

## Verpleging

De drijvende kracht achter zorg



# Inhoud

## 3 CS-Verpleging

Multidisciplinaire totaaloplossing

## 8 UMC Utrecht & LUMC

“Iedereen ziet kansen om stappen te zetten”

## 12 CS-Maps

Afdeling en zorg visueel in kaart

## 14 Dossievoering

Geen informatiesilo's maar transparante integratie

## 18 CS-EZIS.Net versie 5.1

5.1 biedt meer met minder

## Colofon

Mediair is het bedrijfsblad van ChipSoft

ChipSoft BV

TT Melissaweg 23-25  
1033 SP Amsterdam

Telefoon: +31 (0)20 4939 000  
Fax: +31 (0)20 633 1975

Postbus 37039  
1033 AA Amsterdam

E-mail: [mediair@chipsoft.nl](mailto:mediair@chipsoft.nl)  
Internet: [www.chipsoft.nl](http://www.chipsoft.nl)

Oplage: 6000

Voor een gratis abonnement kunt u contact opnemen met onze marketingafdeling: [marketing@chipsoft.nl](mailto:marketing@chipsoft.nl)



## Kort Nieuws

### Sionsberg live met CS-EZIS.Net

Ziekenhuis De Sionsberg in Dokkum is eind maart overgestapt op het CS-EZIS.Net van ChipSoft met een generiek basisdossier en dossiers voor CVA en Diabetes. Ook is via de webapplicatie CS-Zorgportaal een transmurale toegang voor huisartsen gerealiseerd, waardoor zij hun patiënten digitaal naar het ziekenhuis kunnen doorverwijzen. “We zijn zeer tevreden, want met dit systeem kunnen we proactief aan de slag”, zegt Piet Groen, Directeur Ziekenhuiszorg.

### Eerste CCU over op CS-PDMS

Als eerste CCU-afdeling (Cardio Care Unit) in Nederland heeft de Alysis Zorggroep (locatie Rijnstate) het CS-PDMS (Patiënt Data Management Systeem) van ChipSoft in gebruik genomen. Hiermee worden van iedere patiënt de relevante vitale parameters geregistreerd en op overzichtelijke wijze getoond, waardoor behandelaars snel een volledig inzicht krijgen in de conditie van de patiënt. “De eerste indrukken zijn erg positief”, zegt Patricia Burkhard, Manager CCU van de Alysis Zorggroep op de locatie Rijnstate (Arnhem). “We verwachten een efficiëntieslag te maken.”

### Digitale tempelijst in UMCG

De interne afdeling Nefrologie en Niertransplantatie van het UMC Groningen maakt sinds begin februari gebruik van de digitale tempelijst van ChipSoft, ter vervanging van de papieren lijsten aan het bed. Daarnaast heeft het Groningse ziekenhuis ervoor gekozen in de loop van dit jaar de module CS-Preop van Chipsoft te gaan gebruiken voor de preoperatieve polikliniek. “Dit systeem is direct gekoppeld aan het OK-systeem, waardoor alle gegevens, in tegenstelling tot voorheen, in één systeem staan. Dit scheelt dubbele registraties”, zegt Marian Baarda, projectleider van de Preop-implementatie in het UMCG.

> Kijk op [www.chipsoft.nl](http://www.chipsoft.nl) voor meer nieuws

# Multidisciplinaire totaaloplossing

De voorbije maanden hebben diverse Nederlandse en Belgische ziekenhuizen CS-Verpleging van ChipSoft in gebruik genomen of gekozen voor de implementatie van deze totaaloplossing voor de verpleging. Om een antwoord te geven op de vraag waar deze ziekenhuizen precies voor hebben gekozen, komen de belangrijkste functionaliteiten en toepassingen van CS-Verpleging in dit artikel aan bod.

Met CS-Verpleging hebben ziekenhuizen een totaaloplossing in huis voor alle verpleegkundige registraties en planningen. Het systeem is een volledig binnen het CS-EZIS.Net geïntegreerde oplossing, die voorziet in een eenvoudige wijze om multidisciplinair te werken. Alle registraties van een patiënt zijn binnen één systeem in te zien en de verpleegkundige registraties kunnen met een minimum aan handelingen worden ingevoerd.

## Multidisciplinaire bevindingen

Niet alleen verpleegkundigen en artsen maken gebruik van het verpleegkundig dossier. Alle disciplines die bij de verpleegkundige zorg van een patiënt komen kijken, zoals diëtisten, fysiotherapeuten en maatschappelijk werkers, registreren indirect ook in dit dossier. Zij leggen hun bevindingen in het eigen specifieke dossier vast, waarna ze automatisch ook in het verpleegkundig dossier worden overgenomen. Zo ontstaat voor alle betrokkenen een volledig beeld van de nodige en geboden zorg, van de opname tot en met het ontslag.

## Verpleegproblemen in kaart

Bij het aanroepen van het verpleegkundig dossier hebben artsen en verpleegkundigen op het voorblad direct een overzicht van alle actieve en inactieve verpleegproblemen van de opgenomen patiënt. Ook kunnen hier, naar inzicht van het ziekenhuis, allergieën of andere relevante gegevens worden weergegeven. Op het voorblad hebben de rapportages eveneens een prominente plek, zodat verpleegkundigen snel kunnen zien wat tijdens de diensten geregistreerd is. Vanuit de rapportages

kunnen direct de templist, vochtbalans of de uitslagen van de patiënt worden opgevraagd.

## Gordon-methodiek

Bij de opname van de patiënt kunnen verpleegkundigen kiezen uit een korte of een lange anamnese, afhankelijk van de lengte van de opnameperiode. De anamnese wordt binnen het CS-EZIS.Net standaard aangeboden volgens de Gordon-methodiek. Ziekenhuizen kunnen echter ook kiezen voor een andere methodiek of een zelf samengestelde anamneselijst. In alle gevallen is het mogelijk aan te geven welke vragen verplicht beantwoord moeten worden. Vanzelfsprekend is in de anamnese ook de berekening van de MUST-score opgenomen, die de voedingstoestand van de patiënt weergeeft. ►

**Ria Janssen, verpleegkundige van de afdeling Gynaecologie/Urologie die binnen de Alysis Zorggroep fungeert als pilotafdeling voor CS-Verpleging:**

“Iedereen wordt gedwongen op dezelfde manier te werken. Die eenduidigheid is een groot voordeel van dit systeem. Op alle werkplekken kunnen wij direct alle informatie vinden en wij kunnen andere disciplines direct in consult roepen, zoals de diëtetiek en de wondverpleegkundige. Het is ook erg handig dat artsen direct vanuit dit systeem lab- en röntgenaanvragen kunnen plaatsen.

Wat ik verder belangrijk vind, is dat de privacy van de patiënt gewaarborgd wordt en dat informatie die eenmaal binnen CS-Verpleging is vastgelegd kan worden hergebruikt, zodat je niet meerdere malen dezelfde informatie hoeft te noteren. Dit was bijvoorbeeld bij overdrachten het geval.

Omdat wij een pilotafdeling zijn en andere afdelingen in het ziekenhuis nog niet werken met dit dossier, betekent dit nu nog wat extra werk bij overnames, maar als alle afdelingen over gaan op CS-Verpleging levert dit uiteindelijk voor iedereen tijdsbesparing op.”

## Interventies vanuit anamnese

Vanuit de anamnese kunnen verpleegkundigen direct orders uitzetten, bijvoorbeeld als de patiënt een bepaald dieet moet volgen. Vanuit diverse orders kunnen zij metingen, vochtbalansen en andere registraties bijhouden, die vervolgens in curves worden getoond op de templijst.

## Specifiek activiteitenplan

Na de anamnese kan het activiteitenplan, een gecombineerde werkljst en planning, worden uitgezet voor de patiënt. Het gebruik van bestaande protocollen zorgt ervoor dat de verpleegkundige met één handeling het totale zorgplan van de patiënt kan uitzetten. Dit kan een algemeen activiteitenplan zijn, maar ook een activiteitenplan dat specifiek op een zorgvraag binnen een bepaald specialisme is afgestemd. In dit plan staan standaard de nodige verpleegkundige handelingen voor de opgenomen patiënt, opgedeeld in catego-

rieën als zelfredzaamheid, voeding en stofwisseling, observaties en metingen, interventies, et cetera (zie afbeelding 1). Nieuwe activiteiten kunnen op een of meerdere opnamedagen tegelijk als order worden ingepland.

Mocht de situatie van de patiënt wijzigen, kan het activiteitenplan eenvoudig worden aangepast. Aan het schema kan bijvoorbeeld op basis van een reeds ingevulde dag een extra opnamedag worden toegevoegd. Uiteraard is het inkorten van een activiteitenplan ook een optie.

## Gecombineerd activiteitenplan

Voor patiënten met meerdere aandoeningen kunnen activiteitenplannen gecombineerd worden. In het geval dat voor een bepaalde patiënt het activiteitenplan voor een heupoperatie is uitgezet, en gedurende de opname blijkt deze patiënt te lijden aan diabetes, kan het activiteitenplan voor diabeti-

The screenshot displays the 'ChipSoft EZIS.Net' software interface for patient management. The patient is identified as 'Blauw, M.' with patient number '10001336' and birth date '25-09-1979'. The main window shows the 'Activiteitenplan: Totale heupprothese' for the period from Sunday 04-04-2010 to Sunday 06-04-2010. The interface is organized into several sections:

- Left Sidebar:** Contains navigation options like 'Opname', 'Verpleegkundige', 'Ordercom', 'Documenten / Etiketten', 'Medicatie', 'Zorgpad', and 'Activiteitenplan'. It also features an 'EPD-dashboard' with a patient photo and a list of available data points such as 'Afspraken', 'Allergieën', 'Documenten', 'KCL Uitslagen', 'Medicatiejst', 'Multimedia documenten', 'Operaties', 'Opnamehistorie', 'Orders', and 'Patiënt'.
- Top Navigation:** Includes tabs for 'Dossier', 'Activiteerplan', 'Metingen', 'Vocht', 'Labuitslagen', 'Medicatiejst', 'Toedienregistratie', 'Templijst', 'Documenten', and 'Allergieën'.
- Main Activity Plan Table:** A grid showing planned activities across three days (04-04-2010, 05-04-2010, 06-04-2010). Activities include 'Rapportage' (day, evening, night), 'Observaties' (vital signs), 'Medische opdrachten' (self-reliance, ADL), 'Eten / Drinken' (washing, eating), 'Mobiliteit' (bed rest, mobilization), 'Voeding en stofwisseling' (wound care, weight, registration), and 'Uitscheiding' (CAD).

Afbeelding 1: voorbeeld van een activiteitenplan voor een totale heupprothese binnen CS-Verpleging. Hierin staan de geplande activiteiten rondom de patiënt en kunnen orders worden opgenomen voor de verpleegkundigen.



ci *bovenop* het activiteitenplan voor de heupoperatie worden gelegd. Hierdoor krijgt de patiënt voor beide zorgvragen de juiste zorg.

## Reanimatiebeleid

Het verpleegkundig dossier voorziet ook in mogelijkheden voor de arts om het reanimatiebeleid van de patiënt aan te geven. Dit beleid wordt vervolgens prominent bij de patiëntgegevens in beeld gebracht, zodat deze informatie op cruciale momenten direct voorhanden is.

## Scorelijsten en aanvragen

Vanuit het voorblad heeft de verpleegkundige eveneens toegang tot scorelijsten, zoals de Barthel-index en de scorelijst voor deliriumbepaling. Ook is vanuit het voorblad de decubituslijst beschikbaar, die twee keer per week door de verpleegkundige ingevuld dient te worden. Deze terugkerende actie, waar overigens een prestatieindicator uit volgt, kan eveneens in het plan worden opgenomen. Bij een (te) hoge score kunnen verpleegkundigen vanuit het activiteitenplan direct via een order de decubitusverpleegkundige aanvragen. Bij deze verpleegkundige komt dit verzoek automatisch op de werklijst te staan. ►

## Jos Hardus, Klinisch functioneel applicatiebeheer Verpleging/Parttime teamleider Chirurgie in het Maasstad Ziekenhuis:

“Het activiteitenplan dient als basis voor het werken rondom de patiënt. Hiermee hebben we alle afspraken bij de hand en het overzicht van het werk dat nog moet gebeuren.

Wat erg prettig is, is dat een groot deel van de verpleegkundige informatie bij elkaar staat en aan elkaar te linken is. Als ik kijk hoe snel de verpleegkundigen er op de afdeling aan gewend raken om digitaal het verpleegdossier te gebruiken, kan ik alleen maar verrast zijn. Na twee tot drie weken zijn mensen gewend aan de nieuwe situatie. Op de afdeling ontstaat een vlotte manier om hun eigen werkproces eens te bekijken en te herwaarderen. Het is ook een gebruiksvriendelijk programma, dat ook voor niet computerfanaten goed te gebruiken is.

Het inzien van gegevens van een vorige opname spaart tijd, omdat de gegevens snel raadpleegbaar zijn. Het oplossen van problemen is dan ook veel gemakkelijker, omdat niet gewacht moet worden op het archief.” ►

### **Vervolg Jan Hardus:**

“Aanvankelijk was het zo dat het rapport door ieder afzonderlijk gelezen werd, nu lezen de mensen die samenwerken vaak samen het dossier, waarbij ze dan ook gelijk afspraken maken over begeleiding en wie wat gaat doen.

Ik vind het ook handig dat metingen, waar ze ook in het dossier worden ingevoerd, altijd in het overzicht terechtkomen en dat het medisch dossier door een koppeling snel is in te zien. Door het in-

richten van de activiteitenplannen voor het eigen specialisme zie je een combinatie van werkplan en protocollen ontstaan. De zorg wordt hierdoor ook extra gestructureerd, waardoor het maken van fouten wordt verminderd. Wat wel heel belangrijk is, is de vervuiling van het systeem te voorkomen.

Een verpleegkundige vertelde me laatst hoe leuker ze het vond dat ze zo'n mooie ontslagbrief mee kon geven, die er gelikt uit zag. Een professioneel stukje nazorg vanuit het ziekenhuis.”

Ook voor de wondverzorging kunnen orders worden geplaatst in het activiteitenplan. Per wond kan per dag door gestructureerde vragen en antwoorden worden aangegeven hoe het proces van de heling verloopt. Hieraan kan ook beeldmateriaal worden toegevoegd. Door alle registraties van een wond naast elkaar te tonen, is de ontwikkeling van de wond in één oogopslag te zien.

### **Interactie met medische dossiers**

Naar aanleiding van zijn visite kan de arts het beleid uitzetten voor zijn patiënt. Vanuit zijn medisch dossier kan hij orders plaatsen, die vervolgens automatisch in het verpleegkundig dossier worden opgenomen. Deze orders komen op een vaste

plaats in het activiteitenplan terecht. Op het moment dat de verpleegkundige de order vanuit het activiteitenplan heeft voltooid, ziet de arts dit terug in zijn medisch dossier. Dit geldt ook voor metingen die de verpleegkundige in het verpleegkundig dossier registreert.

### **Ontslag en overdracht**

Voor de ontslagregistratie is binnen het dossier een apart tabblad beschikbaar met een checklist. Hierin kunnen verpleegkundigen bijvoorbeeld aangeven dat voor de betreffende patiënt vervoer geregeld dient te worden of dat er een consult afgebeld moet worden. Ook is er plaats voor de bevindingen van de patiënt over zijn behandeling en de

### **Saskia Duurhoud, coördinator van de afdeling Diëtetiek in het Westfriesgasthuis:**

“Ik gebruik het verpleegkundig dossier om informatie te verzamelen over de patiënt die ik ga behandelen. Daarvoor gebruik ik met name de anamnese en de rapportage. Ook metingen en labwaarden gebruik ik veel. Door een koppeling tussen ons Diëtetiekdossier en CS-Verpleging komen onze rapportages direct in een apart tabblad van het verpleegkundig dossier terecht. Dit is heel handig, want de verpleegkundigen kunnen hierdoor direct ons advies lezen. Andersom kunnen wij op onze werkplek de verpleegkundige

informatie inzien en hoeven wij niet meer op zoek naar het verpleegkundig dossier op de afdeling.

Voor de verpleegkundigen en artsen is het handig dat ze snel een aanvraag bij ons kunnen plaatsen. Doordat die orders direct bij ons binnenkomen, kunnen we snel handelen en lijden we geen tijdverlies. Voorheen kregen we de aanvragen per post of fax en moesten we de informatie op de verpleegafdeling verzamelen. De informatie kunnen we nu voorafgaand aan het gesprek op onze werkplek bekijken, dus we gaan nu beter geïnformeerd naar de patiënt.”

informatievoorziening tijdens zijn opname.

Bij het ontslag van de patiënt wordt de ontslagbrief automatisch door het systeem gegenereerd. Het CS-EZIS.Net verzamelt alle relevante informatie uit het dossier en toont deze in een overzichtelijk document. Patiënten die na ontslag direct in een ander ziekenhuis opgenomen moeten worden, kunnen transmuraal worden overgedragen. De reeds geregistreerde anamnese kan hiervoor na actualisering volgens de Gordon patronen worden overgezet naar het volgende ziekenhuis.

ling bepalen wie welke taken voor zijn of haar rekening neemt. Om het geheel overzichtelijk te houden, kan de planning per afdeling worden getoond (zie afbeelding 2).

## Managementinformatie

Voor het management van ziekenhuizen is in het verpleegkundig dossier bruikbare informatie aanwezig. Zo is te zien of er achterstanden zijn en welke verpleegkundigen aan welke patiënten gekoppeld zijn (geweest). De gehele personeels- en beddenbezetting en planning zijn overzichtelijk in kaart te brengen.

Van	Tot	Patiënt	G. Patientnummer
12:27	15:15	Tyab, A.F.	V 10004467
12:27	15:15	Davidsson, Sanne, S.L.	V 10004980
12:27	15:15	Monster, Jan, M.V.	M 10003673
12:27	15:15	Deventer, Ingrid, I.F.M. van	V 10003819

Van	Tot	Patiënt	G. Patientnummer
12:28	15:15	Siemenssen, F.	V 10002901
12:28	15:15	Jong, M. de	V 10004653
12:28	12:32	Luiten-Wellens, W.	V 10000461
12:28	12:32	Peek-Okers, D.	V 10001395
12:28	15:15	Quirjns-Vlinks, B.	V 10004289
12:28	15:15	Everlingen, O.	V 10002812

Van	Tot	Patiënt	G. Patientnummer
12:27	15:15	Clijsterling, I.M.	M 10004939
12:27	15:15	Jeekers, W.T.	M 10002600
12:27	15:15	Middelaers-Desmet, A.Z.	V 10004688
12:27	15:15	Groothuis, J.M.	V 10001131


K	B	Naam	G. Patientnummer	Opnamedatum
104	2	Luiten-Wellens, W.	V 10000461	20-07-2009
108	3	Peek-Okers, D.	V 10001395	28-07-2009

Afbeelding 2: Voorbeeld van een dienstplanning voor een afdeling met de toegewezen patiënten per verpleegkundige.

## Dienstplanning

Verpleegkundige diensten zijn ruim van tevoren in te plannen. Hierbij worden verpleegkundigen per afdeling per dienst ingedeeld, om vervolgens de (opnames van) patiënten aan de ingeplande verpleegkundigen toe te wijzen. Bij een toewijzing wordt de werklijst van de verpleegkundige direct aangevuld en is op ieder moment te zien welke zorg nodig is voor de patiënt waarvoor hij of zij verantwoordelijk is. Vanzelfsprekend kan een patiënt aan meerdere verpleegkundigen worden toegewezen en kunnen verpleegkundigen onder-

## Tijdbesparende oplossing

De multidisciplinaire mogelijkheden, de volledige integratie in het CS-EZIS.Net en de efficiëntie registratiemogelijkheden, maken van CS-Verpleging een tijdbesparende oplossing, die handen vrij maakt voor de patiënt en zorgverleners een helder overzicht verschaft van de verpleegkundige zorg. Vandaar dat diverse disciplines die gebruik maken van CS-Verpleging goed te spreken zijn over deze oplossing van ChipSoft. 

# “Iedereen ziet kansen o

Nu het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) en het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMC Utrecht) de overeenkomst met ChipSoft over de implementatie van het ziekenhuisinformatiesysteem CS-EZIS.Net hebben gesloten, kan volop worden uitgekeken naar het nieuwe tijdperk dat beide UMC's hiermee tegemoet gaan. Karel van Lambalgen (Directeur ICT) en Fred Boer (programma manager) van het LUMC en Hyleco Nauta (Directeur ICT) en Jan Christiaan Huysman (programma manager) van het UMC Utrecht, tellen af en blikken vooruit op de geplande 'big bang' op 29 april 2011 (Leiden) en 10 juni 2011 (Utrecht).

“Het programma zit op koers”, aldus Jan Christiaan Huysman van het UMC Utrecht. “Wij zijn op 1 februari direct gestart met de informatieanalyse van de huidige werkwijze en het informatiegebruik. Synchron daaraan is de programmaorganisatie opgebouwd. Denk hierbij aan klankbordgroepen, een twintigtal werkgroepen, projectleiders in de divisies en het Centraal Militair Hospitaal en een achttal aspectgroepen voor techniek, conversie, opleidingen, koppelingen en dergelijke.”

“Tot aan de kick off zullen wij intensief contact hebben met UMC Utrecht, maar ook daarna”, vertelt Van Lambalgen. “We hebben een gespiegelde projectorganisatie en hebben op alle niveaus geregeld afdelingsvergaderingen: op boardniveau om de strategie van de samenwerking te bewaken, maar ook werkgroepen die continu informatie uitwisselen en kennis delen.”

## **Hoeveel medewerkers van het LUMC en UMC Utrecht gaan met het CS-EZIS.Net werken?**

Van Lambalgen: “In het LUMC gaan straks tussen de 4500 en 5000 medewerkers met het CS-EZIS.Net aan de slag. Voor een heel belangrijk deel is dit een continu wisselende groep. Zo zijn er binnen het LUMC alleen al zo'n 2100 studenten en co-assistenten die ermee te maken krijgen. Er zullen dus permanent veel mensen opgeleid moeten worden.”

Nauta: “Binnen het UMC Utrecht gaan vrijwel alle doktoren, arts-assistenten, artsen in opleiding, verpleegkundigen, secretaresses en medewerkers in ondersteunende divisies en directies die betrokken zijn in de zorg, met het systeem aan de slag. Totaal schatten wij circa 8000 gebruikers.”



*Karel van Lambalgen*

Huysman: “Uiteraard zullen de gebruikers moeten wennen aan het nieuwe systeem. Hiervoor organiseren wij een uitgebreid opleidingsprogramma, dat de mensen voorbereidt op de nieuwe situatie. Feitelijk krijgen zij bij oplevering van de eerste fase dezelfde functionaliteit als het huidige systeem, maar in een moderne, gebruiksvriendelijke, geïntegreerde vorm. De feitelijk go-live staat gepland op 10 juni 2011 en is een 'big bang': alle gebruikers gaan op dat moment goed voorbereid over op het nieuwe systeem. Ook de patiënten die reeds contact hebben via de bestaande negen patiëntenportalen zullen dan gebruik maken van het CS-EZIS.Net. Ook voor hen zal een begeleidingstraject opgezet worden.”

## **Op welke gebieden verwachten jullie na de implementatie veel winst te boeken?**

# om stappen te zetten”

Huysman: “De werkelijke winst in de komende 3 jaar zit vooral in de kwaliteit van informatievastlegging. Veel winst verwachten wij op het vlak van standaardisering en codering bij gegevensinvoer en het hergebruik van data ten behoeve van onderzoek en uitwisseling naar patiënt en andere instellingen.”

Boer: “Wat mij betreft is de grootste progressie dat iedereen een gezamenlijk dossier heeft met gedeelde informatie en een integrale planning. Dat is al zóveel winst, met name in veiligheid. Gedeelde informatie leidt meestal tot bevordering van de veiligheid. Dat zijn dan gewoon simpele dingen; het delen van kennis over allergieën bijvoorbeeld. En voor een anesthesioloog is het relevant om te weten of er sprake is van comorbiditeit. Patiënten vertellen dit niet altijd even goed, en als de anesthesioloog met een blik op het systeem kan zien waar de patiënt nog meer is geweest voor een behandeling en wat daar is geregistreerd, is dat snelle winst.”

## *“Het beheer wordt er overzichtelijker op”*

Van Lambalgen: “Dat is inderdaad de snelle winst. De winst aan de IT-kant is het weer op een lijn brengen van de infrastructuur en daarmee de basis creëren om verder te groeien. Het beheer wordt er in ieder geval overzichtelijker op. In de eerste fase van de implementatie zijn we vooral bezig met quick wins. In de tweede fase willen we verdiepen. In de fase daarna bekijken we een aantal optionele toevoegingen in de zin van gehele nieuwe functionaliteit: verder groeien in portals en transmuraleit en een nieuw Patiënt Data Management Systeem dat we willen implementeren. Dat is ook in de aanbesteding meegenomen en dus nadrukkelijk de optie in een latere fase.”

“Maar hoe groot je ook bent als instelling of als leverancier, je kunt maximaal een paar procent

leveren van de totale informatiebehoefte in een academisch ziekenhuis als dit. Er blijven een heleboel perifere systemen die dermate specialistisch zijn dat wij dat vooral zo moeten houden. Maar je moet kunnen integreren. Ook daar gaan ontwikkelingen plaatsvinden die we voor een deel vandaag kennen en die we voor een deel nog helemaal niet kennen waar we op moeten kunnen anticiperen.

Als je ziet wat er nu rond trajecten als bijvoorbeeld biobanking gebeurt; de terabytes per patiënt vliegen je om de oren. Wat er vandaag aan analyse op moleculair niveau en DNA-niveau uitgevonden wordt, en dat nu in onze researchlaboratoria zit maar over een jaar of vijf klinische praktijk kan gaan worden, daar moeten we straks op kunnen inspelen. Daar ligt een enorme uitdaging.”



Jan Christiaan Huysman

“Wij zijn op zich wel een grote instelling, maar we zijn en blijven maar een kleine schakel in de zorgketen. De manier waarop je als ziekenhuis over de hele zorgketen heen kunt acteren, en de manier waarop je dat met ICT kunt ondersteunen, wordt een belangrijke factor. De relatie met huisartsen, maar ook de patiënten zelf die via portals of op een andere manier betrokken zijn bij hun zorg- en onderzoeksproces, zijn elementen ►

waar wij ontwikkelingen zien: E-Health, Tele-Health.”

### **Hoe zien jullie de rol van patiënten in de toekomst?**

Nauta: “De rol van de patiënt zal toenemen. Bij de verdere ontwikkeling van zorgpaden, afspraken/planningen, portalen en telemedicine zal uitdrukkelijk rekening gehouden worden met de behoefte van patiënten. We kijken daarbij niet alleen naar de informatiebehoefte, maar ook naar het veranderende gedrag van patiënten, verwijzers en interne medewerkers.”



*Hyleco Nauta*

Boer: “Wat je bijvoorbeeld ziet is een toename van de superregionaliteit. Er komen steeds meer patiënten van heinde en verre hier naartoe. Dat is ook bewust beleid van het ziekenhuis geweest. Daarbij richten wij ons heel erg op de bijzondere zorg en de zorg voor bijzondere patiënten. Ook in routinezorg komt namelijk nog voor dat een patiënt allerlei bijkomende problemen heeft. Daar komt bij dat acute patiënten over het algemeen een ander zorgaanbod nodig hebben dan patiënten met een chronische zorgvraag. Bij patiënten met chronische zorg is bijvoorbeeld gebleken dat zij er gelukkiger van worden als zij een rol kunnen spelen in hun eigen zorg- of onderzoeksproces door via Zorg-ICT te communiceren met de dokter. Dat geeft toch meer het gevoel van controle en daar wordt de patiënt gelukkiger van.”

Van Lambalgen: “Dat zijn ontwikkelingen waar wij vanzelfsprekend in meegaan. Als de patiënt beter voorbereid op het spreekuur komt en als de dokter beter voorbereid is door de gegevens die de patiënt meeneemt vanaf de huisarts of met een ingevuld vragenformulier, wordt het bezoek effectiever.”

### **Zien jullie nog meer ontwikkelmogelijkheden?**

Nauta: “Het unieke van UMC's ligt op het terrein van topreferente en topklinische zorg, research en onderwijs/opleidingen. Met name op deze onderwerpen zien wij ontwikkelmogelijkheden. De visie van het UMC Utrecht is meer te gaan doen met zorgpaden, beslissingsondersteuning, integrale en patiëntgerichte planning en transmurale samenwerking met patiënten en verwijzers.”

Van Lambalgen: “Ook wij gaan sterker inzetten op zorgpaden, om de zorg voorspelbaarder te maken en best-practises beter te kunnen neerzetten, maar ook om de multidisciplinaire samenwerking meer inhoud te geven.”

Boer: “Het idee is dat we het gebruik van zorgpaden maximaal gaan uitbreiden, tot zeker 60% van onze zorg.”

Van Lambalgen: “We hebben nu al zorgpaden gedefinieerd. Een belangrijk deel daarvan zit binnen de eigen afdeling. Daar kun je continu processen optimaliseren, maar de zorgpaden zijn met name voor die multidisciplinariteit, waarbij je dus echt meerdere specialismen nodig hebt die samenwerken bij de behandeling van de patiënt.”

Boer: “De verbondenheid tussen al die specialismen en afdelingen is ook de aard van die complexiteit. Je kunt je voorstellen dat, als je daar goede ICT op zet, alle signalen bij elkaar komen en je dezelfde informatie kunt delen. Dat is echt een toegevoegde waarde.”

### **Hoe groot wordt het aandeel van beslissingsondersteuning in het geheel?**

Boer: “Dat is wel iets waar we op den duur veel aan kunnen doen, waardoor we kwaliteitverbetering bereiken.”

Van Lambalgen: “Wat hierbij wel belangrijk is, en

daar zijn we nog niet helemaal uit, is als je beslissingsondersteuning routinematig inzet, ontnem je ook jonge artsen, die nog moeten leren, de mogelijkheid verschillende signalen te interpreteren. Eigenlijk zouden zij het zonder beslissingsondersteuning moeten doen en vervolgens hun bevindingen moeten toetsen aan de hand van wat het systeem aanbeveelt. Daar zitten verschillen in en die verschillen moeten ze analyseren. Iemand die nu aan zijn opleiding begint moet over vier jaar vooral nadrukkelijk geleerd hebben en niet alleen maar een trucje uitgehaald hebben. De rol van beslissingsondersteuning daarin zal nog een zoekproces zijn.”

## “Het CS-EZIS.Net wordt een nóg rijker systeem”

Boer: “Daar ligt wel een uitdaging, want het kan natuurlijk niet zo zijn dat je een goede beslissing had kunnen nemen met beslissingsondersteuning, maar dit niet gedaan hebt. Daar zit een spanningsveld.”



Fred Boer


**Eerder gaf u aan ernaar uit te zien om samen met ChipSoft het CS-EZIS.Net nog verder te ontwikkelen. Aan welke punten denkt u dan?**

Van Lambalgen: “Net als alle andere UMC’s maken wij deel uit van het parelsnoertraject. Hierbij

gaat het om een integratie van onderzoek en patiëntenzorg, waar van bepaalde cohorten van patiënten gezegd wordt ‘een enkele UMC is eigenlijk te klein om daar serieus research op te doen’. Dus moet je het volume van de acht UMC’s bij elkaar optellen en dan kun je bepaalde typen onderzoek gaan uitvoeren. Achter die typen onderzoek zitten enorme databases; dat gaat vaak op DNA-niveau en over biobanking en de opslag van patiëntmateriaal. Als een patiënt binnenkomt moet hij opgenomen kunnen worden in het research-project, maar is hij uiteraard een patiënt met een bepaalde urgentie. De workflow die daar bij past wordt nu ondersteund door het systeem en moet straks allemaal overgezet worden naar het CS-EZIS.Net. Dat is niet een totaal nieuwe functionaliteit, maar dat is bestaande functionaliteit uitbouwen met de complexiteit waarmee wij geconfronteerd worden. “Dus veel meer toevoegen op het punt van multidisciplinariteit en comorbiditeit en dat niet alleen inzichtelijk maken, maar ook snél inzichtelijk maken. Dat soort punten gaan we samen met ChipSoft ontwikkelen. Het CS-EZIS.Net wordt straks een nóg rijker systeem.”

### **Heeft u nog reacties gehad van andere UMC’s over jullie gezamenlijke aanbesteding?**

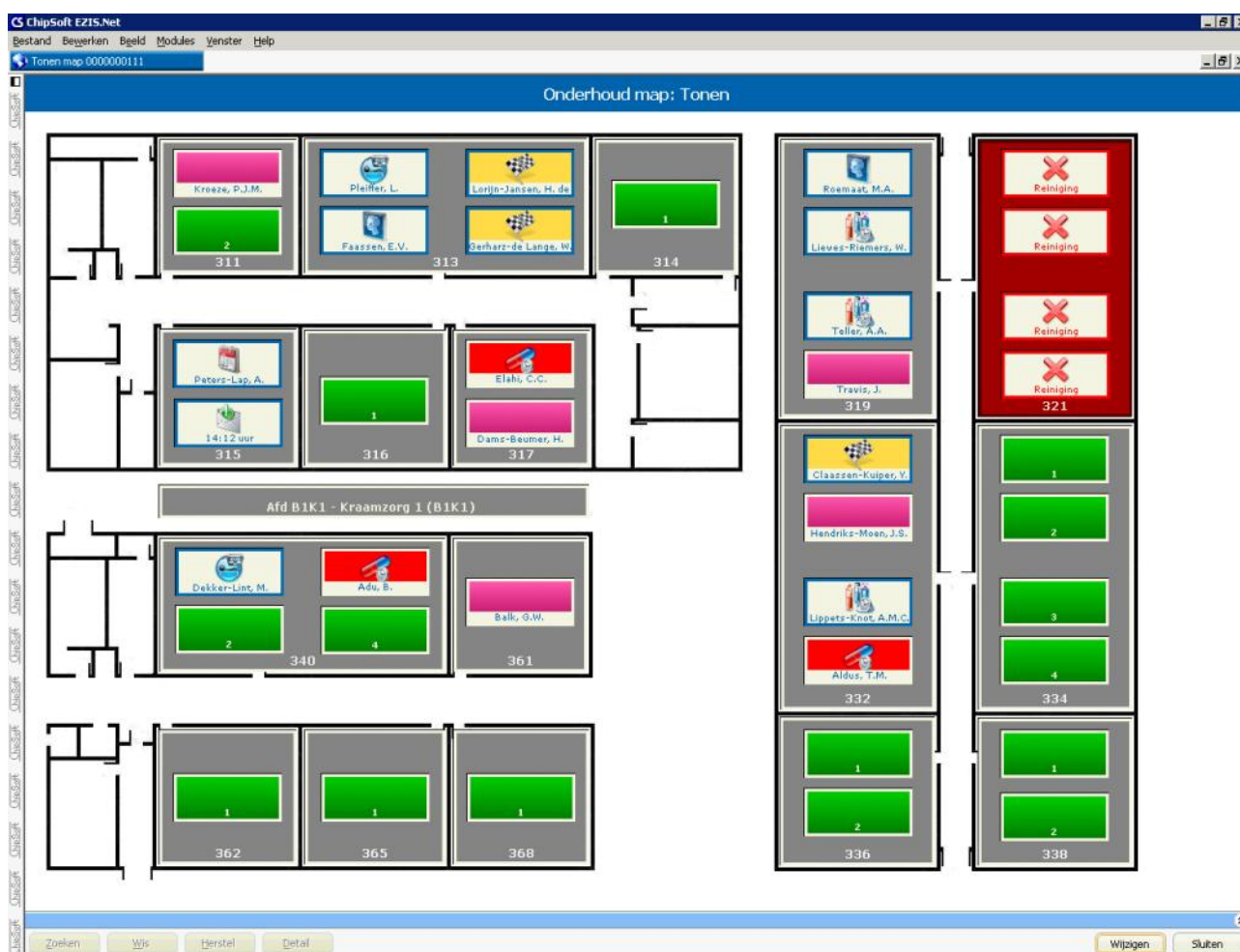
Van Lambalgen: “Ik heb gemerkt dat de andere UMC’s wel een beetje jaloers kijken naar hoe wij het proces hebben doorlopen. Een aantal daarvan begint er op dezelfde manier over te denken en voorbereidingen te treffen om eerst strategisch vast te stellen hoe zij als academisch ziekenhuis ICT wil inzetten in de zorg, om vervolgens een stap te kunnen zetten naar het materialiseren daarvan.”

“In ons geval zijn de ICT’ers voor een belangrijk deel betrokken geweest bij de keuze voor het CS-EZIS.Net, maar het is nadrukkelijk een keuze van de organisaties; het is geen ICT-project. Beide UMC’s hebben er heel bewust voor gekozen; vanuit die Europese aanbesteding is dit het eindresultaat. De organisaties staan er heel positief in en tonen een grote mate van betrokkenheid. Iedereen ziet kansen om stappen te zetten.” 

# Afdeling en zorg visueel

Een dashboard en werklijst in één. Zo is het nieuwe CS-Maps van ChipSoft het best te omschrijven. Dit systeem geeft gehele afdelingen in dynamische plattegronden weer en laat zien welke acties nog uitgevoerd moeten worden voor patiënten en bedden die in deze plattegrond zijn opgenomen. Tevens stelt CS-Maps gebruikers in staat alle benodigde acties rondom afdelingen, patiënten en bedden vanuit de 'Map' op te starten en te registreren. Navigeren door menustructuren is hierbij niet nodig en de integratie met het CS-EZIS.Net zorgt ervoor dat registraties via Maps in de relevante dossiers worden opgeslagen.

Op verpleegafdelingen, maar bijvoorbeeld ook op de SEH, de OK en de Radiologie is vaak dusdanig veel informatie beschikbaar, dat de kans reëel is dat behandelaars het overzicht verliezen. Om hen een compleet beeld te geven van welke noodzakelijke handelingen voor een patiënt nog uitgevoerd moeten worden, en op welk tijdstip, heeft ChipSoft CS-Maps in het leven geroepen. Deze toepassing maakt direct afdelingen en kamerindelingen inzichtelijk in combinatie met de status van de patiënten en de beschikbaarheid en status van de bedden. Alle plattegronden, kleuren, iconen, teksten, meldingen en regels zijn vrij instelbaar,



Bovenstaande Map is een voorbeeld van de afdeling Kraamzorg. Afwisselend kan met een zelf in te stellen interval de patiëntnaam en het tijdstip van een bepaalde operatie, onderzoek, ontslag, verlopen toediening, etcetera, op de virtuele bedden worden getoond. In het kader een korte toelichting op de getoonde kamers en patiënten. Zoals reeds vermeld kunnen instellingen zelf bepalen welke iconen en kleuren zij gebruiken.

# in kaart met CS-Maps

waardoor een Map volledig naar de wens van de zorginstelling is in te richten. Door deze flexibiliteit kunnen Maps naadloos in de huisstijl van de zorginstelling worden opgenomen.

## Alle data in CS-EZIS.Net

Binnen een Map zijn meldingen mogelijk van onder meer labuitslagen, orders, wisselgeving, medicatie, opname, ontslag en bijzonderheden. Deze meldingen zijn op diverse niveaus aan te geven, zoals per bed, per kamer of per afdeling. Door de meldingen te voorzien van vrij instelbare iconen, tekst en achtergrondkleuren kunnen zorginstellingen naar eigen inzicht een bepaalde status, prioriteit en urgentie aanduiden.

De informatie in een Map is niet beperkt tot enkele modules; alle informatie die in het CS-EZIS.Net voorkomt, kan in CS-Maps worden opgenomen.


## Toegang tot dossiers

Artsen en overige behandelaars kunnen vanuit een Map direct het patiëntendossier aanvullen en raadplegen. Daarnaast worden ze door CS-Maps actief gesignaleerd en begeleid in het werkproces. Als de verpleegkundige een vrij bed selecteert op de Map, kan zij direct een patiënt opnemen en als van een bepaalde patiënt labuitslagen binnenkomen, is dit gelijk te zien op de Map. Vervolgens zijn de labuitslagen met een muisklik of via een touchscreen vanuit dit icoon op te vragen. Dit maakt navigeren door menustructuren overbodig. Afhankelijk van de situatie worden snelkoppelingen aangeboden naar de benodigde functionaliteit om die specifieke situatie af te handelen.

## Privacy hoog in het vaandel

Omdat alle informatie binnen het CS-EZIS.Net in de Maps opgenomen kan worden, ontstaat de kans dat een Map privacygevoelige gegevens bevat die niet iedereen mag inzien. Daarom is per Map in te stellen wie welke gegevens mag zien; artsen, verplegend personeel en schoonmakers kunnen van dezelfde Map gebruik maken, maar elk met een persoonlijk afgestemd overzicht van relevante informatie.

## Toekomst

ChipSoft werkt momenteel volop aan de doorontwikkeling van CS-Maps. Hierbij worden ook intensief de mogelijkheden verkend om naast complete afdelingen ook materialen en personeel in kaart te brengen. 

### Kamer 311:

Een vrij bed (groen) en een vrouwelijke patiënt (roze) P.J.M. Kroeze.

### Kamer 313:

Voor mevrouw Pleiffer wordt een signalering getoond dat er een operatie aanstaande is. Voor mevrouw Faassen staat vandaag een radiologisch onderzoek op het programma. Mevrouw De Lorijn-Jansen en Gerharz-De Langeworden vandaag ontslagen.

### Kamer 315:

Mevrouw Peters-Lap heeft vandaag een poliklinische afspraak op het programma staan en over haar kamergenoot is een nieuw bericht binnengekomen.

### Kamer 317:

Voor mevrouw Elahi wordt een verlopen toediening gesignaleerd. Naast haar ligt mevrouw Dams-Beumer voor wie geen signalering wordt getoond.

### Kamer 319:

Mevrouw Roemaat ondergaat vandaag een radiologisch onderzoek. Voor mevrouw Liewes-Riemers en mevrouw Teller zijn labuitslagen binnengekomen.

### Kamer 321:

Deze kamer is geblokkeerd en wordt gereinigd.

# Geen informatiesilo's maar

Het elektronisch patiëntendossier (EPD) is niet meer weg te denken uit de dagelijkse bedrijfsvoering van een zorginstelling en is een essentieel onderdeel geworden in de zorgverlening. In toenemende mate is het EPD ook onderdeel van het aandachts- en invloedsgebied van de zorgconsument. Het (landelijk) EPD krijgt veel media-aandacht en is bron van menig maatschappelijke discussie.

De explosief toegenomen (maatschappelijke) interesse voor het EPD is eenvoudig te verklaren als verder wordt ingezoomd op de meerwaarde die een EPD te bieden heeft. In deze tijd van marktwerking, kritische consumenten en een aanhoudende stroom bezuinigingen voor zorginstellingen, biedt het EPD zorginstellingen de mogelijkheid zich te onderscheiden in kwaliteit, efficiency en kosteneffectiviteit.

## Voordelen dossiervoering

Uit diverse onderzoeken blijkt dat elektronische patiëntendossiers in hoge mate bijdragen aan een verbetering van de kwaliteit van de patiëntenzorg, aan het verhogen van de productie van de zorginstelling en aan kostenbesparing voor de zorginstelling.

Bij de rol van het EPD in het *verbeteren van de kwaliteit van zorg* spelen onder meer de volgende aspecten een rol:

- De algehele dossiervorming verbetert. Van papieren (niet altijd even goed leesbare) registratie van kerngegevens, die vaak verspreid zijn over meerdere dossiers, migreert het EPD naar een rijke en bovenal toegankelijke informatiebron.
- Het aantal medische fouten wordt gereduceerd, doordat meer inzicht ontstaat in de situatie van de patiënt en meer signalering mogelijk is.
- Het medicatiebeleid verbetert, doordat tijdens het voorschrijven en toedienen van medicatie meer inzicht wordt geboden in de klinische context en voorgeschiedenis van de patiënt.
- De diagnosestelling verbetert, doordat inzicht bestaat in bevindingen van andere zorgverleners.
- Betere alarmering- en signaleringmogelijkheden geven meer grip op de behandeling en op de tijdigheid van onderzoeken en handelingen.

## Productiviteitverhogend

Zoals opgemerkt, werkt het EPD ook *productiviteitverhogend*. Het EPD gaat tenslotte verder dan de registratie van gegevens; het is een uitermate geschikt instrument om werkprocessen te stroomlijnen en efficiëntie in de hand te werken. Het EPD heeft een vermindering van werkzaamheden rondom het zoeken en overdragen van dossiers tot gevolg, meerdere mensen kunnen tegelijkertijd een dossier gebruiken, er is een directe integratie met de zorglogistieke processen en het EPD maakt directe communicatie vanuit het dossier van de patiënt met collega zorgverleners mogelijk, et cetera.

Als derde belangrijke bijdrage van het EPD wordt de *kostenbesparing* genoemd. Denk hierbij aan de volgende aspecten:

- Door betere coderingen en integratie van dossier (DBC-)gegevens met de bijbehorende zorglogistieke handelingen wordt de registratie completer.
- Tijdige signalering op bijvoorbeeld dubbele onderzoeken, onnodige behandelingen, dubbelmedicatie, et cetera.
- Betere beheersing van de zorgkosten door de vermindering van redundante en onnodige onderzoeken. Het is altijd direct inzicht-

# transparante integratie

Voorbeeld van een voorblad van het Chirurgiedossier, met onder meer de allergieën en de actuele medicatie van de patiënt. Ook is direct zichtbaar dat in het tabblad 'Onderzoeken & resultaten' twee ongelezen berichten staan.

lijk welke onderzoeken reeds zijn uitgevoerd bij een patiënt en of bijvoorbeeld het medicatiebeleid gezien de recente labuitslagen nog relevant is.

- Vermindering van de transcriptiekosten doordat brieven en verslagen voor een groot deel automatisch kunnen worden gegenereerd op basis van dossierinhoud.

## Voorwaarden voor voordelen

ChipSoft is er door jarenlange ervaring met implementaties van doordrongen geraakt dat bovengenoemde voordelen van het EPD niet zomaar kunnen worden bewerkstelligd. Bij de invoer van het EPD moet een aantal strategische keuzes worden

gemaakt, die de realisatie van de genoemde voordelen daadwerkelijk mogelijk maakt.

De enige wijze om bovengenoemde voordelen te realiseren is door de eliminatie van de informatiesilo's en het informatiemoeras die dossiervorming met zich mee kan brengen.

## Beste-of-suite concept

Tot enkele jaren geleden is in veel zorginstellingen sprake geweest van eilandautomatisering. Door te kiezen voor een best-of-breed automatiseringsconcept werd weliswaar suboptimalisatie gerealiseerd, maar ontstonden er grote problemen in het toegankelijk maken en delen van informatie in alle deelsystemen. ►



Door de huidige gangbare best-of-suite automatisering wordt op onder meer het terrein van de zorglogistiek duidelijk ingestoken op integratie en informatiedeling. Binnen de dossiervoering is echter meer nodig dan enkel het best-of-suite automatiseringsconcept. Er moeten ook afspraken worden gemaakt over onder meer de wijze waarop dossiers worden opgebouwd, over de informatie die voor andere zorgverleners van belang is en gedeeld moet worden en over de wijze waarop mutaties in het dossier transparant gecommuniceerd worden naar alle behandelaars.

Als niet gewerkt wordt vanuit een generieke dossieropbouw en een gedeeld referentiekader, ontstaat een veelheid aan niet transparante dossiers die de eigen vakgroep weliswaar goed ondersteunen, maar die moeizaam toegankelijk zijn voor andere behandelaars. Voordelen rondom informatiedeling, bijvoorbeeld de voordelen betreffende het signaleren en alarmeren op dossierinformatie en het onderbouwen van het medicatiebeleid op basis van alle beschikbare gegevens, zullen erg moeizaam bereikt worden.

Kort samenvattend begint het uitrollen van een

EPD met het afspreken van conventies over hetgeen belangrijk is en gedeeld moet worden.

### Structuur in de dossiervoering: het generiek basisdossier

Ter ondersteuning van de consistente en transparante opbouw van het EPD, waarbij de voordelen van EPD-voering ten volle worden benut, biedt ChipSoft het **Generiek Basisdossier**. Het Generiek Basisdossier biedt een van content voorzien framework voor de structuur van de organisatiebrede dossiervoering. In dit dossier wordt een kerndataset gedefinieerd en toegankelijk gemaakt. Hierin worden de kerngegevens van de patiënt (denk onder meer aan familiale anamnese, voorgeschiedenis, allergieën, actuele medicatie,) vastgelegd. Daarnaast biedt het Generiek Basisdossier ieder specialisme de mogelijkheid op een uniforme wijze anamnese, consult en decursusregistratie plaats te laten vinden.

Bovenop het Generiek Basisdossier kunnen vervolgens specialisme- en aandoeningendossiers worden gebouwd die aansluiten op het Basisdossier en de kerndataset van het basisdossier (aan

vullen. De focus van deze dossiers kan uiteraard ook liggen op andere aspecten van de zorg, zoals een ziektebeeld of diagnose, een afdeling of een behandeling.

## Voordelen verzilveren

Via het Generiek Basisdossier kan een behandelaar alle gegevens benaderen die uniform relevant zijn òf die vanuit specialisme- en aandoeningdossiers bewust onder de aandacht zijn gebracht. De behandelaar hoeft op deze wijze geen diepgaande kennis te hebben van specifieke specialistische dossiers om toch voldoende beeld van een patiënt te verkrijgen om een behandeling vorm te kunnen geven.

Door de inzet van het Generiek Basisdossier wordt informatie op een uniforme, consistente manier vastgelegd en gepresenteerd, worden informatie-eilanden voorkomen en kan een zorginstelling de voordelen die elektronische dossiervoering

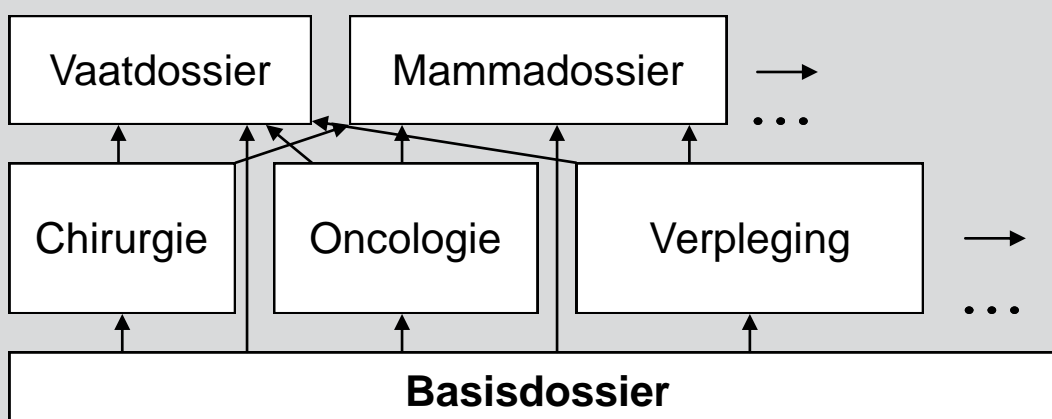
theoretisch in zich heeft daadwerkelijk verzilveren.

## Implementatie-ervaringen

Het Martini Ziekenhuis in Groningen is het eerste ziekenhuis dat enkele jaren geleden gestart is met de dossierstructuur die hierboven geschetst is. Het aantal implementaties van het Generiek Basisdossier heeft inmiddels een grote vlucht genomen. Tien zorginstellingen hebben momenteel een Generiek Basisdossier in productie, bij 8 anderen loopt de implementatie ervan. Ook het Leids Universitair Medisch Centrum en het Universitair Medisch Centrum Utrecht zullen in de huidige ZIS-/EPD-migratie de overstap naar het Generiek Basisdossier van ChipSoft maken. Naast dit basisdossier zullen meer dan dertig specialisme en aandoeningendossiers in productie worden genomen die aansluiten op het Generiek Basisdossier. *M*

ChipSoft biedt - bovenop het Generiek Basisdossier - volledige content voor tientallen specialisme- en aandoeningsgerichte dossiers. Onderstaand een grafisch overzicht van dossiervoering volgens de methode van ChipSoft en een kleine greep uit de mogelijkheden:

- Specialismedossiers voor alle specialismen
- Specialisme subdossiers voor onder meer fertiliteit, verloskunde, varices, neonatologie, IC en Thorax.
- Aandoeningsgerichte dossiers voor onder meer mammadiagnostiek, transplantatie, diabetes, hartfalen en brandwonden.



# 5.1 biedt meer met minder

Meer functionaliteit, maar minder schermen en pop ups. Dat is waar ChipSoft de focus op heeft gelegd bij de ontwikkeling van de nieuwste versie van het CS-EZIS.Net. De nieuwe oplossing voor spraakherkenning en spraaksturing is hier een uitstekend voorbeeld van, maar ook de intelligente integratie van zorglogistieke functies en de inzet van beslissingsondersteuning zorgen voor meer, veilige en gebruiksvriendelijke mogelijkheden.

De introductie van CS-Spraak voorziet specialisten van de mogelijkheid digitaal te dicteren en door spraakherkenning (zonder software van derden) velden in het CS-EZIS.Net in te spreken. Daarnaast kunnen zij spraakgestuurd werken door letterlijk functionaliteiten van het CS-EZIS.Net op te roepen (KCL-uitslagen, radiologieonderzoeken,

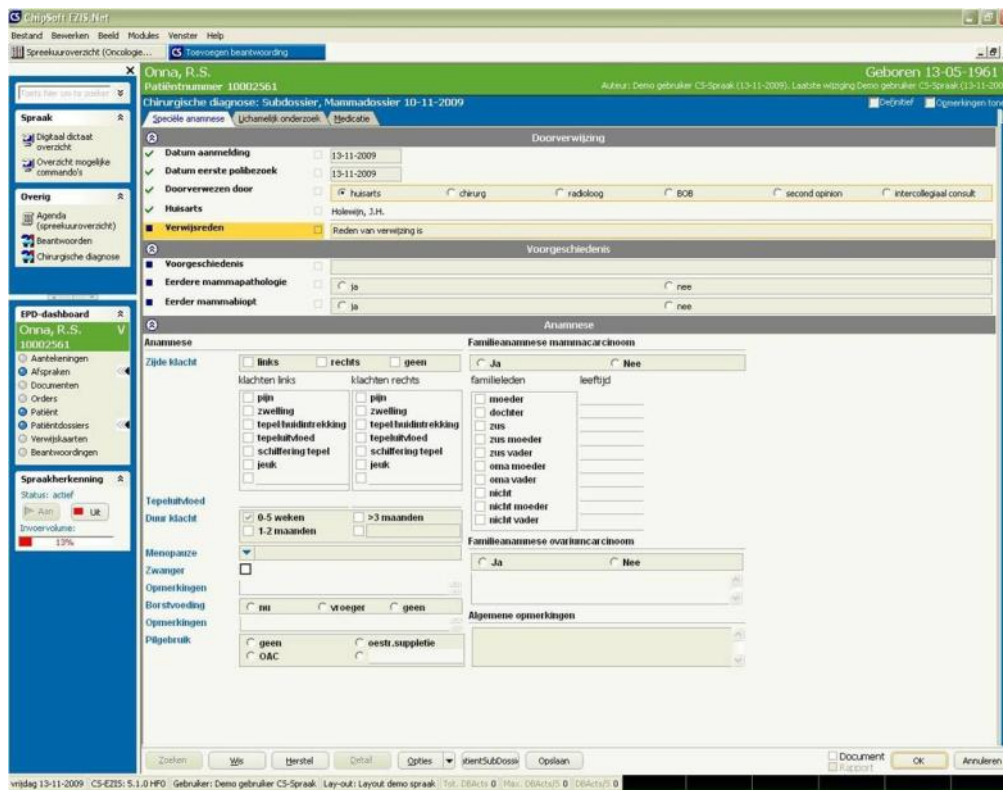
medicatieoverzichten, e.d.) en vragenlijsten met hun stem te doorlopen en te beantwoorden. Hiermee houden specialisten hun handen vrij en vinden registraties nog sneller plaats.

## Integratie van complexe functionaliteit

Naast de nieuwe spraakmogelijkheden is bij de ontwikkeling van versie 5.1 veel aandacht besteed aan een verdere integratie van complexe functionaliteiten in één gebruiksvriendelijk scherm. Zo hebben onder meer de agenda- en medicatiemodule flink aan functionaliteit gewonnen en zijn beide nog overzichtelijker en gebruiksvriendelijker gemaakt. Dit geldt ook voor de module CS-Steriel, die verder is geïntegreerd met het OK-systeem.

Code	uur	Gew. tussen	Gew. tussen	Min. tussen
TC				
UIT				
CA ECCO	30			
CA ECERCO	15	30	30 minuten	30
CA ER/CO				
CA INT CMB				
CH PRE-OP				
CA CO				

De vensters **Afspraak plannen**, **Afspraak plannen (Gecombineerd)** en **Repeterende afspraak maken** in CS-Agenda zijn in versie 5.1 samengevoegd tot één venster: **Afspraak plannen**.



Zoals in bovenstaand scherm onder het EPD-dashboard te zien is, kan in de nieuwste versie op eenvoudige wijze de spraakherkenning worden gestart en gestopt.

## Uitbouw workflowondersteuning

Ook is de workflowondersteuning in deze versie verder uitgebouwd. De verregaande integratie van zorgpaden met de agenda en de kliniek speelt hierin een grote rol, evenals de multidisciplinaire registratiemogelijkheden voor alle verpleegkundige zorg. Hierbij kunnen alle disciplines met een minimum aan handelingen orders aan elkaar verstrekken om zo tot nog beter gestroomlijnde werkprocessen te komen.

## “Klikken tot minimum beperkt”

Ziekenhuis Nij Smellinghe in Drachten heeft in maart als eerste ziekenhuis de nieuwe versie van het CS-EZIS.Net in gebruik genomen. Wim Loman, Hoofd Informatisering en Automatisering, is zeer te spreken: “De eerste dagen bevallen goed. De conversie van 5.0 naar 5.1 was in een half uur gerealiseerd en de indruk bestaat dat de performance verbeterd is. Je kunt zien dat ChipSoft eraan werkt het systeem intuïtiever te maken en te vereenvoudigen, om zodoende het klikken en de schermen tot een minimum te beperken. Dit komt de gebruiksvriendelijkheid ten goede. De zichtba-

re aanpassingen aan de schermen binnen 5.1 zijn door de medewerkers probleemloos opgepakt. De vermindering van het aantal te doorlopen schermen en het vereenvoudigen van de werkwijze in bijvoorbeeld de modules CS-Agenda en Whats New ‘zien wij als grote verbeteringen.’

## Geavanceerde migratiemethode

Bij de ontwikkeling van de nieuwste versie wordt ook het nieuwe CS-Dataoverdracht ingezet. Deze tool maakt een directe kopie mogelijk van een ontwikkelde inrichting (prototype) in de ontwikkelomgeving naar de productieomgeving. Doordat alle mutaties in de ontwikkelomgeving plaatsvinden en de kopieerslag naar de productieomgeving vrijwel volledig geautomatiseerd is, is het risico op fouten aanzienlijk beperkt. Bijkomend voordeel is dat de id's van de onderdelen in beide database-omgevingen hetzelfde zijn, waardoor er geen verschillen kunnen ontstaan tussen de verschillende databases. Met CS-Dataoverdracht is de kans op fouten in de programmatuur nihil en is ChipSoft in staat snel de content van dossiers en inrichtingen van de nieuwste CS-EZIS.Net-versie te updaten en aan de ziekenhuizen over te brengen. [M](#)

## **Beurzen**

18 mei 2010

14<sup>e</sup> Colloquium, Affligem (België)

Dit colloquium brengt een breed aanbod van ICT-oplossingen voor de zorg in algemene ziekenhuizen, psychiatrische instellingen, ouderenzorg en thuisverpleging. Het geïntegreerde patiëntendossier voor zorgverstrekkers, verpleegkundigen, artsen, paramedici, e.a. krijgt op deze dag bijzondere aandacht.

20 mei 2010

7<sup>e</sup> Noordelijke Nascholingsdag voor Anesthesiemedewerkers, Operatieassistenten en Recovery-verpleegkundigen, Groningen

20 & 21 mei 2010

Anesthesiologendagen, Maastricht

Zoals andere jaren komen alle aspecten van de anesthesiologie uitgebreid aan bod, bovendien is ook dit jaar weer gekozen voor een centraal thema, voor 2010 is dit "innovatie".

20 & 21 mei 2010

Chirurgendagen, Veldhoven

27 & 28 mei 2010

Venticare, Utrecht

Twee dagen lang staan de deuren open voor alle Nederlandse en Vlaamse acute zorgverpleegkundigen die zich op de hoogte willen stellen van de laatste ontwikkelingen in hun vak.

2 & 3 juni 2010

HEAD Jaarcongres, Houten

Met het centrale thema 'Zicht op uw zorgmarkt?' als kapstok, is het congres inhoudelijk onderverdeeld in de subthema's die voor HEAD-leden dagelijks van invloed zijn: zorgverlener, zorgaanbieder/marktwerking en politiek/vernieuwing.

3 juni 2010

15e EPD Congres (NVMA), Amsterdam

Dit jaar zal het congres in het teken staan van "Ziekenhuis IT Strategie Best Practice".

3 juni 2010

ZKN Jaarcongres (Zelfstandige klinieken Nederland), Rotterdam

23 juni 2010

Congres Ordermanagement & Zorgpaden, Utrecht

Vooraanstaande sprekers vertellen over hun projecten en ervaringen met ordermanagement. Onderdeel van het programma zijn live demonstraties van enkele EPD's.

## **ChipSoft seminars**

27 mei 2010,

Gebruikersdag Financieel proces, Zuwe Hofpoort ziekenhuis, Woerden

The logo for ChipSoft, featuring the word "ChipSoft" in a white, stylized, italicized font. The letters are outlined, and the "C" and "S" are particularly large and prominent. The logo is set against a dark blue background.

**TT Melissaweg 23-25  
1033 SP Amsterdam**