

We are

not

pitching

Alleen als je doet wat goed is voor de mens, kunnen zorgorganisaties floreren. *We are not* laat zien dat deze visie ook echt werkt. Oplossingen die beter zijn voor de arts, beter voor de patiënt en uiteindelijk veel goedkoper. De dokter heeft altijd de best passende kennis om te komen tot een diagnose en de beste behandeling voor zijn patiënt. En de patiënt krijgt een frisse dokter die echt tijd en aandacht heeft.

Om dit te bereiken analyseren we bij *We are not* medische kennis, herschrijven we protocollen en bouwen we slimme oplossingen die artsen helpen om complexe protocollen snel en foutloos uit te voeren. De kwaliteit van de zorg gaat omhoog. De kosten gaan naar beneden. En belangrijker, onze missie: de arts krijgt meer tijd en ruimte en daarmee rust.

We are not zet de mens centraal. De zorgverlener is de enige die kennis kan omzetten tot zinnig handelen. Om hem daarbij te ondersteunen gebruiken we kennis-technologische oplossingen. Bij ons wordt techniek zo ingezet dat de zorgprofessional een betere uitgangspositie krijgt om het goed(e) te doen. Wij durven te beweren dat we experts zijn op dat vlak.

We are not *joking*

Er komt een man bij de dokter... De arts zit klaar. Hij heeft beperkte tijd. In zijn eigen tijd heeft hij het dossier bestudeerd en bedenkt snel welke protocollen op deze patiënt van toepassing zijn. Valt deze patiënt binnen of buiten het protocol? Onduidelijkheden en tegenstrijdigheden in de protocollen moet hij afwegen. En natuurlijk oprecht contact maken met de mens aan de andere kant van zijn bureau.

Een gemiddeld ziekenhuis heeft meer dan 500 protocollen. Het is onmogelijk voor een arts om al deze kennis paraat te hebben. Als de arts de medische kennis heeft opgezocht wordt hij geconfronteerd met twee problemen. Om te beginnen is het protocol vaak niet duidelijk en er zitten zelfs fouten in. Het volgende probleem is dat protocollen onderling niet afgestemd zijn en elkaar kunnen tegenspreken. Natuurlijk heeft de arts trainingen gevolgd en in zijn witte jas zitten korte samenvattingen van de meer dan 100 pagina's dikke protocollen. Maar alle belangrijke nuances zijn verloren gegaan. Juist die kennis en nuances zijn belangrijk om goede (evidence based) zorg te leveren voor de individuele patiënt, om de patiënttevredenheid en de patiëntveiligheid te garanderen.

We are not *perfect*

In Nederland hebben we één van de beste zorgsystemen van de wereld. Gelukkig maar want ieder mens verdient de best passende zorg op het moment dat hij ziek wordt. En toch steekt er iets.

Patiënten voelen zich vaak niet gehoord. De arts voelt dat hij te kort schiet. Hij ervaart tijds- en administratiedruk en kan daardoor niet de aandacht aan de patiënt geven die hij moet en wil

geven. Automatisering kan de arts helpen, maar in de praktijk is het een blok aan zijn been geworden. Het is onmogelijk geworden voor artsen om de juiste kennis, op het juiste moment en op de juiste plaats voorhanden te hebben.

De kennis is complex en verandert snel. Uit een analyse van incident meldingen blijkt dat het niet (goed) volgen van de laatste kennis, richtlijnen en bestaande protocollen dé bron van veel incidenten is.

Blijkbaar heeft Evidence Based Medicine nog iets anders nodig. Wij zijn ervan overtuigd dat we het anders moeten ondersteunen. Door management, processen en techniek in te zetten die erop gericht zijn het beste uit de mensen te halen.

Wij kunnen nú beginnen met de arts echt te ondersteunen en te ontlasten.

We are not *all talk*

Wij begrijpen hoe de mens werkt, hoe het brein werkt. We zetten de mensen op een betere uitgangspositie om hun werk goed te doen. Ondersteund door de beste technologie, gericht op zo veel mogelijk 'goed doen'.

Een van de dingen die we doen is het omzetten van medische kennis vanuit teksten naar medische kennismodellen. Dit doen we op basis van de bestaande protocollen én expertkennis. Hierdoor krijgen we grip op de complexe beslisregels die artsen continu toepassen. Deze kennismodellen gebruiken we om betere medische protocollen te schrijven. En we maken vanuit de kennismodellen beslissingsondersteunende applicaties.

De patiënt en de arts vullen hun gegevens in. De applicatie geeft aan welke pad volgens de laatste (protocollaire) inzichten het beste genomen kan worden. Natuurlijk kunnen de arts en de patiënt altijd afwijken als zij dat samen besluiten.

Het klinkt misschien abstract. Daarom hebben we een voorbeeld gemaakt. Er worden landelijk veel fouten gemaakt bij patiënten die voor een operatie komen en antistolling medicatie gebruiken. Samen met het Maastricht UMC+ hebben we alle kennis rond dit onderwerp in een kennismodel gezet. Op basis van dat model hebben we een nieuw protocol ontworpen. Door onze aanpak hebben we 11 fouten en veel onduidelijkheden uit het oude protocol gehaald. Het nieuwe protocol is beter leesbaar, beter uitvoerbaar en is veel korter dan het oude protocol.

We hebben op eigen initiatief een ondersteunende applicatie voor dit protocol gemaakt. Deze applicatie kun je vinden op app.wearenot.com.

We are not *the best* method

Een professional in de zorg maakt dagelijks veel geprotocolleerde medische beslissingen. De vrijheid van handeling is bij een protocol beperkt. Een protocol geeft namelijk stap voor stap aan hoe gehandeld moet worden. Het zorgproces, de verschillende stappen die moeten worden doorlopen en de klinische beslismomenten worden daarom meer in detail vastgelegd (van Everdingen et al., 2004). Een protocol is altijd gebaseerd op een onderliggende richtlijn en geeft aan hoe je in de dagelijkse praktijk moet handelen.

Samen met het ziekenhuis maken we kennismodellen en software die de professional helpt bij het nemen van protocollaire regel gebaseerde medische beslissingen. Je ontkomt er niet aan om fouten en onduidelijkheden in het protocol aan te passen en dat doen we dus ook. Bij het maken van een beslismodel is de grondvraag altijd “wanneer moet welke beslissing gemaakt worden en welke informatie is nodig om deze beslissing te nemen”. Om deze reden gebruiken we Decision Model and Notation (DMN) (Object Management Group, 2015) voor het modelleren. Deze recent uitgekomen wereldstandaard kadert het beschrijven en vastleggen van beslissingslogica.

De aanpak die we gebruiken is pragmatisch en doeltreffend. Het lijkt alsof we stapsgewijs werken maar dat is schijn. We vormen met de experts van het ziekenhuis een team dat de onderstaande fases iteratief doorloopt.

Fase 1: Brondocument analyse

De eerste fase is de analyse van de brondocumentatie. In dit geval het medische protocol en de richtlijn en/of literatuur waar deze op gebaseerd is. Op basis van daarvan maken we de basis van het beslismodel. (Beslissingen, relaties, regels, variabelen, waarden.)

Fase 2: Casus/scenario analyse

Daarna bouwen we casuïstiek om het basismodel en de aannames te toetsen met de professionals. Ook ‘echte’ casuïstiek wordt in deze fase gebruikt om de beslissingen van protocol en professionals te toetsen. Alle nieuwe inzichten worden weer verwerkt in het beslismodel.

Fase 3: Testen van de beslissingen

Nu worden er twee belangrijke soorten tests uitgevoerd. In de eerste test worden alle klinisch relevantie scenario's opgesteld en door de professionals voorzien van een uitkomst. Deze uitkomsten worden vergeleken met de uitkomsten van het beslismodel. De tweede is een technische test. Hierbij worden alle mogelijke combinaties van variabelen getest om te zorgen dat er geen onverwachte en ongewenste uitkomsten kunnen ontstaan.

Fase 4: Opstellen nieuwe/aangepaste protocol

Het beslismodel wordt als basis gebruikt om de tekst van het protocol aan te passen en goed te keuren door de betreffende commissie(s).

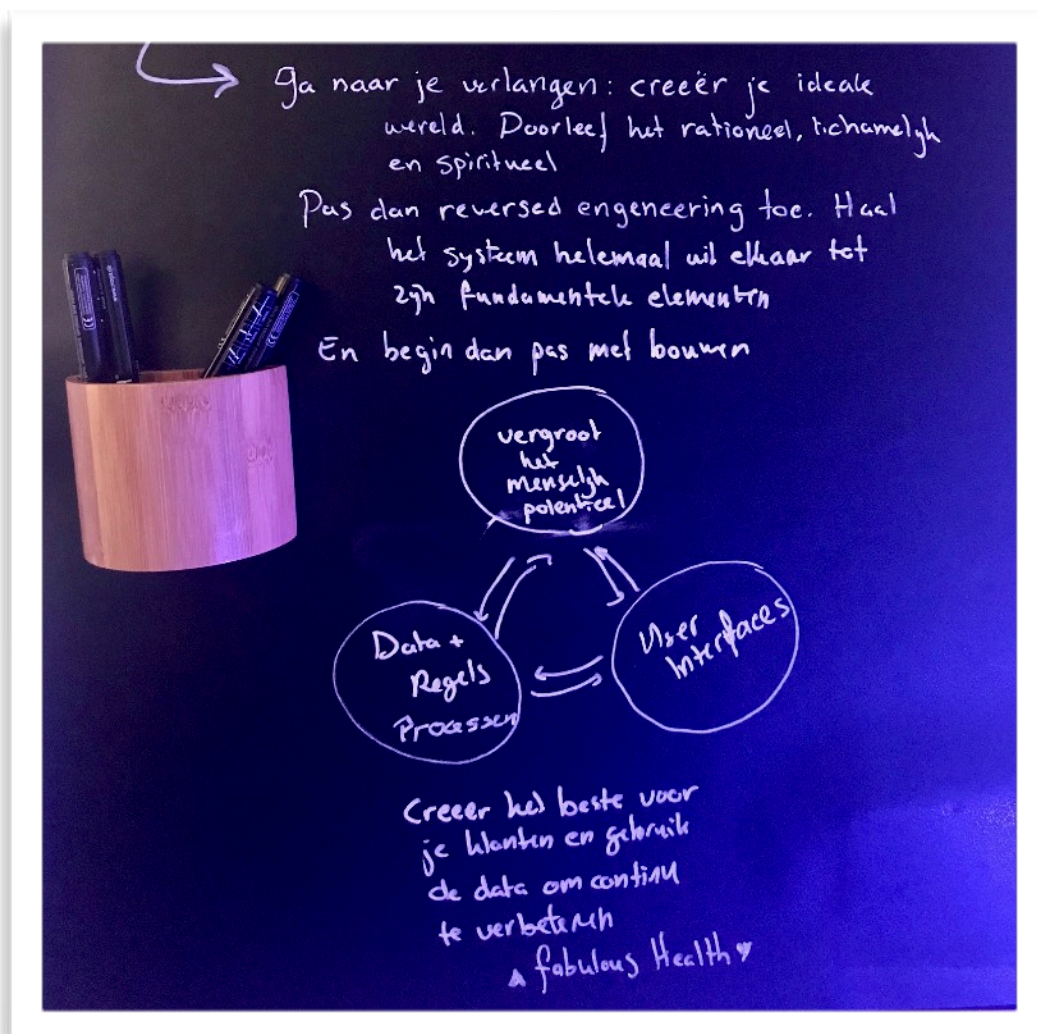
Fase 5: Technische uitrol

De beslisservices worden uit het model gegenereerd. Deze zijn via een API benaderbaar. Eventuele aansluiting om een front-end app of EPD wordt gerealiseerd. Voor een voorbeeld van het prototype op basis van het protocol “antistolling bij electieve ingrepen” zie: app.wearenot.com.

Gemiddeld duurt het 7 jaar voordat de kennis uit een nieuwe richtlijn ook door de meeste artsen gebruikt wordt. Met het gebruiken van beslisondersteuning kunnen we die tijd drastisch korter maken.

We are not Munnik & Tijssen

Wij, Fabian Tijssen en Popke Rein Munnik, hebben samen de basis gelegd voor de *We are not* beweging. *We are not* staat voor een verbetering van het zorgsysteem in Nederland van binnenuit en van buitenaf. Niet technologisch gericht, maar mensgericht door strategisch inzetten van ondersteunende technologie. We hebben een groot verlangen. Het duurzaam beter maken van de zorg. En om dat te bereiken gaan we grondig te werk.



Fabian is anesthesioloog en heeft vanuit zijn ervaring als manager en arts een unieke eerste hand inzicht in wat fundamenteel anders kan. Hij is een vrijdenker die oplossingen buiten de gebaande paden durft te zoeken.

Popke Rein is bestuurskundige en innovatie-expert en heeft veel ervaring met digitalisering en automatisering. Hij legt snel verbanden tussen mensen, vakgebieden en kennis. Uit die verbanden ontstaan nieuwe inzichten en innovaties. Hij is een pragmatische denker met een filosofische gevoelswereld. Buiten en in elk hokje voel hij zich thuis.

Denk en help mee om samen met ons de toekomst van de zorg nog beter te maken.

Is je interesse gewekt? Wil je weten hoe we dit met elkaar kunnen doen? Neem dan contact met ons op.

We are not *lost*

We zijn makkelijk te vinden. Bellen kan en mailen ook. We reageren zo snel mogelijk, maar omdat creativiteit en focus handelsmerken van ons zijn, zijn we ook wel eens periodes off-line. Dus reageren we niet meteen, geen nood we komen er later op terug.

Fabian Tijssen / 06 50 244 586 / fabian@wearenot.com

Popke Rein Munnikma / 06 55 131 085 / popke.rein@wearenot.com

www.wearenot.com

app.wearenot.com

**We are
not *Munnikma
& Tijssen***

www.wearenot.com | Proost de Beaufortstraat 22 | 6231 EB Meerssen
KvK 71943021 | BTW NL858915662B01 | Bank NL47 KNAB 0257 4777 99