

EHEALTH, DOMOTICA, E-SKILLS, ICT, INNOVATIE, MHEALTH, WETGEVING EN ETHIEK

ICT & health

NR.1 FEBRUARI 2016

Staatssecretaris Martin van Rijn

Opschalen? We moeten het gewoon doen!

Medici, patiënten, wetenschappers, overheidsinstellingen, ontwikkelaars en leveranciers delen hun kennis.

Interview Prof. dr. Bert Vrijhoef:

'In de gezondheidszorg heb je als individu geen rol. Totdat je ziek wordt'

Technologie als wondermiddel
tegen eenzaamheid?
pagina 28

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.



6

Coverstory

**Staatssecretaris Martin van Rijn,
Ministerie VWS: 'Opschalen van innovatie?
Niet afwachten, want Google komt eraan.'**

Martin van Rijn zet de versnelling van de opschaling van technologie in de zorg hoog op de agenda. Gewoon door het te doen. Patiënten moeten in de lead komen. De Projectdirectie Innovatie stelt hiervoor een agenda op.



12

**Patiënt Included, Rudolf Boesjes
'Maak van de doktersassistent een officemanager'**

Rudolf Boesjes test als patiënt ICT-toepassingen voor het Longfonds. 'Het testen is belangrijk om de toepassingen in de praktijk te ervaren.' Maar soms is het moeilijk nuances aan te geven. Eén ding staat vast: communicatie is essentieel, want niemand wil via de e-mail te horen krijgen dat hij een kwaadaardige tumor heeft.



26

**Prof. Dr. Bert Vrijhoef,
'Ontwerp implementatiestrategie voor ICT zowel
globaal, lokaal als individueel'**

ICT gaat niet alleen over technologie, maar ook over culturele waarden, zoals transparantie, verantwoording, rekening afleggen, kennis delen. Dat betekent dat je per locatie een implementatiestrategie moet bepalen. 'Universeel ontwikkelde technologie moet je hyperlokaal uitrollen.'

en verder

Inhoud	3	Patiënt moet regie krijgen over zorg	18	Datalekken in de zorg	34
Voorwoord Lucien Engelen	5	Event: Support health by Technology VII	19	Health Valley 2016	36
Coverstory	6	Agenda	20	In 4 stappen naar een flexibele werkplek	38
Wetenschappelijk nieuws	8	Event: Zorg & ICT	21	HIS ontwikkelt zich veel te traag	42
Start-up Pacmed	10	Smart Healthy Cities	24	Toekomst voor e-Health in de geboortezorg	44
Design Event Philips	11	Interview Bert Vrijhoef	26	Digitale ambulanceoverdacht helpt	
Patient Included, Rudolf Boesjes	12	Helpt technologie tegen eenzaamheid	28	spoedpatiënt	46
Start-ups	14	Column Yuri van Geest	31	Nieuwe leden Redactieraad	48
Column Vital Health Software	17	National Personal Health Record	32	In het komende nummer en colofon	50

ICT&health

Like

Share



Reageren

Like ons

Volg ons

LinkedIn

icthealth.nl

Facebook

[@icthealth_nl](https://www.facebook.com/icthealth_nl)

ICT&health

De digitale 'blockbuster'

Er gaat geen discussie voorbij in de zorg of we hebben het over 'vergeten groepen'. Er is altijd wel een groep mensen die geen gebruik kan maken van een digitaal product, dienst of service. Zo worden ouderen vaak genoemd als het gaat om beeldschermzorg, mensen met lees- en schrijfproblemen als het gaat over het internet, of een app op een smartphone voor mensen die weinig geld te besteden hebben.

Laat ik voorop stellen dat ik er helemaal voor ben om te zorgen dat we voor iedereen een toegankelijke oplossing moeten hebben. Wat er echter gebeurt in deze discussies, is dat we hierdoor steeds vaker de oplossing voor de hele grote andere groep 'gijzelen' waarvoor de oplossing wél binnen bereik is.

Kijk maar eens hoe dit werkt bij medicijnen. Een nieuw medicijn dat voor 20% van de populatie prima werkt, noemen we al bijna een 'blockbuster'. Dat implementeren we zo snel als maar kan. Vervolgens blijven we zoeken naar oplossingen voor anderen. Want er is vrijwel nooit één standaardoplossing voor iedereen.

Digital First, Physical next

Waarom hanteren we deze aanpak ook niet voor digitale zorg? Juist om die reden probeer ik in onze organisatie een nieuwe aanpak door te voeren: "Digital first, Physical next". We willen hiermee digitaal 'default' maken.

Voor hen die het kunnen en willen, ontwikkelen we een zo digitaal mogelijk pad. Het gevolg is dat we meer tijd overhouden voor anderen die hier niet mee kunnen of willen werken. We doen dus beide. Net als bij de bank waar je eerst elektronisch bankiert (zoals 98% van de Nederlandse bevolking) en waar je indien nodig, de bank binnenstapt voor een goed gesprek of handelingen waarvoor fysieke aanwezigheid noodzaak is.

Mijn oproep is dan ook om ook in digitale zorg meer én/én te doen in plaats van óf/óf. Want is digitale zorg niet de 'Blockbuster' van de 21ste eeuw ?



Lucien Engelen
Gasthoofdredacteur





DOOR LUCIEN ENGELEN EN YVONNE KEIJZERS

Staatssecretaris Martin van Rijn:

'Opschalen van innovatie? Niet afwachten, want Google komt eraan.'

In een serie interviews legt ICT&health beleids- en opiniemakers de vraag voor hoe zij innovatie in de gezondheidszorg adresseren. Want echte ontwikkeling in innovatie en de snelheid waarmee dit gebeurt hapert. 'De snelheid van innovatie en de opschaling hiervan is enorm belangrijk. We moeten het gewoon doen. Want in de praktijk blijkt dat het met wettelijke knelpunten en barrières wel meevalt.' Aan het woord is staatssecretaris Martin van Rijn van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Wat staat er bovenaan het wensenlijstje als u de zorg opnieuw zou mogen inrichten?

'De belangrijkste vraag is hoe we de patiënt echt in the lead zetten. Dat is prioriteit nummer 1. Daarvoor is het nodig dat we mensen laten zien wat er allemaal mogelijk is! Het gaat om bewustwording, besef en beleving. Eigenlijk gaat het om een goed zicht van alle mogelijkheden. En dat geldt zowel voor consumenten als voor zorgprofessionals. Want het is ook een cultuurprobleem. Het beeld bij techniek in de zorg is: het is koud. Niet menselijk. Waar het om gaat, is dat nieuwe techniek ook kan leiden tot meer menselijke aandacht.'

Er vinden op het gebied van innovaties in de zorg overal ontwikkelingen plaats. In buitenland in Silicone Valley, maar ook in Nederland Twente, Nijmegen, Eindhoven en op andere plekken. Hoe krijg je als staatssecretaris overzicht?

'Kennissen en informatie komt uit heel veel verschillende bronnen: beurzen, werkbezoeken, projecten. We hebben vorig jaar geconstateerd dat dit minder hapsnap moet. Daarom hebben we een 'Projectdirectie Innovatie' opgericht. Juist om de ontwikkeling in de gaten te houden en te bekijken wat de rol van de overheid hierin moet zijn en als VWS meer in samenhang te werken. Want het moet hoger op de agenda komen. Met daarbij overigens een kanttekening

dat innovatie niet ontstaat door regelgeving. Bestaande innovaties moet je in het zonnetje zetten en water geven. Aanjagen.'

'Je ziet overal projecten ontstaan die uit tijdelijke gelden gefinancierd zijn, maar die dan afhankelijk blijven van die toevallige middelen. Maar opschalen, ja dat is dan echt wel een probleem. Misschien is dat cultureel bepaald. Maar het is één van onze belangrijkste doelstellingen. Hoe krijgen we snelheid in de opschaling.'

"De vraag om opschaling heeft Marc Zuckerberg van Facebook zich nog nooit gesteld. We moeten het toch echt gewoon doen? De vraag is alleen hoe je dat als overheid faciliteert? Hoe ruim je barrières op?"

'Barrières in wet- en regelgeving blijken gek genoeg in de praktijk wel mee te vallen. We kunnen wel bevorderen dat we minder in de weg lopen en de mogelijkheden meer en breder bekend maken. Bekostiging in de zorg is bijvoorbeeld heel erg gebaseerd op personele inzet. Prestaties worden geformuleerd in die termen. Dan is het logisch dat wanneer die prestaties anders worden geformuleerd er een beeld ontstaat 'dat het toch niet kan'. En de vraag is of dat zo is. Dat is ook de opdracht aan de Projectdirectie Innovatie: ruim die knelpunten op. Mij valt vaak op dat het probleem van bekostiging niet de kern is.'

Wat is dan wel de kern?

'In de zorgsector wordt alles via een bepaalde lijn bekostigd. Als je het dan via een andere lijn doet, levert dat een probleem op. We lossen het alleen maar op door het gewoon te doen. En niet denken dat er dan toch weer een nieuwe regeling moet worden gemaakt.

We zitten nu bijvoorbeeld in een proces om met een aantal partijen lange termijn doelstellingen te bepalen. Er zijn een aantal zaken die we allemaal willen. Kennelijk helpt het om dat uit te spreken. Hoe zorgen we ervoor dat we doelen halen? Bijvoorbeeld dat mensen zelf het dossier kunnen inzien of videobellen? Die doelstellingen moeten we bepalen en laten we het dan ook meteen open source doen. Dan hebben anderen er ook wat aan. Zijn er problemen of belemmeringen, laten we ze dan opruimen. Of zeg dat het mag en dat het gewenst is, zoals we gedaan hebben met de e-healthbrief.'

Wat ook een rol speelt, is dat er in de zorg nog relatief weinig producten/diensten op de markt komen die mensen écht willen, ontwikkeld door een leverancier, met patiënten of professionals.

Precies. De generatie babyboomers komen eraan. Die zijn écht wel gewend om met

een computer om te gaan. In andere landen zie je bijvoorbeeld winkels opkomen met technologische producten die zich specifiek richten op ouderen. Dan gaan anderen vanzelf denken: 'Waarom maken we die dingen niet gewoon?' In dat opzicht is het gewoon een vraag naar nieuwe producten en diensten.'

Is daar een goed beeld van? Van wat mensen kunnen? Ik hoor bijvoorbeeld heel vaak 'dat kan mijn populatie niet aan', terwijl al die ouderen zitten te skypen met hun kleinkinderen.

'We hebben daar weinig zicht op. Internetgebruik zit bijvoorbeeld op 98%. Ouderen zijn veel meer met technologie bezig dan wij denken. De overheid is ervoor om het mogelijk te maken, ook vooral niet voor de voeten lopen. Maar bedenk wel: er zal altijd een groep kwetsbare mensen blijven en daar moeten we voor zorgen. We willen dat iedereen goede zorg heeft.'

Moet het niet én én zijn? Doorgaan met innovatie en tegelijkertijd zorgen voor mensen die achterblijven. Ik zeg weleens dat we de hele bevolking gijzelen door dingen niet te doen, omdat een klein gedeelte van de bevolking er niet mee kan werken.

'De persoonsgerichte zorg wordt enorm belangrijk. Dit zal voor een groot deel gevoerd worden met techniek. Dat zet binnen alle zorgpijlers totale businessmodellen op de kop. En besef je dit: je moet een voorlopende, onthechte leider zijn als je dit ziet en het toch wil. Want je bent ook verantwoordelijk voor de organisatie. Het gaat vaak om veel mensen. Dat dilemma bepaalt natuurlijk voor een groot deel het tempo waarin dit soort ontwikkelingen verloopt.'

Betekent dat dan automatisch dat de verandering van buiten moet komen? Blijven we zitten op het veranderen van het proces, in plaats van echte doorbraken? Het suggereert namelijk dat we binnen het bestaande model willen blijven. In Silicon Valley werkt dat anders.

'Komt innovatie van buiten of van binnen? Dat is een interessante vraag. Ik denk dat de kanteling van binnen én van buiten komt. Het gaat veel meer over de empowerment van de cliënten zelf. Dat is een hele belangrijke factor waar de zorginstellingen mee geconfronteerd worden.'

Zorginstellingen zijn daar nog niet zo mee bezig, of wel?

'Ik denk dat je niet moet onderschatten welke veranderingen de zorginstellingen nu voor hun kiezen krijgen. Andere contracten,

andere inkoop, andere manieren van werken. De energie gaat nu naar andere zaken. 'Nu maar even niet'. Dat is volgens mij meer het geval. Maar ICT maakt ook heel veel van de veranderingen mogelijk. Het langer thuisblijven bijvoorbeeld. In dat geval biedt juist de verandering kansen.'

In hoeverre speelt AI een rol in preventie? Bijvoorbeeld in het drugsbeleid?

'We zijn bezig met een app om jongeren meer informatie te geven over drugs. Maar een zelfdiagnose over verslaving bijvoorbeeld hebben we nog niet. We weten wel dat online consultatiesystemen erg hoog kunnen scoren.'

Ligt er een rol voor Nederland als gidsland op dit gebied? Is zorg een exportproduct?

'We laten op HIMSS zien hoever we staan. Nederland is een overzichtelijk land, met 100 ziekenhuizen en een hoge penetratiegraad. Zorg is een exportproduct. We hebben de meest ontwikkelde langdurige zorg. In andere landen zie je meer familie en community care, terwijl in Nederland institutionele zorg erg goed ontwikkeld is. Als het gaat om kwaliteit van leven, is family en community care belangrijker, maar je ziet dat andere landen juist meer institutionele zorg willen of moeten implementeren. Daar ligt een kans, we groeien naar elkaar toe. We gaan dat meer met Economische Zaken benutten, meer de kansen opzoeken en ondersteunen.'

En dan op Europees niveau, of maar gelijk Global?

'Op Europees gebied praten we wel over dezelfde onderwerpen. Iedereen heeft het over IT en Health, het staat overal hoog op de agenda. We hebben het wel over kennisuitwisseling en afspraken over centres of excellence. Maar er is nog echte geen samenwerking op dit terrein, bijvoorbeeld om standaarden in te richten. Ik vind dat we dat niet moeten afwachten. Want Google en Apple, die wachten ook niet.' ■





DOOR TOM VAN DE BELT

Crowdsource jouw diagnose

Het vinden van de juiste diagnose kan lastig zijn. In enkele gevallen wordt deze zelfs niet gevonden. Patiënten en zorgverleners kunnen vanaf nu slim gebruik maken van de kennis van de online massa om tot hun diagnose te komen.

De diagnose kan soms zelfs eerder gevonden worden dan door het eigen behandelteam van de patiënt. Dit blijkt uit een in januari verschenen onderzoek van Meyer et al.¹ in het Canadese Journal of Medical Internet Research.

Bij de meeste gezondheidsproblemen is een juiste diagnose belangrijk voor het kiezen en slagen van een behandeling. Daarom zijn zorgverleners getraind om door het stellen van de juiste vragen en het doen van tests snel tot

deze diagnose te komen. Toch is dit niet altijd eenvoudig. Dr. Bas Bredie, internist bij het Radboudumc in Nijmegen geeft aan: "Iedereen is uniek en het menselijk lijf is complex, waardoor het niet altijd goed duidelijk is wat het probleem is. Ook bestaat de kans dat wanneer sprake is van meerdere aandoeningen tegelijkertijd een bepaalde diagnose niet direct opvalt of in enkele gevallen zelfs wordt gemist". Voor zorgverleners zijn inmiddels veel tools beschikbaar die helpen om (sneller) tot een

volledige differentiaal diagnose te komen. Een voorbeeld is de Diagnosaurus² (App), waarmee artsen op basis van symptomen snel een overzicht krijgen van mogelijke diagnoses. Een ander voorbeeld is de online community Sermo³, waar artsen anoniem casuïstiek kunnen voorleggen aan hun collega's van waar ook ter wereld.

“
**IN SERMO KUNNEN
ARTSEN ANONIEM
CASUÏSTIEK
VOORLEGGEN AAN
COLLEGA'S**
”

Resultaten onderzoek

Zes op de tien Nederlandse internetters⁴ zoeken online naar informatie over hun ziekte, zoals over de diagnose en behandeling. Ze kunnen daarbij gebruik maken van tools zoals de 'symptomen checker' van WebMD.⁵ Deze tool geeft na het invoeren van symptomen en het eventueel aanklikken van de lichaamsregio waar de klachten optreden een lijst met mogelijke diagnoses. Overigens zijn de effecten hiervan, inclusief de voor- en nadelen nog onvoldoende onderzocht. In het geval van zeldzame of nog vrij onbekende aandoeningen is het ook mogelijk om de online massa in te zetten. Precies daar deden Meyer et al.¹ onderzoek naar. Ze beschrijven de evaluatie van de online service CrowdMed, waar patiënten waarbij nog geen diagnose is gevonden anoniem hun eigen situatie kunnen delen, en waar experts van over de hele wereld meehelpten om te zoeken naar een diagnose. In de Amerikaanse studie van Meyer et al. zijn tussen 2013 en 2015 zijn 397 casus gedeeld. De patiënten die hun informatie instuurden waren gemiddeld bij vijf artsen geweest en hadden een mediane \$10000 uitgegeven aan dit zorgprobleem. Ook hadden ze een mediane 50 uur besteed aan de online zoektocht naar hun diagnose. Uit de bijbehorende vragenlijst aan gebruikers, gaf 60% procent (233/391) van de patiënten aan dat CrowdMed hun dichter bij de correcte diagnose bracht. Ook vond CrowdMed (zeldzame) diagnoses die nog niet door hun eigen zorgteam waren gedetermineerd. Daarnaast vond 57% (52/92) van de gebruikers dat de resultaten verkregen via Crowdmed zou leiden tot kostenbesparingen en 38% (29/77) dwat hun productiviteit op werk of school zou verbeteren.

Hoewel deze resultaten veelbelovend klinken moet verder onderzoek uiteraard uitwijzen of de door gebruikers genoemde voordelen (wetenschappelijk) aangetoond kunnen worden, en in het bijzonder of de gevonden diagnoses wel de juiste medische diagnoses zijn. De genoemde tools zijn gratis te proberen.

Referenties:

1. Meyer et al. *J Med Internet Res* 2016;18(1):e12
URL: <http://www.jmir.org/2016/1/e12/>
2. *Diagnosaurus* (app store) URL: <https://itunes.apple.com/us/app/diagnosaurus-ddx/id833728910?mt=8>
3. *Sermo.com* URL: <http://www.sermo.com/>
4. Eurostat. URL: <http://ec.europa.eu/eurostat>
5. *Symptom checker WebMD* URL: <http://symptoms.webmd.com/default.htm#symptomsView>

Meer betrokken patiënten en betere zorg: een review

De rol van ICT in de zorg wordt al maar groter¹, maar zo ook de discussie over het (ontbreken van) bewijs over effecten voor de zorg. Suhila Sawesi en collega's² dragen een stukje bij aan de puzzel door de literatuur te doorzoeken en vergelijken op het gebied van 'patient engagement', gedrag en uitkomsten van zorg.

In een systematische search in vier wetenschappelijke databases vonden ze 786 artikelen van na het jaar 2000. Na een kritische beschouwing bleven 170 artikelen voor verder analyse. De geïncludeerde artikelen beschreven ICT applicaties op het gebied van: (1) internet, (2) mobiele telefoons, (3) sociale media, (4) video games en (5) telemonitoring.

Effecten op gezondheidsgedrag en uitkomsten van zorg

Maar liefst 151 van de 170 artikelen (89%) beschreven dat het gedrag van patiënten in positieve zin werd beïnvloed door ICT. Voorbeelden zijn internet platforms die bijdragen aan gewichtsverlies en het vergroten van de fysieke activiteit. Daarnaast dragen applicaties voor mobiele telefoons en telemonitoring bij aan een meer stabiele situatie voor diabetici. Sociale media dragen bij aan psychologische support voor kankerpatiënten en verbeteren de zorg voor astmapatiënten. Tot slot zorgen videogames voor een positieve gedragsverandering bij patiënten. In de overige 19 artikelen werd geen effect beschreven. Ook vonden de onderzoekers in drie artikelen nadelige effecten. Zo leverde het gebruik van sociale media voor peer support bij psychiatrische patiënten hen meer stress op.

Effecten op patiënt betrokkenheid

Daarnaast beschreven 141 van de 170 artikelen (83%) dat bij het gebruik van ICT de betrokkenheid van patiënten verbeterde,

“
SOCIALE MEDIA DRAGEN BIJ AAN PSYCHOLOGISCHE SUPPORT VOOR KANKERPATIËNTEN
”

“
ICT IN DE ZORG DRAAGT BIJ AAN BETROKKENHEID PATIËNTEN EN LEIDT TOT BETERE UITKOMSTEN VAN ZORG
”

zoals beter zelfmanagement bij diabetici door een applicatie voor mobiele telefoons. Ook verbeterde de actieve participatie door patiënten bij de eigen zorg door video games.

Kanttekeningen

Het onderzoek van Sawesi en collega's geeft meer duidelijkheid over de effecten van ICT op de zorg, maar er zijn zeker punten van kritiek, waarvan de belangrijkste 'bias' betreft: Hoewel veruit de meeste artikelen laten zien dat er positieve effecten zijn voor de zorg, is het belangrijk te beseffen dat er in dit geval sprake kan zijn geweest van 'publicatie bias'. Dit is vertekening van de resultaten omdat studies met geen of negatieve resultaten mogelijk minder snel gepubliceerd worden. Ze hadden dit probleem enigszins kunnen ondervangen door ook de niet-wetenschappelijke literatuur te doorzoeken (laagdrempeliger om te publiceren) en/of door actief onderzoekers te bevragen over niet gepubliceerde studies zonder resultaten.

Referenties:

1. *eHealth Monitor 2015*, Nictiz & Nivel. URL: <https://www.nictiz.nl/Paginas/eHealth-monitor-2015.aspx>
2. Sawesi S et al. *JMIR Med Inform* 2016;4(1):e1
URL: <http://medinform.jmir.org/2016/1/e1> ■

Wouter Kroese (links) en Willem Herter zetten met Pacmed big data in om huisartsen te helpen



Fotograaf: Koen Smit



DOOR WILLEM HERTER

Start-up Pacmed helpt huisartsen met big data

Met Pacmed dromen Wouter Kroese en Willem Herter van een zorg waar patiënten alleen nog maar de zorg krijgen die bewezen heeft te werken voor vergelijkbare patiënten. Het startpunt van Pacmed is in de huisartsenpraktijk, waar zij op basis van (big) data analyse de verwachte uitkomsten van verschillende behandelingen bij een specifieke patiënt terugkoppelen aan de huisarts. Pacmed is één van de tien concrete aanbevelingen aan Nederland uit het eindrapport van de Nationale DenkTank 2014.

Van september tot en met december 2014 namen Wouter Kroese (wouter@pacmed.nl) en Willem Herter (willem@pacmed.nl) deel aan de Nationale DenkTank 2014. Samen met 21 andere academici deden zij hier onder begeleiding van verschillende themapartners, universiteiten en McKinsey fulltime onderzoek naar Big Data. Zij onderzochten hoe Nederland gezonder gemaakt kan worden aan de hand van Big Data.

Waar Big Data tegenwoordig breed wordt ingezet om commerciële waarde te creëren, was het doel van de Nationale DenkTank om de maatschappelijke waarde te ontsluiten. Binnen het onderzoek van de DenkTank bleek dat Big Data op verschillende manieren kan bijdragen aan het verbeteren van de gezondheidszorg. Dit grootste mogelijkheden lijken hierbij te liggen bij het ondersteunen bij het stellen van een adequate diagnose en het kiezen van de juiste behandeling. Kroese en Herter zagen mogelijkheden voor de huisartsenpraktijk en begonnen de startup Pacmed, die op basis van anonieme routine zorggegevens de huisarts informatie geeft waar deze mee kan werken.

Evidence based zorg

Het huisartsen vak is ontzettend moeilijk. Iedere patiënt is uniek en het menselijk lichaam is enorm complex en onvoorspelbaar. De afgelopen 20 jaar is er veel gedaan om de zorg zo veel mogelijk evidence based te maken. Door deze inspanningen krijgen patiënten alleen nog maar de zorg waarvan in objectief onderzoek is hard gemaakt dat dit de beste is. Klassiek medisch onderzoek heeft dankzij dit systeem de zorg enorm kunnen verbeteren door onderzoek te implementeren in de praktijk. Ditzelfde klassieke medische onderzoek kent echter ook haar beperkingen. Zo duurt het ontzettend lang voordat inzichten uit randomized control trials worden toegepast in de praktijk. Bovendien beantwoorden deze onderzoeken niet altijd vragen in de praktijk. Door de vele exclusiecriteria voor deelnemende patiënten, neemt er zelden een representatieve populatie deel aan deze onderzoeken.

Verder neemt de (tijds)druk op huisartsen toe en verplaatst er steeds meer zorg van de tweede naar de eerste lijn. De richtlijnen die huisartsen ter ondersteuning aangeboden krijgen dekken niet altijd de complexiteit en variëteit van

de dagelijkse praktijk. In de toenemende hoeveelheid digitale zorginformatie ligt volgens Kroese en Herter de sleutel tot persoonlijkere en preciezere zorg. Mits deze anonieme zorggegevens op de juiste manier worden ingezet.

Urineweginfecties

De potentie van het gebruik van big data in de zorg is enorm, maar de obstakels lijken bijna net zo groot. Veel vergelijkbare initiatieven opereren alleen in academische sferen en overleven de stap naar de praktijk niet. Daarom begint Pacmed met de medisch relatief eenvoudige en onschuldige casus van urineweginfecties. Onschuldig, maar in verband met de grote schaal waarop urineweginfecties voorkomen en in het kader van antibiotica resistentie, medisch wel zeker relevant. Hierdoor willen zij na het ontwikkelen van de voorspellende modellen zo snel mogelijk leren hoe dergelijke innovaties in de praktijk gepresenteerd moeten worden om optimaal gebruiksgemak te generen. Op dit moment wordt de tool voor een pilot ontwikkeld met een groep huisartsen om er zeker van te zijn dat de juiste vragen uit de praktijk beantwoord worden, en de antwoorden op de juiste manier gepresenteerd worden. Bij

het onderzoek worden zij ondersteund door dr. van der Poel, prof. Numans, dr. Knottnerus en dr. Hoogendoorn, een combinatie van medische en technische experts. ■

Expertise en vrijheid huisarts centraal

Pacmed wil de waarde van anonieme routine zorggegevens benutten door de expertise en vrijheid van de huisarts centraal te stellen en optimaal te benutten. Pacmed is een beslissingsondersteunende tool die huisartsen de verwachte uitkomsten van verschillende behandelingen voor de individuele patiënt terugkoppelt, op basis van analyse van enorme hoeveelheden anonieme zorgdata.

Met Pacmed draagt de ervaring van iedere dokter direct bij aan het verbeteren van de zorg en krijgen huisartsen de mogelijkheid om samen met de patiënt de behandeling te kiezen die het beste bij deze patiënt past. Zo wordt er van iedere patiënt geleerd en krijgen patiënten op maat gemaakte zorg.

Meer informatie over Pacmed is te vinden op hun website, www.pacmed.nl.

Philips Design: Van functioneel design tot Design als strategie



In het Philips Museum in Eindhoven is op dit moment de 90-jarige design geschiedenis van het Philips concern te zien. Mooi om te zien dat het design van de jaren vijftig weer helemaal hip aandoet.

Ter gelegenheid van 90 jaar design, gaf Philips in het Design Museum in Eindhoven een blik achter de schermen van hun designstrategie. De afdeling Artistieke Propaganda, zoals de afdeling in de jaren '20 nog heette, heet inmiddels Philips Design en is tot in de kern van de strategische bedrijfsvoering doorgedrongen.

De designers van Philips maken tegenwoordig integraal onderdeel uit van de verschillende afdelingen. 'Iedereen kan creatief zijn. De creatieve processen die wij gebruiken om producten vorm te geven, gebruiken we nu ook om anderen te helpen hun strategieën en concepten vorm te geven', zegt Sean Carney. Hij is sinds 2011 Chief Design Officer bij Philips. En dat gaat verder dan menigeen denkt. Want co-creatie is nu ook een verkoopstrategie, waarbij Philips uitdrukkelijk de samenwerking opzoekt met ziekenhuizen. Om samen te ontdekken hoe een OK er het beste uit kan komen te zien. En uiteraard komen hier producten van Philips in terug. 'Het mooie van deze sessies, is dat de klanten niet het idee hebben dat ze iets hebben gekocht. We zoeken samen naar oplossingen voor hun probleem', merkte Carney fijntjes op.

Trends in health

Claudia Lieshout van The Trend Network van Philips vertaalt als trendwatcher signalen naar de samenleving naar trends en de impact die deze hebben op de markten. Zij duidde drie trends: The Global Health Brain, Holistic Health en Modern Utopia.

Vanuit signalen zoals de meedenkende keuken van Ikea, het platform (Im)possible en Transitie Towns de impact hebben op de samenleving, zoals meer aandacht voor persoonlijke zorg en preventie. ■



DOOR YVONNE KEIJZERS

‘Maak van de doktersassistent een officemanager’

Voor Rudolf Boesjes was automatisering dagelijkse kost. Totdat hij in 2010 definitief met zijn werk moest stoppen. Zijn gezondheid, met als gevolg daarvan twee burn-outs, zorgden ervoor dat hij zijn werk niet meer kon doen. Zijn kennis over automatisering, opgedaan in het bankwezen, zet hij nu in voor het Longfonds, waar hij ICT-toepassingen test.

'De back-office van de zorgpraktijk moet in het hele land gigantisch op de schop. Zorginstellingen moeten denken vanuit klanten in plaats van vanuit de zorg. Want het grootste probleem zit hem nu in het bedrijfsproces van de zorg. Automatisering past hier niet bij.'

Aan het woord is Rudolf Boesjes, gepensioneerd en patiënt. In 1994 werd longkanker geconstateerd, waarna zijn rechterlong werd verwijderd. Sinds twee jaar is hij ook MS-patiënt. Bovendien werd aan zijn linkerlong Astma geconstateerd. Maar Rudolf zit niet stil. Als patiënt test hij ICT-toepassingen voor het Longfonds. Rudolf is ook actief in de politiek. En in zijn vrije tijd gaat hij er graag met zijn vrouw op uit met de caravan. Het testen van ICT-toepassingen is enorm belangrijk om de toepassingen in de praktijk te ervaren. 'Testen is goed, maar het is soms lastig om harde criteria te formuleren. Niet alles is zwart/wit, maar in beoordelingen verdwijnt soms de nuance', legt Rudolf uit.



Privacy in de zorg

Als ervaringsdeskundige en tester van toepassingen, heeft Rudolf een duidelijke mening over de communicatie rond privacy in de zorg. 'Transparantie is enorm belangrijk. Leg duidelijk uit hoe dit geregeld en geborgd is. En zorg dat dit met een grote knop op de homepage van de website zichtbaar is. Zorg dat je een goede klachtenafhandeling hebt. Regel inlog met een DIGID. Dat heeft iedereen en dan kun je als patiënt overal met dezelfde code inloggen.'

'Tenslotte wil ik graag nog wat kwijt over het EDP', zegt Rudolf. 'Denk eens na over het moment van communiceren van diagnoses. Het is goed als ik als patiënt inzage heb in mijn dossier. Maar de uitslag van een eventuele tumor moet niet zichtbaar zijn voordat de patiënt op consult is geweest. Dat kunnen mensen niet aan.'

TESTEN IS GOED, MAAR SOMS IS HET LASTIG OM HARDE CRITERIA TE FORMULEREN

Professioneel getest

Rudolf testte de afgelopen jaren voor het Longfonds een aantal toepassingen: TeleRevalidatie van Behandelcentrum Heideheuvel, DiaMuraal, een digitaal logboek; Beter Leven met COPD van iCare; Constamed Consult en Zorgdomein. 'En uiteraard heb ik ook zelf in de praktijk toepassingen ondergaan. Zoals bij het Ziekenhuis Meander in Amersfoort waar ik met een app werk voor afspraken en bewegwijzering. En het UMC Utrecht heeft een patiëntendossier waar ik elektronisch uitslagen kan inzien.'

'Er zijn over het geheel genomen twee indelingen in de toepassingen die ik ken. Ten eerste zijn daar de grote dossiers, zoals Zorg op Afstand en het Elektronisch Patiëntendossier van het ziekenhuis. Ten tweede zijn er de deeldossiers.' Die deeldossiers zijn volgens Rudolf ook weer onder te verdelen. Allereerst zijn er de spin-offs van bestaande administratieve systemen, met verwijzingen, rapportages en dergelijke. 'Maar daar kun je als patiënt helemaal niets mee, want het werkt vaak niet optimaal.' Een tweede type deeldossier zijn de toepassingen die wel informatie geven over afspraken en plannings, maar waar patiënten zelf niets aan kunnen toevoegen. Ook geven deze toepassingen geen mogelijkheden voor een reactie. Tenslotte is er de applicatie die echt is ontwikkeld voor zorg op afstand. 'Dan heb ik het niet alleen over data, maar ook over communicatie. Denk aan beeldbellen, een revalidatieprogramma compleet met video, het meten van ademvolume en controle op medicijngebruik. Dat zijn de meest complete toepassingen.'

Rudolf ziet met name toekomst in de laatste deelttoepassing. 'In zo'n geval ga je als patiënt echt een commitment aan met de zorgverlener. Dat is heel erg belangrijk. Je bent online verbonden met de zorgverlener en er zijn allerlei communicatiemogelijkheden. De zorgverlener kijkt als het ware over jouw schouder mee. Doe je een dag je oefeningen niet? Dan krijg je een telefoontje van de arts. Bij dit soort toepassingen zie ik zeker mogelijkheden tot besparingen in de zorg.' De andere toepassingen zijn vaak te vrijblijvend, en dan verslapt de aandacht. Dan kan je beter de afspraken op papier bijhouden, dat is voor patiënten van mijn leeftijd net zo gemakkelijk. We hebben echt een stok achter de deur nodig', lacht hij.

Zorg op afstand

'Communicatie en data-uitwisseling op afstand staan echt nog in de kinderschoenen', vertelt Rudolf. 'Ik geloof absoluut niet in een e-consult. Een huisarts wil vaak toch meer informatie dan nu mogelijk is. Hij moet een patiënt in levenden lijve zien. Kijken hoe deze reageert, beweegt en eruitziet en een diagnose stellen op basis van fysiek contact. Dat kan niet via e-mail of internet. Het is ook niet praktisch. Want veel ouderen zijn vaak in het buitenland. Dan is bellen toch handiger dan via een vaak krakkemikkige internetverbinding contact te zoeken. Hetzelfde geldt overigens voor een digitale medicijnlijst. Die moet je echt altijd op papier bij je hebben. Want hoe komt de arts aan jouw inlogcodes als jij doodziek of bewusteloos bent?'

Rudolf ziet meer toekomst in beeldbellen. 'Dat kan bijvoorbeeld hier in Amersfoort bij een appartementencomplex waar mensen met een verstandelijke beperkingen zelfstandig wonen. Zij kunnen 24/7 in (beeld)bellen met de zorgverlener en de zorgverlener krijgt meteen jouw dossier te zien.'

DAT ZIJN IDIOTE PROCESSEN DIE VOOR EEN PATIËNT IRRITANT ZIJN.'

Bedrijfsproces

Zorgpraktijken moeten hun processen volgens Rudolf veel meer gaan inrichten als een bedrijf. 'De back-office moet compleet veranderen. Een doktersassistent moet een officemanager worden. Dan pas zullen ze vanuit de klant gaan denken. Dat geldt voor kleinere praktijken, maar ook voor specialisten. Dus alleen als het EDP wordt gestandaardiseerd voor grote groepen personen, gaat het werken. Nu blijven we hangen in separate processen. Als ik nu een kopie wil hebben van de uitslag van het lab, moet de specialist toestemming geven. Dat zijn idiote processen die voor een patiënt irritant zijn.' Er kan nog heel veel veranderen volgens Rudolf. 'Zolang de specialist het recept nog faxt is er nog een wereld te winnen.' ■

Het Longfonds laat sinds twee jaar een groep ervaringsdeskundigen van rond de tien personen meedenken over ICT in de zorg. 'Het is een uitermate gemêleerd gezelschap. Wij kregen allemaal toepassingen mee om thuis te beoordelen. Onze bevindingen worden door het Longfonds teruggekoppeld aan de producenten', legt Rudolf uit.



DOOR BART COLLET

Klinisch onderzoek hoeft niet onmenselijk te zijn

Eén persoon hersendood en 5 mensen in een Frans ziekenhuis. Het gebeurde tijdens een klinisch onderzoek van een experimenteel medicijn gefabriceerd door het bedrijf Bial. Recent en vlakbij, tragisch en onmenselijk.

WIJ ZIEN GRAAG UW REACTIE
via twitter @icthealth_NL of
via e-mail redactie@icthealth.nl

In feite is een klinisch onderzoek op zich al onmenselijk. Ga maar na, 100 proefpersonen in groep A krijgen een medicijn toegediend, 100 mensen in groep B krijgen een placebo. Elke groep is min of meer gelijk in samenstelling (leeftijd, gender) en het onderzoek loopt over enkele maanden. Periodiek wordt er bloed afgenomen, bloeddruk gemeten, gewogen en eens 'aaaaaaa' gezegd. Aan de hand van die erg beperkte verzamelde data moet dan opgemaakt worden welke de impact van een bepaald medicijn is.

Are you kidding me!?! Hoe zit het met relevante omgevingsvariabelen? Heeft de persoon op de dag van de meting kebab met veel look en paprika gegeten, een marathon gelopen, een rottag op werk gehad, vlinders in de buik, 10 espresso's gedronken, nauwelijks geslapen? Was het een warme dag? Veel pollen in de lucht of smog? Was de proefpersoon van het vrouwelijke geslacht, single en was de interviewende arts erg vriendelijk en leek die sprekend op George Clooney? Heeft de proefpersoon een lage pijngrens, heeft die weinig behoefte aan nachtrust, lijdt die aan een niet-gediagnostiseerde ziekte, was niemand op de hoogte van een bepaalde DNA-afwijking in de bloedlijn. En wat met de gevolgen op langere termijn (dan die enkele maanden)?

Moderne technieken?

Als je bovendien weet dat er tijdens zulke onderzoeken erg weinig gebruikt gemaakt wordt van moderne technieken (mobile, wearables, sensors, ...), dan krijg je respect voor de mensen die zulke onderzoeken leiden. Want zij moeten relevante conclusies trekken uit een beperkte hoeveelheid data die met beperkte set van tools werd verzameld. Bovendien moeten zij met de grootste zorg complexe procedures opvolgen met een buitengewoon oog voor detail.

De toekomst zou er idealiter één zijn waar de historische data van de proefpersoon wordt gecombineerd met data die continu op en rond de proefpersoon verzameld wordt. Deze data wordt in real-time geanalyseerd en op basis van de analyse wordt in real-time feedback gegeven aan de 1000den proefpersonen van een onderzoek.

Dat is een onmenselijke taak! Gelukkig zijn er enkele startups die dit willen vereenvoudigen, zoals:

UNDERARMOUR HEALTHBOX

Een hartslagmeter, een activiteitstracker en een weegschaal. Wat is daar nu speciaal aan? Welnu, deze drie apparaten werken als één volledig platform en niet als een optionele verzameling van te-connecteren-toestellen. Het is een product specifiek gericht op atleten, om een bepaald doel te bereiken. Dus wat heeft dat allemaal te maken met klinische onderzoeken? Zowel het geïntegreerde platform als de feedback zorgen voor een betere opvolging van de metingen en de algemene toestand tijdens het onderzoek. Dus perfect te gebruiken tijdens klinische onderzoek. Voeg er nog enkele extra metingen bij en dan krijgt de Healthbox 3 sterren, maar voorlopig blijft die steken op 2.



MOLECULAR MATCH & TRIALREACH

Patiënten met kanker willen informatie. Stel, ze zijn op zoek naar de best mogelijk therapie op basis van hun DNA en/of omschrijving van hun ziekte. Misschien komen zij via deze weg terecht bij een clinical trial die een nieuw medicijn test dat hen kan helpen?



EPHARMIX

Een bedrijf dat opvolging van specifieke aandoeningen voorziet door opvolging via... jawel... SMS.

Het zijn gevalideerde tests, volledig op maat van een bepaald ziektebeeld (dus geen overbodige vragen) in combinatie met het-altijd-werkende SMS. Zulk een nuchtere aanpak met alledaagse middelen verhoogt de opvolging en kwaliteit van de verzamelde data.



MEDWATCHER

Hoe moet je bijwerkingen van geneesmiddelen, vaccins en medische hulpmiddelen opvolgen en rapporteren?

MedWatcher biedt daar een goede oplossing voor. MedWatcher is een suite van tools die gericht zijn het publiek, artsen en regelgevende wetenschappers beter inzicht te bieden in de potentiële risico's van medische producten. Medwatcher verzamelt en visualiseert bijwerkingen via online bronnen, waaronder individuele rapporten, sociale media, patiënt gemeenschappen, het nieuws en de FDA. Verder stelt hun mobiele app gebruikers in staat om gebeurtenissen rechtstreeks in te dienen bij de FDA. Hun privé-web app 'luistert' op de achtergrond naar social media voor signalen of uitdrukkingen van mogelijke bijwerkingen. MedWatcher omvat alle Amerikaanse medicijnen, apparaten, en vaccins, en de uitbreiding ontwikkeling in de EU is in volle gang.



APPLE RESEARCH KIT

Geen startup, maar een recent product van Apple. Researchkit is een framework op basis van opensourcesoftware waarmee onderzoekers en ontwikkelaars eenvoudig apps kunnen ontwikkelen die medisch onderzoek kunnen transformeren en de geneeskunde een ander aanzicht kunnen geven. Researchkit heeft het zoeken naar proefpersonen exponentieel verbeterd. In plaats van 6 maanden te zoeken om 1.000 proefpersonen bij mekaar te krijgen, slaagt Researchkit er in om in amper 12 uur 10.000 proefpersonen te rekruteren.



AICURE

Spreekt voor zich dat getrouwe inname van medicijnen bij een klinisch onderzoek erg belangrijk is. Maar hoe kunnen onderzoekers er zeker van zijn dat proefpersonen hun medicijnen op tijd innemen? Het bedrijf AiCure heeft daar mogelijk een oplossing voor. Hun AI Platform biedt een intuïtief controle programma dat gebruik maakt van gezichtsherkenning en sensoren in hun smartphone om te bevestigen of een patiënt de medicatie heeft genomen. AiCure is samen met farmaceutische bedrijven actief in de therapietrouw ruimte en spannen zich in om patiënten te helpen op koers te blijven.



VITALCROWD

VitalCrowd is een nieuw samenwerkingsplatform gericht op het met elkaar verbinden van patiënten, zorgverleners en artsen met onderzoekers. Vitalcrowd belooft een continu evoluerend platform te worden om het ecosysteem te engageren in gezondheidsonderzoek. Ze trachten dit te verwezenlijken door gebruikers op diverse manieren te belonen voor bepaalde inspanningen. Tegelijk zorgen ze voor continue feedback waardoor researchers en developers hun ontwikkelingen of onderzoek dynamisch kunnen bijsturen.



CV

Bart Collet is Partner bij Health Start-Up. Partner bij Advance Healthcare, eigenaar en manager van Huis Vandecruys, eigenaar Innovasi en lid van de redactieraad.





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.

(Je)Zelfmanagement!

Graag introduceer ik een nieuwe term: (Je)zelfmanagement! Als zorgverlener is het toepassen van zelfmanagement van essentieel belang om 'werkdruk' gelijk te houden of te verlagen. En de kwaliteit van geleverde zorg optimaal te houden.

Een proactieve visie en aanpak voorkomt 'echte' werkdruk door optimaal inzicht in de gezondheidsstatus van de patiënt, dankzij de substitutie naar de nuldelijn. Deze substitutie is ook essentieel voor de kwaliteit van zorg vanwege de groeiende chronische populatie. Daarnaast is het zo dat patiënten steeds meer geactiveerd worden door de digitalisering. Meebewegen hierin betekent voorzien in begeleiding, inzicht en regie.

De praktijk van excuses

Binnen mijn functie bij VitalHealth voer ik veel gesprekken met zorggroepen, huisartsen, praktijkondersteuners en patiënten. Daarbij kijken we naar de (on)mogelijkheden van digitale ondersteuning bij zelfmanagement. Momenteel zijn er diverse bewegingen gaande om zelfmanagement te stimuleren. Denk bijvoorbeeld aan het initiatief Zelfzorg Ondersteund (ZO!). ZO! heeft als doel patiëntervaringen en de doelmatigheid van chronische zorg te verbeteren met behulp van zelfmanagement. Dit moet leiden tot meer persoonsgerichte zorg en tegelijkertijd tot beheersing van de zorgkosten. In de gesprekken die ik voer is er vrijwel unaniem enthousiasme over de rol die eHealth hierin kan spelen. Tegelijkertijd ervaar ik tijdens deze gesprekken gereserveerdheid of argwaan over de impact hiervan op de werkdruk en kosten. De financiering vanuit zorgverzekeraars is daarbij vaak onderwerp van gesprek en is een essentiële randvoorwaarde om zelfzorg van de grond te krijgen.

Het loslaten van kosten en de klantbehoefte centraal

Wordt het niet tijd dat we bij de discussie over financiering in 2016 ook eens op de lange termijn gaan kijken? Dat we in gesprek gaan over impact op werkdruk, kwaliteit van leven en samen leren? Dit is eenvoudig inzichtelijk te maken, bijvoorbeeld op deze manieren:

Consultvoorbereiding door de patiënt geeft de mogelijkheid om als zorgverlener meer tijd te nemen voor de patiënt als individu binnen het

consult. Het voordeel voor de patiënt is dat hij of zij beter afgestemde zorg krijgt en er meer inzicht en betrokkenheid van de zorgverlener is. De POH bespaart werktijd omdat het consult niet slechts gebruikt wordt voor het afvinken van een controlelijst. Het individueel zorgplan (IZP) kan vervolgens gerichter vormgegeven worden om de zelfredzaamheid te stimuleren. Educatie kan persoonlijk en veilig tijdens het hele behandeltraject aangeboden worden. Ook kan de zorgverlener dit bespreken tijdens een consult wanneer er vragen zijn. Goede educatie draagt bij aan de therapietrouw van de patiënt en vervangt (deels) de tijd voor educatie tijdens het consult zelf. De patiënt krijgt zo ook meer inzicht in zijn ziektebeeld.

De patiënt kan zelfstandig meetgegevens invoeren, vanaf elke gewenste locatie en gekoppeld aan verschillende devices. Doordat bijvoorbeeld insuline schema's niet meer doorgebeeld hoeven te worden, wordt de druk bij de assistent verlaagd en daarmee de bereikbaarheid verbeterd. Berekent vanuit de zorggroep: 5 minuten per dag, maal 4 telefoontjes, maal 5 dagen, bespaart minimaal een uur per week voor de assistent.

Kortom, zelfmanagement draagt bij aan het verminderen van consulten op langere termijn. Rekening houdend met de groeiende populatie, is dit lonend voor iedere praktijkhouder. Dan heb ik het nog niet eens gehad over de voordelen die dit oplevert met betrekking tot werkdruk, kosten binnen de praktijk, uitbreidingen van de praktijk door verbouwingen en extra personeel.

Begin pragmatisch

Onlangs was ik bij een presentatie van Rob Creemers (trendwatcher), die beschreef hoe snel de wereld om ons heen verandert. Wachten en lange besluitvorming zou wel eens de grootste bedreiging kunnen worden voor zorgverleners en de wijze waarop nu wordt gewerkt. Het is NU tijd om consulten anders te gaan inrichten en om dit doelmatig aan te pakken op basis van het Individueel ZorgPlan (IZP). Neemt u het voortouw of laat u zich binnenkort leiden/lieden door de patiënt?



CV

Kees van Ooik
Accountmanager
VitalHealth Software





Dirk-Jan van der Pol



DOOR YVONNE KEIJZERS

Zorgkosten verlagen, sociale cohesie vergroten en de kwaliteit van zorg verbeteren. En dat alles door de patiënt de regie over te laten nemen over zijn zorg. Met een tool die is geboren vanuit de ervaringen van een patiënt. Dat is Quli. 'We zijn toe aan het opschalen van technologie. Die stap moeten we nu zetten. Dat gaat niet alleen om techniek, maar ook om gedragsverandering. Want artsen en patiënten krijgen andere rollen.'

'Neem als patiënt de regie over jouw zorg'

Technologisch zijn er allerlei mogelijkheden om communicatie tussen zorginstellingen en patiënten te verbeteren. Maar in de praktijk hapert er van alles. En dat terwijl opschalen van eHealth essentieel is om de zorg betaalbaar en inclusief te houden. Maar opschalen kan alleen als zorgprofessionals en patiënten de verandering omarmen. 'Quli stelt verzorgers, artsen, behandelaars of begeleiders in staat om digitaal mee te kijken met patiënten en cliënten, dagprogramma's (real time) aan te passen en te communiceren of te bezoeken als het nodig is. 'Het is in feite het verkeersplein van de zorg en welzijn, waar alle routes op uitkomen', zegt Dirk-Jan van der Pol, productmanager van Quli.

Uit noodzaak geboren

Quli is een voorbeeld van een eHealth toepassing die uit noodzaak geboren is. Bij Van der Pol werd in 2003 kanker geconstateerd. Vanuit de frustratie dat het zorgsysteem de regie overnam, besloot hij een persoonlijk gezondheidsdossier voor zichzelf te bouwen. 'We leven met een zorgsysteem waarbij de zorg voor ons is gaan zorgen. Ik wilde echter zelf de regie kunnen voeren. En nadat ik dit systeem voor mijzelf had ontwikkeld, vond ik dat het voor meer mensen toegankelijk moest zijn. Na contact met Egbert Reijnen van het Dr. Leo Kannerhuis was Quli een feit. Inmiddels is Quli bij 40 zorginstellingen ingevoerd. 'Net als ik dat vond, zijn er veel meer mensen die het fijn

vinden dat ze zelf beslissingen kunnen nemen', zegt Van der Pol. 'En het is ook nog eens goed voor je eigenwaarde als cliënt of patiënt om zelf allerlei zaken te kunnen regelen.'

Met Quli (Quality of life) delen en managen cliënten hun zorgbehoeften via een online platform. Het platform bestaat uit drie pijlers: een persoonlijk gezondheidsdossier (pgd), het sociale netwerk en een appstore. Het gezondheidsdossier bevat persoonlijke zorginformatie. De informatie uit dit dossier komt uit verschillende zorgsystemen zoals het elektronisch patiëntendossier (epd), elektronisch cliënten dossier (ecd) en huisarts informatie systemen (HIS). Via de appstore kan de gebruiker zorgapps downloaden en vullen met zelfmetingen. Quli koppelt de informatie automatisch aan het pgd. Ook kunnen cliënten via het platform contact onderhouden met anderen, zoals familie, vrienden, lotgenoten en zorgprofessionals. Hiermee geeft Quli antwoorden op de vragen van deze tijd en legt daarmee de basis voor het verkeersplein van zorg en welzijn.

Opschalen broodnodig

Het doel van Quli is om de zorgkosten te verlagen, sociale cohesie te vergroten en de kwaliteit van zorg te vergroten. 'Er moeten echter financiële incentives zijn om eHealth toepassingen te gaan gebruiken. Anders gaat het

niet op grote schaal lukken. En daar hebben wij niet alleen last van. De hele sector bukt eronder dat het niet lukt om eHealth op te schalen. Terwijl het echt moet', zegt Van der Pol beslist.

De ambitie van Quli ligt hoog. 'We hebben nu een zorgsysteem, maar het moet een burgerplatform worden, waarin iedereen - van wieg tot graf - een persoonlijk dossier heeft. Daaromheen kan de persoon diensten verzamelen, zoals coaches, apps, metingen. En hij kan zelf informatie toevoegen. Het is echt een kanteling van de zorg naar een consumentenproduct. Dat is de kant die we op willen met Quli. We zijn er nog niet, maar het is mogelijk.' ■

Gratis zorgplatform

De vijf zorginstellingen (Amarant Groep, Arq, Dichterbij, Dr Leo Kannerhuis, Pluryn), ict-bedrijf Ordina en NextGen Ventures (fonds gevormd door De Friesland zorgverzekeraar, Menzis, UMCG en Noaber) zijn de initiatiefnemers van Quli. De zorginstellingen brengen hun visie op zorg in, terwijl Ordina brede kennis van informatietechnologiemogelijkheden inbrengt, specifieke op gebied van eHealth. NextGen brengt tenslotte hun uitgebreide zorg- en verzekeringsnetwerk in. Daarnaast wordt er gewerkt met andere partners zoals Unit4, implementatiepartners en applicatieleveranciers.

Conferentie Support Health by Technology VII

Universiteit Twente & UMCG, Euroborg, 27 mei 2016

Het Center for eHealth & Wellbeing Research Universiteit Twente en University Medical Center Groningen organiseren samen de conferentie Supporting Health by Technology VII, dit jaar in Groningen, in het stadion Euroborg. Het thema is: **Personalized Healthcare, Persuasive Coaching using Technology.**

eHealth telt, alleen de implementatie ervan knelt. Technologie biedt allerlei mogelijkheden om de gezondheidszorg te verbeteren, te personaliseren en dat kan met succes. De inbedding van eHealth in de zorg- en werkomgeving kan sneller, beter en met meer kracht.

eHealth werkt als de technologie laagdrempelig is, en benut wordt door mensen met chronische aandoeningen en door

zorgverleners zelf. Dit vraagt niet alleen om initiatief maar ook om durf, om het oude los te laten. Zowel in ontwerp van technologie als in de bewijsvoering ervan.

De Universiteit Twente en het UMCG nodigen lezers van ICT&health uit voor het geven van demo's, workshops, symposia en presentaties om ideeën over eHealth implementatie en bewijsvoering te uiten en te delen, in een creatieve omgeving.

Prof dr Andrea Gaggioli, van de University Cattolica di Milano, Italië en Prof dr Sander Klous, Managing Director Big Data Analytics, KPMG, uit Nederland zijn keynote sprekers. Zij nemen deel aan het panel deelnemen over Big data en Datamining. ■

VOOR MEER INFORMATIE
www.healthbytech.com



doktr.nl | Consultatiemodule

health is personal



De huisarts heeft niet altijd direct een antwoord op alle vragen...



...of wil even overleggen met de expert in het ziekenhuis.



Maar de patiënt blijft het liefst thuis in contact met zijn huisarts.

1 VRAAG

De patiënt stelt via Doktr.nl een vraag aan de huisarts.



2 CONSULTATIE

De huisarts vraagt via Doktr.nl de expertise van de specialist.



3 ANTWOORD

De specialist geeft via Doktr.nl zijn mening.



4 VERVOLG

De huisarts en de patiënt bepalen samen de vervolgstappen.

Doktr.nl biedt zorgverleners de mogelijkheid om een vraag of casus voor te leggen aan een expert. De Consultatiemodule maakt het mogelijk om, met de huisarts als regisseur, gedegen advies in te winnen bij de expert.

- Patiënt betrokken bij consultatie
- Huisarts als regisseur
- Specialist als expert
- Communicatie via moderne tools
- Geen onnodige verwijzingen
- Koppeling met ZorgMail

Meer informatie over de Consultatiemodule? ➡ Kijk op Doktr.nl of neem contact op ➡ info@doktr.nl

Health Valley Event

Datum: 17 maart 2016

Tijd: 10:00

Locatie: CineMec Nijmegen

Zie voor meer informatie pagina 36



mHEALTH HACKATHON

Datum: 18 maart 2016

Locatie: Brussel, België

Tijdens de mHealth Hackathon worden oplossingen gezocht om zorg naar de huisomgeving te brengen. Nieuwe services die leiden naar nieuwe business modellen.

Denk mee over:

- Clinical trial platform for apps
- Treatment Butler
- Medication Coaching App
- Early Warning System
- Genome risks management
- Health Literacy Ap
- Personal health benchmarking
- Medication Interaction App
- Medication Instruction App
- Trials-of-one online protocol & data platform
- Find my clinical trial
- Co-morbidity app (platform)
- Taboo diseases service
- App Quality Label
- Home-based pregnancy monitoring
- Digital pharmacist
- Home care stratification



Zorg & ICT en ICT&health

Datum: 05 april 2016

Tijd: 09:00

Locatie: Jaarbeurs Utrecht

Zie pagina 21 en 22.

Startup Fest Europe

Datum: 24 t/m 28 mei

Locatie: Beurs van Berlage

Het vierdaagse Startup Fest Europe is dé plek waar startups, investeerders, ontwikkelaars en bedrijven elkaar kunnen ontmoeten. Het festival draait om matchmaking en helpt innovatieve startups financiers te vinden. Dat het Startup Fest samenvalt met het Europese EU-voorzitterschap, maakt het een mooie kans om de rest van de wereld te laten zien dat West-Europa een broedplaats is voor startups en innovatie.

www.startupfesteurope.com



eHealth Week 2016

Datum: 10 juni 2016

Locatie: Beurs van Berlage

eHealth Week vindt van 8 tot en met 10 juni 2016 plaats in de Beurs van Berlage in Amsterdam en vormt een officieel onderdeel van het voorzitterschap van Nederland in de Raad van de Europese Unie (1 januari - 30 juni 2016).

De eHealth Week 2016 wordt georganiseerd door de Europese Commissie, het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en HIMSS Europe. Tijdens de eHealth Week 2016 worden meer dan tweeduizend internationale experts op het gebied van IT en gezondheidszorg en professionals van patiëntenorganisaties en publieke organen verwacht.



Korting voor lezers van ICT&health

ICT&health is officieel mediapartner van de eHealth Week 2016. Abonnees van ICT&health krijgen 10% korting op de entree. Ook interesse? Vraag dan via redactie@icthealth.nl jouw kortingscode aan. Op is op!

<http://www.ehealthweek.org/>





Jaarbeurs Utrecht en ICT&health, realiseren tijdens Zorg & ICT het

ICT&health Experience

ICT&health gaat een samenwerking aan met de Jaarbeurs Utrecht. Tijdens de beurs Zorg & ICT, verzorgt ICT&health samen met het Reshape Centre van het Radboudumc het ICT&health Experience paviljoen. U vindt hier innovatieve oplossingen uit de praktijk. U kunt 's middag uw kennis bij scherpen met een ijzersterk lezingenprogramma. De gebruiker aan zet. U komt toch ook?

Wanneer het gaat over digitale zorginnovatie, gaat het meestal over producten. Maar de praktijk geeft een ander beeld. Het gaat om de mens, de gebruiker, die deze middelen moet gaan toepassen. Zonder de gebruiker hebben we niets aan alle mooie technologie. Naast technologie en innovatie moet er expliciet aandacht zijn voor de implementatie, het gebruik en de gebruikers. Kortom de patiënt, cliënt en zorgverlener, ofwel de gebruiker is aan zet.

ICT&health Experience

Prikt u in de toekomst uw bloed bij de supermarkt? Woont u tot uw 100e thuis? Staan uw patiënten 24 uur per dag in contact met uw praktijk? Welke technologische innovaties gaan daarbij helpen en hoe is het gesteld met het gebruiksgemak?

Op het ICT&health Experience toont ICT&health in samenwerking met het Reshape Center van het Radboudumc verschillende zorginnovaties, die u werkend in de praktijk kunt uitproberen. U wordt aan de hand van de Patient Journey meegenomen naar de Zorg van de toekomst. ►

**Waar en wanneer?**

Zorg & ICT vindt plaats van dinsdag 5 april t/m donderdag 7 april 2016 in hal 1 van de Jaarbeurs in Utrecht. De beurs is dagelijks geopend van 09.30 – 16.30 uur.

Barista

Nictiz zorgt ervoor dat u op het paviljoen kunt genieten van een goede kop koffie van een professionele barista.

Het ICT&health Experience is in vier segmenten verdeeld: Thuis – Patiëntenkamer – OK – Supermarkt. Bij elk van de segmenten geven we u een doorkijkje naar de toekomst van de zorg, maar we laten ook zien wat er nu allemaal mogelijk is. U kunt ook zelf aan de slag met de producten en de aanwezige deskundigen staan u over de diverse digitale zorginnovaties graag te woord.

Theater met lezingenprogramma

ICT&health verzorgt elke middag vanaf 13:00 uur een interessant lezingenprogramma. Dit vindt plaats in Theater 1, direct naast het ICT&health Experience paviljoen.

Het lezingenprogramma omvat presentaties van wetenschappers, juristen, artsen en patiëntfederaties. Het is een uitgelezen kans uw kennis te verrijken en uw geest scherpen door bijdragen van verschillende topsprekers uit de markt. Het zijn interactieve sessies waar we ook graag uw mening horen.

Rode draad van de presentatie is het duurzamer, efficiënter en effectiever maken van de zorg door middel van technologie, Innovaties, delen van kennis en kunde, inzichtelijk maken van de diverse kansen, de valkuilen én de oplossingen.

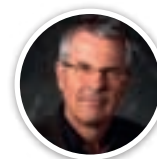
U kunt onder andere bijdragen verwachten van:



Lucien van Engelen,
Directeur Reshape
Center Radboudumc
en gashoofdredacteur
ICT&health.



Yuri van Geest,
Singularity University:
official Dutch
Ambassador for the
Netherlands



Nicky Hekster,
IBM Benelux Technical
Leader Healthcare &
Lifesciences, IBM Watson
Ambassador.

Bekijk onze website voor de exacte invulling van het programma. ■

Zorg & ict

Hét kennisplatform voor
mensgerichte zorginnovatie



5 t/m 7 april 2016
Jaarbeurs | Utrecht

Registreer nu voor gratis toegang via:
www.zorg-en-ict.nl



Hoofdmediapartner:
COMPUTABLE


Jaarbeurs


Smart Healthy Cities

In Nederland is het nodige te doen om Smart Cities. Daarbij gaat het dan vooral om issues als duurzaamheid & energieverbruik, gezondheid (eHealth), mobiliteit, leefmilieu, veiligheid, sensor gestuurde infrastructuur met het Internet Of Things (IOT) en het uitwisselen van Big Data. Er is zelfs een digitale agenda (DAS) waarop overheden hun plannen en aanpak zetten.

De term Smart City ligt goed in het gehoor bij zowel politiek, aanbieders van de technologie en onderzoekers als bij de burger die graag in een slimme comfortabel te leven stad woont. In Nederland is het een hot term. In ieder geval noemen de grote vijf steden zich al smart. Maar ook zo'n 400 andere gemeenten hebben deze pretentie. Het gaat immers om de economische en maatschappelijke uitdagingen van morgen. Van modieus en belofte, naar een concrete aanpak, is echter nog een hele stap. Het onderwerp gezondheid (E-Health) is nogal eens te weinig of gewoon helemaal niet vertegenwoordigd. In de praktijk is er regelmatig sprake van versnippering (aanpak, standaarden, compatibele infrastructuur en coördinatie) en het volgen van de eigen DAS en inzichten. Termen als sensor-city, smart urbanisme, dataïsme, infosfeer-leven worden genoemd en men is bang voor een ontsporing van cybersecurity.


Kanteling en transitie naar de maatschappij 3.0

Volgens experts en ingewijden staan wij met de Smart City aan de vooravond van een nieuwe industriële revolutie. Geen hype meer doch een echte kanteling naar de ICT-maatschappij 3.0. Dit proces verloopt op twee manieren: 1. Steeds meer data- en ICT-technologie wordt common practice. Want de smart ICT-technieken burgeren op gewoon overal in. Van



CV

Ulco Schuurmans is Arts M&G van GGD Hart voor Brabant en adviseur bij Zorgbelang Brabant. De blogs van Ulco Schuurmans op de website van ICT&health worden veel gelezen en vaak gedeeld.



DOOR ULCO SCHUURMAN



automatische lantaarnpalen, verkeerslichten en environmental monitoring (milieu en veiligheid) tot het werken in slimme gebouwen, domotica thuis en het rondrijden in smart cars.

2. De voortschrijdende techniek. Hierbij gaat het dan om 'Thinking in new boxes' (dus niet out of the box). Innovatieve oplossingen zijn er al. Je moet deze echter wel nog in het Smart City-concept implementeren en integreren. Kijk bijvoorbeeld naar de traditionele analoge AV-technieken, die nu programmeerbare ICT IP-concepten worden (Audiovisueel vindt ICT). Maar opkomend zijn ook robotisering, domotica solutions op straat en in gebouwen en slimme vervoermiddelen van auto's tot drones.

Smart Health in the City

Gezondheid en steden hebben al tientallen jaren een innige verbinding middels wet- en regelgeving. De wet preventieve gezondheid (WPG) schrijft voor dat gemeenten zich moeten inspannen om de gezondheid van hun burgers te bevorderen en bewaken. Ook moeten zij de regie daarover te voeren. De WMO gaat niet alleen over het toekennen van rollators, PGB's en beschikkingen, maar ook het informeren over en signaleren van, indiceren en toegeleiden of verwijzen naar bij gezondheidsproblemen. Daarbij komt dan nog de opvatting over de eigen regie voeren, actieve participatie van de bewoners bij gezondheidsproblematiek en de preventie daarvan.

Dat alles gaat geleidelijk aan steeds meer smart. Wetten, technologie en het actief deelnemen van burgers aan het Healthy Cities-proces vormen een potentiële succesformule. Het is een kwestie van eerst integreren in de eigen belevingswereld, vervolgens het praktisch proeven en dan er daadwerkelijk mee aan de slag.

De new boxes

Wat zijn nu de al eerder aangeduide min of meer nieuwe ICT & technologische dozen voor de Smart Healthy Cities? Het monitoren, bewaken en verbeteren van de gezonde leefomgeving vormt een belangrijke uitdaging. Technisch gezien is dit vanuit de sensoren, het IOT en automatische regulering van de infrastructuur te realiseren. Er is echter ook nog zoiets als economische belangen en de mindset. Zie bijvoorbeeld de discussie over het met 130 km per uur langs gezonde steden scheuren. Smart registreren dat de luchtkwaliteit ongezonde waarden aanneemt en dit toechoestaan. Dat verkeert op gespannen voet.

Consumenten-, collectieve en pro-E-Health

Consumenten E-Health en collectieve preventie vinden elkaar bij het bewaken en bevorderen van de Gezondheid Leefstijl en Welzijn (GLW). Zie hiervoor onder andere de

Quantified Self, Dashboarding en eigen GLW-management vanuit het EPD. Is er aanvullende zorg nodig? Dan volgt de schakel naar de professionele E-Health.

Big Data en het IOT helpen bij het in kaart brengen, het analyseren en het brengen van de juiste GLW-behoefte en -zorg tot op postcodeniveau in de City. Weet de Smart Health City wat haar bewoners nodig hebben, dan kunnen deze dankzij de domotica langer en gezonder en bij een betere kwaliteit thuis leven. Daarbij speelt ook de zorg voor de sociaal zwakkeren en have nots een belangrijke rol. Online begeleiding, robotverzorger / coaches, interactieve communicatie (beeldbellen) en het sociale welzijn dat ICT oplevert, zijn vanzelfsprekende onderdelen van de smart society 3.0.

Participatie

Het actief deelnemen van de burgers aan de Smart Healthy City vormt een belangrijke succesfactor. Burgers kunnen in de 3.0 society meer op eigen kracht dan ze denken. Echt iets voor anderen betekenen en interactief effectief invloed uitoefenen op de gezonde leefomgeving in jouw Smart City. Het moet echter wel van twee kanten komen: de smart citizen voorop, motiverend ondersteund door de Smart Healthy City en de daaraan gekoppelde overheid. ■





CV

Bert Vrijhoef (1971) is Professor Health Systems and Policy aan de National University of Singapore en de National University Health System in Singapore (Sept 2012–nu).

In 2014 werd hij benoemd bij de Vrije Universiteit Brussel als visiting Professor bij de vakgroep Huisartsgeneeskunde en Chronische Zorg. Bert werkt als senior onderzoeker voor het Wetenschappelijk centrum voor zorg en welzijn (Tranzo) aan Tilburg University alsook de afdeling Patiënt & Zorg van het UMC Maastricht.



DOOR YVONNE KEIJZERS

Ontwerp implementatiestrategie voor ICT zowel globaal, lokaal als individueel

Prof. Bert Vrijhoef reist de wereld over om onderzoek te doen in de zorgsector. Hij leidde onder meer het programma Redesigning Health Care aan het UMC in Maastricht. Een expert op het gebied van omdenken en anders naar systemen kijken. Zo wilt hij de zorgsector, of beter, de gezondheidssector, toekomstbestendig te maken. Een gesprek over spanning, reizen en implementatie van ICT.



MEER VAN PROF.
BERT VRIJHOEF

Bert Vrijhoef pendelt met regelmaat op en neer tussen universiteiten en onderzoeksinstituten in Singapore, Nederland en VS. Ook geeft hij regelmatig advies aan besturen en overheden. 'Maar dankzij ICT ben ik, ondanks dat ik veel reis, tegenwoordig beter bereikbaar dan ooit', antwoord hij lachend op de vraag hoeveel tijd hij in vliegtuigen doorbrengt. Per jaar brengt hij 3 maanden in Singapore door. 'Het voordeel van een langdurige werkrelatie in een andere cultuur is dat je culturele verschillen echt leert begrijpen. Dat is belangrijk om ICT goed in te zetten in de gezondheidssector. Want er is veel mogelijk met ICT, maar lokale implementatie is van essentieel belang om het te laten slagen. Dat gaat heel erg ver, tot en met het individu.'

“ **DE ONTWIKKELINGEN VAN E-HEALTH, M-HEALTH EN TELEMEDICINE ZIJN VOOR VEEL MENSEN HEEL ERG ABSTRACT.** ”

In Singapore houdt Vrijhoef zich onder meer bezig met het bij elkaar brengen van verschillende partijen om samenwerking op gang te brengen. De nut en noodzaak van samenwerking is universeel, maar hoe partijen benaderd willen en moeten worden is cultureel bepaald. 'In Nederland hebben wij een heel sterke eerstelijnszorg. In Singapore zijn het vooral de ziekenhuizen die dominant zijn. Ik werk in Singapore onder andere aan het versterken van die eerstelijnszorg. Dat moet je wel doen met inachtneming van de culturele en lokale verschillen, anders roep je alleen maar weerstand op. Ik geloof dan ook niet in één methode om een ICT-oplossing wereldwijd in de zorg naar binnen te schuiven.'

Waar zit volgens u de echte potentie van ICT in de gezondheidssector?

'De potentie van ICT is groot. ICT gaat echter niet alleen over technologie. De verandering die ICT veroorzaakt ligt veel dieper. Daarbij raken wij aan culturele waarden, zoals transparantie, verantwoording, rekening afleggen, kennis delen. Door hierop in te grijpen, brengen we heel veel beweging. En omdat die waarden cultureel bepaald zijn, móet je je lokaal oriënteren en kijken wat past bij die cultuur. Ook al is de techniek op zich universeel.'

'De veranderingen die de gezondheidssector te wachten staan, moeten echt lokaal doorgevoerd worden. Met regie tot op de werkplek en tot in de huiskamer. Zo'n beweging

kun je niet overlaten aan de landelijke overheid. Want als het beleid verandert, dan is die overheid weg. Daar kun je dus niet op bouwen. Het gaat om de visie, het vertrouwen, het proeven aan nieuwe ontwikkelingen. Dat gebeurt allemaal lokaal. Daar moet worden bekeken wat wel en wat niet past. Dus als het bijvoorbeeld nog niet opportuun is om te beginnen aan een ICT-oplossing voor het afrekenen van zorghandelingen, dan moet je daar nog mee wachten en ICT voor andere problemen inzetten. We hoeven ook niet alles in één keer te doen.'

Maar de ontwikkelingen in de ICT-ontwikkelingen binnen de gezondheidssector buitelen over elkaar heen. Hoe moeten professionals in het veld dat filteren?

'Als onderzoeker gebruik ik hiervoor twee criteria. Ik bekijk allereerst of een nieuw product of dienst een maatschappelijk probleem kan oplossen. De sector kantelt van gezondheidszorg naar een gezondheidssector. Dat is spannend, want je komt nu bij mensen aan de voordeur. Bijvoorbeeld metroducten of diensten die helpen de gezondheid van mensen optimaal te houden, of ze helpen bij het opdoen van kennis, of advies geven. De rol van het individu is hierin heel erg belangrijk. Want bij die persoon zit het keuzemoment. Ga ik wel of ga ik niet van gedrag veranderen? Het tweede criteria is in hoeverre een nieuw product of dienst voor mij als onderzoeker interessant is. Want ik wil kennis ontwikkelen. Het moet dus wetenschappelijk nieuw zijn of een nieuwe vraag beantwoorden.'

Wat is volgens u vooral spannend in deze ontwikkeling?

'Het spannende zit hem er vooral in dat de gezondheidssector het individu aanspreekt op zijn verantwoordelijkheden. In de gezondheidszorg heb je als individu eigenlijk geen rol. Totdat je ziek wordt. Dan is er opeens een dialoog en zie je dat mensen openstaan voor allerlei therapieën of behandelingen. Maar het gewone leven is complex. Daar worden mensen verleid. We eten of drinken teveel, we roken of we bewegen te weinig. Dat weten we. En toch is het moeilijk ons gedrag te veranderen. We zijn ons er echter wel steeds beter van bewust wat het beste voor ons is.'

'Om een gezondheidssector op te bouwen, moeten we niet langer reactieve en actieve individuen zijn, maar proactieve individuen worden. Daar moeten we allemaal aan wennen. En ook dat is in iedere cultuur anders. Want waar Amerikanen geen enkele sturing door overheden wensen, willen Singaporezen dat juist wel.'

'Het gaat erom dat we leren herkennen wanneer een interventie kans van slagen heeft. Hoe herkennen we deze patronen? We moeten onder meer een beeld krijgen van wat mensen bezig houdt. Dat is heel spannend. Want je dringt dan door tot op het hyperpersoonlijke van mensen. Zolang mensen gezond zijn, popt dan meteen de kwestie van privacy op. Het gekke is, dat zodra mensen iets mankeren, dat meteen verandert. Want dan is het niet erg dat een arts zich met jouw leven bemoeit. Dat spanningsveld tussen privacy, inmenging en proactief zelf monitoren, moeten we de komende tijd adresseren.'

Welke strategie moet de sector hiervoor gaan hanteren?

'Het kan bijvoorbeeld lukken door mensen spiegelinformatie te geven in hun vertrouwde omgeving. Maar dat werkt niet voor iedereen. De een kan met dit soort informatie overweg. De ander wil toch echt van zijn arts horen dat hij wat minder moet eten. Die verschillen zijn er nu eenmaal. We moeten naar zo'n individuele benadering. En dat kan nu beter dan ooit tevoren.'

'De ontwikkelingen van e-health, m-health en telemedicine zijn voor veel mensen heel erg abstract. Ze kunnen zich nauwelijks een voorstelling maken wat die veranderingen voor hen betekenen. Het wordt dus de uitdaging om in de komende jaren een goede strategie te ontwikkelen om mensen in een stand te zetten om hier iets mee te gaan doen. Bijvoorbeeld door hen uit te nodigen dit terrein samen te gaan ontwikkelen.'

“ **REGIE TOT OP DE WERKPLEK EN TOT IN DE HUISKAMER.** ”

Het wordt de kunst hier binnen de sector samen op te trekken. Want je ziet nu dat ICT-bedrijven heel snel willen, terwijl de spelers in de gezondheidszorg langzaam gaan. Dat levert spanning op. We moeten die snelheden op elkaar afstemmen om vervolgens gezamenlijk een implementatiestrategie uit te stippelen. Want iedereen beseft de noodzaak van verandering. De zorgsector wordt onbetaalbaar, dus het moet anders. Van de noodzaak van implementatie op meerdere niveaus -globaal, lokaal en individueel-, raken we nog maar net doordrongen. Daar ligt de kans voor de komende jaren.' ■

De strijd tegen eenzaamheid; technologie als wondermiddel?

De kranten stonden er de afgelopen jaren vol van. Krantenkoppen zoals “Meer ouderen digitaal; toename van tablet-en smartphonegebruik” en “Opa en Oma aan de Whatsapp”. Maar welke rol kan technologie nu écht spelen in de strijd tegen eenzaamheid? Zijn mensen met behulp van technologie minder eenzaam? Is technologie hét middel in de strijd tegen eenzaamheid?



DOOR SIL AARTS EN EVELINE WOUTERS

Te Bijna een derde van de volwassen Nederlandse bevolking voelt zich weleens eenzaam; meer dan één miljoen Nederlanders voelt zich 'sterk' eenzaam (1). Van de mensen die 90 jaar of ouder zijn, geeft bijna 65 procent aan zich eenzaam te voelen; 17 procent zegt zelfs zich zeer eenzaam te voelen (1). Het is voorspeld dat tegen het jaar 2040, maar liefst 26% van de Nederlandse bevolking 65 jaar of ouder zal zijn (2). Aangezien het risico op eenzaamheid toeneemt naarmate men ouder wordt, bijvoorbeeld door het verlies van partner, het kleiner worden van het sociale netwerk en het verlies van contacten, zal eenzaamheid de komende decennia naar verwachting een nóg groter maatschappelijk probleem worden (3).

Sociale media

Social media is een verzamelnaam voor alle internetplatformen waar gebruikers,

zonder of met minimale tussenkomst van een professionele redactie, informatie met elkaar te delen. Social media behelst dus alle media die mensen laat socialiseren met hun omgeving. Voorbeelden hiervan zijn Facebook, Twitter en Whatsapp (4). Hoewel ouderen minder vaak dan jongeren gebruik maken van sociale media, is het percentage gebruikers onder Nederlanders tussen de 65-en 74 jaar oud, in de afgelopen twee jaar bijna verdubbeld (5,6). Ook het aantal 55-plussers dat een smartphone heeft, stijgt jaarlijks. Naast dat er speciale telefoonabonnementen zijn voor ouderen, bieden sommige telefoonaanbieders zelfs speciale smartphones aan voor senioren.

Technologie geen wondermiddel?

Sherry Turkle, hoogleraar Social Studies en technologie aan het Massachusetts Institute of Technology, en auteur van het boek 'Alone

together: why we expect more from technology and less from each other', verzorgde in 2012 de TED-talk 'verbonden maar alleen'

In de zomer van 2014 lanceerde staatssecretaris van Rijn (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) het landelijke 'Intensiveren en verankeren actieplan eenzaamheid' (met een looptijd tot medio 2016). Belangrijkste punten hiervan zijn onder andere een betere aanpak van eenzaamheid op lokaal niveau en samenwerking tussen zorg en welzijn op het gebied van eenzaamheid. Een spin-off hiervan is de 'week van de eenzaamheid' die dit jaar zal plaatsvinden van 22 september tot en met 1 oktober 2016. Deze brede, landelijke, aandacht laat zien dat eenzaamheid een urgent probleem is in onze huidige samenleving.

Wat is eenzaamheid eigenlijk? De meest gebruikte definitie van eenzaamheid luidt: "Eenzaamheid is het subjectief ervaren van een onplezierig of ontoelaatbaar gemis aan (kwaliteit van) bepaalde sociale relaties" (geformuleerd door Prof. de Jong Gierveld (14, 15)). Het is dus niet zozeer het gebrek aan contacten dat iemand eenzaam maakt, maar meer de subjectieve beleving van het gemis van deze contacten. Iemand met weinig sociale contacten hoeft dus niet per se eenzamer te zijn dan iemand met veel sociale contacten.

In 2012 zijn er Kamervragen gesteld aan staatssecretaris van Rijn over eenzaamheid. Hierin benoemt de staatssecretaris aandacht te hebben voor nieuwe mogelijkheden van technologie om eenzaamheid tegen te gaan. Internet en andere communicatiemiddelen, zoals sociale media worden beschouwd als instrumenten in de strijd tegen eenzaamheid bij ouderen.

'Eenzaamheid is niet iets dat met technologie op te lossen is', aldus Turkle. Volgens haar zijn de contacten die worden gelegd met behulp van sociale media oppervlakkig; 'We praten met onze telefoons in plaats van met elkaar'.

Ook Dr. Eveline Hage onderkent deze problematiek. Zij promoveerde onlangs met het proefschrift 'How can online communication enhance older adults' social connectivity?' waarin zij concludeerde dat eenzame ouderen, door veel gebruik te maken van bijvoorbeeld sociale media zoals Facebook mogelijk nog eenzamer worden dan ze al zijn (7). Dit wordt verder onderstreept door Emeritus hoogleraar Sociologie Jenny Gierveld die spreekt van het zogenaamde 'Mattheuseffect'; mensen die al goede contacten hebben profiteren relatief meer van het gebruik van sociale media dan mensen die deze contacten niet hebben (8).

Vooraf wanneer ouderen niet meer fysiek in staat zijn elkaar te ontmoeten, wordt sociale media gezien als oplossing om ervoor te zorgen dat zij toch met elkaar in contact kunnen blijven. Zo benoemt Prof. van Bronswijk, emeritus hoogleraar aan de Technische Universiteit van Eindhoven, dat persoonlijk contact niet overbodig zal worden door de inzet van technologie; contacten via een iPad of iPhone kunnen er, volgens haar, juist voor zorgen dat mensen gemakkelijker bij elkaar binnenlopen

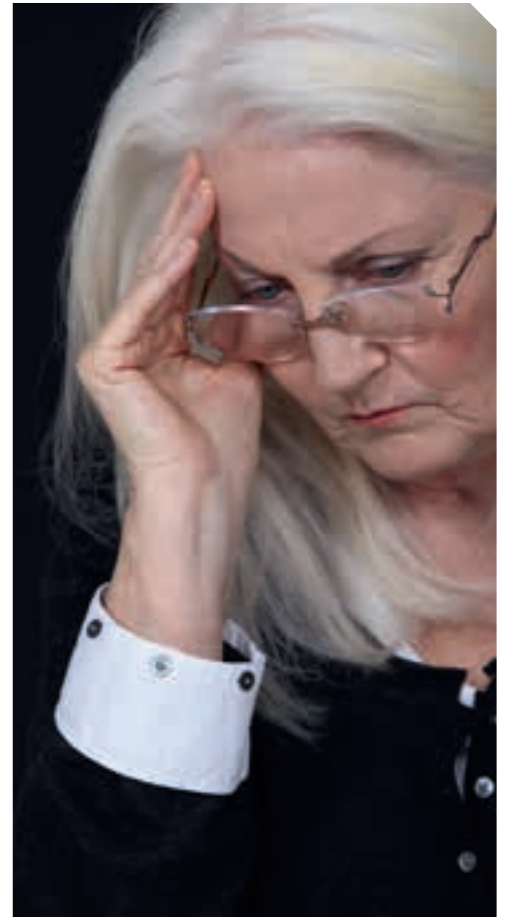
Wetenschappelijk onderzoek is tegenstrijdig
Wetenschappelijk onderzoek naar de relatie tussen de inzet van technologie en eenzaamheid staat nog relatief in de kinderschoenen. De meeste studies die deze

relatie onderzoeken, zijn uitgevoerd onder jongeren of jong volwassenen. De studies uitgevoerd bij oudere doelgroepen zijn schaars. De onderzoeken die er zijn, geven tegenstrijdige onderzoeksresultaten. Een deel van deze studies toont aan dat sociale media wel effectief kan zijn in het verminderen van gevoelens van eenzaamheid (9,10). Echter, andere studies tonen aan dat er juist geen relatie is (11), of dat het gebruik van dergelijke vormen van technologie eenzaamheid juist kunnen versterken (12).

De meerderheid van deze wetenschappelijke studies lijken het met elkaar eens te zijn dat het simpele 'inloggen' op bijvoorbeeld websites zoals Facebook nauwelijks invloed heeft op het verminderen van gevoelens van eenzaamheid (13, 16). Actief gebruik van sociale media, bijvoorbeeld door het delen van foto's en het reageren op andere mensen, lijkt een betere graadmeter (16, 17).

Helaas is er momenteel een gebrek aan kwalitatieve studies. Uit de eerste, primaire, resultaten van een recent uitgevoerd kwalitatief onderzoek middels diepte-interview bij mensen van tussen de 60 en 84 jaar oud, bleek dat social media zoals Skype en Facebook vooral werd gebruikt om in contact te blijven met kinderen en kleinkinderen en om op de hoogte te blijven van wat anderen doen. Zaken zoals nieuwsgierigheid en verveling werden ook geopperd als redenen om social media te gebruiken. Wel gaven deelnemers aan dergelijke contacten veelal als onpersoonlijk te ervaren; als zij persoonlijke informatie met elkaar willen delen, doen zij dit liever door de telefoon of gaan ze op bezoek.

Een aantal initiatieven op dit vlak. Hier vindt u eveneens de bronnen die horen bij dit artikel. ■



Er is nog genoeg te doen...

Veel ouderen hebben geen of weinig kennis van computers, internet en/of sociale media. Uit cijfers van het CBS blijkt slechts een kleine groep van de 65-plussers internetvaardig (5). Bij de 75-plussers is deze laatste groep nog groter. Ondanks dat een groot aantal 55-plussers een smartphone bezitten, blijken ze hun smartphone vooral te gebruiken om er mee te bellen. Het simpelweg aanbieden van een iPad of iPhone, om zodoende toegang te hebben tot sociale media, lijkt dan ook weinig nut te hebben. Niet alleen technische zaken, zoals het downloaden van apps en het posten van teksten of foto's hebben uitleg nodig, maar ook zaken zoals privacy zouden besproken moeten worden met de ouderen.

Veel ouderen hebben dan ook actieve ondersteuning nodig om sociale media überhaupt te kunnen gebruiken. En laat dat nou net zijn waar de schoen wringt. Ouderen die zichzelf als eenzaam beschouwen, blijken echter nauwelijks toegang te hebben tot deze ondersteuning. Bijvoorbeeld omdat zij simpelweg geen mensen kennen die hier verstand van hebben. Maar ook omdat ze dikwijls niet om hulp (willen) vragen, omdat ze anderen niet tot last willen zijn. Daarnaast blijken sociaal achtergestelde groepen meer moeite te hebben met het adopteren van online technologie, dan hoog opgeleide, rijke ouderen (7).

Het nut en gevaar van tablets en smartphones in de zorg



DOOR DANIËLLE VAN LEEUWEN

Vooraf voor ambulante zorg, zijn tablets een zeer populair instrument om op locatie informatie op te zoeken en notities te maken over het consult met de cliënt. Smartphones worden vooral gebruikt om in contact blijven met de collega's, zowel telefonisch als per e-mail. Maar aan deze ingesleten praktijk, kleven risico's. Zelfs als gebruik wordt gemaakt van zorginformatiesystemen die gecertificeerd zijn. Hoe zit dat en welke maatregelen zijn er mogelijk?

Zorgprofessionals maken steeds meer gebruik van mobiele apparaten zoals tablets, maar ook smartphones. In 2013 gebruikte 80 procent al een smartphone, tablet of beide. Daarvan gebruikte bijna 80 procent deze voor professionele doeleinden.

Patiëntendossiers zijn over het algemeen goed beveiligd en niet zonder meer toegankelijk. Het is echter niet uit te sluiten dat er zorgverleners zijn die voor een huisbezoek het (samengevatte) dossier van een cliënt even (onbeveiligd) op hun tablet laden. Ook is er geen enkele garantie dat eventuele aantekeningen die tijdens het consult met de cliënt worden gemaakt op de juiste wijze worden geëncrypteerd. En omdat de meeste mensen e-mail door de relatief sterke versleuteling vertrouwen, is er weinig reden tot terughoudendheid met het communiceren over (vertrouwelijke) patiëntengegevens.

Niet versleutelde gegevens

Er staan dus op veel tablets en smartphones niet-versleutelde gegevens, die niet bedoeld zijn voor onbevoegden. Zodra zo'n apparaat wordt gestolen of kwijt raakt, treedt er een enorme privacyschending op. Omdat het volgens de wet bij medische gegevens om een speciale categorie persoonsgegevens gaat die daarmee worden

gelekt, moet een dergelijk incident onder de nieuwe meldplicht datalekken standaard worden gemeld.

Malware

Naast een datalek door verlies of diefstal van zo'n mobiel apparaat, is er nog een risico op een datalek bij deze apparatuur: het gevaar van een infectie met malware. In het vierde kwartaal 2015 ontdekten de analisten van het

G DATA SecurityLab dagelijks gemiddeld 8.240 nieuwe soorten malware voor Android. Een aanzienlijk deel daarvan is gericht op het stelen van informatie. Volgens de beleidsregels die de Autoriteit Persoonsgegevens uitgaaf ter toepassing van de meldplicht datalekken moet er bij een malware-infectie altijd van worden uitgegaan dat een datalek is opgetreden. Dat wil zeggen dat er ook bij een infectie met malware altijd gemeld zal moeten worden, op straffen van niet één, maar twee boetes ter hoogte van € 820.000,- (één ter overtreding van de meldplicht aan de Autoriteit Persoonsgegevens en één ter overtreding van de meldplicht aan de slachtoffers).

Elke zorgorganisatie, of deze nu zelf aan medewerkers tablets en/of smartphones uitdeelt, of er juist nog nooit iets mee heeft gedaan, moet zich ervan bewust zijn dat deze mobiele apparaten worden gebruikt en dat zij data bevatten (of verwerken), die een vertrouwelijk karakter hebben. ■

Maatregelen

Een organisatie moet dus een formeel beleid opstellen ten opzichte van het gebruik van deze apparaten. In dit beleid moet het volgende staan: welke informatie mag zich op op de apparaten bevinden? Wat zijn de voorwaarden? Wat mag niet?

Stel encryptiesoftware beschikbaar die alle gegevens op de apparaten standaard versleutelt. Zorg dat alle apparaten die gebruikt worden bekend zijn bij de organisatie. Deze kunnen dan worden gemonitord en beheerd door een Mobile Device Management-oplossing (MDM). Een dergelijke softwarematige oplossing kan bijvoorbeeld mobiele apparaten met een druk op de knop volledig wissen of blokkeren wanneer deze gestolen blijken te zijn. Vaak is het ook mogelijk om daarmee de verloren apparaten te lokaliseren. En wanneer er gebruik gemaakt wordt van Android-apparaten, is het meestal ook mogelijk om via een MDM te controleren of (beveiligings)updates op de apparaten zijn uitgevoerd en of zij afdoende zijn beveiligd tegen malware.

Het is de beste oplossing om zelf controle over de situatie te nemen. Zelf te kiezen voor de minst onveilige apparaten, uitgerust met de beste apps en beveiliging. Financiële beperkingen maken deze route echter vaak onmogelijk. In dat geval is het van essentieel belang om toch zoveel mogelijk controle uit te oefenen met een geschreven beleid en een Mobile Device Manager.

Reframen van het begrip ziekenhuis

Tijdens mijn afgelopen vakantie op Bali ontwikkelde ik drie open wonden op mijn benen. Simpele muggenbeten mondden ondanks vele pleisters en betadine helaas uiteindelijk uit in ontstekingen die met antibiotica moesten worden behandeld. Ik belandde in het ziekenhuis.

Na een stevige pijn in mijn benen en koorts besloot ik 's avonds direct naar de eerste hulp te gaan van het Havenziekenhuis in Rotterdam. Tropische ziekte? Ik wist het niet, vandaar deze aparte keuze.

De artsen en verpleegkundigen behandelden mij goed. Ik kreeg gerichte informatie vooraf, er was duidelijke communicatie. Ze waren empathisch en klantgericht.

Het kan beter

Wel deed ik een aantal observaties, waardoor ik na ging denken over mogelijke verbeteringen in een ziekenhuis.

Ten eerste werden er veel testen op mijn lichaam uitgevoerd. Ik moest wel zelf actief vragen om de resultaten in te kunnen zien, om ze te ontvangen en er een interpretatie van te krijgen.

Ten tweede werd er veel voedsel aangeboden waarvan de bevordering van de gezondheid soms twijfelachtig was. Ik moest echt mijn best doen om een gezonde voedselkeuze te kunnen maken. Fruit en groenten waren vrijwel niet te krijgen.

Ten derde viel het mij op dat een ziekenhuis niet alleen maar een vervelende plaats van pijn, verdriet en ellende is. Mijn frame bij een ziekenhuis tot nu toe was toch vaak een negatieve. Ik merkte dat het ziekenhuis eigenlijk ook een comfortabel eiland voor zelfreflectie en onthaasting is. Nu meer dan ooit, want het tempo waarin we leven gaat steeds sneller.

Suzanne Piet – een bekende auteur die schrijft over psychologie en communicatie – heeft het al 10 jaar in haar werk over nieuwe 'sanctuaries'

in ons leven. Dit betreft plaatsen en momenten waarbij wij heel even tot onszelf kunnen komen. Zonder interventie van andere mensen. Een moment van rust, onthaasten, meditatie, revitalisatie en zelfreflectie. Een plek waar je je zelf kunt zijn en weer kind mag voelen zonder dat iedereen een beroep op je doet. Een plek om te landen en te aarden. Voorbeelden zijn: het kerkbezoek, het toiletbezoek, de eigen auto, een lange vlucht in een vliegtuig.

Het ziekenhuis is ook een sanctuary. Alleen duurt dat meestal langer. En dus is het ook mogelijk effectiever, mits men hier open voor staat. Voor mij werkte dit prima. Ik kijk dan ook in de toekomst anders naar een nieuw ziekenhuisbezoek.

Uitslag per e-mail

Na deze ervaring vraag ik me het volgende af. Waarom krijgt niet iedereen standaard de uitslagen van alle testen (hartslag, bloeddruk, biomarkers etc.) automatisch per e-mail toegestuurd? Waarom bieden ziekenhuizen niet meer gezond voedsel aan (fruit is wel minimaal), eventueel tegen extra betaling als de financiering ervan een issue is? Waarom maken ziekenhuizen niet meer gebruik van het 'sanctuary' idee om meerwaarde aan haar patiënten te bieden? Waarom wordt het ziekenhuis naast de basale functie van cure en care niet ook geframed als een plaats voor zelfreflectie? Waarom worden er geen gratis artikelen, boeken en/of films aangeboden in het licht van deze gedachte om dit te stimuleren? Dit zou ook meer positieve associaties bij ziekenhuizen oproepen, en dat kan zelfs het genezingsproces versnellen. Laten we dit gezamenlijk oppakken! ■



CV

Yuri van Geest is auteur van het boek *Exponential Organizations* en Nederland Ambassadeur van de Singularity University.



“PHR moet nutsvoorziening zijn”

Vancis bouwt aan Nationaal Personal Health Record

Het is inmiddels al weer vijf jaar geleden dat de Eerste Kamer het wetsvoorstel tot het opzetten van een landelijk EPD verwierp. Gelukkig hebben de ontwikkelingen om patiëntdata uit te wisselen sindsdien niet stilgestaan. Ketenzorginformatiesystemen hebben in veel regio's een voet aan de grond gekregen. Vancis voegt een dimensie toe en komt na de zomer met het technisch ontwerp voor een landelijk Personal Health Record (PHR).



Het landelijke PHR is een veilige en schaalbare omgeving voor de opslag, uitwisseling en verrijking van patiënt(gebaseerde) data. Daarbij staat de patiënt aan het roer: hij of zij bepaalt welke data van hem in het PHR wordt opgeslagen en wie er toegang toe heeft.

De vergelijking met het nationaal EPD en Landelijk Schakel Punt (LSP) ligt voor de hand, maar een PHR lijkt hier helemaal niet op, zegt Evert Jan Hoijtink, CEO van Portavita. Deze leverancier van een ketenzorginformatiesysteem (KIS) is één van de partners van Vancis in de ontwikkeling van het PHR. “Het PHR is een plek waar alle patiëntdata samenkomt, terwijl het LSP is gebaseerd op het concept dat de data alleen in het bronsysteem staat en dat artsen die data kunnen opvragen als zij dat nodig achten. Dat brengt een aantal nadelen met zich mee. Ten eerste kan de patiënt vaak niet bij zijn eigen

data. Dat vinden wij absurd. En als hij wel bij zijn data kan, dan is dat via een patiëntportaal van één zorgverlener. Om een compleet beeld te krijgen moet hij bij meerdere zorgverleners inloggen. De patiënt kan bovendien geen eigen gegevens aan zijn dossier toevoegen, denk aan data uit stappentellers, slimme weegschalen en wat dies meer zij. Daarnaast ontstaat er geen centrale database en dus ook geen 360 graden zicht op de patiënt.

Hoijtink vervolgt: “De data van patiënten met meerdere aandoeningen blijft verspreid staan over misschien wel 40 of 50 systemen. De kans bestaat daardoor dat artsen niet beschikken over alle relevante data die nodig zijn voor een optimale behandeling. En tot slot belemmert het LSP-concept medische research. Denk je eens in hoeveel inzicht er ontstaat in het ontstaan en het verloop van ziektebeelden als alle patiëntdata op één plek samenkomt. Zo'n

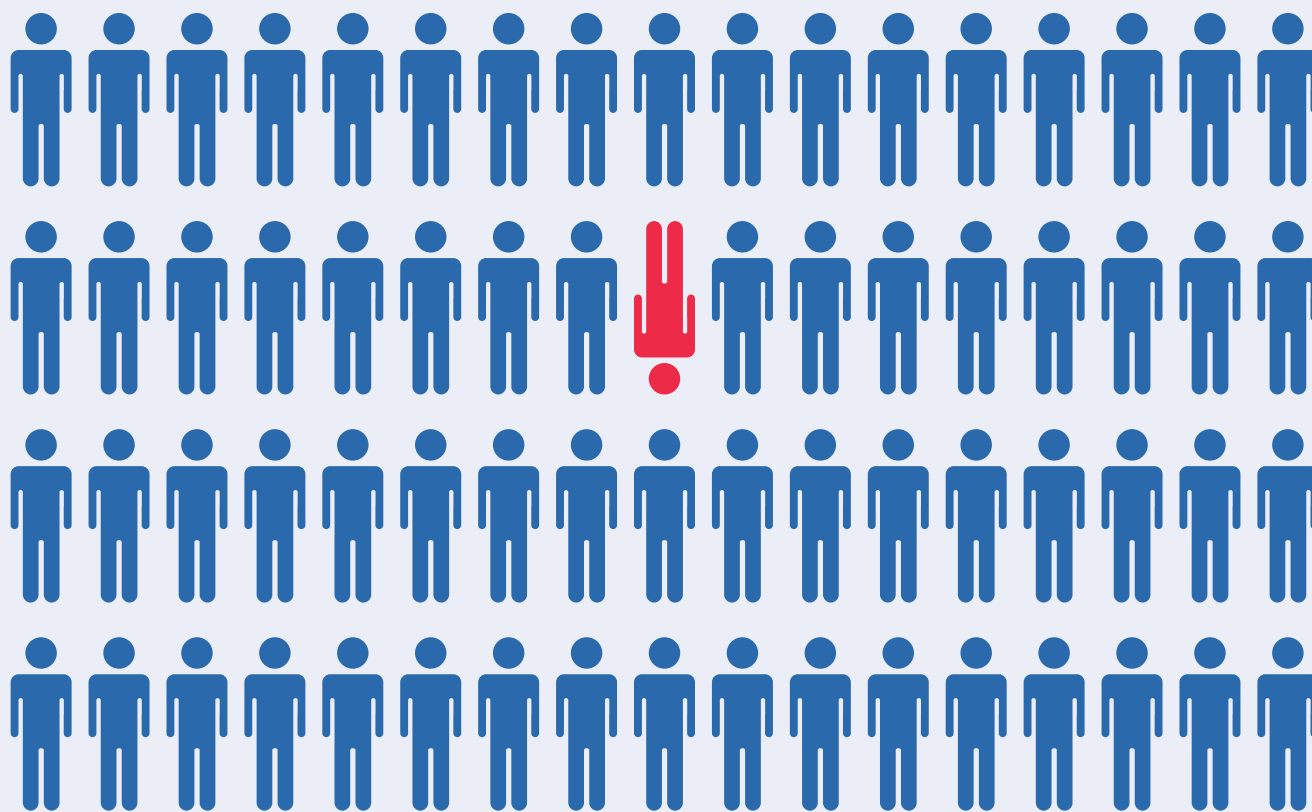
database is enorm waardevol voor medisch onderzoekers en gaat voor een gigantische versnelling in onderzoek zorgen. Met name onderzoek wat voor patiënten met complexe ziektebeelden relevant is.”

Een KIS is een belangrijke bron voor het PHR en zal ook beter kunnen functioneren als zij op het PHR van een patiënt kan worden aangesloten, stelt Hoijtink. Het KIS maakt het mogelijk dat de patiënt een actieve rol neemt in zijn of haar behandeling. “Met het PHR voegen we een dimensie toe, daar staat de patiënt aan het roer. Hij of zij bepaalt wat er gebeurt met zijn of haar medische data. Welke arts mag welke data inzien? Welke data wil de patiënt geanonimiseerd vrijgeven om research op te doen?”

Afweging risico's

Portavita gelooft sterk in de voordelen van een PHR en ondersteunt daarom het initiatief van Vancis. Al constateert Hoijtink dat er ook een gevaar aan kleeft. Als alle patiëntdata op één plek samenkomt dan zijn de gevolgen groot als kwaadwillenden erin slagen in te breken op die database. Hij is overigens van mening dat de data van een patiënt beter beveiligd kan worden in één goed beveiligde centrale database in plaats van een netwerk van meer dan 1.000 aangesloten zorg-ICT-systemen. “In het initiatief steken we daarom zeer veel energie in het optimaal beveiligen

“**EEN PATIËNT KAN VAAK NIET BIJ ZIJN EIGEN DATA. DAT VINDEN WIJ ABSURD. EN ALS HIJ WEL BIJ ZIJN DATA KAN, DAN IS DAT VIA EEN PATIËNTPORTAAL VAN ÉÉN ZORGVERLENER.**



“
**WE JAGEN EEN
 GEZAMENLIJKE
 DROOM NA. DAT
 VERTAALT ZICH
 IN EEN OPEN
 SAMENWERKING
 WAARIN ALLE
 PARTIJEN VAN
 ELKAAR LEREN.**”

van de patiëntdata. Privacy staat bovenaan de agenda, maar een volledig waterdicht systeem creëer je nooit. Dat is echter geen reden om niets te doen. Dan gooi je het kind met het badwater weg. We zijn verplicht aan mensen die ziek zijn om de hoogste kwaliteit van zorg te leveren. Mensen die ziek zijn bekommeren zich niet om hun privacy, die willen dat hun behandelaars beschikken over alle voor hun taak relevante medische gegevens.”

Stichting

Het doel van het landelijke PHR is de kosten van gezondheidszorg verlagen en de kwaliteit verbeteren. Er komt daarom een stichting die het PHR gaat beheren. De Nederlandse overheid speelt een faciliterende en flankerende rol.

“We werken bijvoorbeeld intensief samen met

Nictiz. Zij houden zich momenteel alleen nog maar bezig met standaarden en dat doen ze ongelofelijk goed. De overheid heeft van het LSP geleerd waar hun kracht zit en wat ze aan anderen moeten overlaten”, zegt Hoijtink.

Naast Vancis en Portavita kunnen ook andere partijen hun expertise inbrengen. Ruiters nodigt zorg-ICT-leveranciers en zorgverleners uit aan te haken. “Om de nieuwe stichting bevindt zich een heel ecosysteem van partijen die allemaal hun eigen specialisme hebben en een gezamenlijk doel: de kwaliteit van zorg verbeteren en dat liefst op een zo kosteneffectief mogelijke manier. We zitten hier allemaal in voor de lange termijn. We jagen een gezamenlijke droom na. Dat vertaalt zich in een open samenwerking waarin alle partijen van elkaar leren. Dit is een voorbeeld van hoe publiek-private samenwerking leidt tot betere resultaten. Neem bijvoorbeeld medisch onderzoek. Het verzamelen van

data kost nu ontzettend veel tijd, tijd die onderzoekers niet kunnen besteden aan het echte onderzoek. Als wij met het PHR op een veilige wijze dataservices kunnen leveren dan zal dit een enorme versnelling betekenen.”

Patient included

Zo ver is het nu nog niet. “Nee”, zegt Ruiters, “we zitten nu nog in de fase waarin we aan het heien zijn en de riolering aanleggen. Na de zomer zullen de eerste resultaten van ons bouwwerk boven de grond zichtbaar worden. Dan hebben we de techniek gereed en kunnen leveranciers van EPD's, ECD's, HIS-sen, AIS-sen et cetera via open API's op het PHR aansluiten.” Hoe snel dit wordt opgepakt hangt mede af van de druk die patiëntenorganisaties geven. De signalen staan allemaal op groen. Logisch, denken Ruiters en Hoijtink, “want de patiënt heeft hier natuurlijk het meest bij te winnen. Dat is degene voor wie we dit uiteindelijk allemaal doen.” ■

Vancis heeft jarenlange ervaring in het zeer streng beveiligd opslaan van medische data. De ICT-dienstverlener beschikt over de certificeringen Zorg Service Provider, Goed Beheerd Zorgnetwerk, ISO 27001 en NEN7510. Niet voor niets werkt het bedrijf voor veel UMC's. Portavita op zijn beurt weet alles van het veilig uitwisselen en opslaan van medische gegevens in de keten. Samen vormen zij een sterk partnership, vindt Sander Ruiters, business development manager bij Vancis. Hij stelt: “Het PHR moet een nutsvoorziening worden waar iedere Nederlander gebruik van kan maken. Gezonde mensen zullen dat niet zo snel doen, die hebben er nog weinig mee te winnen. Maar voor mensen met meerdere aandoeningen en behandelingen die de manager willen worden van hun eigen gezondheid zal zo'n PHR wel een enorme verbetering betekenen.” Niet op de laatste plaats omdat het onderzoek met hun medische gegevens bedoeld is voor het verbeteren van hun eigen behandeling.



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

Datalekken in de zorg: wees gewaarschuwd

Op 1 januari jl. trad de Wet meldplicht datalekken in werking. De komst van deze wet geeft de Autoriteit Persoonsgegevens (voorheen het College Bescherming Persoonsgegevens) meer bevoegdheden om op te treden tegen organisaties die onvoldoende werk maken van de bescherming persoonsgegevens. Ook voor de zorg heeft deze wet belangrijke gevolgen.

In de eerste weken van het jaar zijn al enkele incidenten in zorginstellingen aan de Autoriteit Persoonsgegevens gemeld. De meest in het oog springende is het incident waarbij het Belgische bedrijf iGuana, dat papieren dossiers van ziekenhuizen scant om de gegevens te digitaliseren, zodat ze beter bewaard kunnen worden en gemakkelijker toegankelijk zijn, betrokken was. Door de fout zouden patiëntnummer, geslacht, de naam, geboortedatum, de locatie en het specialisme van bijna 200.000 patiënten inzichtelijk zijn geweest via een internetlink, waardoor iedereen die afwist van de link de database kon betreden. Tenminste twee Nederlandse en één Belgisch ziekenhuis waren bij de lek betrokken. Het incident laat zien dat men niet binnen de eigen zorginstelling goed moet opletten, maar dat ook bedrijven die zij inschakelen om de patiëntgegevens op een veilige manier te verwerken buitengewoon zorgvuldig met gegevens om dienen te gaan.

Meldplicht datalekken

De Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) verplichtte organisaties en zorginstellingen altijd al om veilig en verantwoord met

“ **ZORGINSTELLINGEN EN GEMEENTEN DOEN ER GOED AAN HUN SYSTEMEN GOED NA TE LOPEN, TE BEZIEN OF ER GEEN DATALEKKEN ZIJN EN NA TE GAAN OF ER VOLDOENDE MAATREGELEN ZIJN GETROFFEN OM TE VOORKOMEN DAT MISBRUIK VAN GEGEVENS ZOU KUNNEN WORDEN GEMAAKT.** ”

persoonsgegevens om te gaan en in het bijzonder met gegevens die betrekking hebben op de gezondheid van patiënten. Op grond van de nieuwe meldplicht datalekken die per 1 januari in de Wbp is opgenomen, moet elke inbreuk op de beveiliging worden gemeld die ernstige nadelige gevolgen heeft voor de bescherming van persoonsgegevens. Een melding moet zelfs al plaatsvinden als er een kans is op ernstig nadelige gevolgen. Volgens de richtsnoer die de Autoriteit Persoonsgegevens over de meldplicht datalekken heeft uitgebracht, is er al een meldplicht als een beveiliging (tijdelijk) niet functioneert of gegevens aan het zicht onttrokken zijn. Een ziekenhuis dat de logging van het raadplegen van elektronische patiëntendossiers bijvoorbeeld niet vastlegt of deze logging heeft uitgezet bijvoorbeeld. Het ziekenhuis kan dan niet nagaan of patiëntgegevens onbevoegd zijn geraadpleegd. Ook het kwijtraken van een USB-stick of computer met patiëntengegevens wordt beschouwd als datalek en moet worden gemeld aan de Autoriteit Persoonsgegevens. Volgens de wet moeten betrokkenen eveneens worden geïnformeerd als de lek waarschijnlijk nadelige gevolgen heeft voor hun persoonlijke levenssfeer. Over de vraag wanneer dat het geval is, is uiteraard discussie mogelijk. Naar aanleiding van het incident met iGuana hebben de betrokken ziekenhuizen ervoor gekozen om wel te melden, hoewel het niet duidelijk was of en in hoeverre de lek nadelige gevolgen had voor de persoonlijke levenssfeer van patiënten en vaststond dat er geen medische gegevens waren gelekt. Overigens is dit in overeenstemming met de eerdergenoemde richtsnoer van de Autoriteit Persoonsgegevens. Die gaat ervan uit dat wanneer er persoonsgegevens van gevoelige aard zijn gelekt er altijd ook aan de betrokkene moet worden gemeld. De melding aan de Autoriteit Persoonsgegevens moet via een daartoe speciaal ontworpen webformulier of via de fax. De melding aan een betrokkene is vormvrij, al verdient een schriftelijke melding wel de voorkeur.

Onderzoek

De wet draagt op om 'onverwijld' na de ontdekking van een datalek te melden. Volgens

de Autoriteit Persoonsgegevens betekent dit dat na de ontdekking eerst onderzoek mag worden gedaan om vast te stellen of een datalek meldplichtig is. Vervolgens dient de melding in principe binnen 72 uur plaats te vinden, tenzij uit onderzoek gebleken is dat de datalek niet meldplichtig is. De periode van 72 uur is afkomstig uit de concept-Europese Privacyverordening die binnen afzienbare tijd waarschijnlijk in werking zal treden. In een enkel geval is het ook mogelijk dat iemand na 72 uur pas meldt, maar dan moet hij wel kunnen motiveren waarom melding binnen 72 uur niet mogelijk was. De melding dient overigens tevens een mededeling te bevatten welke maatregelen zijn getroffen om (verder) misbruik van de persoonsgegevens te voorkomen.

Hoge boetes

Tot voor kort kon de Autoriteit Persoonsgegevens weinig meer dan een last onder dwangsom opleggen als zij misstanden constateerde. De recente wijziging van de Wbp maken het mogelijk om hoge boetes, tot 820.000 euro uit te delen als bepaalde voorschriften uit de Wbp worden overtreden. Hieronder vallen onder meer de verplichting om te melden als een datalek wordt geconstateerd, de plicht om persoonsgegevens voldoende te beveiligen en de opdracht om betrokkenen informeren wanneer zijn persoonsgegevens (voor de eerste keer) verwerkt worden. De boete kan doorgaans niet onmiddellijk worden opgelegd. De Autoriteit Persoonsgegevens moet eerst een bindende aanwijzing geven als zij een misstand constateert. Pas als die niet wordt opgevolgd, wordt de boete verbeurd. Slechts als er sprake is van opzet of ernstig verwijtbare nalatigheid, kan de boete zonder voorafgaande aanwijzing worden opgelegd.

Tips voor zorginstellingen en gemeenten

Zorginstellingen en gemeenten doen er goed aan hun systemen goed na te lopen, te bezien of er geen datalekken zijn en na te gaan of er voldoende maatregelen zijn getroffen om te voorkomen dat misbruik van gegevens zou kunnen worden gemaakt. Vooral dit laatste is lastig, omdat men moet bezien of de beveiliging uitsluit dat gegevens

niet voor andere doeleinden gebruikt kunnen worden dan waarvoor de database in het leven werd geroepen. Het incident bij iGuana maakt duidelijk dat zorginstellingen en gemeenten ook bij alle bewerkers en subbewerkers moeten nagaan of zich geen (mogelijke) datalekken voordoen, omdat zij ook wanneer zich daar een datalek zou voordoen een meldplicht hebben. Dit brengt mee dat ook de overeenkomsten met deze bewerkers herzien dienen te worden, zodat kan worden nagegaan of de verantwoordelijken wel voldoende mogelijkheden hebben om toezicht te houden op de bewerker. En om maatregelen te treffen, wanneer zou blijken wanneer de bewerker onvoldoende beveiligingsmaatregelen heeft getroffen.

De nieuwe regelgeving laat zien dat niet alleen gegevens op straat kunnen liggen, maar dat ook de gebeurtenis zelf kan leiden tot grote imagoschade voor betrokken organisaties. Het is daarom verstandig om niet te lang te wachten om de eigen organisatie en de bewerkers onder de loep te nemen. Daarnaast is aan te bevelen dat zorginstellingen ook een praktisch beleid ontwikkelen hoe om te gaan met datalekken.

“ **DE MELDING AAN DE AUTORITEIT PERSOONSgegevens MOET VIA EEN DAARTOE SPECIAAL ONTWERPEN WEBFORMULIER OF VIA DE FAX. DE MELDING AAN EEN BETROKKE NE IS FORMVRIJ, AL VERDIEN T EEN SCHRIFTELIJKE MELDING WEL DE VOORKEUR.** ”

Het is verstandig om vast te leggen wie er gebeld moet worden bij een datalek. Ook is het aan te bevelen dat er een crisisteam wordt ingesteld die kan worden ingeschakeld om nader onderzoek te verrichten en andere stappen te zetten die nodig zijn om een (vermeend) datalek het hoofd te bieden. Met het crisisteam kunnen bijvoorbeeld ook nadere afspraken worden gemaakt over hoe te handelen wanneer de Autoriteit Persoonsgegevens aangekondigd of onaangekondigd op de stoep staat om nader onderzoek te verrichten naar het verwerken van persoonsgegevens door de betreffende zorginstelling of gemeente. ■



Programma Health Valley Event 2016



DOOR YVONNE KEIJZERS

08.00 - 09.00 uur

Inloop en registratie

09.00 - 10.30 uur

Parallele themasessies

10.30 - 12.00 uur

Plenair programma met keynote sprekers

12.00 - 13.30 uur

Lunch

13.30 - 16.00 uur

Gevarieerd middagprogramma met o.a. diverse themasessies, workshops, Pecha Kucha's, Investorslounge en nog veel meer.

16.00 - 17.30 uur

Plenaire Slotshow, met sprekers, interviews, demonstraties en de uitreiking van de Nationale Zorginnovatieprijs 2016.

17.30 - 18.30 uur

Borrel

18.30 uur

Walking dinner

De laatste informatie over het programma is te vinden op www.health-valley.nl/event

Health Valley Event 2016

'Where Crossovers Lead to Innovation'

Melvin Samson, Albert van den Berg, Pauline Meurs, Oscar Kneppers, Bas Bloem, Neelie Kroes en Yori Kamphuis. Wie bij deze namen nog niet rechtop gaat zitten, heeft de afgelopen jaren zitten slapen. Het zijn stuk voor stuk experts op het gebied van innovatie in de zorg. En ze hebben gemeenschappelijk dat ze allen spreken tijdens Health Valley 2016 op 17 maart 2016.

Mensen met die met passie hun werk doen, herken je van verre. En passie, dat straalt af van Chris Doomernik, Directeur van Health Valley. Ze werkt sinds ruim twee jaar met verve aan het verbinden van startups, gezondheidszorg, overheden en kennisinstellingen. En met succes. Want de achtste editie van Health Valley barst uit zijn voegen. Op 17 maart 2016 is het gloednieuwe locatie CineMec Nijmegen 'The place to be' voor iedereen die bezig is met Life Sciences & Health, met innovatie, ondernemerschap en wetenschap.

Innovatie voor mensen

Doomernik heeft zelf een achtergrond in HRM, zorg en techniek. Ze weet dus als geen ander dat het uiteindelijk de mensen zijn die het verschil kunnen maken. Zolang een app een technische innovatie blijft, is het goed verzonden, maar blijft het in de kast liggen. Pas zodra zorgprofessionals of gebruikers ermee willen werken, is het een gamechanger. 'Het is dus heel erg belangrijk om die brug te slaan: van de techniek naar de gebruiker', legt ze uit.

'Technologisch gezien kan er heel veel en gebeurt er ook van alles. Wet- en regelgeving en financiering maken het echter vaak complex. Daar komt nog eens bij dat mensen die in de zorg werken, er bewust voor kiezen met mensen te werken. Ze hebben vaak nauwelijks affiniteit met techniek. Die brug moeten we echt zien te slaan. We moeten innoveren met zorgprofessionals én met de patiënt. Dat laten we dit jaar zien.'

Record aantal bezoekers

Vorig jaar bezochten meer dan 1000 bezoekers Health Valley. Het ziet er naar uit dat dit aantal ook dit jaar gehaald gaat worden. Bedrijfsleven, gezondheidszorg, wetenschap en de overheid. Ze zijn allemaal aanwezig in CineMec Nijmegen, een gloednieuwe locatie waar volop ruimte is voor een beursvloer om op die manier nog meer innovaties in de zorg zichtbaar te maken.



Bruggen slaan

Het thema van Health Valley is 'Where Crossovers Lead to Innovation.' Het gaat erom dat we een verbinding maken tussen health en de verschillende sectoren, bijvoorbeeld high tech, ict, creatief, bouw en food. Verbindingen tussen de sectoren zorgen voor nog krachtigere zorginnovaties.

Health Valley is bedoeld voor zorgprofessionals, ondernemers, kennisinstellingen, overheden en studenten. 'Het is een volgepakt programma met een sterke inhoudelijke basis, waar iedereen kan netwerken en bovendien het nieuwste van het nieuwste kan uitproberen in het Living Lab.

Nationale Zorginnovatieprijs 2016

Dit jaar wordt tijdens het afsluitende plenaire programma voor het eerst de Nationale

Zorginnovatieprijs op het Health Valley Event uitgereikt. Dit is een initiatief van Stichting Zorginnovatie Nederland waar Health Valley partner van is. De winnaar ontvangt een prijs ter waarde van 15.000 euro. Aanmelden voor de Nationale Zorginnovatieprijs kan via www.zorginnovatie.nl.

Samenwerking tussen zorginstellingen

Er vinden ook inhoudelijke sessies plaats om de samenwerking daadwerkelijk naar een hoger niveau te brengen. Voor de derde keer komen bijvoorbeeld op het event bestuurders uit de zorg bij elkaar. 'Vorig jaar tekenden de bestuurders een manifest om gezamenlijk de schouders onder innovatie te zetten. Dit jaar bespreken we de resultaten hiervan. Want innovatie moet je niet op een eiland houden. Dat is zonde van de tijd en de energie die erin gestopt is.' ■

Themasessies

Health Valley Event start in de ochtend met een aantal parallele themasessies (9.00 - 10.30 uur), waarin crossovers centraal staan. Bezoekers kunnen een keuze maken uit de volgende sessies:

- Crossovers binnen e-Health
- Crossovers binnen Medical Devices & Robotica
- Crossovers Personalized Medicine
- Bouwen in de zorg
- Radboud Nanomedicine Alliance

De gebruiker centraal

Omdat innovatie in de zorg alleen maar gaat werken als cliënten en de mensen op de werkvloer dat willen en kunnen, is er in de ochtend een speciale sessie voor de zorgsector "Implementatie op de werkvloer". Ook zijn er workshops waar de gebruiker centraal staat. We lichten er één uit:

Locatie: Lounge 1 | Tijd: 13.30 - 14.30 uur

"eHealth ontwerpen met de eindgebruiker: de mobiele invalshoek"

In de workshop "eHealth ontwerpen met gebruikers: de mobiele invalshoek" wordt er kort stilgestaan bij de opkomst van apps voor smartphones en tablets. Wat betekent deze ontwikkeling voor het ontwerpen van applicaties die voor zo'n breed, ongespecificeerd publiek ontworpen worden? Er is aandacht voor personalisatie van dit soort toepassingen. Wat voegt personalisatie toe voor de gebruiker? Ook gaan deelnemers aan de slag door enkele ontwerpstappen zelf te nemen. Ook worden de mogelijkheden en valkuilen van het ontwerpen van eHealth met gebruikers besproken. Als leidraad in deze workshop wordt de Stoppen- met-roken app gebruikt die Saxion, samen met Tactus Verslavingszorg, Medisch Spectrum Twente en de Universiteit Twente ontwikkelt. De workshop brengt theorie en praktijkervaring samen.

In 4 stappen naar een flexibele werkplek

DOOR STEFAN SCHEEPERS



De werkplek in de zorg gaat vaak jaren mee. Er wordt in de zorgpraktijk dagelijks gewerkt op traditionele maatwerksystemen die lokaal draaien. Gebruikers hebben echter steeds meer behoefte aan een flexibele werkplek. Hoe kunnen beslissers het beste overstappen? Onderstaand stappenplan geeft houvast.



Door veranderende marktomstandigheden moeten zorgverleners steeds slimmer, efficiënter en effectiever werken. Zorg vindt ook steeds meer buiten de deur plaats, waardoor medewerkers overal toegang moeten krijgen tot informatie. Bovendien is veiligheid van data een prangende kwestie. Door het inrichten van een flexibele werkplek wordt de organisatie toekomstbestendig. Een flexibele werkplek in de cloud is bovendien ook financieel flexibel en transparant.

De werkplek geeft de gebruiker toegang tot alle data en toepassingen die hij of zij nodig heeft om zijn werk te kunnen doen. De complete ICT-inrichting komt hier samen, zowel lokaal opgeslagen data als in de cloud opgeslagen data, zowel toegang tot eigen maatwerksystemen als toegang tot cloud-applicaties. Wilt u de werkplek flexibeler maken, dan zorgt u – stap voor stap – dat de cloud een steeds groter aandeel krijgt. Hoe eerder u afscheid neemt van uw maatwerksystemen en overstapt op standaardversies, hoe sneller u flexibel wordt.

Organisaties hanteren steeds vaker het cloud tenzij principe. Hierbij wordt functionaliteit uit de cloud afgenomen. Software wordt hierdoor steeds meer via een Software as a Service (SaaS) principe aangeboden. Dat maakt u flexibel: u kunt gemakkelijk een nieuwe applicatie (functionaliteit) toevoegen en verwijderen waardoor u snel kunt schakelen. Over uw data hoeft u zich geen zorgen te maken, die staan veilig op één centrale plaats. Bovendien zorgt uw leverancier voor het up-to-date houden van de omgeving en profiteert u automatisch van vernieuwingen en nieuwe releases zonder eigen investeringskosten. Is al dat werk aan maatwerksystemen dan voor niets geweest? Zeker niet. Ze zijn een rijke bron van informatie over uw werkprocessen. Uw ideale vertrekpunt om naar de cloud te gaan.

Stap 1: inventariseer de verschillende werkstijlen

Identificeer welke groepen er in uw organisatie bestaan met min of meer gelijke werkstijl. Onderscheid bestaat bijvoorbeeld in de toepassingen die iemand vaak gebruikt, welke data nodig zijn of welke apparatuur. Bedenk of iemand ambulant werkt zoals in de thuiszorg, of juist locatie gebonden zoals de revalidatiearts. En maak onderscheid tussen taak- of resultaatgerichte werkers. Voor taakwerkers zijn de werkzaamheden en benodigde ICT goed te voorspellen. Bij kenniswerkers juist niet, hun ICT-behoefte is heel anders. Hulp bij deze exercitie krijgt u van uw oude maatwerksystemen: daarin staat veel informatie over werkstijl en -processen. Het is verstandig mensen van de

werkvloer te betrekken. Die hebben goed zicht op verschillen en overeenkomsten in werkstijl. Zo zet u de individuele zorgverlener centraal bij de inrichting van de nieuwe werkplek.

Stap 2: vertaal dit naar persona's

Aan de hand van de verschillende werkstijlen definieert u persona's – standaardtypes van werkplekgebruikers. Bijvoorbeeld een persona die ambulant werkt en niet van tevoren weet welke data en toepassingen hij raadpleegt. Of een persona die op locatie werkt met steeds dezelfde toepassing. Voeg zoveel mogelijk werkstijlen met een gelijksoortige ICT-behoefte samen, bijvoorbeeld de extramurale en intramurale zorgverleners. De één is onderweg binnen uw locatie, de ander in de wijk, maar beiden werken mobiel met tablets en muteren cliëntdata. Hun ICT-behoefte is identiek. Breng zo het aantal werkstijlen terug tot een overzichtelijk aantal persona's.

Noteer bij elke persona de passende ICT-ondersteuning. De verschillende werkstijlen bepalen op welke manier de medewerker zijn of haar ICT-ondersteuning wil afnemen. Want: de werkplek is waar de medewerker is. En dat betekent dat ICT-support laagdrempelig op alle locaties 24/7 goed bereikbaar moet zijn, via verschillende contactkanalen – app, chat, e-mail, telefonisch, op fora, met YouTube-demonstraties en –instructievideo's. En ook offline, want door het toegenomen aantal devices per persoon, blijft de behoefte aan offline support groot.

Met dat lijstje gaat u in gesprek met uw leveranciers. Samen beschrijft u bij elke persona welke soort werkplek hij nodig heeft:

- Virtuele werkplek: applicaties en data staan op servers in het datacenter van de cloudleverancier. Medewerkers kunnen wennen aan de cloud zonder bekende tools los te laten.
- Portal werkplek: volledig webbased. Met het apparaat van hun keuze – desktop, laptop, tablet, smartphone – loggen medewerkers via internet in op hun eigen werkplek, die zich aanpast aan het apparaat. De portal is dus geschikt voor medewerkers die zowel ambulant zijn als op een vaste plek werken.
- Mobile werkplek: afgestemd op volledig ambulante werkers. Via smartphone of tablet, van hunzelf of van 'de zaak', kiezen medewerkers uit een bedrijfs-appstore de apps die ze voor hun werk nodig hebben.
- Device management: applicaties worden lokaal vanaf het device gedraaid. Dit is een geschikte werkplekvorm voor applicaties die niet kunnen draaien in een online omgeving. Of voor specifieke randapparaten zoals meetapparatuur. ►



Where crossovers lead to innovation

HEALTH VALLEY EVENT 2016

17 MAART CINEMEC NIJMEGEN

AANMELDEN? WWW.HEALTH-VALLEY.NL/EVENT



Hoofdsponsors:



Health Valley wordt mede mogelijk gemaakt door:





Stap 3: borg actualiteit

Persona's en werkstijlen bewegen mee met ontwikkelingen in de organisatie. En juist in de zorgsector zijn er nogal wat veranderingen. Het is dus zaak te bewaken dat de geformuleerde werkwijzen actueel blijven. Borg daarom in het werkproces dat de geformuleerde persona's nog steeds aansluiten bij de dagelijkse werkpraktijk. Stel daar eventueel rapportages voor op.

Bespreek regelmatig strategische ontwikkelingen in de omgeving en in de organisatie. Technische innovaties in de markt of bij leveranciers kunnen bijvoorbeeld nieuwe kansen bieden. Daarom is het belangrijk de laatste innovaties op de voet te volgen en ze tegen het licht van persona's en werkstijlen te bekijken. Uw leveranciers kunnen u daarbij helpen, want zij monitoren de innovaties continu. Het is ook in hun belang dat uw organisatie tevreden blijft over de geboden beleving die hun ICT biedt. Sluit daarom een experience level agreement (XLA) met leveranciers. Een onderdeel hiervan is bijvoorbeeld een customer effort score (CES), waarbij de gebruiker aangeeft hoeveel moeite hij moest doen om tot een oplossing te komen.

Neem deze scores regelmatig door met de leverancier. En bespreek dan gelijk samen de laatste innovaties. Zo blijft de gekozen ICT voor de werkplekken voortdurend effectief in uw dagelijkse praktijk.

Stap 4: koppel de innovatiecyclus aan de cloudtransitie

De continue monitoring en de borging van innovatie in uw organisatie heet de innovatiecyclus. Maak hiervoor een strategische roadmap. Koppel hierin doelen van de organisatie aan technologische ontwikkelingen en mogelijkheden. Een cloudtransitie als uitgangspunt, geeft een goed houvast om de roadmap samen te stellen. Leg in de roadmap vast welke stappen nodig zijn om het doel te bereiken – zowel in technologie en ICT-capaciteit als in processen en aansturing. Hou bij het samenstellen van een roadmap voor de werkplek rekening met de volgende elementen:

In de governance moet betrokkenheid van de werkvloer met de strategie goed verankerd zijn.

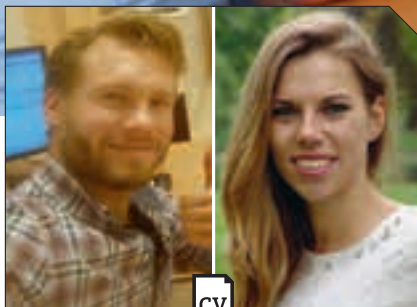
1. Stappen richting de cloud vereisen een duidelijke strategie vanuit het bedrijf, want de impact is nu eenmaal groot. Overleg goed, bepaal gezamenlijke strategie – ook

met de cloudleveranciers – en bepaal daarop de stappen.

2. De inzet van cloud betekent uiteindelijk meer kosten transparantie. Dat is echter niet hetzelfde als kostenbesparing, dus zorg dat intern de verwachtingen daarop zijn afgestemd. Wel maakt cloudinzet duidelijk waar kosten bespaard kunnen worden.
3. Cloudtransitie betekent een verschuiving van de manier waarop de ICT georganiseerd is: van technologie naar een vorm van dienstverlening. Het gebruik van services, in plaats van technologie, vraagt om een ander en nieuw organisatiemodel.
4. Vergeet niet de samenwerking met HR: door de komst van een nieuw organisatiemodel zullen zowel ICT-medewerkers als eindgebruikers getraind en opgeleid moeten worden. De ene groep intensiever dan de andere. ■

In het whitepaper Werkplek voor de Zorg van KPN Leest u meer achtergrond over het goed inrichten van werkplekken. Deze is te vinden op de website van ICT&health of via www.kpn.com/werkplekzorg. Reageren kan via @icthealth_NL





DOOR BART TIMMERS

Isar Wulffaert is waarnemend huisarts, tevens verbonden aan Reshape innovatieafdeling Radboud UMC. Ook columnist bij Syntheshis, en verbonden aan Generation Next (landelijke organisatie van jonge huisartsen) en Vasco Da Gama (Europese organisatie van jonge huisartsen).

Anne Schoenmakers is huisarts in opleiding bij UvA/AMC en onderzoeker bij McGill university, mede-initiatiefnemer van TabletApp (www.detabletapp.com). Ook verbonden aan Het Rode Kruis.

Jonge huisartsten over HIS:

‘HIS ontwikkelt zich veel te traag’

Naast de eigen oren, ogen en het gezonde denkvermogen van de huisarts, is het Huisarts Informatie Systeem HIS een heel belangrijk gereedschap in de spreekkamer. Hoe kijken jonge huisartsen daar tegenaan? Isar Wulffaert is waarnemend huisarts en Anne Schoenmakers zit in haar laatste jaar als huisarts in opleiding bij het AMC/UvA. Bart Timmers sprak met hen over hun ervaringen met het HIS.

Echt enthousiast zijn beide huisartsen nog niet over HIS. Isar Wulffaert heeft ervaring met verschillende HIS-sen: 'Het HIS waardeer ik in de ondersteuning van het proces van informatie verzamelen om tot een diagnose en behandeling te komen. Daarin heb ik het echt nodig. Maar de manier waarop dat ondersteund wordt, is niet goed. Het ziet er niet mooi uit, het is niet overzichtelijk. Je kunt moeizaam gebruik maken van andere, modernere software. Invoeren gaat vaak nog lastig, met veel klikken.' Ook Anne Schoenmakers, die nog maar ervaring met één HIS heeft, vindt dat. 'Het ziekenhuissysteem was nóg moeizamer in gebruik. Maar toch, ik kan bijvoorbeeld niet gemakkelijk mailtjes of foto's in het systeem verwerken. Het systeem ziet er heel erg basaal uit, zeker in vergelijking met moderne software op je computer of telefoon.'

Geen aandacht

Beiden antwoorden met een overtuigend 'Geen!' als ik vraag hoeveel aandacht er in de huisartsenopleiding besteed is aan huisartsen-ICT. Eén van de redenen volgens Wulffaert was dat er te veel verschillende systemen bestonden om daar centraal aandacht aan te besteden. Schoenmakers voegt hieraan toe dat ze het belangrijk vindt dat vooral zorgprofessionals zélf onderwijs geven binnen de opleiding. 'Ik vond het systeem wel redelijk gemakkelijk te leren, maar ik heb het gevoel dat ik lang niet alle mogelijkheden ken. En volgens mij mijn opleider ook niet!'

Op de vraag of er zaken zijn waar ze wél tevreden over zijn, denken beide huisartsen even na. Wulffaert noemt het Elektronisch Voorschrijf Systeem (EVS) als voorbeeld. Het

“
**ER VERANDERT NIET ZO VEEL.
 DE PATIËNT ZOU IN IEDER GEVAL MEER
 AUTONOMIE MOETEN KRIJGEN EN ZIJN EIGEN
 DOSSIER KUNNEN BENADEREN.**
 ”

feit dat het systeem enigszins meedenkt over de te volgen behandeling is positief te noemen. Maar toch kan ook dat beter. Wulffaert noemt als voorbeeld dat hij niet gemakkelijk een standaard combinatie van medicijnen kan invoeren (zoals altijd een laxans bij een opioïd). Schoenmakers noemt als positief feit de duidelijke signalering van allergieën en andere belangrijke zaken. Dat zijn ook zaken die ze verwacht van een HIS, naast een handzaam overzicht van voorgeschiedenis, medicatie en de laatste episodes.

HIS te traag

Beide huisartsen hebben hopelijk nog een lange carrière voor de boeg en de vraag ligt dan ook voor de hand hoe ze de toekomst zien van het HIS. Wulffaert is hier nog niet erg hoopvol over: 'Het gaat allemaal traag. Er verandert niet zo veel. De patiënt zou in ieder geval meer autonomie moeten krijgen en zijn eigen dossier kunnen benaderen. En die zou ook gemakkelijker gegevens van bijvoorbeeld wearables moeten kunnen invoeren.' Hij spreekt de verwachting uit dat grote partijen als Google of Apple zich er misschien in de nabije toekomst mee kunnen gaan bemoeien. Dit beaamt Schoenmakers. Alleen vreest zij

dat ook zorgverzekeraars er zich wel eens meer mee zouden kunnen gaan bemoeien.

Schoenmakers geeft verder aan: 'Ik denk dat samenwerking steeds belangrijker wordt. Of het LSP moet worden weet ik niet, je ziet in Amsterdam bijvoorbeeld ook een initiatief als de Whitebox als alternatief ontstaan. Maar dat er meer integratiemogelijkheden met andere systemen moeten komen, lijkt me duidelijk. Ook moet er een betere inzagemogelijkheid voor de patiënt komen. Wulffaert heeft ook een idee over het LSP: 'Uiteindelijk zou het gewoon naar 1 EPD moeten gaan, ik geloof niet in iets met weer een instantie er tussen.'

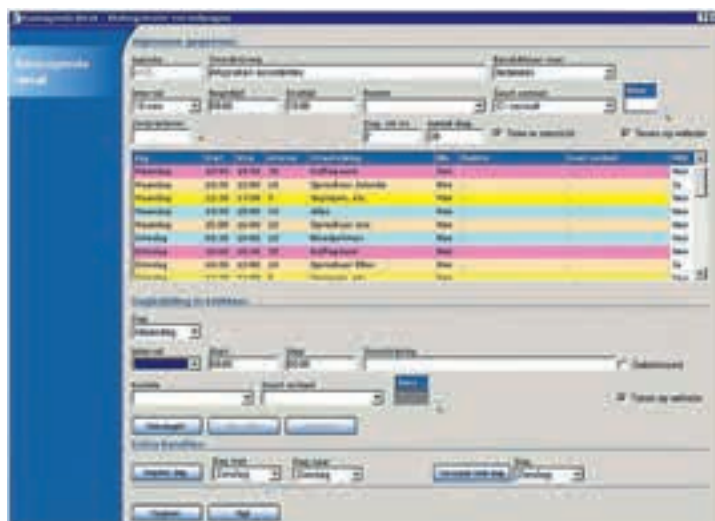
Dossier bij patiënt

Beide huisartsen gaan nog wel uit van het bestaan van een dossier bij de zorgverlener zélf. We spreken nog wel even over de mogelijkheid dat het misschien ooit om zal draaien: Het dossier bij de patiënt, waar de huisarts in mag werken. Dat is misschien nog wat verdere toekomstmuziek. Ze hebben beiden wel enige ervaring met patiënten die delen van hun dossier opvragen, bijvoorbeeld voor verzekeringszaken en vinden dat in ieder geval een normale vraag. ■

Hoe versnellen we ontwikkeling

De belangrijkste vraag uiteindelijk is: Hoe kunnen we nu ontwikkelingen rondom het HIS of het elektronische dossier versnellen? Wulffaert denkt dat dat niet vanuit de huisarts zelf zal gaan gebeuren: 'De gemiddelde huisarts is te druk, en kan de investering in tijd en geld niet opbrengen. Beweging zal moeten komen vanuit LHV, NHG of de politiek. Of vanuit de patiënten zelf!' Schoenmakers geloof in wetenschap en onderwijs: 'Artsen willen graag bewijs zien. En er moet meer scholing komen, waarbij innovaties getoond worden! En het werkt natuurlijk ook goed als je gewenst gedrag beloont.'

Het was interessant om over de visie van deze huisartsen met nog een frisse blik op de complexe wereld van huisartsen-automatisering te spreken. Er moet, en gaat nog veel veranderen. Wat uit dit gesprek in ieder geval duidelijk werd, is dat onderwijs op dit vlak nog onder de maat is, en gewenst is willen we de juiste verandering gaan krijgen. En wat ook duidelijk is: het HIS moet flexibeler zijn. De moderne huisarts is gewend aan moderne software, die gemakkelijk koppelt met andere systemen. Het HIS lijkt aan dat ideaalbeeld nog niet te voldoen.





DOOR ROSANNE VAN DER STERRE – POOLEN

Toekomst voor e-health in de geboortezorg



De toekomst

We gaan de toekomst in. Naar 26 mei 2017 - Suus is 5 weken zwanger en deed thuis een zwangerschapstest. Ze is helemaal in de wolken, bij 4,5 week zwangerschap gaf de test al 2 streepjes, een positieve uitslag.

Op de website van de verloskundige maakt ze een afspraak voor een echo en vult ze gelijk het intake formulier in, ter voorbereiding op het eerste persoonlijke consult.

Op de website staat een link naar een leuke website vol met betrouwbare informatie rondom zwangerschap en blogs van overige deskundigen. Zo kan ze zich al rustig inlezen en voorbereiden op het eerste persoonlijke consult met de verloskundige.

Suus vindt het vooral belangrijk te weten wat ze wel en niet mag eten. Ze leest ook alvast informatie over de NIPT test.

Wanneer Suus naar de verloskundige gaat voor het eerste persoonlijke consult, de intake, kan zij zich in de wachtkamer alvast wegen en haar bloeddruk opmeten. Haar bloedsuiker en Hb meet ze ook gelijk zelf. Deze informatie wordt via de app ThuisMeten gelijk naar de verloskundige verstuurd en naar het digitale persoonlijke dossier van Suus. De verloskundige roept haar binnen en Suus krijgt alle ruimte om vragen te stellen en de verloskundige te leren kennen. De kwaliteit van zorg verbetert hierdoor aanzienlijk.

De verloskundige vertelt haar dat ze vanaf nu gebruik kan maken van MijnZw@ngerschap: een online dossier waar zij veilig kennis en informatie kan delen met de zorgverleners die betrokken zijn bij de zwangerschap van Suus. Elke volgende persoonlijke afspraak met de verloskundige krijgt Suus een e-mail met de vraag een online vragenlijst in te vullen ter voorbereiding. Als ze elke afspraak 5 minuutjes eerder komt kan zij zelf alle overige zaken meten, zoals de bloeddruk.

Ook vertelt de verloskundige over de online vragenuurtjes die zij elke week organiseren vanuit de praktijk en de mogelijkheid om een online consult in te plannen. Daarnaast zijn er webinars met informatie rondom de zwangerschap, die Suus dan samen met haar man Jeroen thuis kan volgen.

Viv Jansen neemt deel aan de werkgroep ICT. In deze werkgroep bespreken verschillende partijen de mogelijkheden van ICT (1ste lijns verloskundige, klinisch verloskundige, kraamzorg bureau, gynaecologen, kinderarts en nog enkele disciplines binnen de geboortezorg). Samen is er besloten om met één Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) te werken, de 1ste lijns verloskundigen kunnen zo de consulten die zij met de zwangere hebben in hetzelfde systeem rapporteren als de gynaecoloog gebruikt. Alle betrokken partijen beschikken zo altijd over dezelfde informatie.

Bovenstaande is gebaseerd op een fictief personage, Viv. Maar personen zoals Viv Jansen zijn er veel. Professionals in de zorg die de mogelijkheden van ICT heel interessant vinden. Die weten dat er meerdere oplossingen zijn voor senioren en mensen die langer thuis moeten blijven wonen. Veel van de oplossingen zijn echter gericht op de langdurig zieken maar kunnen ook ingezet worden in de Geboortezorg

Oplossingen

Welke oplossingen bestaan er voor voor de verloskundige praktijk? In Nijmegen wordt er inmiddels gewerkt met ThuisMeetten van FocusCura en de Sense4Baby.

De Coöperatieve verloskundigen Nijmegen e.o. biedt ThuisMeetten aan aan vrouwen met zwangerschapssuikerziekte. Dit biedt nieuwe mogelijkheden ook op andere vlakken van zorg die de verloskundige biedt. Bijvoorbeeld wanneer de zwangere zelf haar bloeddruk, gewicht en eventueel bloedsuiker en Hb kan

meten in de wachtkamer, dan scheelt dit tijd en stimuleert de eigen verantwoordelijkheid en zelfzorg. De verloskundige kan deze tijd besteden aan eventuele vragen van de zwangere of persoonlijke begeleiding tijdens het consult.

Op die manier worden de E-health oplossingen een verrijking voor de zwangere. Zij krijgt haar eigen zorg nog meer in handen én en ze krijgt meer aandacht en tijd van de verloskundige. ThuisMeten maakt het mogelijk om meetwaarden als bloeddruk en gewicht of de uitkomsten van vragenlijsten veilig en betrouwbaar van huis naar de zorgverlener te versturen. De app geeft bij een ongewenste verandering direct een melding. Zo kan zorg en begeleiding altijd op het juiste moment worden geboden.

Sense4Baby

De Sense4Baby wordt door de Coöperatieve verloskundigen Nijmegen e.o. als pilot ingezet in samenwerking met het SHO (centra voor medische diagnostiek). Wanneer een zwangere in zorg bij de verloskundige, minder leven voelt, na een uitwendige versie of bij naderende serotiniteit. De gynaecoloog kan desgewenst op afstand mee kijken. Deze pilot wordt uitgebreid geëvalueerd. Na drie jaar zal duidelijk zijn of en hoe deze manier van zorg bijdraagt aan continue en goede zorg dicht bij de zwangere.

Zelf echo maken

De Lumify van Philips wordt in Nederland nog niet getest. Deze tool is ook alleen voor professionele zorgverleners bedoeld. ■

Viv Jansen is verloskundige binnen de verloskundige praktijk Veluwe. Zij werkt met drie andere verloskundigen binnen een maatschap. De praktijk werkt samen binnen een Verloskundig Samenwerkings Verband (VSV) met andere praktijken uit de omgeving om zo samen als één stem in de integrale geboortezorg overleggen met o.a. de gynaecoloog samen te werken.

Digitale ambulanceoverdracht helpt spoedpatiënt

DOOR GERT KOELEWIJN EN KARIN OOST



Acute zorg is per definitie ongeplande zorg. Jaarlijks is meer dan zeven miljoen keer acute zorg nodig, waarbij ruim 800.000 ambulanceritten worden gemaakt. In deze zorg zijn diverse disciplines betrokken: van de verpleegkundige centralisten van de meldkamer, ambulanceverpleegkundigen, SEH-artsen, tot de huisarts en huisartsenposten aan toe. Tussen deze disciplines zijn al gauw 22 overdrachtsmomenten. Er kan dus makkelijk wat misgaan.

Spoedpatiënten zijn beter af als ziekenhuizen direct gegevens ontvangen vanuit de ambulance in hun eigen ziekenhuisinformatiesysteem. Dit ervaart de Isala Klinieken Zwolle. Die ontvangt vanuit rijdende ambulances direct digitale gegevens van de spoedpatiënt in hun eigen ziekenhuissysteem. De Isala Klinieken maakt nu met RAV IJsselland een koppeling tussen de ambulance en het digitale patiëntendossier in het ziekenhuis. Hiervoor implementeren zij de informatiestandaard Acute Zorg in het eigen ziekenhuisinformatiesysteem (ZIS). De koppeling van de Isala Klinieken zorgt ervoor dat de informatie over de acute patiënt in diens patiëntendossier terecht komt.

Ambulanceoverdracht

Deze elektronische ambulanceoverdracht van een rijdende ambulance naar het patiëntendossier komt uiteindelijk de spoedpatiënt ten goede. De behandelende arts kan sneller een diagnose stellen en een behandelplan bepalen, zo verklaart Isala cardioloog Arnoud van 't Hof in een artikel op de Isala-website. "Bij een hartinfarct telt iedere seconde. Dat ik nu een complete informatieset met actuele ECG kan bekijken en vergelijken met ons eigen patiëntendossier voordat de patiënt daadwerkelijk binnenkomt, is een enorm winstpunt. Ik kan daardoor veel beter anticiperen op wat er nodig is. Als ik bijvoorbeeld zie dat het om een groot infarct gaat, kan er meteen een katheterisatiekamer worden vrijgemaakt."

Levensbelang

Deze werkwijze van de Isala Klinieken zorgt er volgens minister Schippers van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor dat de informatie uit de voor aankondiging automatisch en snel beschikbaar is in het ZIS. Ook neemt de foutgevoeligheid vanwege overtuiken af en vermindert de administratieve last voor artsen. Daarbij geeft de koppeling met

het ZiekenhuisInformatieSysteem (ZIS) de behandelend arts in het ziekenhuis sneller een beeld van de toestand en de medische historie van de betreffende patiënt. "In acute situaties, waar elke seconde telt, kan dit van levensbelang zijn."

Toejuichen

Schippers zegt dit initiatief van de Isala Klinieken zeer te waarderen. Dit zegt ze in antwoord op Kamervragen van Lea Bouwmeester (PvdA), naar aanleiding van de blog 'Digitale ambulanceoverdracht helpt spoedpatiënt' van Gert Koelewijn, programmamanager bij Nictiz. "Ik juich initiatieven toe die ertoe leiden dat de snelheid en de accuraatheid van de overdracht van patiëntgegevens tussen partners in de (acute) zorgketen verbeteren."

Ziekenhuizen

Schippers antwoordt desgevraagd zich in te zetten voor een zo'n kort mogelijk overdracht tussen de ambulancezorgverlener en ziekenhuis, zodat de samenwerking in de acute zorgketen verbetert. Schippers wil de koppeling onder de aandacht brengen in overleggen met de brancheorganisaties van de ziekenhuizen. Omdat de RAV's al bijna allemaal aan digitale gegevensoverdracht naar het ziekenhuis doen, is het volgens Schippers vooral aan de ziekenhuizen om een koppeling te leggen met de gegevens die zij ontvangen vanuit de ambulance en bestaande patiëntendossiers in het ziekenhuisinformatiesysteem.

Beroepsrichtlijn

Het overdragen en verkrijgen van de benodigde actuele informatie kost in de praktijk vaak veel moeite, zeker als de patiënt niet bij kennis is. Voor deze overdracht moet een zorgverlener bij aankomst in een ziekenhuis de patiëntgegevens overdragen. Het ziekenhuis moet deze gegevens overzetten in het ziekenhuissysteem. Dit kost tijd. Als er iets fout gaat, heeft dat in de eerste

plaats grote gevolgen voor de patiënt. Een te late behandeling bij een patiënt met bijvoorbeeld een beroerte kan tot invaliditeit of de dood leiden. Tijdsbesparing en accurate overdrachten zijn in spoedsituaties daarom essentieel. Daarom hebben onder meer het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Ambulancezorg Nederland (AZN), de Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Ineen en Nictiz de aangepaste beroepsrichtlijn 'Gegevensuitwisseling tussen huisarts, huisartsenpost, ambulancedienst en spoedeisende hulp' opgesteld. Hierin staat omschreven wie welke gestandaardiseerde gegevens mag overdragen en wat de ander mag ontvangen. De webapplicatie het Acute Zorgportaal (AZP) is eveneens een product van deze samenwerking, waaraan ook het traumacentra heeft meegewerkt. Via de internetapplicatie AZP kunnen ziekenhuizen en meldkamers informatie over bedden capaciteit en opnamestops delen. Meldkamers zien hierin direct welk ziekenhuis capaciteit heeft om ambulances naar toe te sturen.

Informatiestandaard Acute Zorg

Nictiz ontwikkelde op basis van deze beroepsrichtlijn de informatiestandaard Acute Zorg. Dit maakt een digitale voor aankondiging vanuit ambulances naar ziekenhuizen over de spoedpatiënten mogelijk. Inmiddels stuurt meer dan negentig procent van de regionale ambulancevoorzieningen (RAV's) patiëntgegevens elektronisch vanuit ambulances naar de spoedeisende hulp van ziekenhuizen (SEH's). De meeste van deze ziekenhuizen gebruiken hierbij een portaal voor het inzien van de gegevens. Dit betekent dat het ziekenhuis al voordat een spoedpatiënt arriveert, diens gegevens kan inzien in dat portaal. ■

Koppeling ZIS

Bronnen

- Blog Lies van Gennip, eHealth redt levens: <https://goo.gl/rqt63B>
- blog Gert Koelewijn: blog Digitale ambulanceoverdracht helpt spoedpatiënt: <https://goo.gl/KAAMuV>
- Informatiestandaard Acute Zorg <https://goo.gl/lufaOn>
- Cijfers Acute zorg, Nationaal Kompas: <http://goo.gl/nZqD6j>
- Aantal ambulanceritten: <https://goo.gl/o8lJCH>
- Beroepsrichtlijn gegevensuitwisseling acute zorg: <https://goo.gl/memGE4>
- Koppeling Isala met RAV: <http://goo.gl/lpY3Lf>

Het ultieme gouden idee

Mijn carrière startte in 2009 bij Pluryn, een landelijke zorginstelling voor mensen met een complexe zorgvraag. Via mijn netwerk kreeg ik een baan bij de marketingafdeling en al vrij snel belandde ik in projecten die met ICT te maken hadden. Tijdens een van mijn eerste projecten zette ik een aangepast intranet op voor cliënten. Vanaf dat moment was ik hooked aan technologie in de zorg. Binnen Pluryn ben ik programmamanager eHealth & Innovatie. Wat doe ik dan? Ik zeg altijd dat ik een verbinder ben en anderen inspireer om out of the box te handelen



Blended zorg

Op dit moment ben ik bezig met het ontwikkelen en implementeren van nieuwe vormen van blended zorg. Hiermee experimenteren we in een Living Lab, een fysieke ruimte met allerlei nieuwe technologieën, gadgets en brainstorm methodes. Cliënten en medewerkers laten zich daar inspireren en bedenken samen nieuwe zorgconcepten. Dat doen we ook samen met andere partijen. Zie het als een soort van eco-systeem van innovatie. Het Living Lab heeft als doel het voeden van ideeën en het in kracht zetten van innovators en early adapters. Geef mensen wat tijd en ruimte en het zal je verbazen hoeveel gouden ideeën er binnen je

organisatie leven. Co-creatie is essentieel en we doen alles patiënt included.

We leven in een wereld waar slimme technologie een steeds grotere rol speelt in ons leven. Of het nu thuis of op je werk is. Je ontkomt er niet meer aan en het is ook niet meer te stoppen. Daarnaast zijn veel ontwikkelingen het gevolg van de vier ingezette transitities/ decentralisaties voor jeugdzorg, AWBZ/WMO, participatiewet en de wet passend onderwijs. Uiteindelijk willen we de zorg kwalitatief beter maken en innovatie speelt daar een grote rol in. Het exponentiële karakter van nieuwe technologie is overweldigend en de mogelijkheden lijken eindeloos.

Bezig zijn met innovatie is daarom óók een kwestie van veel vallen en opstaan. De truc is om daar snel achter te komen. Wat werkt wel en wat niet? Hoe zorg je dat je die gouden ideeën ook echt uit je organisatie haalt? Hoe betrek je cliënten bij innovatieprojecten? Hoe bereik je het kantelpunt van innovators en early adapters naar de early majority? Wat maakt het dat bepaalde innovaties wel slagen en anderen niet? Bij al deze vragen en meer wil ik als redacteur bij ICT&Health stil blijven staan. Niet alleen vanuit mijn eigen ervaringen, maar ook door cliënten en medewerkers aan het woord te laten.

Sanneke Langendoen, programmamanager eHealth & Innovatie bij Pluryn

ICT als change agent



Ik ben vereerd om deel uit te maken van de redactieraad van ICT&Health. ICT, indien correct ontwikkeld en geïmplementeerd, is een change agent voor het realiseren van goede uitkomsten van gezondheidszorg, tegen een betaalbare prijs en voor alle mensen. Dat hiervoor nog veel nodig is, behoeft geen uitleg.

ICT&Health draagt hieraan op eigen wijze bij door een ander geluid af te geven: interdisciplinair, altijd op zoek naar nieuwsfeiten, en met oog voor de eindgebruiker/de patiënt en praktische uitvoerbaarheid. Vanuit mijn interesse en werkzaamheden op het gebied van onderzoek van en advies over de organisatie en coördinatie van zorg zal ik hieraan een bijdrage leveren. Hiertoe zal ik de redactie bijstaan voor wat betreft de inhoudelijke invulling van ICT&Health.

Bert Vrijhoef (1971) is Professor Health Systems and Policy aan de National University of Singapore en de National University Health System in Singapore (Sept 2012–nu). In 2014 werd hij benoemd bij de Vrije Universiteit Brussel als visiting Professor bij de vakgroep Huisartsgeneeskunde en Chronische Zorg. Bert werkt als senior onderzoeker voor het Wetenschappelijk centrum voor zorg en welzijn (Tranzo) aan Tilburg University alsook de afdeling Patiënt & Zorg van het UMC Maastricht.

Patiënten empowerment

eHealth (en in het bijzonder mHealth) is voor mij een groot interesse gebied waarvan de omvang hand over hand aan het toenemen is. Daarnaast werk ik als SEH-arts knmg in het Deventer Ziekenhuis. Ik ben er van overtuigd dat wij als artsen met de inzet van digitale middelen (mobiele EPD's, Apps, etc) de patiënt meer begrip van zijn/haar ziekte kunnen geven.

Zelf ben ik in de gelukkige omstandigheid dat het Deventer Ziekenhuis een prima EPDviewer heeft voor tablet&smartphone. Dit geeft mij de mogelijkheid om naast (het bed van) de patiënt te zitten met alle uitslagen en deze dan ook direct met de patiënt kan bespreken en kan overhandigen. Het vasthouden van een tablet of een smartphone met dat op de eigen

uitslagen en eigen röntgenbeelden geeft de patiënt een kans om zijn ziekte letterlijk vast te houden. Dit geeft meer gevoel en connectie met zijn/haar ziekte en dat is de basis van patiënten empowerment.

Michiel Tebbes, SEH-arts knmg Deventer Ziekenhuis



Innovaties naar de praktijk brengen



De gezondheidszorg zoals ik die heb leren kennen tijdens mijn studie verpleegkunde (2008 afgestudeerd) is nu al niet meer te vergelijken met de gezondheidszorg van vandaag. Als jonge professional heb ik de afgelopen jaren een enorme sprong voorwaarts gezien ten aanzien van de mogelijkheden op het gebied van inspraak van patiënten en de opkomst van innovatie en technologie. Een bemoedigende ontwikkeling.

Voor mij de reden om me verder te specialiseren in de vorm van de opleiding Toegepaste Gerontologie. Tijdens deze studie heb ik me verdiept in de enorme mogelijkheden van het ondersteunen van een vergrijzende en ontgroenende maatschappij door empowerment van (oudere) consumenten en de inzet van innovaties die meer inzicht geven in gezondheid en ziekte. Het aanbod van producten en diensten groeit dagelijks en dat maakt het moeilijk voor consumenten en professionals om de juiste keuzes te maken passend bij individuele behoeften. Voor mij de drijver om Thuisleefgids.nl te beginnen,

Nederlands eerste onafhankelijke platform voor deze opkomende markt.

Onderdeel uitmaken van de redactieraad van ICT & Health inspireert me omdat ik nieuwe innovaties en opvattingen die naar de markt komen kan volgen. Het geeft me de gelegenheid om vanuit mijn inhoudelijke kennis als Toegepaste Gerontoloog mijn visie te delen rondom deze innovaties en de mogelijkheden daarvan in de praktijk voor consumenten en (zorg)professionals.

Ilse Schoormans, Directrice Thuisleefgids.nl

Gaming voor ouderen



Sinds februari 2015 zijn studenten actief in het Living Lab bij verpleeghuis Vonderhof van de Vitalis WoonZorgGroep te Eindhoven. In dit Living Lab, dat een samenwerkingsverband is tussen Vitalis, Fontys Hogescholen en diverse bedrijven, wordt gewerkt aan technologische en sociale innovatie. Eén van de projecten richtte zich op games en bewegen voor ouderen.

Do's en Don't bij opschalen

eLabEL is een integrale oplossing voor de eerstelijns zorgverleners en patiënten voor ondersteuning van zelfmanagement met communicatie, planning, coaching en behandeling. eLabEL is een project van de CCTR (Centre for Care Technology research). Na een gedegen analyse komen zij met do's en don'ts bij ontwikkelen en opschalen.

De meetbare mens



Het Rathenau Instituut publiceerde onlangs het e-boek 'De meetbare mens'. Dit bevat essays over de digitalisering van de gezondheidszorg en de gevolgen voor mens en maatschappij.

Patiënten en consumenten beheren steeds vaker zelf hun gezondheid via allerlei applicaties. Ontwikkelaars en databedrijven gebruiken deze apps voor meer dan alleen gezondheidsmanagement. Dat zet de relatie tussen arts en patiënt onder druk. Het Rathenau Instituut onderzocht het meetbaar maken van het lichaam en geeft aandachtspunten om de patiënten en consumenten beter te beschermen.

GGZ lanceert AppStore

Dagelijks worden er nieuwe gezondheidsapps gelanceerd. Maar welke zijn nu veilig en te vertrouwen? De gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD) lanceerden de GGD AppStore gelanceerd om tegemoet te komen aan deze vraag. De AppStore bevat nu 50 apps.



ICT&health is een uitgave van Icon Publishing

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

#patiensincludet

Uitgever & Founder
Tom Xhofteer

Gasthoofdredacteur
Lucien Engelen

Hoofdredactie
Yvonne Keijzers
yvonne@icthealth.nl

Coverfoto
Govert de Roos

Met medewerking van
Tom van de Belt
Bart Collet

Ulco Schuurmans
Bart Timmers
Rosanne van der Sterre-Poolen
Willem Herter
kees van Ooik
Sil Aarts
Eveline Wouters
Yuri van Geest
Mirjam Hulsebos
Luuk Arends
Ernst-Jan van de Pas
Stefan Scheepers
Gert Koelewijn
Karin Oost

Redactieraad

Onze redactieraad bestaat uit 20 specialistische leden uit het werkveld. Artsen, wetenschappers, de overheid, UMC's, TU's, leveranciers en de patiënt dragen samen met de hoofdredactie zorg voor de inhoud van het magazine en het online platform. Kijk op icthealth.nl voor een overzicht van alle leden.

Contact

Abonnementen/Lidmaatschappen
lidmaatschap@icthealth.nl

Advertenties Off- en Online
sales@icthealth.nl

Redactie algemeen
redactie@icthealth.nl

Vormgeving

Terzake. Merken Strategie Design

Drukkerij

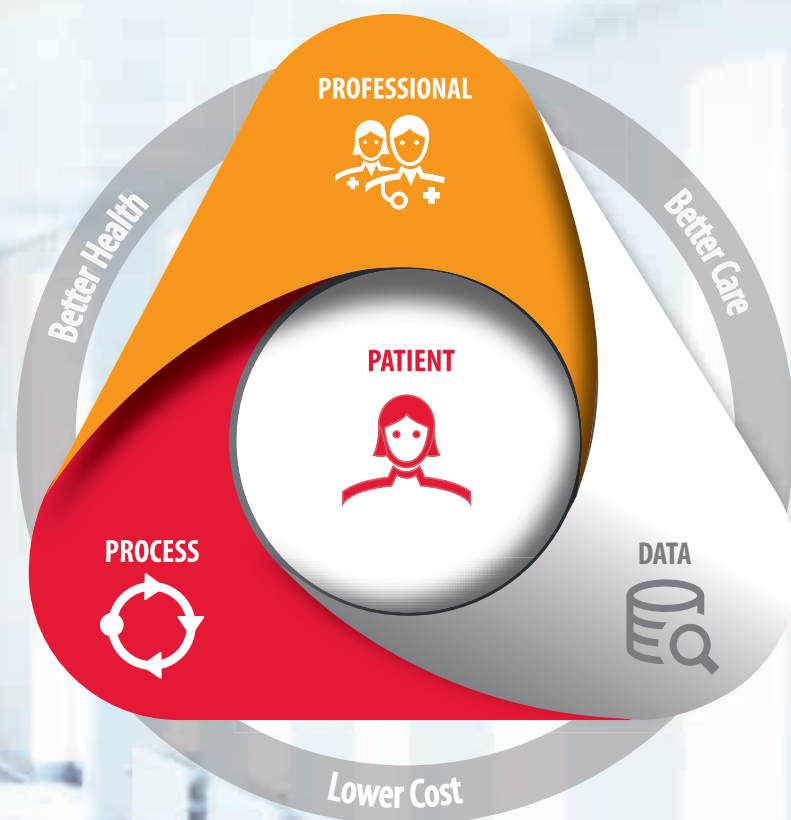
Senefelder Misset

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 ontlenu. 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

Vraag nu
een gratis
informatiepakket
aan!

Betere gezondheid voor miljoenen mensen door middel van eHealth-oplossingen



KETENSAMENWERKING

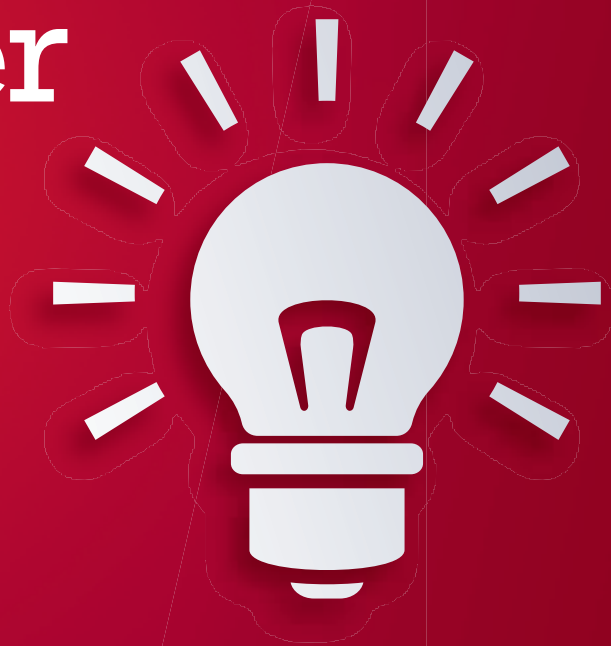


UITKOMSTMETINGEN



ZELFZORG

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