

ICT & health

NL • NR.6 DECEMBER 2016

NFU e-Health
programma verkent
mogelijkheden
e-health

Simon Sinek:

**'Zorg gaat over inter-
menselijke relaties'**

Redactieraadleden
geven visie op
zorg in 2017

De nieuwe praktijk

Meneer Van Dalen wil niet wachten op antwoord

Saltro neemt het voortouw in de veranderende wereld van de eerstelijnsdiagnostiek door te innoveren. We spelen nadrukkelijk in op ontwikkelingen als zorg dicht bij de patiënt en meer zelfregie. Dat is volgens ons de nieuwe praktijk. We vernieuwen onze diensten samen met partners in en buiten de zorg om daar waar het kan de praktijk nog beter te maken.

www.saltro.nl/denieuwepraktijk





Coverstory Simon Sinek

'Onderschat niet het belang van de menselijke factor in de gezondheidszorg'

Werken in de zorg is nog steeds intermenselijk werk. We hebben soms de neiging om dit te vergeten. Maar feedback en luisteren zijn eigenschappen die wij niet weg moeten gooien.'

6



18

Evidence based healthcare

Binnen het NFU e-Health programma werken alle umc's projectgericht samenwerken waardoor voor het eerst op academisch niveau de mogelijkheden van e-Health verkend en benut gaan worden. Anneloek Rauwerdink, Niels H. Chavannes en Marlies P. Schijven leggen uit wat het programma behelst.



40

Anne-Miek Vroom: 'Betrek patiënt vanaf de start bij innovatietrajecten'

Anne-Miek Vroom vindt dat zorgverleners zich meer moeten realiseren dat patiënten echt graag willen bijdragen aan een betere zorg. 'Veel patiënten zijn serieuze gesprekspartners, daar hoeft je echt niet voor op je knieën te gaan.'



44

Hoe ziet de zorg er in 2017 uit?

Het jaar 2016 ligt bijna achter ons. Een aantal leden van onze redactieraad geeft hun beeld op de e-health in de zorg in 2017. Wat kunnen we verwachten van het komende jaar?

En verder

| | | | | | |
|--|----|--|----|---|----|
| Voorwoord Lucien Engelen | 5 | Ontspannen en leren loslaten met de Muse | 20 | Patient included: Geert-jan van Hal | 37 |
| Coverstory Simon Sinek | 6 | Bart Colet Start-Ups voor de zorg | 22 | ICT&health Experience | 38 |
| Usono maakt echo handsfree | 9 | Activiteiten e-healthweek 2017 | 27 | 'Betrek patiënt vanaf de start bij innovatietrajecten' | 40 |
| Visie op 2017: Vinood Mangroelal KPN | 11 | Cancerlingq doorbreekt grens 1 miljoen patiënten | 28 | Philips introduceert Illumeo, PerformanceBridge en IntelliSpace | 42 |
| Convenant veilige toepassing medische techniek | 12 | Wetenschappelijk nieuws Programma Patiëntparticipatie en e-health van Nictiz | 32 | Visie 2017: Hoe ziet de zorg er in 2017 uit? | 44 |
| Pantein standaardiseert communicatieomgeving | 14 | Visie 2017: bestuursvoorzitter Esther Talboom-Kamp | 35 | In het komende nummer/colofon | 46 |
| Patient included: Cindy Oudshoorn | 17 | | | | |
| Evidence based healthcare | 18 | | | | |



Het volledige pakket ICT&health voor slechts 168,- euro!

Of kies voor het digitale pakket voor 98,- euro.

ICT&health

Transforming Healthcare Through Technology

www.icthealth.nl/abbonement

Digitale zorg is van vandaag, niet van (over)morgen

De NASA gaf het deze week maar weer eens aan : klimaatverandering is écht het gevolg van het broeikas-effect. De mens dus. Desondanks is een er vaste groep die blijft ontkennen dat dit zo is, ondanks het feit dat slechts vier (1) van in totaal 69,406 wetenschappers ontkennen dat het écht de mens is, die klimaatverandering veroorzaakt.

Verder hadden we dit jaar ook Brexit. Als het “establishment” écht geluisterd had naar hun onderdanen, was de koude douche niet zo groot geweest. Over de wake-up call voor veel Amerikanen op 8 november zullen we het maar niet hebben. Dit alles heeft één gemeenschappelijke noemer: er staat een vorm van ontkenning centraal, het is zelfs negeren.

Impact, effect en behoefte digitale zorg

De overeenkomst met de zorg is hier dat de impact, effect en behoefte aan ‘digitale zorg’ ook vaak genegeerd en ontkent wordt. Argumenten zijn dan: wordt niet betaald, patiënten willen het niet en er is geen bewijs voor. Deze drie argumenten zijn (nogal) te nuanceren: meer en meer digitale zorg wordt betaald, 75% van de patiënten geeft aan hiervan graag gebruik te willen maken (maar het wordt niet aangeboden, zo blijkt uit de eHealth-monitor) en bewijs (zelfs van oplossingen die een paar jaar bestaan) begint zich wel degelijk te vormen. Zelfs professionals die in hun dagelijkse persoonlijke leven veelvuldig gebruik maken van digitale tools, passen diezelfde (veilige varianten) niet toe in hun eigen praktijk.

Vaak wordt dit soort initiatieven weggezet als: ‘het gaat niet om die leuke gadgets’ of “goed onderzoek is nodig”. Beiden zijn waar. De mogelijkheden die eruit voortkomen zijn het -gelet op de uitdaging waar we voor staan- het echter meer dan waard er proactief mee aan de slag te gaan. De Wereld Gezondheids Organisatie (WHO) startte een website om voorbeelden te verzamelen en deze een podium te geven. Dat geldt dus ook voor initiatieven uit landen waar ze niet veel geld hebben om te kunnen publiceren. Zij benaderen e-health met een open mond én als káns om dingen beter te kunnen maken, een half glas vol derhalve.

Het zou mooi zijn als we er in 2017 samen in slagen om met een kritische blik voortgang te boeken en de kloof tussen wat patiënten willen en professionals aanbieden te verkleinen. Zie ook mijn visiestuk op pagina 44.

@lucienengelen



Lucien Engelen
Voorzitter redactieraad





Simon Sinek:

'Onderschat niet het belang van de menselijke factor in de gezondheidszorg'

In 2011 sprak Simon Sinek op het door Radboudumc georganiseerde TEDx Maastricht, waar hij het publiek verraste met zijn visie op leiderschap. Sinek is vooral bekend om zijn concept van de Golden Circle (2009). Tegenwoordig leert hij leiders en organisaties hoe zij mensen kunnen inspireren. Dus we konden niet wachten om hem over de veranderingen en de toekomst van de gezondheidszorg te spreken. En ook dit keer verraste hij ons met zijn inzichten over leiderschap en menselijke relaties. 'Technologie maakt ons beter. Maar we moeten niet vergeten dat we in intermenselijke relaties moeten blijven onderhouden.'



DOOR LUCIEN ENGELEN EN YVONNE KEIJZERS

De veranderingen die we zien in de gezondheidszorg, niet alleen wat technologie betreft, maar ook leiderschap, zijn steeds meer ingebed in het curriculum in de gezondheidszorg. Ziet u dat leiderschap is veranderd, sinds uw toespraak op TEDx in Maastricht in 2011?

'Nou, om te beginnen: het is bijna gênant dat ik een carrière heb op dit punt. Het is duidelijk dat mensen nog niet blij en tevreden zijn met hun leidinggevend. Er lijkt momentum voor dit. Dus ja, ik zie veranderingen. Maar we hebben nog een hoop werk te doen. De meeste organisaties werken nog steeds zoals vanouds.'

Geldt dit ook voor de gezondheidszorg?

'Ik vrees dat ziekenhuizen het ergste voorbeeld van slecht leiderschap zijn. Zonder dat er slechte bedoelingen zijn overigens. Het klinkt misschien vreemd, maar te veel bestuurders en bestuursleden denken aan hun patiënten. Ze moeten nadenken over hun werknemers: de artsen en verpleegkundigen. Terwijl ze zouden moeten hun werk meer opvatten als een baan. Zij moeten managen. En uiteraard moeten op hun beurt, artsen en verpleegkundigen denken aan hun patiënten.'

De werkdruk in de ziekenhuizen is enorm. Natuurlijk heb ik ervaring met ziekenhuizen in

de Verenigde Staten, maar ik kan me voorstellen dat dit hetzelfde is in Nederland. Er zijn te veel toevallige ongelukken. Het zijn vaak eenvoudige fouten, zoals een grafiek die is op de verkeerde plaats is gelegd. Deze dingen gebeuren te vaak. In de VS alleen al zijn er ongeveer 250.000 van dergelijke ongevallen per jaar.

Ik heb zelf een trauma opgelopen van een recente ervaring. Een zeer, zeer goede vriendin had een miskraam. We reden met spoed naar het ziekenhuis, maar ze kreeg geen hulp totdat ze na een tijd een formulier had ondertekend. Ze mocht niet eens haar handen wassen die bedekt waren met bloed, voordat ze het formulier had ondertekend. Bovendien werd ze maar liefst vijf keer getest en werd ze door iemand gefeliciteerd met haar zwangerschap. Fout op fout op fout. En dit was gewoon een routine-proces. Niets bijzonders of gecompliceerd. Al met al, was ze 13 uur in het ziekenhuis. Het was verschrikkelijk.

Dus nee, is er geen probleem met diagnostiek of artsen, of interventies, maar er is een probleem met leiderschap. De leidinggevenden moeten het ziekenhuis leren zien als een bedrijf en het zodanig managen. Zij moeten het faciliteren dat artsen en verpleegkundigen hun patiënten naar behoren en op een humane manier kunnen behandelen.'

Het interessante is, dat we in de ziekenhuizen in Nederland patiënten steeds meer behandelen als partners.

We geven de patiënten keuzes en betekenis. Wat denk je daarvan?

'De omgang met patiënten is hier niet het punt. Het punt is: hebben de medewerkers het gevoel dat hun leidinggevend om hen geven? Het lijkt eng, maar dat is de vraag die we moeten stellen. Maar die discussie gaan we niet aan. Goede zorg aan patiënten is intrinsiek aan dit werk. Zoals we van een loodgieter verwachten dat hij zijn werk doet, zo moeten leidinggevend in de zorg, zorgen voor de mensen die werken in hun organisatie. Pas dan kunnen zij op hun beurt zorgen voor de patiënten.'

Mensen in de zorg worden ook ouder. De vergrijzing treedt in. We krijgen een jongere generatie aan boord. Hoe zit het met Millenials?

'Met deze generatie zijn een paar dingen aan de hand die we te veel negeren. Ten eerste hebben ze een heel andere opvoeding gehad dan oudere mensen. Ze zijn opgegroeid als kleine prinses en prinsessen. Als ze het op school niet goed doen, klagen hun ouders bij de leerkrachten. Maar zodra ze een baan hebben, kan dat niet langer. Dan moeten ze ineens voor zichzelf zorgen. En dat zijn ze niet gewend. Dus raken ze gestrest. ►



Ten tweede is er een enorme hoeveelheid technologie in hun leven, zoals mobiele telefoons en sociale media. En iedere keer als ze een melding ontvangen of een 'Like', wordt een beetje Dopamine vrijgegeven in hun hersenen. Zoals u weet is Dopamine verslavend. En let wel, we hebben het hier over kinderen. Er is geen leeftijdsbeperking bij het gebruik van een telefoon.

Dus dit is een zeer stressvolle tijd voor jongvolwassenen. Zie het als een verslaving aan alcohol, wanneer elke keer als je drinkt, je je beter gaat voelen. Hetzelfde gebeurt met telefoons en social media. De kinderen hebben online allemaal een geweldig leven, maar hun gevoel van eigenwaarde vertelt iets anders. Ze zijn zoals eendjes. Ze zien er aan de buitenkant gelukkig uit, maar niemand weet dat ze heel hard moeten trappelen om te blijven drijven.

Door deze technologieverslaving verandert hun relatie met andere mensen. We zien dus ook een stijgende lijn van jong-volwassenen met een depressie. Maar wij behandelen uitsluitend de symptomen. Het is alsof we een epidemie aan drugmisbruik zien, maar niets aan de oorzaak doen.

Dit kan een groot gezondheidsprobleem worden, waarmee de gezondheidszorg binnenkort te maken krijgt. Het is een tweeledig probleem: de gezondheidszorg krijgt dus allereerst te maken met de psychische problemen. Ten tweede moeten sociale vaardigheden echt voldoende aandacht krijgen in het curriculum. We moeten jongeren leren om te gaan met relaties in de echte wereld.

Er is nu al een groot probleem van burn-out artsen. Wat denk je daarvan?

'Ik denk dat steeds meer mensen zullen afhaken. Het heeft alles te maken met de kwaliteit van de gezondheidszorg. In het curriculum moet aandacht komen voor real-time conversaties en relatiebeheer. Jongeren hebben behoefte aan die ondersteuning en ze hebben echte gemeenschappen nodig.

De gezondheidszorg kan hen helpen door allereerst technologieverslaving op de agenda

te zetten. Daarnaast moeten artsen en verpleegkundigen sociale vaardigheden leren. We moeten benadrukken dat het nodig is om het gebruik van mobiele telefoons te minderen. Je merkt om je heen dat jongeren hier behoefte aan hebben. Ze vragen om hulp.

Dus ik zou willen dat artsen en verpleegkundigen met elkaar praten, in plaats van alleen aantekeningen naar elkaar te e-mailen. Want in een interpersoonlijke relatie ontstaan magische dingen. Dat gaat niet alleen om non-verbale communicatie. Alleen al door te praten over een probleem kunnen nieuwe ideeën ontstaan. Dat gebeurt niet als je zijn alleen beschikbaar bent via e-mail.

Jongvolwassenen moet dit leren en zich bewust zijn van deze vorm van communicatie. Ik kan niet genoeg benadrukken hoe belangrijk dit is.'

Goed punt, Simon. Denkt u dat mindfulness technieken helpen?

'Ja, de techniek is geweldig, maar de marketing van mindfulness verloopt helemaal verkeerd. Dit is een geweldige techniek voor het creëren van bewustzijn, van aanwezig zijn en zorgen voor focus. Maar we moeten een manier vinden om dit beter over het voetlicht te brengen. Nu willen mensen mindfulness niet, vanwege de connotatie die het heeft. De USP's van deze techniek moeten beter verkocht worden. En we moeten focussen op sociale omgang, teamwork en gevoel en hier met jongeren over praten.'

Terug naar uw boeken en de StartwithWhy. Ik heb een vraag van Raymo Klein, één van de oprichters van Layar: 'The golden circle begint met waarom. Maar moet het niet beginnen met wie?'

'Nee, die WIE is heel erg duidelijk. De Gouden Cirkel is gebaseerd op de menselijke besluitvorming. De WIE zit daarin opgenomen, het is er al. Waarom we dingen doen, wat we doen en hoe we dingen doen heeft allemaal betrekking op WIE. Zonder WIE is er niets.'

Dus, je begint altijd met Waarom. Is het voor een organisatie mogelijk om deze Waarom te veranderen in de loop van de tijd?

'Ik denk het niet, als je jouw Waarom eenmaal hebt vastgesteld, kun je dat niet veranderen. Maar je kunt wel de weg naar dit doel wijzigen. Laat ik een voorbeeld geven.

Er is gezondheidszorg en er is de zorg voor uw gezondheid. Het klinkt als een kleine verandering, maar is het niet. De manier om mensen gezond te krijgen is heel anders. Zorg voor de gezondheid biedt een breder pad om bij het waarom te komen. Dit is een belangrijke inzicht, want het is precies wat we nu ervaren in de gezondheidszorg.'

Kunt u ons, ter afronding van het interview, in het kort uw visie geven op technologie in de gezondheidszorg?

'Technologie maakt ons gezonder. Dat is echt opmerkelijk. Maar we moeten niet vergeten dat we in intermenselijke relaties verkeren. We moeten niet onderschatten wat de impact daarvan is. Als voorbeeld: wanneer een arts een patiënt behandelt die net een zwaar ongeluk heeft gehad, zal hij waarschijnlijk zeggen: 'Hij is een vechter, hij zal niet opgeven.' Die zin alleen kan deze patiënt echt helpen. We nemen vaak deze interpersoonlijke en sociale componenten voor lief, maar dat moet niet. Een arts of verpleegkundige met die een relatie kan opbouwen met een patiënt, levert betere zorg. Daar ben ik van overtuigd.

Werken in de zorg is nog steeds intermenselijk werk. En de meeste werknemers in de gezondheidszorg doen dit omdat ze anderen willen helpen. We hebben soms de neiging om dit te vergeten. Maar feedback en luisteren zijn eigenschappen die wij niet weg moeten gooien. ■

Publicaties en boeken van Simon Sinek et al:

- 2014. *Leiders Eten het laatste: Waarom sommige teams samen te voegen en anderen niet.* Portfolio Hardcover; 1e editie (7 januari 2014), ISBN-10: 1591845327, ISBN-13: 978-1591845324.
- 2011. *Waarom Ondernemers Liefde Steve Jobs.* Entrepreneur.com, opgehaald uit www.entrepreneur.com/article/220491.
- 2009. *Begin met waarom.* Ontvangen december, 5, 2012.
- 2009. *Hoe groot leiders inspireren actie.*
- 2009. *Begin met de reden waarom: Hoe grote leiders inspireren iedereen om actie te ondernemen.* Pinguin.

Simon Sinek (1973) behaalde een bachelor's degree (BA) in Culturele Antropologie aan de Brandeis University. Momenteel is hij professor aan de Columbia University, oprichter van SinekPartners (Corporate Heroriëntering) en auteur. Hij is vooral bekend voor het populariseren van het concept van de "Golden Circle" en "Start Met waarom". Simon Sinek is ook een medewerker van de RAND Corporation. Hij is bekend om vele citaten. Een aantal bekende citaten zijn: "If we were good at everything we would have no need for each other" en "The trick to balance is to not make sacrificing important things become the norm".

Usono maakt echo handsfree

De Eindhovense start-up Usono wil patiënten en onderzoekers beter inzicht geven door echografie slimmer in te zetten. Echografie is nog steeds sterk gebonden aan tijd en plaats. Het is bovendien zeer inspannend voor onderzoeker en patiënt en langdurig gebruik is dus niet echt mogelijk. Door de transducer stabiel en stevig te fixeren met de door Usono ontwikkelde Probefix wordt het gebruik van echografie verbeterd en vernieuwd.



DOOR JAN TACO TE GUSSINKLO

Voor zijn afstudeeronderzoek Biomedische Technologie aan de TU Eindhoven naar spierziekten op de afdeling Kindercardiologie in Utrecht ontwikkelde Benjamin Tchang speciale algoritmes om het Power Doppler signaal te analyseren. Daarmee is in theorie vaatdoorbloeding in skeletspieren te meten. Vooral de bloedvatconditie tijdens inspanning kan ons veel leren over spierziekten. Maar dat lukt alleen door de echo-apparatuur goed vast te maken aan het lichaam, wat niet makkelijk is. Tchang vroeg zijn hockey teamgenoot Victor



Donker om iets slims te bedenken. Samen met mede Industrial Designer Jori Verbeek gingen ze aan de slag met duct tape, lasersnijden van hout en 3D print om prototypes te maken. Dit opende de weg naar veel meer toepassingen. Een mooi voorbeeld van serendipiteit. Uiteindelijk studeerde Benjamin af in januari 2015. Dit was oorsprong van de nu snelgroeïende start-up Usono.

De ProbeFix is een modulaire oplossing om de echokop aan het lichaam te fixeren en is deels in samenwerking met VanBerlo ontwikkeld. Denk aan een toepassing in de cardiologie, tijdens inspanning stresstesten of de intensive care. Maar ook binnen de sportwereld en revalidatie dienen zich mogelijkheden aan.

Smart Ultrasound Solutions

Zoals medeoprichter Victor Donker aangeeft, is er voor zover bekend geen concurrent in de markt met een dergelijke Probefix. De belangstelling op de vakbeurs Medica, waar de start-up zich presenteerde in het Holland Pavilion, was groot en leidde tot meerdere vervolcontacten. Inmiddels heeft van alle geïnteresseerden al een zestal Nederlandse ziekenhuizen daadwerkelijk getekend voor de samenwerking om het product verder te ontwikkelen, waaronder Maxima Medisch Centrum in Eindhoven.

De belangstelling betreft steeds de afdeling cardiologie. Een klinische validatie is verder beslist noodzakelijk voor een nadere plaatsbepaling binnen het diagnostisch cardiologisch traject. Dat is ook een vereiste om tot reguliere financiering te komen.

Toekomstmogelijkheden

Via de onlangs ontwikkelde Lumify echotransducer is er rechtstreekse inbreng van Philips. De Lumify is in dit kader mijns inziens bijzonder interessant in deze combinatie, omdat dit echoapparaat als een echt draagbaar device is ontwikkeld met een USB-aansluiting naar een tablet. Ongetwijfeld zullen de Probefix ervaringen leiden tot nieuwe inzichten en toepassingen, maar ook verbeteringen. Zo wordt er momenteel ook gedacht aan een patch om de rol van de tube plakkerige contactgelei te kunnen overnemen. Op mijn vraag of een e-health ontwikkeling aanstaande is, is het antwoord nog ontkennend. Er is nog veel te doen, Usono richt zich eerst op stress echo en de intensive care unit, daarna zien ze nog vele andere mogelijkheden voor langdurig en dynamische echo's. Investeerders zijn in deze fase via crowdfunding platform Leapfunder uitgenodigd om deze ontwikkeling van deze start-up van nabij te kunnen blijven volgen. Zo kunnen zij een aandeel in een verondersteld succes nemen. ■

Screening volwassen patiënten met diabetes mellitus type 1 op coeliakie lijkt nodig



In Nederland lijden zo'n 100.000 mensen aan diabetes mellitus type 1 (T1DM). Studies laten zien dat 6% van de patiënten met T1DM coeliakie – glutenintolerantie – heeft. Dit komt neer op 6.000 patiënten, met klachten zoals hevige buikpijn en krampen. Echter, in Nederland weten duizenden patiënten met diabetes mellitus type 1 niet dat ze coeliakie hebben. MDL-arts in opleiding Sjoerd Bakker onderzocht de relatie tussen T1DM en coeliakie. Hij promoveerde op 8 december bij VUmc.

Coeliakie is een aandoening in de dunne darm die ontstaat na het eten van gluten, een eiwit uit tarwe, rogge en gerst. De behandeling hiervoor bestaat uit een glutenvrij dieet. Uit het onderzoek van Bakker bleek dat een derde van de patiënten die op volwassen leeftijd diabetes mellitus type 1 kregen, langdurig (meer dan 5 jaar) klachten van coeliakie hadden, vóórdat coeliakie werd gediagnosticeerd. Momenteel worden diabetespatiënten niet standaard gecontroleerd op coeliakie. Kinderartsen doen dat wel bij

insulineafhankelijke diabetes. Coeliakie zorgt voor een lagere kwaliteit van leven door coeliakie-gerelateerde klachten (buikpijn, diarree, moe) en heeft ook een groot effect op het sociale leven. Opvallend genoeg vond Bakker dat coeliakie geen effect had op de glucoseregulatie van T1DM-patiënten.

Vijfjaarlijkse screening

Coeliakie voldoet aan bijna alle internationale criteria voor screening: de ziekte komt vaak

voor, het is makkelijk te diagnosticeren middels antistoffen in het bloed en er is een behandeling mogelijk.

Gezien het feit dat de onderzochte patiënten langdurig klachten hadden adviseert Bakker om elke vijf jaar te screenen op coeliakie. 'Een eerdere diagnose van coeliakie zou deze patiënten enorm kunnen helpen' ■



DE
HARTSLAG
VAN UW ORGANISATIE
IS ONZE
ZORG
DE UNISERVER ZORGCLOUD

Overall, efficiënt en veilig werken en snel over belangrijke informatie beschikken, is essentieel binnen de zorg. Niet alleen nu, ook in de toekomst. Kennis, flexibiliteit en meedenken vinden wij als Nederlandse cloudprovider vanzelfsprekend. Met de Uniserver Zorgcloud focussen we samen met onze partners op de zorgbranche.

Uniserver zorgt voor de beste cloudinfrastructuur met hoge beschikbaarheid, onze partners leveren de gewenste zorgapplicaties. Samen bouwen we een op maat gemaakte IT-oplossing zodat uw organisatie optimaal kan presteren.

Vraag onze folder aan of neem direct contact op! Ga naar www.uniserver.nl/healthcare of bel onze zorgspecialist via telefoonnummer 072 572 56 46

 **uniserver**
De nederlandse cloudprovider



Werk maken van digitale zorg

De zorg digitaliseert in rap tempo. In 2017 zal die trend zich uiteraard doorzetten. Maar wat zijn hiervan dan de gevolgen? En welke specifieke ontwikkelingen doen zich komend jaar voor? Vinood Mangroelal, Director Sales Healthcare bij KPN, geeft zijn visie op zorg en ICT in 2017.



DOOR TESSY VAN ROSSUM

Digitalisering. Dat is in 2017 – en daarna! – de grote trend in de zorg. Die digitalisering zet door op drie thema's, zo stelt Vinood Mangroelal. 'Ten eerste verwacht ik dat de zorgketen informatie veel intensiever digitaal gaat delen, waarbij veiligheid en privacy centraal staan. Dit wordt mede geïntensiveerd door een brief die minister Schippers van Volksgezondheid dit jaar aan de Tweede Kamer heeft gestuurd. Daarin staat dat de informatie-uitwisseling in de zorg gestimuleerd en versneld moet worden. Patiënten moeten bijvoorbeeld gemakkelijker toegang krijgen tot hun zorgdossier. Ik verwacht dan ook dat zorgorganisaties hier in 2017 – samen met de markt – echt werk van gaan maken.'

Hogere eisen

Mangroelal voorziet daarnaast dat zorgprocessen – met hulp van ICT – verder worden geoptimaliseerd. 'Relevante innovaties vinden steeds sneller hun weg naar zorgprofessionals. Het is dus van belang dat zorginstellingen een omgeving creëren, waarin ze nieuwe technologieën snel kunnen invoeren. Dit betekent dat zorginstellingen steeds hogere eisen gaan stellen aan hun ICT-infrastructuur.



Soms heeft dit tot gevolg dat ze (een deel van) die infrastructuur buiten hun organisatie beleggen – outsourcing dus. Met name care-organisaties hebben hier de afgelopen jaren al de nodige stappen in gezet. Ik ga ervan uit dat deze trend zich in 2017 ook gaat voordoen bij ziekenhuizen. Ik verwacht ook dat dit leidt tot allerlei nieuwe samenwerkingsverbanden. Ziekenhuizen zullen bijvoorbeeld samen gaan werken om hun ICT gemakkelijker buiten de deur te kunnen beleggen.'

Zelfstandig

Een derde grote trend is dat zorg zich nog veel meer verplaatst van ziekenhuizen of verpleeginstellingen naar de patiënt thuis. 'Patiënten blijven tegenwoordig na een operatie niet nog weken in het ziekenhuis liggen,' stelt Mangroelal. 'Zodra het enigszins kan, mogen ze naar huis. De kosten om langer in het ziekenhuis te verblijven, zijn niet meer te verantwoorden. Patiënten willen ook zelf graag sneller weer hun normale leven oppakken. Daarnaast blijven mensen als gevolg van de Wet langdurige zorg sowieso langer zelfstandig thuis wonen. Dankzij ICT is er ook veel meer mogelijk.'

Mangroelal is er dan ook van overtuigd dat digitale zorg in de thuissituatie in 2017 een nog grotere vlucht gaat nemen. 'Verzekeraars zijn afgelopen jaar bijvoorbeeld begonnen met het vergoeden van verschillende e-Health-oplossingen. Het feit dat zij hier nu achter gaan staan is echt een enorme stimulans.'

Data-uitwisseling

De toenemende invloed van gezondheidsapps en wearables hangt hier ook mee samen. Volgens Mangroelal worden gezondheidsapps en wearables steeds professioneler. 'Het zijn niet meer de simpele stappentellers waarmee het allemaal begon. Wearables genereren echt enorm veel data over iemands gezondheid. De volgende stap – en die gaan we in 2017 echt zetten – is dat die informatie gebruikt gaat worden. Niet alleen door de drager van de wearable. Maar ook door zijn huisarts of specialist in het ziekenhuis. Je ziet in de markt al enkele initiatieven op dit vlak. Ik ga er dan ook vanuit dat deze vorm van data-uitwisseling – waar de patiënt echt de regievoerder is over de data – de toekomst heeft.' ■



DOOR MR. DR. LUK ARENDS EN MR. ERNST-JAN VAN DE PAS

Convenant veilige toepassing medische techniek

“Een veilig medisch hulpmiddel in handen van een getrainde gebruiker in een zorgomgeving die veilig gebruik kan garanderen”. Dat is de pakkende samenvatting op het kaft van de tweede versie van het Convenant Veilige toepassing van medische technologie in de medisch specialistische zorg (“het Convenant”) van de NVZA, de NFU, nauwe samenwerking met vertegenwoordigers uit het veld: Orde van Medisch Specialisten (Orde), Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ), Nederlandse Vereniging voor Klinische Fysica (NVKF). Dit nieuwe Convenant is in augustus 2016 gepubliceerd en vervangt de versie uit 2011. Ziekenhuizen dienen voortaan de tweede versie van deze veldnorm bij hun veiligheidsbeleid. Uit een steekproef van de IGZ in 2013 en in 2015 bleek dat de implementatie van de eerste versie van het Convenant bij de onderzochte ziekenhuizen nog niet overal met de grootste voortvarendheid werd doorgevoerd, dat procedures ontbraken. Ook kwam het voor dat er wel procedures waren geïmplementeerd maar dat die op de werkvloer niet of onvoldoende bekend waren. In vervolg daarop heeft de IGZ in 2015 gesteld dat het Convenant (de eerste versie althans) uiterlijk per 1 januari 2016 volledig en adequaat geïmplementeerd moest zijn. Hoe groot zijn de verschillen met de vorige? Wat is eigenlijk de juridische status van deze “veldnorm”?

Het Convenant Veilige toepassing van medische technologie gaat over de kwaliteit en veiligheid in algemene zin, wat onder de Wkkgz valt. Daarnaast heeft het Convenant betrekking op de veiligheid en kwaliteit van het medisch hulpmiddel zelf, waarop de Wet op de medische hulpmiddelen (Wmh) van toepassing is. Het Convenant is op zichzelf geen algemeen verbindend voorschrift, maar is wel een zogeheten veldnorm. Veldnormen zijn geschreven of ongeschreven normen die door het

veld breed erkend zijn, waardoor de inspectie ze kan gebruiken bij de toetsing of zorginstellingen goede zorg verlenen in de zin van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). De inspectie kan ook handhavend optreden als een zorginstelling die niet naleeft. Het Convenant heeft daardoor een bindend karakter.

Het Convenant gaat verder over ‘medische technologie’. Wat dit begrip inhoudt, legt het Convenant niet uit. Duidelijk is wel dat het meer is

dan alleen een medisch hulpmiddel op grond van de Wmh. Dit betekent dat daar waar getwijfeld wordt over de toepasselijkheid van dit convenant je er zekerheidshalve vanuit zou moeten gaan dat het van toepassing is op technieken die in een medisch context worden toegepast. Dit laatste speelt vaak bij software. Niet alle software die wordt toegepast binnen een ziekenhuis zal namelijk kwalificeren als een medisch hulpmiddel. Software kan net als apparaten en instrumenten een medisch hulpmiddel zijn als die door de fabrikant speciaal is bestemd

om te worden gebruikt voor diagnostische of therapeutische doeleinden, en door de fabrikant ontwikkeld om bij de mens te worden aangewend voor (onder andere) diagnose, preventie, bewaking, behandeling of verlichting van ziekten. Dit is in de praktijk een lastige definitie. Een Elektronisch Voorschrijf Systeem (EVS) kwalificeert op grond hiervan al snel als medisch hulpmiddel.

Maar of de huidige generatie EPD's ook altijd als hulpmiddel kwalificeren, hangt af van de toepassingsmogelijkheden. Daar waar het EPD slechts een registratiemiddel is, is het voor discussie vatbaar of het EPD als medisch hulpmiddel moet worden beschouwd, maar daar waar een EPD de arts of specialist daadwerkelijk gaat ondersteunen bij de besluitvorming, zou dit snel anders kunnen zijn.

Het Convenant richt zich op de gehele levenscyclus van medische technologie binnen de instelling van de me-disch specialistische zorg en onderscheidt drie fasen:

- A. Invoeringsfase: gaat over het opstellen, implementeren en naleven van heldere procedures over het verkrijgen, bestellen, geleverd krijgen van medische hulpmiddelen, het opleiden en trainen van personeel voordat het hulpmiddel in gebruik wordt genomen en de acceptatie van zowel van hulpmiddel zelf (voldoet het aan de eisen van de instelling) en past het binnen de infrastructuur IT-omgeving en de implementatie van een medisch hulpmiddel
- B. Gebruiksfase: gaat over het toepassen en onderhoud van medische hulpmiddelen. Hierbij gaat het (onder meer) om het aanhouden van een, het hebben van procedures voor reiniging, desinfectie, opslag, het gebruik van hulpmiddelen bij klinische studies, alsook procedures voor gevaar meldingen en incidenten bij de toepassing van hulpmiddelen, procedures voor aantoonbare bekwaamheid van gebruikers, etc. Het gaat daarnaast ook over aantoonbare bevoegdheid en bekwaamheid van interne en externe technici om zelfstandig onderhoud en modificaties te kunnen verrichten, hetgeen indirect dus eisen stelt aan de bekwaamheid van (medewerkers van) een leverancier.
- C. Afstotingsfase: gaat over het implementeren van procedures waaruit zeker gesteld kan worden dat medische hulpmiddelen fysiek zullen worden verwijderd van de werkplek en dat er een adequate administratie wordt bijgehouden.

Als een ziekenhuis een procedure heeft vastgesteld, mag het daarvan alleen van afwijken als de raad van bestuur daartoe een besluit neemt. Deze dient zich alvorens een besluit te nemen, eerst te laten adviseren door een ter zake deskundige functionaris.

Verschillen tussen versie 2.0 en 1.0

De verschillen tussen versie 2 en versie 1 zijn niet heel groot. Aan de structuur van de eerste versie en van het gros van de inhoud is niets veranderd. Een aantal artikelen is verduidelijkt en er is meer achtergrondinformatie toegevoegd die helpen bepalen hoe open normen ("er zal een procedure zijn...") moeten worden ingekleurd. Wij bespreken enkele veranderingen die illustratief zijn of juist aanleiding geven voor verdere reflectie.

- **Eindverantwoordelijkheid bij RvB verduidelijkt:** Het aangewezen lid binnen de raad van bestuur moet ervoor zorgen dat de verantwoordelijkheden en bevoegdheden niet alleen zijn benoemd, gedefinieerd en gedocumenteerd, maar ook goed worden gecommuniceerd in de zorginstelling.
- **Betere communicatie:** op meerdere plaatsen in het Convenant is er aandacht voor communicatie en wordt verduidelijkt dat eenmaal ingerichte procedures ook moeten worden kenbaar gemaakt en toegelicht binnen de zorginstelling. Dit sluit goed aan bij de eerdere kritiek van de IGZ dat procedures onvoldoende bekend waren in organisaties.
- **Risicogestuurde dossiers:** nog meer dan in de eerste versie wordt benadrukt dat bij de aanschaf van een medisch hulpmiddel een risicogestuurd dossier moet worden gevormd. Dit houdt in dat de mate waarin het dossier wordt opgebouwd afhankelijk is van de risico's tijdens het toekomstig gebruik. Dit betekent in ieder geval dat er een gedegen risico analyse moet worden verricht. Daarnaast moet uiteraard ook iets met dit risico's worden gedaan.
- **Programma van eisen toegevoegd aan dossier:** minimaal moet in het dossier zitten: de noodzaak van de verwerving, een risicoanalyse, de bekwaamheids-eisen met bijbehorende scholing van de toekomstige gebruikers en technici, evenals een periodiek evaluatieplan. Nieuw is dat ook een programma van eisen van de zorginstelling moet worden toegevoegd. Dit is niet alleen van belang voor de latere (acceptatie)tests, maar betekent ook dat de zorginstelling zelf moet weten wat ze nodig heeft en dus niet zonder meer kan leunen op de expertise van de leverancier.
- **Oog voor cybersecurity:** een medisch hulpmiddel dat wordt verbonden aan een IT-netwerk is kwetsbaar voor zowel gerichte als ongerichte aanvallen. Het aspect "cybersecurity" dient in voorkomend geval in de risicoanalyse te worden opgenomen.

Wat als een zorginstelling niet aan het Convenant voldoet?

Zoals hiervoor al werd uitgelegd is het Convenant een zogeheten veldnorm. Dat brengt mee dat de inspectie bij een algemeen of een specifiek bezoek kan nagaan in hoeverre een instelling het Convenant naleeft. Indien dit niet het geval is, zal zij verbetermaatregelen kunnen opleggen. Worden die niet of niet tijdig opgevolgd dan kan dit - afhankelijk van de geconstateerde risico's - leiden tot sancties zoals verscherpt toezicht, of zelfs het opleggen van een last onder dwangsom. Indien er sprake is van een situatie die voor de veiligheid van cliënten of de zorg een ernstige bedreiging kan betekenen, of het belang van goede zorg anderszins daaraan redelijkerwijs in de weg staat, moet de inspectie zelfs handhavend optreden. Instellingen doen er daarom goed aan serieus werk te maken van de implementatie van het Convenant.

Tot slot

Het Convenant bevat dus een aantal minimumvoorschriften. Het is niet zo dat een zorginstelling na het bestuderen van het Convenant precies weet wat er op detailniveau van haar verlangd wordt. Maar dat is eigenlijk een groot voordeel. Door de open normen (er moet een procedure zijn voor X) hebben zorginstellingen immers volop ruimte om eigen procedures te ontwikkelen die het beste bij passen bij de eigen organisatie. Uiteraard is het belangrijk om hier serieus mee om te gaan, niet alleen omdat de IGZ anders handhavend kan/zal optreden, maar bovenal omdat het hier gaat om procedures die de patiëntveiligheid direct kunnen raken.

Daarnaast is goed om je te beseffen dat de gestelde (open) normen niet alleen intern doorwerken. Op tal van onderwerpen zullen er ook afspraken met leveranciers moeten worden gemaakt (denk aan het programma van eisen als centraal toetsingsmiddel van wat er geleverd moet worden, denk aan een opleidingsplan, testplan, onderhoudsplan). Het enkel van toepassing verklaren van het Convenant of in de garanties laten opnemen dat de leverancier voldoet aan het Convenant, is in dit kader te kort door de bocht. Bij het opstellen van contracten zal er dus rekening mee moeten worden gehouden dat deze voldoen aan de eigen opgestelde procedures voor toepassing van medische technologieën binnen de organisatie, zowel dus voor contracten voor medische apparatuur als voor software die in de zorg gebruikt worden. ■

mr. dr. Luuk Arends is advocaat bij de sectie gezondheidszorg van Dirkzwager advocaten & notarissen.
mr. Ernst-Jan van de Pas is advocaat bij de sectie IE/ICT van Dirkzwager advocaten & notarissen.

Pantein standaardiseert communicatie- omgeving op basis van Zetacom Zorgconcept

In de afgelopen twee edities gaf Dick Dompeling aan wat de visie van Zetacom is over implementatie van zorgsystemen. In deze uitgave vertelt zorgorganisatie Pantein hoe zij kosten bespaart en kwaliteit van zorg verbetert door middel van standaardisatie en integratie van verschillende zorgcommunicatiesystemen.

Pantein is een veelzijdige zorgorganisatie in het oosten van Brabant. Met één ziekenhuis, tien verpleeghuizen, thuiszorg en kraamzorg levert zij zorg van de wieg tot aan het graf. Een goede integratie van al deze verschillende zorgonderdelen is een van de speerpunten. Daar hoort ook een geïntegreerde communicatie-infrastructuur bij, vindt Adviseur Zorgvastgoed Arie Mennen. Hij is hoofdzakelijk verantwoordelijk voor de tien V&V-locaties in Boxmeer, Cuijk, Gennep, Haps en Mill en werkt nauw samen met de ICT-afdeling in het Servicebedrijf, die diensten levert aan de gehele organisatie.

Vertaalslag van zorg naar techniek

“Mijn rol is het maken van de vertaalslag van zorg naar de architecten die plannen maken voor nieuwbouw”, verduidelijkt hij. Een rol die in 2007 in het leven is geroepen omdat Pantein er wel achter was dat maar weinig architecten, aannemers en installateurs een idee hadden van de behoeften van verpleeg- en verzorgingshuizen. “Voor iets simpels als een verpleeghuis zonder



DOOR MIRJAM HULSEBOS



dorpels moet je echt vechten. We zetten het duidelijk in het bestek, maar toch zie je op vrijwel iedere tekening dorpels verschijnen. En als ze niet staan ingetekend op de plannen, dan moet je tijdens de bouw nog opletten of een aannemer niet toch stiekem een dorpel plaatst om een klein hoogteverschil te overbruggen.”

Dit voorbeeld van de dorpels kan eenvoudig worden doorvertaald naar domotica en zorgcommunicatie: vaste en mobiele telefonie, wifi, het verpleegoproepsysteem. “De meeste leveranciers hebben geen idee van de specifieke eisen en wensen die een verpleeghuis of verzorgingshuis heeft. Ze roepen allemaal dat ze gebruikmaken van open standaarden, maar als puntje bij paaltje komt dan integreren de systemen toch niet goed. Dan blijken de koppelingen bijvoorbeeld opeens niet meer te werken als een van de systemen een upgrade krijgt. Dit blijft je achtervolgen totdat het systeem is afgeschreven. Je wilt niet weten hoeveel irritatie dat veroorzaakt op de werkvloer. Om maar niet te spreken over

het omslachtige beheer als je allemaal losse systemen moet onderhouden.”

Verder denken dan vandaag

Mennen kwam in 2007 in dienst. Zijn eerste grote project was de nieuwbouw van De Orangerie in Boxmeer. Hij wist vanuit zijn eerdere werkomgevingen wel hoe belangrijk het is dat verschillende systemen goed integreren, ook al had hij zelf op dat moment nog geen ervaring in de zorg. Hij zocht daarom naar een system integrator die juist die zorgmarkt wél goed kende. Stichting Thuiszorg Brabant Noord-Oost deed al zaken met Zetacom en was heel tevreden over de dienstverlening. Reden om hen uit te nodigen om ook eens te komen praten over verpleeg- en verzorgingshuizen.

Mennen herinnert zich: “Toen wij met Zetacom in gesprek raakten merkten we direct dat zij wisten waar ze het over hadden. Wij wilden telefonie koppelen met het verpleegoproepsysteem waar wij destijds mee werkten, want dat was nog niet afgeschreven. Maar we wilden ook kijken naar

betere integratie tussen het verpleegoproepsysteem en telefonie in de toekomst. Zetacom had daar goede ideeën over en heeft ons verderop in het traject ook uitstekend begeleid bij de migratie.”

Eén standaard voor de hele organisatie

Het belangrijkste advies van Zetacom, dat naadloos aansloot bij de ideeën van Mennen was: standaardiseer de omgeving op alle locaties, want alleen dan hou je het overzicht en kun je ervoor zorgen dat de systemen ook echt op elkaar aansluiten. De standaardomgeving bestaat bij Pantein uit een Mitel telefooncentrale en een verpleegoproepsysteem en draadloze telefoontoestellen van Ascom, die zowel voor spraak als datacommunicatie worden gebruikt.

Werken met een standaardoplossing betekent volgens Mennen overigens allermindst dat je jezelf in een keurslijf dwingt. “Juist niet”, roept hij. “Door de omgeving op alle locaties te standaardiseren verhoog je juist de flexibiliteit. Je kunt de oplossing namelijk helemaal op maat configureren. Omdat je van tevoren weet dat de oplossingen goed met elkaar samenwerken, ook als het ene systeem net een upgrade heeft gehad, kun je op ieder moment wijzigingen in de configuratie aanbrengen. En omdat dat op een gestandaardiseerde manier gebeurt kost dat weinig tijd. Medewerkers zijn immers vertrouwd met het systeem.”

De complete omgeving is dubbel uitgevoerd. Een VPN verbindt alle verpleeg- en verzorgingshuizen en het Maasziekenhuis Pantein. Iedere locatie maakt gebruik van de telefooncentrale in de Main Equipment Room (MER) van het ziekenhuis. Valt die onverhoopt uit, of valt de verbinding tussen locatie en het ziekenhuis uit, dan kunnen de locaties terugvallen op een lokale telefooncentrale. Voor het verpleegoproepsysteem geldt hetzelfde.

Infrastructuur van verhuurder, hard- en software in eigen beheer

Vanaf 2008 heeft Pantein fors geïnvesteerd in nieuwbouw. Er zijn maar liefst zeven nieuwe locaties gebouwd. Alle nieuwe locaties maken gebruik van het Zetacom Zorgconcept. “Doordat we met een standaardsysteem werken leren we veel van eerdere implementaties. Je neemt eerdere ervaringen immers mee, inmiddels weten we precies wat wel en niet werkt.”

Dat is een groot voordeel nu Pantein steeds vaker de panden huurt van een belegger of woningbouwcorporatie. Mennen: “Met hen maken we de afspraak: de fysieke infrastructuur hoort bij het pand en is van jullie. De hard- en software regelen wij zelf. We geven de verhuurder richtlijnen voor de infrastructuur, maar we merken dat dat niet altijd goed wordt doorvertaald in de plannen. Daarom controleren we voor en tijdens de bouw goed of de infrastructuur wordt

aangelegd volgens onze wensen. Omdat wij in ons concept gebruikmaken van Voice over Wifi is het immers heel belangrijk dat de wifidekking tot in iedere uithoek van een pand geregeld is. Een investeerder of woningbouwcorporatie let daar niet op, zij hebben geen idee van het belang van 100 procent dekking. Daarom houden wij de regie op dat onderdeel van de bouw, ook al zijn wij niet de eigenaar van de infrastructuur.”

Leereffect

Door altijd vanuit hetzelfde concept te werken is er veel leereffect, ook op het gebied van functionaliteit. Mennen lacht. “Toen ik in 2007 binnen kwam, riepen verschillende mensen: we willen domotica. Toen ik vroeg wat ze daarmee bedoelden bleek dat iedereen er wat anders onder verstond. En dat is ook wel logisch, domotica is niets meer of minder dan het automatiseren van elektrotechnische installaties. Daar hebben we er nogal wat van: het verpleegoproepsysteem, de brandmeldinstallatie, wifi, telefonie, toegangsverlening. In onze standaardomgeving hebben we meegenomen dat we optimaal gebruik kunnen maken van domotica op een geïntegreerde manier. En hoe we dat vervolgens inzetten verschilt per situatie. Bij een groep cliënten die dementeren heb je nu eenmaal andere oplossingen nodig dan bij mensen met een somatische aandoening.”

Helaas heeft Pantein zo af en toe ook leergeld betaald door in zee te gaan met leveranciers van elektrotechnische installaties die zeiden dat ze konden koppelen met de Mitel/Ascom-omgeving, maar wat in de praktijk toch bleek tegen te vallen. Mennen: “Het lastige is dat je onze situatie op een gesimplificeerde manier best kunt nabootsen in een demoruimte en dan lijkt het allemaal te werken. Maar in de praktijk is de situatie heel complex. Die complexiteit kun je niet nabootsen, je kunt het dus niet vooraf testen. En dan blijkt achteraf toch dat leveranciers teveel beloven.”

Advies

Op basis van zijn ervaringen geeft Mennen andere zorgorganisaties dan ook graag een

advies: “Werk met één system integrator die aantoonbare ervaring heeft in de zorg. Als je met meerdere partijen werkt, dan gaan ze naar elkaar wijzen als iets niet werkt.”

Een ander advies is om flexibiliteit als belangrijk uitgangspunt te nemen. “Hoe makkelijker je een systeem op maat van een cliënt kunt configureren, hoe beter het is. Je moet eenvoudig functionaliteit kunnen toevoegen als een cliënt zwaardere zorg nodig heeft. Die instellingen moet je per woning kunnen regelen en dat moet eenvoudig te doen zijn, want anders heb je misschien technisch wel de mogelijkheid maar gebeurt het niet omdat het proces er omheen te complex is”, zegt Mennen.

In al deze vraagstukken is Zetacom altijd opgetreden als sparring partner. “We werken nu al acht jaar samen en nog altijd op een prettige manier. We hebben dezelfde visie en die is: de kost gaat voor de baat uit. Als we bijvoorbeeld een nieuw pand bouwen, dan betrekken we Zetacom vanaf het begin. Daardoor maken ze in de plannenmaakfase best veel uren, maar dat verdienen we ruimschoots terug doordat de implementatie daarna soepel verloopt. En voor de investeringen in hard- en software geldt hetzelfde: we bezuinigen bijvoorbeeld niet op wifi bandbreedte omdat we weten hoeveel ergernis het opwekt als het netwerk overbelast is. Al onze verpleegkundigen, verzorgenden en behandelaren werken immers op een iPad.”

Dat zo'n aanpak zich vanzelf terugbetaalt laat Pantein in de dagelijkse praktijk zien. “Het onderhoud en beheer van de omgeving is minimaal, zeker als je dat vergelijkt met vroeger toen we tien verschillende telefooncentrales hadden. En belangrijker: we hebben nauwelijks storingen. Het werkt gewoon. Uiteindelijk is dat het allerbelangrijkste. Het doel is immers om de kwaliteit van zorg te verbeteren. En daar slagen wij zeker in.” ■

Wat is het Zetacom Zorgconcept?

Het Zetacom Zorgconcept bestaat uit vier basisonderdelen, die samen het fundament vormen:

- spraakcommunicatie (telefonie)
- zorgcommunicatie (onder meer verpleegoproepsysteem en alarmering)
- datacommunicatie (onder meer toegang tot het ECD)
- de bijbehorende vaste en draadloze infrastructuur.

Bovenop deze basis kunnen diensten worden toegevoegd zoals videocommunicatie, camerabewaking, persoonsbeveiliging, locatiebepaling (bijvoorbeeld dwaaldetectie), zorgdomotica, geavanceerde alarmeringen en bewonerswifi. Op die manier is de omgeving volledig op maat in te richten.

Het Zetacom Zorgconcept wordt in 2016 uitgebreid tot Zetacom Zorg^{Totaal}. Nieuw in Zetacom Zorg^{Totaal} is gespecialiseerde dienstverlening, met onder andere de certificering van zorgmedewerkers en een continue begeleiding van zorgmedewerkers. Tevens komt de dienst beschikbaar als cloud- en pay-per-use-model.



KPN Werkplek voor de Zorg

Flexibel werken zonder zorgen

Altijd en overal toegang tot uw zorginformatie-systemen en applicaties? Het kan dankzij de KPN Werkplek voor de Zorg.

Het werk van zorgverleners is flexibel en divers. Daarom wordt er in de gezondheidszorg steeds vaker gewerkt op virtuele werkplekken. En dankzij de komst van draagbare apparaten in ziekenhuizen, bij zorggroepen en eerstelijnszorgprofessionals, is het opvragen van patiëntinformatie niet langer gebonden aan een computer of kantoor.

Bij deze manier van werken is goede en veilige ICT essentieel, voor patiënt en personeel. KPN biedt daarom de KPN Werkplek, een digitale plaats waar

mensen, informatie en middelen veilig met elkaar worden verbonden. Niet alleen op uw werklocatie, maar ook thuis en onderweg. Met uw laptop, tablet of smartphone hebt u snel en gemakkelijk toegang tot uw persoonlijke werkplek op de centrale server in een veilig datacenter. Hier vindt u uw eigen bestanden en patiëntgegevens en alle applicaties die u nodig heeft. Zo kunt u de beste zorg bieden. Met de KPN Werkplek kunt u als zorgverlener altijd, overal en met elk device werken.

Wilt u weten wat de KPN Werkplek voor de Zorg voor u kan betekenen?

Kijk op kpn.com/werkplekzorg voor meer informatie of stuur een e-mail naar zorg@kpn.com.



‘Nu nog een melding wanneer het tijd is voor nieuwe medicijnen’

Eerst vroeg ik mijn herhaalrecepten telefonisch aan bij de doktersassistente. Een aantal jaar geleden via een antwoordapparaat en nu dus online. Een goede verbetering, want de kans dat je fouten maakt of iets vergeet bij het aanvragen van je medicijnen is hierdoor vrij klein.

“Vroeger gaf ik mijn herhaalrecepten telefonisch door aan de doktersassistente. Hierdoor was ik gebonden aan reguliere werktijden: van 9.00 tot 17.00 uur. Niet eerder, niet later. Een aantal jaren geleden werd de doktersassistente vervangen door een antwoordapparaat. Hierop kon je op elk moment van de dag je recept inspreken.”

“Superhandig, maar tegelijkertijd voelde het een beetje tegennatuurlijk. Je spreekt tegen een blinde muur, die niet reageert. En dat is best lastig als je een gezellige kletskaus bent. In het begin sprak ik mijn herhaalrecept hortend en stotend in. Later ging het beter, een kwestie van wennen. Feit blijft wel dat als je je herhaalrecept telefonisch doorgeeft via een antwoordapparaat,

de kans bestaat dat je bepaalde informatie vergeet. Als je online je recepten aanvraagt, is die kans kleiner.”

Via website huisartsenpraktijk

“Dat doe ik nu sinds 2013 via de website van mijn huisartsen. Zij zijn altijd al voorlopers geweest in de ontwikkelingen op het gebied van digitale zorg. Je logt in op de website van de huisartsenpraktijk, waarna je in een overzicht kunt aangeven welk medicijn je opnieuw wilt bestellen. In een open veld kun je extra informatie of vragen toevoegen. De bestelling komt gelijk bij de huisarts terecht. De eerstvolgende werkdag ontvang je een bevestiging per mail waarin staat wanneer je de medicijnen bij de apotheek kunt ophalen.”

“Zo'n bevestiging vind ik heel fijn. Je weet dat de huisarts je bestelling heeft gezien en heeft doorgestuurd naar de apotheek. Bij het bestellen via een antwoordapparaat weet je toch niet zeker of je bestelling goed is aangekomen. Dat merk je pas als je bij de apotheek staat om je medicijnen op te halen.”

Apps getest

“Ik heb een aantal jaar geleden meegedaan aan een e-healthproject van Patiëntenfederatie Nederland. Samen met twee anderen ging ik op ontdekkingstocht in de wondere wereld van digitale zorg en testte verschillende apps, waaronder apps om medicijnen aan te vragen.”

“Over de meeste apps was ik tevreden. Ze werkten heel intuïtief en hadden mooie extra's, zoals een melding als het weer tijd was om medicijnen te bestellen. Deze functie zou ik graag ook op de website van mijn huisarts hebben. Of dat je bijvoorbeeld in kan stellen om de hoeveel tijd je weer medicijnen nodig hebt. Het meest handige is als dat bericht meteen rechtstreeks naar de huisarts wordt gestuurd, zodat hij gelijk de medicijnen kan bestellen. Je hoeft dan helemaal niks meer te doen.”

Thuis én in de tuin

“Hoewel ik op elk moment en op elke plek mijn medicijnen kan bestellen, ben ik toch behoorlijk honkvast. Ik doe het meestal thuis achter mijn computer. Ik wil er toch wel even goed voor zitten, zodat ik zeker weet dat ik alles goed heb ingevuld. Ook neem ik de medicijnen er voor de zekerheid altijd bij, ondanks dat ik die lastige Latijnse naam inmiddels helemaal uit mijn hoofd ken.”

“Op een mooie zomerse dag wil ik mijn medicijnzaken ook weleens in de tuin of speeltuin regelen. Zonnebril op, laptop op schoot en medicijnen binnen handbereik. Ondertussen kan ik mijn spelende kinderen in de gaten houden.” ■



CV

Cindy Oudshoorn (43 jaar) heeft thuis niet veel medicijnen, maar ze heeft wel een bepaalde neusspray die ze al jaren gebruikt. Tegenwoordig vraagt zij het herhaalrecept voor dit medicijn online aan, direct bij haar huisartsen. Ze is te zien op DigitaleZorgGids.nl, van Patiëntenfederatie Nederland.

Evidence Based E-Health – Nut, noodzaak, en wel nu!



DOOR ANNELOEK RAUWERDINK¹, NIELS H. CHAVANNES² EN MARLIES P. SCHIJVEN³

In 2014 gaven de universitaire medische centra (umc's) in het hoofdlijnenakkoord aan een bijdrage te willen leveren aan een duurzame gezondheidszorg(1). Ter ondersteuning hiervan richtte de minister van volksgezondheid, wetenschap en sport (VWS) in 2014 het Citrienfonds op(2).

Meer informatie is te vinden op
www.nfu-ehealth.nl | info@nfu-ehealth.nl

Het Citrienfonds ondersteunt activiteiten die ertoe moeten bijdragen dat de zorg kwalitatief goed blijft –of zelfs nog beter wordt– én dat de zorg ook in de toekomst betaalbaar is. Het ministerie heeft vijf door de Nederlandse Federatie van Universitaire medische centra (NFU) voorgestelde initiatieven, binnen het Citrienfonds benoemd(fig.1). ZonMw(3), financieringsorganisatie van innovatie en onderzoek in de gezondheidszorg, is verantwoordelijk voor de kwaliteitsbeoordeling, monitoring en evaluatie van het Citrienfonds.

E-health als middel

De e-health definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie luidt: "The use of information and communication technologies (ICT) for health"(4). De beginselen hiervan zijn terug te leiden naar 1978 toen de NASA 'telemonitoring' gebruikte om de cardiale conditie van haar astronauten te monitoren(5). E-health lijkt derhalve niet een nieuw gevonden 'heilige graal', maar een manier om de gezondheid op afstand te ondersteunen. Door het correct inzetten van e-Health kan het zelfmanagement van patiënt en diens omgeving vergroot worden en kunnen in potentie zorgkosten verminderen.

NFU e-Health programma

Het NFU e-Health programma, dat afgelopen mei van start ging, sluit aan bij de doelstellingen

van de 'e-Health kamerbrief' uit juli 2014 van minister Schippers(6). Het is een uniek programma doordat alle umc's projectgericht samenwerken, waardoor voor het eerst op academisch niveau de mogelijkheden van e-Health verkend en benut gaan worden. Projecten die succesvol aan de 'deliverables'(7), de programmadoelen bijdragen, zullen binnen de umc's, en waar mogelijk daar buiten, worden geïmplementeerd en opgeschaald.

Daarnaast stelt ieder umc een door de Raad van Bestuur gedragen e-Health visie op. Dit alles vormt een overkoepelende NFU e-Health visie, die vervolgens door alle umc's uitgedragen kan worden. Deze NFU e-Health visie en de projectresultaten worden tijdens de Slotmanifestatie in december 2018 aan het publiek gepresenteerd.

Elk umc wordt vertegenwoordigd door één afgevaardigde, Stuurgroep lid, welke is benoemd door de Raad van Bestuur. Degene is verantwoordelijk voor de selectie, uitvoering en evaluatie van vier kansrijke projecten in het eigen umc. De Stuurgroep, gevormd door alle Stuurgroepleden, bepaalt of een project kansrijk wordt geacht en van start mag gaan. Een project wordt opgeschreven in een SMART(8) geformuleerde projectonderlegger met daarin de planning met bijbehorende

(deel)resultaten en de aansluiting op de 'deliverables' beschreven. Dit transparante model, gepubliceerd op de website, maakt het mogelijk projecten tussentijds te evalueren en getrancheerde financiering aan de projectevaluatie te koppelen. Tot slot is er om de diversiteit te waarborgen en het blikveld te verruimen binnen het programma een Spiegelgroep actief, bestaande uit vertegenwoordigers van patiënt- en specialistverenigingen, de industrie en zorgverzekeraars.

Evidence Based E-health

Door kritisch academische reflectie worden de projectresultaten, en zodoende de effectiviteit en kwaliteit, van de te onderzoeken e-Health toepassingen binnen het programma bewaakt. Dit is belangrijk, want deze bewaking ontbreekt vaak bij patiënt gerichte e-Health toepassingen. Het Amerikaanse medisch-technologisch bedrijf Theranos is een spraakmakend voorbeeld hiervan. Theranos (9) stelde dat het mogelijk was om via slechts een vingerprik sneller, goedkopere en accurater dan via venapunctie diagnostisch bloedonderzoek te verrichten. Theranos werd regelmatig als voorbeeld gesteld van een ontwrichtende zorginnovatie en haalde zonder dat de methode onafhankelijk getest was, aanzienlijke investeringen op(10). Echter

verkeert het bedrijf sinds juni in zwaar weer nadat duidelijk werd dat tientallen patiënten vermoedelijk de verkeerde diagnose kregen na incorrecte resultaten(11).

Voorstanders van 'disruptie in de zorg' die noviteiten -en soms zichzelf- graag etaleren, zijn zich bewust van de negatieve impact dat een dergelijke 'fall-out' kan veroorzaken. Een hierbij vaak gekozen strategie is om dan 'wetenschappelijke projectresultaten' aan te halen. Deze wetenschap ontstijgt helaas vaak niet het niveau van een presentatie op een congres, of beschrijvend artikel in een niet-'peer-reviewed' tijdschrift. James Madara, CEO van de American Medical Association, maakte onlangs een stevig statement waarbij hij waarschuwt voor 'digitale kwakzalverij' van de 21e eeuw(12). Wildgroei van ineffektieve of zelfs schadelijke e-Health toepassingen kunnen een potentieel gevaar voor de gezondheid van de patiënt opleveren. Misschien geen populaire boodschap, maar wel een heel waardevolle.

Het moge duidelijk zijn dat gefundeerd wetenschappelijk onderzoek op het terrein van e-Health noodzakelijk is. Helaas is de uitvoering hiervan niet eenvoudig(13). Het verrichten van een Randomized Controlled Trial, beschouwd als gouden standaard voor het inschatten van effectiviteit, is tijdrovend en complex. Hierdoor kan een e-Health toepassing achterhaald zijn wanneer de resultaten daadwerkelijk bekend worden, en zodoende blijft mogelijke gezondheidswinst uit. Daarnaast is de randomisatie van patiënten en blinding van patiënt en onderzoeker beperkt mogelijk. Literatuurstudies suggereren alternatieve methoden(14), maar een strategie die een versnelling van bewijslast bewerkstelligt en specifiek aansluit bij een bepaalde e-Health categorie is nog onvoldoende beschreven. Door de geprotocolleerde uitvoering van de projecten in dit programma wordt in een relatief kort tijdsbestek een praktisch toepasbare weg uit dit dilemma gezocht.

E-health en de zorgprofessional

De belangen van de patiënt, maar ook de visies en acties van de overheid en bedrijven, vragen en vangen -terecht- veel aandacht. Het betrekken van en samenwerken met de zorgprofessional is essentieel, en kan beter. Juist nu er gewerkt wordt aan een zorgstelsel waarin zelfredzaamheid van de patiënt centraal staat, is samenwerking tussen alle partijen noodzakelijk. Dat over vijf jaar de parkeerterreinen van ziekenhuizen leeg zullen staan, zoals

staatssecretaris Van Rijn(15) verkondigde, of dat de dokter overbodig gaat zijn volgens 'Homo Disrupticus' Engelen(16), is ons inziens onwaarschijnlijk. Dergelijke uitspraken dragen niet bij aan een optimale synergie tussen de zorgprofessional, patiënt en industrie. Naast samenwerking met de zorgverlener, is ook educatie over de mogelijkheden en gevaren van e-Health erg belangrijk. Daar waar een consument zelf het gebruikt van fitness en gezondheid ondersteunende digitale toepassingen mag bepalen, is ligt dit in de patiënt-arts relatie anders. De zorgverlener is verantwoordelijk voor goede zorg en moet een betrouwbare inschatting kunnen maken of een digitale toepassing veilig en geschikt is om de gezondheid van een individuele patiënt te ondersteunen.

Effectief zaaien, bedachtzaam oogsten

Doordat de projecten van het NFU e-Health programma door academische zorgprofessionals zijn aangedragen en met patiënt en belanghebbenden worden uitgevoerd, met oog op effectiviteit en kwaliteit, worden de hierboven omschreven problemen ondervangen. Dit zal de acceptatie, wat betreft implementatie en opschaling, van succesvolle e-Health toepassingen onder zorgprofessionals ten goede komen.

De kracht van het NFU Citrienfonds e-Health programma ligt in het effectief 'zaaien' van 32 evidence based projecten, waarvan de resultaten bedachtzaam 'geoogst' zullen worden. Zodoende draagt dit programma niet alleen bij aan de maatschappelijke discussie rondom e-Health, maar ook aan de inpoldering van diverse initiatieven en verbinding in het academische zorglandschap. Kortom, een academisch programma dat een waardevolle steen gaat bijdragen aan de duurzaamheid van de gezondheidszorg waarin de patiënt samen met de zorgprofessional de beste evidence based e-Health toepassing kiest. ■

Referenties

1. Kwaliteits en doelmatigheidsagenda medisch specialistische zorg: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2014/04/01/kwaliteits-en-doelmatigheidsagenda-medisch-specialistische-zorg>, geraadpleegd op 1 juli 2016.
2. Programma tekst Citrienfonds: http://www.zonmw.nl/uploads/tx_vipublicaties/141009_programmatekst_Citrienfonds.pdf, geraadpleegd op 1 juli 2016.
3. Over ZonMw: <http://www.zonmw.nl/nl/over-zonmw/over-zonmw/>, geraadpleegd op 1 juli 2016.
4. WHO e-Health definitie: <http://www.who.int/topics/ehealth/en/>, geraadpleegd op 26 augustus 2016.
5. Smith RF, Stanton K, Stoop D, Brown D, King PH. Quantitative electrocardiography during extended space flight. *Acta Astronaut.* 1975 Jan-Feb;2(1-2):89-102.
6. Kamerbrief e-Health en zorgverbetering: <https://www.wijsvoering.nl/documenten/kamerstukken/2014/07/02/kamerbrief-over-e-health-en-zorgverbetering>, geraadpleegd op 1 juli 2016.
7. Deliverables programma e-Health: <https://www.nfu-ehealth.nl/over/over-het-programma/proces-en-deliverables/>, geraadpleegd op 10 september 2016.
8. SMART definitie: <https://nl.wikipedia.org/wiki/SMART-principe>, geraadpleegd op 26 augustus 2016.
9. Theranos: <http://www.wsj.com/articles/SB10001424127887324123004579055003869574012>, geraadpleegd op 26 augustus 2016.
10. Theranos: <http://www.wired.com/2015/10/theranos-scandal-exposes-the-problem-with-techs-hype-cycle/>, geraadpleegd op 26 augustus 2016.
11. Theranos: <http://fd.nl/economie-politiek/1159474/theranos-oprichter-verbannen-uit-lab>, geraadpleegd op 26 augustus 2016.
12. AMA CEO James Madara: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/news/news/2016/2016-06-11-a16-madara-address.page>, geraadpleegd op 1 augustus 2016.
13. Nilsen W. KS, Shar A., Varoquiens C., Wiley T., Riley W.T., et al. . Advancing the science of mHealth. *Journal of Health Communication*; 2012. p. 5-10.
14. Ekland A.G. BA, Flottrop S. Methodologies for assessing telemedicine: A systematic review of reviews. *International Journal of Medical Informatics*; 2012. p. 1-11.
15. Staatssecretaris van Rijn: <http://www.nrc.nl/nieuws/2016/06/06/groot-ziekenhuis-is-over-een-paar-jaar-achterhaal-1625574-a1015813>, geraadpleegd op 1 augustus 2016.
16. Nederlandse zorginnovator Lucien Engelen: <https://ingworld.ing.com/nl/2015-1Q/9-wordt-de-dokter-stap-voor-stap-overbodig>, geraadpleegd op 1 augustus 2016.



NFU NEDERLANDSE FEDERATIE VAN UMC'S

Over de auteurs

1. Promovendus NFU e-Health programma, AMC - 2. Stuurgroep lid NFU e-Health programma, hoogleraar Huisartsgeneeskunde met leeropdracht eHealth-toepassingen in Disease Management, LUMC - 3 Programmaleider en stuurgroep lid NFU e-Health programma, hoogleraar Chirurgie met leeropdracht Simulatie, Serious Gaming en Applied Mobile Healthcare, AMC



Mirjam Fortuin en Danny Otterloo



DOOR SANNEKE LANGENDOEN

Ontspannen en leren loslaten met de Muse

Zorgorganisatie Pluryn onderzoekt werking hoofdband als hulpmiddel bij behandeling

Een hoofdband die je helpt te ontspannen. Dat is de Muse. Zorgorganisatie Pluryn doet proeven met de wearable bij mensen met een verstandelijke beperking, die zich vaak onrustig en gespannen voelen. De eerste resultaten zijn hoopgevend. "De Muse zorgt voor een meer ontspannen gevoel, hoewel dit maar van korte duur is."

De inzet van technologische hulpmiddelen in de zorg groeit. Pluryn vervult daarin als organisatie voor gehandicaptenzorg en jeugdzorg een voorstellersrol. In het Living Lab in het hoofdkantoor in Nijmegen test een denktank van cliënten nieuwe eHealth-toepassingen en geeft advies. Op verzoek van Mirjam Fortuin, gedragswetenschapper complexe ambulante zorgvragen, probeerde de Denktank, een groep innovatieve cliënten, enkele toepassingen uit die zich richten op ontspanning.

“In het kader van mijn opleiding tot GZ-psycholoog, moet ik een onderzoek doen naar de effectiviteit van een interventie,” vertelt Fortuin. “Ik ben erg geïnteresseerd in e-health. Vandaar dat ik de Denktank vroeg enkele ontspannings-app's te testen. Zij gaven me de tip om de Muse te gebruiken. Voor zowel Pluryn als mijzelf is het erg interessant om te weten of de Muse cliënten helpt om rustiger te worden, waardoor hun stress- en angstniveau daalt.”

Rust wordt beloond

De Muse is op de markt gebracht als een persoonlijke meditatie-assistent, maar heeft een verscheidenheid aan neurowetenschappelijke onderzoekstoepassingen. De hoofdband meet hersenensignalen met behulp van EEG-technologie. Gebruikers krijgen real-time feedback over hun hersenactiviteit, terwijl ze mediteren. De hoofdband maakt via Bluetooth verbinding met een applicatie op een tablet die data vertaalt in geluid. De app speelt het geluid van een rustige zee af en klein beetje wind. Wanneer je hersenen actief zijn, wordt de wind meer turbulent. Zijn je hersenen juist heel rustig, dan hoor je het geluid van vogeltjes. Rust wordt dus direct beloond. De app volgt de resultaten van de gebruikers met grafieken en diagrammen en stelt manieren voor om je meditatie te verbeteren.

Mirjam Fortuin startte haar onderzoek met drie enthousiaste cliënten. Daarvan is er één afgehaakt. Zij had zoveel onrust in haar leven, dat het meerdere keren per week gebruiken van de Muse teveel voor haar was. Een ander mediteerde al en wilde de Muse graag uitproberen. Zij is nu al een tijdje bezig, maar merkt dat het lastig is om er consequent mee aan de slag te gaan. “De derde is er heel serieus mee bezig en speelt

er ook een beetje mee. Hij experimenteert met de tijdsduur, de verschillende soorten muziekjes en de tijdstippen waarop hij de Muse gebruikt.”

Helder denken

‘Proefpersoon’ Danny bevestigt het verhaal van Mirjam. “Het fijne van de Muse is dat je leert concentratie en discipline op te bouwen. Voor het beste resultaat is een gebruik van drie keer per week wel noodzakelijk. Dat is minder fijn. Hoewel dit ook wel weer valt te compenseren door de duur van je sessie aan te passen.”

Danny gebruikt de elektronische hoofdband gelijk aan het begin van de dagbesteding en voor of na het slapen. Minimaal drie keer per week en maximaal negen minuten per keer. “Ik ben nog zoekende naar de meest passende locatie en duur om de Muse te gebruiken, aangezien ik geluiden niet goed kan filteren.” Het resultaat van het gebruik is meteen merkbaar vertelt Danny. “Ik voel me na een paar minuten kalm. Daarna voel ik dat de gedachten die voortdurend door me heen gaan, zijn afgeremd en dat ik weer helder kan denken.” Hij kan goed omschrijven wat er met hem gebeurde toen hij de Muse voor het eerst gebruikte. “Ik was verbaasd. Er kwamen ook emoties vrij, want ik leerde los te laten en leuke momenten niet meer te zien als een moment dat niet meer terugkomt. Ik ben nu dankbaar voor het moment en de mensen die erbij waren. Loslaten vind ik lastig, maar met de Muse bereik ik positieve effecten.”

Blijven motiveren

Onderzoeker Mirjam Fortuin ziet dat het ‘verplicht ontspannen’ emoties losmaakt bij Danny. Dat is niet erg vindt ze, want daardoor is hij in staat om dingen af te sluiten en negatieve gedachten uit te bannen. “Net als bij de andere cliënten merken we wel dat het moeilijk voor hem is om de Muse ook daadwerkelijk te gebruiken, zeker als er veel spanningen zijn. In dat geval is het belangrijk dat de ambulante begeleider blijft motiveren en stimuleren. Daarnaast hebben we het gebruik van de Muse gekoppeld aan het online zorgportaal Quli. Quli herinnert de cliënt er elke dag aan om de Muse te gebruiken. Voor en na gebruik van de Muse geeft de cliënt in de app logboek binnen Quli aan hoe hij of zij zich voelt. Dit is te zien

door de begeleider of andere mensen uit het netwerk van de persoon die toegang tot Quli hebben gekregen.”

Voorstander van blended care

De Muse en e-health in het algemeen vormen een mooie aanvulling op de reguliere behandeling, vindt Mirjam. “Ik ben ervan overtuigd dat mensen door de inzet van e-health en moderne technologieën bijvoorbeeld langer zelfstandig kunnen blijven wonen. Ik ben wel voorstander van ‘blended care’: face-to-face contact in combinatie met e-health-toepassingen. Er zal altijd een vorm van persoonlijk contact nodig blijven. Bij sommige zaken of problemen moet je de cliënt in de ogen kunnen kijken. Daarnaast zorgt e-health voor meer toegankelijkheid, transparantie en efficiency in de zorg.”

Nederlandse versie

Cliënten zijn ook enthousiast, de Muse sluit aan bij hun belevingswereld. “Ik had direct drie enthousiaste mensen die mee wilde werken aan dit onderzoek. Ik ben er van overtuigd dat dit niet het geval was geweest als ik had gevraagd: wie wil er meewerken aan een onderzoekje naar de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie?” Ook de Research & Development afdeling binnen Pluryn is gestart met een wetenschappelijk onderzoek naar de inzet van Muse als mindfulness training. En hoe is het ondertussen met Danny? Heeft hij als ervaringsdeskundige nog tips om de Muse te verbeteren? “Een Nederlandse versie zou fijn zijn, zeker voor mensen met een beperking of mensen die geen Engels spreken. Want als je de instructies niet begrijpt, leer je nooit wat de Muse je probeert te leren: namelijk concentratie. Voor degenen die veel stress en druk ervaren, is de hoofdband een must. Ik zou hem zelf willen kopen, als hij wat minder prijzig zou zijn.” ■

Start-ups om in de watten te leggen

Regelmatig wordt tijdens lezingen, panels of workshops deze vraag gesteld: “Wie moet centraal staan in een residentiële zorginstelling: patiënt of medewerker?” Het juiste antwoord is ‘medewerker’, en dit zorgt nog steeds voor verhitte discussies.

Maar dit echt dé methode om klanten-/patiënten- tevredenheid te verhogen, de medewerker centraal zetten. Het ideale scenario is een medewerker die de geschikte omgeving aangereikt krijgt om, in het gezelschap van een gedreven team, écht het verschil te maken. Omgekeerd werkt het niet, de patiënt (op papier) centraal zetten om dan vervolgens allerhande processen en acties te bedenken en implementeren om het gewenste effect te verkrijgen. Veel geluk met al die processen als je medewerkers niet mee willen!

Hoe we die medewerkers nu centraal moeten zetten, ligt buiten het bestek van dit artikel. Wat we wel kunnen, is enkele jonge initiatieven opsommen die u hierbij kunnen helpen. Want start-ups die uw medewerkers (en in extenso ook de patiënt) nóg meer tevreden te maken, bestaan wel degelijk!

AXONIFY

Wat kies je, je medewerkers urenlange gortdroge instructievideo's laten zien of saaie bijscholingen laten volgen? Kan het ook anders? Jazeker, met 27.000.000 Dollar funding wil Axonify het hele trainingsgebeuren gamificeren. Hoe doen ze het? Drie minuten optionele training per dag, verpakt als een spel.



3 sterren: het opzet is perfect, zowel naar kennisoverdracht als naar retentie als naar plezierige interactie. Ben benieuwd naar de impact op klanttevredenheid (als gevolg van verbeterde trainingen).

LOOKK

Ook Lookk legt zich toe op trainingen, maar dan via de kracht van holografische, mixed-reality-toepassingen. Deze toepassingen kunnen uw medewerkers op een aangename manier onderdompelen in levensechte simulaties en hen zo beter trainen.

Mixed-reality brengt digitale content in de echte wereld, het ontsluit nieuwe inzichten en mogelijkheden, waardoor duidelijkere communicatie en meer vertrouwen in de besluitvorming verkregen wordt.



U moet het voorstellen als een scala aan theater-technieken die bijvoorbeeld een operatiekamer nabootsen. Het interieur, de geluiden en verlichting zijn precies hetzelfde als in realiteit, alsook het personeel. De robot en operationele hulpmiddel zijn ingebed met de nieuwste haptische technologie, dus het voelt precies alsof de draadjes door een echte persoon worden geduwd. Dit verhoogt het gevoel van immersie en bijgevolg de kwaliteit van de simulatie.



2 sterren: In de luchtvaart is het nut van piloten urenlang in levensechte simulaties te laten oefenen al bewezen. De technologie van Lookk kan zulke simulaties nu ook aanbieden in de zorg. Toch geen 3 sterren omwille van de jonge leeftijd van deze technologie én de grote concurrentie.

GALE

Een werkgever die een slimme en gebruiksvriendelijke EHBO-kit ter beschikking stelt om op afstand zorg te organiseren. Gale combineert de traditionele EHBO-kit met moderne technologie om ons in staat te stellen met meer vertrouwen medische situaties te begrijpen. Gale biedt eindgebruikers de knowhow over hoe ze in medische situaties moeten optreden. Dit door hen te begeleiden in hoe ze de beschikbare hulpmiddelen en benodigdheden kunnen gebruiken.



2 sterren: Hoe lang zal het duren voordat we –naast de AED– elk bedrijf uitrusten met één –of meerdere– van zulke slimme EHBO-koffers?



Sona Connected

CATAPULT HEALTH

Catapult Health gaat nog verder dan Gale en organiseert preventieve zorg op de bedrijfsvloer.

Hoe doen ze dat?

- Testen met (door NASA ontwikkelde) bloedanalyse die onmiddellijk resultaat geeft.
- Diagnose door een gecertificeerde verpleegkundige.
- Engagement via een persoonlijk actieplan.
- Liaison functie met lokale zorgprofessional-en/of -instelling.
- Inschrijving in de juiste zorgmanagement programma's.



3 sterren: Catapult health biedt de mogelijkheid om de gezondheid van uw team preventief te bewaken. De waarde perceptie is veel hoger dan een hospitalisatieverzekering.

2020 ONSITE

Om verder te gaan op het diagnose-aan-huis verhaal kan je ook oogonderzoek op kantoor organiseren. Lijkt me niet onverstandig met het toenemend aantal beeldschermwerkers in uw bedrijf.

2020onsite brengt de oogarts recht naar uw kantoor, zodat uw medewerkers hoogwaardige oogzorg krijgen zonder gedoe.



2 sterren: erg helder concept met een duidelijke waarde naar de werknemers toe en biedt de gelegenheid om de werkgever te tonen hoe begaan zij/hij is met het team.

SONA CONNECTED

De 2 laatste startups van dit artikel zijn wearables. Draagbare sensoren die toelaten dat allerlei parameters gemeten worden, zowel voor preventieve analyse als voor engagement binnen het bedrijf voor een gezondere levensstijl. Bijvoorbeeld deze Sona Connected armband van Caeden.

De armband is bedoeld om u te helpen ontspannen en zo uw algehele welzijn te verbeteren. In plaats van stappen te tellen om uw conditie te verbeteren is het concept bedoeld om u te helpen om welzijn te creëren van lichaam en geest.

De kracht achter de Sona Connected armband is de metgezel app (Resonance). Deze app helpt u door een set van ademhalingsoefeningen, als onderdeel van een meditatie programma. De app is trouwens compatibel met de HealthKit van Apple.



1 ster: Het klinkt een beetje té rozig en lijkt -op het eerste zicht- enkel geschikt voor een klein segment van werknemers. Maar het buikgevoel zegt dat meer mogelijk is.

SOUND BY HUMAN

Deze wearable monitort biometrische data via het oor. In en rond het oor kan je de sterkste pulsen van het menselijk lichaam opmeten. Via de bijhorende app ontvang je -in real-time- accurate statistieken van uw lichamelijke activiteit en gezondheid. Bovenop de metingen kan je ook het omgevingsgeluid volledig blokkeren of deels

transparant maken terwijl je naar muziek luistert. Lijkt me een zegen in rumoerige werkplaatsen. Multiculturele werkvloer? Geen probleem, gewone conversaties worden gelijktijdig vertaald via deze wearable. Bovendien kan je geluid of podcast of dienstmededeling delen met andere medewerkers met 1 aanraking.



2 sterren: een prima combo tussen creatief omgaan met geluid op kantoor én het opmeten van biometrische data.



CV

Bart Collet is Partner Advance Healthcare, Mede-oprichter Healthstartup EU en Directeur Vandecruys. Hij is tevens lid van de Redactieraad.



2020

E-HEALTH IN DE PRAKTIJK
ZORGPROFESSIONALS DELEN KENNIS!

JAN '17

ICT&health
— *Experience* —

ICT&HEALTH EXPERIENCE

BUY TICKETS NOW



Mis het niet en meld je aan via
www.icthealthexperience.nl



Zetacom is uw sparring partner

Voor een succesvolle implementatie van een ICT-toepassing in de zorg is draagvlak van het personeel nodig. Zetacom ontwikkelde Zorg^{Totaal}, een innovatieve oplossing gebaseerd op een continu proces. Onder begeleiding van een zorgconsultant, met ruime ervaring in de zorg, slaat dit concept een brug tussen gebruiker en ICT. Dit doen wij door gebruikers er vanaf het begin bij te betrekken. Zodat de uiteindelijke oplossing aansluit bij hun behoeftes en zij dus maximaal worden ondersteund in hun dagelijks werk: het verlenen van zorg.

Meer weten? Kijk op www.zetacom.nl of bel 088 938 2288.

Zetacom



Telefonie



Netwerken



Zorgsystemen

Activiteiten e-healthweek 2017

Technologie vindt steeds beter zijn weg naar de woonkamer. Wat betekent dit voor gezondheid, zorg of langer thuis wonen? Hoe maak je zinvol gebruik van de technologische mogelijkheden, of je nu zorg ontvangt of verleent? Veel Nederlanders weten niet wat e-health precies is of wat het voor hen kan betekenen.

Daarom organiseren het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en ECP | Platform voor de InformatieSamenleving, samen met meer dan 140 deelnemende partners, van 21 t/m 27 januari 2017 de e-healthweek. De week staat bol van activiteiten in diverse regio's in Nederland en richt zich op patiënten, burgers en zorgverleners. Doel is om deze doelgroepen de mogelijkheden van e-health te laten ervaren, maar ook te peilen wat hun wensen en verwachtingen zijn. Patiënten worden dan ook nauw betrokken bij de totstandkoming van het programma.

Activiteitenkalender

De website www.ehealthweek.net is het centrale punt van de e-healthweek 2017. Deelnemende organisaties organiseren onder het logo van de e-healthweek verschillende activiteiten gericht op de eigen doelgroepen zoals zorgverleners, patiënten, mantelzorgers, etc. Soms vinden partijen elkaar en werken samen.

Een greep uit de aangemelde activiteiten:

- Atos eHealth Café
- Opening Innovatielab HagaZiekenhuis
- Let's play: Masterclass Hoge School Rotterdam
- Mobile Doctors Live! eHealth back to the basics
- ICT&health Experience
- Huizen van de toekomst
- Zorginnovatiewinkel
- En nog veel meer...

Bezoek www.ehealthweek.net/events voor meer details over het programma van onze partners. ■



Wilt u ook meedoen?

Iedereen kan zich aanmelden voor de e-healthweek; (thuis)zorginstellingen, leveranciers en producenten, maatschappelijke initiatieven, onderwijsinstellingen, gemeenten, patiënten- platformen en ouderenbonden door het hele land. Kortom, organisaties die willen laten zien wat e-health is en wat zij ermee doen. En vooral ook anderen willen laten ervaren hoe e-health werkt.

Opent u tijdens de e-healthweek uw deuren? Of organiseert u liever iets? Meld u dan aan op www.ehealthweek.net zodat we tijdig uw activiteit in onze kalender kunnen meenemen.





DOOR YVONNE KEIJZERS

Data van 1 miljoen patiënten beschikbaar via Cancerling

ASCO initiatief wil naar 3 miljoen patiëntdata in 2017

Eén op de vier sterfgevallen in Amerika betreft kanker. De ziekte is daar verantwoordelijk voor bijna 590.000 doden per jaar. In Nederland werden in 2015 104.988 gevallen van kanker bekend (1). Het analyseren en vergelijken van de enorme hoeveelheid data, afkomstig van afzonderlijke patiënten, kan het aantal sterfgevallen aan kanker terugbrengen. Dat is precies het doel van Cancerling. Het platform bereikte onlangs de mijlpaal van 1 miljoen patiënten. Ongestructureerde, geanonimiseerde data van al deze patiënten komt beschikbaar voor artsen en onderzoek.



In 2013 besloot een groep oncologen, verenigd in de American Society of Clinical Oncology, een database te bouwen die een enorme hoeveelheid gegevens over patiënten, vormen van kanker en behandelmethoden moest bevatten. Inmiddels bevat de database gegevens van één miljoen Amerikaanse patiënten uit 39 staten en is de tijd rijp voor een overstap naar Europa. 'Cancerlinq is een Amerikaans initiatief, maar lidmaatschap is internationaal mogelijk. We streven naar een verzameling gegevens van drie miljoen patiënten in 2017', zegt CEO Kevin Fitzpatrick. 'Onze focus ligt hierbij voorlopig op veelvoorkomende vormen van kanker als longkanker en borstkanker.'

Realtime feedback

Met behulp van Cancerlinq moet het voor artsen mogelijk worden realtime feedback te krijgen op hun behandelmethodes doordat zij inzicht hebben in geanonimiseerde data van duizenden patiënten. De analysetools maakt het voor artsen ook mogelijk behandelmethoden te personaliseren. De informatie geeft hen bijvoorbeeld meer informatie over bijeffecten van een behandeling. Tenslotte kunnen onderzoekers met de database groepen vergelijkbare patiënten geanonimiseerd vergelijken.

Volgens Fitzpatrick is dit laatste nu inderdaad mogelijk doordat de gegevenspoel groot genoeg is. 'Op dit moment neemt slechts 3 procent van alle patiënten met kanker deel aan klinisch onderzoek. Met Cancerlinq kunnen we in principe gebruik maken van informatie van alle patiënten', legt Fitzpatrick uit. De enorme database met gegevens, die draait op het SAP Connected Health platform en SAP HANA Big Data analysetools gebruikt om patiënten data van elektronische patiëntendossiers te ontsluiten, betekent bijvoorbeeld dat diepgaander onderzoek naar mannen met borstkanker mogelijk is. Simpelweg doordat er in de database meer data beschikbaar is over mannen met borstkanker. 'De database omvat nu gegevens van 400 gevallen van mannen met borstkanker', zegt Fitzpatrick. 'We weten uit de klassieke literatuur dat tot nu toe dit type kanker gebruik maakte van een onderzoeksgroep van maximaal 200 tot 300 gevallen.'

Ondersteuning van artsen

Het doel van Cancerlinq is dus om oncologen realtime feedback te geven door gebruik te maken van een poel van data, 'big data' zogenoemd. Met behulp van het systeem is

het ook mogelijk beslissingen van artsen te ondersteunen en benchmarks te creëren. Artsen kunnen bijvoorbeeld zoeken op lifestyle factoren, tumor, DNA profiel, leeftijd, geslacht, gegeven behandelingen, maar ook op een combinatie van deze data. Cancerlinq is hierin uniek omdat het de bestaande dossiers van patiënten gebruikt bij het digitaal vullen van de database om er wetenschappelijk onderzoek mee te doen.

'We hebben dit soort 'big data' echt nodig', zegt Prof. Dr. Vivianne Tjan-Heijnen, medisch oncoloog, hoofd Medische Oncologie en voorzitter van het borstkankerteam van het Maastricht UMC+. 'Oncologen wereldwijd hebben inmiddels peer-to-peer reviews omarmd. We willen niet meer in afzonderlijke silo's werken, maar samenwerken, juist omdat we ons werk zo goed mogelijk willen doen. Bovendien hebben we te maken met een vergrijzende bevolking, waarin kanker steeds vaker voorkomt. Evaluatie van nieuwe methoden voor diagnostiek en behandelingen in de dagelijkse praktijk zijn daarbij hard nodig.



Geautomatiseerde data-extractie uit patiëntdossiers kan praktijkevaluaties enorm versnellen en leiden tot nieuwe inzichten, zeker als we dit over de landgrens heen doen.'

Tjan-Heijnen ijvert ervoor dat Cancerlinq ook in het Maastricht UMC+ gebruikt gaat worden en voert hierover gesprekken met de Amerikaanse organisatie. 'Een samenwerking levert een schat aan gegevens op. Zo'n grote verzameling patiëntgegevens krijgen we eenvoudigweg niet voor elkaar in Nederland. Ook in een groter samenwerkingsverband als het Oncologisch Netwerk Zuidoost-Nederland (OncoZON) hebben we slechts toegang tot beperkte patiëntgroepen. Daardoor is met name onderzoek naar zeldzame vormen van kanker, zoals borstkanker bij mannen, lastiger. Door deze wereldwijde samenwerking hopen we ook onderzoek naar deze subgroepen te kunnen gaan doen.'

Volgens Tjan-Heijnen levert deelname als extra voordeel op dat het handmatig verzamelen van data, zoals dat nu in veel gevallen nog plaatsvindt, met Cancerlinq verleden tijd is. 'We halen nu gegevens uit allerlei bronnen en dat gebeurt inderdaad handmatig. Dat kost enorm veel tijd. Gebruik maken van deze bestaande datapool levert dus ook dat voordeel op.'

Beveiliging van data

Nederlandse ziekenhuizen willen dat data van patiënten veilig én in Europa worden

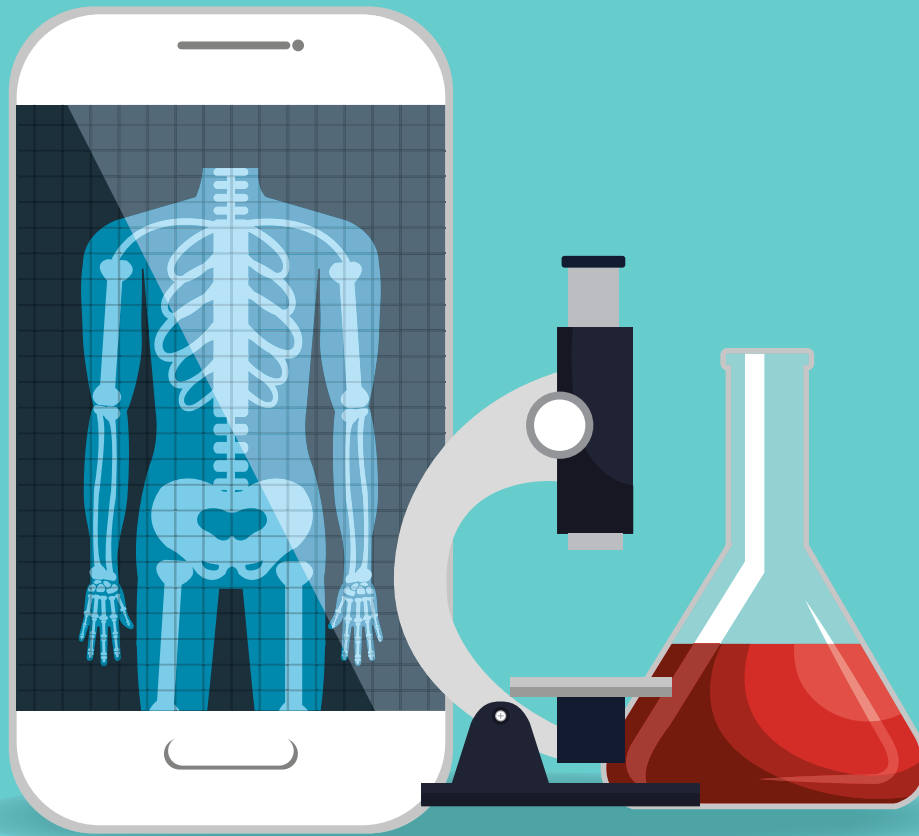
opgeslagen. 'Daar ben ik het mee eens', zegt Fitzpatrick. 'Data moet op een beveiligde server in Nederland of Europa blijven. Dat kan ook. Alle gegevens zijn sowieso geanonimiseerd. Artsen kunnen een vraag (query) uitzetten binnen een bepaalde dataset en de database kan een antwoord genereren indien de brongegevens beschikbaar zijn. Je hoeft dus geen gegevens te delen.' Tjan-Heijnen vult aan: 'Het is ook mogelijk om patiëntdata eerst te anonimiseren. Die gegevens kun je vervolgens wel uitwisselen. In Nederland zijn die gegevens uiteindelijk niet meer terug te voeren op een bepaald ziekenhuis of patiënt.'

In een database, of deze nu groot is of klein, is de kwaliteit van data essentieel. Het verzamelen van al deze gegevens uit elektronische patiëntendossiers en andere bronnen, is een kunst op zich. 'We zijn bezig om de kwaliteit van de data te waarborgen door onafhankelijke analyses via derde partijen, verklaart Fitzpatrick. Ook sluit hij samenwerking met andere partijen die op zoek zijn naar behandelmethodes voor kanker niet uit. 'IBM gebruikt bijvoorbeeld machine learning om data van één patiënt te analyseren. Wij doen in feite precies het omgekeerde, door zoveel mogelijk data te verzamelen. Beide systemen zouden prima naast elkaar kunnen werken. Dat is een discussie die we zouden moeten voeren.'

Uitwisselen medische gegevens hoog op agenda

Het uitwisselen van data tussen verschillende systemen is niet eenvoudig en ook niet altijd mogelijk. Het veilig uitwisselen van digitale (medische) gegevens met de eigen organisatie en met externen is ook volgens Europese ICT professionals het belangrijkste aandachtspunt in de zorg op dit moment. Dat blijkt uit onderzoek van HIMSS Europe onder zo'n 500 medewerkers in zorg en e-health uit zes Europese landen. Zo'n 54 procent van de deelnemers ziet uitwisseling van medische gegevens als grootste trend voor 2016/2017. 'Wetgeving en uitwisseling van gegevens uit verschillende IT-systemen vormen ook voor Cancerlinq een uitdaging. Dit soort problemen zijn oplosbaar zolang het bestuur hier voldoende funding voor geeft.' ■

Bron: <https://goo.gl/Or8XUU>



DOOR DR. MARLEEN VAN GELDER

Stel leefstijlprofiel vast met chemische sporen smartphone

Dataverzameling voor medische wetenschappelijk onderzoek met behulp van smartphones staat nog in de kinderschoenen. Veelgehoorde mogelijkheden zijn het invullen van vragenlijsten of testjes via apps, koppeling met data, verzameld met wearables, of het gebruik van GPS- gegevens. Onderzoekers van de University of California zijn een stap verder gegaan en hebben chemische sporen op smartphones gebruikt om het leefstijlprofiel van de eigenaar in kaart te brengen.[1]

Omdat smartphones zoveel mogelijkheden met zich meebrengen, zoals in contact komen met vrienden en familie, spelen van spelletjes en gebruik van internet, worden deze apparaten door de meeste gebruikers meerdere uren per dag gebruikt.[2] Door dit gebruik blijft er een digitaal spoor achter. Ook is er door het frequent vasthouden veel gelegenheid voor het overbrengen van moleculen die op de huid aanwezig zijn. Het individueel analyseren van deze moleculen is onvoldoende om de leefstijl van een persoon te beschrijven. De complete chemische analyse van het hele pallet aan moleculen dat aanwezig is op de smartphone, kan hier echter wel inzicht in geven.

In hun proof-of-principle onderzoek wilden Bouslimani en collega's bepalen welk pallet aan moleculen aanwezig is op smartphones en evalueren of er associaties zijn tussen dit pallet op de smartphone en op de huid van de gebruikers.[1] Ze gebruikten hiervoor massaspectrometrie in combinatie met computermodellen om zo de chemicaliën op de handen en telefoons van 39 gebruikers te identificeren.

Cosmetica en voeding

De onderzoekers troffen op de smartphones onder andere chemicaliën aan die afkomstig waren van cosmetica, zoals deodorant, lotions en shampoo. Maar ook sporen van geneesmiddelen, bestrijdingsmiddelen en voeding werden gebruikt voor het opstellen van een profiel van de individuele leefstijl. De moleculaire patronen die de onderzoekers vonden op de smartphones kwam overeen met die op de handen van de gebruikers. Dit patroon kan zelfs na 4 maanden nog aangetoond worden. Voorbeelden hiervan zijn moleculen uit zonnebrandcrème (gebruiker komt in zonnig gebied en buitenshuis), nicotine (roker of meerooker) en cafeïne (koffiedrinker).

Doordat het bij voorbaat nog niet duidelijk is naar welke moleculen gezocht moet worden, vereist de analyse van de gegevens uit de massospectrometer veel rekenkracht. Zoals de auteurs aangeven zou deze techniek hierdoor nu mondjesmaat ingevoerd kunnen worden binnen forensisch onderzoek. Er liggen echter nog grote uitdagingen in Big Data management en het ontwikkelen van instrumenten voor integreren en interpreteren van de grote datasets.

Als hiervoor tools beschikbaar zijn, zou deze techniek wellicht ingevoerd kunnen worden in de wetenschappelijk onderzoek (in plaats van zelfrapportage met vragenlijsten) of patiëntenzorg. In dat laatste geval zou een zorgverlener het

moleculaire profiel kunnen gebruiken om objectief te bepalen of de patiënt zich houdt aan het behandelplan en of leefstijladviezen ook daadwerkelijk opgevolgd worden. ■

Referenties

1. Bouslimani A, Melnik AV, Zu Z, et al. *Lifestyle chemistries from phones for individual profiling*. PNAS. Advance Access: 14 november, 2016. URL: <https://goo.gl/dPMon6>.
2. Andrews S, Ellis DA, Shaw H, et al. *Beyond self-report: tools to compare estimated and real-world smartphone use*. PLoS ONE 2015;10:e0139004. URL: <https://goo.gl/GYtp5B>.

Rekrutering van onderzoeksdeelnemers met social media

De bereidheid om deel te nemen aan wetenschappelijk onderzoek loopt al jaren terug,[1] Dit maakt het voor onderzoekers steeds moeilijker om met de traditionele methoden een populatie te rekruteren die groot genoeg is om relevante vraagstellingen te beantwoorden. Door de populariteit van social media zouden onderzoekers deze websites kunnen gebruiken voor het rekruteren van onderzoeksdeelnemers. Jane Topolovec-Vranic en Karthik Natarajan voerden een systematisch literatuuronderzoek uit om meer inzicht te krijgen in het werven voor medisch-wetenschappelijk onderzoek via social media.[2]

Voor deze review waren drie uitkomstmaten vastgesteld: effectiviteit van rekrutering, vergelijkbaarheid van de deelnemers ten opzichte van de doelpopulatie en kosteneffectiviteit. In totaal werden er 30 Engelstalige artikelen meegenomen waarin rekrutering via social media werd vergeleken met tenminste een andere methode.

In twaalf van de onderzoeken (40%) werden meer mensen via social media meegenomen dan via andere methoden, terwijl in de helft van de studies gevonden werd dat rekrutering via social media minder effectief was dan tenminste één andere methode. In de twaalf 'succesvolle' onderzoeken werd gebruik gemaakt van Facebook, al dan niet in combinatie met andere social media websites, waarbij deelnemers gezocht werden die met de traditionele methoden moeilijk te bereiken zijn

of een specifieke aandoening hebben. Eén van de potentiële nadelen van rekruteren via social media voor wetenschappelijk onderzoek is het risico op selectiebias, waarbij de deelnemers aan het onderzoek niet (geheel) representatief zijn voor de doelpopulatie. In slechts twee van de geïncludeerde onderzoeken waren de deelnemers die via social media gerekruteerd werden vergelijkbaar met de controlegroep; in twaalf studies werden verschillen gevonden. Deelnemers gerekruteerd via social media waren over het algemeen jonger en hadden een hoger opleidingsniveau dan de controlegroep.

De kosten van het rekruteren via social media bestonden uit het bieden voor de advertenties op social media en het plaatsen van banners. Kosteneffectiviteit was bepaald in twaalf studies, waarvan er vijf vonden dat social media

het meest kosteneffectief was. De kosten per deelnemer liepen sterk uiteen, zowel tussen de onderzoeken als tussen de verschillende social media, uiteenlopend van enkele dollars tot honderden dollars per deelnemer.

Uit deze literatuurstudie blijkt dat de effectiviteit van het rekruteren van onderzoeksdeelnemers via social media erg variabel is en afhangt van de karakteristieken van het onderzoek en de doelpopulatie. De meerderheid van de studies vond dat de meeste onderzoeksdeelnemers toch nog geworven waren via de traditionele methoden. De kennis over het effectief inzetten van social media voor het rekruteren van onderzoeksdeelnemers is echter nog te beperkt om nu al definitieve uitspraken te doen over de effectiviteit. Wel biedt rekrutering via social media zeker mogelijkheden en zijn niet alle opties reeds uitgetoetst of onderzocht (zoals de invloed van vloggers). ■

Referenties

1. Morton LM, Cahill J, Hartge P. *Reporting participation in epidemiologic studies: a survey of practice*. Am J Epidemiol 2006;163:197-203.
2. Topolovec-Vranic J, Natarajan K. *The use of social media in recruitment for medical research studies: a scoping review*. J Med Internet Res 2016;18:e286. URL: <https://goo.gl/gWy1mC>.



DOOR MARIEKE KEUR

Platform Nictiz brengt professionals en patiënten samen

Patiëntparticipatie: waar beginnen we morgen mee?

Bettine Pluut en Marinka de Jong vormen het management van het programma Patiëntparticipatie en e-health van Nictiz. De inzet daarvan is patiënten actief betrekken bij de ontwikkeling en invoering van e-health-diensten en ervoor zorgen dat e-health de positie van patiënten versterkt. Belangrijk onderdeel van het programma is het Platform Patiënt & eHealth, een groeiend netwerk van mensen die kennis delen over hun ervaringen met e-health. Ook binnen dit Platform is een actieve rol weggelegd voor patiënten. Samenwerking en kennisdeling tussen alle bij e-health betrokken partijen, inclusief patiënten, zijn cruciaal als je e-health verder wilt brengen, vertellen Bettine en Marinka.



Kijk voor de volledige agenda van het platform op www.nictiz.nl/patiëntparticipatie

e-Health versnelt de ontwikkeling naar meer actieve patiënten, vertelt Marinka de Jong. "Voorheen werd de zorg vaak over het hoofd van patiënten heen georganiseerd: de patiënt stond dan misschien wel centraal, maar nog steeds alleen in het midden, met zorgverleners om hem heen die óver en niet mét hem praatten. Met e-health kunnen patiënten veel meer partner in de zorg worden."

Marinka en Bettine merken daarbij wel op dat niet iedereen hiervan gediend is. "Er zijn ook patiënten die dit niet kunnen of willen. Dat hoeft ook niet. Maar wie dat wel wil, kan door de inzet van e-health-toepassingen veel meer de regie voeren over zijn gezondheid dan vroeger, óók in het contact met de zorgverlener."

Nictiz is het Programma Patiëntparticipatie en e-health gestart vanuit de overtuiging dat e-health-diensten beter worden als patiënten meedenken over de ontwikkeling daarvan. Daarmee nemen de kansen toe dat e-health een bredere basis krijgt.

Praktische insteek

Het Platform Patiënt & e-health is een netwerk van patiënten en professionals. Zij delen kennis, ervaringen en inzichten over de invoering van e-health-toepassingen. Sommigen zijn koplopers in de invoering van e-health; anderen komen net kijken. Het doel van het platform is kennisdeling, zodat je van elkaar kunt leren, dat je weet wat er speelt en dat je niet opnieuw het wiel gaat uitvinden. Het Platform brengt mensen samen, organiseert bijeenkomsten en genereert publicaties over de grote vragen van dit moment. "Zoals online inzage", zegt Bettine Pluut. "De bijeenkomst die wij hierover in december organiseren, zat binnen 48 uur vol. Patiënten vertellen over hun ervaring met en beleving van online inzage. Projectleiders komen vertellen over de lessen die zij leerden, wat je vooral wel en vooral niet moet doen. Welke lastige keuzes moet je maken? Hoe helpt patiëntexpertise bij het maken van die keuzes? Hoe borg je online inzage in je organisatie? Hoe houd je als projectleider focus en voorkom je dat je verzandt in details?" Marinka de Jong: "We werken daarbij heel hands-on. Op veel congressen hoor je inspirators en vergezichten; wij laten weten hoe je morgen al van start kunt gaan."

De organisatie heeft ook een praktische oplossing gevonden voor alle mensen die geen plek hebben weten te bemachtigen. Nictiz brengt bij wijze van follow-up een publicatie uit waarin de belangrijkste informatie over online inzage is gebundeld.

Platformagenda voor 2017

Voor volgend jaar heeft het Platform een agenda samengesteld op basis van de behoefte onder de deelnemers. Ook Stichting IKONE, een belangrijke samenwerkingspartner, heeft hieraan vanuit hun patiëntexpertise bijgedragen. Zo zullen er bijeenkomsten zijn met aandacht voor de gebruiksvriendelijkheid van e-health, de rol van de zorgverlener, e-health & ethiek, samenwerking bij het bouwen van gezondheidsdossiers en communicatie tussen zorgverlener en patiënt. "Misschien lijkt het op het eerste gezicht gek dat juist een Platform Patiënt & eHealth een bijeenkomst wijdt aan e-health en de zorgverlener. Toch vinden we aandacht voor de rol van de zorgverlener heel belangrijk", zegt Bettine Pluut. "Uit de bevindingen van de eHealth-monitor blijkt dat patiënten vaak niet op de hoogte zijn van wat er allemaal al kan. Zorgverleners kunnen hen op de mogelijkheden wijzen en wegwijs maken. Maar hoe geef je e-health een plek in het zorgproces? Hoe maak je zorgverleners enthousiast? Uit het netwerk komt een voorbeeld van een ziekenhuis dat artsen vrij heeft gemaakt om e-health-toepassingen te promoten. Ze kregen er een financiële vergoeding voor en werden de beste ambassadeurs. Zo'n voorbeeld kan voor andere deelnemers een eye opener zijn."

Ethiek en dossiervoering

Komend jaar is er ook aandacht voor ethiek. "Dat is een fenomeen dat we niet willen negeren", zegt Marinka de Jong. "Als je zorg op afstand kunt bieden, mag je dan van je patiënt verlangen dat hij akkoord gaat met een online vervolgspraak? Mag je van iemand verwachten dat hij een afspraak voorbereidt door zijn online dossier door te lezen? En - heel praktisch - mag je bijvoorbeeld balies sluiten?" - Bettine Pluut: "In dit soort discussies met een ethische kant, is het stellen van vragen belangrijker dan de antwoorden. Het is goed om het hier met elkaar over te hebben."

Ook het onderwerp dossiervoering staat op de agenda. Dat heeft weer een directe link met de veranderende rol van patiënten. Bettine: "Hoe ga je om met die nieuwe stroom data die patiënten met bijvoorbeeld wearables genereren? Hoe zorg je ervoor dat er alarmbellen afgaan als iemand een digitale vragenlijst invult waaruit blijkt dat hij aanzienlijk meer pijn heeft gekregen?" Sommige dingen gaan al heel goed.



Bettine Pluut
programmamanager
Patiëntparticipatie a.i.



Marinka de Jong
programmamanager
Patiëntparticipatie

Een voorbeeld komt uit de Trombosedienst, vertelt Marinka. "Patiënten meten hun eigen INR-waarde en sturen die via een app direct naar de Trombosedienst. Via de app ontvangen ze als dat nodig is direct een advies tot aanpassing in de medicatie."

Beloofte

Bettine Pluut en Marinka de Jong zijn het erover eens dat het bij de invoering van e-health vaak nog te veel over de techniek gaat en te weinig over de organisatie van de zorg. In essentie is het een verandervraagstuk, zeggen ze. "Het gaat over bewustwording, organisatie, aandacht voor juridische en ethische aspecten, participatie. De belofte van het platform is dat we voorbij de techniek kijken. De open uitwisseling van ervaringen en zoektocht naar antwoorden leidt tot nieuwe inzichten en initiatieven, die uiteindelijk een meerwaarde gaan hebben voor patiënten. Zo brengen we samen e-health verder." ■

eHealth-monitor 2016: Meer dan techniek

Nictiz, het expertisecentrum voor standaardisatie en eHealth, houdt zich bezig met de vraag hoe de zorg verbeterd kan worden door informatie-uitwisseling en e-health. Elk jaar brengt Nictiz in samenwerking met het NIVEL de eHealth-monitor uit, die de ontwikkeling en de mate waarin e-health-toepassingen worden gebruikt, meet. De titel van de e-health-monitor 2016 luidt 'Meer dan techniek'. De onderzoekers concluderen dat we voorbij de techniek moeten kijken en moeten sturen op maatschappelijke innovatie, om verdere stappen in de toepassing van e-health-diensten en -producten te kunnen maken. Zorgverleners én patiënten spelen hierin een cruciale rol.



VANCIS UW ICT-PARTNER IN DE ZORG



**VANCIS VERBINDT ORGANISATIES MET SLIMME ICT-OPLOSSINGEN
OM VEILIG TE WERKEN AAN EEN GEZONDERE SAMENLEVING**

De zorg verandert. Zorgbudgetten staan onder druk en de kwaliteit van zorg moet omhoog. Veiligheid op het gebied van informatie-uitwisseling vraagt veel van u als zorginstelling. Vancis ondersteunt zorginstellingen onder andere met veilige zorgwerkplekken, dataopslag en back-up. Wij nemen de ICT deels uit handen, zodat

u op een veilige manier kunt werken aan een gezondere samenleving. Wij werken samen met medische wetenschappers om de nieuwste technologie in onze oplossingen te verankeren. Wij streven naar een duurzame, kwalitatieve en innovatieve dienstverlening aan onze klantenkring. Vancis is uw slimme ICT-partner in de zorg.

Esther Talboom-Kamp,
voorzitter Raad van Bestuur Saltro:

“2017 wordt
het jaar
van zinnige
en zuinige
zorg”



DOOR CHERELLE DE GRAAF

Als het gaat om innovaties en het dichterbij de patiënt brengen van diagnostiek, komt de naam Saltro al snel boven. Met initiatieven als Directlab en het Uitslagenportaal (ICT&H 5/2016) weet dit diagnostisch centrum zich steeds weer te profileren. Bestuursvoorzitter Esther Talboom-Kamp geeft haar visie op de zorg in 2017.

“Wij zien grote verschuivingen in onze markt. Er komt een e-health-tsunami op ons af, inkomstenstromen veranderen en de patiënt wordt mondiger, ook omdat hij steeds meer zelf moet bijdragen. Verder wil Amazon pakketjes gaan bezorgen met drones, maakt Google een lens die glucosewaarde meet én tracken we massaal onze sportieve prestaties en alles wat we in onze mond stoppen”, stelt Esther Talboom-Kamp, bestuursvoorzitter van Saltro. ‘Al deze ontwikkelingen hebben grote impact op ons vakgebied. We moeten hier iets mee. Maar

wat is het gouden ei? En hoe snel moeten we schakelen? Daar moeten we antwoorden op vinden, terwijl we ons tegelijkertijd moeten beseffen dat we al 60 jaar een diagnostisch centrum zijn, een rol die we uitstekend vervullen. Maar de behoefte van onze klanten verandert, vandaar innovaties als Point Of Care Testing, het Uitslagenportaal en Directlab. Ook hebben we al veel ervaring opgedaan met zelfmanagement op onze Trombosedienst. Saltro loopt hierin voor op de markt en deze voorsprong willen we behouden.”

Andere veelbelovende, toekomstgerichte initiatieven zijn onder meer de partnerships van Saltro met meerdere huisartsorganisaties en ziekenhuizen. Talboom-Kamp: “De Eerstelijns Diagnose en Advies Centra (EDAC) in Woerden en de Bilt zijn hier prachtige voorbeelden van. En samen met Zorggroep Almere ontwikkelen we een Innovatiekalender.”

“Wij vinden het belangrijk om continu stappen te zetten in zorg-op-maat met diagnostiek rondom de patiënt, waarbij de combinatie van goed advies en uitleg aan de patiënt cruciaal is”, legt Talboom-Kamp verder uit. “Iedereen binnen onze organisatie is zich bewust van het feit dat de diagnostiek van Saltro continu verbeterd en vernieuwd moet worden, zonder de kosten en effectiviteit uit het oog te verliezen. Van patiënten en aanvragende artsen ontvangen we doorlopend waardevolle input en inzichten. Daarmee gaan we vervolgens samen aan de slag. Zo kunnen we als Saltro een duurzame, relevante rol blijven spelen in het verder verbeteren van de zorg. Morgen én overmorgen.”

Dienstverlening

Gevraagd naar concrete plannen voor volgend jaar heeft Esther Talboom-Kamp geen bedenktijd nodig. “In 2017 richten we ons op groei binnen én buiten ons bestaande netwerk. Speerpunt is verstandig en medisch zinvol omgaan met de allerbeste diagnostiek en zorg rondom de patiënt. Dat betekent dat we onze kennis rondom diagnostiek steeds meer direct aan patiënten gaan aanbieden; uiteraard binnen de medische kaders. Verder staat 2017 in het teken van het delen van onze diagnostiek kennis met aanvragend huisartsen, medisch specialisten en onderzoekers.”

“**“WAT IS HET GOUDEN EI? HOE SNEL MOETEN WE SCHAKELLEN? WE MOETEN HIER ANTWOORDEN OP VINDEN”**”

De basis hiervoor is al gelegd. Afgezien van genoemde innovaties is de bestuursvoorzitter trots op de positie die Saltro inmiddels als kenniscentrum heeft opgebouwd. “We hebben een uitzonderlijke expertise in huis en daarmee kunnen we alle partners helpen betere keuzes te maken. De komende tijd gaan we hiermee nóg actiever aan de slag. Daarnaast zijn wij in staat om mensen met elkaar te verbinden, wij kennen immers de zorgverleners, verzekeraars, leveranciers én zien elke dag patiënten. Ook dat draagt bij aan een betere zorg. We zijn als Saltro dus niet bang zijn voor de toekomst, maar kijken er juist naar uit.” ■

**Tim valt
elke avond in
het ziekenhuis in
slaap bij het verhaal
dat zijn vader
thuis aan hem
voorleest**



Virtueel thuis in het ziekenhuis

VR-iendje™ is een unieke doe-het-zelf Virtual Reality oplossing. Het is zo ontwikkeld dat iedereen zelfstandig VR beelden kan opnemen en/of live streamen met onze zeer gebruiksvriendelijke mobiele camera en VR platform. Hiermee wordt het werken met VR voor ieder ziekenhuis toegankelijk, betaalbaar en schaalbaar.

Meer weten over de mogelijkheden van VR als medische toepassing? U kunt ons bellen op 050 8222 822.

*** Voor 31 December besteld 20% korting op een jaar abonnement!**



SCHAALBAAR & BETAALBAAR *



DOE-HET-ZELF TOEPASSING



GEBRUIKSVRIENDELIJK

VR iendje™
by yellowBird®

Kijk vanuit het patiëntperspectief

We hebben gezien dat de gezondheidszorg voor grote uitdagingen staat als digitale innovaties, verdubbeling van de zorgvraag, de veranderende houding van de patiënt, onder druk staande budgetten en arbeidsmarktproblematiek. Deze lijn zet zich in 2017 voort! E-health en online communicatie bieden namelijk volop (technische) mogelijkheden. De grote vraag is hoe de mens ermee omgaat. Er zijn al veel mooie ontwikkelingen gaande in de gezondheidszorg, maar zorgverleners omarmen big data vaak nog niet als vanzelfsprekend en vooral privacy blijft een gevoelig onderwerp.



CV

Geert-Jan van Hal is lid van de redactieraad van ICT&health. Als chronisch patiënt is hij geboren met beiderzijds dysplastische nieren. Unilaterale nierdysplasie is goed te behandelen. Bilaterale nierdysplasie is niet met leven verenigbaar. 'Ik heb het overleefd. Dat is een unicum. Vanuit zijn perspectief als patiënt, ervaringsdeskundige en eindgebruiker bekijkt hij in deze column ontwikkelingen op het gebied van eHealth, mHealth en smart health. Gezondheid bepaalt de kwaliteit van leven. De kwaliteit van zorg bepaalt in veel gevallen echter de kwaliteit van leven.

We moeten beseffen dat de innovaties op technologisch gebied iedereen in staat stelt om de patiënt centraal te stellen. Patiënten willen graag digitale zorg, ook ik ben een enorme voorstander van deze digitale zorg. Laten we de digitale zorg samen in 2017 door ontwikkelen. Neem de patiënt mee, organiseer kennissessies waarbij patiënten en zorgverleners elkaar ontmoeten en geef de patiënt een actievere rol in hun zorgproces. Experimenteren en innoveren is nodig voor vernieuwing en verdere ontwikkeling in de zorg.

Data uitwisselen is aan de ene kant in het belang van de patiënt en aan de ander kant van de hulpverlener en verzekeraar, investeer en geef ze de middelen hiertoe. Ik denk daarbij aan middelen als een landelijk en gezamenlijk Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) waarin je samen met de patiënt gegevens uitwisselt. Maar ook middelen als een fitbit zodat patiënten hun eigen gezondheid kunnen monitoren. Stel iPad 's beschikbaar of vergoed deze vanuit de zorgverzekeraar zodat de patiënt deze kan gebruiken voor online afspraken, beeldbellen, de zogeheten videoconsult (in plaats van fysiek naar een zorgverlener gaan), medische-apps bijvoorbeeld een medicatie-app waarbij de combinatie van medicijnen bijgehouden kunnen worden.

De patiënt moet in de toekomst de mogelijkheid hebben om zijn eigen gezondheid vast te leggen. Een andere trend die ik zie zijn de slimme pleisters met sensoren. Sensoren die patiënten

continu bewaken, die proactief waarschuwen als er zich mogelijk complicaties voordoen, ook dat is de toekomst. Ook hier weer met als voordeel; het geeft een veilig gevoel als je jezelf kunt monitoren. Een ontwikkeling die ik voor zorgorganisaties zie, is een breder gebruik van bijvoorbeeld Cloud technologie en cyber security.

Cyber security wordt de komende jaren een hot item, met name vanwege de paradox betere zorg en privacy. De vraag blijft van wie is de data? Van de patiënt? De zorgverlener? De verzekeraar? Patiënten willen graag hun data delen, zolang ze zelf eigenaar blijven en het gegarandeerd veilig is.

Ontwikkel blijvend vanuit behoefte

E-health, mHealth en smart health bieden voor zowel de zorgprofessional als patiënt veel nieuwe kansen, nu en in de toekomst. Hierbij gaat het niet alleen om een applicatie, maar over een nieuwe kijk op gezondheid en de gezondheidszorg. De vraag moet altijd zijn en blijven; is de patiënt ermee geholpen? Ontwikkel dus blijvend vanuit behoefte in plaats van techniek. De toekomstige uitdagingen in de zorg vragen om menselijke en simpele oplossingen.

Ik wens alle lezers, hun naasten en medemens warme feestdagen en een gezond maar innovatief 2017!

"Together we care". ■



ICT&health *Experience*

ICT&health Experience:

1001 gezichten van e-health

Op 26 januari a.s. staat in De Jaarbeurs volledig in het teken van technologische Innovaties in de zorg tijdens de ICT&health Experience. Keynote spreker is Staatssecretaris Martin van Rijn. Dankzij een gevarieerd programma spijkeren bezoekers in één dag hun ervaring én kennis bij over digitale zorg.



Bekijk het programma van de ICT&health Experience op de website www.icthealthexperience.nl

De ICT&health Experience is meer dan een line-up van sprekers. In een gemixt programma van lezingen, innovaties in de praktijk en zelfdoen sessies, worden bezoekers ondergedompeld in een dag vol belevenis. Nieuwe ervaringen, nieuw netwerk, luisteren naar patiëntperspectief en leren van best practises. Dat is ICT&health Experience.

ICT&health Experience bouwt met dit jaarlijks terugkerende event voort op de ehealthweek die in juni 2016 in de beurs van Berlage plaatsvond. Het is een event waar de zorgsector, van bestuurder tot aan met de verzorgers aan het bed, kennis maakt met de relevante technologische ontwikkelingen, toepassingen, implementaties, financiering en regelgevingen.

Digitale zorg in de praktijk

Het ICT&health Experience is een dag waarin zorgprofessionals, zorgverleners, bestuurders, overheid en gemeenten de technologische oplossingen daadwerkelijk gaan zien en kunnen uitproberen.

Bezoekers kunnen kennis opdoen via een reeks inhoudelijke en interactieve lezingen, met een uitgebreide mogelijkheid voor Q&A. Staatssecretaris Martin van Rijn en en Lucien Engelen zijn keynote sprekers tijdens dit event.

Het programma wordt samengesteld in samenwerking met de redactieraadleden van ICT&health en het ministerie VWS. Het event wordt gefilmd en live gestreamd.

Expertlezingen

Aansluitend aan het bovenstaande bieden we de bezoekers ook de mogelijkheid om ook inhoudelijke lezingen van onze Innovation Partners te volgen. Dit zijn experts als het gaat om technologie en de implementatie.

Accelereer e-health

Een uniek programma is Accelereer uw e-health in één dag, een samenwerking van ICT&health en Advance Healthcare. In groepen van telkens 10 personen wordt één e-health thema binnen één dag volledig

uitgewerkt. U gaat naar huis met een concept, een financiering en nog veel meer. Tijdens de ICT&health Experience vindt de aftrap van dit programma plaats.

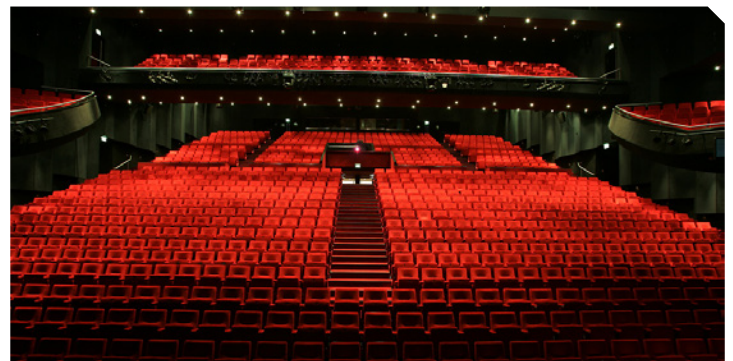
Uiteraard wordt de ICT&health Experience afgesloten met een netwerkborrel. ■

In het programma kunt u rekenen op bijdragen van:

- Jongespecialisten
- Patiënten Academy
- StartupDelta
- Innoveer in één dag met Bart Colet

Praktische informatie

Datum: 26 januari 2017
Tijd: 09.00 – 17.00 uur
Locatie: Jaarbeurs Utrecht
Het lezingen programma kost 345,- euro per persoon.



ICT&health
— Experience —

**JAARBEURS
UTRECHT**
26 januari 2017



DOOR YVONNE KEIJZERS

'Betrek patiënt vanaf de start bij innovatietrajecten'

Sinds drie jaar runt Anne-Miek Vroom Stichting IKONE. Als ervaringsdeskundige, expert op het gebied van medische sociologie en met haar ervaring in de zorg heeft ze de perfecte achtergrond om patiënten meer en eerder bij de beslissingen in de zorg te betrekken. Stichting IKONE stelde een team van patiënten samen, die onder meer betrokken worden bij innovatietrajecten of beleidsplannen. ‘Mijn doel is om het voor elkaar te krijgen dat patiënten zo vroeg mogelijk bij beslissingen in de zorg worden betrokken.’

Het werk van Anne-Miek Vroom met haar team is uniek in Nederland en onderscheidt zich van het werk van de Patiëntenfederatie. ‘Wij werken nauw samen met de patiëntenfederatie. Maar waar zij vooral een belangengroep zijn, en zich inzetten voor lobbywerk en ondersteuning van patiënten, willen wij vooral een brug slaan tussen de zorg en ervaringen van patiënten. We vullen elkaar hierin prima aan.’

Inmiddels werken 40 leden in het team van Stichting IKONE. Voor het merendeel zijn het chronisch patiënten, die net als Anne-Miek zelf, ervaringsdeskundig zijn binnen de zorg. Hun kennis is waardevol en zelfs van onmisbare waarde als het gaat om innovatieve trajecten in de zorg, vindt Vroom. ‘Want als iedereen inderdaad vindt dat patiënten centraal staan in de zorg, dan moet zo’n traject ook om hen heen georganiseerd worden. Toch is dat nog lang geen gemeengoed, ervaart Vroom. ‘Het komt nog steeds heel vaak voor dat er een innovatietraject opgestart wordt en het team aan het einde van het traject zich afvraagt wat nu eigenlijk het patiëntperspectief is. Doorzonde, want door de patiënt vanaf het begin te betrekken, wordt de kwaliteit van zo’n project veel beter.’

Patient journey

De stichting ontwikkelde de afgelopen jaren de methodiek ‘Narrative Based Patient Journey. Dit is een patiënt journey gebaseerd op het verhalen van personen die patiënt zijn geweest, of nog steeds zijn. Gezamenlijk worden de ervaringen, ziektegeschiedenis, sociale relaties, zorgcontacten en belangrijke domeinen in kaart gebracht. Daardoor worden bijvoorbeeld knelpunten en mogelijkheden duidelijk binnen een innovatietraject. Deze aanpak resulteerde in vijf toekomstverhalen van patiënten en een verpleegkundig specialisten die gebruik kunnen maken van de persoonlijke gezondheidsomgeving en e-health.

Volwaardige bijdrage

Volgens Vroom moeten zorgverleners zich realiseren dat patiënten echt graag willen bijdragen aan een betere zorg. ‘Veel patiënten zijn serieuze gesprekspartners, daar hoeft je echt niet voor op je knieën te gaan’, zegt ze. ‘Maar het is wel een ongeschreven wet dat je alleen een samenwerking krijgt als er een gelijkwaardige zoektocht is. In de praktijk komt het nog wel eens voor dat we op vrijdag gebeld worden met de vraag of er maandag een patiënt kan komen. Of dat reiskosten niet vergoed worden. De zorg - en dan bedoel ik de zorg in de breedte, dus ook consultants - moeten echt gaan beseffen dat patiënten integraal onderdeel uitmaken van de oplossingen die we nodig hebben. En dat ze vanaf de start aan tafel moeten zitten.’

De Stichting heeft inmiddels 40 patiënten als lid. Maar voor Vroom betekent dat niet dat ze op haar lauweren kan rusten. Integendeel. Hoewel ze door haar ziekte Osteogenesis Imperfecta niet elke dag zo voluit kan gaan als ze zou willen. ‘Het is voor de Stichting echt een uitdaging alles financieel te borgen. Ik vind het belangrijk om iedereen persoonlijk te kennen, want mijn ervaring is, dat je pas dan de juiste mensen aan de juiste vraag kunt koppelen. Maar het kost veel tijd om aandacht te geven aan leden en hen persoonlijk te coachen. Ik hoop dan ook dat de Stichting groeit, zodat we hier meer ruimte voor krijgen. ZonMW is nu bezig te onderzoeken of er budget kan worden ingeruimd voor patiënten perspectief. Dat is heel erg belangrijk.’

Anne-Miek Vroom geeft graag een aantal tips voor zorgverleners die innovatietrajecten willen opstarten:

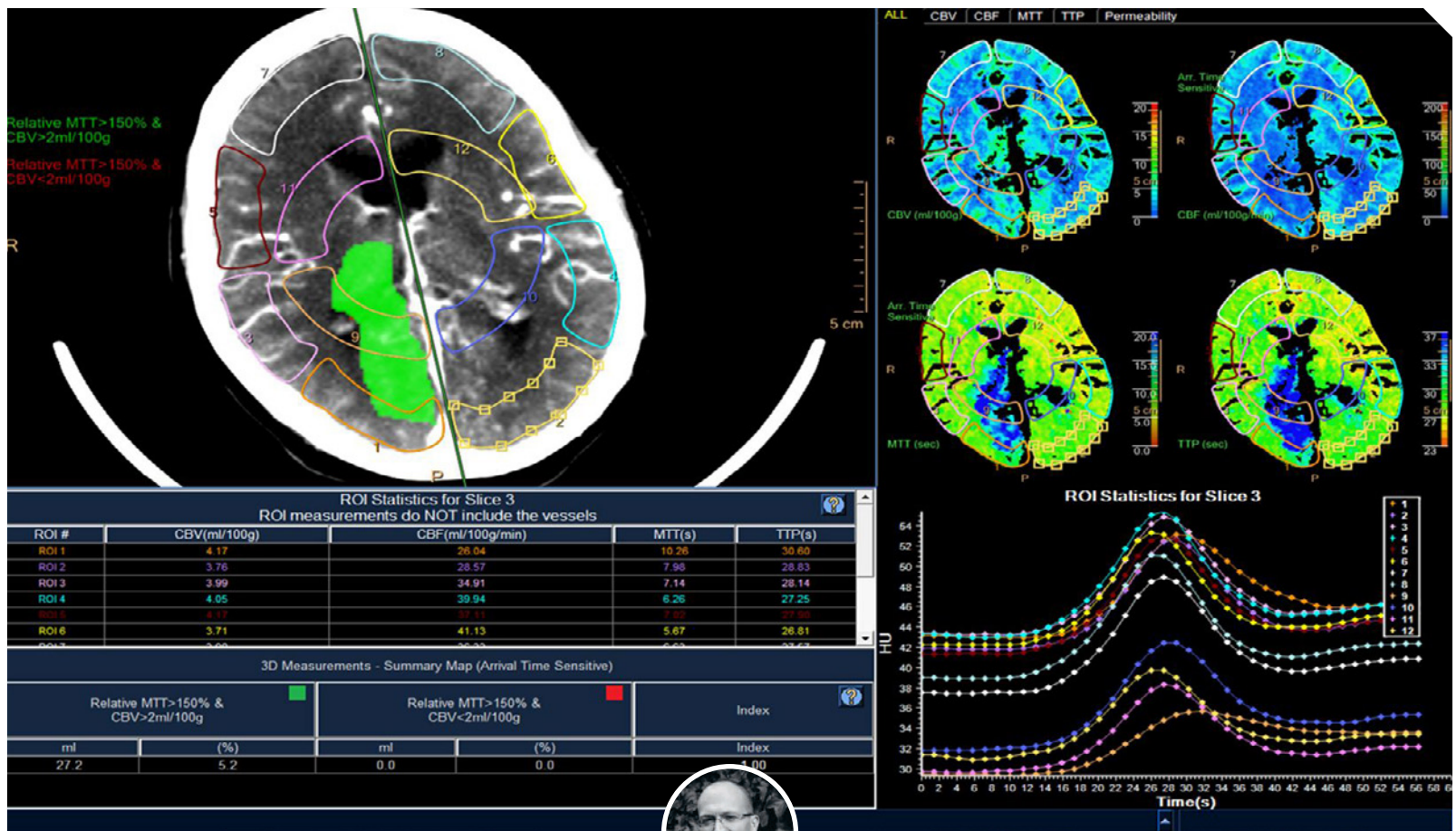
1. Betreft patiënt vanaf de start. Dat betekent ook de patiënten later in het traject meer betrokken blijven. In de praktijk blijkt dat dan niet alleen andere keuzes worden gemaakt, maar ook dat onderzoekers andere vragen gaan stellen. Zo lijkt het alsof patiënten veel meer op beleving zitten. Het organiseren van mantelzorg bijvoorbeeld

regel je niet vanuit Whatsapp, zoals vaak gedacht wordt.

2. Er zit echt goud in de verhalen die patiënten vertellen. Leer daarvan en haal eruit wat belangrijk is. Stap over die ervaringen heen, generaliseer deze. Dat is toegevoegde waarde voor de organisatie.
3. Bel naar een patiëntenorganisatie. Dat is een eenvoudige stap, maar wordt vaak overgeslagen. Patiëntenorganisaties hebben heel veel kennis in huis en kennen vaak patiënten die willen meedenken. Neem hen serieus. Verwacht niet dat de organisatie vervolgens alles voor je regelt, zoals vervoer en dergelijke.
4. De patiënt is meer dan de ziekte. Een voorlopige conclusie uit onderzoek dat Ikone uitvoert met 4 studenten blijkt dat patiënten hun ziekte veel breder beleven dan alleen de medische toepassing. Het gaat hen om hun persoonlijke gezondheidsbeleving. Daar hoort ook een taxirit naar een nierdialyse bij. Deze ervaringen zijn geen losstaande incidenten, maar onderdeel van deze gezondheidsbeleving.
5. Zorg ervoor dat de e-health toepassing geen stap terug is. Waar patiënten vroeger hun status eenvoudig konden aflezen omdat deze aan het voeteneind van het bed stond, is dat door digitalisering van de gegevens soms ineens niet meer mogelijk. Dat is natuurlijk niet de bedoeling. Daar moeten zorginstellingen alert op zijn. ■

Patiënten zijn mondiger

Volgens Vroom is het beeld van een steeds mondiger patiënt onzin. ‘Uit onderzoek van NIVEL blijkt dat er niets is veranderd. De patiënt van nu wil net zo veel inspraak als de patiënt van vroeger. Wat wel verandert is, is de houding van medisch specialisten. Die zijn opener geworden. Het is dus gewoon een kwestie van cultuur.’



DOOR MARTIJN KREGTING

Philips wil beeldbeheer en –interpretatie radiologie op volgend niveau brengen

Philips is in 2016 een puur op gezondheid gerichte onderneming geworden. Het gaat het concern om het hele ecosysteem van healthcare, van de apparaten tot en met de diensten voor patiënten. De focus ligt bij Philips op drie gebieden: diagnose en behandeling, connected care en personal health. Op het eerste gebied heeft het concern drie platforms geïntroduceerd, die de wereld van de radiologie een volgende stap moeten laten maken in het verbeteren van diagnostiek, maar ook de eigen werkprocessen.

Philips toonde op de vakbeurs RSNA 2016 (Radiological Society of America), innovaties op het gebied van onder meer kunstmatige intelligentie, betere beeldherkenning en managementtools voor radiologieafdelingen (zie kader). Rob Cascella, CEO Philips Imaging Businesses en Jeroen Tas, CEO Connected Care and Health Informatics, gingen tijdens een persbriefing verder in op de gezondheidstrends zoals Philips die ziet en waar Illumeo, PerformanceBridge en IntelliSpace een rol in spelen.

Diagnoses en behandeling liggen aan de basis van personal medicine: een op specifieke

patiënten afgestemde behandeling en nazorg, evenals het bieden van opties voor een meer gezonde levensstijl, zo gaf Rob Cascella de aftrap. "We zijn er, als Philips en als sector nog lang niet. Maar met de drie introducties van Philips zetten we naar ons idee belangrijke stappen."

Zo kan imaging behalve voor diagnoses ook gebruikt worden voor minder invasieve operatiemethoden, met minder trauma voor patiënten, minder weefselsterfte en sneller herstel. "Natuurlijk is het belangrijk om meer aandacht te hebben voor preventie, maar er zullen altijd operaties en behandelingen blijven

plaatvinden. Dan is het goed om met nieuwe radiologietoepassingen tot een first time right diagnose te komen. Daarmee verminder je het aantal onnodige onderzoeken en behandelingen, wat goed is voor de kosten in de zorg, de druk verminderd op specialisten en verzorgers, en beter is voor patiënten. De hele keten profiteert er van." Philips levert volgens Cascella de tools om tot betere, snellere en correcte diagnoses te komen. "Wij verkopen niet zozeer MRI- of CT-scanners, maar de instrumenten om de gegevens en beelden die hier uit voort komen beter en sneller te interpreteren en zo ziekten beter te behandelen. Daarmee begeven we ons steeds

verder richting de softwarelaag, waarmee veel meer uit bestaande en nieuwe hardware gehaald kan worden, of waarmee een MRI- of CT-scan geen drie kwartier meer hoeft te duren, maar 5 minuten.”

Naarmate Philips zich omhoog beweegt in de voedselketen, kan het concern ook verder gaan dan het ondersteunen van de klinisch specialisten, door bijvoorbeeld de processen van radiologieafdelingen te verbeteren. PerformanceBridge moet de efficiency van afdelingen, het operationele element ondersteunen, stelt Cascella. “Ook zo komen we dichterbij het streven van precision medicine en precision health.”

Gepersonaliseerde cure en care een must

Miljarden mensen wereldwijd leiden aan cardiovasculaire ziekten, aan diabetes of COP-gerelateerde aandoeningen. Om hen te helpen of om verdere aanwas te beperken, is gepersonaliseerde cure en care een must, meent Jeroen Tas, CEO Connected Care and Health Informatics bij Philips.

“Het is een zoektocht naar diepe, relevante en kwantificeerbare informatie per patient. Enkele jaren geleden hebben wij een basis gelegd voor het hele healthcare spectrum, met de Philips HealthSuite. Dit platform integreert hard- en software, maar ook medische devices zoals medicijn dispensers en toepassingen. Van CT-scanners tot wearables en de informatie die zij per persoon registreren. We noemen dit ecosysteem het Internet of Medicine.”

Het doel is om medische en contextuele informatie per patient bij elkaar te brengen, zodat voor een specialist bijvoorbeeld ook duidelijk is dan een bepaalde hartslag of bloeddruk niet voor elke patient hetzelfde

betekent. Door generieke informatie over ziekten en behandelingen te integreren met medische en contextuele informatie per patiënt, komt personalised medicine dichterbij.

GB's data per patiënt

Tas: “Zo is de IntelliSpace Universal data manager bedoeld voor het beheer van de massale hoeveelheden beelden die uit allerlei bronnen afkomstig zijn. Het gaat tegenwoordig met data en beelden uit eerdere studies vaak al om GB's per patient. Dat alles bij elkaar brengen in enkele seconden, afgestemd op de individuele gebruiker, is een stap vooruit.” IntelliSpace is vooral gericht op de neurologie. Zo wordt het bijvoorbeeld mogelijk om al jaren voorafgaand aan het naar buiten komen van externe symptomen aanwijzingen te herkennen bij iemand die bijvoorbeeld duiden op verdergaande atrofie van de hersens dan zou moeten voor iemands leeftijd of gezondheidstoestand. Een volgende stap is om dit te gaan gebruiken voor behandelplannen van patienten, inclusief betere methoden om gezond te leven.

Interpretatie via adaptieve intelligentie

Waar IntelliSpace beheert, daar interpreteert Illumeo. Het is in essentie de (adaptieve) intelligentie die alle relevante informatie uit bloedtesten, genomics, pathologische studies et cetera bij elkaar brengt en bundelt op overzichtelijke wijze, waarbij via machine learning geleerd wordt hoe een gebruiker graag informatie voorgeschiedt krijgt. De software kan kwantificeren en vergelijken op basis van normatieve informatie en kleine zaken zien die het menselijk oog soms mist.” De AI kan verder complexe data over de tijd

heen met elkaar vergelijken en interpreteren, wellicht kleine afwijkingen zien waar een radioloog overheen kijkt omdat het om slechts enkele pixels gaat. In totaal heeft Philips zo'n 123 miljoen datasets bij elkaar gebracht uit op basis waarvan de software leert wat normaal is en wat afwijkend kan zijn.

Alles bij elkaar

Tijdens de briefing vertelden ook enkele specialisten uit het veld over hoe zij aankijken tegen introducties zoals van Philips. Eliot Siegel, radioloog verbonden aan het University of Maryland Medical Center in Baltimore (Maryland), vindt het een enorme stap vooruit om alle klinische en contextuele informatie die per patient relevant is, bij elkaar te krijgen op een plek in plaats van via allerlei portals.

“Dus één interface met alle relevante en gefilterde informatie uit nieuwe en eerdere dossiers. Vroeger had je daar een team van mensen voor nodig die daarvoor een briefing samenstelde. Maar niet elke arts heeft zo'n team. Nu is het mogelijk om een snellere en betere diagnose te stellen zonder dat je een gespecialiseerd team hebt. Alle informatie op één locatie maakt mij, maar ook al mijn collega's, tot veel betere specialisten.”

Van identificatie naar interpretatie

Dr Leo Wolansky, radioloog verbonden aan University Hospital Cleveland in Cleveland (Ohio), stelt dat de rol van radiologen in de zorg voor patienten de afgelopen decennia enorm veranderd is. “Eerst konden we alleen identificeren of er een afwijking ergens te vinden was op basis van algemene standaarden en op basis van ons eigen inzicht.” Nu is er veel meer interpretatie van beelden mogelijk, ook over de tijd heen, waardoor er beter diagnoses mogelijk zijn.

Het gaat vaak om hele kleine verschillen, soms van enkele procenten, die kunnen bepalen of een behandeling nu of later het meeste succes heeft, of wel of niet nodig of zinvol is. Het is volgens Wolansky goed om hierbij hulp te hebben van een computer die verschillen beter kan zien. Hij is niet bang dat computers de rol van specialisten overnemen. “Die vrees was er ook bij de opkomst van röntgenapparaten. Ook toen zijn specialisten niet vervangen. Ze kregen een andere rol, konden beter voor mensen zorgen. Ik verwacht ook nu niet dat machines mensen gaan vervangen, wel dat ze elkaar gaan aanvullen. Betere ondersteuning betekent betere diagnoses. Dat betekent sneller en effectiever behandelen, eerder ingrijpen om te voorkomen dat een behandeling nodig is. De expert blijft nodig. Dit is een evolutie die ons helpt om de mensen te helpen om wie het in de zorg uiteindelijk gaat: de patiënt.” ■

De drie oplossingen

- Philips combineert naar eigen zeggen als eerste adaptieve intelligentie met radiologie binnen het Illumeo-platform; dit moet de manier waarop radiologen patiëntinformatie zien, zoeken en delen naar een hoger plan brengen. De software combineert functies voor contextbewustzijn met geavanceerde gegevensanalysefuncties om het werk van de radioloog aan te vullen. Adaptieve intelligentie is een opkomend concept waarin domeinspecifieke modellen en kennis (zoals bij radiologie) en kunstmatige intelligentie worden gecombineerd om te komen tot een adaptieve en contextspecifieke ervaring, waarbij met de gebruiker wordt meegedacht en zijn/haar werk wordt aangevuld.
- Verder kwam Philips met PerformanceBridge, een pakket software en services gericht op het verbeteren van de bedrijfsvoering door radiologieafdelingen te ondersteunen om de productiviteit te verhogen, de patiëntervaring te verbeteren en betere uitkomsten te bereiken in de zorg. Gehost door de Philips HealthSuite, moet PerformanceBridge radiologieafdelingen ondersteunen in het prioriteren van verbeteringen in het beheer van activa, in het nuttiger inzetten van apparatuur en het gebruik ervan, in de samenwerking, in compliance en in praktijkmanagement.
- Een derde introductie was die van de IntelliSpace Universal Data Manager, een schaalbare, veilige, interoperabele oplossing voor gegevensbeheer die zorginstellingen moet ondersteunen bij het organiseren van omvangrijke gegevensreeksen - vaak miljoenen beelden en andere gegevens vanuit verschillende bronnen - en bij het snel beschikbaar maken daarvan op het hele bedrijfsnetwerk. De IntelliSpace Universal Data Manager is een aanvulling op het Philips IntelliSpace-portfolio met zorginformatica, waaronder de IntelliSpace PACS-applicaties voor radiologiewerkstroombeheer en IntelliSpace Portal, het geavanceerde visualisatie- en kwantificeringsplatform.

Zie voor meer informatie over de drie oplossingen: <https://goo.gl/5iKYFw>

Hoe ziet de zorg er in 2017 uit?

NOG NIET EENS 3% BIJ DE DOKTER!

Aan de vooravond van 2017 wens ik ons allen toe dat we de (digitale) kloof tussen patiënten en professionals over de manier van zorg verlenen kunnen verkleinen. Deze week stelde TMG (Telegraaf Media Group) nét voor mijn presentatie de vraag aan het publiek waar over 10 jaar volgens hen "zorg" geleverd zal worden. Het bijgaand (alhoewel op lage aantal gebaseerde, maar voor mij herkenbare) plaatje was het gevolg: 66,7% overal, 20,8% thuis, 9,9% in het ziekenhuis en 2,6% (!!) bij de dokter. Een korte 24 uren poll deze week via twitter is natuurlijk niet als 'wetenschappelijk' te noemen, gaf een vergelijkbaar beeld. Aan de andere kant geven dit soort uitvragen wel een zeker 'gevoel', binnenkort publiceer ik meer wetenschappelijke cijfers hierover.

Koppel dat aan de 75% patiënten die graag digitale zorg wil ontvangen, maar het volgens de jaarlijkse eHealth-monitor van Nictiz/Nivel, voor het vierde jaar op rij, gewoonweg niet aangeboden krijgt. Dat staat dan in schril contrast met de artsen die aangeven dat patiënten er niet om vragen, en het 'dus' niet leeft, het lijkt soms wel een simulatie van de werkelijkheid.

Het liefst zou ik dan ook in ons eigen huis gewoon een bord aan de ingang plaatsen "Overleg met uw arts of verpleegkundige of een volgend consult ook digitaal kan plaatsvinden." We moeten patiënten meer in stelling brengen en empoweren, denk ik wel eens. Daarnaast is het aantal papers rondom "digitale zorg" ook steevast aan het toenemen (zie tabel) en is er een aanzwellende bereidheid van verzekeraars en Ministerie om ook financiering mogelijk te maken.

Desondanks wordt nog steeds één enkel voorbeeld van innovatie (u weet wel dat proces dat soms lukt, en soms ook niet) als Theranos voortdurend aangehaald als 'bewijs' dat het

allemaal niet klopt. Op basis van n=1 dus, waar dit proces overigens door velen uiterst kritisch is gevolgd <https://www.linkedin.com/pulse/theranos-gate-true-lucien-engelen>. Het gaat van één kant te ver om hier voorbeelden van 'evidence base medicine' die verkeerd afliepen, diepgaand aan te halen zoals over vaccinatie en autisme of de studie die ons vertelde dat vet slecht is. Deze 'wetenschappelijke studies' zijn namelijk teruggetrokken, net als een aantal andere zie www.retractionwatch.com.

Is wetenschap dan niet goed? Natuurlijk wél en is dat ook precies wat wij binnen het Radboudumc uitvoeren op het vlak van digitale zorg. Wij geven niet vormgeven in de setting van de Triple Helix (kenninstellingen, overheid en industrie) zoals op veel plekken gebruikelijk is, maar in de vorm van een Quadruple Helix (kenninstellingen, overheid, industrie EN DE PATIENT). Met de patiënt betrokken vanaf het begin, we noemden het 5 jaar geleden 'patiënt als partner'.

Het lijkt echter als je sommige wetenschappers hoort, alsof de innovaties in geneeskunde uit de lucht zijn komen vallen, zonder een meanderend pad van voortdurende innovaties. Net zoals enkele voorbeelden op het vlak van wetenschap niet maatgevend of representatief voor de hele sector zijn, geldt dat ook voor digitale innovatie, welke overigens doorgaans geleid wordt door artsen. En het is juist dát wat ik mis in dit debat, de nuance in plaats van een setting waarin vooral de valkuilen gezien worden en de voordelen niet.

Ik hoop dat in 2017 de speech van voorzitter van de AMA niet langer aangehaald wordt, zónder ook de 'aftermath' te benoemen waarin hij door nogal leden wat uit zijn achterban ter verantwoording werd geroepen en zelfs een FAQ pagina moest openen (die overigens gaandeweg 'verdund' is). En de weken erna verschenen er diverse rapporten vanuit de AMA over digitaal zorg (of wat

Het jaar 2016 ligt bijna achter ons. E-health is als onderwerp inmiddels volledig doorgebroken. Maar om het in de praktijk te brengen is vaak nog lastig. Een aantal leden van onze redactieraad geeft hun beeld op de zorg in 2017. Wat kunnen we verwachten van het komende jaar?

het misschien wel een publiciteitsstunt?) Om vervolgens een maand later een grote samenwerking aan te kondigen op digitale zorg vlak met Ohmada Health.

Mijn oproep is dan ook positief kritisch te staan tegenover ontwikkelingen. Zolang dat niet het geval is blijven wij (blijf ik) de rol als uitdager, protagonist, techno-optimist in een wereld van berusters, ontkenners en techno-pessimisten voorlopig nog even met een kritische blik spelen. En zullen wij met een 'half vol' glas in de hand wetenschappelijk onderbouwen wat wél en wat niet werkt. Hierbij kijken we vooral niet weg voor wat er in de maatschappij gebeurt. Als was het maar voor de Yin-Yang :-)

Lucien Engelen
Voorzitter redactieraad



Lucien schreef hierover eerder op zijn LinkedIn blog.

LAAT DE MENSEN MENSEN ZIJN IN 2017

Hoe zal e-health binnen de zorg er in 2017 uitzien? We zullen meer VR-brillen zien, er zullen meer zorginstellingen en ziekenhuizen overstappen op EPD's, en er zal meer vergaderd worden over innovatietrajecten. Overigens betwijfel ik of de inderdaad steeds meer consumenten bloeddruk en hartslag zullen meten. Zal die groei zo groot zijn als sommigen verwachten? Belangrijker is dat in 2017 de consument/patiënt nog meer gaat beseffen wat de voordelen zijn van e-health. En dat artsen gaan beseffen dat zij dit moeten leveren.

Ik heb het niet over de voordelen van besparingen of meer efficiency. Want het beeld van de mens als Homo Economics klopt nu eenmaal niet. De

mensen die altijd rationeel besluiten neemt, bestaat niet. Mensen varen nu eenmaal voor het grootste deel op hun gevoel. Dus laten we in de zorg niet de fout maken om ervan uit te gaan dat mensen de technologie echt wel omarmen, omdat dit nu eenmaal beter is voor hun portemonnee of zorgt voor efficiencylagen.

Emotionele connectie

Om de technologie dichterbij de mensen te krijgen, moeten we zorgen voor een emotionele connectie tussen technologie en mensen. Het gaat om het gevoel, of de glimlach zo je wilt. Zoals de demente bejaarde die dolblij wordt van een robotzeshond. Of de vader die dankzij VR toch bij de bruiloft van zijn dochter kan zijn, ook al ligt hij in het ziekenhuis. Of de chirurg die gemakkelijker kan opereren met behulp van 3D-technieken. Juist die emoties zullen zorgen voor een doorbraak van e-health.

Het gaat om gemak, sfeer en gezelschap, zoals we ook kennen van de trend #Hygge die uit Denemarken is overgewaaid. Hygge gaat over sfeer en gezelschap. Het staat voor gezelligheid en doen wat je fijn vindt. Ik wijs ook even op guilty pleasures. Wie heeft er geen? Mensen houden er nu eenmaal van om dingen te doen die niet per se goed voor je zijn. En dus pak je een chocolaatje, een wijntje of lig je lui op de bank als je daar zin in hebt. We zijn per slot van rekening mensen, ook toevallig ook patiënt/consument of arts is.

De efficiency-eis vind ik overigens wel terecht om die gebieden waar geld centraal staat: de zorgverzekeraars, de budgetten, de inkoopers. Laat daar efficiency prevaleren. Maar laat in de zorg tussen mensen, tussen artsen en patiënten en medisch personeel onderling, vooral het MENS-zijn voorrang hebben. Laat e-health hier een hulpmiddel zijn en geen doel op zich. Als dat lukt in 2017, dan wordt het een mooi jaar.

Yvonne Keijzers
Hoofdredacteur
ICT&health



DE PIONIERS VAN ONBEGRENSEDE TECHNOLOGISCHE MOGELIJKHEDEN

Wanneer ik aan technologie denk, denk ik aan onbegrensde mogelijkheden. Elk jaar komen we in de zorg een stapje dichterbij de bedoeling van technologie: het verbeteren van de kwaliteit van zorg. De jaren die nu volgen, zijn de ontdekkingsjaren. Wij zijn de generatie van de pioniers.

De transitie van een traditionele zorgorganisatie naar een blended care-organisatie vindt nu plaats. Drie technologische ontwikkelingen beleven in 2017 een doorbraak. Virtual Reality (VR) is er een van. Talloze bedrijven bouwen aan VR-omgevingen. Training en simulatie van behandelingen en operaties worden op basis van VR uitgevoerd. Een platform als Vrendle maakt deze VR-films heel toegankelijk.

Ook vindt de opkomst plaats van emotionele robots, die begrijpen in welke emotionele toestand een mens zich bevindt. Ze anticiperen daarop of nemen taken uit handen.

Tot slot gaan we meer zien van de mogelijkheden van blockchain en big data. Iedere zorginstelling verzamelt grote hoeveelheden data, bijvoorbeeld vanuit ROM-onderzoek (Routine Outcome Measurement). De verzamelde informatie biedt nieuwe mogelijkheden voor wetenschappelijk onderzoek en gepersonaliseerde zorg.

Ontwikkelingen als Fast Track Science dichteren het gat tussen practise en evidence based en zorgen ervoor dat start-ups hun producten in slechts enkele weken op bruikbaarheid toetsen.

Het jaar 2017 staat niet alleen in het teken van nieuwe 'disruptive' innovaties, maar ook van het opschalen, integreren en borgen van bestaande innovaties. Er zijn tal van slimme technologieën waarvan de care nog geen gebruik maakt. In 2017 gaan we deze kansen verzilveren.

Sanneke Langendoen
Programmamanager
eHealth & Innovatie
Pluryn



HET 'FASTEN SEATBELTS' TEKEN ZAL BINNENKORT OPLICHTEN, BENT U ER KLAAR VOOR?

Tot en met 2014 verkeerden we in een snuffelfase als het op 'digitale zorg' aan kwam: veel hype, veel start-ups en her en der intense pilotprojecten. Vanaf 2015 begon de implementatiefase: op verschillende plaatsen werd immers aangevangen met 'digitale zorg' écht te implementeren in het ecosysteem. Ik vermoed dat 2017 het laatste jaar is van die implementatiefase alvorens dat we in 2018 de adoptiefase aanvangen, een fase waarin op grote schaal digitale zorg binnen gebracht wordt in de zorgsysteem. 'Digitale zorg' zal vanaf dan ook gewoon terug 'zorg' worden, gelijkaardig aan hoe dat 'digitaal bankieren' ook 'bankieren' werd.

2017 wordt een intens jaar van consolidaties, combinaties, integraties, zware investeringen en diverse spraakmakende samenwerkingsverbanden met niet-zorg-gerelateerde sectoren.

De meeste deelnemers in het ecosysteem hebben hun ticket al aangeschaft, zijn ingecheckt en staan klaar om aan boord te gaan. Het is enkel nog een kwestie van wat ellebogenwerk om de beste zitplaatsen en lockers te bemachtigen.

Bart Colet
Partner Advance
Healthcare,
Mede-oprichter
Healthstartup EU
en Directeur Vandecruys



2017 WORDT HET JAAR VAN PATIËNTPARTICIPATIE

Al jaren praten we over "patiëntparticipatie". De droom dat iedereen zelf verantwoordelijkheid kan nemen voor zijn eigen gezondheid. Vanuit kennis over het eigen medisch dossier en de keuzemogelijkheden voor zorg. De droom dat we gelijkwaardiger gesprekspartner kunnen zijn voor onze arts, en samen kunnen zorgen dat de zorg persoonlijker wordt en veilig en efficiënt.

De afgelopen jaren is veel geïnvesteerd om die droom te bereiken. Toch blijkt uit de eHealth-monitor 2016 dat nog maar 4-6 procent van de zorggebruikers online zijn medische gegevens kan inzien en 1 procent een persoonlijk gezondheidsdossier heeft gebruikt. Een resultaat dat velen, en mij ook, teleurstelde.

Heldere standaarden

Maar... in 2017 worden de belangrijkste laatste drempels opgeruimd. Door het programma 'Meer regie over gezondheid' van Patiëntenfederatie Nederland wordt glashelder aan welke standaarden persoonlijke gezondheidsomgevingen moeten voldoen. Daarnaast neemt de overheid een definitief besluit over de nieuwe eID standaard, zodat helder is hoe een veilige toegangscontrole bij het gebruik van eHealth kan worden geborgd. En last but not least, krijgen ziekenhuizen en industrie met het NVZ programma VIPP komend jaar een enorme financiële impuls om te investeren in tools die zorggebruikers zelf regie kunnen geven.

Het is spannend of zorg en industrie erin slagen tools te creëren die zo gebruiksvriendelijk zijn dat wij in onze persoonlijke gezondheidsomgeving ►

of portaal, over begrijpelijke zorginformatie kunnen beschikken. Ongeacht de bron en softwareleverancier. En op zo'n manier dat we regie kunnen nemen voor onze gezondheid. Eén ding is duidelijk, dat lukt alleen als zorg en industrie samen werken mét patiënten voor betere gezondheid door betere informatie.

Lies van Gennip
Directeur Nictiz



WAT BRENGT 2017 VOOR DE HUISARTS?

Als in de laatste "Huisarts & Wetenschap" naar aanleiding van het NHG-congres 2016, hoogleraar en klinisch geneticus Han Brunner spreekt over de mogelijkheid van een farmacogenetisch paspoort, dan weet je het: er begint iets te bewegen. Want zelfs in de toch wel als conservatief te beschouwen huisartsenwereld begint aandacht te komen voor nieuwe ontwikkelingen in de (epi)genetica. In Medisch Contact stond recent een artikel waarin gesproken werd over de mogelijkheden van ingrijpen in het DNA, door middel van CRISPR-cas. En in deze zelfde eerder genoemde H&W werd ook al gerept over de mogelijkheden van deze techniek bij zeldzame aandoeningen. Die, schrik niet, in de gemiddelde huisartspraktijk toch wel 100-150 keer voorkomen.

Dit is een positieve ontwikkeling. Een negatieve zie ik ook: de vertraging in het meegroeien van wat ik maar onze beroeps-software noem. Ons HIS. De wil is er, maar de mankracht ontbreekt bij de leveranciers, om van het nogal logge HIS een echt flexibel en onderling verbonden platform te maken. De 'blue button' om gegevens door de patiënt te laten downloaden, is er nog lang niet. Ik verwacht ondertussen een parallelle beweging waarbij misschien grote spelers als Apple of Microsoft een mooi platform ontwikkelen, waarbij de patiënt aan de leidende kant zal staan. En dan móeten de HIS-sen (én de KIS-sen) wel meebewegen. Of uitsterven...

Tenslotte zie ik dat de acceptatie van wearables en apps bij patiënten momentum lijkt te krijgen. Zou 2017 het jaar zijn waarin we echt die zaken professioneel gaan regelen en in ons arsenaal opnemen?

Bart Timmers
huisarts



GEZONDHEID, GEZONDHEIDSZORG EN LEVENSWETENSCHAPPEN

De interesse van mensen in hun gezondheid en voeding neemt in 2017 alleen maar toe. Bewustwording hiervan wordt in de hand gewerkt door relatief goedkope sensoren en wearables: kortom, het Internet of Things (IoT). Burgers zullen niet alleen meer data over zichzelf genereren, maar er kunnen ook openbare bronnen, zoals gegevens over het weer aangesproken worden. Dat geeft ook nieuwe impulsen aan datascience in de gezondheidszorg. Met behulp van machine learning, natural language processing en pattern recognition zullen wij de data kunnen begrijpen en onze gezondheid en levensstijl beter onder controle kunnen krijgen en verder optimaliseren. De opleidingen aan de universiteiten gaan hierop gaan inspelen. Start-ups haken hier snel aan, omdat software development binnen een zogenaamde API-economie plaatsvindt.

Blockchain

Op het gebied van betaling, zoals uitkering van zorgkosten of toekennen van geoordeeld zorggeld (t.b.v. bijvoorbeeld thuiszorg voor langdurig zieken) zal blockchain-technologie zijn intrede doen. Indien dat succesvol verloopt, zullen ook andere gebruiksscenario's met betrekking tot vertrouwelijke informatie-uitwisseling in de zorg op basis van blockchain worden ingericht.

De grote, niet-traditioneel uit de zorg afkomstige technologiebedrijven (zoals Apple, Google, IBM en Salesforce), zullen zich meer nadrukkelijk op het gebied van gezondheid, gezondheidszorg en levenswetenschappen bewegen. Het ter beschikking hebben van grote hoeveelheden gegevens over het hele ecosysteem van de zorg, maar ook de technologie om data op te slaan, en te bewerken, maakt dat zorginstellingen en technologiebedrijven dichter bij elkaar komen te staan.

Nicky Hekster
IBM Watson



WORDT 2017 HET JAAR WAARIN WE DE APP HYPE VOORBIJ ZIJN?

Het lijkt wel alsof we in het App-tijdperk leven. Voor alles is een App, en die Apps gaan ook alles oplossen. Er zijn duizenden gezondheidsapps. En iedere dag komen er meer

bij. De zorg wordt er beter en goedkoper van, ze maken ons gelukkiger en gezonder, ze zorgen dat we nog makkelijker de weg vinden (of kwijt raken: een kwestie van perspectief). Dat is in ieder geval wat de makers ons beloven en steeds meer zorgverzekeraars ook. Gelooft u het? Ik niet. Ik word gek van al die apps. En eerlijk gezegd heb ik er nog nooit een meer dan een of twee keer gebruikt. U wel?

Waar komt die belofte van Apps toch vandaan? Dat is eenvoudig: er zijn heel fraaie apps die echt nuttig zijn en mensen op weg helpen bij hun gezondheidsdoelen. Maar zoals zo vaak schieten we door. Maat houden is niet waar we als mensen het sterkst in zijn. Maar dat wist u al, want daarvoor zijn veel van die apps bedoeld, om ons daarbij te helpen.

Kritisch durven kijken

Voor mij wordt het tijd om deze hype achter ons te laten en kritisch te kijken naar wat ons echt verder helpt en wat niet. Ik hoop dat 2017 het jaar wordt waarin dat gebeurt. De eerste tekenen daarvoor zijn er; de recente e-health monitor laat zien dat veel patiënten behoorlijk kritisch staan tegenover het gebruik van e-health en niet zondermeer de voordelen zien. Patiënten zijn best verstandig. Misschien is het goed om beter naar hen te luisteren.

Luc de Witte

Hoogleraar en Lector
Technologie in de Zorg
en Directeur bij het
Expertisecentrum
voor Innovatieve Zorg
en Technologie (EIZT)



E-HEALTH IS SOCIALE INNOVATIE

Het is mooi om te zien dat we op veel plaatsen in Nederland op inspirerende wijze bezig zijn om de zorg te vernieuwen. De afgelopen jaren is er fors ingezet op de toepassing van digitale zorg. De eHealth Monitor van Nictiz en de eHealth Meetlat van Zorgbelang Brabant lieten tegelijkertijd zien dat veel e-health-initiatieven tot nog toe zijn blijven steken in pilots en lokale initiatieven. Dat kan zo niet langer! In 2017 is er geen plaats meer voor het halfslachtig werkend krijgen van eHealth-concepten.

Zullen we met elkaar daarom afspreken dat we in het komend jaar nu e-health niet meer labelen als technologische vernieuwing maar het kenschetsen als sociale innovatie? Vernieuwende ideeën en werkwijze om te vernieuwen, verbeteren en te komen tot gepersonaliseerde eHealth komen van onderop.

Zodat met gebruik van e-health iedereen deelt in en bijdraagt aan de goede kwaliteit van leven in Nederland.

Hebben wij een deal als we in 2017 ons niet alleen meer richten op de meest innovatieve technologische hoogstandjes? Laten we volgend jaar eerst maar eens de eHealth-basisdiensten succesvol implementeren!

Volgend jaar zien en horen we natuurlijk ook niet meer congressen, werkconferenties en trainingen designers, managers en professionals praten over patiënten en cliënten in relatie tot digitale zorg. In 2017 nemen ervaringsdeskundigen het woord. Wat wie weet er nu beter wat er nodig is dan de burgers zelf? Wat ons betreft staan de maatschappelijke behoeften centraal bij het ontwerpen en implementeren van e-health. De grootste uitdaging voor duurzame ontwikkeling is om actoren zelf te laten bepalen wat eHealth concreet voor hen betekent binnen hun specifieke context. En wat zij zelf kunnen doen om digitale zorg te versterken.

Oh ja, zullen we de gezamenlijke uitdaging van grootgebruik van e-health nu eens écht samen doen? Het gaat er immers om dat zorgverleners en ondersteuners, zorgverzekeraars, overheden en burgers samen dit spel op de wagen krijgen. Maar ja, hoe dan? Nou gewoon: beginnen met het idee, een waarderend gesprek, een groot leeg vel en dan met verschillende beproefde methodieken de eindgebruiker al in de ontwerpfasen van e-health-toepassingen betrekken (co-design). Als we dan toch bezig zijn, zullen we dan eindgebruikers in 2017 niet meer vragen wat ze over vijf jaar willen (en dan concluderen: 'zie je wel, er komt toch niets uit!')? Maar ons vanaf nu veel meer bezig houden met persona's om doelgedrag in kaart te brengen (co-creatie).

Drs. Ary Bosker
MWO is
programmaleider
eHealth en senior
consultant bij
Zorgbelang.



MENSELIJK MAAT GAAT BOVENTOON VOEREN

2017 wordt het jaar waarin we ons dan eindelijk bij elk consult zullen afvragen, had dit ook digitaal, via een beeldbel applicatie gekund!? Het wordt het jaar waarin we nóg meer zullen horen over machine learning en

de mogelijkheden die artificial intelligence ons biedt op gebied van zorg en onderzoek.

Mede door die technologische ontwikkelingen wordt het ook het jaar waarin de menselijke maat de boventoon gaat voeren, in zorg voor onze patiënten en voor elkaar. In het verder vormgeven van de persoonsgerichte zorg voor onze patiënten, maar ook in de individualisering van opleidingstrajecten voor specialisten zien we dat zorg én opleiding/ontwikkeling op maat gesneden kunnen gaan worden. Beiden zullen meer en meer aansluiten of individuele behoeften, (on)mogelijkheden, aspiraties en talenten. De techniek zal ons hierbij helpen. Denk aan een artificial intelligence tool waarmee alle EPD gegevens van een individuele patiënt geanalyseerd kunnen worden en tot een geautomatiseerd persoonlijk behandelprotocol leiden. Maar ook simpeler techniek, zoals een wearable die een gepersonaliseerd peri-operatief bewegingsplan mogelijk maakt in plaats van iedereen te manen tot het zetten van een irrealistische 10.000 stappen per dag.

De fundamenten hiervoor zijn de afgelopen jaren al stevig gelegd, in 2017 gaan we verder met bouwen. Kortom, 2017 wordt weer een wervelend jaar waarin de exponentiële technologische ontwikkeling een exponentiële persoonlijke ontwikkeling mogelijk maakt.

Stefanie van den Bosch
AIOS MKA-chirurgie
Radboudumc



ONTLUIKENDE CONSUMENTENMARKT STEEDS MEER ZICHTBAAR

Het jaar 2016 is een jaar waarin de eerste signalen van een ontluikende consumentenmarkt zichtbaar zijn geworden. Een lichte pull lijkt te ontstaan, aangezien vaker de vragen worden gesteld; kan dit niet anders, kan technologie hierin helpen en waarom kan dit niet online?

Na ingrijpende transities zijn zorgorganisaties, gemeenten en verzekeraars aan het zoeken naar een nieuwe balans. Professionals in het veld zoals wijkverpleegkundigen, casemanagers en WMO-consulenten zoeken naar hun verantwoordelijkheid in het stimuleren van zo lang mogelijk thuis wonen, ook

wanneer er sprake is van zorg en/of ondersteuning. Casussen worden zwaarder en voorzieningen vallen onder verschillende wetten. Het aanbod van innovaties, hulpmiddelen en diensten groeit en daarmee ook de behoefte aan overzicht en advies.

Het jaar 2017 wordt een jaar waarin de consumentenmarkt verder zal gaan ontluiken. Fabrikanten en leveranciers draaien meer naar een business to consumer-model en komen in toenemende mate met huur- en leasemodellen voor innovaties op het gebied van gezondheidszorg.

De zorgconsument zal langzaam ontwaken en gaat vaker ontdekken dat het kopen van een innovatie of hulpmiddel de kwaliteit van zorg kan verhogen of dat dit simpelweg goedkoper is dan gebruik maken van voorzieningen waarbij het eigen risico of de eigen bijdrage wordt aangesproken.

Professionals blijven belangrijke adviseurs en wanneer deze goed worden ondersteund met informatie en handzame instrumenten kan de markt gestimuleerd worden. Onbekend maakt onbemind, maar de vanuit VWS ondersteunde zorginnovatiewinkels prikkelen de bewustwording. In 2017 zal daardoor meer vraag gaan ontstaan waar het aanbod er al voor een groot deel is.

Ilse Schoormans
Directeur
Thuisleefgids.nl





De maatschappij verandert door technologie in een hoog tempo. De zorgsector is daarin geen uitzondering! Een hoge kwaliteit van technologische oplossingen is binnen de zorgsector echter wel een noodzaak. De Innovation Partners van ICT&health zijn experts op dit gebied en hebben de kennis en kunde in huis om aan de kwaliteitseisen van de zorg te voldoen.

De Innovation Partners zijn: Dirkzwager Advocaten en Notarissen, Fontys EGT, Hewlett Packard Enterprise, KPN, Nictiz, REshape Center for Innovation, Saltro, Uniserver, Vancis en Zetacom.



U vindt de partners op www.icthealth.nl/innovation-partners

Zes Raadgevende tips voor de verkiezingen in 2017

Denkend aan 2017 zie ik de verkiezingen voor me. Ik hoop dat gezondheid een van de belangrijkste thema's zal zijn. Als ik de verkiezingsprogramma's lees, mis ik daarin echter een aantal essentiële zaken, die ik vanaf deze plaats nog graag aan de politici zou willen meegeven.



DOOR MARK VAN HOUDENOVEN,
CEO ST. MAARTENSKLINIEK

1. Big Data

Op de eerste plaats big data. Hierin ligt de grote belofte: door het gebruik van data zijn we met elkaar in staat gezondheid te verbeteren. Dat kan echter alleen als we bereid zijn data met elkaar te delen en gezamenlijk te gebruiken. Voor 2017 verwacht ik van de politieke leiders dat zij alleen nog maar nieuwe geneesmiddelen of innovaties toelaten en vergoeden, of alleen nog maar investeren in onderzoek, wanneer de onderliggende data publiekelijk beschikbaar komt.

2. Head to head studies

Op de tweede plaats is het van belang dat we als samenleving alleen nog maar investeren in innovaties die een aantoonbare meerwaarde opleveren ten opzichte van de bestaande behandelingen, Medical Devices of geneesmiddelen. Voor 2017 verwacht ik van de politieke leiders dat zij mogelijk maken dat alleen nog maar innovaties worden toegelaten en vergoed in de samenleving, waarvan in onderzoek is aangetoond dat zij een meerwaarde hebben ten opzichte van bestaande behandelingen. Dat betekent dus het verplichten van head to head studies.

3. De gezondheid van de samenleving

Op de derde plaats bestaan er nog steeds grote verschillen in gezondheid binnen Nederland, tussen wijken, steden, provincies

en bevolkingsgroepen. De verschillen in bijvoorbeeld levensverwachting kunnen oplopen tot wel 15 jaar en zijn eigenlijk onacceptabel. In de verschillende programma's lees je daar niets over. De programma's gaan helaas bijna alleen over structuurveranderingen. Voor 2017 verwacht ik van de politieke leiders dat zij investeren in de gezondheid van onze samenleving als geheel, in plaats van in de volgende nieuwe operatierobot, het volgende "me too" geneesmiddel en het innovatieve hecht draadje.

4. Samenbrengen initiatieven

Op de vierde plaats zien we dat vanuit de verschillende provincies, universiteiten en gemeenten initiatieven worden opgestart die ieder voor zich moeten leiden tot het realiseren van de volgende nieuwe Silicon Valley voor Health Sciences. Dit is een enorme versnippering van kennis, talent, geld, energie die uiteindelijk niet de verbetering van de gezondheid zal opleveren. Voor 2017 verwacht ik van onze politieke leiders dat zij gezamenlijk met het veld deze initiatieven samenbrengen voor beter resultaat.

5.

Op de vijfde plaats moeten innovaties de mensen in onze samenleving, of ze nu patiënt zijn of niet, de vrijheid bieden om zelf hun keuzes te maken, hun eigen toekomst vorm te geven of hun dromen te kunnen invullen

ongeacht hun fysieke gesteldheid. Het is dan aan onze politieke leiders in 2017 om daar de innovaties aan af te meten en er dan pas in te investeren. Een mooi voorbeeld is de draagbare dialyse. Iets waarmee we patiënten hun vrijheid kunnen teruggeven, maar waarin we maar niet slagen. Ik doe dan ook een oproep aan onze politieke leiders om bijvoorbeeld daarin de patiëntenvereniging te steunen en in te investeren. Het is juist in het belang van Nederland innovatieland en de bijkomende economische bedrijvigheid als we het goed doen.

6. Wees leidend op gezondheid van de samenleving

Tot slot is dit eigenlijk een oproep aan onze politieke leiders en hun partijen voor 2017 om niet meer volgend te zijn als het gaat om de gezondheid van de samenleving. Grijp dit verkiezingsjaar aan om weer leidend te worden op dit terrein en juist innovaties op een andere nieuwe manier te stimuleren en te initiëren. ■

Coverstory

ZKH Constatijn van Oranje

'Er is nog veel te doen', zei ZKH Constantijn van Oranje bij zijn benoeming als speciaal gezant van StartupDelta in mei jl. Hij wilde de fragmentatie onder start-ops tegengaan en samenwerking stimuleren. Ook vond hij dat er te weinig aandacht was voor de zogeheten scale-ups. Zijn zelfgekozen bijnaam 'Fresh prince of hot air', getuigd van relativiseringsvermogen. Wat is zijn visie op innovatie in de zorg?



Stand van zaken FMD-wetgeving

In dit artikel gaan we in op de impactanalyse van GS1 Nederland met betrekking tot de vanaf 2018 verplichte FMD-wetgeving inzake tegengaan vervalsing medicatie. Wat zijn de voordelen van het gebruik van de verplichte coderingen voor bv apotheker?

Een app voor beenprothesegebruikers

Max Liefink, afgestudeerd student Orthopedische Technologie van Fontys Hogeschool Eindhoven onderzocht welke bevindingen beenprothesegebruikers hebben ten aanzien van de app ten behoeve van zelfmanagement.

ICT&health staat middenin de zorg. Wij horen graag uw mening, ideeën en suggesties voor artikelen. Reageer via redactie@icthealth.nl of via twitter (@icthealth_NL), LinkedIn of Facebook.

ICT&health verschijnt zesmaal per jaar en is een onderdeel van het online platform www.icthealth.nl

#patiensincluded

Uitgever & Founder
Tom Xhofleer

Voorzitter redactieraad
Lucien Engelen

Hoofdredactie
Yvonne Keijzers
yvonne@icthealth.nl

Met medewerking van
Bart Colet
Jan Taco te Gussinklo
Mirjam Hulsebos
Sanneke Langendoen
Luc de Witte
Lies van Gennip
Mark van Houdenrove
Geert-Jan van Hal
Ary Bosker
Bart Timmers
Stefanie van den Bosch
Ilse Schoormans
Nicky Hester
Ernst-Jan van de Pas
Luuk Arends
Martijn Kregting
Tessy van Rossum
Marleen van Gelder
Marlies Schijven
Anneloek Rauwerdink
Niels H. Chavannes

Redactieraad
Iedere editie stellen wij samen met specialisten in onze redactieraad. Deze bestaat uit artsen, wetenschappers, patiënten, overheid en innovatieve ondernemers uit binnen- en buitenland. Samen informeren wij u over alle relevante ontwikkelingen die voor u, uw organisatie en uw patiënt/cliënt belangrijk zijn. Kijk op icthealth.nl voor een overzicht van de leden.

Contact
Abonnementen
abonnementen@icthealth.nl

Advertenties Off- en Online
sales@icthealth.nl

Redactie algemeen
redactie@icthealth.nl

Vormgeving
F-Graphics

Coverfoto
Andrew Dolgin

Drukkerij
Senefelder Misset

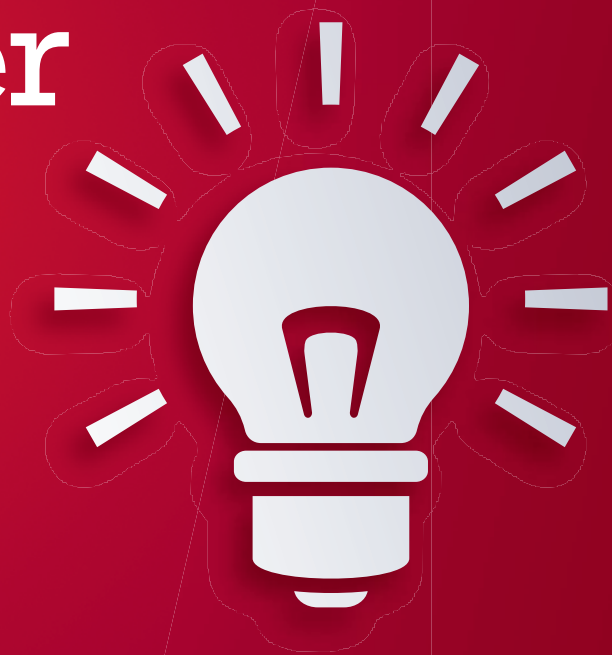
Alle rechten voorbehouden. Het magazine wordt met grote zorg samengesteld. Toch kan het gebeuren dat er onjuistheden in staan. Aan de inhoud van dit magazine kunt u geen rechten ontleen. Niets uit deze uitgave mag u verveelvoudigen, opslaan in een geautomatiseerd gegevens bestand of openbaar maken op welke manier dan ook: elektronisch, mechanisch, door fotokopieën of opnamen, enzovoort. Dat kan alleen als de uitgever, Icon Publishing, u daar van tevoren schriftelijk toestemming voor heeft gegeven.

Copyright 2016





Dirkzwager zorgt dat u het weet.



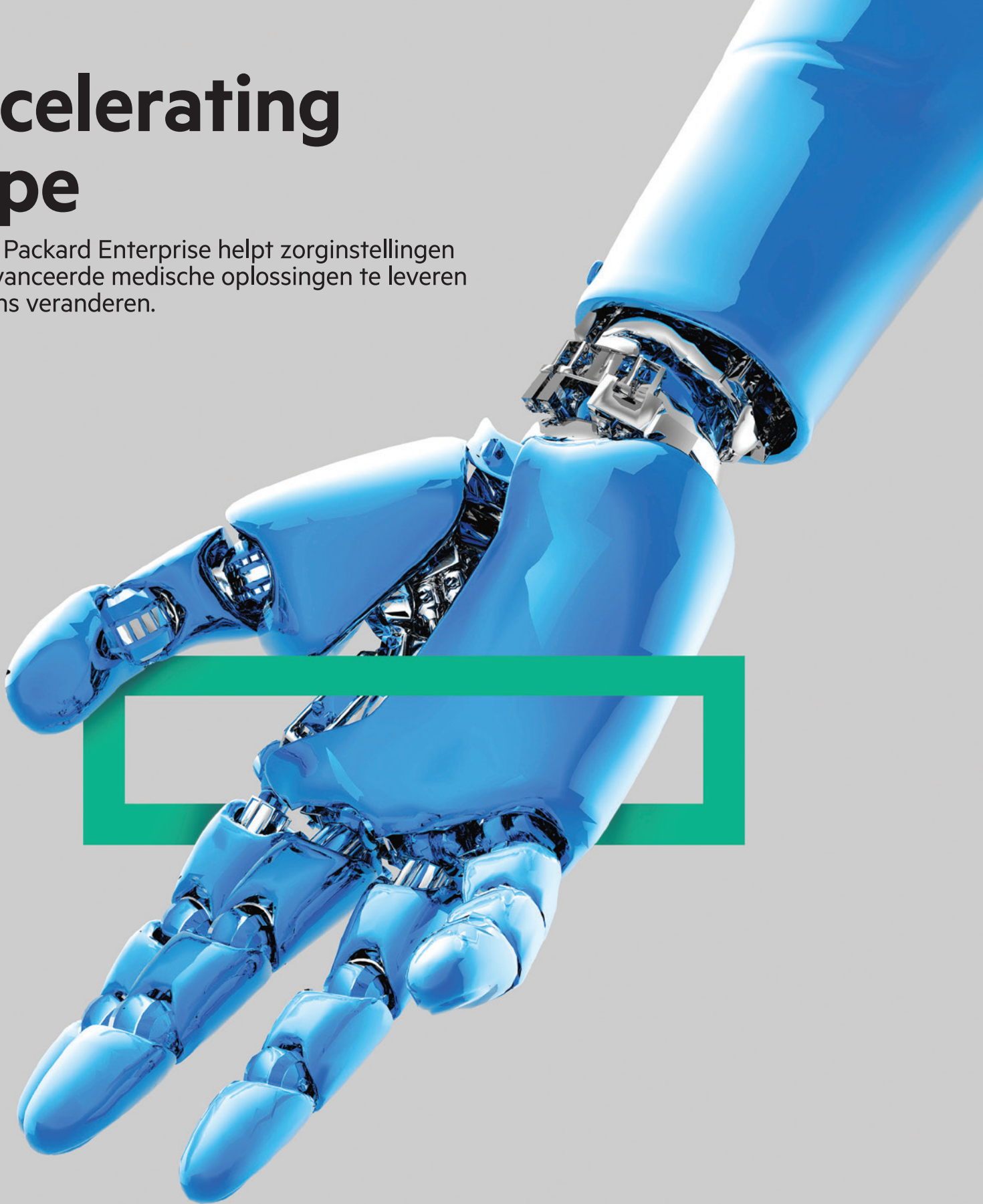
Wij delen onze kennis graag.

Het juridische antwoord op een simpele vraag, is vaak gecompliceerder dan verwacht. Met gezond verstand komt u een heel eind, maar voor een écht antwoord is meer kennis nodig. Dirkzwager deelt die kennis graag met u. Ontdek snel hoe Dirkzwager haar kennis deelt op www.partnerinkennis.nl

Maak kennis met **Dirkzwager**
advocaten & notarissen

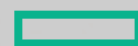
Accelerating hope

Hewlett Packard Enterprise helpt zorginstellingen om geavanceerde medische oplossingen te leveren die levens veranderen.



hpe.com/nl

Accelerating next



**Hewlett Packard
Enterprise**