

# ICT & health

NL • NR.4 AUGUSTUS 2017

**E-health  
maakt apotheek  
persoonlijker en  
efficiënter**

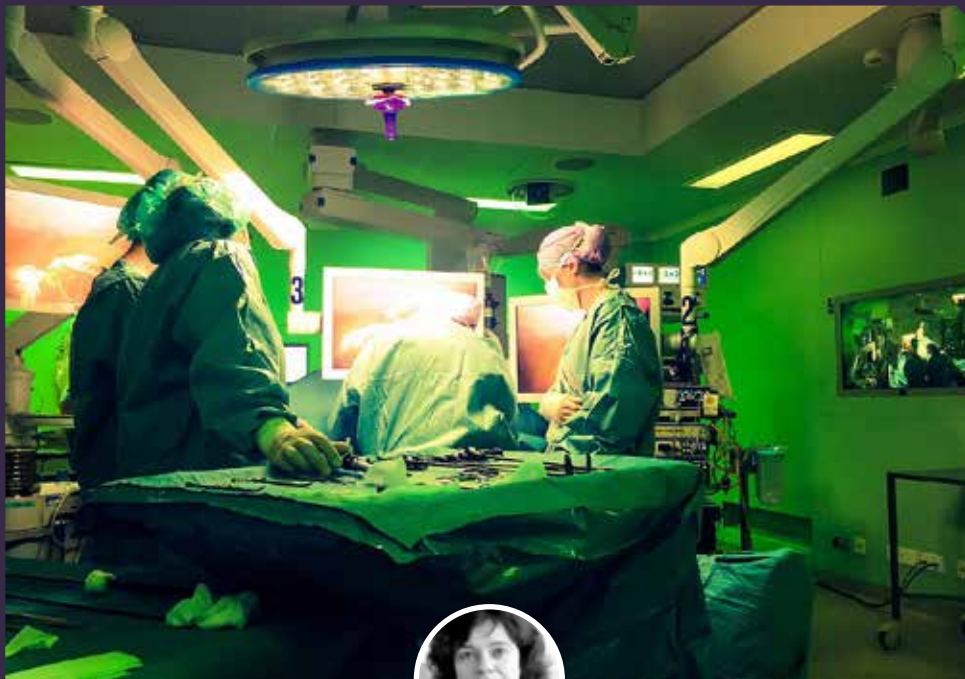
Marlies Schijven, hoogleraar Chirurgie en programmaleider e-health NFU:

**'De beste oplossing voor de  
zorgvraag moet centraal staan.'**

Voorbeschouwing  
eHealth Monitor  
Nictiz

Marlies Schijven is chirurg, en dagelijks met innovatie bezig. Ze werkt vanuit verschillende functies in de zorg met het thema, waarbij haar benadering analytisch is. 'Vertrek vanuit de vraag uit de zorg', is het simpele antwoord op de zoektocht van zorginstellingen naar de beste methode om innovatie in de zorg te implementeren. 'Vanuit de zorg kun je vervolgens bekijken of en zo ja, welke technologie er dan moet worden toegepast. De zorg is nu eenmaal complex, en de eerste 'standaard patiënt' moet ik nog tegenkomen. Een 'one-size-fits-all' oplossing bestaat niet.' ►

**“De beste oplossing voor de zorgvraag moet centraal staan. Soms is dat met behulp van e-health!”**



DOOR YVONNE KEIJZERS

Iedere goede zorgrelatie met een patiënt die bij bewustzijn is en waar het niet om een traumatisatie gaat, begint met een wederzijdse kennismaking en het verduidelijken van de zorgvraag. Daarna start pas de zoektocht naar de juiste oplossing. Volgens Marlies Schijven kán technologie hierin ondersteunen, maar kan dat soms ook niet. 'Het is gewoon zoeken naar wat goed past. Met technologie krijgen we nieuwe mogelijkheden, maar het is echt geen 'one-size-fits-all'. Daar moeten we met gezond verstand over nadenken. Nu worden er allerlei zorginnovaties in de markt gezet. Vaak door heel bevlogen mensen, die lang niet altijd zelf actief in de zorg zijn geweest. Allerlei initiatieven sneuvelen. Dat schoont misschien vanzelf lekker op, maar is wel zonde van geld en goede bedoelingen. Veel aanbieders doorzien gewoonweg niet goed genoeg waarom iets wel of niet kan 'landen' in de zorg.

#### Weerbarstig

Je hoort vaak om je heen dat 'de zorg zo weerbarstig is' als het gaat om implementatie van zorgtechnologie en e-health oplossingen. Maar volgens mij krijg je meer inzichten als je het omdraait: heb je er als leverancier echt goed over nagedacht waarom jouw oplossing een antwoord is – en op welk probleem? En

als je dat kunt uitleggen, waarom is het dan echt beter dan wat er nu gebruikt wordt? Wat is je bewijs voor je stelling? En als dat dan zo is, kun je dan verklaren waarom het nog niet gebruikt wordt? Heb je je goed genoeg verdiept in de condities waarmee we werken in de zorg, zoals patiëntveiligheid en privacy?'

Schijven noemt als voorbeeld videobellen. 'Wij wilden graag videobellen gaan toepassen in het AMC. De innovatieaanvraag daarvoor heb ik vier jaar terug al geschreven. Waarom moet het dan zolang duren? Want ja: iedereen Skypet of gebruikt Facetime. Het valt echter wel toe

“ **DAT TECHNOLOGIE MOGELIJKHEDEN BIEDT, WIL NOG NIET ZEGGEN DAT HET OOK PAST** ”

te lichten. We hadden er inderdaad voor kunnen kiezen om eerder een oplossing van een zorgaanbieder af te nemen die technisch goed functioneert. Dan waren we al eerder aan de slag geweest en dat had ik ook graag gedaan. Maar er speelden ook andere overwegingen mee. We hebben ons

echt afgevraagd: wat wil je je patiënt en de zorgverlener precies bieden? In ons geval koos het AMC-VUMC er uiteindelijk voor om videobellen via de geborgde omgeving van ons Elektronisch Patiëntendossier (EPD) EPIC te laten verlopen. En daarmee wordt het een ander verhaal. Want met die keuze creëer je ook weer nieuwe afhankelijkheden. In de planning bijvoorbeeld. Als een heel ziekenhuis, en in dit geval twee ziekenhuizen, een nieuw EPD gaan implementeren, heeft videobellen simpelweg niet de prioriteit in werkzaamheden. Dan moet de basis van het dossier eerst echt op orde zijn. Maar ook beperk je je – door te willen bellen via het eigen patiëntendossier – in je keuze qua aanbieder. Wij vinden dat we dat met goede reden doen, want je wilt gewoon echt niet op de voorpagina van de Telegraaf belanden omdat zorggegevens op straat liggen. In de tussentijd hebben we mooi het privacy-impact assessment goed kunnen doen. En we hebben uitgezocht hoe je ook met patiënten kunt videobellen die nog niet als patiënt geregistreerd staan in je ziekenhuis. Veel mensen komen immers van ver naar het AMC.'

We hebben onderzocht of er mogelijkheden zijn om patiënten te identificeren en authenticeren op afstand, zodat je ze een patiëntnummer kan toebedelen waarmee ze ook kunnen videobellen via 'Mijn Dossier', het patiëntportaal van ons EPD. Allerlei randvoorwaarden die mensen zich vaak niet realiseren. De 'buitenwereld' vraagt zich terecht af waarom het zo lang duurt om te kunnen videobellen met het ziekenhuis. En dat snap ik ook wel. Maar als je de context uitlegt, is er vaak begrip. Dat

uitleggen moet je dus wel doen, niet alleen naar patiënten. Want ook voor zorgverleners en –managers is het soms onduidelijk. Technologie kan dus nieuwe mogelijkheden bieden. Maar dat iets mogelijkheden biedt, wil nog niet zeggen dat het per definitie beter is dan wat we hebben.'

### Denk jij dat die centrale vraag niet goed genoeg wordt onderzocht?

'Rond die centrale vraag zit een ecosysteem van mensen aan de vraagkant en mensen aan de antwoordkant. Dan moet je vervolgens kijken of je het primair goed kunt oplossen met de middelen die je al in huis hebt. Is het mogelijk door middelen slimmer in te zetten of de problematiek anders te benaderen? Zo niet, dan is het belangrijk om verder te kijken. Maar drukken op e-health ómdat het iets van nu is en je het daarom alleen al per se wil inzetten leidt niet tot duurzame oplossingen. Dus denk na voordat je als zorginstelling een dure robot aanschaft om een eenzame oma blij te maken. Nadat de eerste oeh en ah's verstommen, de bestuurder blij is en de mooie foto in de krant heeft gestaan, loop je het risico dat de zoveelste gadget in de kast belandt. Technologie vergt immers onderhoud. Robots handelen echt niet vanzelf, dat moet geprogrammeerd en bijgehouden worden. En het kan – en gaat – stuk. Uiteindelijk snijd je daarmee jezelf in de vingers. Als chirurg lijkt me dat geen goed plan, haha! Ik durf te beweren dat als je oma een knuffel geeft, en gewoon wat vaker een praatje met haar maakt, je een meer tevreden en gelukkiger oma hebt. Kan daar niet wat van het onderzoeksbudget in deze tijd naartoe? Of zeg ik nou hele gekke dingen? Enfin, onderzoek dan tenminste wat je bereikt met de inzet van je hippe gadget, en wat het oma oplevert. Dan is het wat mij betreft ook nog prima, want daar hebben we, als je het goed doet, met z'n allen wat aan. Maar blijf in hemelsnaam wel nadenken en raak niet verblind enkel door de belofte van technologie.'

Dat verhaal moet veel meer verteld worden, vindt Schijven. 'Kijk maar eens wat er op congressen gebeurt. Ik zie er echt nauwelijks zorgverleners in de zaal. Wel bestuurders, patiënten en zorgmedewerkers die zelf een innovatie over het voetlicht willen brengen. Bij de laatste groep hoor ik overigens ook, maar ik ben niet vies van stevige reflectie 'on stage'. Maak ik me ook niet altijd populair mee, maar ik vind dat gewoon belangrijk. Net zoals ik het heel belangrijk vind dat patiënten op zulke events betrokken worden, want daar doen we het tenslotte allemaal voor. Maar ik mis echt die zorgverlener; die hoort daar,

ondanks beperkte tijd en volle agenda's, óók te zitten. Ik roep dan ook heel hard tegen zorgverleners: die zorgtechnologie, verdiep je er nou eens in, en bemoei je je er ook mee! Want ook een zorgtechnologie-relatie kan alleen maar bloeien na wederzijdse

invoeren. Toch zie je ook bij die 'quick wins' dat mensen het niet altijd dóórhebben, en je dus altijd context moet bieden. De videobrill wordt bijvoorbeeld vaak verward met een Virtual Reality bril. Maar daar heeft de videobrill echt niets mee te maken. De

“

## 'IK ROEP DAN OOK HEEL HARD TEGEN ZORGVERLENERS: DIE ZORGTECHNOLOGIE, VERDIEP JE ER NOU EENS IN'

”

kennismaking en verdieping. Anders blijft het bij wat duwen en trekken tussen belanghebbenden, maar zonder die betrokken zorgprofessional die uiteindelijk nieuwe zorg moet gaan verlenen. Dat werkt natuurlijk niet. Die aansluiting en verbinding vind ik enorm belangrijk.'

### Hoe ver moet je met onderzoek en kritische reflectie gaan?

'Natuurlijk zijn er 'quick wins'. Zo'n videobrill op de OK die wij gebruiken is daar een mooi voorbeeld van. Dat vind ik echt een no-brainer. Het gaat om volledig uitontwikkelde technologie die nu op een heel charmante manier is in te zetten in de zorg. En daar hoef je een zorgsysteem niet voor overhoop te halen. Wel moet je wat je ermee wilt gaan doen natuurlijk laten toetsen door de medisch-ethische toetsingscommissie. Wat doen we precies? Het werkt nu eenmaal zo dat als je mensen goed afleidt, ze minder pijn ervaren en de tijd sneller gaat. Als je in een vliegtuig een filmpje kunt kijken ben je er zó, en zonder duurt dezelfde reis verrekke lang. Op de OK onderzoeken we of deze veronderstelling klopt. Dus of het inzetten van de videobrill ervoor zorgt of we inderdaad minder pijnmedicatie hoeven in te zetten, en of patiënten meetbaar minder stress ervaren. Door goed opgezet onderzoek, zoeken we uit wat we kunnen verbeteren en besparen, en kunnen we collega's en zorgmanagers beter overtuigen een aantal van die brillen aan te schaffen. Onderbouwing van uitgaven voor 'iets nieuws' moet je gewoonweg altijd leveren in de zorg. Quick wins kun je relatief snel

videobrill is een bioscoop op je neus. Ik moet er niet aan denken de patiënt een VR bril op te zetten tijdens een OK. Dan krijg je een patiënt die met zijn hoofd en halve bovenlijf ligt te draaien omdat hij van alles in die virtuele omgeving wil gaan bekijken. Zal de anesthesist en ook de chirurg echt niet blij van worden...'

### E-health containerbegrip

Volgens Schijven is het begrip e-health een containerbegrip. 'Het begrip is nietszeggend, want niemand weet wat er precies wel en niet mee bedoeld wordt. E-health is wat mij betreft dan ook niet 'de norm'. Het leveren van goede zorg is de norm! En hoe je dat in een gegeven situatie het beste bereikt, dát is de vraag. We moeten nadenken of, en waar een stukje technologie goed past. Als we er zo met zijn allen, dus mensen die zorg geven of ontvangen, ►



over nadenken gaat het naar mijn overtuiging in ieder geval beter en misschien ook wel wat sneller. Vertrek dus vanuit de vraag en niet vanuit het aanbod. Je kan immers wel van alles op de markt zetten, maar dat betekent echt niet dat het iets op gaat lossen. Vergelijk het eens met medicijnen, daar heb je een enorm scala aan. Daarvan wil de patiënt toch ook dat ik voorschrijf wat aantoonbaar werkt? En ook geen spul dat niet getest is? Kortom: vraag je je af: wat past bij de patiënt?’

#### Wordt het tijd om vooral besturen van zorginstellingen te leren de juiste vraag te stellen?

‘Ja, om te voorkómen dat ze te weinig idee hebben van wat een aankoop oplevert en teleurgesteld raken. Op congressen, maar ook in zorgtechnologie bladen en via online blogs, word je geféteerd op allerlei fraaie verhalen over e-health. Successtory's waarvan het merendeel gewoon niet waar is, of te fraai geschetst is. En nog vaker, verhalen waarvan je dat helemaal niet kunt objectief inschatten. Online is het e-health Utopia! Ik vind het dus niet gek dat er in de ‘fall-out’ van de eerste e-health gekte nu steeds meer kritische geluiden opkomen. En dus ook niet dat er mensen afhaken, inclusief de bestuurders. Eigenlijk is het gewoon goed om het geloof in zorgtechnologie een beetje te verliezen. Pas dan is er ook ruimte voor reflectie en valorisatie van gestelde claims op e-health effectiviteit. Misschien is dat wel de hype waar we allemaal doorheen moeten. Ik ben blij dat dat nu gebeurt. Want geloven in e-health en zorgtechnologie is naïef. We moeten het wéten.



‘Daar heeft een patiënt ook recht op. Mensen krijgen door industrie en ‘e-health believers’ mooi voorgespiegeld wat er allemaal mogelijk is en wat er kan. Maar uitleggen waarom het niet voor iedereen geldt, of resultaat wat langer duurt, dat is niet zo sexy om te vertellen.

#### Oplossing van probleem

Daarbij is het ook lang niet altijd gezegd dat een zorgverlener kan werken met een zorginnovatie gericht op patiëntzelfzorg. Dus snappen mensen het niet meer. Dat kan je ze natuurlijk moeilijk kwalijk nemen.

## “ IK WIL NIET GELOVEN IN DE KRACHT VAN ZORGTECHNOLOGIE. IK WIL HET WÉTEN. ”

De patiënt, die ik toch wel duidelijk wil onderscheiden van een consument, wil immers oplossingen voor een probleem. Dat is wat anders dan het aansporen tot gezond gedrag met bijvoorbeeld activity trackers voor zorgconsumenten, dat laat ik hier even buiten.

#### Digitale bijsluiter

De industrie verkoopt zorgtechnologie producten gericht op patiënten uiteindelijk gewoon om winst te maken, en ook vaak zonder dat er een goede ‘bijsluiter’ worden aangeboden. Voor je het weet beland je in de zorg daardoor in een heel naar cirkeltje: de producent heeft een ‘oplossing’ verkocht, de patiënt heeft het als ‘oplossing’ verkochte product proactief en enthousiast gebruikt –maar nu wil de zorgverlener er niet aan, of deze kan er niets mee. Dat draagt bepaald niet bij aan het verbeteren van een zorgrelatie. Hoe verbeteren we dit nou? Want we willen toch echt meer regie bij de patiënt brengen met zorgtechnologie. Die zoektocht, van de juiste oplossing kiezen voor de exacte vraag: dat moeten we echt transparanter weten te maken en daar moeten we elkaar beter in zien te vinden. Het ontbreken van een genuanceerde ‘digitale bijsluiter’, bijvoorbeeld, vind ik een manco. Dat zouden aanbieders van zorginnovatie op het terrein van zelfzorg

voor patiënten echt moeten doen. Naar mijn mening is dit nog onvoldoende ingevuld, en de consequentie hiervan landt nu regelmatig als hete aardappel in de spreekkamer. Net zoals makers van medicijnen onomstotelijk bewijs moeten leveren dat hun product werkt en niet schaadt, en moet vermelden wat de bijeffecten kunnen zijn, zou een digitale zorgbijsluiter er óók moeten zijn. Scheelt mij een boel hete aardappels.’

#### Evidence Based

‘Ik ben er daarbij wel sterk voorstander van dat we onderzoeken of en hoe we sneller tot

bewijsvoering voor nieuwe zorginnovaties komen. Evidence based is nog altijd de beste manier van onderzoek doen, maar dit duurt lang. Dus vraag jezelf af: hoe lang wil je wachten op de bewijslast voor de innovatie die je wilt brengen? Misschien volstaat enkel het ‘aannemelijk maken’ ook, bijvoorbeeld als het belang groot is en het risico klein. Hier geldt genuanceerd nadenken en belangen en risico's in schatten. Een medische behandeling starten of wijzigen op basis van data verkregen via zelfmetingen is niet van de zelfde categorie als mensen met een activity tracker stimuleren tot bewegen. Wij onderschatten echt hoe mensen in de thuissituatie met zelfzorg materialen of meetapparatuur kunnen omgaan. Het ding kan wel goed meten bijvoorbeeld, maar je kunt heel goed consequent verkéerd je bloeddruk opnemen, net zo goed als je met meer of minder kleren op de weegschaal staan, of een beetje kunt smokkelen.’

‘Om mensen goed te helpen, kunnen we maar beter uitgaan van hoe mensen in elkaar zitten. De meesten van ons zijn gericht op snelle winst. Zeker als je ziek bent. En daar heb ik niet altijd de oplossing voor. Maar een gadget waarvan niet bewezen is of het werkt, of waarvan niet duidelijk is of iemand het juist gebruikt, helpt de patiënt zeker niet.



**MEER OVER NFU**  
Bekijk de website  
voor meer informatie.

Het is weliswaar een programma vanuit de Nederlandse Federatie van Universiteiten, maar we kijken nadrukkelijk over onze eigen huizen heen en bij bijna alle activiteiten zijn andere partijen zoals huisartsen en perifere ziekenhuizen betrokken. Het AMC verzorgt het programmamanagement, waarin ik nauw samenwerk met dr. Debora van Dam, de programma manager die elders in dit blad toelichting geeft op het programma. We zullen het programma afsluiten met een slotmanifestatie in december 2018, en via onze website [www.nfu-ehealth.nl](http://www.nfu-ehealth.nl) is het programma goed te volgen. Ook kan men hier aangeven mee te willen doen in de spiegelgroepen. Op naar resultaat! ■



**Marlies Schijven** is hoogleraar Chirurgie, in het bijzonder Serious Gaming, Simulation en Applied Mobile Healthcare, aan AMC-UvA. Zij is tevens programmaleider e-health van het NFU Citrien programma. Naast chirurg is zij ook gepromoveerd op het gebied van Virtual Reality, is zij cum laude afgestudeerd als Master in Health Sciences en studeerde zij aan de Design Academy. Binnen het AMC is zij voortrekker in diverse internationale en nationale samenwerkingsverbanden rondom simulatie, mhealth en serious gaming. Ook is ze 'eigenaar' van het dossier 'MyChart / Mijn Dossier' - het patiëntenportaal in het elektronisch patiënten dossier EPIC en is zij initiatiefnemer van het 'Keurmerk Valide Games'.



### Leren door te onderzoeken

'Ik onderzoek alles wat ik inzet in de zorg. En nee, dat gaat ook bij mij echt niet altijd goed. Een voorbeeld? Onze Hospitality app, die we hebben ontwikkeld omdat patiënten op de poli regelmatig te laat komen en dan vaak mede daardoor gestrest zijn. Deze patiënten kunnen daardoor de inhoud van de afspraak met de dokter niet goed onthouden. We koppelden daarmee studenten aan patiënten, als 'routebegeleider' in het ziekenhuis. De student mocht bij het consult zijn en kon er zo van leren, en ook nog eens na afloop aan de patiënt herhalen wat er gezegd was. Na het implementatieonderzoek bleek dat mensen de app weliswaar wel downloaden, maar eigenlijk niet om een student te bestellen. Ze gebruikten de app met een ander doel, namelijk omdat hun afspraak dan automatisch in hun agenda kwam. Dát vonden de mensen handig. Niet het door ons bedachte feit dat iemand met hen mee naar de poli kon lopen, en bij het consult kon zitten. Wat bleek? Mensen die de app gedownload hadden, vroegen eenmaal op de poli gearriveerd aan de eerste de beste persoon met een witte jas wel welke kant ze op moesten als ze het niet kunnen vinden. Dus staan er nu heel herkenbare gastvrouwen direct bij de ingang van de poli. En dat werkt prima! Daar kunnen we, en moeten we van leren. Wat hebben we niet goed gedaan? Natuurlijk hebben we een focus onderzoek op voorhand gedaan en als je op voorhand vraagt of mensen die service willen, dan zegt iedereen ja. Maar in de praktijk bleek het dus anders. We zetten nu die agenda-

push in Epic naar Mijn Dossier. Die winst pakken we dus wel mee. Juist deze leertrajecten zijn belangrijk. Want dan weet je pas of de technologie het antwoord is op de vraag.'

### Nog even over het NFU Citrien eHealth programma wat je leidt, kun je dat toelichten?

'Zaker! Met acht stuurgroep leden, allen gemandateerd door de eigen Raden van Bestuur van de academische ziekenhuizen brengen we kansrijke innovaties verder. De leden sturen projectleiders aan die werken aan door de stuurgroep streng geselecteerde oplossingen voor zorgproblemen. Hierbij is steeds vanuit een probleem vertrokken. Deze projectleiders hebben daartoe allen volgens het 'SMART' model toetsbaar moeten opschrijven wat ze precies oplossen, volgens welke tijdslijn, en wat het beoogde resultaat is. Afhankelijk of ze hun eigen voorspelde resultaten bereiken, vindt er getrancheerd subsidietoekenning plaats. Dat blijkt enorm goed te werken, vooral ook omdat de projectleiders van de acht UMC's elkaar steeds tegenkomen in geplande werkplaatsen. In deze werkplaatsen draaien ook spiegelgroepleden mee. Deze mensen bieden vanuit heel verschillende invalshoek inzichten die echt onmisbaar zijn. Denk aan juristen, maar ook patiëntvertegenwoordigers, zorgverzekeraars en medisch ethici. Uiteindelijk moet echt aantoonbaar bijgedragen worden aan het bereiken van twaalf 'programma-deliverables'.