

Registratie aan de bron
Zorginformatie delen en optimaliseren



Verdiepingsessie

Wat heb je nodig voor een succesvolle implementatie?



Antwoorden op vragen uit de chat

Verdiepingsessie Implementatie zibs in Maastricht UMC+

24 juni 2021

In het kader van eenheid van taal en discreet vastleggen van gegevens: Hebben jullie in het MUMC+ een terminologie standaard afgesproken die aangehouden wordt in het epd? (bijvoorbeeld keuze lijstjes conform snomed ct)

We baseren ons voornamelijk op de termen die ook bij Nictiz gebruikt worden, tenzij we in het MUMC+ echt andere terminologie gebruiken, in dat geval wijken we er bewust vanaf. Wel blijft het belangrijk dat we onze definities hierin MUMC+ breed hanteren. Dat gaat overigens nog niet altijd even goed, dit blijft een proces van verbetering.

Is het de bedoeling dat lokale varianten uiteindelijk ook landelijk worden doorgevoerd? Wat is een reden om lokaal af te wijken?

Het idee is om dan een soort vertaaltabel te gebruiken zodat de lokale variant gepresenteerd wordt. Onder de motorkap blijft het dan dus wel gekoppeld aan de landelijke definities. Waarbij we wel inzetten op zo min mogelijk lokaal en zo veel mogelijk landelijk.

Wat hebben jullie van dit proces geleerd? Zijn er dingen die jullie anders zouden doen?

Inmiddels zijn we weer een jaar verder en hebben we kanalen en platformen gerealiseerd waar we verpleegkundigen nog beter kunnen informeren en betrekken, dus ik zou de verpleegkundigen nog meer willen betrekken.

Kunnen de verpleegkundige anamnese-zib's ook van belang zijn voor bijvoorbeeld huisartsenpraktijken of intakes in langdurige zorg? Met welke verschillen moet je dan rekening houden?

Ik denk dat deze zibs zeer zeker breder gebruikt kunnen worden - wel is hierin afstemming met de ketenpartners van groot belang, juist om die verschillen in kaart te brengen en te bepalen hoe we daarmee om moeten gaan.

Met gestandaardiseerde velden, bedoel je dan dat eerdere registraties worden hergebruikt (van vpk, artsen of polimedewerkers)?

Ja, we kunnen de informatie die bijvoorbeeld een verpleegkundige in een zib vastlegt ook weergeven bij de informatie die een arts registreert. En andersom. Dat werkt nog niet volledig op alle velden, maar we hebben waar mogelijk zaken gekoppeld.

Er is toch nog geen zib ADL? Bedoel je dat jullie deze graag willen ontwikkelen en aandragen bij Nictiz? Of doel je op een zib die een andere naam heeft?

Er is een set zibs die betrekking hebben op ADL, bijvoorbeeld VermogenTotDrinken en dergelijke. Die zib zit niet in de BgZ, maar bestaat wel. Deze kun je samen inzetten met de Zib Mobiliteit. Het klopt dat het samen een beeld geeft van ADL, maar komt niet overeen met de Katz-ADL vragenlijst met een 2-puntsschaal en de bijbehorende SNOMED CT codering.

Hoe verhoudt deze aanpak zich tot eOverdracht?

Aanvullend aan het antwoord van Renaldo. De analyse die Renaldo liet zien hebben we doorgetrokken naar de eOverdracht. Kijken welke zibs meteen tot resultaat leiden: prioritering aanbrengen.

Renaldo: je gaf aan dat bij aanvang van ontwikkeling van de zib's alleen managers betrokken zijn en later pas de verpleegkundigen hun input kunnen geven. Vind je dat nog steeds of is het misschien beter om vanaf het begin de verpleegkundige al mee te nemen?

Het is niet zo dat verpleegkundigen van de afdeling niet betrokken zijn, ik gaf aan de huidige werkgroep uit managers bestaat, maar dat we deze opnieuw aan het inrichten zijn, ook met verpleegkundigen van de afdeling. In principe zijn we onze verpleegkundige-governance-structuur binnen de organisatie zijn aan het inrichten.

Zijn de zibs al daadwerkelijk zover ontwikkeld dat deze geschikt zijn voor hergebruik van zorginformatie? Zo ja, worden deze zibs in de praktijk uitgewisseld met externe instellingen/ketenpartners?

Daar zit mijns inziens nog de uitdaging en de mismatch tussen de theorie en praktijk. We leggen wel al vast, kunnen intern wel al zaken hergebruiken, maar het uitwisselen is technisch nog een issue en ook met de andere epd-leveranciers zijn er nog obstakels.

MUMC+ heeft de unieke situatie dat het epd niet van Chipsoft of Epic is. Dit geeft jullie de kans om veel meer zelf te sturen op het inbouwen van zibs. Hoe kijken andere umc's hier tegenaan? Zijn jullie nu ook een *best practice* voor anderen? Gaan andere umc's of ziekenhuizen wellicht jullie voorbeeld volgen?

Ik hoop zeker dat de werkwijze die wij hanteren door juist vanuit de zorgverlener te redeneren en de registratie vanuit het zorgproces op te zetten kan dienen als voorbeeld voor anderen!

Zijn er in het land ook voorbeelden te noemen waarin bijvoorbeeld Zorgdomein een rol speelt om de data externe zorgverleners bruikbaar te maken voor hergebruik?

Hier kan ik geen antwoord op geven omdat wij zelf Zorgdomein (nog) niet geïmplementeerd hebben.

In hoeverre komen zibs / het 'nieuwe normaal' ook al tijdens de opleiding aan de orde? Dat zou wellicht kunnen helpen.

Goed idee! Carolien had hier volgens mij een antwoord op in de sessie.

De gehele Verdiepings sessie kun je [hier terugkijken](#).