

De derde hersenhelft voor netwerkzorg

Van datadeling naar kennisdeling rondom de patiënt

Samenwerking vraagt om kennis centraal te zetten

De zorg staat onder druk. De vraag stijgt, het personeelstekort groeit en de wachtlijsten lopen op. Eén van de oplossingsrichtingen, benoemd in het Integraal Zorgakkoord (IZA), is integrale zorg: zorg die georganiseerd wordt rond de patiënt, niet rond instellingen of disciplines. Het functioneren van de patiënt staat hierin centraal, niet de afzonderlijke aandoeningen. Dit vraagt om nauwe samenwerking van zorgprofessionals over de grenzen van organisaties. Maar hoe werk je efficiënt samen? En hoe doe je dat zonder extra werkdruk voor zorgverleners?

In dit whitepaper laten we zien hoe technologie zorgprofessionals kan ondersteunen bij regionale samenwerking, door niet alleen data- maar ook kennisdeling mogelijk te maken via een platform waarin de patiënt centraal staat. Zonder dat dit extra tijd en gedoe kost. En hoe we daar via regionale afspraken aan kunnen beginnen. Overal waar dit whitepaper over patiënt spreekt is het ook mogelijk om cliënt te lezen. Soms gebruiken we ook de meer algemene term inwoner.

Het probleem: de structuur van specialisatie

Ons zorgsysteem is ingericht op specialisatie. Huisartsen, medisch specialisten, paramedici, persoonlijk begeleiders, et cetera: iedereen werkt binnen de muren van de eigen organisatie, ondersteund door digitale systemen (zoals een elektronisch patiëntendossier) die daarop zijn ingericht. Deze manier van organiseren heeft veel opgeleverd: diepgaande monodisciplinaire kennis, efficiënte zorgpaden en gestandaardiseerde processen. Maar deze aanpak belemmert ook samenwerking. Want systemen, kennisgebieden en verantwoordelijkheden zijn ingericht op de structuur van de organisatie – en dus beperkt door muren. Om echt goed samen te werken, moet die structuur doorbroken worden. Samenwerken vraagt om het combineren van disciplines. Het vraagt om gedeelde informatie, gezamenlijke afwegingen en afgestemde inzet.

Datadeling komt heel langzaam op gang, maar is niet genoeg om vanuit gezamenlijkheid afwegingen en inzet van zorg en ondersteuning te organiseren. Zelfs als alle betrokkenen toegang zouden hebben tot elkaars data, blijft de kern van het probleem onopgelost. Als iedereen naar hetzelfde kijkt, kan het beeld toch bij iedereen verschillen. De uroloog interpreteert de gegevens (data) anders dan de maatschappelijk werker. Zonder een gedeeld kennisraamwerk blijft de samenwerking gefragmenteerd en blijft de patiënt, net als meneer De Vries, letterlijk en figuurlijk buiten beeld.

De oplossing: gedeelde kennis als derde hersenhelft

Met een gedeeld kennisraamwerk, heeft iedereen met dezelfde data hetzelfde handelingsperspectief (d.w.z. het zicht op mogelijke acties om de situatie van een patiënt te verbeteren) en volgt dezelfde logica om tot keuzes voor acties te komen. Dan staat niet de zorgaanbieder maar de vraag centraal. Het is immers bij regionale samenwerking niet automatisch zo dat patiënten op de 'juiste plek' hun zorgvraag stellen. Het antwoord moet gevonden worden in collectieve kennis, niet in losse inzichten of meningen.

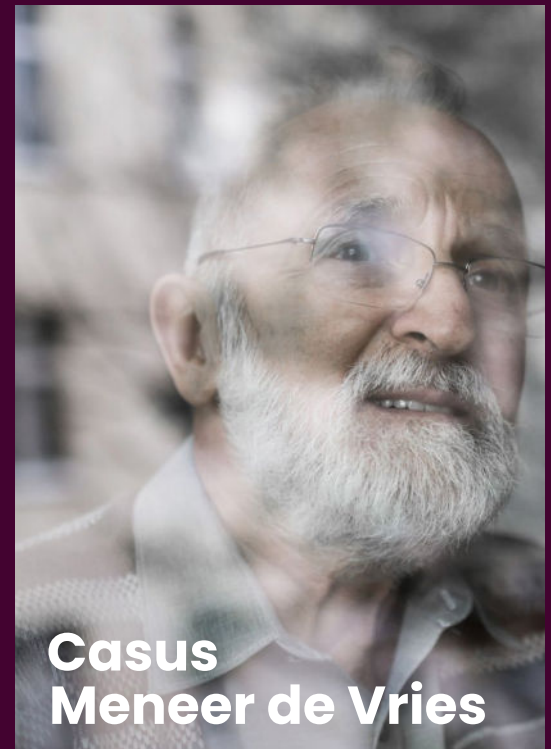
Data: kenmerken van een persoon, ziektebeeld, voorgeschiedenis, medicatiegebruik, voedingsallergieën.

Kennis: kennis is geleerd, kennis is wat men weet. In dit kader is kennis dat wat effectief is gebleken als antwoord op een zorg- of ondersteuningsvraag.

Deze collectieve kennis moet je actief creëren en structureren, zodat deze deelbaar én toepasbaar is over instellingen en disciplines heen. Zo 'weet' men wat de ander kan en toevoegt, zonder de noodzaak voor constant fysiek overleg, een luxe die we met de schaarse capaciteit niet meer hebben. Deze gedeelde kennis vormt de 'derde hersenhelft' die het denken en doen van alle betrokken professionals eenduidig ondersteunt.

Nieuw data- en kennislandschap

Technologie kan die 'derde hersenhelft' mogelijk maken: los van individuen of organisaties, helpt deze hersenhelft onthouden, verbinden en toepassen en ondersteunt daarmee het denken en doen van betrokken professionals op een eenduidige manier.



Casus Meneer de Vries

Hoe gaat het nu in de praktijk?

Neem meneer De Vries. Hij heeft een complexe zorgvraag. Hij heeft de ziekte van Parkinson, heeft een pacemaker en is slecht ter been. Zijn zorg verloopt via meerdere instellingen en disciplines. Maar of het nu gaat om dossiervoering, samenwerking, datadeling of besluitvorming: meneer staat daar nu nog letterlijk en figuurlijk buiten. Gegevens worden nauwelijks uitgewisseld tussen organisaties, en meneer zelf is niet in staat zijn gegevens te overzien of te begrijpen. In het gunstigste geval heeft hij per organisatie een eigen portaal, of helpt zijn neef met inloggen via een PGO. Maar echt overzicht ontstaat daar zelden uit. Zolang de zorg eenduidig en stapsgewijs verloopt, bijvoorbeeld na een gebroken heup: ziekenhuis, revalidatiekliniek, verpleeghuis, is het overdrachtsproces nog te organiseren. De overdracht vindt plaats van dossier naar dossier, van team naar team. De patiënt volgt een lineair pad, en het individuele systeem per organisatie volstaat. Maar zodra meerdere zorgaanbieders tegelijkertijd betrokken zijn, ontstaat een ander beeld. Zeker bij chronische of complexe zorg, zoals bij meneer de Vries, waarin huisarts, neuroloog, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist, paramedicus, thuiszorg en maatschappelijk werk samen een rol spelen. Dan werkt het lineaire overdrachtsmodel niet meer. Er is geen vanzelfsprekende coördinatie, geen centraal dossier, en geen gedeeld beeld of handelingsperspectief. De patiënt staat midden in een netwerk maar zonder verbinding tussen de knooppunten.

Stel een landschap voor waarin elke zorgverlener werkt vanuit het eigen dossier, en tegelijkertijd zicht heeft op het grotere geheel. Een digitale omgeving waarin gegevens niet worden gekopieerd, maar zichtbaar worden gemaakt op het moment dat het nodig is, voor wie het nodig heeft. Het dossier blijft waar het hoort, in het bronsysteem van de organisatie, maar via een regionaal samenwerkingsplatform ontstaat er een gedeeld beeld: een 360-graden venster op de zorgvraag van de patiënt. En stel je voor dat het antwoord op de zorgvraag vanuit gedeeld beleid gezocht wordt. Iedere professional stelt dan de vragen die horen bij de hulpvraag van de patiënt. En iedereen heeft hetzelfde handelingsperspectief en volgt dezelfde logica om tot antwoorden te komen. Van daaruit wordt de juiste behandeling of ondersteuning gestart. Dan staat de vraag, en dus de patiënt, echt centraal.

Chatten, beeldbellen, taken verdelen, agenda's combineren en beslissondersteuning raadplegen, dat vindt allemaal plaats binnen dit landschap — georganiseerd rond de vraag, niet rond het ICT-systeem. De patiënt krijgt een centrale plek in dit landschap, met toegang tot relevante informatie en de mogelijkheid om mee te bewegen en te beslissen in het behandeltraject. Zo ontstaat een netwerk van verbonden zorg, zonder extra werkdruk, maar met meer overzicht, samenhang en vertrouwen.

Technische uitwerking van het nieuwe landschap

Data Zorgdossiers blijven in de bronsystemen van de organisaties. Via een 360-graden view worden alle relevante gegevens getoond in het samenwerkingsplatform. Waar nodig kunnen in dit platform ook aanvullende gegevens worden vastgelegd die zoveel als mogelijk weer worden opgeslagen in de bronsystemen van de betrokken zorgorganisaties.

Communicatie Het platform faciliteert veilige communicatie over organisatiegrenzen heen: chatten, beeldbellen, taakverdeling en agenda's. Een regionaal adresboek met de behandelrelaties maakt het onderling contact laagdrempelig.

Kennis Kennis wordt gekoppeld aan patiëntvragen, niet aan specifieke organisaties of disciplines. Denk aan multidisciplinaire protocollen of beslissondersteuning, gebaseerd op vraaggestuurd denken. Dit maakt organisatieoverstijgende samenwerking mogelijk, zoals bijvoorbeeld al gebeurt in Mentale Gezondheidsnetwerken en in ParkinsonNet.

De patiënt en het sociaal netwerk zijn ook onderdeel van het landschap en de samenwerking. Sterker nog, door de toestemming in Mitz vast te leggen, bepaalt de patiënt zelf wie toegang tot zijn of haar gegevens heeft. Via het platform kunnen de patiënt en het sociaal netwerk meekijken, meedenken en meebeslissen over de eigen zorg met ondersteuning van zorgverleners waar nodig.

Dat is precies waar het knelt. De kennis en betrokkenheid is er voor een belangrijk deel al, maar niet altijd in een vorm die de samenwerking optimaal dient. Zonder gedeelde data, zonder gedeelde visie en kennis en zonder volledige ondersteuning van de samenwerking, blijft samenwerking gefragmenteerd. En blijft de patiënt — net als meneer De Vries — buiten beeld.

In het nieuwe landschap ziet het er voor meneer De Vries anders uit. Zijn gegevens blijven bewaard in de systemen van de betrokken organisaties, maar zijn via het samenwerkingsplatform zichtbaar voor wie er op dat moment bij betrokken is. Als er wijzigingen optreden die van invloed kunnen zijn op het behandelplan, is het handelingsperspectief voor iedereen eenduidig zichtbaar. Er wordt niet vanuit alleen de eigen kennis en kunde geredeneerd maar vanuit de collectieve kennis en kunde. De ergotherapeut ziet wat de logopedist kan toevoegen bij de behandeling van een klacht. De neuroloog ziet wat de thuiszorg noteert als dat relevant is, de huisarts ziet het behandelplan van de specialist ouderengeneeskunde, en de mantelzorger krijgt toegang tot relevante informatie als meneer De Vries dat wil. Overdracht wordt samenwerking. In plaats van losse schakels ontstaat er één doorlopend zorgpad, eigenlijk een zorgnetwerk, waar meneer De Vries zelf, samen met zijn sociale omgeving, stapsgewijs in mee kan bewegen. Zo blijft de regie bij de patiënt — ook als hij die zelf niet altijd volledig kan voeren.

De Richtlijn-App voor Paramedische zorg bij Parkinson (RAPP)

De RAPP helpt bij het vinden van passende aanbevelingen uit de richtlijn, afgestemd op kenmerken zoals het ziektestadium. De richtlijn is gebaseerd op hulpvragen van mensen met Parkinson en maakt per behandel-mogelijkheid duidelijk welke paramedicus betrokken is. Er zijn twee versies: één voor zorgverleners en één voor mensen met de ziekte van Parkinson en hun naasten. Beiden geven dezelfde, op de doelgroep afgestemde, adviezen en ondersteunen het samen beslissen.

Oproep: durf kennis centraal te zetten

Kwaliteit van zorg ontstaat niet alleen in de spreekkamer, maar ook in de minder zichtbare wereld van afstemming en overdracht eromheen. Als technologie dát proces verbetert, verlicht het de werkdruk en versterkt het de kern: de relatie tussen zorgprofessional en patiënt.

Om de beweging richting een data-, kennis- en samenwerkingslandschap te starten, zijn regionale afspraken essentieel. Overal worden inmiddels dit soort afspraken gemaakt. Databeschikbaarheid is daarin een onderwerp, veilig communiceren staat op het netvlies. Maar zonder gedeelde kennis blijft iedereen vanuit het eigen perspectief, vanuit de eigen kennis naar de data en de patiënt kijken. Samen fysiek aan tafel zitten is een luxe maar geen reële mogelijkheid meer, gezien de schaarse capaciteit. Durf daarom kennis centraal te zetten in de samenwerking en begin klein, bijvoorbeeld in het kader van een Mentaal Gezondheidsnetwerk of bij een thema als de ziekte van Parkinson. Nodig betrokken zorgverleners uit om gezamenlijk knelpunten en kansen te inventariseren en perspectieven te verbinden. Kijk waar je op de zorginhoud overeenstemming bereikt. Zo ontstaat eigenaarschap en een eerste werkbare structuur — op basis van bestaande praktijk, niet van bovenaf bedacht.

Om dit kennislandschap te realiseren, zijn er al concrete platformen beschikbaar. CACAO en Alii helpen om de zorg met en rond de patiënt te organiseren.



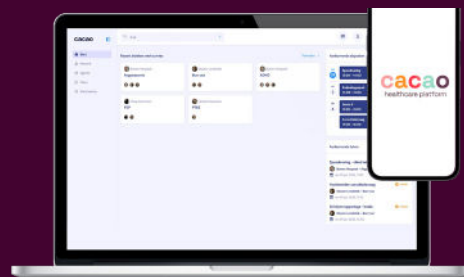
Freek Erens

Productmanagement CACAO
M. +316 17978547
f.erens@cacao.care



Femke van der Voort

CEO van Alii
M. +316 52078931
vandervoort@alii.care

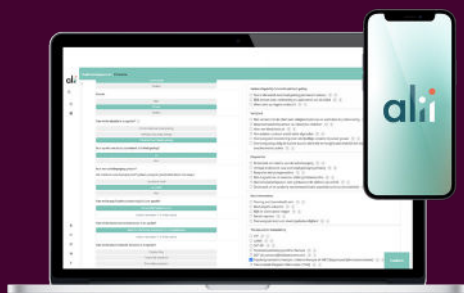


CACAO is een omgeving voor netwerkzorg en ondersteunt samenwerking voorbij organisatie- en systeemgrenzen. CACAO werkt samen met KPN Health voor databeschikbaarheid uit de bron-systemen en Open Health Hub voor de FHIR-views en FHIR-vragenlijsten.

Een belangrijk uitgangspunt is dat elke inwoner een levensloopdossier heeft met werkruimtes voor specifieke situaties, bijvoorbeeld MGN of de ziekte van Parkinson. In een werkruimte stemmen alle betrokkenen hun acties op elkaar af.

In een werkruimte heeft elke zorgverlener ook een 360-graden beeld van de inwoner, passend bij zijn of haar rol en de toestemming die de inwoner via Mitz heeft gegeven voor het delen van data.

CACAO biedt ook een plug-in architectuur zodat zorgorganisaties en softwareleveranciers specifieke functionaliteit kunnen toevoegen aan een werkruimte. Daarmee is CACAO een open platform dat de zorg daadwerkelijk wil verbeteren.



Alii is een AI-gedreven online platform, toegankelijk via computer, tablet of mobiel. Het Alii-platform versnelt de toepassing van (wetenschappelijke) kennis in de praktijk. De kennis wordt ontsloten via interactieve beslisbomen en artificiële intelligentie (AI), die helpen de juiste vragen te stellen en te beantwoorden in het consult met cliënten/patiënten en leiden tot passende afwegingen in de diagnostiek, behandeling of keuze voor vervolgzorg.

Binnen het Alii platform is het heel goed mogelijk om vanuit verschillende bronnen kennis te combineren. Hierdoor wordt kennis losgekoppeld van individuen en toegankelijk voor iedereen.