

ICT&health

De knutsselfase voorbij

E-Health in de praktijk,
door Dr. Bart Timmers

“Niet meegaan met elke hype”

In gesprek met
Theo Hooghiemstra van RV&S

Van Mobile Health tot Bush

Een persoonlijk verslag
van HIMSS 2015

Jeroen Tas

Philips Healthcare

“We hebben een ander model nodig”

En verder...

10 tips over omgaan met verandering, juridische column,
boekentips, evenementenagenda, wetenschapsnieuws,
achtergronden en verhalen van zorgverleners en leveranciers

eHealth, mHealth, Smarthealth, ICT en Telecom voor de zorgsector

www.icthealth.nl
nr. 02, april 2015



MobileDoctors Live!



Bon Verweij

Egge van der Poel

Marlies Schijven

Ivo Broeders

Bart Timmers

Leonard Witkamp

Nog heel even en dan is het zover. Tijdens Mobile Doctors Live! betreden deze gedreven zorgvernieuwers met échte verhalen het podium! Zij nemen u mee in de wereld van 3D Printing, Big Data, Serious Gaming, Robotica, Quantified Self en Telemedicine. Hoe dragen deze ontwikkelingen in de dagelijkse praktijk bij aan de kwaliteit van de zorg?

Maar belangrijker nog: Wat drijft deze professionals om continu en vol passie te werken aan de zorg van morgen? Kom kijken en kom in beweging!

- 26 mei vanaf 19:00 uur bij VvAA te Utrecht
- Bestel tickets op www.mobiledoctors.nl/live

Mogelijk gemaakt door:



INHOUD

06 Kennismaken met de redactieraad

Na het eerste nummer van ICT&health waren de reacties zo positief dat we een redactieraad hebben samengesteld. Het zijn allemaal vakmensen met verschillende achtergronden. In dit artikel maakt u kennis met de leden van de redactieraad.

16 Jeroen Tas, Philips

Soms lijkt het alsof 'oude bedrijven' links en rechts worden ingehaald door slimme start-ups. Wat doet Philips daaraan? En wat zijn de andere uitdagingen voor Philips én de zorgsector? In gesprek met Jeroen Tas.

42 eHealth in de praktijk: eHealth in een praktijk

Dr. Bart Timmers werkt als huisarts in 's-Heerenbergh. Hij is tevens lid van onze redactieraad. In dit artikel leest u over zijn ervaringen met eHealth.

41 Boeken die je moet lezen

Interessante tips voor uw boekenkast of e-reader.

44 10 tips... omgaan met veranderingen

Beter omgaan met veranderingen, dankzij deze tips. Voor managers én medewerkers.

46 Een computermodel van het menselijk brein

Hoe staat het met The Human Brain Project?

06

16

34

42

46

EN VERDER:

05	Voorwoord & colofon	30	Nictiz
10	Wetenschapsnieuws met Tom van de Belt	31	De digitale werkplek bij UMC Utrecht
20	"Ik wil niet gewoon werken, ik wil het verschil maken."	34	Bruggen bouwen in een topklinisch ziekenhuis
24	HIMSS 2015 - een persoonlijk verslag door Bart van den Bogaard	38	Agenda events
27	Column: Zelfredzaamheid als standaard	39	Uitgelicht evenement: Health app award
28	Digitaal snijden	48	Niet meegaan met elke hype
		50	In het volgende nummer...

ALTIJD OP DE HOOGTE



VISIE

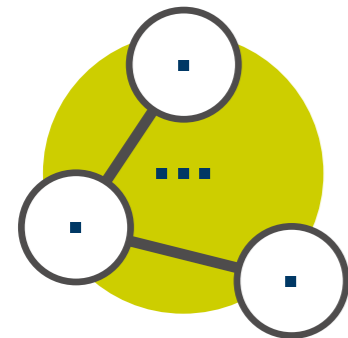


DISCUSSIES



IDEEËN

ICT&health
VOOR EN
DOOR
DE ZORG



KENNIS DELEN



VAKGENOTEN

Voorwoord

RVZ legt vinger bijna op de zere e-plek

Als u dit leest, heeft de RVZ (nu RV&S) een prima rapport over eHealth aan de minister aangeboden. Rapporten als deze hebben een niet te onderschatten invloed op beleid én hoe de markt zich beweegt. Het rapport is ook tijdig; eHealth bevindt zich voor veel zorgorganisaties en patiënten nog in de opstartfase.

Het rapport adresseert de juiste zaken zoals het versterken van gezondheidsvaardigheden. In dat kader had ik graag gezien dat ze de Minister zouden adviseren daar al in het basisonderwijs mee te starten!

De schijnveiligheid van een keurmerk

Waar voor mij de vinger op de verkeerde plek ligt, is het keurmerk; er waren al schurken in de Middeleeuwen en dus ook in de toekomst. Een keurmerk *an sich* gaat niet helpen, zorgt alleen maar voor meer bureaucratie, consultancy-uren, en is vooral een schijnveiligheid.

Het is wat mij betreft nu zaak om de standaarden die we al lang hebben afgesproken in Nederland eindelijk eens te voorzien van een deugdelijk kader van toezicht en handhaving. In mijn ogen zou dat toezicht gedaan kunnen worden vanuit een samenwerking tussen NICTIZ en IGZ.

Wereldwijde aanpak

Iedereen kan roepen dat hún product aan de standaard voldoet, er is toch niemand die het controleert. Voeg aan deze standaarden een set toe op het vlak van eHealth en we hebben een logische manier gevonden. Daarnaast roep ik écht op tot Europese maar liever nog wereldwijde aanpak, laten we als piep-NL niet de 'air' hebben een eigen standaard nodig te hebben, want wij zijn toch zo anders...

In deze uitgave stellen we de redactieraad aan u voor. En we praten onder andere met Jeroen Tas van Philips en met Theo Hooghiemstra van de RV&S (Theo is ook lid van de redactieraad). In een volgende



uitgave praten we verder met Theo over het advies en bekijken we hoe het advies ontvangen is.

Daarnaast interview ik minister Schippers uitgebreid over haar visie op ICT en health. Heeft u suggesties voor vragen? Stuur ze naar redactie@icthealth.nl.

Lucien Engelen
Gasthoofdredacteur

ICT&health

ICT&health is een uitgave van Icon Publishing

ICT&health verschijnt zesmaal per jaar en is een onderdeel van het online platform. Dit kunt u vinden op: www.icthealth.nl

Vragen of suggesties via het contactformulier van: www.icthealth.nl

Abonnementen:
lidmaatschap@iconpublishing.nl

Gasthoofdredacteur
Lucien Engelen

Hoofdredactie
Babette Bosman
babette@iconpublishing.nl
Henkmichel Bosman
henkmichel@iconpublishing.nl

met medewerking van
Tom van de Belt
Alexander van Cappellen
Purdey Horbach
Johan Krijgsman
Antoon van Luxemburg
Karin Oost
Bart Timmers

Redactieraad
Vanaf bladzijde 6 stellen wij de hele redactieraad aan u voor.

Vormgeving
F-Graphics

Drukker
Senefelder Misset

Alle rechten voorbehouden. Het magazine wordt met grote zorg samengesteld. Toch kan het gebeuren dat er onjuistheden in staan. Aan de inhoud van dit magazine kunt u geen rechten ontleen. Niets uit deze uitgave mag u verveelvuldigen, opslaan in een geautomatiseerd gegevensbestand 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 2015

ICON
PUBLISHING

www.iconpublishing.nl

ICT&health | 05

Wilt u ook altijd op de hoogte zijn van de technologische ontwikkelingen in de gezondheidszorg? Word lid van ICT&health. Het lidmaatschap ICT&health kost €168,- per jaar. U ontvangt dan zes edities per jaar en u heeft 24 uur per dag toegang tot het hele online platform.

Stuur uw contactgegevens aan: lidmaatschap@iconpublishing.nl

Het eerste nummer van ICT&health werd erg positief ontvangen. Het was voor veel mensen uit het vakgebied de aanleiding om te vragen hoe ze konden bijdragen. Tom Xhofleer, de founder van ICT&health raakte in gesprek met Lucien Engelen en al gauw was het idee geboren om een redactieraad samen te stellen van deskundigen die vanuit hun eigen vakgebied naar ICT en gezondheidszorg kijken. Op deze pagina's stellen wij de leden van de redactieraad graag aan u voor.

KENNISMAKEN MET DE REDACTIERAAD

Wilt u ook bijdragen aan ICT&health?

Dat kan! Mail uw onderzoek, artikel, idee of opmerking naar redactie@icthealth.nl. Iemand van de redactie neemt dan contact met u op. Wij laten graag verschillende geluiden horen.

Joris Arts

Hoofd Ziekenhuis-
apothek Antonius
Ziekenhuis Sneek en
Emmeloord

"Toenemende kosten, toenemende vraag, een tekort aantal zorgverleners: het is tijd om de zorg te veranderen! Ik zie het als mijn persoonlijke missie om daar een steentje aan bij te dragen. In mijn visie ligt de oplossing in patiëntparticipatie door inzet van technologie. Er is helaas een enorm gat tussen wat de techniek kan en wat we daadwerkelijk ermee doen in de zorg. Laten we dat gat beslechten!"



Tom vd Belt, PhD

Wetenschappelijk onderzoeker bij het
REshape Center for Innovation van het
Radboudumc

"Na mijn studie biomedische wetenschappen ben ik gaan promoveren. Ik deed promotieonderzoek naar de rol van sociale media en ICT binnen de gezondheidszorg. In mijn huidige functie onderzoek ik de binnen REshape gebruikte nieuwe methoden van onderzoek, nieuwe devices en bestudeer ik de wereldwijde wetenschappelijke literatuur. In iedere uitgave van ICT&health schrijf ik over de wetenschappelijke ontwikkelingen op het gebied van Zorg en ICT."

Stefanie van den Bosch

Resident OMF-surgery bij het Radboud UMC

"In de exponentieel veranderende wereld van de gezondheidszorg is een prettige samenwerking tussen bedrijven en zorginstellingen, technici en zorgverleners van steeds groter belang. Door samen te werken kunnen we de technologie optimaal gebruiken en naar een nog hoger plan tillen. Zelf ervaar ik de dagelijkse samenwerking met technici als zeer waardevol. Dat doe ik binnen de Mond-, Kaak- & Aangezichtschirurgie. We leren namelijk van elkaar en kunnen zo onze patiënten een betere service bieden. Vanuit de redactieraad van ICT&health wil ik deze ontwikkelingen met anderen delen."



Alexander van Cappellen

Manager Service Centrum en CIO bij ZuidZorg

"De Zorg, een sector waar we allemaal verantwoordelijk voor zijn! We kunnen daar nog veel bereiken, ook met ICT, maar alleen als we dat samen doen. ICT&health zorgt voor een versnellend platform vanuit het perspectief van de zorg zelf. Bovendien heeft het platform een maatschappelijke missie! Mijn rol zal die van verbinder zijn, over sectoren en technieken heen. Ik zie continue kansen in plaats van belemmeringen en werk graag samen om ze te realiseren. Ik weet door mijn ervaring binnen verschillende branches dat er veel mogelijk is, als je het wilt zien en gaat DOEN. Zoals we bij ZuidZorg zeggen: "Samen Vooruit!"



Bart Collet

Partner bij Health Startup, eigenaar en manager van Huis Vandecruys,
eigenaar Innovasi

"Vanuit de redactieraad hoop ik jonge initiatieven in digitale zorg verder aan te moedigen. Daarvoor zal ik advies geven over hoe de zorg te verbeteren door de inzet van moderne technologie. De bril die ik daarbij opzet is er eentje met een montuur van meer dan twintig jaar managerservaring in een zorginstelling en glazen voorzien van inzichten in technologie, startups en acceleratie van innovatie. *Now, let's stop talking and start building!*"



Dr. Nick Guldemond PhD DSc (med)
Associate Professor Integrated Care & Technology
UMC Utrecht

"De digitalisering van de zorg raakt alle betrokkenen inclusief de patiënt en zijn naasten. Het is essentieel om naar hen helder en concreet te communiceren. Zo maken we de geweldige mogelijkheden van ICT en overeenkomstige veranderingen in de zorg mogelijk. Daarom vind ik het belangrijk om mee te denken over ICT&health en te communiceren met mensen die geïnteresseerd zijn in de zorg van de toekomst. Het lidmaatschap van de redactieraad geeft mij die mogelijkheid."



Theo Hooghiemstra
Directeur en Algemeen Secretaris
bij de Raad voor Volksgezondheid en
Samenleving

"Ik ben bestuurskundige en (gezondheids)jurist. Ik heb ervaring opgedaan bij de vakgroep Wijsbegeerte van Hans Achterhuis aan de Universiteit Twente, het CBP, Nictiz, PBLQ/HEC en nu als directeur van de RV&S. Mijn visie op ICT&health is dat een patiënt of cliënt die dat wil, kan beschikken over al zijn gezondheidsgegevens. Ik kijk met Friese nuchterheid naar zowel juichverhalen als doemscenario's rond eHealth. Ik zie het als mijn rol om onafhankelijk publieke belangen te behartigen. Daarbij hou ik met name de juridische, ethische en sociale aspecten van relevante technologische trends voor gezondheid en samenleving in de gaten."



Noura el Ouajdi
Manager business development Healthcare at NEN

"Het NEN heeft een onafhankelijke, neutrale rol en begeleidt het proces om algemeen geaccepteerde en eenduidige afspraken tussen partijen vast te leggen. Door vroegtijdig bij digitale ontwikkelingen in de zorg betrokken te zijn, kan normalisatie als instrument de kennisoverdracht in de zorg bevorderen. Nationaal én internationaal. Omdat ICT&health wil bijdragen aan kennisoverdracht, is het voor mij logisch om lid van de redactieraad te zijn."



Dr. Marlies Schijven
Professor of Surgery, Chair of Simulation, Serious Gaming
and Applied Mobile Healthcare bij UMC Utrecht

Naast gezondheidswetenschappen heb ik ook een opleiding op het gebied van design. (Wearable) Technologie in de zorg vind ik dan ook erg interessant. Het kan heel veel mogelijkheden bieden. Tegelijkertijd is techniek niet zaligmakend. Het gaat erom dat het bewezen iets toevoegt, voor patiënten én artsen. Deze visie heb ik als lid van de redactieraad van ICT&health steeds in gedachten.



Dr. Stephanie Klein Nagelvoort Schuit
Afdelingshoofd Spoedeisende Hulp a.i.
en Opleider interne
geneeskunde bij
Erasmus UMC

"In mijn werk zie ik dagelijks de enorme voordelen die gebruik van technologie de gezondheidszorg en de patiënt brengt. Dat geldt voor mijn werk als afdelingshoofd van een high-tech afdeling, de spoedeisende hulp van het Erasmus MC. En ook als CMO van een spin-off bedrijf dat serious games ontwikkelt voor de zorgprofessional. Het vakblad ICT&health biedt haar lezer het forum om op de hoogte te blijven van de technologische ontwikkelingen in de zorgsector. De komende jaren zal deze ontwikkeling steeds sneller zijn. Daarom verbind ik mij graag als lid van de Redactieraad aan ICT&health."



Lucien Engelen
directeur REShape center for innovation,
radboudumc, gasthoofdredacteur

"Er is absoluut ruimte voor een vakblad dat op hetzelfde kruispunt mikt als wij met REShape op hebben gepakt: gebruik technologie in de zorg om de rol van patiënten te vergroten. Ik ben dan ook erg enthousiast over ICT&health. De komende jaren staat er veel te gebeuren waarbij technologie exponentiele mogelijkheden gaat bieden. Het is belangrijk en goed dat er nu een vakblad is dat zich puur hierop richt."



Dr. Bart Timmers
Huisarts in 's-Heerenberg

"Sinds 1992 ben ik met veel plezier huisarts in 's-Heerenberg. Mijn enthousiasme deel ik graag als huisartsopleider, sinds 1999. In mijn twitterbio staat: "Gek op de toekomst, blij met het nu". Een andere manier om te zeggen: Er zijn allerlei mooie ontwikkelingen die de zorg nog beter kunnen maken. Passie voor mijn vak en passie voor mooie techniek bepalen mijn interesse voor dat wat de zorg persoonlijker en patiëntgerichter kan maken: ICT &health. Een mooie combi!"





Tom van de Belt

Wetenschapper Tom van de Belt houdt u op de hoogte van de laatste ontwikkelingen op het gebied van de wetenschap. Bekijk ook de online versie van dit artikel op ict-health.nl. Die digitale versie bevat alle interessante links die bij het artikel horen. U vindt de digitale versie op het forum.

Meer weten?

Ga naar www.icthealth.nl

Apple Health Kit beschikbaar vanaf mei 2015

Zorgverleners en patiënten gebruiken steeds vaker smartphones en tablets om te communiceren en beter samen te werken. Ook houden mensen in toenemende mate gezondheidsgerelateerde zaken bij met hun smartphone. Bijvoorbeeld het aantal stappen dat ze lopen op een dag, eventuele bijwerkingen van hun medicatie of hun bloeddruk. Er kan steeds meer worden geregistreerd, zeker met de komst van smartwatches zoals de Apple Watch. Deze ontwikkelingen gaan de onderzoekswereld op zijn kop zetten. Zeker nu de Apple Research Kit eraan komt.

Bouwstenen voor developers

De Apple Research Kit verschijnt in mei. In de kit vinden developers bouwstenen om in Apps te verwerken. Met die bouwstenen kun je gezondheidsgerelateerde zaken registreren. Dit is een aanvulling op de reeds bestaande Health App waarin gebruikers hun bestaande dataset kunnen

bijhouden en hun medische gegevens kunnen bundelen. Voor onderzoekers betekent dit dat ze de beschikking krijgen over een onvoorstelbaar grote hoeveelheid data. Niet alleen vanwege het grote aantal smartphones, maar ook vanwege de vele mogelijke zaken die gemeten kunnen worden met smartphones (of watches).

Uitdagingen voor onderzoekers

Met de komst van de Apple Research Kit staan onderzoekers wel voor andere uitdagingen. Tot voor kort was de uitdaging om voldoende financiering te krijgen om deelnemers aan een onderzoek dure meetapparatuur mee te geven. Straks worden veel gegevens al verzameld en is het de vraag hoe je als onderzoeker mensen kunt overtuigen om hun data voor jouw onderzoek ter beschikking te stellen. De specificaties van de Research Kit staan al op internet. U vindt ze eenvoudig op het forum.



© Apple

Van wearable naar 'insidable' naar 'Startrek'?

In de Science Fiction serie Star Trek komt natuurlijk ook een dokter voor. En als er dan een gewond mens of een gewonde Vulcan of Klingon werd binnengedragen, dan gebruikte hij een heel handig apparaat. Met dit apparaat scant hij het lichaam van de patiënt - net zoals de kassière je boodschappen scant - en hij weet direct alle belangrijke waarden. Nieuw onderzoek op het Radboudumc brengt deze techniek een stapje dichterbij.

Meten van medische waarden is nu voor iedereen weggelegd dankzij Wearables. Die kunnen steeds meer, worden steeds kleiner en gebruiksvriendelijker. Sommige wearables kunnen zelfs direct op de huid gedragen worden zoals slimme pleisters. Of zelfs op het oog met slimme lenzen. Daarnaast wordt nu ook gewerkt aan 'insidables': devices die dermate klein zijn dat je ze onder de huid of in je bloedbaan laat plaatsen.

Tegelijkertijd maakt de techniek de behoefte aan insidables misschien wel overbodig. Er kan namelijk steeds meer draadloos worden gemeten. De kwaliteit van camera's op smartphones en tablets is namelijk zo goed dat deze verschillende vitale parameters te kunnen registreren. Een voorbeeld daarvan is de App 'Vital Signs' van Philips, die op basis van real time zelf gemaakte videobeelden kan bepalen wat de hartfrequentie en de ademfrequentie van de persoon in kwestie.

Op dit moment kunnen nog niet alle klinisch relevante parameters worden gemeten, en de App zal niet voor iedere gebruiker even goed werken. Toch worden de eerste smart devices die alleen via aanraking de relevante parameters bloeddruk en zuurstofsaturatie kunnen meten al wetenschappelijk onderzocht in het Rad-

boudumc. Het lijkt dus een kwestie van tijd voordat deze standaard via de smartphone kunnen worden gemeten.



Live Long and Prosper - straks voor ons allemaal weggelegd dankzij de techniek

Oproep: eHealth, wat is het nu eigenlijk?

We weten allemaal dat eHealth bij de zorg is gaan horen. Toch is het voor veel mensen nog best moeilijk te omschrijven wat eHealth precies is, en wat niet. Om welke stakeholders gaat het bijvoorbeeld? En gaat het persé over technologie, of kan het ook zonder? Het hebben van eenduidige definitie is belangrijk, omdat zo verschillende eHealth initiatieven (internationaal) vergeleken kunnen worden. Daarom plaatsten onderzoekers van het Radboudumc een brief in het Canadese wetenschappelijke tijdschrift JMIR Research Protocols, waarin ze iedereen in de zorg vroegen om hun gedachten over eHealth te delen. Ook uw mening is belangrijk en u bent van harte uitgenodigd om mee te denken en een korte vragenlijst in te vullen. U vindt de lijst via onze website. De resultaten leest u natuurlijk in het volgende nummer van ICT&health!

Social Media, een nuttige informatiebron voor de zorg

Social Media zijn niet meer weg te denken uit onze maatschappij. Een groeiend aantal mensen deelt zijn ervaringen met de gezondheidszorg via Facebook of Twitter. Dus wordt het steeds interessanter om slim te gaan luisteren naar wat ze precies delen. Het blijkt namelijk dat deze informatie een voorspeller kan zijn van kwaliteit van zorg. Ziekenhuizen met een lagere sterfte krijgen bijvoorbeeld meer likes op Facebook. Bovendien is er een duidelijk verband tussen wat mensen delen op Social Media en bijvoorbeeld patiënttevredenheid gemeten via vragenlijsten. De inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ), heeft daarom laten onderzoeken of ze baat kan hebben bij deze aanvullende bron van informatie. Als eerste is de sector ouderenzorg onderzocht. Uit het onderzoek bleek dat Social Media relevante informatie op kan leveren voor inspecteurs. De IGZ verkent daarom of ze in de dagelijkse praktijk gebruik kan maken van informatie uit Social Media. Kijk op het forum voor links met meer informatie.



BIJ ONS IS 80% GOED GENOEG

Hajo van Beijma over TTC Mobile – informatieverstrekker via sms



Hajo van Beijma

Tijdens de afgelopen editie van Health Valley sprak Hajo van Beijma over zijn bedrijf TTC (vroeger Text to Change). Hij hield een inspirerend verhaal, waar we graag meer over wilden weten. In dit artikel leest u dat verhaal. Bovendien spraken we hem na afloop om nog wat aanvullende vragen te stellen.

Voor Hajo van Beijma draait ondernemen om 'iets achterlaten'. Een dure auto voor de deur boeit hem niet, wat hij bijdraagt aan de wereld is wat hem drijft. In 2007 kwam alles samen: hij zat gezellig met vrienden iets te drinken. Een vriendin uit het gezelschap was net terug uit Afrika. Ze was gefrustreerd over het gebrek aan informatie voor de lokale bevolking. In diezelfde tijd zag een andere vriend een documentaire over de opkomst van mobiele telefonie in Afrika. Samen koppelden ze het een aan het ander en een bedrijf was geboren: TTC.

Het idee was om via sms-berichten gratis informatie te gaan verstrekken over HIV. Ze schreven een plan en gingen daarmee langs alle organisaties die zich bezighouden met de HIV-problematiek. Onder andere de WHO, Unicef en het Rode Kruis. Hoewel ze het plan presenterden aan 12 organisaties, was er geen een die er heil in zag. Voor TTC de aanleiding om het dan maar zelf te doen.

Met drie man stapten ze op het vliegtuig naar Oeganda. Het werd Oeganda omdat ze daar mensen kenden via hun eerste financier: Merck&co. Vervolgens zijn ze daar aan de slag gegaan. Hoe zorg je dat mensen jouw service gaan gebruiken? "We kochten voor 200 dollar zendtijd bij een lokaal radiostation. Die maakten een uitzending over onze service. Wat je daarna ziet, is dat de andere radiostations het ook interessant vinden en vanzelf oppakken. Het breidde zich uit als een olievlek. Door samen te werken met mensen die de lokale taal spraken, konden we iedereen antwoorden op hun vragen geven. Bijvoorbeeld als iemand vroeg waar de dichtstbijzijnde kliniek was."

En hoe houd je de mensen betrokken?

"We prikkelen de mensen op verschillende manieren. Dat kan met een quiz zijn, maar ook met extra beltegoed. Het ligt natuurlijk ook aan het soort informatie. Een zwangerschap is na 9 maanden voorbij. Maar je merkt dan wel dat mensen daarna weer andere, nieuwe informatie zoeken."

Het idee was om via Sms-berichten gratis informatie te gaan verstrekken over HIV.



Je had het erover dat jullie de vragen lezen en beantwoordden. Dat kan natuurlijk op kleine schaal, maar hoe zorg je dat je kan opschalen naar 500.000 gebruikers?

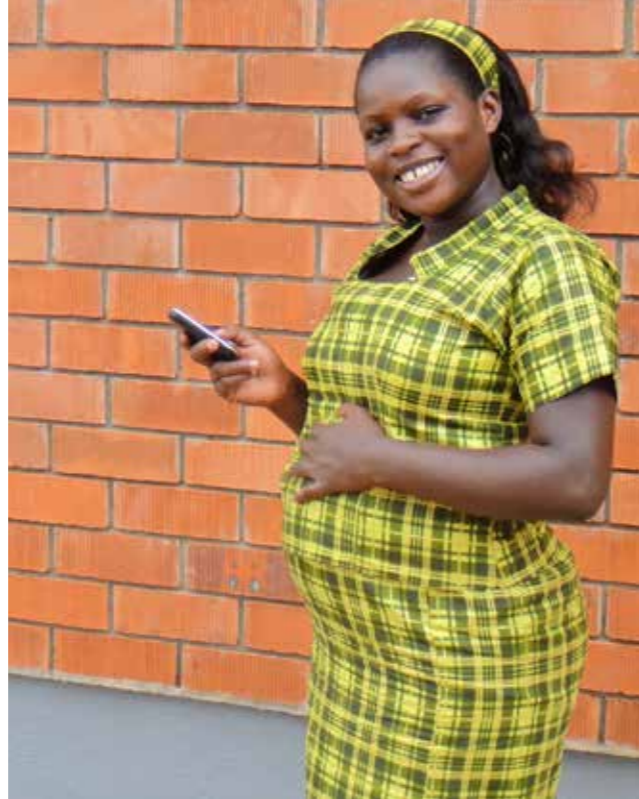
“We hebben een systeem dat leert, waardoor we steeds beter antwoord kunnen geven op de vragen waar mensen mee zitten. Toen we begonnen, deden wat dat handmatig en nu hebben we daar een intelligent systeem voor ingericht. En we sturen natuurlijk voortdurend bij. Het is niet iets wat we neerzetten en dat dan af is. We blijven ook zelf kijken naar de vragen die niet goed gaan. Tegelijkertijd zijn wij al heel tevreden als we 80% goed doen. Campagnes met bijvoorbeeld billboards hebben een heel beperkt bereik. Als wij dan 80% van de vragen waar mensen mee zitten goed beantwoorden, als er meer mensen naar klinieken gaan, dan is dat een enorme verbetering!”

Wat zijn de opvallendste verschillen die je hebt gezien tussen de verschillende landen en werelddelen waar jullie werken?

“Elk land of regio is anders. Bijvoorbeeld omdat twee derde van dat gebied een bepaalde religie heeft. Je moet dus telkens kijken wat werkt en wat niet. Dat is altijd zo als we een nieuw land ingaan. Je moet alles lokaal aanpassen aan taal, gewoonten, cultuur en religie. Maar er zijn ook andere onverwachte zaken waar je mee te maken krijgt: in Indonesië moet alle informatie lokaal worden opgeslagen, dat is een heel strikte regel.”

Hoe ziet de toekomst eruit?

“Inmiddels zijn 11 van de 12 organisaties waar we onze plannen gingen presenteren partner van TTC. Die laatste komt ook nog,” verzekert Hajo ons. “Daarnaast zijn we nu op kleine schaal tests aan het doen met betaalde informatie. We gebruiken dan in twee groepen dezelfde informatie en in de ene groep kost de informatie dan evenveel als een normaal sms’je. Daar moeten de mensen wel aan wennen, maar we zijn dat heel precies aan het meten. Door een vergoeding te vragen voor informatie zijn we niet meer volledig afhankelijk van andere organisaties.”



“We hebben een systeem dat leert, waardoor we steeds beter antwoord kunnen geven op de vragen waar mensen mee zitten.”



Een voorbeeld van een sms-conversatie over de weersverwachting

TTC MOBILE SOLUTIONS FOR SOCIAL CHANGE

<p>WELCOME TO THE FREE AGRI INFO SERVICE!</p> <ul style="list-style-type: none"> - FOR PRICE INFO REPLY #PRICE - FOR WEATHER FORECASTS #WEATHER - FOR CROP PETS & DISEASES #PETS - FOR MOBILE BANKING #BANK <p>WEATHER</p>	<p>WEATHER FORECASTS</p> <ul style="list-style-type: none"> - FOR NAIROBI REPLY #NAI - FOR KISUMU REPLY #KIS - FOR ELDORET REPLY #ELD <p>KIS</p>	<p>WEATHER FORECASTS KISUMU, JUNE 1ST 2014:</p> <p>24C MORNING CLEAR HUMIDITY 90% WIND GENTLE BREEZE AFTERNOON THUNDERSTORMS</p>
--	---	--





Jeroen Tas

“WE HEBBEN EEN ANDER MODEL NODIG”

Jeroen Tas van Philips over de uitdagingen van Philips én de zorgsector

Innovaties en nieuwe technologieën volgen elkaar in hoog tempo op. Nieuwe merken veroveren én veranderen de wereld. Soms gaat dat niet zonder slag of stoot, zoals met Airbnb of Uber, maar het is opvallend dat er een nieuw soort bedrijven ontstaat die exponentieel groeien. Traditionele organisaties voelen de hete adem van deze start-ups. Hoe kan een groot bedrijf als Philips concurreren met slimme start-ups en voorlopers? Hoe onderscheidt Philips zich en wat is hun strategie? We praten erover met Jeroen, CEO Informatics, Solutions and Services bij Philips Healthcare.

Jeroen is ervan overtuigd dat bedrijven als Philips en slimme start-ups elkaar juist kunnen aanvullen en versterken: “Start-ups komen vaak met wat ik noem *point-solutions*. Daarmee bedoel ik dat ze één aspect, of één waarde in beeld brengen. Bijvoorbeeld: je hartslag of het aantal stappen dat je zet. De vraag is nu: hoe krijg je een volledig beeld van een persoon? De informatie daarvoor komt uit allerlei bronnen.

Hoe krijg je een volledig beeld?

Bijvoorbeeld uit het systeem van je huisarts of ziekenhuis. Maar als het gaat om een ziekte als kanker en het bijbehorende specialisme oncologie, dan is er veel meer dan alleen de waarnemingen en het behandelplan van je artsen. Je genetische achtergrond speelt een rol, je sociale omstandigheden, de hoeveelheid stress die je hebt gehad... Hoe ontstaan ziekten en hoe krijg je een zo volledig mogelijk beeld daarvan?”

Nederland en de VS

“Een andere vraag is: hoe zorg je dat die data goed beveiligd is? En in het verlengde daarvan, hoe zorg je voor *up-time* -- dus

dat het systeem duurzaam blijft draaien? Hoe waarborg je de toegankelijkheid, voor de juiste mensen? Wij zijn in staat om de infrastructuur hiervoor neer te leggen. Nederland is een interessante markt - omdat het een klein land is, kun je makkelijker dingen proberen. De VS aan de andere kant, is interessant vanwege de omvang. Het is nog steeds zo dat de helft van de wereldwijde uitgaven in de gezondheidszorg in de VS worden gedaan. Daar willen wij ook bij zijn.”

“Om nu met de juiste mensen aan de juiste dingen te werken, zoeken wij de samenwerking met anderen, bijvoorbeeld in ons Digital Accelerator Lab; met onder andere Accenture, Radboudumc en Salesforce.

Aanpassing van zorgmodellen

De zorg heeft te maken met allerlei verschillende uitdagingen. De bevolking vergrijsst en heeft daardoor meer zorg nodig. Daarnaast wil de overheid juist bezuinigen op de almaar stijgende uitgaven voor de zorg. Een veelgehoorde belofte is dat de technologische ontwikkelingen de zorg gaan veranderen en de problemen kunnen oplossen. Jeroen ziet dat anders. “Het gaat volgens mij juist niet over tech-

niek. Die is er grotendeels al. De grootste behoefte die ik zie, is een aanpassing van onze zorgmodellen - hoe richt je de zorg in en hoe bepaal je wie daarvoor welke vergoeding krijgt? Op dit moment zijn die modellen erop gebaseerd dat je eerst naar een dokter gaat en daarna naar een specialist in een ziekenhuis.

Het gaat niet om techniek

Eventueel ga je daarna nog revalideren bij een fysiotherapeut of krijg je hulp van de thuiszorg. Al die zorgverleners houden netjes bij wat ze doen en krijgen vervolgens een vergoeding van de verzekeraars. We pakken problemen aan, maar er zit nauwelijks iets in het bestaande model om die problemen aan het begin van de keten te voorkomen.”

Preventie

Volgens Jeroen is een goed model rondom preventie mogelijk. Met *ehealth* en aangepaste zorgprocessen kunnen zorgverleners ervoor zorgen dat de bevolking gezonder blijft. Hij geeft een concreet voorbeeld: “We hebben praktijkonderzoek gedaan



Jeroen Tas: "Preventie blijft voor veel artsen een lastig onderwerp."

naar hartfalen. Dat deden we samen met zes ziekenhuizen en Zilveren Kruis Achmea, VGZ en CZ. We hebben vier jaar lang 175 patiënten gevolgd. Van die patiënten werden continu allerlei waarden geregistreerd, waardoor artsen op tijd konden ingrijpen. Dit hebben we vergeleken met data van deze patiënten in de zes maanden voor aanvang van de thuismetingen.

Hartfalen voorkomen

Wat we daar zien, is dat we acute verslechtingen in de gezondheidstoestand van mensen met chronisch hartfalen voorkomen doordat de data de arts helpt om op tijd de patiënt te benaderen en preventief in te grijpen. Patiënten zijn daar erg blij mee, natuurlijk. Het voorkomt een ern-

stige acute gezondheidsverslechting, wat weer kan leiden tot een langdurige ziekenhuisopname. Het is ook veel effectiever: we zagen daar al een besparing op de kosten van meer dan 25%. Toch blijft preventie voor veel artsen een lastig onderwerp; een huisarts zegt dan "Ik heb geen tien jaar gestudeerd om mensen van het roken af te houden." En dat snap ik – voor een deel. Want je beoefent het vak toch om mensen gezond te houden?"

Inspiratie uit de VS

Jeroen kijkt voor inspiratie naar de Verenigde Staten. Philips boekt daar al goede resultaten met klanten als Banner Health. En er wordt gewerkt met verschillende modellen die rekening houden met pre-

ventie. Het eerste is bijvoorbeeld *Accountable Care*. Dat wil zeggen dat een aantal zorgverleners samen de verantwoordelijkheid krijgen voor een bepaalde populatie. Ze worden afgerekend op de kwaliteit die ze leveren en op de totale besparing die ze realiseren voor die groep. "In zo'n model wordt het bijvoorbeeld belangrijk dat mensen niet meer terugkomen in het ziekenhuis, want dat kost geld – in de VS zo'n 4000 dollar per dag voor intensive care. Daarnaast werken ze in de VS met boetes: als een patiënt terugkeert in het ziekenhuis binnen dertig dagen na zijn ontslag, krijgt het ziekenhuis een boete. Bij een *Capitated*-model tenslotte krijgt de zorgverlener een vast bedrag per type patiënt. Deze modellen kun je natuurlijk combineren."

Kijken naar andere bedrijfstakken

Voordat Jeroen bij Philips kwam, heeft hij jaren in de financiële sector gewerkt. Hij zag daar ontwikkelingen die ook in de zorg gebruikt kunnen worden. Waar vroeger mensen beslissingen namen, worden die nu overgelaten aan algoritmes. "Twintig jaar geleden kwam ik voor het eerst op de beurs en de vloer stond vol met van die mannen die stonden te gebaren en te schreeuwen. Die namen zelf de beslissingen op basis van wat ze zagen en hoorden. Toen ik tien jaar later terugkwam, waren de meeste van die mannen verdwenen. In een hoek zaten er nog een paar en die keken naar schermen, waar de belangrijkste beslisinformatie grafisch werd weergege-

ven. Bovendien wordt nu vrijwel alle handel door software gedreven. Ik denk dat in de zorg hetzelfde kan: door algoritmes in te zetten kan er heel precies aangegeven worden wanneer ingrijpen noodzakelijk is. Die algoritmes kunnen helpen bij het interpreteren van beschikbare data van een patiënt, data van andere patiënten en van gevalideerde behandelplannen. Daardoor kan je ingrijpen voordat de patiënt ergens last van heeft!"

Kleine dorpjes in India

De financiële wereld heeft ook andere expertise waar de zorg van kan leren. Jeroen vertelt: "Ik ben in India geweest en tot in het kleinste dorpje heb je daar geldautomaten in *mini-branches*. Maar geen *Health-Outlet*". Als ik op straat neerval heb ik mijn gezondheidsdata nodig. De financiële wereld heeft het overal beschikbaar zijn van geld al opgelost. Dat moet ook kunnen voor je gezondheidsdata."

Slim stimuleren

We praten ook over andere sectoren waar de zorg van kan leren. De telecomsector heeft bijvoorbeeld veel ervaring als het gaat om *realtime*-software op grote schaal: een telefoontje vindt nú plaats, alle telefoontjes moeten tegelijkertijd bij juiste personen uitkomen en achteraf correct verrekend worden. "De financiële sector en de telecom zijn allebei goede voorbeelden voor de zorg. Die zijn al jaren bezig met problemen die we in de zorg willen oplossen. Een ander voorbeeld is marketing. We zijn prima in staat om mensen te verleiden om bepaalde producten te kopen of diensten te gebruiken. Die technieken kan je inzetten voor *Behavioral Nudging*: zorg dat je mensen een duwtje geeft en dus stimuleert om hun medicijnen te nemen, een hamburger te laten staan en voldoende actief te zijn. Dit is een van de dingen waar we met Salesforce mee bezig zijn."

Privacy

"Privacy is een veranderend concept. Als je bijvoorbeeld aan mijn vader vraagt wat

privacy is, krijg je een heel ander antwoord dan van mij. Logisch ook, want hij heeft de oorlog meegemaakt. Naar mijn mening is het een stuk acceptabeler om privacy in te leveren. Wij kunnen niet meer zonder Google – en leveren daarvoor onze privacy in. In 'het contract' met Google staat dat ik informatie deel en daarvoor een goede *search engine* krijg. Natuurlijk is gezondheidsdata is wel wat anders. Die data is van jou en die slaan we versleuteld op. Alleen jij krijgt de sleutel en alleen jij bepaalt wie die data mag gebruiken."

Er moet een datacodicil komen

"Omdat je soms niet in staat bent om iemand toegang te geven, moet er een datacodicil komen. Als je dan gewond op straat ligt, weet de ambulancebemanning dat jij bepaalde medicijnen niet mag hebben vanwege een allergie of medicijnen die je gebruikt. Zo vinden we in de huidige maatschappij met alle beschikbare technologie een nieuwe balans tussen privacy en gezondheid."

De rol van de overheid

Wat Jeroen betreft, kan de overheid een belangrijke rol spelen: "Er moet een gemodereerde omgeving komen waar betrouwbare informatie te vinden is. Die informatie moet goed genoeg zijn om als basis te dienen voor een behandelplan. Zo'n gemodereerde omgeving is iets waar regulering vanuit overheid gewenst is. Verder zou ik willen dat de overheid de vangrails neerzet: hoe ver willen we gaan, ook op het gebied van privacy? Vanuit Europa verwacht ik dat er afspraken komen over validatie van systemen en methodes. Nu zijn er 28 landen met allerlei verschillende regels. Dat is voor ons al lastig, laat staan voor kleine start-ups. Het is dus in het belang van iedereen dat er duidelijke afspraken komen. En dan kunnen we allemaal doen waar we goed in zijn."

Alexander van Cappellen

**“IK WIL NIET GEWOON WERKEN,
IK WIL HET VERSCHIL MAKEN”**

Alexander van Cappellen is manager van het Service Centrum en Chief Information Officer bij ZuidZorg. En natuurlijk lid van de redactieraad van ICT&health. ZuidZorg is een grote aanbieder van kraamzorg, jeugdgezondheidszorg (inclusief consultatiebureaus), thuiszorg en voedingsvoorlichting.



Zorgmedewerker Joost en Alexander van Cappellen

De laatste weken 'loopt Alexander stage'; door meeloopstages te doen op de werkvloer, wil hij nog beter begrijpen waar de cliënten en zorgmedewerkers bij ZuidZorg tegenaan lopen. Alexander: "Hoe een dag van een zorgmedewerker eruit ziet, kan ik ook wel ergens lezen of aan mensen vragen. Maar dat werkt anders.

Op deze manier vóel ik zo'n dag. En in de gesprekken met de cliënten próef ik waar het echt om draait. Natuurlijk hebben we

het over ICT, maar niet meteen. Eerst wil ik kijken en meemaken..." In de kaders op de volgende pagina's leest u hoe Alexander de meeloopstages ervaart.

“Eerst kijken en meemaken”

Reorganisatie

Op dit moment zit ZuidZorg in een reorgani-

satie. De overheid verwacht bezuinigingen, zoals bij veel instellingen en zorgverleners. Dat betekent dat ZuidZorg moet veranderen en dat is soms een heftig proces. Tegelijkertijd betekent het dat er beweging is. Alexander wil graag meebewegen en zo kansen benutten om te verbeteren. "Ik heb lang in het onderwijs gewerkt. Daar heerste het idee dat alle scholen verschillend zijn.

Bijvoorbeeld omdat ze ander onderwijs ge-

Meeloopstage met Joost

Vorige week mocht ik meelopen met Joost, een van onze verpleegkundigen. Joost is heel gedreven. Hij doet dit werk omdat hij een verschil wil maken voor mensen. En hij doet dit omdat hij zo vreselijk veel van zijn vak houdt. Dit merk ik goed als we bij onze cliënten van vandaag komen.

VTT-team

Joost werkt bij ons VTT-team (Verpleegkundig Technisch Thuiszorg team). Dit team is opgeleid in het verrichten van specialistische medische- en verpleegkundige handelingen in de thuissituatie. Je kunt hierbij denken aan het toedienen van medicijnen via dialyse/catherisatie en pijnbestrijding. Ook steunt en begeleidt het team cliënten met een ingrijpende ziekte.

kan ze thuis wonen bij haar man en kind. Dat is dankzij een infuus met pompje in een rugzakje. Ze is erg blij dat ze thuis kan blijven met de hulp van Joost en het mobiel infuus. We praten over de ontwikkelingen van cliëntdossiers en wat dat voor haar betekent. Hoe handig het zou zijn als informatie uitgewisseld kon worden tussen huisartsen, ziekenhuizen, apotheken, zorginstellingen? Dat is handig voor deze instanties, maar vooral ook voor haar!

Je ouders helpen? Natuurlijk, maar....

Voor we het weten zijn we weer op weg. Naar een cliënt net overleden is. Joost was er gisteravond nog. Ook daar is het voor de vrouw van de cliënt geen probleem als ik meekom. Toch voel ik me wat ongemakkelijk. Joost doet wat hij moet doen en ik begin een gesprek met haar. Ze heeft net zo'n enorm heftig moment in haar leven meegemaakt en ik ben een van de eerste buitenstaanders met wie ze spreekt. Het maakt indruk op me. Een onderzoek geeft aan dat zodra partners van ouderen overlijden, ze twee keer zo snel en twee keer zoveel zorg nodig hebben als daarvoor. Haar kinderen zullen grotendeels voor haar moeten gaan zorgen. De vraag is of dat kan. Zelf heb ik bij mijn ouders (64 en 67) aangegeven dat ik er voor hen ben zodra dat nodig is en ze dat zelf willen. En hopelijk voor hun duurt dat nog even. Maar wat houdt dat in? Af en toe een klusje? Elke dag intensieve zorg? Ook ik heb een gezin en een drukke baan. Kan ik dat dan wel waarmaken? Hopelijk kan mijn werk concreet bijdragen aan deze vraag.

Alles draait om de cliënt

De eerste cliënt waar we binnenkomen heet ons echt welkom. Ze is blij om Joost te zien en ook ik ben welkom. Joost gaat aan het werk, vervangt een infuus, vernieuwt het verband en neemt over de medicatie contact op met het ziekenhuis. Deze cliënt had 10 jaar geleden weken in het ziekenhuis moeten liggen, maar nu



ven, of omdat ze in een andere provincie staan. Wat ik daarvan heb geleerd, is dat je vooruitgang boekt door je te verbinden met anderen. Als je de overeenkomsten zoekt, in plaats van de verschillen te benadrukken, dan zie je dat anderen voor 70 à 80% tegen dezelfde dingen aanlopen. De overstap naar de zorg is een heel bewuste keuze: Ik wil niet gewoon werken, ik wil ook hier het verschil maken!"

Verbeterkansen

De meeste kansen om te verbeteren ziet

Alexander op twee gebieden: integreren en de cliënt centraal zetten. Veel zorginstellingen hebben een eigen portaal waar cliënten of patiënten hun eigen gegevens kunnen inzien.

Anderen lopen tegen dezelfde dingen aan

Wie is nu eigenlijk de eigenaar van die informatie? Dat is een vraag waarover de meningen verdeeld zijn. Is dat de zorginstelling die de informatie regis-

treert of cliënt/patiënt over wie het gaat? Voor Alexander is het vooral belangrijk dat de systemen dezelfde taal spreken. Dan maakt het niet uit of iemand Apple Health Kit of Microsoft Vault als bron gebruikt. Als er in beide een veld is dat de bloeddruk en de hartslag op een bepaald moment bevat, kan de data uitgewisseld worden. "Als ik iets wil weten over mijn pensioen, ga ik naar mijnpensioen.nl. Zo zou het voor je gezondheid ook moeten werken. En wat mij betreft is de patiënt de eigenaar van de gegevens."



Meeloopstage bij de 24-uurs centrale

Alexander heeft ook meegekeken op de 24-uurs centrale. Die wordt bemand door verpleegkundigen, telefonisten en verzorgenden. Alexander keek mee met Quirina, Corrie, Liesbeth en Karin. "Zij kennen de cliënten en de situaties waar die in zitten. Voor het goed bemannen van de centrale zijn weer heel andere vaardigheden nodig. Toen ik meeliep, werd er gebeld door een man die op de grond lag. Dan moet er dus geschakeld worden met een ambulance, maar ook met een buurman en er moeten allerlei dingen geregeld worden.

Ze gebruiken voor dit werk meerdere schermen en verschillende systemen van aangesloten zorgorganisaties! Dat is niet optimaal - en nu druk ik mij nog voorzichtig uit - maar zo is het gegroeid. Dus is het nu de werkelijkheid. De verpleegkundigen malen er niet om: zij vliegen van scherm naar scherm en weten waar ze alles moeten opzoeken en vastleggen. Dat gaat razendsnel."

Gevallen / bevallen

"Je realiseert je niet wat er allemaal ge-

beurt in een nacht: mensen zijn gevallen, gaan bevallen, of zijn bevallen en hebben direct zorg nodig, medicijnen zijn kwijt en een verwarde vrouw kan niet meer uit haar stoel komen. Ik was echt onder de indruk van het werk dat deze mensen doen. Overigens bemannen wij de centrale niet alleen voor onszelf. We nemen ook gesprekken aan voor anderen die niet zo'n centrale hebben. Bijvoorbeeld voor Proteion. Daar merkt de cliënt niets van, die hoort gewoon de naam van de instelling waar hij mee belt."



BLIK OP DE TOEKOMST – HIMSS 2015

Een persoonlijk verslag (met foto's) van Bart van den Boogaard



HIMSS 2015 is weer achter de rug. Het was een inspirerende editie. U leest hieronder een persoonlijk verslag van Bart van den Bogaard. Bart is product developer bij ICT-dienstverlener Topicus. Daar werkt hij aan een beveiligde mobiele messenger service voor zorgverleners en patiënten.

Chicago – 14 april 2015

Zo, ik vind na twee dagen HIMSS even tijd om te werken aan dit verslag. Er is zoveel interessants te zien en te beleven! U heeft vast wel gehoord van HIMSS; op dit congres komen IT en healthcare samen in McCormick Place in Chicago. Vanuit Nederland zijn er vier delegaties: twee groepen van Heliview, the Dutch eHealth Exchange en ook Deloitte is met een gezelschap vertegenwoordigd. In totaal zijn er ongeveer 350 Nederlanders aanwezig. De groepen bieden sessies aan die zijn toegespitst op de Nederlandse zorgmarkt. Bijvoorbeeld over *remote telemonitoring* of *patient engagement*. Ook praktische ervaring wordt gedeeld, er is een sessie over de *lessons learned* van de implementatie van het patiëntenportaal van het UMC Utrecht. Het Amerikaanse programma is vanzelfsprekend breder, maar *mobile health*, *privacy* en *security* voeren toch wel de boventoon. Wist u dat een medische identiteit \$50 waard is op de zwarte markt? Dat zegt niet alleen iets over het belang van goede beveiliging, maar ook over het belang van de data zelf. Niet gek dus dat commerciële partijen

zoals Google, Apple maar ook Facebook zich aan ons opdringen. Zij zien het enorme potentieel van deze markt!

\$50 op de zwarte markt

De gezondheidszorg van de toekomst

Over het algemeen zie je ook op HIMSS dezelfde trend die zichtbaar is in de consumentenindustrie. Voorbeelden zoals UBER en AirBNB die de consumentenmarkt op zijn kop zetten, komen ook hier geregeld aan bod. Door deze beweging is de gezondheidszorg van de toekomst niet langer een *Business to Business*-markt maar een *Business to Consumer*-markt. Ondersteund door technologie zullen consumenten zelf op zoek gaan naar persoonlijke zorg. Op deze manier zorgen consumenten transformatie naar een *Consumer to Business*-markt waarin de patiënt centraal staat. Bovendien gaan ze medische informatie met elkaar delen. Hoe hier vanuit een privacy-perspectief mee om moet worden gegaan zal

de tijd ons leren. Uiteindelijk zullen de snelle technologische ontwikkelingen grote impact hebben op de toekomst van onze zorg. Dit impliceert dan ook dat het huidige financieringsstelsel in Nederland radicaal moet wijzigen de komende jaren. De decentralisatie van de zorg zal alleen maar toenemen. Patiënten zullen langer thuis wonen en thuis op maat gesneden zorg krijgen. *Apps* en *wearables* spelen hierin een belangrijke rol. Deze ontwikkelingen zorgen er ook voor dat de zorg uiteindelijk gepersonaliseerd wordt. Waar we voorheen uitgingen van *one-size fits all* gaan we nu toe naar *there is an app for that*.

Borrelen met Scandinavische en Belgische delegatie

Tussen het druk gevulde programma door is er voldoende ruimte voor netwerken en socializen. Zo was er op maandagavond een gemeenschappelijke borrel met verschillende HIMSS delegaties. Hier waren ook de Scandinavische en Belgische delegaties bij aanwezig. Het is altijd goed om van gedachten te wisselen met anderen uit Europa. U begrijpt, het is hard werken hier.





Chicago - 15 april 2015

De HIMSS trein dendert verder. Een ding is zeker: er is geen houden aan! Voor de ontspanning hebben twee personen van ICON healthcare op dinsdag- en woensdagochtend een ochtendrun van ongeveer zes kilometer georganiseerd. Voor de sportievelingen betekent dit om half acht verzamelen en rekken en strekken. Omdat ik zelf wat verder uit het centrum in een AirBnB zit en de run start vanuit de hotels, besluit ik om niet mee te gaan. Wel pijnlijk als semi-fanatiek hardloper maar gelukkig heb ik op zaterdag nog vijftien kilometer gelopen.

Medisch dossier op 'own device'

Op dinsdag en woensdag is er de mogelijkheid om een bezoek te brengen aan het Mercy Hospital & Medical Centre of Advocate Illinois Masonic Medical Centre. Beide ziekenhuizen hebben een capaciteit van ongeveer 480 bedden. Wat mij het meest is opgevallen tijdens de korte tour over de verpleegafdelingen is het gebruik van iPhones door specialisten. Het *Bring Your Own Device (BYOD)* paradigma wordt hier optimaal benut. Met (slechts) een gebruikersnaam en wachtwoord wordt in een handomdraai een medisch dossier voor de dag getoverd. De datavisualisatie en het *user experience (UX)-design* laat nog flink te wensen over. Maar de specialist is zeer te spreken over de mogelijkheden die het hem biedt. Door de tijdwinst en efficiëntie kan hij nu optimale zorg leveren voor zijn patiënten. Alhoewel de ziekenhuizen HIMSS 6 en 7* hebben bereikt, valt dit overigens niet te zien aan het interieur en de inrichting. Deze is typisch Amerikaans zal ik maar stellen.

*HIMSS 6 en 7 zijn awards die ziekenhuizen krijgen voor de toepassing van informatietechnologie. In Nederland heeft bijvoorbeeld het St. Antonius ziekenhuis HIMSS 6 en Radboudumc HIMSS 7.

Een dinner cruise

Dinsdagavond staat er nog een *dinner cruise* gepland. Om zeven uur vertrekt de boot om deze prachtige stad vanaf het water te bewonderen. We eindigen de tour op *Lake Michigan* waar we onder het genot van een hapje en een drankje genieten van een dramatische zonsondergang. Als afsluiting van de avond besluiten we om nog een drankje te doen in de bar van de 96 etages tellende *Peacock tower*. Het was weer een inspirerende dag!

Boston - 17 April 2015

George W. Bush en Chicago Bulls

Op woensdag heb ik een uitgebreid bezoek gebracht aan de beursvloer. Hier ben ik vooral op zoek gegaan naar leveranciers van beveiligde communicatie diensten. Bijvoorbeeld Imprivata, DocHalo en Tiger-Text. In de V.S is men zich een stuk bewuster van de risico's die kleven aan het gebruik van onveilige communicatiediensten zoals Whatsapp.

Protecting the homeland

In de middag staat George W. Bush als keynote op het programma. Het enige wat mij hiervan is bijgebleven is dat hij in 2004 de aanstichter is geweest van het digitale medische dossier. De rest ging over Vietnam, Poetin en protecting the homeland. In de avond stond er nog een basketbalwedstrijd op het programma: de Chicago Bulls tegen de Atlanta Hawks (85-91). Met deze wedstrijd komt er een einde aan een inspirerende week HIMSS. In het bijzonder wil ik de reisorganisatie van The Dutch eHealth Exchange bedanken die dit alles mede mogelijk heeft gemaakt.

ZELFREDZAAMHEID ALS STANDAARD



Zelfredzaamheid is de laatste jaren het toverwoord. Volgens het online woordenboek is zelfredzaamheid: "...het vermogen van iemand om voor zichzelf te zorgen. Men kan eigen problemen oplossen....". Voor alles wat uit de overheidshoed komt, is het een standaard geworden om verantwoordelijkheid terug te leggen.

Soms is het de burger, die zelfredzamer moet worden. Soms zijn het partijen die samen voor deze burger moeten zorgen: zorginstellingen en gemeentes. Ook zij moeten zelfredzamer zijn door eigen problemen op te lossen. Hoe gaan zij om met deze zelfredzaamheid?

Informatiestandaard

Als je de burger/cliënt wil ondersteunen in zelfredzaamheid, moet je heel wat informatie uitwisselen. Optimale zelfredzaamheid is dan dat de cliënt zijn zorginformatie zelf kan inzien én wijzigen. Hij of zij beschikt over alle eigen informatie, waarmee dit de 'informatiestandaard' van zelfredzaamheid wordt. Totdat het zover is, zullen zorgorganisaties ervoor moeten zorgen dat zij de informatie juist beheren, verwerken en delen.

Aansluiting

De informatie-uitwisseling rondom de cliënt moet correct en veilig zijn, maar moet ook aansluiten op systemen van andere partijen die deze informatie nodig hebben. Helaas, dit laatste blijkt vaak niet het geval, in elke instelling hanteert men eigen systemen. Hierdoor is informatie-uitwisseling complex, om niet te zeggen zeer onoverzichtelijk. Bovendien ondersteunt het organisaties niet in het oplossen van hun problemen. Als een instelling de informatie-uitwisseling op orde heeft, betekent dit nog niet dat er gecommuniceerd kan worden met de buurman-zorginstelling.

Vreemd

Het vreemde aan de informatie-uitwisseling is, dat de cliënt er altijd is geweest en ook altijd al recht had op inzage en correctie van zijn gegevens. Dus waarom is er dan niet gewerkt aan het eenduidig uitwisselen van informatie,

zodat dit door de gehele keten gebruikt kan worden? Voor instellingen betekent zelfredzaamheid dat ze zelf beslissen hoe wordt omgegaan met informatie. Helaas is er geen consensus over de inhoud van deze informatie. Daarnaast zijn de beschikbare standaarden voor uitwisseling van informatie niet verplicht gesteld. Het gevolg is dat elke instelling zijn eigen variant voor informatiebeheer heeft uitgevonden. En daardoor spreken de instellingen allemaal hun eigen taal en is informatie-uitwisseling complex geworden. De afwezigheid van een informatiestandaard belemmert de zelfredzaamheid; de instellingen kunnen lastig informatie uitwisselen en de cliënt kan niet voldoende bij zijn gegevens.

Gebruiken wat er is

Hoe zouden marktpartijen deze zelfredzaamheid rondom informatie-uitwisseling kunnen verbeteren? Door de wel beschikbare standaarden te gaan gebruiken. Effectieve zelfredzaamheid kan niet in een vacuüm. Het kan alleen als marktpartijen samenwerken aan het uiteindelijke doel: de cliënt zelfredzamer maken. Als ze daarbij slim gebruiken wat er al is én toezicht houden op de naleving ervan, dan neemt de zelfredzaamheid toe.

Ingeborg van der Molen is oprichter van JUSTHIS juridisch en informatieadvies. Zij adviseert vanuit JUSTHIS instellingen in de langdurige zorg en startups die ehealth toepassingen ontwikkelen. Ingeborg heeft een achtergrond in gezondheidswetenschappen en gezondheidsrecht en heeft zich gespecialiseerd op het gebied van zorg en ICT vraagstukken.

WANNEER IS IEMAND BEKWAAM?



Maroeska Rovers
Professor of Evidence-Based
Surgery aan het Radboudumc

Onlangs verscheen er in NRC Handelsblad een artikel over 'anders snijden'. Het ging erover dat chirurgen nu 'gewoon' onderling besluiten om een bepaalde operatietechniek te veranderen, zonder dat er eerst uitgebreid onderzoek wordt gedaan. Het grote voordeel is dat er daardoor veel ruimte is voor innovatie, het nadeel is dat er weinig transparantie is; patiënten weten niet altijd dat ze worden blootgesteld aan een nieuwe techniek. Het is een lastig onderwerp dat direct leidde tot discussies. In gesprek met Maroeska Rovers, Professor of Evidence-Based Surgery aan het Radboudumc.



Maroeska Rovers achter de DaVinci

Vaardigheden vastleggen

Volgens Maroeska gaat het er bij nieuwe technieken om dat de chirurg eerst bekwaam moet worden. Daarbij moet nog wel worden vastgelegd wat dan precies 'bekwaam' is. Daarna kunnen we kijken of een nieuwe techniek inderdaad beter is dan de bestaande. Op die manier is en blijft er ruimte voor innovatie! Ongeacht de tools die een chirurg gebruikt, zal er altijd geoefend moeten worden. Zo wordt er tijdens de opleiding geoefend met onder andere strijkkralen, hechten op een spons, hechten op kippenvlees en soms oefenen ze een nieuwe techniek op dieren. Het laatste stadium is daadwerkelijk een techniek toepassen op mensen. Tegenwoordig is techno-



Met deze 'armen' opereert de chirurg als hij de DaVinci gebruikt. ©2015 Intuitive Surgical, Inc.

logie vaak een onderdeel van die leercurve; er wordt bijvoorbeeld gebruik gemaakt van beeldsimulatoren of robots. In het onderzoek *The Influence of Volume and Experience on Individual Surgical Performance** is gekeken wanneer iemand bekwaam is. Maroeska: "Uit dit onderzoek blijkt dat sommige mensen al bekwaam zijn na 25 patiënten, terwijl anderen 750 operaties nodig hebben. En als je dat optimum bereikt hebt, lijkt het ook weer af te nemen. Als je ouder wordt, krijg je meer last van een tremor (trillen, redactie). Vanuit dat perspectief heb ik liever dat indicaties en de daarbij behorende techniek leidend zijn bij de ontwikkeling van chirurgen. Hoe meer operaties je doet, hoe beter je wordt. Wat dát betreft heb je

het liefst dat chirurgen steeds twee of drie type operaties uitvoeren."

Het gaat nu vaak te snel

"Een chirurg bepaalt of een nieuwe operatietechniek - al dan niet na oefening - direct toe te passen is, of eerst onderzoek noodzakelijk is. Daarvoor stelt hij zichzelf de vraag: 'doe ik hetzelfde, maar dan iets anders? Of doe ik echt iets anders?' Waar die grens ligt, is nu niet gespecificeerd. Daarom gaat het nu vaak te snel. Een chirurg kan nu zonder wetenschappelijk onderzoek iets proberen bij vijf patiënten en op basis daarvan besluiten dat het toch niet goed genoeg werkte. Wat ik graag wil, is dat dit soort exercities meer gecontroleerd gebeuren. Aan de ande-

re kant moet er ruimte blijven voor innovatie. Het moet niet zo gaan als bij geneesmiddelen, waar je jaren verder bent voordat iets nieuws op de markt komt."

Er moet ruimte blijven voor innovatie

Technologie gaat het vak op zijn kop zetten. Tools zoals de DaVinci, waarmee chirurgen via een beeldscherm kunnen opereren, geven al een indruk waar technologie het vak kan brengen. Combineer die technologie met de ontwikkelingen op het gebied van kunstmatige intelligentie en het is duidelijk dat het vak van chirurg weleens

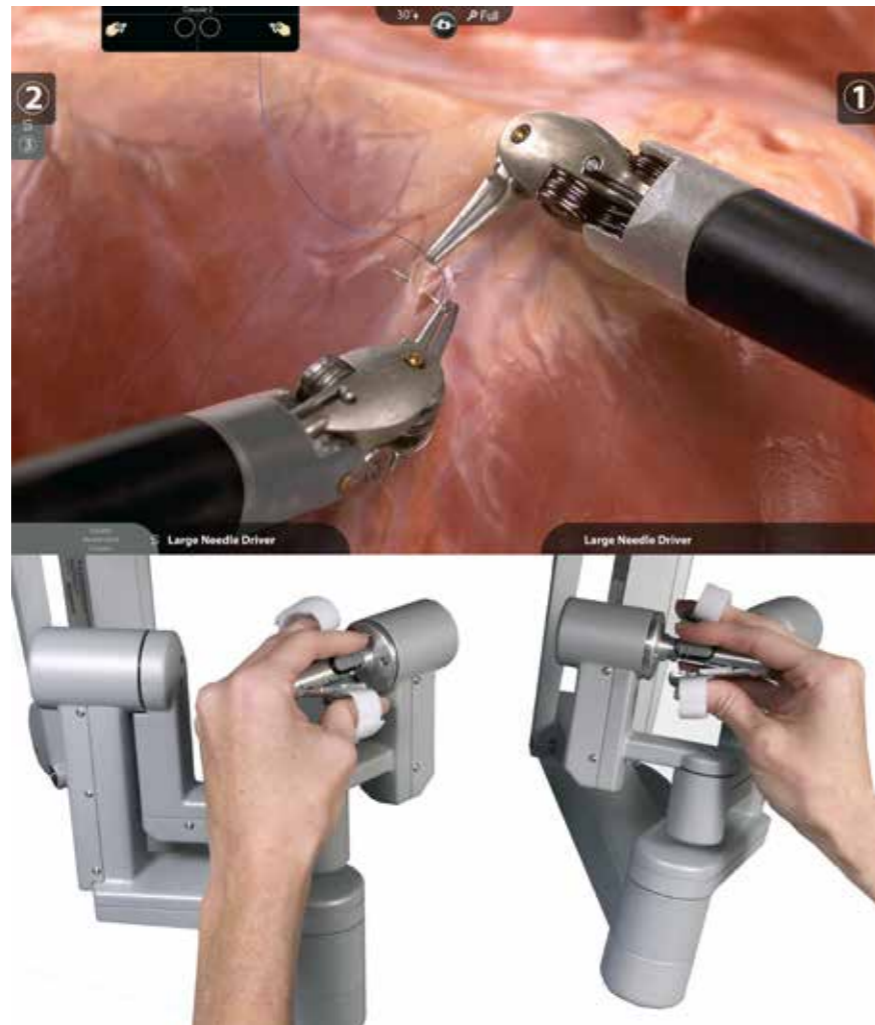
ingrijpend zal kunnen gaan veranderen. IBM ontwikkelde de intelligente computer Watson. Watson won al eens de bekende quiz *Jeopardy*, verzon recepten en wordt gevoed met medische informatie. Daarnaast is Watson erg goed in beeldherkenning. Het zou dus zomaar kunnen dat de 'nazaten van Watson en DaVinci' een operatie uitvoeren, terwijl een chirurg meekijkt, het tempo bepaalt en ingrijpt als dat nodig is, of als de stroom uitvalt. Maroeska: "Wie weet gaat het zo in de verre toekomst, maar het is duidelijk dat het vak flink aan het veranderen is."

Onverwacht voordeel

"Het voordeel van het gebruik van de DaVinci op het gebied van gezondheid is op dit moment marginaal. Er zijn weinig indicaties waarvoor het gebruik van de DaVinci aantoonbaar beter is. Waar door de chirurgen wel een belangrijk verschil geclaimd wordt, is op het gebied van de gezondheid van de chirurg zelf. Nu staan ze vaak uren in ongemakkelijke houdingen over de operatietafel gebogen en er zijn veel dokters met een hernia of andere rugklachten. Ze vinden de DaVinci ergonomisch heel fijn; ze werken duidelijk vanuit een betere houding.

We gooien vier miljard weg

In Nederland staan nu 22 DaVinci's. Maroeska: "Jammer genoeg wordt er niet gekeken waar de DaVinci beter kan, wat er nog ontwikkeld zou moeten worden om hem beter te maken. Het is nu nog een vrij log apparaat bijvoorbeeld. En het is helemaal dicht gepatenteerd, dus niemand kan echt lekker aan de slag met een doorontwikkeling. Iedereen wacht totdat de patenten aflopen."



Bovenin ziet u wat de chirurg op het scherm ziet van de DaVinci, onderin ziet u hoe de besturing werkt. ©2015 Intuitive Surgical, Inc.

Ontwikkelingen die we echt nodig hebben

Voor ontwikkeling en innovatie is dus ruimte nodig. Maroeska: "Europa probeert nu de wet- en regelgeving voor *medical devices* te kopiëren van het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA). Daar ben ik fel op tegen. Tegelijkertijd moet er wel iets veranderen. We moeten niet zomaar alles op de markt slingeren, maar eerst kijken wat er écht nodig is. In Europa wordt elk jaar acht miljard euro uitgegeven aan *Research en Development*

van *medical devices*. De helft daarvan blijkt niet beter dan het bestaande alternatief. We gooien dus vier miljard weg. Dat komt omdat start-ups nu niet kijken of er überhaupt ruimte is voor ontwikkeling en verbetering, maar alleen naar hoge volumes. Als ze voortaan kijken naar de kansen die er zijn voor daadwerkelijke gezondheidsverbetering, krijgen we ontwikkelingen die we echt nodig hebben. Daar moet de regelgeving dus rekening mee houden. Of het nu gaat om devices of aanpassingen in operatietechniek."

* Onderzoek gedaan door: Mahiben Maruthappu, MA, BM, BCh, Barnabas J. Gilbert, BA, Majd A. El-Harasis, BSc, Myura Nagendran, BM, BCh, Peter McCulloch, MD, FRCSed, Antoine Duclos, MD, PhD, and Matthew J. Carty, MD

Het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMC Utrecht) is één van de twee Nederlandse ziekenhuizen met een accreditatie door de Joint Commission International (JCI). De JCI certificeert ziekenhuizen en andere zorginstellingen die hoog scoren op zorgkwaliteit en patiëntveiligheid. Erwin van den Heuvel, strategisch adviseur bij UMC Utrecht vertelt: "De JCI is een absolute koploper op het gebied van accreditatie en certificering. Omdat we hieraan meedoen, wordt de kwaliteit van onze zorg voortdurend gemonitord en zijn wij steeds alert op verbeterpunten." Eén van de verbeterpunten van het afgelopen jaar is de uitrol van de 'digitale werkplek'. "Volgens ons betekent de digitale werkplek dat medewerkers any time, any place en met any device toegang kunnen hebben tot het netwerk", aldus Erwin van den Heuvel, "met de eis dat deze toegang dan ook nog veilig en snel moet zijn."

De digitale werkplek bij UMC Utrecht SNEL EN VEILIG INLOGGEN

Inloggen en meenemen

Voor het faciliteren van een snelle en veilige inlogprocedure koos UMC Utrecht voor Single Sign-On-oplossing van Tools4ever. De Single Sign-On-oplossing wordt op alle zorgwerkplekken geïmplementeerd waar de werk- en tijdsdruk hoog is, zoals de spoedeisende hulp. Aan de bestaande werkplekken zijn cardreaders gekoppeld. Hiermee kunnen zorgverleners snel inloggen op hun Windows account; dat doen ze met hun smartcard en het invoeren van een pincode. Wanneer ze een applicatie willen openen, hoeven ze niet nogmaals een wachtwoord en gebruikersnaam in te voeren. Dat maakt het inlogproces razendsnel.

Uitloggen gaat ook eenvoudig: je swipet de card even langs de kaartlezer. Daarna kan de zorgverlener zijn openstaande ses-

sie meenemen naar een andere werkplek in het ziekenhuis. "In een spreekuur van slechts 15 minuten is iedere tijds winst meegenomen", aldus Erwin van den Heuvel, "iedere minuut die een arts of verpleger kwijt is aan het in- en uitloggen is te veel en kan niet worden besteed aan de zorg. Daardoor vergat men in het verleden vaak uit te loggen, maar uit oogpunt van veiligheid en de JCI-accreditatie is dat zeer onwenselijk. Dit gebeurt nu door middel van het swipen van de card automatisch."

Automatisch maken van user accounts

In 2005 migreerde het ziekenhuis van een Novell naar een Windows netwerk. Voor de Windows-omgeving zocht men een oplossing voor het automatisch aanmaken en verwijderen van user accounts. Op dat mo-

ment was de doorlooptijd voor het creëren van een user account ongeveer 14 dagen en dat resulteerde in veel klachten. UMC Utrecht besloot UMRA, Identity & Access Management software van Tools4ever aan te schaffen als centrale oplossing voor het creëren en disablen van user accounts.

Koppeling SAP HR

Erwin van den Heuvel: "Deze implementatie van UMRA werd vervolgens in 2009 uitgebreid toen wij SAP ERP, waaronder SAP HR, in onze organisatie introduceerden. UMRA heeft een bronkoppeling met SAP HR. Nieuwe medewerkers, krijgen automatisch een netwerkaccount, zodra ze zijn ingevoerd. En dat medewerkers die uit dienst zijn geen toegang meer hebben tot belangrijke data, zoals privacygevoelige patiëntgegevens."

TOEGANG TOT JE MEDISCHE GEGEVENS

INSPIRATIE UIT AMERIKA



Door Johan Krijgsman
 Manager Monitoring en Trendition bij Nictiz. Nictiz is het expertisecentrum voor standaardisatie en eHealth.
 Trendition is een samenwerkingsverband van Nictiz en het REshape Center van het Radboudumc.

Eenvoudige, flexibele en effectieve toegang tot je medische gegevens is in Nederland nog meer uitzondering dan regel. In de Verenigde Staten bewijst het Blue Button initiatief dat het niet moeilijk hoeft te zijn om de patiënt toegang te geven, als je een pragmatische aanpak kiest.

Toegang tot je medische gegevens

In 2014 kon ongeveer 3% van de Nederlanders via internet de medische gegevens inzien die zijn huisarts of medisch specialist bijhoudt. Tenminste, 3% van de Nederlanders wist dat het kon. Meer dan 67% van de Nederlanders wist niet of dit wel of niet mogelijk was. Dit blijkt uit de eHealth-monitor 2014 van Nictiz en het NIVEL.

In de praktijk zijn er al wel wat mogelijkheden. Zo zegt 12% van de huisartsen dat patiënten via internet inzage kunnen krijgen in de voorgeschreven medicatie. Maar kennelijk is het idee dat je online je medische gegevens zou kunnen inzien nog niet zo gewoon dat mensen gaan uitzoeken of het kan. Terwijl het toch best handig kan zijn om na te kunnen kijken wanneer bijvoorbeeld je laatste doktersbezoek was of welke medica-

tie de afgelopen tijd is voorgeschreven. En of de vastgelegde informatie nog wel klopt.

Blue Button

In de Verenigde Staten is men al enige tijd bezig met een initiatief om het voor patiënten makkelijker te maken om hun medische gegevens elektronisch op te halen. Dat initiatief heet Blue Button en is genoemd naar een duidelijk herkenbare blauwe download-knop op de website van je zorgaanbieder. Zie je het opvallende Blue Button beeldmerk op de website van je ziekenhuis, dan weet je dat je daar de informatie kunt ophalen over je medische dossier, inclusief behandelingsoverzicht, voorgeschreven medicatie, labuitslagen, overzicht van inentingen, enzovoort. Miljoenen Amerikanen hebben zo al makkelijk toegang tot hun gegevens.

De invoering van Blue Button is begonnen in 2010 bij de Amerikaanse Veterans Administration en werd kort daarna uitgebreid naar de overheidsprogramma's Medicare en Medicaid. Daarna sloten ook private partijen zich aan bij het initiatief, zoals de verzekeraar Aetna en diverse softwareleveranciers.

Miljoenen Amerikanen hebben al toegang

Overzicht van wie er meedoet

Inmiddels is er een overzichtelijke website waar je kunt zien of jouw huisarts, ziekenhuis, apotheek, laboratorium of verzekeraar al meedoet aan het Blue Button initiatief. Per deelnemende zorgaanbieder kun je precies vinden wat er al mogelijk is: of ze het Blue Button logo tonen op hun website, of je jouw

medische gegevens alleen nog online kunt inzien of ze ook kunt downloaden, en of je de gegevens naar je favoriete mobiele app kunt doorsturen. Ook staan er zo'n twintig mobiele apps op de website, waarin je de gegevens die je hebt opgehaald bij je zorgverlener eenvoudig kunt importeren.

Het Amerikaanse programma is een mooi voorbeeld voor andere landen, waaronder Nederland. Het is namelijk eenvoudig, flexibel en effectief.

Eenvoudig

De eenvoud geldt zowel voor de patiënt als voor de zorgaanbieder. Voor de patiënt is Blue Button beeldmerk makkelijk herkenbaar op verschillende websites. Je hoeft daardoor niet lang te zoeken waar je moet zijn om bij je gegevens te komen. Voor de zorgaanbieder ligt de eenvoud in het feit dat hij niet afhankelijk is van afspraken met andere zorgaanbieders, om deze functionaliteit beschikbaar te maken voor zijn cliënten. Er zijn dus geen ingewikkelde onderhandelingen nodig over gezamenlijk op te zetten IT-infrastructuren of overkoepelende patiëntportalen. Je kunt dit als zorgaanbieder gewoon zelf regelen met je eigen IT-dienstverleners.

Flexibel

De flexibiliteit zit hem voor zorgaanbieders in de verschillende manieren die er zijn om de medische gegevens beschikbaar

te maken. De eenvoudigste vorm is als een gewoon tekstbestand dat de patiënt kan downloaden, of als een simpel pdf-bestand. Maar er zijn inmiddels ook informatiestandaarden ontwikkeld. Als die worden gebruikt, worden de gegevens op een meer gestructureerde manier in het te downloaden bestand opgenomen en daardoor kunnen ze eenvoudig worden geïmporteerd in de favoriete mobiele app van de patiënt of in een online gezondheidsdossier.

Voor patiënten is Blue Button flexibel omdat ze zelf makkelijk al hun gegevens kunnen verzamelen en zelf kunnen bepalen wat ze hiermee vervolgens doen. Er is een al een ruime keuze aan apps waarin de gegevens kunnen worden geïmporteerd, zodat er handige overzichten ontstaan. Daarmee wordt het Nederlandse ideaal van de NPCF, een persoonlijk gezondheidsdossier voor iedereen, in de Verenigde Staten al heel dichtbij gebracht.

Het Nederlandse ideaal is in de VS al dichtbij

Effectief

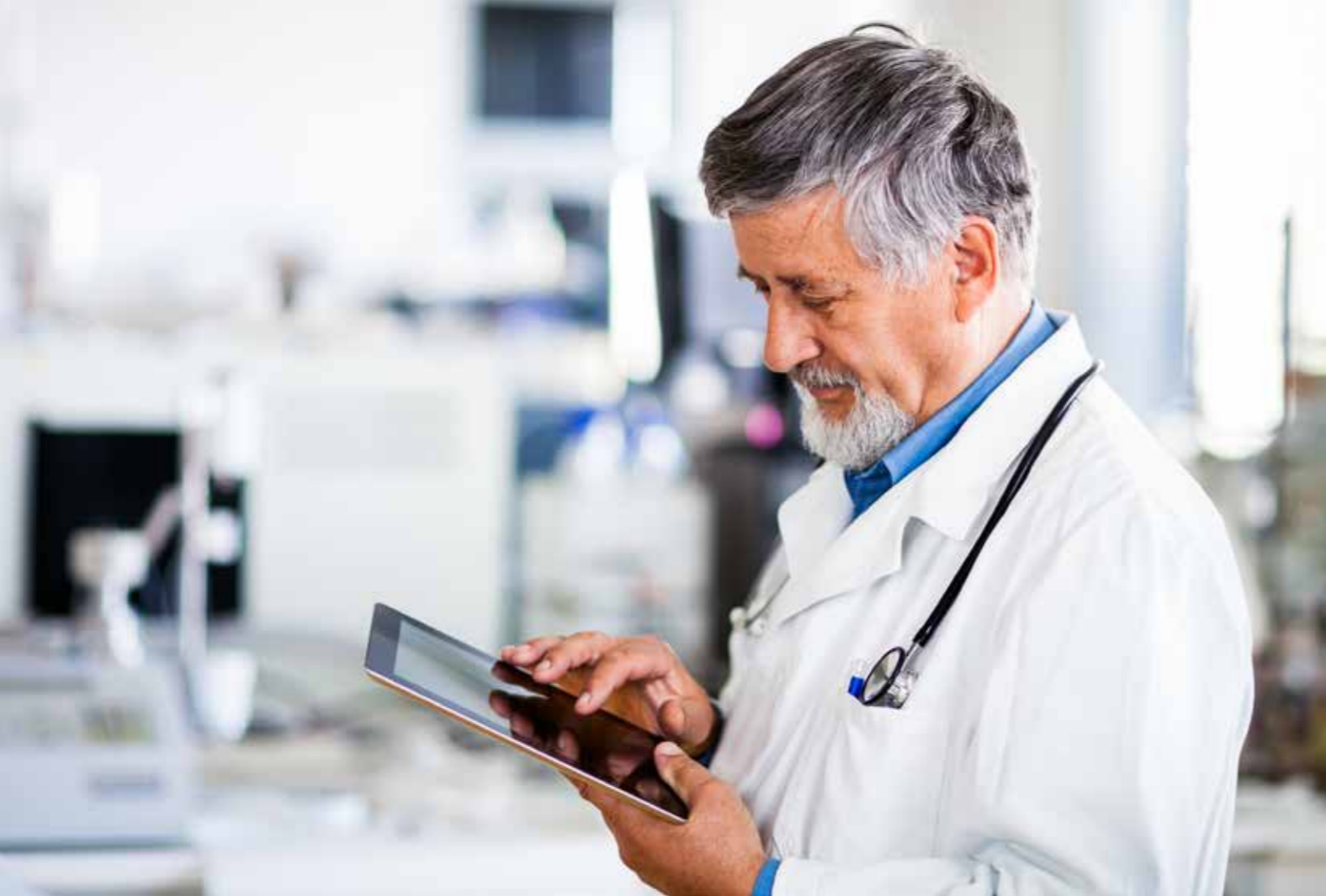
Het Blue Button programma blijkt ook effectief. Uit een recent onderzoek onder gebruikers van het webportaal van het Department of Veteran Affairs blijkt dat een derde van de ondervraagden gebruik maakt

van Blue Button, waarvan 73% vond dat het hen hielp om hun medische historie beter te begrijpen. Een vijfde van de gebruikers deelde de informatie met zorgaanbieders buiten Veteran Affairs.

Goed voorbeeld doet goed volgen

In Nederland zijn er inmiddels de nodige initiatieven op het gebied van patiëntportalen, waardoor sommige patiënten inmiddels makkelijk toegang kunnen krijgen tot hun gegevens. Zo kunnen patiënten van het UMC Utrecht sinds enige tijd hun eigen medisch dossier zelf en zonder vertraging inzien. Het vernieuwde patiëntenportaal 'Mijn UMC Utrecht' geeft hiermee inzicht en regie in het eigen ziekteproces. Ook patiënten van het Radboudumc kunnen gebruik maken van dergelijke oplossingen. Via 'mijnRadboud' kunnen zij in een beveiligde digitale omgeving het persoonlijke medische dossier raadplegen, vervolgspraken plannen, of uitslagen van onderzoeken inzien. Dit kan met een computer, tablet of smartphone.

Maar als je zelf je gegevens kunt downloaden, kun je vrij over je eigen data beschikken. Je zou ze dan ook kunnen importeren in een online platform of mobiele app van je keuze, wat een extra dimensie zou toevoegen aan online inzage. Een eenvoudig, flexibel en effectief voorbeeld als Blue Button verdient daarom Nederlandse navolging.



BRUGGEN BOUWEN IN EEN TOPKLINISCH ZIEKENHUIS



Jan Houben

Jan Houben, partner bij M&I/Partners werkte twee jaar als interim-Chief Information Officer (CIO) bij het St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein. Hij vertelt collega Antoon van Luxemburg over de manier waarop hij de organisatie van de Informatisering en Automatisering (I&A) afdeling heeft aangepakt en zijn rol als CIO heeft opgepakt.

Welke leerpunten uit jouw tijd bij het St. Antonius zou je graag willen delen en waarom?

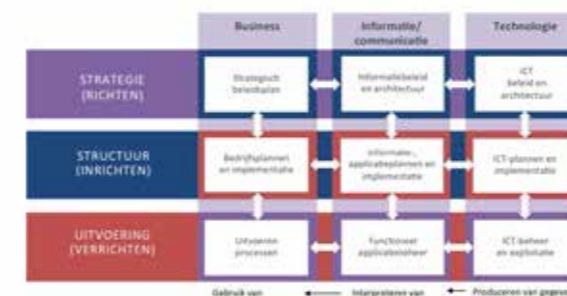
Jan: Bij het St. Antonius heb ik zowel de I&A-afdeling als de rol van CIO nadrukkelijker op de kaart gezet. En dan bedoel ik zowel intern - want de belangrijkste 'klanten' van je afdeling zijn de collega's van andere afdelingen - maar ook extern. Partijen zoals zorgverzekeraars, de publieke opinie en ook hele digitalisering van de maatschappij zorgen ervoor dat je als ICT'er ook over je werk moet kunnen vertellen.

Het gaat om vertrouwen winnen

Dit gaat dus veel over vertrouwen winnen en zaken goed uitleggen. Een ICT'er die zijn werk goed kan uitleggen, krijgt vaak minder kritiek en daarmee meer ruimte om op alle niveaus mee te denken.

Waar begin je dan precies in de praktijk?

Jan: Je moet starten met het inrichten van de besturing. Niet I&A moet bepalen waar het met ICT naar toe gaat, maar het ziekenhuis zelf moet aan het roer. Mensen moeten zich meer verantwoordelijk gaan voelen voor ICT, maar dan moeten ze wel invloed hebben. Gelukkig speelden er bij St. Antonius geen acute technische of organisatorische problemen, zodat we ons op die besturing konden richten. Bij het inrichten ervan heb ik het negenvlakmodel van Rik Maes gebruikt (zie figuur 1):



figuur 1

De strategie was dus om eerst iets te doen aan de besturing (ook vaak wel genoemd 'governance') op ICT en een eerste governance-

model in te richten. Dit is de bovenste rij in het negenvlakmodel van Rik Maes. Binnen het ziekenhuis waren er veel onbeantwoorde wensen; er waren bijvoorbeeld afdelingen die een nieuw systeem wilden, samenwerkingen die ondersteund moesten worden met ICT en het ziekenhuis wil meegaan met de tijd door bijvoorbeeld een patiëntportaal in te richten. De mensen op de werkvloer (zeg maar operationeel niveau) hadden wel veel contact. Maar op tactisch en strategisch niveau was er minder gestructureerd contact. De 'traditionele' kloof tussen ICT en gebruikers kwam ik ook hier weer tegen (zie figuur 2):



figuur 2

In de governance-structuur was het eerste agendapunt het prioriteren van de belangrijkste wensen en grootste knelpunten. Elke afdelingsmanager bezig zijn eigen projecten erdoor te krijgen bij de I&A-afdeling.

Hoe zorg je dat de juiste keuzes gemaakt worden

Het was hoog tijd om een goed prioriteringsmechanisme te implementeren. Door de organisatie zelf verantwoordelijk te maken voor de keuzes moest deze discussie eerst onderling tussen de afdelingen gevoerd worden. Dit creëerde echter meteen ook weer een nieuw probleem: hoe zorg je dat de juiste keuzes gemaakt worden?

Dat klinkt leuk, maar waarom moet ICT hier zo'n grote rol in nemen?

Jan: Natuurlijk wordt de kloof ook door ICT'ers zelf veroorzaakt. Klanttevredenheid bereik met je met resultaten, maar zeker voor de helft door goede communicatie. Meer communiceren over behaalde

ICT in de zorg

EEN GEZONDE ZORG IS OOK ONZE ZORG



Wij overzien de impact van thema's – zoals kostenbeheersing, kwaliteit van zorg, patiëntparticipatie, concentratie en spreiding van zorg en decentralisatie van AWBZ – op de werkprocessen bij onze opdrachtgevers. Wij verbinden bestuurlijke vragen van ziekenhuizen, zorginstellingen en gemeenten aan concrete oplossingen voor informatievoorziening en ICT. Denk aan de invoering van EPD-, ECD- en ERP-systemen, keuzes rond sourcing en samenwerking, resultaatgericht sturen van ICT, e-health en informatiebeveiliging.

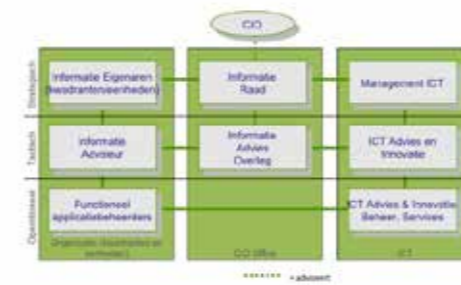
We doen dat in de rol van adviseur, implementatiemanager, projectleider of interim-manager.

Meer informatie over M&I/Partners en de zorg vindt u op: www.mxi.nl.

M&I/Partners/ **30** ICT IN PERSPECTIEF

adviseurs voor management en informatie

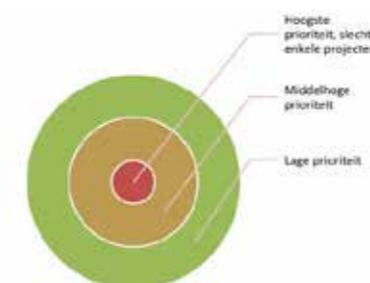
projectsuccessen en resultaten van ICT is dus belangrijk. Maar als je kijkt naar de profielen van hoofden automatisering in de praktijk, dan zie je vaak veel technische kennis, maar minder vaardigheden op het gebied van lijnmanagement en veranderkunde. Bij het ontwerpen van de governance-organisatie leggen we de kloof over het negenvlakmodel heen (zie figuur 3):



figuur 3

In het governance-organisatiemodel speelt op strategisch niveau de Informatieraad een cruciale rol. Die Informatieraad geeft advies over de strategische besluitvorming. In dit overleg zitten de raad van bestuur, de CIO en de Chief Medical Information Officer (CMIO). De CMIO zorgt voor de verbinding naar de medische staf. Op tactisch niveau zorgen de informatie-adviseurs voor het kanaliseren van wensen en projecten. Op operationeel niveau organiseren de functioneel applicatiebeheerders, mede via een Change Advisory Board, de goede afhandeling en doorvoer van wijzigingen. Op deze manier is op elk niveau een brugfunctie.

In de praktijk blijft het een uitdaging te zorgen dat elk niveau zich met de goede discussies bezig houdt. Hoe vaak gebeurt het immers niet dat stuurgroepen discussiëren over operationeel gedoe in projecten? Om de discussie te helpen, kun je de prioritering van projecten bijvoorbeeld doen met een 'projectenroos':



figuur 4

Door te werken met zulke eenvoudige instrumenten wordt ook de bureaucratie rond prioriterings-processen beperkt en wordt de dis-

cussie minder over de methode gevoerd en meer over de inhoud. De ICT-ers moeten deze communicatie en prioritering rond ICT organiseren; 'alles wat naar informatie ruikt ga je faciliteren!'

Eerder gaf je aan dat beperkte vaardigheden binnen ICT ook een belemmering kunnen vormen. Hoe heb je de verandering bij deze I&A afdeling voor elkaar gekregen?

Jan: De verandering is in eerste instantie bij aanpalende afdelingen gestart. Ik heb een separate CIO office opgebouwd en later weer geïntegreerd in bestaande I&A organisatie. De CIO office bestond uit 3 informatie-adviseurs, 2 architecten en 1 management assistente en stond onder leiding van mij als CIO. De informatie-adviseurs hebben in mijn visie een echte 'spin in het web' rol: ze moeten grip hebben op de bestaande situatie, visie ontwikkelen, initiatieven bundelen en initiëren, de eenheid vertegenwoordigen in I-trajecten en wegwijzer/verkeersregelaar voor interne afdelingen zijn.

Ter afronding zou ik nog graag je visie op de rol van CIO's in de zorg horen?

Jan: De CIO is naast Chief Information Officer ook Chief Innovation Officer! En dan gaat het om innovatie door het verbinden van trends in de ICT aan betere zorg. Hiervoor zijn er minimaal twee ingrediënten nodig: een zorgverlener (zoals een arts) die ergens tegenaan loopt. En kennis van wat de ICT technologie kan betekenen om het dagelijks werk van die arts voor de patiënt makkelijker, beter en sneller te maken.

Digitaal werken is het uitgangspunt

Ook het zorgen voor rendement met de verzamelde informatie wordt steeds belangrijker; eigenlijk de rol van 'Chief Data Officer'. Hiertoe hebben afdeling Financiën & Informatie en ICT samen geconcludeerd dat de afdeling Business Intelligence vanuit ICT de informatievragen vanuit het ziekenhuis en van externe partijen beter zou kunnen beantwoorden. Denk bijvoorbeeld aan zorgverzekeraars die steeds meer informatie willen over prijs en kwaliteit.

Tenslotte worden multidisciplinaire teams steeds belangrijker; op 'C-level' moet de CIO als een team samenwerken met de andere bestuurders om de voordelen van ICT integraal te benutten. Werken in een digitale wereld is dan uitgangspunt geworden in plaats van een stip aan de horizon.

AGENDA EVENTS

Wat ?	Wanneer?	Waar?	Waarover?
eHealth Week	11-13 mei	Riga	Meer dan 2.000 internationale afgevaardigden bezoeken zo'n 75 stands. Het evenement verwelkomt beslissers wereldwijd van publieke en private zorginstellingen, klinieken, ziekenhuizen en IT-managers en VIP-gasten.
Ondernemen in Europa met Horizon 2020	18 mei	Fifty TwoDegrees, Nijmegen	U krijgt uitleg over Horizon 2020. Welke mogelijkheden zijn er voor bedrijven en hoe dient u een aanvraag in? Georganiseerd door onder andere Health Valley, Radboudumc en Universiteit Twente.
Supporting Health by Technology VI	22 mei	Grosch Veste, Enschede	Conferentie georganiseerd door de universiteiten van Twente en Groningen. Het thema is: <i>Designing Persuasive Tech for Health.</i>
Mobile Doctors Live!	26 mei	VvAA, Utrecht	Tijdens dit event komen verschillende zorgvernieuwers aan het woord. U hoort hun verhalen over 3D-Printing, Big Data, Serious Gaming, Robotica, Quantified Self en Telemedicine. Zie ook de advertentie op pagina 2.
Architectuur in de zorg	18 juni	Spant!, Bussum	Hoe draagt architectuur bij aan betere informatievoorziening binnen het zorgproces?
Digital Health Summer Summit	18 en 19 juni	18 juni: kick off party 19 juni: Summer Sessions San Francisco, VS	Startups en Fortune 500 bedrijven ontmoeten elkaar om te sparren en te netwerken. U ziet de laatste innovaties en verschillende voorlopers leggen de meest urgente – en soms controversiële – vragen aan u voor.
Lions Health	19 en 20 juni	Cannes	Twée dagen vol met inspirerende speeches, gelegenheid om te netwerken, Award-uitreiking, een gala en een uitgebreide overzichtstentoonstelling: <i>life-changing creativity in healthcare.</i> Dat is Lions Health in Cannes.
Digitale ontwikkelingen in de zorg	24 juni	Jaarbeurs Utrecht	Hoogtepunt van dit congres is de uitreiking van de vierde Health app award. Zie het artikel 'uitgelicht evenement' op de volgende pagina's. André Rouvoet is voorzitter van de jury.

In dit artikel leest u wat de Health app award betekent. Deze award wordt uitgereikt tijdens het congres 'Digitale ontwikkelingen in de zorg' dat op 24 juni wordt gehouden in de Jaarbeurs in Utrecht.



Door Karin Oost
senior communicatieadviseur bij Nictiz en
initiatiefnemer van de Health app award.

HEALTH APP AWARD VERSNELT ADOPTIE VAN mHEALTH

Awards voor innovaties in de zorg maken goede initiatieven zichtbaar en versnellen daarmee de adoptie van het gebruik van eHealth. Immers, wat aandacht krijgt, groeit. Bij de Health app award is dat zeker aan de hand. Dit jaar wordt deze wedstrijd

voor de vierde keer gehouden. Hoe draagt de Health app award bij aan de ontwikkeling van mHealth?

De Health app award 2015 is een zoektocht van Nictiz en Mobile Doctors naar de

meest zinvolle app in de zorg. De Health app award bestaat sinds 2012, als een initiatief van Artsennet en MedicalPHIT. Medisch gerelateerde apps waren toen nog een novum en de verwachtingen voor de awards waren daarom niet zo hoog gespannen. Het liep



een beetje uit de hand. De Health app award werd zo'n succes dat het in 2013 werd herhaald. Dit jaar organiseren Nictiz en Mobile Doctors het samen.

Versnelling

Nictiz en Mobile Doctors doen dit omdat een initiatief als de Health app award zorgt voor een versnelling van de adoptie van eHealth. De eHealth-monitor 2014 constateert dat de belangrijkste uitdaging voor zorggebruikers en zorgverleners is om een app te vinden. De aandacht die een award genereert, verhoogt de zichtbaarheid van het bestaan van apps. Dit zet eerder aan tot gebruik ervan. In een enquête van Artsennet uit 2013 bleek dat artsen vooral apps gebruiken - en aan patiënten adviseren - die het jaar ervoor wonnen of genomineerd waren.

Kritische massa

Als 17 procent van de bevolking een bepaalde technologie bereikt is volgens Forrester de kritische massa bereikt en een technologie geadopteerd. Uit de eHealth-monitor 2014 blijkt dat zo'n elf procent van de zorggebruikers apps gebruikt voor het meten van lichamelijke activiteit of gezondheidswaarden. Dat ligt al dicht bij 17 procent. De eerste mo-

biele gezondheidsapp kwam op toen Apple in 2005 met de iPhone kwam. Ter vergelijking: internet heeft 39 jaar nodig gehad om in 1999 zijn kritische massa te bereiken.

Spontaan genoemde apps

Apps die ondervraagde zorggebruikers in de eHealth-monitor spontaan noemen zijn apps van zorgverzekeraars, informatieve apps en apps gericht op sport, voeding en afvallen. In de competitie voor de Health app award 2015 zijn 16 van de 57 ingeschreven apps informatieverschaffend, 14 apps bieden patiënten ondersteuning of begeleiding bij hun aandoening of revalidatie en 5 apps zijn gericht op de communicatie tussen arts en patiënt. In deze competitie zien we voor het eerst ook apps gericht op mantelzorgers, samenwerking tussen verschillende zorgverleners en procesverbetering. De ontwikkeling van apps breidt dus uit naar andere terreinen.

Stimulans voor developers

De Health app award blijkt ook een stimulans voor appontwikkelaars voor doorontwikkeling van de app. De app In Balanz - genomineerd in 2014 - vormde de aanleiding voor initiatiefnemer en ademtherapeut

Sonja Nijhuis, om een useability onderzoek laten verrichten door de universiteit van Twente. Ze is in gesprek met investeerders voor doorontwikkeling van haar app. Erich Taubert, uroloog en ontwikkelaar van de app iP Plaslijst (winnaar 2012) zegt dat het winnen van de award in 2012 een 'boost' is geweest voor zijn startup Synappz. Het ziekenhuis waar hij werkt bood bovendien ruimte om de app te koppelen aan het Elektronisch Patiënten Dossier.

Naar de dokter

Marcel Bekkenk, dermatoloog en brein achter de app Huidmonitor zegt dat de aandacht voor de Health app award in 2013 de bewustwording over huidkanker heeft vergroot. "De mensen kunnen beter inschatten wanneer ze wel of niet naar de dokter moeten gaan." De app Moet ik naar de dokter is in het vizier gevallen van de zorgverzekeraars zegt Gert-Jo van Doornik. Maar zeker ook bij gebruikers. Het aantal downloads vloog omhoog. Voor Constamed-ontwikkelaar Erik Schoones heeft de award voor *credibility* gezorgd: "Met de Health app award op zak merken we dat we wel iets meer *credibility* kregen bij de doelgroep huisartsen.

In iedere uitgave van ICT&health lees je vier boektoppers. Altijd op het gebied van de gezondheidszorg, vaak met een link naar de ICT.

Dit keer:

Zorginnovatie volgens het Cappuccinomodel

Guus Schrijvers
(Thoeris, 2014)



Hoe kun je een betere gezondheid en een hogere kwaliteit van zorg bereiken? En hoe realiseer je dat terwijl de kosten gelijk blijven? Op deze vragen geeft Schrijvers een antwoord. Hij is oud-hoogleraar Public Health en gezondheidseconoom bij het UMC Utrecht.

Exponentiële organisaties

Salim Ismail, Yuri van Geest en Michael S. Malone
(Business Contact)



Op Health Valley vertelde Yuri van Geest over dit boek dat hij samen met Salim Ismail schreef. Het boek behandelt een nieuw type organisatie: de exponentiële organisatie. Organisaties kunnen exponentieel groeien door op een andere manier te werken en zichzelf anders te organiseren. In het boek leest u over aansprekende voorbeelden, zoals: Airbnb, Uber, GitHub, Netflix, Tesla en natuurlijk Google.

De Mooie Voedselmachine

Giulia Enders
(Luitingh-Sijthoff 2014)



Giulia Enders heeft een vrolijk, open en informatief boek geschreven over de spijsvertering. Makkelijk te lezen, vol feiten, fabels, grapjes en de recentste wetenschappelijke inzichten. Haar doel is: iedereen meer kans geven op gezondheid. Een absolute bestseller!

Als Disney de baas was in uw ziekenhuis

Fred Lee
(Reed Business, 2009)



Disneyland staat symbool voor gastvrijheid en klantvriendelijkheid. Dit boek onderzoekt wat ziekenhuizen kunnen leren van Disneyland. Centraal staat het thema Hoffelijkheid; dat blijkt niet alleen belangrijker dan efficiëntie, maar bevordert zelfs efficiëntie... Niet nieuw, wel nog altijd een actueel en inspirerend onderwerp.





Bart Timmers is een van de leden van de redactieraad. Hij is huisarts en werkt in de Groepspraktijk Huisartsen Bergh in 's-Heerenberg. Hier leest u zijn eigen verhaal over ehealth in de dagelijkse praktijk.

eHEALTH IN EEN PRAKTIJK

Ja, u leest het goed, er staat "een" en niet "de". Omdat dit het verhaal is hoe ik eHealth in onze praktijk toepas. Overigens zonder dat ik enige illusie wil wekken dat het daarbij om een voorbeeld gaat van hoe het zou móeten. Wel van hoe het zou kúnnen. Een essentieel verschil.

Het gaat om goede zorg

Mijn primaire belang is goede huisartsenzorg leveren. Die open deur wilde ik wel even met u door. Toch is het belangrijk om te weten waar de drijfveer vandaan komt om eHealth toe te passen. Of misschien voor anderen om het níet toe te passen. Ik geef regelmatig presentaties en workshops over ehealth. Daar merk ik vaak weerstand: eHealth zou niets toevoegen aan de zorg, of soms zelfs goede zorg in de weg zou staan. Als een huisarts dat denkt, kun je hoog en laag springen, maar dan zal hij niet bewegen. Logisch. Ik heb zelf altijd het idee dat we in onze praktijk best goede zorg leveren, maar dat het altijd beter kan.

Het kan altijd beter

Iedere technische ontwikkeling prikkelt bij mij de gedachte: Hoe kan dit bijdragen aan betere zorg? Vanuit die gedachte vind ik het dan ook altijd uitdagend om te testen of die verwachting over betere zorg ook uitkomt. Soms is dat direct duidelijk, maar minstens net zo vaak vergt het wel wat investering in tijd, moeite en geld voor het echt goed werkt. Mijn ervaring is dat een beetje duw- en trekwerk niet erg is, als je gelooft in de techniek die je aan het testen bent. En als je lol hebt in de gedachte hoe die betere zorg eruit kán zien. Dan wegen twee mislukte experimenten ruimschoots op tegen één geslaagde!

Neuzen richten

Toen ik begon in de huisartsenpraktijk waar ik nu werk, was eHealth nog een onbekende term. Veel energie ging verloren (en dat mag u net zo letterlijk lezen als ik het bedoel) aan het op gang krijgen van het Huisartsen Informatie Systeem (HIS). En dan bedoel ik zowel de hardware als de software. Wat me de meeste energie heeft gekost, is zorgen dat iedereen de neuzen dezelfde kant op had staan, zowel mijn collega-huisartsen als de assistentes. Want als er iets constant is gebleven in het gebruik van ICT, dan is het dat de acceptatie van de middelen door het hele team gedragen moet worden. Dat mag een uitdaging genoemd worden. Soms is

geduld het antwoord: laat de meest recente verandering eerst nog even bezinken voor de volgende zich aandient. In een tijdperk waarin verandering zélf verandert (we hebben geen plateau-fases meer, alles blijft in beweging, panta rhei..) vergt dat doseren en leiderschap. Niet altijd gemakkelijk als de leider zelf continu voorwaarts wil en soms in enige verwarring achterom kijkt waar zijn trouwe teamgenoten nou blijven...!



De knutsselfase voorbij

Vrij snel nadat we computers enigszins geaccepteerd hadden, nam het gebruik van internet ineens een snelle vlucht. Omdat de kracht van dat internet meteen voor ons duidelijk was, hadden we als een van de eersten een eigen website. De les die ik daaruit getrokken heb, is dat het in de pioniersjaren leuk is om iets te initiëren, maar dat je eigenlijk de knutsselfase voorbij moet. Laat anderen zich bezighouden met techniek en met de tools, maar zorg dat je zelf als praktijkhouder de inhoud kunt bepalen. Tenzij je écht een hobby zoekt natuurlijk.

Rijkere en gelijkwaardigere communicatie

Vorbereide patiënten

De 1.0-fase heeft tot begin van de 21e eeuw geduurd. Het gebruik van email was al wel direct een vanzelfsprekendheid, zij het niet bij alle collega's in gelijke mate. Ergens in de loop van het eerste decennium van deze eeuw voelde je dat "a change is gonna come", zoals Sam Cooke dat uitdrukt. Patiënten begonnen het internet echt te gebruiken om zich beter voor te bereiden op hun gesprek

met de dokter. Soms leidde dat tot wanhoop van de dokter. Maar vaker leidde dat tot genoegen: de voorbereiding draagt bij aan rijkere, inhoudelijk interessantere en gelijkwaardigere communicatie. Wij dokters moesten daar misschien nog wel een beetje aan wennen. Maar als we het hebben over betere zorg, was de waarde duidelijk!

Social Media, Apps en Wearables

Daarna gingen de ontwikkelingen sneller dan ooit. Inmiddels is Twitter een dagelijks gebruikt communicatiemiddel voor professionele contacten en voor contact met patiënten. Daarnaast wordt Yammer binnen het praktijkteam en binnen de regionale ketenzorg gebruikt. En we experimenteren met ZWIP of soortgelijke platforms. Er worden apps voorgeschreven en gebruikt in de dagelijkse praktijk op smartphone en tablet. Ook hebben we ruim drie jaar ervaring met wearables (Jawbone, Withings pulse) en beschikken we zelfs over een uitleen-iPod met een Withings pulse. Er wordt gebruik gemaakt van FaceTalk, FaceTime en Patienthub voor beveiligde videocommunicatie. Voor de huisartsenopleiding gebruik ik een serious game als het over spoedzorg gaat. We verwijzen patiënten actief door naar websites als thuisarts.nl, mentaalvitaal.nl, kleurjeleven.nl en inmiddels zetten we ook eMentalhealth in (Minddistrict).

Regionale samenwerking

Hopelijk zal de keuze voor een regionaal HIS een goede stimulans blijken. Zo verwacht ik dat we de regionale samenwerking op het gebied van eHealth kunnen stimuleren. Bundeling van krachten en ervaring is nodig om de voorbeeldcasussen ook écht te laten gelden als voorbeeld. Want dat is waar ik in geloof: laat het groeien in het veld, profiteer van de drijfveer van de professional. Die wil vooruit, die wil betere zorg bieden. Kijk naar waar experimenten slagen en stimuleer vervolgens de factoren die groei garanderen. En als het zo door gaat? Dan hebben we het over een tijdje niet meer over eHealth. Dan hebben we het gewoon weer over zorg. Want daar is het me nog steeds om te doen.

Veranderingen, daar hebben mensen bijna automatisch een gevoel van weerstand tegen. Tegelijkertijd is de zorg steeds vaker en intensiever onderhevig aan verandering. Hoe krijg je medewerkers mee? En wat kan je als medewerker zelf doen? Tien tips voor managers én medewerkers.

10 TIPS...

... HOE GA JE OM MET VERANDERING?

1. Wees eerlijk

Dat lijkt een open deur, maar in veel veranderprocessen wordt het onderlinge vertrouwen beschaamd. Bijvoorbeeld omdat managers valse hoop wekken 'om de mensen gemotiveerd te houden'. Maar ook omdat medewerkers niet eerlijk zeggen wat ze denken. En daar is uiteindelijk niemand bij gebaat. *Tell it like it is*, ook als dat moeilijk is om te vertellen of om te horen.

2. Betrek de mensen erbij / denk mee

Draagvlak ontstaat vanzelf als mensen daadwerkelijk mogen meedenken over veranderingen. Managers moeten duidelijk aangeven waarover wel en niet meegedacht kan worden. Medewerkers kunnen vanuit de dagelijkse praktijk vaak goed aangeven waar het beter kan.

3. Luister naar bezwaren

Veel mensen willen gehoord worden door hun manager. Het maakt hen niet uit of hun feedback daadwerkelijk wordt meegenomen. Biedt hun een luisterend oor en maak concreet wat je met hun bezwaren doet. Als medewerker is het belangrijk dat je je bezwaren goed onderbouwt.

4. Drink veel koffie en ga roken...

...of althans, praat in de informele setting van bijvoorbeeld de koffieautomaat of de rookruimte met elkaar. Medewerkers en managers moeten elkaar opzoeken en blijven praten.

5. Geef ruimte aan je emoties

Verdriet, woede, angst... Iedereen heeft emoties. Onderken dat en zorg dat je die emoties uit. Dat geldt voor managers en medewerkers. Je bent allemaal mens en door je emoties te uiten, creëer je ruimte in je hoofd.

6. Praat met buitenstaanders

Iemand van buitenaf kijkt vaak heel anders naar de situatie. Als manager is het daarom verstandig om een externe specialist in te huren. Maar ook gesprekken in de eigen privésfeer kunnen managers en medewerkers een spiegel voorhouden.

7. Geef jezelf tijd

Veranderingen kosten tijd. De theorieën verschillen, maar het duurt gemiddeld 3 tot 6 weken voor iemand gewend is aan een verandering. Dit geldt voor medewerkers én managers.

9. Ontslagen zijn pijnlijk

Aan managers de taak om eventuele ontslagen goed te begeleiden. Als medewerker kun je twee dingen doen:

- De strijd aangaan via geschillencommissie of kantonrechter. Bedenk wel dat dit een weerslag heeft op jou en je gezin. Maar als je ervan overtuigd bent dat je in je recht staat, moet je het gewoon doen. Vraag je van tevoren goed af wat je wilt bereiken en ga daarvoor.
- Je erbij neerleggen en op zoek gaan naar een nieuwe baan.

8. Benoem ook het positieve

Als je dagelijkse werk flink op de schop gaat en alles anders wordt, is het vaak moeilijk om daar het positieve van in te zien. Besteed er daarom bewust aandacht aan. Schrijf op wat je als medewerker negatief én positief vindt aan de veranderingen. Spreek vervolgens met jezelf af waar je je op richt. Managers kunnen dit proces faciliteren.

10. Wees je bewust van je invloedssfeer

Je hebt niet op alles wat er gebeurt invloed. Bekijk waar je wél invloed op hebt en focus je daarop. Bijvoorbeeld je eigen houding.





EEN COMPUTERMODEL VAN HET MENSELIJK BREIN

De Europese unie gaf vorig jaar één miljard subsidie aan The Human Brain Project; het doel van dit project is om een werkend model van het menselijk brein te maken. Sinds eind maart van dit jaar zijn de 130 betrokken onderzoeksinstituten daadwerkelijk gestart met het onderzoek. Voor het project is in totaal tien jaar uitgetrokken. De onderzoekers willen in 2016 wel kunnen starten met de eerste tests.

Zelflerend

Het project is gebaseerd op het idee dat we eigenlijk al heel veel over het menselijk brein weten. De onderzoeksinstituten werken samen om zo alle beschikbare kennis in één model bij elkaar te brengen. Als dat model klopt, zal het vanzelf gaan werken als een echt brein. Dat betekent dat het kunstmatige brein ook kan leren en zich kan aanpassen. De wetenschappers zijn niet op zoek naar de ultieme menselijke robot. Ze willen het model gebruiken als testomgeving, bijvoorbeeld voor nieuwe medicijnen bij neurologische aandoeningen zoals Alzheimer.

Neuromorphic Computing

Een van de gangmakers van het project is professor Karlheinz Meier van de Universiteit van Heidelberg in Duitsland. Meier houdt zich bezig met onderzoek naar Neuromorphic Computing. Het doel daarvan is om de beperkingen die computers hebben – en hersenen niet – uit te bannen. Computers gebruiken waanzinnig veel energie: waar het brein ongeveer twintig watt gebruikt, heeft een supercomputer een hoeveelheid energie nodig die je uitdrukt in megawatts.

We verliezen hersencellen bij bosjes

Daarnaast is een computer gevoelig voor fouten. Een kapotte transistor kan genoeg zijn om een hele processor te stoppen, terwijl we hersencellen bij bosjes verliezen zonder dat we dat merken. Tenslotte moet je een computer programmeren. Het menselijk brein werkt anders: dat kan zelf leren en verandert voortdurend en past zich aan zijn omgeving aan.

Digitaal of analoog?

Meier werkt nu aan een analoge computer. De eerste computers waren analoog, maar die techniek werd verlaten voor digitale computers. Digitale computers werken met aan of uit en daarom wordt alles op het laagste niveau vertaald naar nullen en enen. Een analoge computer werkt met een constante stroom die kan fluctueren. Een halve volt heeft dan een andere waarde

dan één volt en anderhalve volt heeft weer een andere waarde. Die ambiguïteit bleek in de praktijk lastig om mee om te gaan. Meier kiest voor analoge computers omdat die een aantal eigenschappen hebben die dichterbij het menselijk zenuwstelsel staan.

Analoge computers lijken meer op het zenuwstelsel

De systemen zijn bovendien enorm snel: de machines halen nu een snelheid van tien keer zo snel als de biologische realtime. Het nadeel van de analoge aanpak is dat je van tevoren keuzes moet maken die vervolgens onderdeel zijn van het systeem dat je bouwt. Een digitaal systeem kun je met andere software makkelijker andere dingen laten doen. Naast Meier zijn anderen binnen het Human Brain Project wel bezig met digitale computers. Voor dr Steven Furber

van de Universiteit van Manchester wegen de voordelen van de digitale aanpak zwaarder. En voor nu is zijn systeem snel genoeg: ze halen biologische realtime.

Eigenwijze machines

Wat de beste aanpak ook is, maakt eigenlijk niet uit. De gecombineerde denkkraft van de 130 onderzoeksinstellingen en het gigantische aantal manuren dat aan het Human Brain Project besteed wordt, staan haast automatisch garant voor doorbraken. En mogelijk nieuwe dilemma's, want de kans dat een computer een bewustzijn ontwikkelt, of intelligenter wordt dan een mens, is reëel. Een van de pioniers van het veld van Kunstmatige Intelligentie, Marvin Minsky verwoordde het als volgt: "When intelligent machines are constructed, we should not be surprised to find them as confused and as stubborn as men in their convictions about mind-matter, consciousness, free will, and the like."

Hoe techniek onze opvattingen over het brein veranderde Van wastablet, naar telefooncentrale, naar computer, naar...

In de loop van de tijd heeft de mens het brein met allerlei zaken vergeleken. De stand van de technologie speelde daarbij een belangrijke rol. Plato vergeleek het brein met een wastablet dat gebruikt werd om op te schrijven. Alle indrukken werden net als in was in het brein gedrukt. Is de was te zacht? Dan verdwijnen indrukken te snel en heb je dus een slecht geheugen.

Later vergeleek men het brein ook wel met een bibliotheek. Alle informatie is netjes opgeslagen in boeken die keurig op schapjes staan. Toen de telefooncentrale in opmars kwam, vond men dat een veel geschiktere metafoer. Met een schakelbord konden er steeds nieuwe verbindingen gelegd worden.

Maar uiteindelijk hebben al deze theorieën nog een homunculus nodig – een mannetje in het hoofd dat alles regelt: hij is het die in de wastablet krast, het juiste boek opzoekt en de schakelingen in de telefooncentrale maakt. De vraag is alleen: hoe werkt dat mannetje? Heeft die ook weer een mannetje in zijn hoofd? En dat mannetje dan?

De computer leek die beperking van andere metaforen op te lossen. Er is werkgeheugen, informatie kan opgeslagen worden en de software regelt alles. Toch is deze theorie in de wetenschap in onbruik aan het raken. Het brein werkt lang niet zo rechtlijnig als een computer. En eigenlijk vinden wetenschappers het niet zo interessant om de juiste vergelijking te kunnen maken. Als ze maar weten hoe het brein werkt.

Sinds afgelopen januari zijn de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) en de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) opgegaan in de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RV&S). De voornaamste reden om de RMO en RVZ samen te voegen, is dat de grenzen tussen preventie, zorg en welzijn vervagen. Technologie speelt daarbij een belangrijke rol. Lid van de redactieraad Theo Hooghiemstra is directeur/algemeen secretaris. Wij spreken hem over de ontwikkelingen binnen de maatschappij en de RV&S.



Theo Hooghiemstra

NIET MEEGAAN MET ELKE HYPE

Theo Hooghiemstra over de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving

Als je twee organisaties wil samenvoegen, kost dat vaak veel tijd. Vanuit die verwachting zijn de RVZ en de RMO dan ook doorgegaan met hun dagelijkse werk. Ondanks dat het voorheen tot twee keer toe niet is gelukt, is de nieuwe organisatie nu al een feit. In september wil Theo Hooghiemstra klaar zijn om vanuit de nieuwe raad naar buiten te treden. Tot die tijd maken ze lopende adviezen af en werken ze aan de nieuwe organisatie, de missie en de doorlopende agenda voor de komende jaren.

Afmaken waar we aan werkten

Voor Theo is het belangrijk dat beide organisaties afmaken waar ze aan begonnen zijn. De RV&S heeft zojuist het laatste advies waar

hij aan werkte afgemaakt: Consumenten-eHealth. Dit advies is op 21 april aangeboden aan Edith Schippers, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. "We wilden iets doen met de snelle, onontkoombare en ingrijpende ontwikkelingen die nu gaande zijn; je ziet dat naast professionele eHealth voor de zorgaanbieders er ook Consumenten eHealth ontstaat, waarbij de industrie

Het begon met Wellness

rechtstreeks oplossingen aanbiedt aan de consumenten. Het begon natuurlijk met Wellness en nu zie je dat het naar diagnose

en therapie gaat. Zo vervaecht eHealth met de reguliere zorg die daar onvoldoende op is voorbereid. De zorgen die we daarbij hebben, liggen op het gebied van kwaliteit, privacy en kwetsbare groepen. Daarom moeten we zorgen dat beleidsmakers proactief gaan handelen en daarbij adviseren wij ze strategisch."

Doorlopende agenda

"In september presenteren we een doorlopende agenda met daarin de grote thema's waar we meerjarig aan gaan werken. En we denken na over de adviesproducten die we willen aanbieden. Natuurlijk blijven we de geschreven adviezen aanbieden, maar daarnaast willen we digitale adviezen, es-

says en briefadviezen aanbieden en wellicht debatten of conferenties organiseren. Wat daar ook bij hoort, is dat we bepalen hoe we willen adviseren. Gaat het om veranderingen in concepten en paradigma's of juist om het oplossingsgerichte handelingsperspectief? Misschien kunnen we het combineren of per type advies variëren. Dat is nu een discussie die we intern voeren. Zelf zit ik ertussenin. Het gaat er mij vooral om dat ons advies toegevoegde waarde heeft. Dat bereiken we door onze adviezen op te schrijven in heldere taal, op basis van een heldere redenering, heldere begrippen op basis van argumenten en feiten."

Niet in hypes terecht komen

"Wat we in ieder geval niet willen doen, is ons inlaten met hypes. In de jaren negentig waren genomics zo'n hype. Je ziet nu, twintig jaar later, dat die voorspelde ontwikkelingen vrijwel niet zijn uitgekomen. Voorbij de hype kan dit met behulp van bijvoorbeeld ICT alsnog gebeuren, maar het leert ons wel niet gelijk met hypes mee te gaan. Een ander voorbeeld is biometrie. Daar schreef ik eveneens in de jaren '90 - als jonge Theo - een hoofdstuk over in het rapport 'At face value' van het huidige College bescherming persoonsgegevens over rond de vraag "Wat zijn de juridische, ethische en sociale aspecten van biometrie?" Vervolgens mocht ik op uitnodiging van de RAND organisation gaan praten op het Pentagon, want de Amerikanen hadden bedacht dat ze het eerst in het leger gingen testen en daarna massaal in de maatschappij gingen toepassen. Pas nu zien we in de iPhone de eerste grootschalige toepassing van de vingerafdrukscan. We moeten dus niet meegaan met elke hype. Daarom proberen we wat ik noem de meerjarige onderstroom te identificeren en dit te relateren aan actuele ontwikkelingen. Voorbeelden van meer tijdloze thema's in de onderstroom zijn personalisering, regeldruk en natuurlijk ook de invloed van technologische ontwikkelingen op de samenleving."

Geen technologenclub

De Raad bestaat - samen met hun deskundige medewerkers - uit mensen met heel

verschillende achtergronden. Bijvoorbeeld filosofen, sociologen, bestuurskundigen, juristen, economen en medici. Maar ook bestuurders en ondernemers. Theo benadrukt dat de Raad "geen technologenclub" is. "We hebben een onafhankelijke rol, we dienen het publiek belang. Formeel op nationaal niveau: regering en parlement. Materieel de hele samenleving."

Eigendom van persoonsgegevens bestaat niet!

"Het zijn de beleidsmakers die onze adviezen gebruiken bij de implementatie. Dat kan door wet- of regelgeving, verzekeringsovereenkomsten of bekostigingssystemen aan te passen. Of juist door niet in te grijpen en mensen en organisaties zelf meer ruimte te geven. Burgers en maatschappelijke organisaties moeten er uiteindelijk baat bij hebben."

Bestaande concepten ter discussie

"Dat betekent dat we moeten durven om bestaande concepten ter discussie te stellen, zoals 'zelfmanagement', 'eigen regie' en 'systeemverantwoordelijkheid'. We willen allemaal de patiënt in het middel-

punt zetten. Alleen vind ik niet dat we dat vervolgens moeten misbruiken om de professionals en patiënten oneigenlijk onder druk te zetten.

Andere voorbeelden zijn de concepten 'privacy' en 'informatie zelfbeschikking'. Velen roepen dat het eigendom van persoonsgegevens in medische dossiers bij de persoon ligt, maar dat is feitelijk en juridisch niet zo. Eigendom van persoonsgegevens in medische dossiers als absoluut onvervreemdbaar recht bestaat niet. Daarbij is het juridisch én praktisch geen bruikbaar concept! De professional die een medisch dossier van de patiënt beheert, is verantwoordelijk voor de inhoud, kwaliteit en veiligheid. De patiënt zelf heeft vele rechten. Bijvoorbeeld op inzage, aanvulling en zelfs vernietiging. Je kan dus altijd zeggen: "Wis mijn gegevens maar".

Resultaten laten zien

Werk genoeg voor de RV&S. Wanneer is het een geslaagd jaar voor Theo? "Als we onze doorlopende agenda goed gevuld hebben - met een nieuwe organisatie en missie. Daarnaast wil ik dat we aan het einde van dit jaar al de eerste resultaten als RV&S hebben kunnen laten zien. Aan de regering én de samenleving."





IN HET VOLGENDE NUMMER van ICT&health

In gesprek met minister Schippers

We voelen minister Schippers aan de tand over haar visie op ICT en health. Heeft u vragen die wij kunnen meenemen in dit gesprek? Stuur ze dan naar: redactie@icthealth.nl

Verzet op de werkvloer? Hoe kóm je erbij!

In gesprek met Angeliën Sieben, voorzitter verpleegkundige adviesraad at Radboudumc.

Studenten, neem het heft in eigen hand

Stefanie van de Bosch is lid van de redactieraad. Zij adviseert studenten om niet te af te wachten, maar zelf het voortouw te nemen op het gebied van ICT.

Artsen worden coaches

De rol van de arts verandert. Mensen krijgen in toenemende mate adviezen uit andere bronnen. Wat de dokter zegt, is niet meer vanzelfsprekend 'wet'.

De visie van Bart Timmers.

En natuurlijk...

De juridische column van Ingeborg van der Meulen, Boeken die je niet mag missen, Wetenschapsnieuws met Tom van de Belt en ICT&health wereldwijd.

HOUD
CONTACT
MET UW
DOELGROEP!



CONTACT HOUDEN



VERBINDEN



ATTENTIE



ONLINE & OFFLINE



KENNIS DELEN

Als Innovation Partner van ICT&health laat u zien dat u actief bent als aanjager van innovatie in de zorg. Bovendien krijgt u de mogelijkheid om uw stem te laten horen. U kunt online én offline ontwikkelingen of nieuwsberichten delen, netwerken of bijvoorbeeld uw evenementen onder de aandacht brengen. Wat uw doelstellingen ook zijn, u maakt als Innovation Partner deel uit van een groot netwerk en krijgt bij ons de mogelijkheid om die in te vullen zoals dat voor uw organisatie het beste past. Meer weten? Bel dan met Tom Xhofleer: 06 11 53 92 39 of stuur een mail naar: info@icthealth.nl



Philips Medido, de intelligente medicijndispenser:

“De juiste medicijnen, altijd op het juiste moment”

De Philips Medido is een slimme medicijndispenser, die werkt met een volautomatisch uitgiftesysteem. Hij zorgt ervoor dat u de juiste medicijnen op het juiste moment ontvangt en eraan herinnerd wordt deze in te nemen.

De Philips Medido wordt gevuld met de medicijnrol die u ontvangt via uw apotheek. Middels een signaal wordt u eraan herinnerd uw medicatie in te nemen. De dispenser staat permanent in verbinding met de zorgverleners. Zij nemen contact met u op als u niet reageert op het signaal van de dispenser. De Philips Medido vermindert het risico op het verkeerd innemen van medicijnen. U kunt weer zelf uw medicatie innemen en u bent minder afhankelijk van anderen. Daarnaast ondersteunt hij de thuiszorg omdat zij u op afstand kunnen begeleiden met uw medicatie.



innovation  you

Verkrijgbaar via de thuiszorg
voor meer informatie kijk op: www.philips.com/medido

PHILIPS