

Registratie aan de bron
Zorginformatie delen en optimaliseren



Verdiepingsessie

Wat heb je nodig voor een succesvolle implementatie?



Antwoorden op vragen uit de chat Verdiepingsessie Aanpak aansluiting epd op zibs 25 januari 2021

Hoeveel zibs betreft het in dit project?

In het project zijn alle 28 zibs van de Basisgegevensset Zorg (BgZ) meegenomen, versie 2017.

Wie waren eigenaar van een zib, artsen?

Het hing van de zib af wie de zib-eigenaar was. In een aantal gevallen waren dit artsen, denk aan de intoxicatie zibs (specialist interne geneeskunde), metingen (dossier eigenaar metingen), verrichtingen & contact (internist). Voor medicatie zibs was de zib-eigenaar een apotheker, voor de financiële zibs was het een zorgadministratie medewerker. In alle gevallen professionals met ICT-affiniteit.

Heb je tips om specialisten mee te nemen? Bijvoorbeeld 'roken'. Hoeveel procent van de specialisten vult dat nu in als vrije tekst en hoeveel procent vult dat daadwerkelijk discreet in?

Deze vraag is live tijdens de sessie beantwoord. De sessie kun je [hier](#) terugkijken.

Denkt Peter den Hollander dat elk ziekenhuis dit proces zelf moet doorlopen? Kan Chipsoft niet sommige zaken overnemen en voorkoken voor andere klanten?

Wellicht dat voor standaard-content-ziekenhuizen er door Chipsoft veel voorgekookt kan worden. Maar uiteindelijk, vooral voor VIPP5, is het ook van belang dat het zorgproces zich aanpast aan het werken met zibs. Dit is natuurlijk iets dat je als ziekenhuis zelf wilt doen.

Gaan jullie deze methode/werkwijze ook toepassen voor de andere zibs (die niet in de BgZ zitten)?

Deze vraag is live tijdens de sessie beantwoord. De sessie kun je [hier](#) terugkijken.

Wat bedoelen jullie met financiële zibs?

In dit geval wordt er verwezen naar de zib betaler die in de BgZ zit.

Wat doe je als de informatie verplicht is in de zib, maar nergens al wordt vastgelegd?

Een veld met kardinaliteit 1 is verplicht als je deze wilt uitwisselen. Dat betekent dat als we straks digitaal gaan uitwisselen via bijvoorbeeld MedMij en FHIR, dan zal hier ook op gecontroleerd worden. Je zal dan in je registratiesysteem moeten regelen dat dit toch vastgelegd kan worden. Hierbij moet je natuurlijk goed kijken of dit ook in het primaire proces belangrijk is. Dit zal voor ziekenhuizen die VIPP 2 gedaan hebben, ook goed zijn om te controleren omdat toen voor de audit niet gekeken werd naar kardinaliteit.

We zien ook steeds meer gebeuren dat kardinaliteit niet meer op 1 staat. (mogelijk om een breder gebruik toe te staan) Is dit ook een standpunt bij de ontwikkeling van de zibs of is dit meer toeval?

Kardinaliteit is inderdaad iets waar nog de nodige onduidelijkheid over bestaat. In de zibs is het aantal elementen met kardinaliteit 1 of 1.. omlaag gebracht, omdat het inderdaad regelmatig voorkomt dat bepaalde elementen niet gevuld (kunnen) worden bij een bepaalde instelling of een bepaald informatiesysteem.*

Op de [zibs-wiki](#) is een document geplaatst met een visie over hoe met kardinaliteit om te gaan. Ook in de voorgestelde informatiestandaard BgZ is e.e.a. geschreven over dit thema. Maar er is dus niet echt een definitief standpunt over wat precies wel of niet verplicht is. Voorlopig zou ik het houden bij jouw antwoord (dus van Teun), omdat dit is hoe de meeste mensen er nu over zullen denken.

In hoeverre kun je het werk dat in HMC is uitgevoerd, hergebruiken in andere ziekenhuizen? Is dit afhankelijk van de epd-leverancier?

Deze vraag is live tijdens de sessie beantwoord. De sessie kun je [hier](#) terugkijken.

Heeft 'nooit drugs gebruikt', is wat anders dan 'nee'. Dit moet dus ook goed besproken worden met de zib-eigenaar in het ziekenhuis en eventueel de registratiemogelijk aanpassen.

In het algemeen heeft het de voorkeur om de codelijsten van de zib aan te houden. Mapping van eigen lijsten naar de zib-codelijst kan namelijk niet altijd één op één zonder informatieverlies plaatsvinden, zoals uit dit voorbeeld blijkt.

Hoe zijn die Gordon-issues uiteindelijk opgelost door de werkgroep? Wij hebben er namelijk ook een aantal van, ik ben benieuwd naar de uitwerking.

Er is besloten om de Gordon-methodiek vast te houden omdat dit een landelijke methode van registreren is voor de verpleegkundige. De vragen in de methodiek zijn zo goed mogelijk gemapped op de verschillende zibs.

Zou de afweging tussen aanlevering aanpassen of zib aanpassen niet landelijk gemaakt moeten worden in plaats van intern in het ziekenhuis?

Tijdens de presentatie is verteld dat bijvoorbeeld bij Cardiologie er een discrepantie was tussen de beantwoording conform zib, en beantwoording voor de kwaliteitsregistratie. In dit geval is dat ervoor gekozen dat men beide invult. De FMS is nu bezig met een project Verduurzamen kwaliteitsregistraties. Daarbij wordt zoveel mogelijk de uitvraag van een registratie aangepast aan de zibs.

Jullie geven aan dat voor bijvoorbeeld Cardiologie nu dubbel wordt geregistreerd. Een keer volgens de zibs en een keer voor de aanlevering. Ik ga vanuit dat dit betrekking heeft op

aanlevering voor de kwaliteitsregistratie. Als deze gegevens dusdanig belangrijk zijn, is het dan niet een optie om de zib aan te passen? Bijna alle ziekenhuizen moeten deze aanleveringen doen en je wilt voorkomen dat ziekenhuizen dubbele registraties gaan voeren.

Zie antwoord hierboven, dit gaat over hetzelfde.

Is het dan bron controle of controleer je de output in bijvoorbeeld DWH?

Beide, je controleert inderdaad ook de output. Dit kan bijvoorbeeld in een programmeerapplicatie waarin het bestand netjes onder elkaar uitgelijnd wordt zodat het beter leesbaar is.

Kun je niet in de zib aangeven dat bepaalde delen alleen door bepaalde partijen mogen worden ingevuld/gewijzigd? Dan kun je de code toch gewoon meegeven en aan de verplichting voldoen?

Een veld in het epd kan door middel van autorisatie structuur door een select aantal mensen worden ingevuld. Wat betreft het testcode veld (LOINC), in een toekomstige update zou de LOINC code met de labuitslag meekomen en verwerkt worden in het epd. Wat je niet wilt is het beheren in zowel het labsysteem als in het epd. Het moet per labuitslag worden meegestuurd.

Hoe bepaal je (bij meerdere plaatsen waarop eenzelfde dataelement/zib is vastgelegd, zoals roken) welke de 'juiste' is? Of worden ze als herhaalde (en mogelijke veranderende) metingen beschouwd?

Dit is onderdeel geweest van de inventarisatie, dus eerst bepalen waar het allemaal geregistreerd wordt. Deze resultaten zijn gecontroleerd samen met BI. Daarna besproken met de zib-eigenaren en daar is dan besloten wat de 'juiste' is. Dit is dus gedaan op basis wat we als applicatiebeheerder vinden maar het besluit ligt bij de eigenaren omdat het medische informatie betreft.

Wie en hoeveel zib-eigenaren zijn er benoemd aan de zorgkant?

Per zib is er één zib eigenaar benoemd. Sommige mensen hadden meerdere zibs onder zich zoals alcohol, drugs, tabak dat onder intoxicaties valt.

Gaat de gepresenteerde aanpak meteen ziekenhuisbreed, of gaat dit per dossier/specialisme?

Dit is gelijk ziekenhuisbreed omdat de technische inrichting niet toestond dat dit per dossier uitgerold werd.

Hoeveel zibs hebben jullie inmiddels live?

Zoals Peter aangeeft, 28 zibs waarvan één zib niet voorkomt in HIX dus eigenlijk 27. VIPP5 moet hier nog vaart aan gaan geven.

Hoe is de leverancier betrokken?

De leverancier heeft de technische mogelijk ontwikkeld om dit te realiseren. Soms ook als vraagbaak om bepaalde data te kunnen achterhalen en ze hebben voor bepaalde situaties ook handleidingen gemaakt. Het lastige was dat voor het HMC vaak niet volgens die situatie

gewerkt wordt. De rest van het project is vanuit het HMC zelf gedaan, dus het onderzoeken, mappen, uitvoeren en controleren.

In hoeverre is dit standaard content proof binnen HIX? Met andere woorden is dit overdraagbaar voor de inrichting binnen andere HIX ziekenhuizen ?

De inrichting die door het HMC gemaakt is zal niet één op één overdraagbaar zijn op andere ziekenhuizen omdat we een eigen inrichting van het epd gerealiseerd hebben. Sommige zibs zullen wel overdraagbaar zijn.

Hoe zijn jullie bij de implementatie omgegaan met zibs waarbij er geen duidelijke optieset is gedefinieerd? Bijv. zib-probleem waarbij SNOMED of ICD-10 codes voor de diagnose (element ProbleemNaam) gebruikt kunnen worden. Wordt er dan een keuze voor een van de twee standaarden gemaakt, alleen SNOMED of alleen ICD-10?

Deze vraag is live tijdens de sessie beantwoord. De sessie kun je [hier](#) terugkijken.

Wat doe je als je zelf een ander antwoord krijgt dan wat in de zib van HMC staat, bijvoorbeeld over rookgedrag?

Dit valt onder het instrueren van het zorgpersoneel dat uiteindelijk met het epd werkt. De patiënt krijgt door deze VIPP-programma's steeds meer toegang tot zijn eigen dossier. Het is aan de behandelaren om te zorgen dat de dossiers goed worden ingevuld. Wanneer een veld vaker verkeerd wordt ingevuld, is het van belang om wellicht de mapping of vraagstelling te wijzigen.

Kun je de historie van de zib zien en wie heeft gewijzigd?

We nemen aan dat het gaan over de historie van een gegeven dat via een zib is vastgelegd? Dat is afhankelijk van de implementatie hoe omgegaan wordt met gewijzigde gegevens: wordt het oude gegeven overschreven of niet? De zib zegt daar niets over.

Ziekenhuizen met eigen BgZ? Waar zitten de verschillen?

De BgZ vertelt welke informatie uitgewisseld dient te worden, de zib vertelt hoe deze informatie opgeslagen dient te worden. Elk ziekenhuis kan zijn informatie op andere plekken opslaan, de mapping zorgt ervoor dat de informatie juist wordt opgehaald. HiX standaard content ziekenhuizen zullen vaker op eenzelfde manier de informatie opslaan, de mapping zal dan erg op elkaar lijken.

Is de gebruikte aanpak en inrichting van het beheer generiek te maken (en ergens gedocumenteerd), zodat ook de Nexus en Epic huizen dit kunnen gebruiken?

De inventarisatie van de data, waar deze staat en opzet van het project zouden zeker ook door nexus en Epic huizen gebruikt kunnen worden. De uitvoer hoe de data ontsloten wordt is echter Chipsoft-specifiek.

Hebben jullie ook een logboek/rapportage van alle bevindingen, overwegingen, keuzes etc. ten behoeven van de lessons learned voor volgende ziekenhuizen die hiermee aan de slag gaan?

Een document dat gedeeld kan worden met andere instellingen hebben wij niet bijgehouden.

Goede vraag over dat logboek: dat is handig voor andere instellingen. Rol voor het programma Registratie aan de bron?

Dat nemen we mee in overweging!

Is er ook ervaring met het verwerken van ontvangen zibs?

Daar wordt nu in het vervolg op gestuurd, dan verwijst ik naar VIPP5. De technische kant van uitwisselen en hergebruik is dus nog in ontwikkeling, daar worden nu de eerste ervaringen in opgedaan.

Het is nu vooral eruit halen. Hebben jullie er ook al over naar gedacht hoe de data weer in het epd terecht komt op de juiste plaats?

Daar zijn we zeker mee bezig, dit gebeurt in samenwerking met de epd-leverancier omdat dit natuurlijk ook een groot technisch aspect heeft. In VIPP5 wordt hier ook duidelijk op gestuurd, daarin zitten een paar duidelijke voorwaarde omtrent gebruik in de praktijk en het hergebruiken van data in het primaire proces.

In hoeverre merken (zien) zorgprofessionals nu iets anders bij de registratie/dossiervoering?

Moeten zij anders/andere dingen (codes e.d.) registreren?

Van een aantal vragen in het dossier staat een markering dat de beantwoording wordt gebruikt in een zib en zichtbaar is voor de patiënt. Ook is er aandacht nodig geweest dat sommige velden bij bijvoorbeeld operaties of opnames ook inzichtelijk zijn voor de patiënt. Het gebruik van afkortingen of vakjargon is daardoor niet wenselijk. Dit is gecommuniceerd met afdelingen, in hoeverre dit wordt nageleefd durf ik niet te zeggen.

Is het in dat geval misschien ook mogelijk om de mapping van de zibs eOverdracht op de Gordon-methodiek te publiceren? Gezien het twee standaarden zijn moet die in principe herbruikbaar zijn. Dat scheelt wellicht een paar keer het wiel opnieuw uitvinden...

Registratie aan de bron gaat niet over de standaard eOverdracht. Dit ligt o.a. bij V&VN, [kijk hier voor meer informatie](#). Daar wordt ook weer verwezen naar het implementatieprogramma InZicht, [kijk hier voor meer informatie](#).

Is er ook ervaring opgedaan met het ontsluiten van data uit ongestructureerde velden (zoals vaak complicaties) en is daar nog specifieke tooling voor gebruikt om dat te ondersteunen?

Ongestructureerde velden worden niet gemapt. Je wilt zeker weten dat de informatie in een veld daadwerkelijk in dat veld hoort. Het toelichting veld van een aantal zibs is in sommige gevallen gebruikt om opmerkingen of in sommige gevallen 'vage' velden naar toe te mappen.

De gehele Verdiepings sessie over Optimalisatie van het epd-gebruik [kun je hier](#) nog eens terugkijken.