bleef tot huisarts en apotheek, was de nood aan een extra digitaal communicatiekanaal niet zo hoog. Toch werd er feedback gegeven, en daaruit bleek dat er een duidelijk kader moet zijn voor dit soort communicatie. Welke verwachtingen zijn er over het beantwoorden van berichten? Zo gaven patiënten aan dat het een drempel was om een bericht te sturen naar het volledige zorgteam, en niet naar één specifiek iemand. Ze zouden ook graag een leesbevestiging ontvangen.

We vermoeden dat deze toepassing 'Mijn Zorgpad' beter tot haar recht komt in een complexe zorgsituatie, zoals eerder beschreven.

Aanbevelingen voor softwareleveranciers

Heel wat softwareleveranciers hebben het Vitalink Journaal al opgenomen in hun pakket. Maar voor het journaal daadwerkelijk in de zorgpraktijk gebruikt kan worden, moeten sommige leveranciers nog stappen zetten:

- Integreer het journaal in het softwarepakket, en zie het niet als een aparte tool of applicatie.
- Volg het stappenplan om het journaal te implementeren (resultaat van dit project).
- Neem de UX-aanbevelingen over in de software (resultaat van dit project).
- Zet het journaal ook in productie.
- Voeg op lange termijn meer uitgebreide functies toe via de FHIR-standaard.
- Voeg een leesbevestiging toe.
- Geef een melding bij een nieuw bericht.
- Gebruik uniforme tags.
- Maak filterfuncties mogelijk.

Aanbevelingen voor zorgorganisaties

Als meerdere organisaties inzetten op het vitalink journaal zal het gebruik zinvoller zijn. Indien een van de partijen aan huis geen gebruik maakt van deze functie dan dient er opzoek gegaan te worden naar een alternatief. Hou ook rekening met digitale inclusie. Dat kan door de volgende stappen te zetten:

- Vorm in de organisatie enkele ambassadeurs om tot mediacoaches. Meer uitleg op www.mediawijs.be/nl/dossiers/digitale-inclusie
- Train zorgverleners in het gebruik van het journaal: welke functies heeft het, voor welke communicatie dient het en voor welke niet, hoe leg je het journaal uit aan anderen...
- Breng de digitale en gezondheidsgeletterdheid van de patiënt in kaart. Maak er tijd voor bij het eerste of eerstvolgende (intake)gesprek: leg het gebruik van het journaal uit aan de patiënt, en geef hem of haar ondersteuning bij het invullen ervan (zie ook beego.be of de lokale partners)
- Gebruik in je journaalberichten eenvoudige taal, die iedereen op dezelfde manier interpreteert. Vermijd vakjargon.
- Zorg voor een centraal aanspreekpunt per organisatie of doelgroep, om vragen van gebruikers over het journaal te beantwoorden.

3.6 HUBS EN TRANSFERDOCUMENTATIE

- Betrek de eerste lijn veel meer in de toekomstige ontwikkelingen van de hubs.
- Zorg voor een efficiënt zoek-/index-/filtersysteem om informatie op te zoeken op de hubs.
- Motiveer/verplicht alle ziekenhuizen om na een opname systematisch ontslaginformatie op de hub te zetten voor de zorgverleners in de eerste lijn: verpleegkundigen, paramedische beroepen, revalidatie/kine...
- Raad ziekenhuizen aan de paramedische ontslaginformatie automatisch en onmiddellijk op de hubs te zetten op het moment van ontslag. De eerste lijn neemt immers onmiddellijk (enkele uren na het ontslag) de zorg over, en kan dus niet wachten op een formeel gevalideerd verslag.
- Moedig de eerste lijn aan om documenten en links te publiceren op de hub.
- Motiveer/verplicht de eerste lijn om permanent transferinformatie aan te bieden via de hub. Technisch is het perfect mogelijk om automatisch een samenvatting aan te maken van het dossier van de thuisverpleegkundige, kine...
- Verleg de focus van de hubs naar het multidisciplinaire. Nu ligt de klemtoon te veel op het medische (artsen).

3.7 KOPPELING MET GEZINSZORG

- Als er nieuwe functies ontwikkeld worden, zou er beter meteen ook een basiswebapplicatie aangeboden worden. Zo vermijd je dat een functie eerst in alle softwarepakketten ingebouwd moet zijn voor ze daadwerkelijk gebruikt kan worden.
- De sector gezinszorg zou altijd in alle ontwikkelingen moeten worden meegenomen. Hou er ook rekening mee dat zij geen RIZIV-nummer hebben en dat er dus andere systemen voor toegang moeten worden opgezet – zoals de Circle of Trust.
- Alle organisaties én IT-firma's kampen met een tekort aan IT-profielen. Waar het kan, moeten ze gestimuleerd worden om samen te werken.
- De sector moet duurzaam inzetten op digitalisering en gegevensdeling. Mogelijk kunnen daar ook kwaliteitsindicatoren aan gekoppeld worden.
- Verzorgenden moeten nog meer worden betrokken bij het digitaliseringsverhaal. Niet iedereen in deze beroepsgroep heeft de middelen en/of de kennis om digitaal mee te zijn.
- Er zijn budgetten nodig om verzorgenden en misschien zelfs eindgebruikers (digitaal laaggeletterde cliënten) verder te helpen digitaliseren.

3.8 DIGITAAL MEDICATIESCHEMA

Vitalink werkt als het gaat om het delen van het medicatieschema in de eerste lijn. De gegevensdeling met de tweede lijn verloopt echter stroef: er stroomt te weinig informatie over de medicamenteuze behandeling door naar de eerste lijn. Mede daardoor is het arbeids- en tijdsintensief om het medicatieschema up-to-date te houden en wordt die administratieve taak vaak niet meer als prioritair gezien. Het gevolg: zorgverleners en patiënten verliezen het vertrouwen in het digitaal gedeelde, multidisciplinaire medicatieschema.

Er is dus een nieuw initiatief nodig om het medicatieschema weer onder de aandacht te brengen. Tegelijk moet er geïnvesteerd worden in sensibilisering en opleiding. Samenwerkingsverbanden kunnen dat ondersteunen: de rollen en verantwoordelijkheden rond het medicatieschema moeten verduidelijkt worden, en de gebruikersrichtlijnen voor iedere beroepsgroep moeten worden toegelicht. Zo komt het digitaal gedeelde, multidisciplinaire medicatieschema een stap dichterbij.

3.9 GEGEVENSDELING MET WOONZORGCENTRA

Vlaanderen heeft de afgelopen jaren sterk geïnvesteerd in het digitaliseren van medische gegevens. Maar zodra een burger naar een woonzorgcentrum (wzc) verhuist, zet die op dat vlak een stap terug - vaak zelfs naar het papieren tijdperk. En dat terwijl de zorg voor deze groep alleen maar complexer wordt en er dus juist méér gegevensdeling nodig is, zowel binnen als buiten het wzc. Daarom doen we zes beleidsaanbevelingen om de gegevensdeling met wzc's te verbeteren.

- Ontwikkel op korte termijn een actieplan voor de digitalisering van wzc's. Die zouden allemaal moeten beschikken over een digitaal bewoners- én medisch dossier dat huisartsen en ziekenhuizen van op afstand kunnen inzien. Zo verhoog je de kwaliteit van de gegevensdeling, en dus van de zorg.
- Ga voor één systeem voor iedereen, en maak gebruik van beschikbare technologie. Zo kan de Sumehr (beknopt medisch dossier) uitkomst bieden bij de overdracht van medische informatie.
- Bevorder de ontwikkeling van standaarden of richtlijnen rond gegevensdeling en het gedeeld beroepsgeheim bij de wzc's.

- Versterk de kennis over gegevensdeling en het vertrouwen in de systemen, zowel bij burgers als bij professionals.
- Zet in op gezamenlijk onderwijs voor iedereen die betrokken is bij de zorg voor bewoners van een wzc. Zo bevorder je de uitwisseling over gegevensdeling en verduidelijk je de verwachtingen over de samenwerking.
- Leer uit ervaringen van alle andere projecten over gegevensdeling met het zorgteam binnen en buiten het wzc, en neem de lessen mee in de ontwikkeling van het Vlaams Digitaal Zorg- en OndersteuningsPlan (DZOP).

4 WAT GEBEURT ER MET DE ONTWIKKELINGEN EN DE ANDERE RESULTATEN?

Limburg fungeerde met het EFRO 1302-project als proeftuin, een plek waar we digitale innovaties kunnen uitproberen. Het project ging van start in de eerstelijnszone Herkenrode, en wordt vervolgens opgeschaald naar heel Vlaanderen.

Alle resultaten en lessen van de pilootstudies ‘Mijn Zorgpad’ en ‘digitale Doelzoeker voor zorgverleners’ worden overgedragen aan het Vlaamse beleid. Om softwareleveranciers te ondersteunen die in de toekomst een van de koppelingen (de 5 testtrajecten die in dit boek beschreven zijn) willen realiseren, hebben we concrete stappenplannen uitgewerkt. We hebben ook een uitgebreide lijst van UX-aanbevelingen voor hen opgemaakt. Zo willen we softwareleveranciers en ontwikkelaars van portalen ondersteunen bij een

gebruiksvriendelijke uitwerking van het Vitalink Journaal. In samenwerking met het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid en andere partners zorgen we er bovendien voor dat alle resultaten en de documentatie uit dit project beschikbaar blijven voor verder gebruik.

Hieronder vertellen enkele partners hoe ze de digitalisering in de toekomst verder willen aanpakken.

Wit-Gele Kruis Limburg gaat voor één gedeeld patiëntendossier

‘Het Wit-Gele Kruis wil warme, kwaliteitsvolle zorg aan huis leveren, in samenwerking met externe zorgpartners. Dat sluit mooi aan bij de doelstellingen van het EFRO-project. Binnen onze organisatie zetten we daarom in op een vernieuwd elektronisch verpleegdossier.’

‘Daarvoor slaan we de handen in elkaar met de provinciale afdelingen in Oost-Vlaanderen en Vlaams-Brabant en met de externe softwarepartner Nexuzhealth. De komende drie jaar zullen we verder werken aan dat nieuwe verpleegdossier. Het doel is de beste zorg voor elke patiënt, niet alleen voor de Wit-Gele Kruis-patiënt dus. Daarom kiezen we voor een ‘community-based’ model, waarmee ook de collega’s aan de slag kunnen. De ontwikkelaars van de software moeten rekening houden met de feedback van onze eigen gebruikers, maar ook met die van andere zorgpartners. De digitale toepassing uit dit project ‘Mijn Zorgpad is daar een mooi voorbeeld van.’

‘Ook bij de ontwikkeling van het nieuw patiëntendossier van het Wit-Gele Kruis zal de patiënt centraal staan. We hopen dat we kunnen komen tot een platform dat de zorgkwaliteit en de informatie-uitwisseling kan verbeteren. Iedereen die bij het zorgproces betrokken is, moet op een efficiënte en veilige manier een bijdrage kunnen leveren aan het patiëntendossier.’

Vlaams patiëntenplatform werkt verder aan de digitale Doelzoeker

‘Met het Vlaams Patiëntenplatform (VPP) zullen we ook na het EFRO-project blijven werken met Doelzoeker - zowel met de papieren als met de digitale versie.’

‘Eerst en vooral blijven we ons inspannen om Doelzoeker **beter bekend te maken**. Door onder meer het EFRO-project is de tool al bekender aan het worden, maar we geloven dat het nog beter kan. Hoe meer patiënten en zorgverleners Doelzoeker leren kennen, hoe meer mensen er baat bij kunnen

hebben. We organiseren bijvoorbeeld infosessies ‘Aan de slag met Doelzoeker’ voor onze ledenverenigingen. Onze medewerkers blijven de tool ook voorstellen aan zorgverleners en zorginstellingen. We hebben onlangs onze website vernieuwd, en de informatie over Doelzoeker heeft daarop een prominent plaatsje gekregen. En na de zomer starten we een communicatiecampagne om met name de digitale versie van Doelzoeker onder de aandacht te brengen. Er komen minstens twee online events, één voor patiënten en één voor zorgverleners.’

‘We gaan ons ook inzetten om **doelgerichte zorg aan de hand van Doelzoeker dichterbij te brengen**. Doelzoeker helpt patiënten om hun levensdoelen in kaart te brengen en die te delen met zorgverleners, maar hoe vertaal je die levensdoelen vervolgens in concrete zorgdoelen en zorgplannen? Het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn (VIVEL) organiseert daar trainingen rond, en daar werken we met het VPP aan mee. Doelzoeker is een van de tools die in die trainingen worden aangereikt, en een ervaringsdeskundige uit een van onze ledenverenigingen neemt de rol van co-teacher op.’

‘We gaan ook een van onze ledenverenigingen - de Maretak, een vereniging voor mensen met chronische pijn - ondersteunen om via Doelzoeker tot doelgerichte zorg te komen in enkele eerstelijnszones in Vlaams-Brabant.’

‘Een ander initiatief dat op korte termijn op de planning staat, is het Digitaal Zorg- en Ondersteuningsplan van de Vlaamse overheid. Levensdoelen zouden daarin de basis vormen. Het VPP bekijkt samen met de Vlaamse overheid hoe de levensdoelen uit Doelzoeker met zorgverleners uit het zorgteam gedeeld kunnen worden, als de patiënt dat wenst uiteraard.’

‘Tot slot zullen we Doelzoeker **blijvend evalueren en verbeteren**. Zowel de papieren als de digitale versie is al uitgebreid getest door patiënten en zorgverleners. Op basis van hun feedback zullen we steeds aanpassingen doen. Op die manier hopen we Doelzoeker steeds gebruiksvriendelijker te maken, zowel voor patiënten als voor zorgverleners.’

5 SAMENKOMEN IS EEN BEGIN, SAMENWERKEN IS SUCCES!

Om van een project als dit een succes te maken, moet je de juiste expertise rond de tafel brengen. Deze organisaties en instellingen droegen een steentje bij:

POM Limburg

De Provinciale Ontwikkelingsmaatschappij (POM) Limburg is de economische versneller van de vriendelijkste provincie van Vlaanderen - om te werken, te ondernemen, te innoveren en te excelleren. In opdracht van het provinciebestuur werkt het POM-team aan innovatieve projecten die Limburg digitaler, koolstofarmer en schaalbaarder maken.

In dit project nam de POM de rol van promotor op. Ze verzorgde de administratie, communicatie en coördinatie van de inhoudelijke en financiële voortgang van het project.

Vlaams Patiëntenplatform (VPP)

Het Vlaams Patiëntenplatform (VPP) wil de levenskwaliteit van mensen met een chronische aandoening en hun omgeving verbeteren. Dat doet het samen met zijn leden: meer dan 115 patiëntenverenigingen.

In dit project vertegenwoordigt het VPP de stem van de patiënt.

Wit-Gele Kruis Limburg

Het Wit-Gele Kruis is een organisatie voor thuisverpleging die patiënten de kans wil geven om zo lang mogelijk, op een verantwoorde manier, in hun vertrouwde omgeving verzorgd te worden. Het Wit-Gele Kruis Limburg organiseert toegankelijke, kwaliteitsvolle en menswaardige thuisverpleging met aanvullende diensten, en realiseert zo individuele totaalzorg op maat. Daarbij zet het de patiënt centraal. Om de kwaliteit van de zorg nog verder te verbeteren zet de organisatie in op onderzoek.

Binnen het project vertegenwoordigt Wit-Gele Kruis Limburg de thuisverpleegkundigen.

Federatie Wit-Gele Kruis

Het Wit-Gele Kruis is provinciaal georganiseerd, maar heeft een overkoepelende federatie: het Wit-Gele Kruis van Vlaanderen. Die federatie heeft veel expertise over eGezondheid, en een breed vertakt netwerk van contacten met andere stakeholders in de gezondheidszorg, de overheid en universiteiten. De federatie waakt erover dat oplossingen in heel Vlaanderen en liefst in heel België ingezet kunnen worden.

Jessa Ziekenhuis

Het Jessa Ziekenhuis biedt als referentieziekenhuis een ruim aanbod aan innovatieve en hoogkwalitatieve geneeskunde en patiëntenzorg, en dat in samenwerking met de partnerziekenhuizen in het eigen netwerk. Voor een optimale zorg aan patiënten werkt het ziekenhuis ook dagelijks samen met eerstelijnszorgverleners. Met de huisartsenkring Herkenrode en met de huisartsenkring Houthalen-Helchteren en Wendelen hebben we dat geformaliseerd in een samenwerkingsovereenkomst met wederzijdse afspraken en engagementen.

Voor dit project deelt het Jessa Ziekenhuis zijn expertise als tweedelijnszorgverlener. Het werkt ook nauw samen met de huisartsenkring Herkenrode om de doelstellingen van dit project te kunnen realiseren.

Koninklijk Limburgs Apothekers Verbond (KLAV)

KLAV, het Koninklijk Limburgs Apothekers Verbond, is een beroepsvereniging met meer dan 800 leden. Het vertegenwoordigt de belangen van de lokale Limburgse apotheker op provinciaal, regionaal en nationaal niveau. Daarnaast ondersteunt het de apotheker in zijn of haar dagelijkse activiteiten: van farmaceutische opvolging, coaching en begeleiding van patiënten tot ziektemanagement. KLAV besteedt ook aandacht aan de samenwerking met andere gezondheidsmedewerkers.

In dit project deelt KLAV zijn expertise, meer bepaald in de analyse van het digitaal gedeelde multidisciplinaire medicatieschema. Verder toont het de inzet die de apotheker levert op het vlak van: het opstellen en bijhouden van een accuraat medicatieschema, het bewaken van de therapietrouw, de betrokkenheid in zorgpaden en de sensibiliserende rol, participatie bij patiëntenzorg en het meewerken aan preventie. Ook helpt KLAV actief mee te zoeken naar digitale oplossingen om gegevens rond opname en ontslagmedicatie tussen verschillende disciplines te delen.

Imec

Imec is een wereldvermaard onderzoekscentrum voor nano-elektronica en digitale technologie. Tegelijk is het een Vlaamse organisatie die sterke banden onderhoudt met lokale actoren om de digitale transformatie binnen onze regio te versnellen.

Voor die digitale transformatie focust imec op sectoren met een belangrijke maatschappelijke impact, zoals de gezondheidszorg. Digitale technologie biedt cruciale hefboomen om de zorg voor burgers persoonlijker, preciezer en proactiever te maken. De sleutel ligt bij het slim combineren van health data. Vandaag bevinden die gegevens zich vaak nog op geïsoleerde eilanden. Imec zet zijn kennis en expertise in om de veelheid aan health data op een veilige manier toegankelijk te maken voor de verschillende actoren in het Vlaamse ecosysteem en daarbuiten, zodat zij er het verschil mee kunnen maken voor de patiënt, de burger en de maatschappij.

In dit project faciliteert imec de digitalisering en procesinnovatie binnen de Vlaamse standaarden.

I-mens

I-mens is een onafhankelijke zorgorganisatie. We zijn er voor iedereen, in elke fase van het leven. Van voor de geboorte tot aan de oude dag. We brengen alle zorg aan huis, zodat mensen hun eigen leven in handen kunnen blijven houden.

Gezinnen: we ontzorgen en begeleiden gezinnen in de opvang en opvoeding van hun kinderen. We bieden kinderopvang, thuisoppas voor zieke kinderen, thuisoppas voor kinderen met een zorgbehoefte, poetshulp, gezinszorg en opvoedingsondersteuning.

Toekomstige gezinnen: we zijn er in elke fase van de zwangerschap dankzij onze vroedvrouw aan huis, de kraamzorg, zwangerschapswerkshops...

Ouderen: we zorgen ervoor dat ouderen langer zelfstandig thuis kunnen wonen met poetshulp, gezinszorg, oppashulp, thuisverpleging, nachtzorg, dagopvang voor ouderen, assistentiewoningen, kortverblijf, woonzorgcentra, klusjesdienst...

Zieken en revaliderenden: ook wanneer onverwachte zorg blijvend wordt, staat i-mens klaar met thuisverpleging, gezinszorg, nachtzorg, kortverblijf bij herstel, palliatieve zorg, poetshulp, gezinszorg, gezelschap of toezicht, klusjesdienst...

Tijdens dit project deelde i-mens haar expertise op het vlak van thuiszorg.

Tijdens dit project deelde i-mens haar expertise op het vlak van thuiszorg.

Ferm thuiszorg

Ferm thuiszorg is een erkende dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg en kleinschalige dagopvang. Het biedt gezinszorg voor mensen met een zorgbehoefte in de provincies Antwerpen, Vlaams-Brabant, Limburg en een deel van Oost-Vlaanderen. Wie tijdelijk of langer hulp nodig heeft om zelfstandig en comfortabel te leven, kan een beroep doen op het aanbod van Ferm thuiszorg: gezinszorg, sociale poetsdienst, nachtzorg, kraamzorg, karweidienst, woningaanpassing, dag- en gastopvang en ondersteuning aan mantelzorgers. De medewerkers helpen aan huis met persoonlijke verzorging, huishoudelijke taken en psychosociale ondersteuning.

In dit project deelt Ferm thuiszorg zijn expertise op het vlak van thuiszorg.

Domus Medica

Domus Medica is de wetenschappelijke beroepsvereniging voor huisartsen in Vlaanderen en Brussel. Het ondersteunt huisartsen in hun streven naar kwaliteitsvolle en patiëntgerichte zorg binnen een sterk veranderend zorglandschap. De focus ligt niet alleen op de individuele huisarts, maar ook op het brede team in de huisartsenpraktijken en -kringen. Als onafhankelijke ledenvereniging vertegenwoordigt Domus Medica meer dan 3400 huisartsen en 93% van alle huisartsenkringen. Het ondersteunt hen met wetenschappelijke richtlijnen, kwalitatieve vorming, advies en begeleiding. Via het eigen expertisecentrum bundelt Domus Medica kennis en ervaring rond thema's en facetten uit de huisartsenpraktijk, en werkt het aan een brede implementatie ervan op het terrein. Zo werken huisartsen samen met het team van Domus Medica aan de professionalisering van het huisartsenberoep.

In dit project zijn voornamelijk de expertisedomeinen 'Chronische Zorg' en 'ICT & eHealth' van Domus Medica betrokken.

BRONNENLIJST

Agentschap Zorg en Gezondheid (2017, 16/02). Een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn.

<https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/CELZ%20beleidstekst%20hervorming%20eerstelijnszorg.pdf>

Agentschap Zorg en Gezondheid. (z.d.). Vesta. <https://www.zorg-en-gezondheid.be/vesta>

Agentschap Zorg en Gezondheid. (z.d.). Beknopte medische dossiers (Sumehr). <https://www.vitalink.be/sumehr>

Agentschap Zorg en Gezondheid. (z.d.). Wat is een eerstelijnszone? <https://www.eerstelijnszone.be/wat-is-een-eerstelijnszone#:~:text=De%20%22eerste%20lijn%22%20zijn%20de,%2C%20thuisverplegers%2C%20psychologen%2C%20welzijnswerkers%E2%80%A6>

Agentschap Zorg en Gezondheid. (z.d.). Circle of trust verklaring. <https://www.zorg-en-gezondheid.be/verklaring-op-eer-circle-of-trust-thuiszorgvoorziening>

Bricks and business. (z.d.). Lego serious play – de methode. <https://www.bricksandbusiness.com/lp/lego-serious-play-de-methode.html>

De sociale kaart. (z.d.). Gezondheidszorg. <https://www.desocialekaart.be/gezondheidszorg>

Domus Medica. (z.d.). Met de eerste lijn: Vitalink. <https://www.domusmedica.be/expertisedomein/ict/met-de-eerste-lijn-vitalink>

Domus Medica. (z.d.). Elektronisch Medisch Dossier. <https://www.domusmedica.be/expertisedomein/ict/het-elektronisch-medisch-dossier-emd>

eHealth. (z.d.). Wie zijn wij? <https://www.ehealth.fgov.be/ehealthplatform/nl/wie-zijn-wij>

Federale overheidsdienst Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu. (2019, 28/01). Actieplan e-Gezondheid 2019-2021. <https://www.health.belgium.be/nl/actieplan-e-gezondheid-2019-2021>

Imec (2019). Ehealthmonitor 2019, Samenvatting. https://drupal.imec.be/sites/default/files/2021-03/ehealthmonitor_V10F_NL.pdf

Imec. (z.d.). eHealthMonitor. <https://www.imec.be/nl/vlaamse-innovatiemotor/kennisuitwisseling/techmeters/ehealthmonitor>

Imec. (z.d.). Innovatrix: framework voor innovatiemanagement. <https://www.imec.be/nl/open-innovatrix-ons-framework>

KOVAG (2013, 24/06). Standpunt medicatieschema. Van <https://www.kovag.be/uploads/documentenbank/8a31293d56bc016d2b42efdfeca1675.pdf>

Libstore UGent 'Het Vitalink medicatieschema : Wat is het best begrijpbare format voor de patiënt?' https://libstore.ugent.be/fulltxt/RUG01/002/063/797/RUG01-002063797_2013_0001_AC.pdf

RIZIV. (2022, 24/01). Begeleiden van chronische patiënten als huisapotheker. Begeleiden van chronische patiënten als huisapotheker - RIZIV ([fgov.be](https://www.riziv.fgov.be))

RIZIV (2022, 4/05). Het Globaal medisch dossier (GMD) van uw patiënt beheren. <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/artsen/kwaliteit/Paginas/globaal-medisch-dossier.aspx>

RIZIV. (2020, 28/10). Medisch-farmaceutisch overleg. <https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/zorgkwaliteit/geneesmiddelen/medisch-farmaceutisch-overleg/Paginas/default.aspx>

Tange, H., Nagykalai, Z., & De Maeseneer, J. (2017). Towards an overarching model for electronic medical-record systems, including problem-oriented, goal-oriented, and other approaches. *European Journal of General Practice*, 23:1, 257-260, DOI: 10.1080/13814788.2017.1374367

Vanhaecht K, Van Gerven E, Deneckere S, Lodewijckx C, Panella M, Vleugels A, Sermeus W. 7 fasen voor de ontwikkeling, implementatie, evaluatie en continue opvolging van zorgpaden. *Tijdschr. voor Geneeskunde*, 67, nr. 10, 2011

Vivel. (2021). Doelgerichte zorg. <https://www.vivel.be/nl/doelgerichtezorg/>

Vivelacademie (z.d.). Gedeeld medicatieschema. <https://www.vivelacademie.be/course/view.php?id=23>

Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid & Möbius. (2016). Bouwstenen voor een Vlaamse geïntegreerde eerstelijnszorg voor personen met een complexe zorgnood.

Vlaams Patiëntenplatform. (2021). Mijn medische gegevens elektronisch delen: waarom, hoe en met wie? <https://vlaamspatientenplatform.be/nl/advies-en-tips/mijn-medische-gegevens-elektronische-delen-waarom-hoe-en-met-wie>

Vlaams apothekers Netwerk. (2017). Medicatieschema. <http://web.archive.org/web/20180907194332/http://vlaamsapothekersnetwerk.be/index.php/medicatieschema>

Vlaams Instituut gezond leven. (z.d.). Nudget of subtiele duwtjes richting gezonde keuze. Wat is nudging? | Gezond Leven

Wit gele Kruis. (z.d.). Nieuw elektronische uitwisseling van patiëntgegevens. <https://www.witgelekruis.be/nieuws/nieuw-elektronische-uitwisseling-van-patientgegevens>

