

'Om te innoveren moeten de ramen open'

7 december 2021



Het traditionele model waarin de patiënt naar het ziekenhuis komt voor een diagnose of behandeling en dan weer vertrekt, loopt op zijn eind. De redenen daarvoor zijn bekend: de disbalans tussen de stijgende zorgvraag vanwege ouder wordende patiënten met multimorbiditeit en het aanbod aan zorg, dat onder druk staat door het tekort aan medewerkers. Net als andere ziekenhuizen is OLVG daarom bezig met het anders inrichten van de zorg. □□

Centraal in deze transformatie staan samenwerking, interoperabiliteit en de inzet van digitale toepassingen. Vanuit een heldere visie, gebaseerd op zijn ruime ervaring als arts, hoogleraar en digitaal innovator, geeft Van den Bosch sturing aan deze beweging. Niet alleen binnen het Amsterdamse topklinische ziekenhuis, maar ook in regionaal verband. □□

Toekomstbestendige ziekenhuiszorg, hoe ziet die er in uw ogen uit?

□“Waar we aan werken, is de overgang van gebouwen met een specialisme-gestuurd zorgaanbod naar een ecosysteem van zorgaanbieders – digitaal, fysiek en hybride – richting burgers en patiënten, waarin hun vraag leidend is. Het ziekenhuis van de toekomst heeft geen

muren. Dit betekent dat je veel meer als een systeem van aanbieders om de burger en patiënt heen beweegt en in beeld komt op het moment dat iemand jou nodig heeft. Daarvoor moeten we zowel letterlijk als figuurlijk muren afbreken. Want zo'n situatie kun je alleen succesvol realiseren als je in staat bent tot samenwerken en het delen van data."□□

Met het afbreken van muren hebben jullie ervaring opgedaan binnen de Virtual Ward. Wat levert dit initiatief jullie op?

□“Twee jaar geleden zijn we met VVT-organisatie Cordaan, de Amsterdamse Huisartsen alliantie, zorgverzekeraar Zilveren Kruis en de gemeente Amsterdam begonnen om chronische zorg vanuit het ziekenhuis naar de thuissituatie te brengen. Dat doen we nu bij een paar duizend patiënten voor in totaal 13 zorgpaden, waarvan hartfalen, hartritmestoornissen, COPD, diabetes en ouderenzorg de belangrijkste zijn. Deze mensen worden niet meer in het ziekenhuis behandeld, maar thuis. Dat heeft geleid tot een reductie van ongeveer 35 procent van alle poliklinische consulten, een substantieel aantal dus.”

□□“De chronische zorg in de thuissituatie wordt georganiseerd vanuit ons regiecentrum, dat we vorig jaar voor de Corona Check App hebben ingericht en nu gebruiken voor monitoring op afstand. Op basis van de verwijzing van de huisarts via ZorgDomein beoordelen artsen en verpleegkundigen of het eerste contact al via (beeld)bellen bij de patiënt thuis kan plaatsvinden. Ook zaken als bloed prikken of zuurstof toedienen kan bij mensen thuis. En heeft iemand medicijnen nodig, dan kunnen wij die zelfs aan huis bezorgen met onze eigen elektrische voertuigen of bakfietsen.”

□□“Ziet het regiecentrum dat het toch niet goed gaat met een patiënt, dan komt die naar het ziekenhuis voor behandeling. Met Cordaan werken we samen als iemand vervolgens niet naar huis kan of thuis ondersteuning nodig heeft van de wijkverpleging. Ook de huisarts kan ervoor kiezen een bezoek te brengen aan de patiënt. Dit regelen we als multidisciplinair medisch team.”

□□“Inmiddels wordt een groot deel van deze chronische zorg buiten de muren van het ziekenhuis gegeven. Je werkt dan dus samen in een team met mensen van andere zorgorganisaties. Dat is in het begin wel wennen, maar we merken tegelijkertijd dat deze manier van werken de mensen die ervoor kiezen, veel energie geeft. Verpleegkundigen vinden het bijvoorbeeld fijn om af en toe ook buiten het ziekenhuis in de wijk te werken.”□□

Hoe vindt de informatie-uitwisseling tussen OLVG, Cordaan en de huisartsen plaats?

□“We hebben ervoor gekozen om allemaal ons eigen informatiesysteem te blijven gebruiken en dat te koppelen aan centraal platform cBoards van Caresharing, dat gericht is op laagdrempelige, themagerichte netwerkzorg. Via een digitaal 'board' in cBoards kunnen artsen en verpleegkundigen van OLVG, de (wijk)verpleegkundigen van Cordaan en de huisarts informatie met elkaar delen over een gemeenschappelijke patiënt. Ook de patiënt heeft toegang tot zijn of haar board. Dat wordt ook de werkwijze binnen het zorgecosysteem van de toekomst: een open platform dat de traditionele zorgaanbieders met elkaar en met de patiënt verbindt.”

□□“Wat we nu onderzoeken, is of we moeten overschakelen op een groter platform als we de Virtual Ward landelijk willen opschalen binnen de Santeon-ziekenhuizen, een groep van zeven ziekenhuizen met een landelijke dekking, waar OLVG deel van uitmaakt. Ook kijken we of we de data die we de afgelopen twee jaar hebben verzameld, kunnen gebruiken voor het ontwikkelen van algoritmes die de zorgprofessional ontlasten en de patiënt nog persoonlijker kunnen adviseren. Op dit vlak maken we nog te weinig gebruik van echte intelligentie. Over beide aspecten, een landelijk te schalen platform en het ontwikkelen van data-intelligentie, zijn we in gesprek met onder meer Philips, want ik denk dat een partnership met een grote internationale partij nodig is om dit te kunnen realiseren.”□□

Zijn jullie bezig met het opschalen van de Virtual Ward?

□“Over deze vraag praten we nu binnen Sigra, het regionaal samenwerkingsverband van zorg- en welzijnorganisaties in Noordholland-Noord, Zaanstreek-Waterland, Amsterdam, Diemen en Amstelveen. We bekijken of ook andere zorgaanbieders uit deze regio kunnen aansluiten op ons platform.”

□□“Een andere route kan dus zijn dat we de Virtual Ward opschalen in Santeon-verband. Maar dan moeten de andere zes ziekenhuizen wel bereid zijn om op een vergelijkbare manier met een vergelijkbaar systeem te werken. Zoiets vinden we in Nederland altijd heel moeilijk. We moeten dan een eerlijke discussie voeren over vragen als: met welk platform we willen opschalen en hoe gebruiksvriendelijk en veilig is dat platform? Er zijn tegenwoordig veel goede app-aanbieders, wil je die een rol geven om op het platform een app te ontwikkelen waarmee de patiënt nog vriendelijker binnenkomt? Op nationaal niveau speelt nog een derde vraag: willen we straks één regiecentrum met een landelijke dekking? Ik denk dat dit prima kan, maar ik verwacht ook dat elk ziekenhuis zegt daar zelf een rol in te willen hebben. Want het wordt natuurlijk de toekomstige poort van de patiënt naar het ziekenhuis toe.” □

Welke partijen praten over deze ontwikkelingen mee?□

“Als je de Virtual Ward landelijk zou schalen over de Santeon-keten, dan hebben we het over ons programma ‘Santeon thuis’ en daar heeft een aantal partijen iets over te zeggen. Als eerste wil ik de patiënt noemen: we moeten dit volledig inrichten vanuit patiëntvriendelijkheid: het moet voor iedereen begrijpelijk en toegankelijk zijn.”□□

Hoe toetsen jullie dat in de praktijk?

□“We leggen het voor aan onze patiëntenadviesraad en het patiëntenpanel, waar zo’n 700 patiënten aan meedoen. Met hen kijken wij naar vragen als ‘hoe maximaliseer je de kans op een breed gebruik?’ Want je wilt voorkomen dat bijvoorbeeld alleen hoog opgeleiden ermee uit de voeten kunnen.”□□

“De tweede partner die meepraat over digitale innovatie, is de professional zelf. Een succesvolle implementatie valt of staat met sociale acceptatie: verpleegkundigen en specialisten moeten op die andere manier willen gaan werken. Daarvoor is het noodzakelijk dat zij er ook over meepraten of liever nog, zelf eigenaar zijn van de ontwikkeling.”

□□“De derde stakeholder is de datascientist. Data analytics is nodig om te bepalen welke waarde je met de innovatie toevoegt in het kader van quadruple aim. Je wilt de data

transparant maken met het oog op kwaliteit: wat is nou echt de verbetering die je voor de patiënt en de zorgmedewerker realiseert en wat bereik je aan de financiële en maatschappelijke kant?" □□

"De vierde stakeholder is de zorgverzekeraar, want ook de financierbaarheid is een cruciaal aspect van succesvolle digitale innovatie. Dit betekent dat de incentive voor medisch specialisten, die nu gericht is op meer productie, moet verschuiven naar mensen langer gezond houden. Medisch specialisten moeten daar deelgenoot van zijn, anders laten zij de zorg die zij nu leveren moeilijk los. Als specialisten nu minder patiënten zien, dan heeft dat direct consequenties voor hun inkomen. We moeten voor hen een win-win situatie creëren, want we hebben hen en hun expertise echt nodig om innovaties verder te brengen. Dan is het ook belangrijk om de financiële prikkels goed te zetten."□□

Verschuif financiële prikkel naar langer gezond houden

Heeft u ook een idee over hoe dat moet gebeuren?

□"Jazeker. Binnen OLVG werken we niet alleen met productie-, maar ook met kwaliteitsprijkkels. Dus als we bepaalde afgesproken kwaliteits-waarden halen, dan belonen we onze medisch specialisten daarvoor." □□

"Ook de NZa en zorgverzekeraars hebben een belangrijke rol in het geven van de juiste prikkels. We zouden de afspraken met zorgverzekeraars kunnen baseren op populatiefinanciering met een soort abonnementssysteem. De insteek is dan: we houden zoveel mensen gezond, we weten dat er dan zoveel mensen in het ziekenhuis komen en daar hebben we dit bedrag voor nodig. Dat kan voor de chronische zorg vrij goed. Wel moeten de zorgpartijen het dan onderling eens worden over de verdeling van het budget, maar dat kun je vanuit de bestaande aantallen doen. Binnen Amsterdam Vitaal & Gezond, een stadsbrede samenwerking van Sigra, de gemeente Amsterdam, Zilveren Kruis en Cliëntenbelang Amsterdam, bekijken we nu of we voor chronische zorg kunnen komen tot een populatiefinanciering. Daarmee willen we patiënten zoveel mogelijk buiten de ziekenhuizen houden, zonder dat dit een aanzienlijk inkomstenverlies voor het ziekenhuis betekent."

□□"Verder denk ik dat je een externe partij nodig hebt om innovaties groot geschaald te krijgen, want je moet ook in nieuwe technologie kunnen investeren. Het ziekenhuis maakt een rendement van 1 of 2 procent en de investeringen die nodig zijn voor een groot geschaald digitaal initiatief, bedragen tientallen miljoenen. Dat kan een ziekenhuis nooit alleen. Er komt een moment dat een innovatie los moet van de eigen organisatie, omdat de groeisnelheid anders door de moeder wordt tegengehouden. Met de Virtual Ward hebben we dat stadium nu bereikt. Het product staat, we hebben de afgelopen drie jaar laten zien dat het werkt en we hebben de uitkomsten op de quadruple aim. Als we dat binnen OLVG houden, kan het niet schalen en niet snel genoeg groeien. Dus in 2022 willen we kijken of we het ook los kunnen zetten van de organisatie, als een eigen entiteit met een eigen verantwoordelijkheid op de onderneming."□□

Welk traject doorloopt een innovatie binnen OLVG voordat deze 'losgelaten' kan worden?

□“Het mooie aan OLVG vind ik dat innovatie ontstaat vanaf de werkvloer. Er zijn veel klinisch gedreven professionals, die ook een sterke koppeling hebben met ondernemerschap. Mensen zijn steeds op zoek naar nieuwe kansen. Om alle ideeën te kanaliseren, werken we met een strakke innovatiefunnel, die wordt aangestuurd door het Kernteam Innovatie Management (KIM). Dit is een groep van zo'n 15 medisch specialisten, verpleegkundigen, bedrijfskundig managers en mensen vanuit de informatisering en automatisering. Onder leiding van de Chief Medical Information Officer komen zij elke maand bijeen en toetsen ideeën voor innovaties op kwaliteit, haalbaarheid en business case.”

□□“Er zijn dan twee mogelijkheden. De eerste is dat het KIM de raad van bestuur adviseert dat een ontwikkeling zo belangrijk is, dat die vanuit bestaande middelen moet worden gesteund. Een voorbeeld daarvan is Rover, een mobiel systeem van onze EPD-leverancier Epic, waarmee verpleegkundigen gemakkelijk data kunnen invoeren via een handheld device. Dit hebben we opgenomen in onze reguliere investeringsbegroting en zijn we gaan uitrollen.”

□□“Het kan ook zijn dat er iets nieuws gebouwd moet worden. Daarvoor hebben we een eigen innovatiefonds met jaarlijks 250.000 euro. Dit bedrag verdelen we over vijf projecten, die een jaar lang mogen starten met speciale begeleiding, aandacht en tijd. Voor deze projecten proberen we in dat jaar eigen funding op te halen om verder te groeien. Een voorbeeld hiervan is de Virtual Fracture Clinic, een initiatief van onze traumatologen. Patiënten met mobiel gips worden nu thuis begeleid via een app en een virtueel multidisciplinair team, waardoor we veel besparen op diagnostisch onderzoek en poliklinische contacten. Dat is al in het eerste jaar zo'n succes geworden dat zorgverzekeraars er nu ook aan bijdragen, onder voorwaarde dat we het beschikbaar stellen aan andere ziekenhuizen. Inmiddels is de Virtual Fracture Clinic in 14 ziekenhuizen opgeschaald.”

□□“Als een innovatie binnen het eerste jaar niet blijkt te werken, dan stoppen we ermee. We spreken per fase duidelijk af welk resultaat we verwachten en mijn ervaring is dat als het resultaat er op een bepaald moment niet is, het er later ook niet komt. Dus je moet op tijd durven zeggen: dit wordt hem niet.” □□

Willen we één regiecentrum met landelijke dekking?

Worden zorgmedewerkers binnen OLVG vrijgemaakt en opgeleid om te innoveren?

□“We zetten nu meer in op opleiden, mede dankzij onze ervaringen met de Corona Check App. Toen hebben we gezien hoe belangrijk scholing is, niet alleen op technisch vlak, maar ook in een andere manier van werken. Technologische innovatie vraagt altijd om sociale transformatie. Dat is de enige manier waarop het duurzaam verankert.”□□

“Ook worden medewerkers vrijgemaakt om te werken aan nieuwe ontwikkelingen. Dat is belangrijk, want zij verzinnen de oplossingen van de toekomst. Net als klinisch werk zijn onderzoek, innovatie en onderwijs gewoon taken, geen hobby. Daarom heeft OLVG naast het

KIM een team van zes innovatieartsen en een verpleegkundige, die een halve dag per week vrij zijn van hun reguliere werk om met innovatie bezig te zijn. Zij sturen allemaal een groep aan, gericht op thema's als datascience, patiëntgericht organiseren en netwerkzorg."□□

Uw houding bij innovatie is dat de ramen open moeten: kijken en luisteren naar anderen om nieuwe kennis en inzichten op te doen. Hoe neemt u zorgprofessionals daarin mee?

□"Ik werk zoveel mogelijk met hybride teams. Daarvoor probeer ik techneuten naar binnen te brengen in teams met artsen en verpleegkundigen. Dat kunnen wiskundigen zijn, bijvoorbeeld van AI-start up PacMed, natuurkundigen van Philips of data-analisten van Luscii."

□□"Het succes van de Corona Check App in 2020 was het resultaat van hybride teamvorming: we zijn twee weken met mensen van OLVG en Luscii in een pressure cooker gestapt, wat leidde tot een product dat geen van beide partijen alleen had kunnen maken. OLVG had een meer klinische inbreng en Luscii een meer technische en beide teams daagden elkaar uit en leerden van elkaar. Je ziet in zo'n setting dat techneuten klinischer gaan denken en clinici technischer. Dat leidt tot betere oplossingen."

□□"Onlangs had ik een meeting met een topteam van Google, daar zitten we met 12 mensen afkomstig uit het bedrijfsleven, de zorg en universiteiten. We praten over allerlei onderwerpen, bijvoorbeeld het ontwikkelen van algoritmes. Iedereen brengt zijn eigen expertise in en daagt de ander uit. Ik noem dat 'grenzenwerk': zoek de grenzen van jouw vak op, daar leer je het meest."□□

Welke inzichten heeft dit grenzenwerk u als bestuurder gebracht?

□"Dat wat wij als zorg maatschappelijk bijdragen, steeds belangrijker wordt. Er is een verschuiving geweest van het perspectief van de professional naar dat van de patiënt en binnenkort bewegen we richting het maatschappelijke perspectief. Als je bijvoorbeeld kijkt naar het verschil in levensverwachting tussen Amsterdam West en Zuid, dat is zeven jaar. Het verschil in gezonde levensjaren bedraagt zelfs 15 jaar. Dat vind ik verschrikkelijk. Het is daarom mijn ambitie om dat verschil te verminderen door het te zien als een maatschappelijke verantwoordelijkheid, die we ook als zorgorganisaties moeten nemen."□□

En wat is uw actie hierop?

□"Je moet deze problematiek domeinoverstijgend aanpakken en samen kijken naar vragen als: hoe ziet de arbeidsmarkt eruit, welke banen hebben deze mensen, wat is hun opleiding, hoe wonen ze? In Sigra-verband zijn we nu in gesprek binnen deze domeinen om te kijken wat we gezamenlijk kunnen doen. Wat kan een ziekenhuis samen met de gemeente en woningcorporaties doen voor bijvoorbeeld gezinnen, waarin verslavingszorg een onderwerp is? Daarvoor gaan we nu de wijken in."

□□"We bekijken hoe wij mensen op de juiste manier informatie kunnen geven, bijvoorbeeld

over het bestrijden van diabetes. Misschien moet dat niet meer in het ziekenhuis, maar juist in de wijk of in de moskee. Daarvoor werken we ook samen met de GGD, net als bij het vaccineren tegen COVID-19. In eerste instantie lag de vaccinatiegraad in Amsterdam West lager dan het gemiddelde van de stad. Toen hebben we de GGD gevraagd: waar kunnen we jullie helpen? Hetzelfde geldt voor de adoptie van innovaties. Als die alleen voor de happy few zijn, dan doe je het qua gezondheidszorg niet goed. Wij moeten ervoor zorgen dat ze breed gedragen worden. Die maatschappelijke verantwoordelijkheid nemen, daar moeten we als zorgorganisaties naartoe groeien.”