

# Jessa ziekenhuis Hasselt (zorgsector)

Bij mijn opstart als cardioloog in het Virga Jesse ziekenhuis in Hasselt, nu ruim twintig jaar geleden, was er op dat moment geen ziekenhuisbreed datanetwerk beschikbaar. De dienst cardiologie had een beperkt coaxkabelnetwerk, dat enkele pc's van secretariaat en raadpleging verbond. Een elektronisch patiëntendossier was nog niet beschikbaar voor het hele ziekenhuis, we behielpen ons met een eigen database die enkel de gegevens van de cardiologie bevatte.

De implicaties voor de werking van de dienst cardiologie waren zeer belangrijk. Enkele dagen voor een geplande raadpleging werd de lijst met verwachte patiënten door het secretariaat doorgegeven aan de archiefmedewerkers. Zij verzamelden de papieren dossiers en bezorgden die op de raadpleging. Na de raadpleging werd de brief voor de huisarts uitgeprint en opnieuw in het dossier geklasseerd waarna de omgekeerde beweging werd gemaakt en het papieren dossier terug naar het archief ging (en de brief naar de huisarts via de post verstuurd werd, wat ook weer voor klassemmentswerk in elke huisartsenpraktijk zorgde).

Voor gehospitaliseerde patiënten was de werking zo mogelijk nog inefficiënter. Tweemaal per dag gingen de assistenten van de afdeling de foto's op de dienst radiologie ophalen, alsook de uitgeprinte resultaten van het klinisch labo. Deze dienden te worden geklasseerd in grote fotomappen en ringmappen die als dossier werden gebruikt. De meeste adviezen van specialisten kwamen op doordrukpapier (vaak onleesbaar) geschreven aan op de afdeling en dienden op dezelfde manier geïntegreerd te worden in het hele dossier. Bij ontslag werd op basis van de verzamelde gegevens een brief gedictieerd, die vervolgens uitgetypt werd door het secretariaat en verstuurd (en geklasseerd in het eigen dossier). Vaak kwam deze brief pas weken na ontslag bij de huisarts aan.

Een bijzonder probleem leverde dit systeem op bij spoedgevallen, aangezien het 's avonds en 's nachts vaak moeilijk was om voldoende snel een dossier te pakken te krijgen. Hierdoor konden er niet vlot vergelijkingen worden gemaakt tussen vroegere gegevens en de huidige problemen van de patiënt.

Intussen heeft de IT-revolutie ervoor gezorgd dat we al jaren met een gezamenlijk ziekenhuisbreed elektronisch patiëntendossier werken. Heel het ziekenhuis is uiteraard verbonden, zowel draadloos als bedraad, via een performant netwerk dat het doorsturen van grote datapakketten toelaat. Op die manier zijn resultaten quasi ogenblikkelijk beschikbaar eens de onderzoeken zijn uitgevoerd, en kunnen we vlot vergelijkingen maken tussen vroegere en huidige gegevens, communiceren we onder specialisten via het netwerk en schrijven we de huisartsen aan via elektronische weg.

Deze informatisatie heeft een revolutie veroorzaakt in de manier waarop onze patiënten behandeld worden. Op raadpleging of spoedgevallen zijn nu steeds alle gegevens van de patiënt online beschikbaar, ook van andere specialismen. Vergelijking tussen onderzoeken is vlot doenbaar op deze manier en communicatie verloopt nu zeer efficiënt

De hospitalisatieduur, die twintig jaar geleden gemiddeld zeven tot acht dagen was op de afdeling cardiologie, is gereduceerd naar drie dagen. In het verleden was het de gewoonte dat een patiënt maximaal een à twee onderzoeken per dag kreeg, waarna het soms twee dagen duurde alvorens de uitgetypte en uitgeprinte versies van de verslagen beschikbaar waren voor de aanvragende arts. Via netwerkvorming tussen ziekenhuizen gaat het opvragen van resultaten van andere ziekenhuizen heel vlot. De rapportering zowel binnen het ziekenhuis als met de huisartsen verloopt in meer dan 95% van de gevallen volledig elektronisch. De ontslagbrief

bij hospitalisatie wordt elektronisch verstuurd en komt automatisch in het elektronisch dossier van de huisarts. De huisarts heeft ook de mogelijkheid om bij zijn eigen patiënten alle resultaten van onderzoeken die in het ziekenhuis zijn uitgevoerd onmiddellijk online te consulteren, waardoor interactie tussen eerste en tweede lijn wordt bevorderd.

Als gevolg van deze IT-revolutie zijn veel tijdrowende, maar eenvoudige taken, zoals klasseren en brieven versturen quasi volledig weggevallen. Er wordt geen papieren dossier meer aangemaakt en de bestaande oude dossiers worden progressief ingescand (en dan vernietigd). We werken veel sneller en efficiënter, wat zich al laat voelen in het aantal benodigde ziekenhuisbedden: deze zijn al jaren dalende.

De overheid is de laatste jaren erg geïnteresseerd in de kwaliteit van de geleverde zorg. Het volstaat niet meer om het beste van zichzelf te geven als arts of gezondheidswerker, de patiënt verwacht terecht dat de kwaliteit van wat je doet op een optimaal niveau is op elk moment. Om dit op te volgen werden in het verleden tientallen Excel-bestanden en andere kleine databases bijgehouden waarin de resultaten van ingrepen en behandeling van aandoeningen werden opgevolgd, vaak op vraag van de overheid. Meer en meer laten de grote datawarehouses, die alle gegevens verzamelen (zowel medisch als facturatie, administratie, apotheek, stockbeheer enzovoort), toe om op een efficiënte manier data omtrent kwaliteit van de geleverde zorg te verzamelen (en nu ook al per ziekenhuis te publiceren). Zo konden we enkele jaren geleden al heel vlot via informatica nagaan of de resultaten van onze cardiologische interventies (zoals pacemakerimplantaties en ballondilataties) op het niveau staan dat in de wetenschappelijke literatuur als optimaal wordt beschouwd. Door deze resultaten jaarlijks of zesmaandelijks op te volgen, kunnen eventuele negatieve evoluties nu snel geanalyseerd worden. De vergelijking tussen ziekenhuizen staat nog in haar kinderschoenen, maar binnen enkele jaren zullen deze resultaten ook met die van alle andere ziekenhuizen in België vergeleken kunnen worden, waardoor de overheid zal kunnen ingrijpen bij opvallende kwaliteitsverschillen.

Een belangrijke ontwikkeling van de laatste jaren is de telegeneeskunde. Cardiologie loopt hierbij

voorop in de nieuwe ontwikkelingen om patiënten vanop afstand te volgen. Een tiental jaar geleden al konden we in het Hartcentrum Hasselt in samenwerking met zeven andere grote ziekenhuizen in België aantonen dat het vanop afstand monitoren van patiënten met zeer ernstige vormen van hartfalen resulteerde in minder overlijdens, dankzij nierdialyse en heropnames. Het heeft jammer genoeg tot dit jaar geduurd alvorens onze ziekteverzekering interesse kreeg voor de mogelijkheden van telegeneeskunde, en momenteel lopen vele proefprojecten die zullen resulteren in een terugbetaling van deze vernieuwende technologie. Zo zullen patiënten met een pacemaker niet meer om de zes à twaalf maanden naar de raadpleging moeten komen om hun toestel te laten testen, maar zullen ze worden opgeroepen wanneer de telemonitoring toont dat er problemen zijn. Veel grote ziekenhuizen hebben nu al (ondanks afwezige terugbetaling op dit moment) honderden patiënten die zo worden opgevolgd door gespecialiseerde verpleegkundigen en artsen. In het Hartcentrum Hasselt hebben we een vijftal gespecialiseerde telemonitoring verpleegkundigen die de eerste opvolging doen van de telemonitoring gegevens. Ook interventies op de levensstijl van de hartpatiënt, die nu gebeuren in de klassieke hartrevalidatiecentra, zullen meer en meer verschuiven naar de virtuele wereld. We voerden in de laatste jaren verschillende studies uit die aantoonde dat telerevalidatie zeer effectief is in het bevorderen van een gezonde levensstijl bij hartpatiënten, wat resulteert in minder herval en heropname, en dus ook minder kosten voor de ziekteverzekering. Eens dit standaard zal worden (en terugbetaald) zullen ook de teamleden van onze hartrevalidatieteams op een andere manier met patiënten moeten leren omgaan.

Hoe reageert een grote dienst cardiologie of een ziekenhuis op deze vernieuwingen? Zoals aangehaald zorgde de efficiëntiewinst voor steeds kortere opnameduur voor de meeste hartaandoeningen. Deze evolutie is al jaren aan de gang en nadert zijn einde. Een gemiddelde opnameduur van minder dan drie dagen wordt heel moeilijk in een ouder wordende populatie. Maar de steeds grotere turnover op onze opnameafdelingen vergt steeds meer van de medewerkers op alle niveaus, van de poetsvrouw tot de specialist. Deze versnelling, die financieel gestimuleerd wordt door de overheid, houdt ook gevaren in. De oudere patiënten hebben

vaak niet één enkel probleem maar een reeks problemen, en een korte opnameduur geeft vaak onvoldoende tijd om dit als een geheel te bekijken. Heropnames van recent ontslagen patiënten zijn voor sommige aandoeningen dan ook een stijgend probleem.

De informatisie vergt ook een constante verandermentaliteit en nood aan bijscholing bij de artsen en medewerkers. De meeste van de huidige behandelwijzen binnen de cardiologie bestonden nog niet op het moment dat de artsen of verpleegkundigen afstudeerden. Het blijven vasthouden aan wat geleerd is tijdens de basisopleiding is geen optie, gezien wetenschappelijke richtlijnen constant aangepast worden aan de nieuwste onderzoeksgegevens. De hogescholen en universiteiten moeten dan ook dringend afstappen van het autoriteitsprincipe dat in de opleiding geneeskunde nog vaak geldt. De professor weet hoe het moet en als je dit zo correct mogelijk op het examen reproduceert heb je hoge punten. Jammer genoeg is datgene wat je als professor hebt verteld aan je studenten enkele jaren nadien al deels achterhaald door nieuwe wetenschappelijke gegevens. Onze studenten in de geneeskunde, verpleegkunde en paramedische beroepen moeten een mentaliteit van levenslang leren aankweken, zodat het een automatisme wordt om op regelmatige tijdstippen de nieuwste gegevens op te zoeken en toe te passen. De veranderingen in de organisatie van de zorg, waarbij er meer multidisciplinair wordt gewerkt, met grotere verantwoordelijkheid voor elk teamlid, vergen steeds hoger opgeleide medewerkers. Terwijl de meeste verpleegkundigen en kinesisten

twintig jaar geleden na drie jaar beroepsopleiding in de gezondheidszorg begonnen te werken, worden ze nu meer en meer wetenschappelijk opgeleid (met een opleidingsduur tot vier à vijf jaar, en meer en meer gerichte subspecialiteiten), waardoor de relatie tussen artsen en medewerkers verandert. Meer en meer verantwoordelijkheid wordt gedragen door deze hoger opgeleide medewerkers, waarbij een groter aantal patiënten optimaal kan behandeld worden zonder dat een steeds groeiend aantal artsen nodig is.

Als besluit kunnen we stellen dat de informatisie in de gezondheidszorg een katalysator is voor efficiënte en kwaliteitsvolle zorg. Maar we staan nog maar aan het prille begin van deze revolutie, en kunnen dus verwachten dat nog heel wat veranderingen in werkwijze, opleidingsniveau en financiering nodig zullen zijn om alle vruchten hiervan te kunnen plukken. Maar ik ben overtuigd dat de verdere introductie van technologie in de gezondheidszorg in belangrijke mate zal bijdragen aan een betaalbare zorg voor onze ouder wordende populatie. We moeten er enkel voor zorgen dat we deze vernieuwingsgolf ten volle benutten en niet blijven vasthouden aan oude werkmethode. Iedereen die werkt in de gezondheidszorg moet mee in deze evolutie: artsen en paramedici, het onderwijs, de financiers van de gezondheidszorg, enzovoort.

*Paul Dendale  
Hartcentrum Hasselt*