

CO-CREATIE EHEALTHBOEK

eHealth, technisch kunstje of pure veranderingkunde?

Een initiatief van

Co Politiek & Remco Hoogendijk

Een co-creatie van

250 co-auteurs & innovatoren

Vormgegeven door

Dana Kalfsbeek & Fritiof Eriksson

11 december 2014

WAAROM DIT BOEK?

De inzet van eHealth geeft geweldige mogelijkheden om de kwaliteit van zorg te verbeteren, de toegankelijkheid te vergroten en de kosten te beperken. Steeds meer partijen in de zorg lopen er warm voor. Ook de minister heeft eHealth hoog op de agenda staan. Grootschalige implementatie van eHealth is echter geen sinecure.

Dit boek laat de beloftes en uitdagingen zien van eHealth. Het belicht eHealth vanuit verschillende perspectieven. Deze co-creatie verbindt innovatoren, co-auteurs, bestuurders, zorgprofessionals, cliënten en experts die een visie en mening hebben op en over eHealth. Dit boek kunt u lezen als een onafhankelijk advies over het versnellen van de implementatie van eHealth.

EEN WOORD VOORAF

Met dit co-creatie eHealthboek willen we iedereen in de zorg op een positieve wijze prikkelen om te komen tot verandering ondanks dat Nederland al jaren de beste zorg in Europa heeft. De komende jaren zullen de kosten naar verwachting onevenredig stijgen en dat zet het zorgsysteem flink onder druk.

Met alleen het basis-verzekeringspakket kleiner maken en/of de premie te verhogen komen we er naar verwachting niet. Echte verandering vraagt fundamentele wijzigingen en eHealth kan daar in een bepaalde mate positief aan bijdragen.

Veranderingen met behulp van technologie zijn echter ook de moeilijkste. Want naast de technische werking gaat het hier met name over hoe mensen de technologie adopteren. Het gaat dan om gedrag, vertrouwen, gemak, persoonlijke drivers, veranderingsbereidheid etc.

Hoe mooi we het nieuwe proces met de technologie ook vooraf kunnen uittekenen, in een pilot kunnen uitproberen en hoe mooi de businesscase ook klopt. Uiteindelijk moeten mensen, in dit geval cliënten en zorgprofessionals, op grote schaal bereid zijn om de zorg te krijgen en te verlenen op een totaal nieuwe wijze.

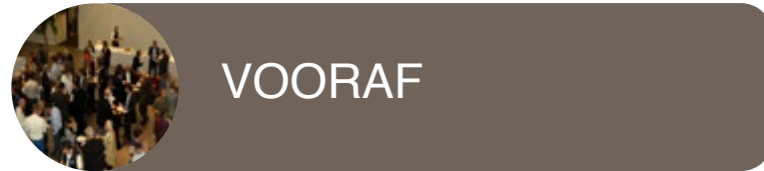
Dit boek neemt u mee in de wondere wereld van eHealth. Wat is het en wat komt er bij kijken om het te kunnen implementeren. Wat zijn lessons learned en wat zijn andere manieren van kijken om eHealth succesvol te kunnen inzetten.

Wij wensen u veel leesplezier!

Met beste groet,

Co Politiek & Remco Hoogendijk

INHOUDSOPGAVE



VOORAF



GEBRUIK IN
HET VELD



E-HEALTH IN 2025



MANAGEMENT
SAMENVATTING



HET E-HEALTH
AANBOD



DE INITIATIEFNEMERS
& ADVIESRAAD



ADVIES AAN
STAKEHOLDERS



INNOVATIE &
MATURITY



DANKWOORD



E-HEALTH
WAT IS HET?



CONTEXT, ORGANISA-
TIE & IMPLEMENTATIE



DE SPONSORS



FACTS & FIGURES



E-HEALTH & GELD



HET GOEDE DOEL



DE BUSINESSCASE



KWALITEIT VAN
ZORG



COLOFON



STAKEHOLDERS
BEHOEFTE



E-HEALTH IN
EUROPA

INLEIDING

Waar de inspiratie voor het co-creatie zorg-innovatieboek onder de douche is ontstaan is de inspiratie voor het co-creatie eHealthboek bij een bezoekje aan de huisarts en later in het ziekenhuis ontstaan. Als cliënt in een volle wachtkamer, bij zowel de huisarts als de specialist, kreeg ik tijd om na te denken wat er allemaal anders zou kunnen en waar ik als cliënt voordeel bij zou hebben.

Door mijn affiniteit met technologische innovaties kwamen de wildste ideeën bij mij op. De realiteit was echter behoorlijk anders; eHealth was nog geen gewoon goed in de praktijk van de huisarts en de specialist.

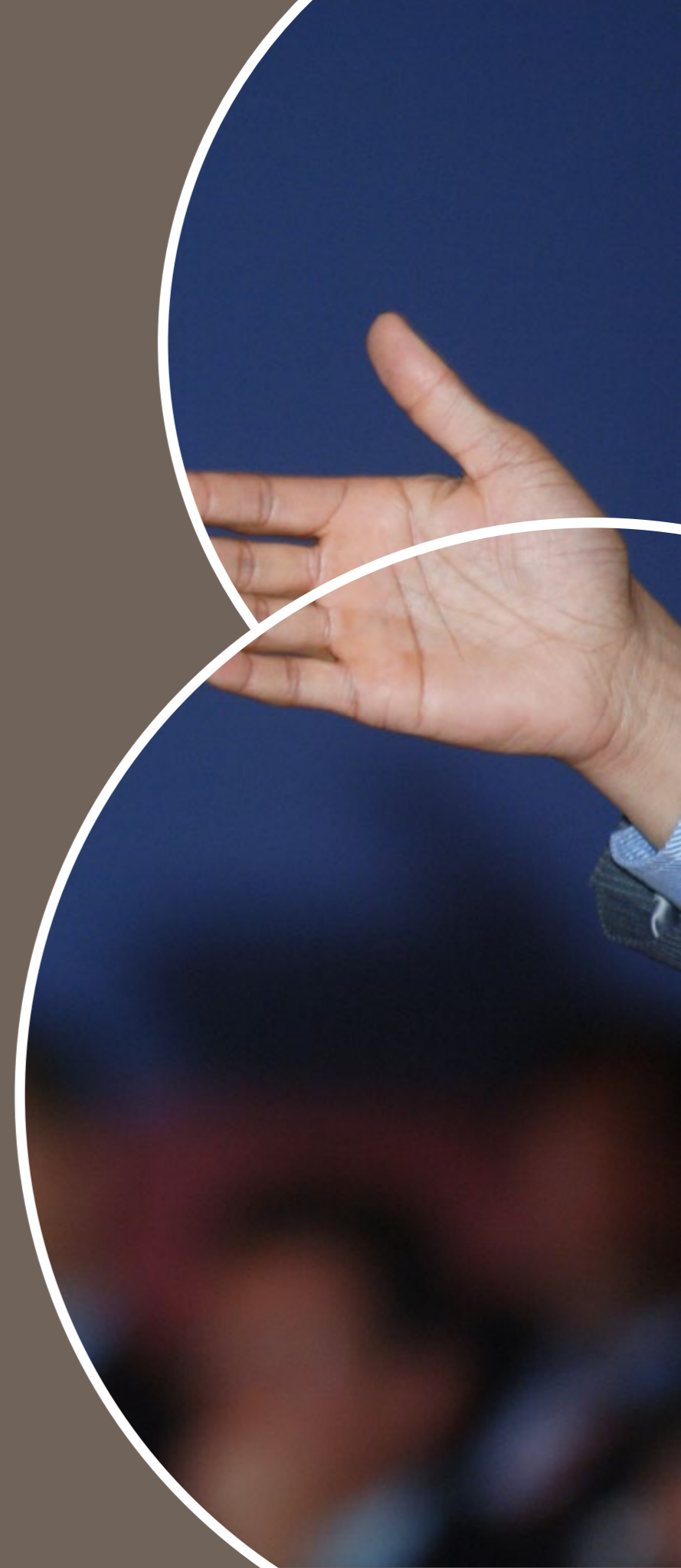
Het vorige co-creatie zorginnovatieboek was met zo'n 15.000 downloads buitengewoon goed ontvangen. Co-creëren maakt het echt mogelijk om ideeën met diverse mensen met elkaar te delen en/of zelfs sterker te maken.

Door mijn "wachtkamer ervaring" werd de basis voor het co-creatie eHealthboek gelegd. Kort daarna heb ik Remco gebeld of hij ook weer in was voor een nieuw avontuur. "Ja, natuurlijk!" was zijn antwoord. En zo zijn we weer gestart.

Op 17 maart is op het Health Valley congres het initiatief kort daarna aangekondigd. Vervolgens is er wederom een adviesraad geformeerd. Na het versturen van de uitnodigingen bleken zo'n tachtig bestuurders en experts onverwachts vrijwel direct "ja" te zeggen.

Co Politiek

Initiatiefnemer van het co-creatie eHealthboek



DOEL- EN DOELSTELLINGEN

1e doel

Dit boek geeft een handvat door vanuit verschillende perspectieven te beschrijven wat er allemaal speelt in de praktijk met betrekking tot eHealth. Wat is het? Waar liggen kansen en bedreigingen? Wat zijn lessons learned en mogelijkheden om te versnellen? Welke randvoorwaarden moeten worden ingevuld om te komen tot grootschalige implementatie. Wat zijn interessante eHealth innovaties?

2e doel

Ander doel van het boek is het uitvoeren van een uniek proces van co-creatie. Door zorgprofessionals, bestuurders, innovatoren, experts en cliënten te verbinden en daarover met elkaar zowel online als offline in gesprek te komen ontstaat er een bijzondere interactie, dynamiek, samenhang en groepsvorming.

3e doel

Laatste doel is het op een onafhankelijke wijze adviseren van de beleidsmakers en instituties in de zorg. Dit boek is bottom-up ontstaan. Wij pretenderen niet de waarheid in pacht te hebben maar op een subtiele en gemakkelijke wijze bij te dragen aan het versnellen van eHealth (en daarmee zorginnovatie) in Nederland.



LEESWIJZER

Ehealth: Wat is het en waar staan we?

Iedereen kent het begrip eHealth, maar het is de vraag of iedereen daar ook hetzelfde onder verstaat. **Johan Krijgsman** (Nictiz) neemt u in zijn artikel mee in het concept eHealth: wat houdt het in? De meeste mensen zijn het er in ieder geval wel over eens dat eHealth mogelijkheden biedt voor verbetering van de kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid van zorg. **Leonard Witkamp** (Ksyos) beschrijft in zijn artikel eHealth als belofte: wat zijn bevorderende en belemmerende factoren, wat is er al mogelijk. Duidelijk is dat Nederland vooroploopt in de ontwikkeling en het aanbod van eHealth, maar hoe zit het eigenlijk met de kennis over, en het gebruik van, eHealth door zorgverleners en patiënten?

Johan Krijgsman (Nictiz) licht de uitkomsten uit de Nictiz en NIVEL eHealth monitor 2014 toe. **Co Politiek** (AimTrack) zal in zijn artikel ingaan op de huidige status van innovaties met betrekking tot hun maturity: wat is daarover bekend in Nederland? Het is algemeen bekend dat het lastig is om daadwerkelijk tot implementatie van eHealth te komen. En als dat al lukt, is het vaak lastig om tot opschaling te komen. Wat is daar voor nodig en wat is de relatie met het creëren van een positieve maatschappelijke business case en business cases per stakeholder? Of bestaat er eigenlijk geen business case met betrekking tot eHealth? **Jan Willem Faessen** (Redmax) neemt u in zijn artikel mee in de businesscase van eHealth en blended care. **Paul Reijn** staat in zijn artikel stil bij de vraag wat eHealth nu eigenlijk is: Zorg, gezondheid of welzijn?

De behoefte, rol en visie van stakeholders

Steven Hanekroot gaat in zijn artikel over vitaliteit en welzijn in op wat wij als mensen willen: lekker lang, gezond en gelukkig leven. Het artikel is te typeren als een vertrekpunt, uiteindelijk wordt ook de koppeling met eHealth gemaakt. De zorggebruiker anno nu is niet meer dezelfde als de zorggebruiker anno 1990. De zorggebruiker is een stuk mondiger en heeft meer kennis van zorgprocessen en behandelingen. Ook wil de zorggebruiker steeds meer invloed op waar, hoe en wanneer zijn/haar behandeling plaats vindt en wat er daarna met de gegevens gebeurt. De kwaliteitseisen worden steeds hoger, waarbij het zowel vanuit de politiek als vanuit de zorggebruiker de behoefte is om zo lang mogelijk thuis te wonen en langer zelfredzamer te laten zijn. **Maartje Zonderland** en het team **Sensire** beschrijven in hun artikelen de theorie en praktijk rondom de veranderende rol van de patiënt: wat is de relatie hiervan met eHealth?

Innovatie is niet alleen voor/met de zorggebruiker, maar ook met zorgverleners. Wat zijn de randvoorwaarden voor hen om met

eHealth aan de slag te gaan? Uiteraard zijn dit tijd en kosten, maar wat speelt er nog meer? Sluiten innovaties wel aan op het primaire zorgproces? En wat zijn de factoren waardoor zorgverleners een eHealth innovatie wel of niet accepteren? **Jorne Grolleman** (Mentalshare) en het **Vanmorgen team** hebben deze vragen (en meer) in hun artikelen zoveel mogelijk beantwoord.

In het komende decennium gaan veel huisartsen en medisch specialisten met pensioen. Zij zullen zoveel mogelijk worden opgevolgd door de nieuwe generatie. Wat is de visie van de jonge medisch specialist op eHealth? **Sietske Rozie** (commissie de jonge specialist) heeft de visie vanuit de medisch specialist beschreven en **Martijn van Mourik** (vereniging technische geneeskunde) die van de technisch geneeskundige. Uit hun artikelen wordt onder andere duidelijk hoe de huidige opleidingen in de zorg aansluiten op zorg en eHealth en of de nieuwe generatie klaar is om eHealth onderdeel te laten zijn van het primaire proces.

Ehealth gebruik in het veld/de praktijk

Innovatie betekent veranderen, en veranderen is per definitie lastig. Diverse auteurs hebben de huidige status van eHealth en een bepaalde sector beschreven: de ziekenhuiszorg door **Annemarie Hensen**, de eerste lijn door **Denis de Vries** (Je Praktijk Online) de care door **Annemarie Hensen**, de GGZ door **Bram van Leeuwen** (Redmax), de gehandicaptenzorg door **Xenia Kuiper** et al. (Philadelphia team), de openbare gezondheidszorg door **Paul van der Velpen** (GGD Amsterdam) en de informele zorg en sociale domein door **Floor de Jong** et al (Vilans)

Het eHealth aanbod

Er zijn veel eHealth innovaties. Zo'n 200 innovatoren hebben de moeite genomen om met behulp van een online enquête meer informatie te geven over hun innovatie. Het is natuurlijk maar een beperkt deel van het totale aanbod maar het geeft ongetwijfeld nieuwe inspiratie en ideeën om nieuwe projecten te starten.

Co Politiek (AimTrack) geeft een inzicht in de smaakmakers en een overzicht van alle op de site van www.zorginnovatieboek.nl vermeldde innovaties.

Context, organisatie & complementatie

Innovaties worden met name vanuit enthousiasme en goede ideeën ontwikkeld, maar wat weten van de maturity? **Co Politiek** (AimTrack) gaat in op de relatie tussen maturity en eHealth innovaties. Veelal worden innovaties meer vanuit enthousiasme dan uit een goed onderbouwde businesscase bedacht. **Auke Vlonk** en **Co Politiek** (beiden AimTrack) betogen dat door meer context en populatiegericht te werken, een betere businesscase en meer draagvlak kan ontstaan waardoor er een grotere kans tot succesvolle implementatie (en opschaling) ontstaat. Maar hoe krijg je het probleem in beeld? En hoe kan je op basis daarvan bepalen welke innovatie de meeste kans van slagen heeft? Wat is de rol van de context daar in?

De context en problematiek bepalen in grote mate met wie er samengewerkt moet worden.

Wilfrid Opheij (Common Eye) neemt u mee in de wereld van samenwerking. Samenwerken is per definitie lastig: waarom zouden partijen eigenlijk moeten samenwerken? Terwijl eHealth naar onze mening met name samenwerken is. En welke aspecten bepalen of de samenwerking wel of geen succes wordt? Kortom, wat is er nodig om samenwerking vorm te geven om zodoende ook de kans op implementatie zo hoog mogelijk te laten zijn?

Ruud Janssen et al. (Hogeschool Windesheim) beschrijven diverse innovatieroutes in de zorg: hoe ziet de zorgwereld er precies uit en met wie krijg je als innovator te maken? Welke innovatie routes zijn er voor een innovator. En wat zijn de belangen van die organisaties? **Jobke Wentzel** et al. (Universiteit Twente) gaan in op het ontwikkelproces van technologie. De door hun ontwikkelde Roadmap vergroot de kans op succes van de technologie. Maar welke stappen moeten er precies worden genomen om dit vorm te geven?

En stel dan dat iedereen het over eens is voor en met wie een interventie wordt geïmplementeerd, hoe houden we de interventie gebruiksvriendelijk en behapbaar? **Ingeborg Griffioen** (Panton) gaat in haar artikel nader in op het concept service design, dat er voor bedoeld is om de interventie gebruiksvriendelijk te houden. Hoe kan dat proces het beste worden vormgegeven? **Evert Jan van Hasselt** (Dolfijn advies) zijn artikel gaat over engagementplatforms: welke nieuwe vormen van co-creatie kunnen ontstaan/zijn er om eHealth innovatie vorm te geven?



Communicatie speelt daar een grote rol in, met name binnen organisaties: hoe kan er voor worden gezorgd dat een innovatie in de gehele organisatie wordt geaccepteerd en dat er commitment ontstaat? **José van Berkum** gaat hier in haar stuk nader op de rol van communicatie in.

Op dit moment ontbreekt voor veel organisaties het bewijs dat innovaties echt werken, echt effectief zijn. Maar als een innovatie wel heeft gebleken effectief te zijn, wat is dan nodig om de opschaling vorm te geven? En hoe kan de implementatie geborgd blijven in de organisatie? Deze vragen en meer worden beantwoord door het **Vanmorgen team**.

En tot slot: wat kunnen we leren van het 'meaningful use' concept in de Verenigde Staten: hoe organiseer je de ICT-infrastructuur en welke elementen daarvan kunnen we ook in NL toepassen? **Stefan Ottenheijm** (Nictiz) licht dit concept in zijn artikel nader toe. Tot slot van dit hoofdstuk beschrijven **Nienke Beekers** en **Marinka de Jong** (beiden Nictiz) de huidige

status met betrekking tot zelfmanagement en eHealth: wat zijn de huidige ontwikkelingen en wat zijn de voor- en nadelen?

Ehealth & geld

De financiering van innovaties blijft een heikel punt. Onder andere doordat innovaties vaak aanbodgericht wordt ontwikkeld en er een gebrek aan bewijs is wat de effectiviteit kan zijn, mede in relatie tot de p (prijs) en q (aantal mensen/patiënten), is het lastig om tot een valide businesscase te komen. Toch zijn er vele mogelijkheden om tot financiering te komen.

Charles Gimbrere (Zorginstituut Nederland) gaat in op de mogelijke type investeringen, zowel vanuit de publieke als private sector. Wat zijn de voorwaarden, mogelijkheden en beperkingen om financiering te regelen? Wat komt er allemaal bij kijken? Vervolgens beschrijft **Dick Sietses** (Healthinnovations) de positie van investeerders: waarom zouden zij een bepaalde innovatie wel of niet steunen? Welke stappen zijn noodzakelijk om te komen van een idee tot de uiteindelijke implementatie, gedacht vanuit de financiën?

Tot slot zal **Mark Lenssen** (Zorgfonders) toelichten welke rol kan crowdfunding daar bij kan spelen.

Kwaliteit

Kwaliteit van zorg is een breed begrip. **Jan Vesseur** (Inspectie Gezondheidszorg) benadert de kwaliteit van zorg vanuit patiëntveiligheid en eHealth. Hij beschrijft hoe eHealth bij kan dragen aan veiligheid, maar ook hoe het een bedreiging kan vormen.

Maar wat bedoelen we eigenlijk precies met 'kwaliteit van zorg'? Vraag aan 100 mensen een definitie van 'kwaliteit van zorg' en je krijgt waarschijnlijk 100 verschillende antwoorden.

Hans Ossebaard (Zorginstituut Nederland) en het **Vanmorgen team** zullen nader ingaan op 'kwaliteit van zorg'. Welke definities worden algemeen gehanteerd? Wat weten we al over de kwaliteit van eHealth? Is eHealth effectief? Voegt het daadwerkelijk wat toe, of is er nog veel onzekerheid over? En als we het over kwaliteit in termen van veiligheid hebben: wat zijn de oorzaken van onzorgvuldigheid in de zorg

(en eHealth) en hoe kunnen we zoveel mogelijk onzorgvuldigheid voorkomen? Met welk type risico's hebben we te maken en hoe kunnen we deze zoveel mogelijk reduceren? Welke standaarden zijn daarvoor al ontwikkeld?

Inspiratie/toekomst

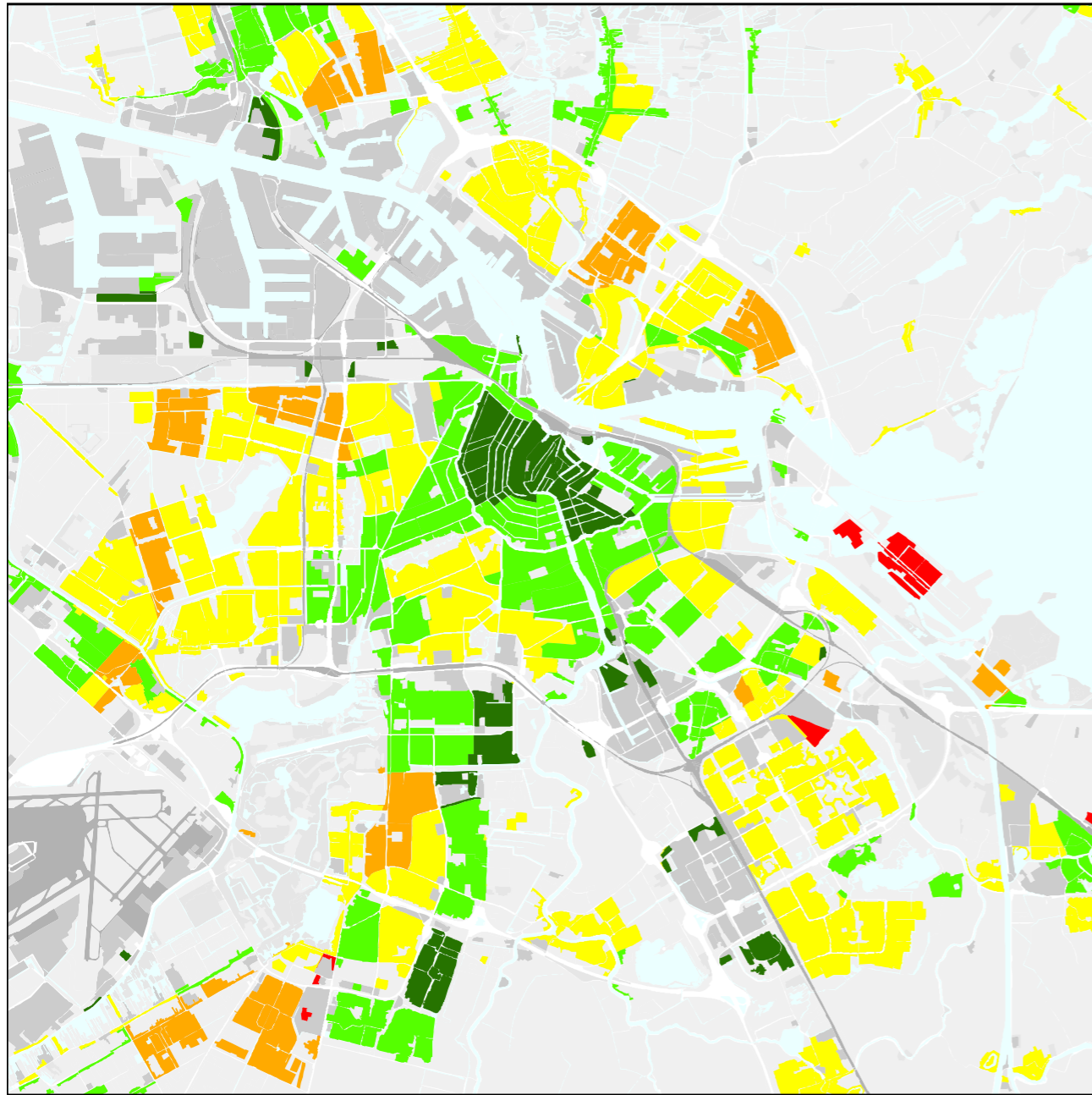
Merik Seven (Nictiz) beschrijft eHealth vanuit een Europees perspectief, mede aangezien eHealth zich steeds meer in een internationaal speelveld bevindt. Ontwikkelde landen hebben veelal te maken met dezelfde problematiek als vergrijzing en toenemende aantallen chronisch zieke patiënten. Ook wordt er steeds meer Europese wet- en regelgeving ingesteld, dat wellicht leidt tot een Europese eHealth markt. Wat zijn de kansen, uitdagingen en belemmeringen op Europees niveau? Tot slot richten **Jan Willem Faessen** en collega's zich op de toekomstige rol van eHealth (2025) en de gezondheidszorg in het algemeen in Nederland.

Door het hele boek is het thema “Zorg van Boven” verwerkt. Doormiddel van geografische beelden geven wij de lezer inzicht in de demografie, zorgvraag en zorgcontext in Nederland



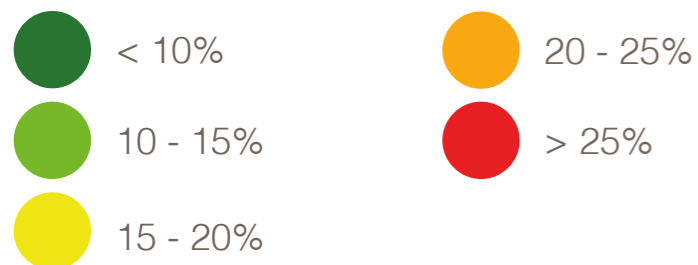
Zorg van boven

Het thema Zorg van Boven is verwerkt door het hele boek en laat een aanzicht zien van de demografie, zorgvraag en zorgcontext in Nederland.



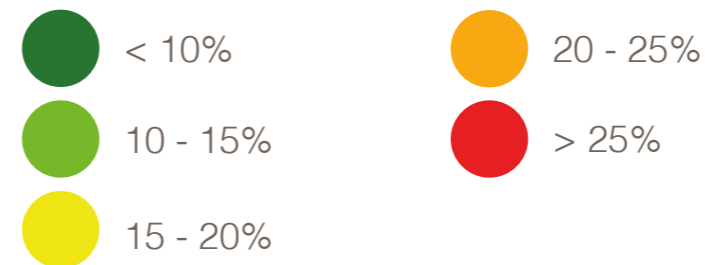
Amsterdam Buurten

% 0 - 14 jaar Amsterdam



Osdorp BAG

% 0 - 14 jaar Osdorp



verbeteren



VOORAF

HET CO-CREATIE PROCES

Op 17 maart 2014 is het co-creatie eHealthboek op het Health Valley congres aangekondigd. Na de aankondiging zijn diverse bestuurders en top-experts gevraagd om zitting te nemen in de adviesraad. Vrijwel iedereen gaf aan geïnteresseerd te zijn, wat heeft geresulteerd in een adviesraad van zo'n 80 leden.

Rond 1 april zijn de initiatiefnemers gestart met het benaderen van innovatoren, en hebben hen gevraagd of zij bereid waren om hun eHealth innovatie in het boek te laten opnemen. Via de site van Aimpact, www.aimpact.nl kon men een enquête over eHealth innovatie invullen en meer informatie vinden over het initiatief. Uiteindelijk hebben meer dan 200 innovatoren de online enquête ingevuld (na aftrek van dubbelen, niet relevante en niet voor openbare co-creatie bestemde innovaties). De enquête werd als “stevig” ervaren en dat was ook zo. Uit de enquête kon daardoor snel worden opgemaakt of er sprake was van een relevante eHealth innovatie. Tot 1 juli konden innovatoren de enquête invullen.

Parallel is er een proces gestart om co-auteurs op te roepen een bijdrage te leveren aan het boek. Uiteindelijk hebben zich zo'n 35 co-auteurs gemeld voor het schrijven van artikelen voor het boek.

Op 1 september zijn de ruim 200 eHealth innovaties op de site van Zorginnovatieboek, www.zorginnovatieboek.nl, gepubliceerd. Om de co-creatie verder inhoud te geven is de site vanaf dat moment publiek toegankelijk om op de eHealth innovaties te stemmen. Om de co-creatie nog meer body te geven zijn er twee fysieke co-creatie bijeenkomsten geprogrammeerd. Op 2 oktober was er een fysieke co-creatie bijeenkomst in het conferencecenter van Achmea in Zeist. Op 26 november was er een fysieke co-creatie bijeenkomst in het hoofdkantoor van VGZ in Arnhem.

De co-creatie bijeenkomst bij Achmea was de eerste keer dat betrokkenen fysiek bij elkaar kwamen. De bijeenkomst bestond uit een plenair deel en groepssessies. In het plenaire deel spraken: Robbert Huijsman (Achmea), Lies van

Gennip (Nictiz), Co Politiek (AimTrack) en Jan Willem Faessen (Redmax). Zij spraken met name over aspecten met betrekking tot het 'hoe' in relatie tot de implementatie van eHealth, diverse uitdagingen rondom eHealth en ook een aantal oplossingen.

De co-creatie bijeenkomst op 26 november bij VGZ stond in het teken van de eerste reacties van bestuurders en de aanwezigen op de conceptversie van de managementsamenvatting en adviezen. Op de bijeenkomst spraken Rob van Damme (VGZ), Laurent de Vries (Viattence), Margot van der Starre (NVZ), Theo van Brunschot (Pantein), Sietske Rozie (Radioloog) en Paul Reijn (AimTrack). Daarna werd er in groepjes uiteen gegaan om feedback te geven op de conceptdocumenten. Op basis van de input uit de co-creatie zijn de definitieve managementsamenvatting en adviezen geschreven.

Wij willen Achmea en VGZ nadrukkelijk in het zonnetje zetten en bedanken dat zij gastheer waren voor deze bijeenkomsten.



MANAGEMENT SAMENVATTING

MANAGEMENT SAMENVATTING

Remco Hoogendijk en Co Politiek in samenwerking met 110 aanwezigen op de co-creatie bij VGZ en met bijzondere dank aan Marc Kalf en Annemarie Hensen

Voor u ligt het co-creatie eHealthboek. Dit boek is met 250 co-auteurs (innovatoren en auteurs) in 9 maanden, in co-creatie, tot stand gekomen. Het boek is een vervolg op het in 2012 uitgebrachte co-creatie Zorginnovatieboek, alleen nu gericht op eHealth. Het boek is een combinatie van wetenschappelijke literatuur, praktijkervaringen en meningen vanuit de co-auteurs en initiatiefnemers.

In deze managementsamenvatting trachten wij, naast de feiten en meningen over eHealth vanuit de bestaande instituties, met name ook andere en aanvullende zienswijzen en invalshoeken onder de aandacht te brengen. De managementsamenvatting en de adviezen zijn op eigen titel van de initiatiefnemers en aanwezigen op de co-creatie bijeenkomsten die bereid waren om mee te co-creëren.

Het accent ligt op het benutten van kansen rondom eHealth. En die zijn er, volop!!

eHealth als antwoord

De kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg is hoog. Volgens de Euro Health Consumer Index (Health Consumer Powerhouse Ltd) is de Nederlandse gezondheidszorg zelfs de beste in Europa. Maar de groep zorgvragers stijgt, de kosten lopen op en het zorgaanbod komt onder druk te staan. Om zorg ook in de toekomst kwalitatief hoogwaardig, toegankelijk en betaalbaar te houden is eHealth dé meest voor de hand liggende strategische mogelijkheid om de “kloof” tussen zorgvraag en –aanbod te dichten. Met behulp van eHealth moet het mogelijk zijn om “duurdere” door “goedkopere” zorg te vervangen (substitutie) en meer zelfmanagement te realiseren. Hierdoor blijven de kosten beperkt en verbetert de

(ervaren) kwaliteit van zorg. Maar de invoering van eHealth gaat niet vanzelf.

Beleidskader

De politiek en de zorgverzekeraars hebben inmiddels beleid ontwikkeld om eHealth te bevorderen. Dat blijkt onder meer uit het genomen initiatief om Zelfzorg Ondersteund (www.zelfzorgondersteund.nl) op te richten. Voor dit initiatief hebben vertegenwoordigers van patiënten, zorgaanbieders en vijf zorgverzekeraars de handen ineen geslagen rondom eHealth en chronische ziekten. Daarnaast maken minister Edith Schippers en staatssecretaris Martin van Rijn zich in hun brief “eHealth en zorgverbetering” aan de Tweede Kamer hard voor de volgende drie doelstellingen in relatie tot eHealth:

1. 40% van de Nederlanders en 80% van de chronisch zieken heeft binnen 5 jaar direct toegang tot bepaalde medische gegevens en kan deze gebruiken in mobiele apps of internetapplicaties.
2. Van de chronisch zieken en kwetsbare ouderen kan binnen 5 jaar 75%, die dit wil en kan, zelfstandig metingen uitvoeren, veelal in combinatie met telemonitoring.
3. Iedereen die thuis zorg en ondersteuning ontvangt, kan binnen 5 jaar domotica gebruiken en desgewenst via een beeldscherm 24 uur per dag een zorgverlener raadplegen.

Stand van zaken oktober 2014

Om een succesvolle grootschalige opschaling en implementatie van eHealth te realiseren, is het zaak dat het gebruik door zorggebruikers (momenteel nog maar 10%) in de komende jaren flink gaat stijgen. De recent (oktober 2014) uitgebrachte eHealth monitor 2014 door Nictiz geeft een actueel beeld van de status met betrekking tot eHealth.

Daaruit blijkt dat we er internationaal gezien niet slecht voor staan, maar dat:

- eHealth op de werkvloer helaas vaak nog geen kwestie van 'plug and play' is;
- procesinnovatie ingewikkeld is;
- zorggebruikers en zorgverleners bij sommige toepassingen onvoldoende meerwaarde ervaren;
- beoogde gebruikers niet altijd bekend zijn met de mogelijkheden.

De aanbevelingen van Nictiz zijn:

- Maak zorggebruikers duidelijk wat er kan.
- Geef online dossierinzage aan patiënten, om te beginnen in het medicatiedossier.
- Versterk de informatie-uitwisseling.
- Vergroot de eHealth-deskundigheid onder zorgverleners.

De belangrijkste nieuwe aanbeveling in de eHealth monitor 2014 is om krachtig te sturen op tastbare meerwaarde.

Disruptieve veranderingen

Alle mooie beleidsdoelen en initiatieven ten spijt, veranderingen in het zorgstelsel hebben direct financiële gevolgen voor de mensen die daar nu

in werken. Een ziekenhuis is bijvoorbeeld niet direct voor verschuiving van verrichtingen naar de huisarts, als daarmee inkomsten verminderen, terwijl de (vaste) kosten niet dalen. Door ons complexe zorgstelsel en dito financieringsmodel wordt de invoering van eHealth vaak bemoeilijkt. Toch moet eHealth zorgen voor radicale en disruptieve veranderingen in het stelsel, anders schieten we er niets wezenlijks mee op.

Nu is de vraag waar die wezenlijke verandering vandaan gaat komen. Komt die van binnenuit en is de sector zelf in staat eHealth te ontwikkelen en te implementeren? Komt de verandering van buiten door grote spelers als Philips, Apple, Google of Facebook en zorgen zij voor een digitale revolutie in de zorg? Of zijn het juist de kleinere MKB-bedrijven en start-ups die vanwege hun wendbaarheid tot radicale veranderingen kunnen komen? Misschien wordt wel het enorme creatieve potentieel van patiënten benut om eHealth een sprong voorwaarts te brengen.

Wij geloven erin dat de oplossing gevonden kan worden in co-creatie waarbij zorgverleners, patiënten en bedrijven samen oplossingen ontwikkelen en implementeren. Daarbij zien wij 4 belangrijke randvoorwaarden:

- **Focus op kwaliteit en niet alleen op kostenreductie**

Wil eHealth aanslaan dan moet het zorgen voor een duidelijke kwalitatieve meerwaarde voor de gebruiker. Maatschappelijke kostenreductie vinden we wellicht allemaal nuttig maar dat staat gevoelsmatig wel ver van ons af. Met andere woorden: een patiënt wil beeldbellen met zijn arts omdat hem dat veel tijd scheelt, niet omdat hij daarmee kosten bespaart. Investeer bijvoorbeeld in projecten waarbij de administratieve belasting van de zorgverlener vermindert en waarbij de patiënt direct voordeel heeft. Kwaliteit is in dit kader een breed begrip. Het kan daarbij gaan om snellere doorlooptijden, snellere informatiestromen, aantoonbaar minder fouten, betere uitleg, minder verspilling, minder dubbelingen et cetera.

- **Eerst reorganiseren, dan automatiseren en dan integreren**

Een klassieke wet in de automatisering is dat je eerst moet reorganiseren (lees: het proces eenvoudiger maken) voordat je gaat automatiseren. Diverse branches en sectoren hebben dit door schade en schande zelf ondervonden, de gezondheidszorg loopt hierbij over het algemeen eerder achterop dan voorop. De implementatie van eHealth is dan ook vooral organisatie- en veranderkunde. Het herinrichten van het zorgproces leidt al tot de eerste winst, het automatiseren zal die winst enorm kunnen vergroten. Een dilemma bij eHealth is dat we vaak de mogelijkheden van een integraal systeem wel zien, maar dat het in de praktijk moeilijk is om tot die integraliteit te komen. Wij pleiten dan ook voor een fasering van implementatie. Voer systemen bijvoorbeeld in per proces en afdeling en ga pas verder als het foutloos draait.

- **Geen eenheidsworst, maar maatwerk**

De zorg is geen industrie, maar vooral mensenwerk en daarom vaak overal net even anders. De bevolkingssamenstelling verschilt

per gebied, waardoor de probleemstelling per gebied verschilt én de zorgketen kan anders opgezet zijn. Heb daarom aandacht voor die “couleur locale” als je eHealth gaat implementeren. De zorg is niet overal precies hetzelfde georganiseerd en daarmee is dezelfde oplossing ook niet overal passend. Betrek ook de regionale context in het opschalingsplan en toets met de lokale partners of de gekozen oplossing de juiste is.



- **Betrek de belangrijkste “naasten” rondom de cliënt voor maximale acceptatie**

Ouderen leunen bijvoorbeeld bij eHealth sterk op hun naasten. Vaak hebben één of meerdere kinderen uit het gezin de zorgtaak voor hun ouders op zich genomen. Voor de slaagkans van eHealth bij ouderen is het dan ook van belang om de kinderen (lees: de belangrijkste beïnvloeders) te overtuigen van het nut. Als zij het zien zitten, zullen ze hun hulpbehoevende ouders stimuleren eHealth te gaan gebruiken. Als de kinderen er niet in geloven, is de kans dat het project faalt vrij groot. Ook in eHealth-projecten in ziekenhuizen en in de VVT zijn er zogenaamde “dochteren en zonen”, ofwel de verpleegkundigen, verzorgenden et cetera. Ook als de verpleegkundigen het nut van een eHealth-toepassing zien, is de slaagkans van het project vele malen groter. Helaas worden deze beïnvloeders in de praktijk vaak niet of op het laatste moment bij het project betrokken.

Bevindingen, conclusies en adviezen in relatie tot eHealth (geredeneerd vanuit kansen)
Op basis van alle input en alle feedback komen

we tot de volgende 10 belangrijkste conclusies en aanbevelingen:

1. De technologie is niet het probleem, alles is er al: De aandacht zal daarom vooral moeten uitgaan naar het grootschalig implementeren van wat er al is en al werkt. Het aantal zorggebruikers van eHealth applicaties (bijvoorbeeld voor zelfmanagement) zal niet groeien door het ontwikkelen van meer apps. Wij realiseren ons dat er dagelijks nieuwe en in potentie relevante innovaties bijkomen, maar met de op dit moment beschikbare eHealth-innovaties kunnen al heel veel stappen worden gemaakt.
2. Focus met subsidies op implementatie in plaats van ontwikkeling: grootschalige implementatie van eHealth vormt een grote uitdaging. Hoewel er steeds minder subsidies worden verstrekt, ligt de focus nog altijd op ontwikkeling, terwijl er heel veel innovaties en oplossingen zijn die op implementatie wachten. Om succesvol te zijn mag implementatie geen sluitpost zijn.

Ons advies is: geef voor eHealth alleen nog implementatie-subsidies voor bestaande innovaties die zich in de praktijk al bewezen hebben. Zet die subsidies slim in, als aanjager van grootschalige implementatie en alleen als alle randvoorwaarden aanwezig zijn om na afloop van de subsidie zelfstandig door te gaan.

3. Implementeer in co-creatie tussen zorggebruiker én zorgverlener: een andere oorzaak van het lage eHealth-gebruik is dat innovaties veelal aanbod- en technologiegericht worden ontwikkeld. Implementatie vindt veelal plaats op basis van “oplossing zoekt probleem” in plaats van andersom. Als er meer vanuit behoefte wordt geïmplementeerd dan zal dit effect hebben op de acceptatie en de wijze waarop zorgorganisaties en –ketens zich gaan organiseren om technologie in te zetten. Een succesvolle implementatie richt zich op de gemeenschappelijke behoeften en kenmerken van zorggebruikers, hun directe verzorgers en zorgverleners. Het ideale model lijkt co-creatie

met alle “begingebroekers”. Dus niet alleen de zorggebruiker zelf maar ook de betrokkenen er omheen zoals eventuele mantelzorgers en zorgverleners. Door in co-creatie vanuit behoefte en acceptatie te ontwikkelen en te implementeren kan een modus worden gevonden tussen een technology pull en een pushbenadering. Er is volgens ons niet één dominante veranderstrategie; het hangt af van de urgentie, behoefte, kenmerken en acceptatie.

4. Laat eHealth-oplossingen meer onderdeel zijn van bestaande netwerken, social media, collectiviteiten en communities: veel mensen maken tegenwoordig gebruik van social media en/of maken deel uit van een on- of offline buurtnetwerk, een zorgverzekeraarscollectiviteit, een vereniging of een lotgenoten-community. Burgers nemen steeds meer zelf het initiatief en krijgen daardoor meer verantwoordelijkheid, inspraak en invloed. Juist door afzonderlijke eHealth-oplossingen onderdeel te laten zijn van bestaande netwerken, social media,

coöperaties en communities vindt versnelling plaats van gebruik en acceptatie. Door het open karakter van deze netwerken worden behoeften, wensen en gewenste functionaliteiten van een eHealth-oplossing voor zorggebruikers beter geformuleerd en uitgewisseld. Met de feedback kan één en ander verder ingebed en verbeterd worden. Met name in het kader van zelfmanagement is dit essentieel. Kortom, sluit aan op de behoeften van burgers en de netwerken waarin zij zich al bevinden en betrek hen vroegtijdig in het proces om te komen tot de juiste eHealth-oplossing.

5. Geef zorggebruikers meer invloed en inspraak door een Persoonsgebonden eHealth Budget: om de invloed van zorggebruikers rond zelfmanagement en eHealth te vergroten, moeten zij de mogelijkheid krijgen om zelf te bepalen welke vorm van eHealth het beste bij hen past. Dit is op dit moment nog te beperkt mogelijk, hoewel patiëntenorganisaties wel een rol spelen in het bepalen van wensen en behoeften. Wij stellen voor om zorggebruikers

een Persoonsgebonden eHealth Budget (PGeB) te geven of om het mogelijk te maken dat zorggebruikers het PGB ook kunnen inzetten voor eHealth-oplossingen. Het PGeB kan los worden verstrekt aan onder andere chronisch zieken en het kan bijvoorbeeld als module gelden binnen bestaande persoonsgebonden budgetten (PGB-AWBZ, PGB-WMO en in 2015 PGB-ZvW en PGB-Jeugdwet) worden ingezet. Iemand die actief van het budget gebruikmaakt kan dan bijvoorbeeld bij de huisarts of specialist aangeven welke eHealth-ondersteuning hij/zij wenst, welke technologie en met welke combi van “traditionele” zorg. Ter stimulering kunnen deze mensen dan bijvoorbeeld relatief meer eHealth-budget of andere voordelen krijgen als zij minder gebruikmaken van “traditionele” zorg en/of meer van preventie.

6. Differentieer naar context en populaties: de zorgproblematiek en urgentie voor eHealth is context- en populatiegericht bepaald. Differentiatie is de sleutel om te komen tot “tastbare meerwaarde” (aanbeveling

Nictiz) voor zowel de zorggebruiker als zorgverlener. Inzicht in populatiekenmerken, lokale ontwikkelingen zorgvraag- en aanbod, woonsituatie et cetera helpt organisaties of er sprake is van een onoplosbaar probleem en in de prioritering bij de keuze van bepaalde eHealth-innovaties. Om eHealth succesvol op te schalen, wordt het de kunst om te laveren tussen “maatwerk” en “standaardisatie”. Standaardisatie als basis voor de techniek is gewenst om de schaalvoordelen te realiseren.

Maatwerk daarentegen is gewenst voor de eindgebruiker om een oplossing op maat te krijgen. Tevens heeft de aanwezigheid (of het gebrek eraan bij bijvoorbeeld krimp) van het zorgaanbod invloed op de organisatie van zorg. Dit geldt ook bijvoorbeeld voor de reisafstand tussen de zorggebruiker en de zorgverlener. De noodzaak om eHealth-innovaties te implementeren is bijvoorbeeld in Oost-Groningen en Drenthe veel groter, omdat daar minder huisartsen zijn en de reisafstanden groot zijn. Een overschot of tekort aan zorgverleners in een specifieke

regio, of discussie over specialisatie in een ziekenhuis, zal daarom medebepalend zijn voor acceptatie van eHealth als interessante oplossing. In Zuid-Limburg zijn bijvoorbeeld de zorgkosten relatief het hoogst van Nederland. In andere gebieden zien we dat het aantal kwetsbare ouderen of chronisch zieken de komende jaren enorm gaat stijgen, terwijl in sommige plaatsen of kernen de piek al bereikt is. In het laatste geval zullen oplossingen voor andere doelgroepen prioriteit krijgen. De context bepaalt de accenten in de oplossingen om te komen tot tastbare meerwaarde voor alle partijen.

7. Met eHealth nieuwe markten, verdienmodellen en kansen pakken: eHealth wordt door veel zorgverleners nog als een bedreiging gezien. Zij vrezen overbodig te worden of minder geld te krijgen. eHealth kan echter ook worden ingezet om kansen te pakken. In Drenthe is de praktijkopvolging van de wat oudere huisartsen bijvoorbeeld een probleem. Als duidelijk kan worden gemaakt dat in een specifiek gebied de zorgvraag gaat

stijgen, terwijl er onvoldoende zorgaanbod van huisartsen aanwezig is (nu en in de toekomst), kunnen ondernemende huisartsen in dat specifieke gebied bijvoorbeeld een volledig virtuele huisartsenpraktijk opzetten en exploiteren.



Ook kunnen bijvoorbeeld thuiszorgorganisaties eHealth als technologie in nieuwe producten of proposities opnemen (zoals een nieuw “langer thuis wonen product” met domotica inside) in die gebieden waar de zorgvraag flink hoger wordt of het zorgaanbod te beperkt is. eHealth geeft zorgverleners bovendien nieuwe kansen in de private markt. Zorgorganisaties ontwikkelen nu alternatieven om de bezuinigingen in de collectieve zorg het hoofd te bieden. Nieuwe zorgproposities, mits goed doordacht, met voldoende schaal, en met een duidelijk beeld over de klantbehoefte en de bereidheid van doelgroepen om hiervoor te betalen, kunnen interessant zijn. Concepten die tot optimalisatie van samenwerking in de keten leiden, worden daarin duurzamer geacht dan het zoeken naar meer differentiatie en concurrentie.

8. Greenfield als veranderstrategie: het creëren van een nieuw label naast de bestaande (legacy) organisatie is een strategie die in andere branches (verzekeraars, banken etc.) vaak is gebruikt om een bestaande

organisatie te helpen veranderen. Analoog aan een internetverzekeraar zoals Inshared van Achmea, Anderzorg van Menzis, of ING direct van ING, kan ook een ziekenhuis een dergelijke strategie uitzetten. Voor het nieuwe label gelden een andere besturing, organisatie, processen en systemen. Onderdeel van een veranderstrategie kan zijn dat jonge en/of andere meer veranderingsgezinde artsen en zorgprofessionals meer mogelijkheden krijgen om de “lead” te nemen in de verandering. Op dit moment lopen honderden aio’s en technische geneeskundigen tijdens hun werkervaringstages het risico dat de niet-veranderingsgezinde artsen en zorgprofessionals de innovativiteit remmen cq teniet doen. Samen met deze jonge en/of veranderingsgezinde artsen en professionals kunnen er nieuwe referentieprocessen en –ketens, kennisuitwisselingssystemen en innovaties worden ontworpen en geïmplementeerd. eHealth is weliswaar een klein onderdeelje van een greenfield maar wel belangrijk om het mogelijk te maken.

9. Integreer bestaande eHealth-kennis in opleidingen en stimuleer assemblage: het feitelijke gebruik van eHealth-innovaties in de praktijk en de mogelijkheden die deze innovaties bieden, liggen helaas nog geregeld ver uit elkaar. Om de acceptatie van eHealth bij zorgprofessionals te vergroten is het nodig om eHealth-kennis en –ervaring, en de praktijk van het werken met beschikbare en bewezen innovaties in de opleidingen van de zorgprofessionals te integreren. De recentelijke benoeming van Leonard Witkamp tot bijzonder hoogleraar Telemedicine aan de Faculteit der Geneeskunde AMC-UvA (mogelijk gemaakt door artsenfederatie KNMG) voor de duur van vijf jaar is een stap in de goede richting. Hiermee hopen we dat telemedicine door onderwijs en onderzoek, en door innovaties actief onder de aandacht te brengen van onder andere wetenschappelijke verenigingen, beter verankerd wordt in de praktijk. Om de kennis over eHealth-innovaties bij technische studenten te vergroten, is het van belang dat zij al vroeg in de opleiding inzicht krijgen in de bestaande mogelijkheden.

De nadruk zou dan veel meer kunnen liggen op assemblage in plaats van totaal nieuw ontwikkelde eHealth-innovaties. Zeker eHealth-innovaties lenen zich voor assemblage, vanwege herbruikbare technische componenten, mits er sprake is van open systemen. Betere aansluiting op werkwijzen en systemen uit de praktijk zal de acceptatie en het gebruik van innovaties doen toenemen.

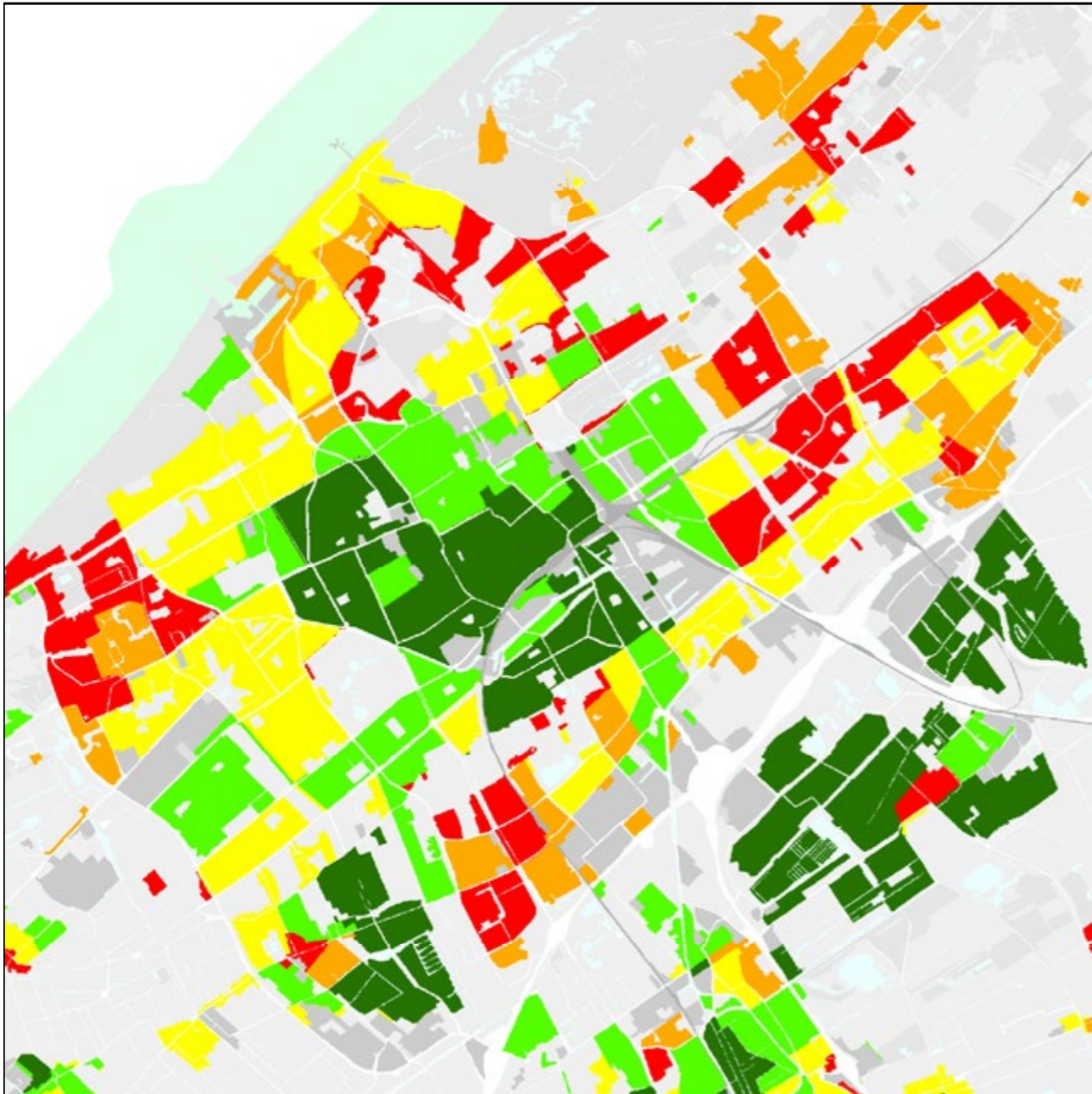
10. Crowdfunding als extra mogelijkheid van financieren: financiering en opschaalbaarheid zijn vaak problematisch en gaan hand in hand. Hoe krijgen we de ontwikkeling en implementatie van innovaties gefinancierd en opschaalbaar? Verzekeraars bieden mogelijkheden om innovaties in te dienen, mits voldaan is aan de randvoorwaarde van een goede business case. En dat blijkt juist weer lastig, omdat ook het bouwen van een business case tijd en geld kost. Crowdfunding kan een goed alternatief zijn om financiering voor een innovator of zorgverlener te realiseren. Zeker als duidelijk is dat een innovatie voldoende interessant is

en dat er vraag naar is. Er zijn al een aantal succesvolle crowdfundingcampagnes in de zorg die het mogelijk maken om additionele financiering te bemachtigen. Echter, als de business case klopt dan is investeren in de zorg het probleem niet.



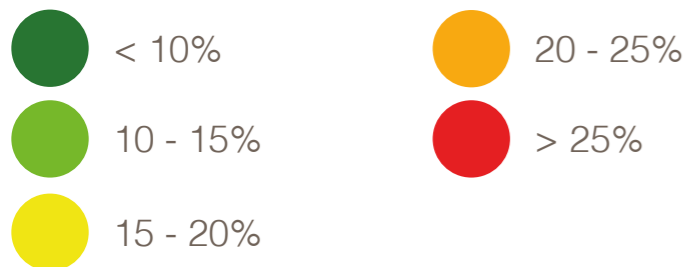
Zorg van boven

Het thema Zorg van Boven is verwerkt door het hele boek en laat een aanzicht zien van de demografie, zorgvraag en zorgcontext in Nederland.



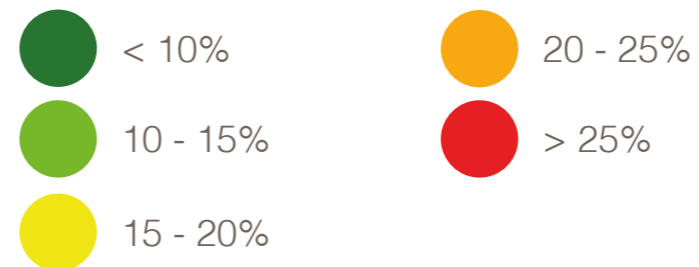
Buurtkaart Den Haag

% 65+ jaar Den Haag



Loosduinen

% 65+ jaar Loosduinen





ADVIEZEN AAN STAKEHOLDERS

ADVIES AAN ZORGORGANISATIES

Bram van Leeuwen en Co Politiek

Bij diverse zorgbestuurders/-verleners staat innovatie of eHealth niet direct hoog op de agenda, ondanks de soms dwingende inkoopafspraken vanuit de zorgverzekeraar. Organisaties voelen zich soms “slachtoffer” van de bezuinigingen in de collectieve zorg en leggen de focus op het draaiende houden van de staande organisatie. Zij zien innoveren als lastig proces dat bovendien extra geld en capaciteit vraagt. Beide zijn er niet.

Toch stijgt de acceptatie van eHealth bij zorgbestuurders/-verleners langzaam maar zeker. Op zich niet verwonderlijk, want uiteindelijk zien zorgbestuurders en -verleners door de krimpende budgetten de meerwaarde van eHealth. Hiermee kunnen ze de zorg anders en - binnen de nieuwe kaders en budgetten - goedkoper organiseren. Effectief innoveren vraagt om visie en focus op bestuurders- en zorgverlenersniveau.

Werk samen aan waarde voor de cliënt

Effectief innoveren vraagt om visie en focus. Creëer een gezamenlijke ambitie met als kernopdracht waardevermeerdering voor de cliënt: dit verbindt en maakt doorbraken mogelijk. De maatschappelijke opdracht die er ligt, kan niet worden opgelost door individuele zorgorganisaties.

Zorgorganisaties die met eHealth beginnen willen vaak dat onderscheidend vermogen ten opzichte van de concurrent wordt gerealiseerd. Slim met eHealth omgaan betekent echter maximaal samenwerken. Eerst moet de huidige en toekomstige problematiek goed in beeld worden gebracht en bepaald worden waar de focus de komende 10 jaar op moet liggen. Met alleen het gebruik (om het gebruik) van eHealth creëer je geen lange termijn onderscheidend vermogen (wellicht wel in het begin, maar daarna kost het veel geld om één en ander te beheren en onderhouden). De banken hebben in het verleden om die reden Equens (vroeger Interpay) opgezet. Op betalingsverkeer wordt

geen onderscheid gemaakt; samenwerking en standaardisatie vormen hier het credo. Ook zorgverzekeraars gebruiken voor hun backoffice slechts een beperkt aantal systemen (Ikaz en Openzorg). Het onderscheid wordt ook hier gemaakt op het product en de voorwaarden, niet op de achterkant. Onderscheid wordt wel gemaakt op hoe eHealth wordt geïmplementeerd en op producten en diensten waar eHealth (als onderdeel van het product of dienst) een mogelijkheid kan zijn. Alles met het oog op het voorkomen of beperken van de verwachte toekomstige problematiek. Zorgorganisaties moeten dan ook rekening houden met de connectiviteit van software die aangeschaft wordt. Daarnaast zou het goed zijn als zorgorganisaties de initiatieven (zoals geïnitieerd door het Nictiz) rondom data-uitwisseling tussen de verschillende eHealth-applicaties meer ondersteunen.

Focus op het primaire proces

De inzet van eHealth betekent een totaal nieuwe werkwijze. Nictiz benoemt het als ingewikkelde procesinnovatie. Het komt bijna altijd neer op herontwerpen van de gehele zorgketen. Er is een groot aantal vragen dat beantwoord moet worden. Wat betekent het bijvoorbeeld als je als zorgprofessional iedere keer piepjes, signaaltjes of informatie krijgt waaruit blijkt dat een patiënt een bepaalde waarde heeft overschreden? Gaan we gelijk contact zoeken met die patiënt? Laten we hem of haar op consult komen of bekijken we het over een bepaalde periode waarna besloten wordt om wel of niet iets te gaan doen? Welke nieuwe normen en werkwijze vinden we normaal?

En hoe gaan we om met pieken van signaaltjes die we in het normale leven ook hebben en die uiteindelijk niets betekenen? De ervaring moet ons leren hiermee om te gaan, anders zal de zorgvraag (en daarmee de kosten) alleen maar stijgen. Een individuele eHealth-innovatie lijkt bij voorbaat kansloos indien die niet in een groter samenhangend geheel van organisatorische, technische en financiële interventies binnen een keten wordt opgenomen. Een goede

samenwerking met de andere relevante betrokken organisaties is essentieel.

Het komt aan op verandervermogen. Ga bottom-up te werk, koester en benut de grote intrinsieke motivatie van medewerkers in de zorg. Veranderen is geen kwestie van eerst denken en dan doen, een en ander moet hand in hand. Commitment ontstaat als mensen een stem hebben in verandering. Ondersteun en mobiliseer enthousiaste medewerkers en leidinggevenden in het concreet handen en voeten geven aan eHealth-oplossingen. En zorg waar nodig voor vers bloed van buiten om de juiste veranderkracht te realiseren.

Geef IT positie

Zodra de keuze gemaakt is om met eHealth aan de slag te gaan, volgt al snel de volgende uitdaging. Hoe kan de volwassenheid van de business en IT-afdelingen synchroon lopen met de integratie in het primaire proces? Wanneer de kwaliteit en wijze van zorg verlenen afhangt van een 7 x 24 uur beschikbare technische infrastructuur, stelt dit totaal andere eisen aan

de huidige organisatie. Bij organisaties in andere sectoren waar IT geïntegreerd is in het primaire proces, is er binnen de RvB een CIO (Chief Information Officer). Bij zorgorganisaties bungelt de manager IT vaak nog onder de facilitaire dienst. Het is dan ook aan te bevelen dat zorgorganisaties een Chief INNOvation Officer aanstellen binnen de RvB. Implementatie van eHealth betekent voor zorgorganisaties versneld groeien in de IT maturity.



ADVIES AAN ZORGVERZEKERAARS

Wouter Wolters in samenwerking met Remco Hoogendijk, Ron Noordhuis, Marcus Oei, Wil Philipsen, Co Politiek, David Reesink en Ellen Steenmeijer

Zorgverzekeraars hebben belang bij een stevige opschaling van eHealth met de verwachting hiermee de kwaliteit van zorg te garanderen, gezond gedrag te bevorderen en daarmee de zorgkosten te beperken,. Vanuit de diverse rollen die zij spelen zijn zorgverzekeraars zeer belangrijk bij de implementatie van eHealth.

De diverse rollen van de zorgverzekeraar

Om eHealth op te schalen zou de zorgverzekeraar bij voorkeur samen met zorgverleners en gemeenten de keten van zorg kunnen reorganiseren en deels automatiseren. Dit is geen eenvoudige taak, immers het zorgveld zit vol tegengestelde belangen. Toch hebben zorgverzekeraars vanuit de verschillende rollen een aantal unieke instrumenten in handen om de noodzakelijke veranderingen

te stimuleren, te faciliteren en eventueel af te dwingen. Wij adviseren de zorgverzekeraars deze rollen meer dan nu in te zetten voor de bevordering van eHealth. Het huidige initiatief Zelfzorg Ondersteund (ZO!) past in deze rol.

Regie tegen wil en dank?

Meer dan welke andere partij ook wordt de zorgverzekeraar gezien als machtsfactor in het zorglandschap. Met die macht komt ook de verantwoordelijkheid om meer dan wie dan ook regie te voeren in de zorg. Deze regierol is nieuw voor zorgverzekeraars en voelt wellicht soms nog wat onwennig. De ene zorgverzekeraar doet er ook meer in dan de ander. Maar het niet invullen van deze rol en het aan de zorgsector zelf overlaten leidt niet in alle gevallen tot succes. Sterker, leidt meestal niet tot succes. Met andere woorden, niets doen is geen optie.

De zorgverzekeraar als wegvoorbereider

Vanuit hun maatschappelijke opdracht zouden zorgverzekeraars nog meer dan nu kunnen doen om de invoering en opschaling van eHealth mogelijk te maken. In de rol van wegvoorbereider denken we daarbij concreet aan:

- Bevorderen van wetenschap Werk samen met de NSRII (vereniging van onderzoekers op het terrein van eHealth), universiteiten en hogescholen om onderzoek naar (kosten) effectiviteit en kwaliteit te stimuleren. Een solide wetenschappelijke basis is noodzakelijk om zorgprofessionals in beweging te krijgen.
- Participatie in het kwaliteitsdebat: Ontwikkel samen met de beroepsgroep een kwaliteitskader dat voorschrijft welke elementen in een eHealth-interventie moeten zitten om in aanmerking te komen voor vergoeding.

Denk hierbij aan het verplicht betrekken van patiënten en professionals bij de ontwikkeling van de toepassing (gebruiksgemak en inpasbaarheid).

- Participeer in interoperabiliteit: Voor een soepele integratie van eHealth in de zorgketen is het advies om communicatie tussen systemen en producten als toelatingscriterium verplicht te stellen zodat eHealth-producten en ICT systemen probleemloos gekoppeld kunnen worden. Het ministerie zou hierin leidend moeten zijn, maar het zou enorm helpen als de zorgverzekeraars hierin gezamenlijk zouden optrekken.
- Investeren in ondernemerschap Investeer in (broedplaatsen van) kansrijke eHealth-startups op basis van selectie op kwaliteit en haalbaarheid en werk daarbij intensief samen met regionale initiatieven.

De zorgverzekeraar als verbinder

Veranderingen komen niet vanzelf tot stand en gaan vaak ook niet in een keer goed. Er is behoefte aan “uitprobeer - en uitvoer ruimte” om processen opnieuw in te richten, te verbeteren

en te op te schalen. Zorgverzekeraars zouden hierin moeten participeren en investeren en zo lokale en landelijk samenwerkingsverbanden ondersteunen.

Concreet denken we daarbij aan:

- Investeren in regionale samenwerking: Actieve deelname in regionale zorgnetwerken, proeftuinen, fieldlabs en samenwerkingsverbanden. De unieke kennis van zorgverzekeraars is een belangrijke voorwaarde voor succesvolle implementatie;
- Faciliteer de substitutie van tweede naar eerste of nulde lijn, het verschuiven van zorg van de ziekenhuizen naar de eerste lijn of naar de thuissituatie vergt een subtiel spel tussen diverse belanghebbenden. Juist doordat zorgverzekeraars dit spel in vele contexten spelen kunnen zij daarin van grote waarde zijn.

De zorgverzekeraar als inkoper van zorg

De rol van inkoper van zorg spreekt bij velen enorm tot de verbeelding. In de praktijk is de rol van de zorginkoop vaak minder strategisch en meer pragmatisch van aard. Dit is jammer omdat de zorgverzekeraar juist bij de inkoop een

enorme sturingsmacht heeft. We adviseren deze sturingsmacht meer te gebruiken, meer concreet denken we daarbij aan:

- Ontwikkel een dossier-overstijgend (strategisch) inkoopbeleid voor de stimulering van eHealth, met daaraan gekoppeld outcome based monitoring voor kwaliteit van zorg, welzijn van de cliënt en doelmatigheid.
- Bundeling van relevante inkoopdossiers die voor zowel gemeenten als zorgverzekeraars van belang zijn en vorm een gezamenlijk inkoopteam met speciale bevoegdheden om innovaties te faciliteren.



- Stimuleer pilots rond eHealth-toepassingen (met gedegen evaluaties), door dit een vast onderdeel te maken van het inkoopbeleid op een groot aantal relevante zorgdossiers (zoals hulpmiddelen, farmacie, eerstelijns zorg, ziekenhuiszorg en GGZ).
- Geef invulling aan de nieuwe huisartsenbesteding, door een taakstellend innovatiebudget te reserveren voor zorginnovatie op basis van eHealth.

Zorgverzekeraar als preventie stimulator

eHealth of eWelzijn kan enorm bijdragen in het uitstellen of voorkomen van een zorgvraag en het bevorderen van gezond gedrag. De zorgverzekeraar heeft een belangrijke taak om haar leden te wijzen op de voordelen van een gezonde leefstijl.

- Stimuleer ook eHealth-toepassingen met een duidelijke bijdrage aan verbetering van kwaliteit en/of van het welzijn van de cliënt, bij gelijkblijvende kosten.
- Biedt een goedkopere zorgpolis aan die voor een belangrijk deel bestaat uit eHealth-producten die cliënten veel meer zelfregie en

zelfmanagement geven over de eigen gezonde leefstijl. Start met toepassingen gericht op preventie en leefstijl en bouw dit uit naar het stimuleren van eHealth en quantified self-producten.

- Benut en beloon eHealth-toepassingen voor het vergaren van leefstijldata (op vrijwillige basis) op grond waarvan populatiebesteding mogelijk wordt.



ADVIES AAN GEMEENTEN

Jack van Gils en Bram van Leeuwen in samenwerking met Dick-Jan Zijda, Ruud van Eijk, Jan Roes, René Menting, Monique van Doorn, Greet Kamminga, Paul Reijn, Freek Stembert, Lennard van der Poel, Gerard Maassen, Peter Scholten en Bert Blonk

De Rijksoverheid is bezig om een aantal taken te decentraliseren en bij de gemeenten te beleggen. Gemeenten worden in 2015 verantwoordelijk voor jeugdzorg, werk en inkomen en zorg aan langdurig zieken en ouderen (Jeugdwet, Participatiewet en Wmo). Een deel van deze taken wordt al uitgevoerd door de gemeenten, maar de verantwoordelijkheid, het budget en de rol van de gemeenten worden steviger aangezet. In de volksmond noemen we dit ‘de drie decentralisaties’ (3D) of transities.

De uitbreiding van het takenpakket stelt de gemeenten voor grote uitdagingen. De gemeenten krijgen het budget overgeheveld, maar moeten ook bezuinigen op het budget en controle krijgen op het budget. Een advies aan de gemeenten is dus meer dan welkom.

Manage de verandering

Op de eerste plaats is het van belang dat de gemeente zichzelf goed organiseert. De groei van verantwoordelijkheden en taken is een groei die tot nieuwe mensen, nieuwe processen en nieuwe systemen leidt. Daarbij is het van belang deze bewust te organiseren, mensen op te leiden en systemen/processen in te richten. De overheveling van de taken is niet gebaseerd op overduidelijk succes van de gemeenten in het binnen budget organiseren van alle projecten. De burgers hebben daar steeds meer een mening over en ook steeds meer zicht op via onder andere de sociale media. Vergissingen, fouten worden uitvergroot en de gemeente staat dicht bij de burger. Goed organiseren, duidelijk rapporteren en zorgen dat de bezuinigingen gerealiseerd worden en toch een goede zorg organiseren is van levensbelang. Wat als de zorg bij de naburige gemeente wel goed

bekendstaat? Ga ervan uit dat de gemeenten nog niet klaar zijn en zorg dat er snel geleerd kan worden en de burger tevreden is met de geboden zorg. Daarbij is het aan te bevelen dat gemeenten ook van elkaar leren.

Stuur op zelfredzaamheid

Burgers willen niet ziek of hulpbehoevend zijn. Als het toch gebeurt, zijn ze in overleg te bewegen om de zorg mee te organiseren en bij voorkeur langer thuis te wonen of eerder thuis te zijn voor revalidatie. Deze zelfredzaamheid en de verbindingen die het in de wijk te weeg kan brengen, zijn een kans voor de gemeenten. Door duidelijk te maken hoe de zorgconsumptie of de verwachte zorgbehoefte-ontwikkeling in een gebied is, kan de gemeente zich voorbereiden en zich goed organiseren in overleg met de burgers zelf.

De gemeente kan die zelfredzaamheid stimuleren en faciliteren door onder andere de inzet van eHealth. Daarom het advies om innovatief te denken (zie verderop). Inzet van domotica, zorg-op-afstand en vorming van een persoonlijk gezondheidsdossier zijn bekende en beschikbare toepassingen die bij de juiste samenhangende inzet de zelfredzaamheid van de burger verregaand kunnen versterken. De hervormingen in de langdurige zorg geven meer regiemogelijkheden aan gemeenten dan enig andere instantie in het verleden.

Zij kunnen dus nieuwe keuzes maken en de zorg met de burger meer op maat inrichten. eHealth kan daarin een belangrijke rol spelen en de burger meer mogelijkheden tot regie en zelfmanagement geven. Als echter onvoldoende aandacht voor de belangen van de patiënt door gemeenten ertoe leidt dat de burger zijn vertrouwen verliest, verliezen we de burger als partner in het innovatieproces. Dat belemmert de effectieve toepassing van eHealth binnen gemeenten, maar ook daarbuiten.

Organiseer innovatie

ICT als generiek middel en eHealth als redzame vernieuwing in de zorg, biedt de basis voor innovatief organiseren van de zorg. Deze beweging is in volle gang en de burgers lopen in sommige aspecten voor op overheid en instellingen. Het zou een verkeerd uitgangspunt zijn om te veronderstellen dat eHealth vanzelf alles oplost. eHealth zonder plan kan veel geld kosten en juist niet bijdragen aan de gewenste daling van de zorgkosten.

De gemeenten staan dus voor de uitdaging om innovatie te organiseren en eHealth zo in te zetten dat het samenhang geeft, de burgers stimuleert om zaken zelf of samen met elkaar te organiseren en te regelen. Het elders in dit boek genoemde “engagement platform” (zie advies aan de minister) kan onderdeel zijn van een gemeente die ICT bewust en strategisch inzet om de zorg beter te maken en de kosten omlaag te brengen. Daarvoor is hulp nodig van professionals. Innovatie ontstaat niet vanzelf. Het is niet vanzelfsprekend dat de gemeente al over de kennis en het inzicht beschikt om dit te doen. Wel kan de gemeente een

faciliterende rol spelen in het laten aansluiten van de verschillende innovaties die binnen een gemeente in ontwikkeling zijn. Hiermee kan de gemeente voorkomen dat het wiel opnieuw wordt uitgevonden of dat verschillende innovaties elkaar zelfs beconcurreren. Zoek hulp en werk vooral samen met partijen in de markt die hier al jaren mee bezig zijn. Voorkom de valkuilen van het verleden, oogst de goede voorbeelden en wijze lessen geleerd. Dan kunnen de gemeenten de rol nemen van organisator en stimulator van de innovatie in de zorg. Samenwerken is dus heel belangrijk om de noodzakelijke innovatie voor elkaar te krijgen.

Werk samen in de zorgketen

Naast een samenwerking van gemeente en zorgaanbieders, is een goede samenwerking tussen gemeente en zorgverzekeraars van belang. Beide partijen zullen de zorgketen gezamenlijk zo moeten vormgeven dat voor de burger sprake is van doelmatige inzet van zorg, tegen zo laag mogelijke kosten. Investerings in eHealth- en domotica-toepassingen kunnen besparingen opleveren door uitstel van

zorgconsumptie in het ZVW-domein. Gemeenten en zorgverzekeraars zouden daarom het gezamenlijk initiatief kunnen nemen tot een gebiedsfoto, waarin zorgconsumptie gekoppeld wordt aan het gezondheidsprofiel van een gebied. Zo kan de zorg veel doelmatiger worden georganiseerd, met een maximaal rendement. Goed samenwerken in de zorgketen kan zo een belangrijke rol spelen bij het realiseren van de gewenste bezuiniging op het zorgdossier.

Wees een verantwoord inkoper

Naast het stimuleren en uitdragen, kunnen gemeenten ook langs een andere weg zorgaanbieders uitdagen tot innovatie. Dit kunnen zij doen door innovatie en eHealth als een van de basiseisen aan de zorginkoop te stellen. Immers de gemeente is verantwoordelijk voor de 'wat' vraag en geeft de kaders. De zorgaanbieders moeten dan vervolgens het plaatje verder invullen. Het zou goed zijn als gemeenten het gesprek met de zorgaanbieders al starten voordat zij over gaan tot zorginkoop, om gezamenlijk te verkennen op welke wijze invulling kan worden gegeven aan innovatie.

Daarbij moet de gemeente vooral niet op de stoel van de zorgaanbieders gaan zitten, maar ruimte geven aan creatieve ideeën. De output van deze gesprekken zou de gemeente vervolgens moeten gebruiken om haar aanbestedingsprocedure zo vorm te geven dat er ruimte geboden wordt aan de creativiteit (innovatie en implementatie eHealth).

Het huidige zorgproces is kwetsbaar en - ook zonder de rol van de gemeenten - in transitie naar inzet van veel meer eHealth en optimalisatie van zorgprocessen. Puur inkopen op prijs op korte termijn is een gevaar. Zorginkoop vraagt om visie en terugdringen van de zorgkosten op lange termijn en blijvend. Bezuiniging op korte termijn kan de zorgverlening ernstig schaden en de kosten in de toekomst ongecontroleerd laten stijgen.

Koester de rol van verantwoordelijke regisseur

Door alle veranderingen krijgt de gemeente een regiefunctie in de zorg. Zij kunnen, bepalen, voorschrijven, afdwingen hoe de zorg betaald en dus georganiseerd wordt. De gemeente als

regisseur draagt ook de verantwoording voor het eindresultaat. De gemeente krijgt invloed op alle betrokken partijen en zal dus vanuit eigen visie een samenhangende zorg moeten organiseren. De gemeente krijgt ook de beschikking over privacygevoelige gegevens, en dit is kwetsbaar. Het is van groot belang dat gemeenten aan het bewaken van privacy net zoveel prioriteit geven als binnen de medische sector gebruikelijk is. De patiënt moet er te allen tijden op kunnen vertrouwen dat de informatie die hij verstrekt alleen met zijn toestemming aan derden wordt verschaft of voor andere doeleinden wordt gebruikt. De gemeente moet dus een verantwoordelijk regisseur zijn die zorgt voor een goed eindresultaat van het nieuwe script voor de zorg. Bij verkeerde invulling wordt het een slechte film en dat wil niemand op zijn geweten hebben.



ADVIES AAN DE MINISTER

Jack van Gils in samenwerking met Jacob Hofdijk, Dick Sietses, Pieter van Haren, Charles Gimbrere, Evert Jan van Hasselt, Aisha Sie, Nicoline Hoogerbrugge en Lies van Gennip

***“Ik droom een onmogelijke droom
Ik zoek wat geen mens nog gelooft”***

Ramses Shaffy

Advies aan de minister is een pretentieuze titel in de setting van het boek dat voor u ligt. Een co-creatie van velen. Allemaal mensen die in de zorg zitten, er van leven en vooral die de moeite hebben genomen om hun krachten te bundelen en alles bij elkaar te brengen. Het eerste advies moet zijn: lees alles wat in dit boek staat. Het is geschreven door deskundige en betrokken mensen, die het beste voor hebben met Nederland en de zorg.

De zorg in Nederland wordt hervormd. De demografische ontwikkelingen, de toenemende kosten en een gebrek aan controle in de zorg zijn als dwingende redenen aangevoerd. We willen de zorg dichterbij de burgers brengen en we willen de patiënten betrekken bij de zorg. Als minister en vanuit het departement waarvoor u

staat, is gekozen voor stevige hervormingen die weerstand oproepen. U bent overtuigd van uw visie, maar er is veel zorg over het hoe. Daarom hier een advies dat geen samenvatting is van het voorgaande maar dat elementen aanreikt over hoe die visie gerealiseerd kan worden. We zijn zeker niet volledig in deze adviezen, maar in het co-creatieproces kwamen deze elementen met kracht en passie naar boven en daarom verdienen ze het om onder de aandacht te worden gebracht. Onderdeel van de hervorming is de inzet van eHealth onder andere om eigen regie van de cliënt te bevorderen. Een mooi streven, zeker gezien de uitdagingen die op ons afkomen en de mogelijkheden die nieuwe ICT biedt. Als overheid kun je op verschillende manieren eHealth stimuleren. Onze adviezen bevorderen inzet van eHealth en zorgen dat ICT

zinnig en zinvol in de zorg wordt ingezet. eHealth is uiteindelijk maar een middel, om hogere doelen te bereiken: kwalitatief betere zorg, empowerment van de patiënt, doelmatigere zorg en (last but not least) bestaande schotten en domeinen in de zorg doorbreken.



STIMULEER DE IMPLEMENTATIE VAN EHEALTH

Vrijwel iedereen in de zorg weet dat er iets moet veranderen om tot een houdbaar en duurzaam zorgsysteem te komen. Er wordt daarom ook enthousiast en veel geëxperimenteerd met innovaties door zorgverleners, verzekeraars en de toeleveranciers van de zorg. Om echter de zorg echt te veranderen is het van belang dat de best-practices geselecteerd worden en veelbelovende innovaties ook daadwerkelijk worden geïmplementeerd in het zorgsysteem en de dagelijkse praktijk.

De overheid kan hierbij helpen door juist ook de fase van selectie en implementatie te stimuleren. Er is behoefte aan regels die op outcome en niet op gebruikte techniek zijn gebaseerd. Geef duidelijkheid aan (markt)partijen over vergoedingen van nieuwe technologieën. Richt subsidies (van zowel VWS als EZ) niet alleen op de fase van onderzoek en ontwikkeling, maar zorg voor actieve stimulering van de implementatiefase. In de implementatiefase worden zorgverleners geconfronteerd met

kinderziektes, marktpartijen met aanloopverliezen en teams van zorgverleners en marktpartijen gezamenlijk met een woud aan regelgeving die implementatie in de weg staat. Juist deze fase is cruciaal om de zorg als geheel te laten profiteren van de (gedane) investering in innovaties. Stimuleer dus daadwerkelijke implementatie met alle mogelijke middelen.

Patiënt is eigenaar - privacy is noodzakelijk

Borg wettelijk dat mensen recht hebben op hun eigen gegevens. Kenmerk van eHealth is dat veel gegevens vastgelegd worden in ICT-systemen. Deze gegevens zijn vaak niet in te zien en onvoldoende deelbaar. Dit geldt tevens voor de reguliere gegevens die over patiënten vastgelegd worden in de zorg. Gezien de huidige stand van de techniek, kun je stellen dat alle gegevens van patiënten digitaal opgeslagen zijn, maar ook hier geldt: niet toegankelijk voor de patiënt. Al deze systemen en registraties worden betaald vanuit publiek geld. Het is volkomen onlogisch dat mensen geen toegang

hebben tot hun eigen data. Dit bemoeilijkt de uitwisseling tussen verschillende systemen en belemmert daarmee de integratie en doorontwikkeling van eHealth.

Met verschuiving naar nieuwe instituten en betrokkenheid van de gemeente in de uitvoering van de zorg dient wel landelijk regie te blijven bestaan op het respecteren van privacy binnen de zorg, eHealth-toepassingen en ook de gemeenten, zodat we het vertrouwen van burgers behouden en verder uitbouwen. Dat vraagt een landelijke inzet in handhaving, maar ook een landelijke rol in bewustwording en educatie van privacy.

Advies: Om deze onwenselijke situatie te verhelpen en eHealth verder te stimuleren, kunt u wettelijk vastleggen dat mensen recht hebben op hun eigen gegevens, zoals deze zijn vastgelegd in de systemen van zorgverleners. Regel daarbij ook dat de patiënten volgens vastgestelde standaarden digitaal over deze informatie moeten kunnen beschikken.

Vertrouw op burgers – beloon zelfredzaamheid

Burgers willen geen patiënt zijn. Zij willen de zorg vermijden en een gezond leven leiden. Als dat het uitgangspunt is dan kunt u stimuleren dat burgers die zelf zorg regelen en die een gezond leven regelen door inzet van eHealth- en mHealth-APPS beloond worden. Wie zelf bijvoorbeeld al bloeddrukgegevens en andere indicatoren kan overleggen bij een bezoek aan een arts kan misschien korting krijgen op het consult. Zo kunnen we burgers inzetten om zelf te administreren, te registreren en persoonlijke dossiers aan te leggen voor eigen inzicht en om deze inzichten te delen met zorgprofessionals in een open en verantwoordelijke wereld.

Interoperabiliteit moet het uitgangspunt zijn, denk groter dan Nederland

Wees bescheiden als Nederland. We kunnen veel en we regelen alles, maar dat wil niet zeggen dat we niet om ons heen moeten kijken. Er zijn buiten onze grenzen en met name ook op Europees niveau zeer goede initiatieven, afspraken en protocollen op gebied van interoperabiliteit. Ga deze niet opnieuw uitvinden. Pas ze toe en dwing ze af.

Er is behoefte aan een (grond)wettelijke vaststelling dat de registratie van zorg en welzijnsgegevens eenmalig plaatsvindt met een eenduidig stelsel van taal en begrip. De gebruikte terminologiesystemen dienen vertaald te worden naar classificatiestelsels, zodat de administratieve last die nu bestaat door het veelvuldig en onnodig opnieuw vastleggen van gegevens, kan worden vervangen door de lust om te werken met betrouwbare, tijdige en inzicht verhogende informatie (bijvoorbeeld gebruik van SNOMED).

Faciliteer infrastructuur

Een basisvoorwaarde voor eHealth is een fysieke en logische infrastructuur. Ondernemers zijn, zeker binnen de zorg, goed in staat om nieuwe toepassingen en applicaties te ontwikkelen rondom bepaalde ziekten, aandoeningen et cetera. De business cases rondom dit soort individuele eHealth-toepassingen zijn relatief simpel, vergeleken met business cases rondom infrastructuur. Een goede infrastructuur, zowel fysiek als logisch, is echter onmisbaar om door te kunnen ontwikkelen en innovaties te

implementeren. Hier ligt een natuurlijke rol voor de overheid. Focus als minister en stimuleer onder andere met geld de ontwikkelingen van deze innovatieve infrastructuren (en laat de individuele toepassingen aan de markt en ondernemers over). Zorg dat er een innovatieve basis (logisch en fysiek) ontstaat waar op voorgebouwd kan worden.

Dereguleren en experimenteren in regelarme zones

De keuze van de minister om patiënten meer regie in het zorgproces te geven, vormt een belangrijk uitgangspunt voor innovaties in de zorg. Dat zorgt voor meer betrokkenheid van patiënten bij het zorgproces en bij hun eigen gezondheid. En het stimuleert co-creatie in de zorg, wat – mits goed gefaciliteerd – leidt tot hogere kwaliteit en in het verlengde daarvan verlaging van de kosten. Een voorwaarde voor co-creatie is dat alle betrokkenen beschikken over een gemeenschappelijke communicatie-infrastructuur, een zogenaamd engagementplatform. Zo'n platform biedt alle betrokkenen in het zorgproces (patiënten,

mantelzorgers, zorgprofessionals) de juiste informatie en de juiste instrumenten om hun deel van het co-creatieproces optimaal uit te voeren. Het realiseren van dergelijke engagementplatforms is een verantwoordelijkheid van de markt. De overheid heeft hierbij een faciliterende verantwoordelijkheid zoals in de andere adviezen aangegeven: zorg voor standaarden en dwing ze af, regel de benodigde infrastructuur in alle geledingen. Algemeen toegankelijke engagementplatforms die co-creatie in de zorg ondersteunen, vormen een goede voedingsbodem voor eHealth-toepassingen. eHealth-oplossingen op hun beurt versterken weer de co-creatie in de zorg. Daar ligt een belangrijke sleutel op weg naar een houdbaar zorgstelsel!

Het is van belang om meer ruimte te geven aan experimenten. Daar worden immers inzichten geboren over hoe met name eHealth-oplossingen kunnen bijdragen aan verbeteringen in de zorg. Een belangrijk obstakel bij dergelijke experimenten is vaak de bestaande wet- en regelgeving.

Daarom pleiten we voor het instellen van zogenaamde regelarme zones die experimenten ruim baan geven.

Zorginnovatie (via eHealth of andere middelen) is alleen mogelijk als ook de ruimte wordt geboden voor een vroege fase van concepten testen en uitproberen. Dit vormt de basis voor verdere opschaling indien de eerste ervaringen aantonen dat dit loont: sta dit leerproces toe. Vaak wordt namelijk de eis gesteld: bewijs effectiviteit vóór verdere implementatie.

Maar de huidige wet- en regelgeving leidt tot een vicieuze cirkel: je hebt bewijzen nodig om een project te mogen uitvoeren, maar je moet het project eerst kunnen uitvoeren om de bewijzen te verzamelen. Dit probleem wordt voorkómen door het toestaan van pilots binnen regelarme zones, als onderdeel van een doorlopend leerproces.

eHealth = eWelzijn

De ontwikkelingen in de zorg staan niet op zichzelf. Eigen regie en eigen verantwoordelijkheid gaan hand in hand. eHealth heeft de potentie om burgers bewust te maken van gezondheid. Stimuleren van gezond leven leidt tot drastische besparingskansen. Zorg is pas nodig als burgers ziek zijn. Voorkomen is dus beter dan genezen. Als we de focus gaan leggen op het welzijn van de mensen dan hebben we dus een nieuwe term nodig.

We stellen voor om vanaf nu de term eHealth te vervangen door eWelzijn. Dat moet het doel zijn. Wij willen dus dat u samen met ons werkt aan de onmogelijke droom en met ons actief op zoek gaat naar wat nog niemand gelooft: laten we proberen iedereen een gezond leven te laten leiden.



E-HEALTH, WAT IS HET?

WAT IS EHEALTH?

Johan Krijgsman

Over eHealth bestaan diverse interpretaties. eHealth wordt geassocieerd met alles wat met technologie in de gezondheidszorg heeft te maken. Het is goed daarom stil te staan bij de vraag: wat is eHealth eigenlijk precies? Johan Krijgsman van Nictiz heeft een literatuurstudie verricht naar de juiste definitie van eHealth en schept ordening in de dimensies van eHealth: het zorgproces, de gebruikers en de techniek.

Wie congressen over eHealth bezoekt, kan een breed scala aan onderwerpen verwachten, van robots in de care tot serious gaming in de fysiotherapie, van apps tot online communities. “Wat verstaat u onder eHealth?”, is de beste eerste vraag die u aan uw gesprekspartner kan stellen, als iemand het met u over eHealth wil hebben.

Want waar de één het heeft over e-consults voor patiënten, heeft de ander het over beeldcommunicatie tussen zorgverleners. Beide voorbeelden vallen onder het begrip eHealth, afhankelijk van welke definitie wordt gebruikt.

In dit hoofdstuk hebben we het over de definitie van eHealth en bespreken we op welke manier een ordening is aan te brengen in de grabbelton van eHealth-toepassingen.

Een definitie van eHealth

De spraakverwarring over eHealth is niet nieuw. Al in 2005 heeft Claudia Pagliari in een wetenschappelijk artikel zesendertig verschillende definities vergeleken (Pagliari, 2005). Zij ontdekte dat in veel definities een nadruk lag op de communicatieve aspecten van eHealth en op het gebruik van netwerktechnologieën, met name het internet. Pagliari concludeert dat de definitie van Thomas Eng uit 2001 de lading goed dekt. Toevallig of niet is dit ook de definitie die in 2002 is gebruikt door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) in de achtergrondstudie ‘Inzicht in e-health’ (RVZ, 2002). Deze definitie luidt als volgt:

Definitie van eHealth

eHealth is het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën, en met name internet-technologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren.

Ook in 2014 lijkt dit nog altijd een bruikbare definitie, die in ieder geval recht doet aan de verscheidenheid van opvattingen. Daarom gebruiken Nictiz en het NIVEL deze omschrijving van eHealth in de eHealth-monitor van 2013 en 2014. Opvallend is dat het een brede definitie is die zich niet beperkt tot één specifieke technologie (al speelt internettechnologie een prominente rol) of tot specifieke gebruikersgroepen (bijvoorbeeld communicatie tussen zorgverleners en patiënten). In de loop der tijd zullen nieuwe begrippen ontstaan die zich meer specifiek zullen richten op deelgebieden. In feite gebeurt dit al, waarbij de term mHealth, die zich specifiek richt op het gebruik van mobiele technologie, misschien het bekendste voorbeeld is.

Drie dimensies van eHealth

Brede definities doen dan misschien wel recht aan meerdere opvattingen, maar ze kunnen er ook toe leiden dat mensen door de bomen het bos niet meer zien. Het aanbrenge van een ordening kan dan het overzicht vergroten. In dit artikel is dat beschreven langs drie dimensies, namelijk de plaats in het zorgproces, de gebruikers en de toegepaste techniek. We baseren ons daarbij op de whitepaper 'Ordering in de wereld van eHealth' (Krijgsman en Klein Wolterink, 2012).

De definitie van eHealth helpt zelf al bij die ordening, omdat er elementen in voor komen die we kunnen gebruiken voor een indeling. We zien drie praktische dimensies waarlangs eHealth-toepassingen zijn in te delen:

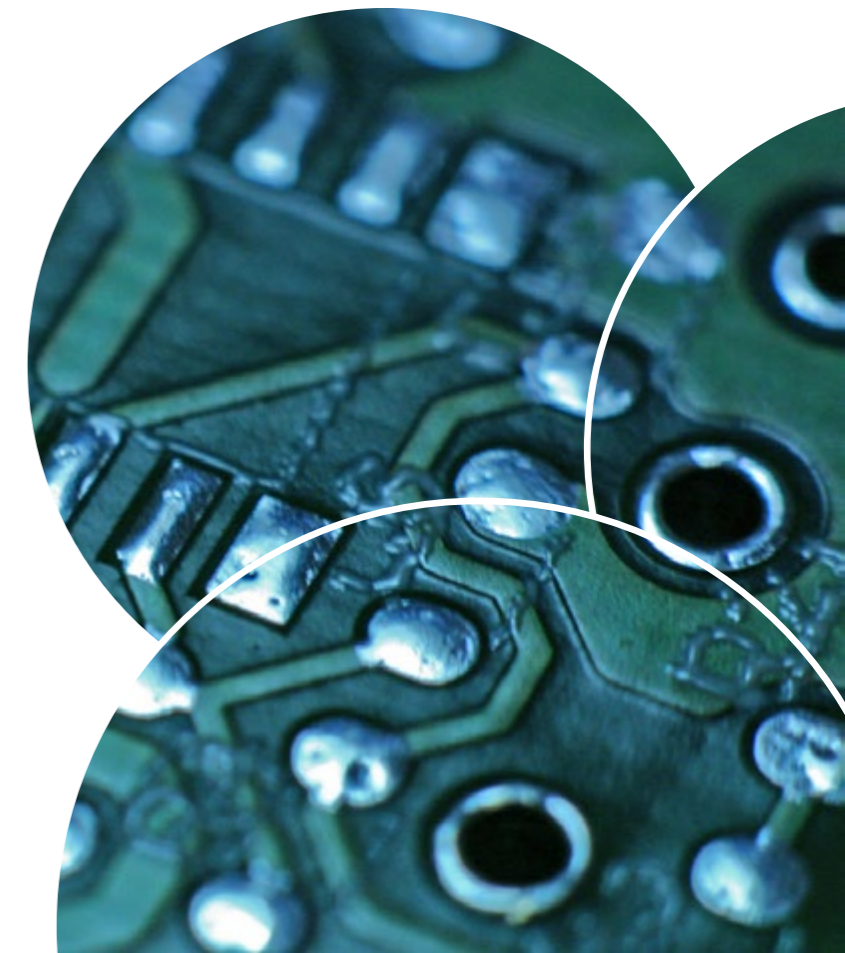
- 1) in welke fase(s) van het zorgproces wordt de toepassing ingezet;
- 2) wie maken er gebruik van?
- 3) op welke technologie(ën) is de toepassing gebaseerd?

De plaats in het zorgproces

De definitie van eHealth spreekt van "ondersteuning en verbetering van gezondheid en gezondheidszorg". Die verbetering treedt niet automatisch op door de inzet van ICT. Dat gebeurt alleen door zorgvuldige inpassing van ICT in het zorgproces, daar waar het nut heeft. Er zijn veel verschillende processen in de zorg waarbij ICT wordt ingezet, daarom is het handig om bij het indelen van eHealth-toepassingen te kijken naar het proces waarvoor ze bedoeld zijn. Zo maakte de RVZ in het eerder genoemde rapport 'Inzicht in e-health' onderscheid in de procesgebieden 'e-public health' (voorlichting en preventie), 'e-zorg' (het primaire zorgproces in cure en care) en 'e-zorgondersteuning' (administratieve zaken, zoals inkoop en financiën, maar ook afspraken, planning en dossiervoering).

Voor elke groep van processen zijn andere voorbeelden van eHealth te vinden. Zo vallen veel eHealth-toepassingen in het procesmodel van de RVZ onder 'e-zorgondersteuning'. Daarbij valt te denken aan online afspraken, elektronisch verwijzen of elektronische dossiervoering.

In de categorie 'e-zorg' valt te denken aan inzet van eHealth bij diagnose, therapie of verpleging en verzorging.



Daaronder vallen diagnose op afstand, zoals teledermatologie, beslissingsondersteuning voor zorgverleners, zoals bij het voorschrijven voor medicatie, of vormen van online behandeling, zoals psychotherapie via het internet. Ook in de care zijn voorbeelden te vinden van onder andere e-zorg. Denk daarbij aan de inzet van medicijndispensers of beeldschermzorg.

De eHealth-gebruiker

‘Voor wie is het bedoeld?’ is een goede vraag om verschillende eHealth-oplossingen in te delen, want eHealth-toepassingen kunnen heel verschillend zijn voor verschillende gebruikers. Aangezien eHealth-toepassingen vaak gericht zijn op communicatie, staan per communicatiekanaal voorbeelden van eHealth-toepassingen afgebeeld.

Zo komen we tot de volgende indeling:

- eHealth-toepassingen voor zorgverleners binnen de eigen werkcontext, bijvoorbeeld het gebruik van Elektronische Patiëntendossiers of beslissingsondersteunende systemen;

- eHealth-toepassingen voor communicatie tussen zorgverlener en patiënt/cliënt, bijvoorbeeld online inzage in het eigen elektronisch dossier, online afspraken, elektronische consulten of inzet van telemonitoring;
- eHealth-toepassingen voor patiënten binnen hun persoonlijke levenssfeer, bijvoorbeeld een persoonlijke applicatie voor zelfmanagement, gericht op het bijhouden van resultaten van zelfmetingen of van eigen doelen op het gebied van leefstijl;
- eHealth-toepassingen voor communicatie tussen patiënten onderling, bijvoorbeeld een forum voor lotgenotencontact;
- eHealth-toepassingen voor communicatie tussen patiënten en anderen dan zorgverleners of patiënten, bijvoorbeeld voor het raadplegen van keuze-informatie die beschikbaar wordt gesteld door een patiëntenvereniging of verzekeraar;
- eHealth-toepassingen voor communicatie tussen zorgverleners en anderen dan zorgverleners of patiënten, bijvoorbeeld voor rapporteren van kwaliteitsinformatie of voor het indienen van declaraties bij de zorgverzekeraar

(niet iedereen beschouwt dit overigens als eHealth);

- eHealth-toepassingen voor communicatie tussen zorgverleners onderling, bijvoorbeeld voor de elektronische uitwisseling van medische gegevens, het elektronisch doorverwijzen van patiënten of het elektronisch consulteren van collega's.

eHealth en technologie

Een andere manier om eHealth-toepassingen in te delen is naar de technologie die in de eHealth-toepassing dominant is. Dit is in sommige gevallen lastig, omdat technologie op zichzelf ook weer meerdere dimensies kent (denk aan de keuze van infrastructuur, gebruikte communicatieprotocollen, gekozen ontwikkelplatform of applicatietype). Toch is een bruikbare indeling wel te maken naar dominante technologie en/of applicatietype. (Zie tabel 1)

Tabel 1: mogelijke indeling van eHealth-toepassingen naar technologie

Technologie	Toelichting
Webapplicaties en portalen	Toepassingen die via een webbrowser aan de gebruikers worden aangeboden, zoals patiëntportalen of educatieportalen voor zorgverleners.
Mobiele apps	Toepassingen die via een mobiel apparaat, zoals een smartphone of tablet worden aangeboden. Er zijn talloze voorbeelden van, zowel gericht op de arts (online naslagwerken, allerhande rekenhulpjes) als gericht op de patiënt (apps om gezondheidsgegevens of medicatie bij te houden).
Elektronische patiëntendossiers en persoonlijke gezondheidsdossiers	Systemen van veelal medisch-administratieve aard waarin zorgverleners medische patiëntgegevens registreren, in het algemeen binnen hun eigen zorgorganisatie.
Health-sensoren en wearable devices	Een categorie van apparaatjes die veelal in de thuissituatie van patiënten wordt toegepast om vitale lichaamsfuncties te meten, de resultaten te verzamelen en eventueel door te geven aan een medische professional. Voorbeelden van lichaamsfuncties zijn gewicht, bloedsuikerwaarde, bloeddruk en stollingswaarde.
Videocommunicatie (ook wel 'beeldbellen')	Toepassingen waarbij een visuele dimensie toegevoegd aan de gebruikelijke vormen van telecommunicatie. Doel is een versterking van het contact tussen de zorgvrager en de hulpverlener en het vergroten van de communicatiemogelijkheden (bijvoorbeeld kunnen zien van gelaatsuitdrukkingen). Videocommunicatie kan ook worden ingezet bij intercollegiaal consult tussen artsen die zich op verschillende locaties bevinden.
Domotica	Verzamelnaam voor toepassing van elektronica voor automatisering in huis. Het gaat vaak om een combinatie van omgevingsbewuste sensoren en actuatoren (apparaten die de omgeving kunnen beïnvloeden) waarmee het leefklimaat in een woning kan worden geregeld of zaken in de woning automatisch kunnen worden bediend. Een voorbeeld van inzet in de zorg is gebruik van sensoren voor valdetectie bij ouderen.
Robotica	Robots zijn machines die bepaalde taken kunnen verrichten, in het algemeen aangestuurd door computersoftware. Ze worden gebruikt zowel in de cure, denk aan minimaal invasieve chirurgie, als in de care, bijvoorbeeld om bepaalde taken uit handen te nemen, zoals stofzuigen of voor sociale doeleinden, zoals het aanbieden van structuur in de dag.
Medische integratienetwerken	Elektronische netwerken waarover medische informatie wordt uitgewisseld, zoals medicatiegegevens en recepten of radiologische beelden.
Algemene integratienetwerken	Elektronische netwerken van meer algemene aard voor de uitwisseling van gegevens tussen samenwerkende (zakelijke) partners, bijvoorbeeld over bestellingen.
Business intelligence en big data;	Business Intelligence systemen zijn gericht op het analyseren van gestructureerde en ongestructureerde gegevens om daarmee informatie te leveren die gebruikt kan worden voor beslissingsondersteuning. Gebeurt dit binnen het terrein van de zorg, dan wordt ook gesproken over 'medical intelligence'. Indien sprake is van het analyseren van zeer grote hoeveelheden gegevens van uiteenlopende vorm dan wordt ook wel gesproken van 'big data'.
Serious gaming	Inzet van game technologie een spelelement aan te brengen in 'serieuze zaken', bijvoorbeeld om oefeningen aan te bieden in het kader van psychologische behandeling of bij fysiotherapie.

Bij een indeling naar technologie en/of applicatietype is het lastig om volledig en actueel te zijn, niet alleen omdat technologie snel verandert, maar ook omdat zich in de loop van de tijd nieuwe classificaties en nieuwe termen ontwikkelen.

Een 'periodiek systeem' van eHealth?

Door eHealth-oplossingen in te delen volgens meerdere dimensies tegelijk (plaats in het zorgproces, beoogde gebruikers, technologie) kan een gedetailleerde indeling worden gemaakt die laat zien hoe rijk het veld aan eHealth-toepassingen is. Op deze wijze ontstaat als het ware een 'periodiek systeem' van eHealth. Hiermee maken we een knipoog naar de scheikunde; in de scheikunde is het periodiek systeem van elementen een systematische indeling van de chemische elementen.

Maar natuurlijk is het maken van een indeling van eHealth-toepassingen, net zo min als het gebruik van eHealth, een doel op zichzelf. Het is wel handig om met elkaar te komen tot een afbakening van wat onder eHealth verstaan wordt, zodat vervolgens een zinvolle discussie

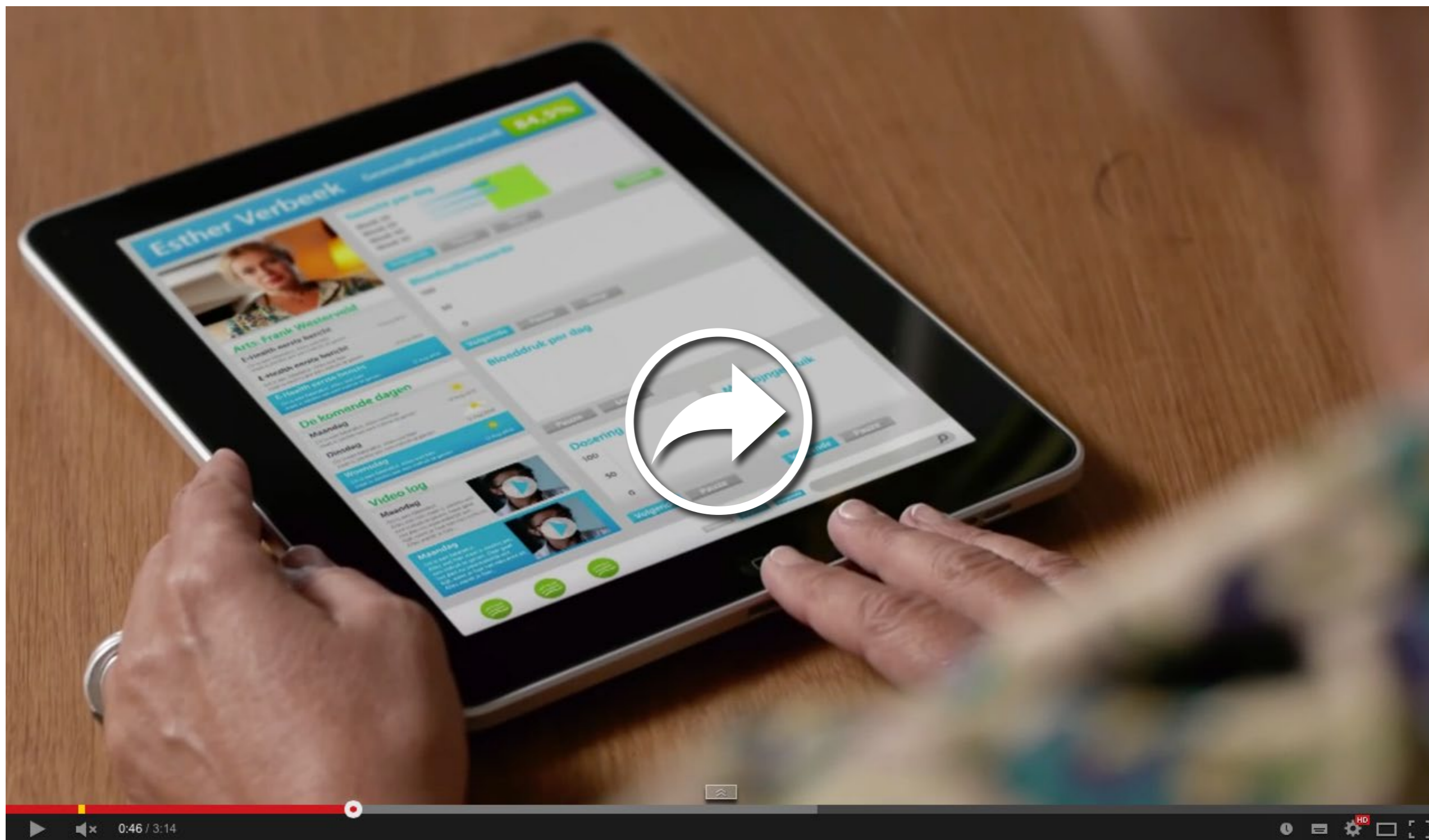
mogelijk wordt over hoe en waar eHealth nuttig kan worden ingezet om de (gezondheids)zorg beter te maken. Want dat is immers waar eHealth volgens de definitie uiteindelijk voor bedoeld is.

Referenties

- Krijgsman, J. en Klein Wolterink, G.,
Ordering in de wereld van eHealth.
Nictiz, Den Haag, 2012
- Pagliari, C. et al., What is eHealth (4):
a scoping exercise to map the field, Journal
of Medical Internet Research, 2005, 7(1): e9.
- Van Rijen, A. et al., Inzicht in e-health,
achtergrondstudie uitgebracht door de Raad
voor de Volksgezondheid en Zorg bij het
advies E-health in zicht, Zoetermeer, 2002.



Youtube eHealthNu



Bron: Youtube eHealthNu

EHEALTH & DE BELOFTE

Leonard Witkamp

Voorgeschiedenis

Een persoonlijke blik

In 1995 begon ik als dermatoloog in Amsterdam met zowel een intramurale als extramurale praktijk. De eerste dag was het raak. Een patiënt wilde absoluut een herhaalafpraak; dat was hij immers gewend bij mijn voorganger, terwijl hij in mijn ogen zeker terug kon naar de huisarts. Ik had een andere stijl: alleen als het nodig was een doorverwijzing naar de dermatoloog en als het kon weer terug naar de huisarts.

Deze stijl paste goed bij de visie van de huisartsen en het ziekenhuis, en mijn praktijk groeide voortvarend. Steeds vaker realiseerde ik mij echter dat veel van het werk dat ik deed bestond uit handelingen waarvoor ik overgekwalificeerd was. Zo bestond ongeveer 10% van mijn werkzaamheden uit het aanstippen van wratten. Met een veertienjarige opleiding en een promotie achter de rug had ik iets anders in gedachten. Veel van het werk was al snel routinematig.

In mijn mening werd ik gesterkt door publicaties waarin aandacht werd geschonken aan “burnout” bij medisch specialisten door het werken in een tredmolen die steeds harder gaat draaien. Niet door slimmere productie, maar door meer productie, meer van hetzelfde. Omdat puur “productie draaien” voor mij op lange termijn geen optie was, ben ik gaan onderzoeken hoe inzet van innovatieve technieken, veranderde werkconstructies, preventie en onderwijs, het plezier, productie en kwaliteit van de zorgverlener kan beïnvloeden.

Maatschappelijke ontwikkelingen

Tegelijkertijd drong vanaf 2000 in de maatschappij stapsgewijs het besef door dat door de vergrijzende bevolking en de voorziene afname van het aantal zorgverleners de inhoud en opzet van zorgverlening essentieel moest veranderen. Om de zorg bereikbaar te houden voor iedereen moest deze veel efficiënter worden en zich meer gaan bedienen van innovaties zoals mogelijk binnen het internet.

Landelijk elektronisch patiënten dossier (EPD)

Tenslotte was er bij de overheid een sterk besef dat het adequaat beheren en delen van gegevens bij kan dragen tot een forse verbetering van kwaliteit van zorg. De taak van Nictiz destijds was het realiseren van een landelijke zorginfrastructuur die het delen van patiëntengegevens mogelijk maakte: het landelijke elektronisch patiënten dossier.

Steunpilaren van dit EPD waren de Unieke Zorgverlener Identificatie pas (UZI pas) en het Landelijk Schakelpunt (LSP). De UZI pas regelde zaken als authenticatie, autorisatie, identificatie, versleuteling en logging van gebruikers en gegevens, terwijl het LSP een veilige aansluiting van deze bij de bron opgeslagen gegevens regelde. De focus was hierbij vooral gericht op het medicatiedossier en de professionele samenvatting van de patiënt.

Paradigmaverschuiving

Deze ontwikkelingen sloten aan bij de door vele auteurs beschreven paradigmaverschuiving in de zorg. Daar waar men vroeger uitging van de zorgverlener als hoeder van de patiënt, is het nu de cliënt of burger die zichzelf (be)hoedt en die de zorgverlener als adviseur inschakelt. Daar waar vroeger sprake was van een onmondige patiënt met een ziekte zag men nu de burger met een kwaal die goede begeleiding behoeft. De omslag vertaalt zich van een gerichtheid op gezondheid en preventie in plaats van ziekte en genezing.

Stimuleringsregelingen

De genoemde ontwikkelingen vanuit de samenleving vonden hun weerklank in verschillende stimulerende regelingen die voornamelijk gericht waren op ICT in de zorg. Het Ministerie van Economische Zaken voorzag een forse groei in hoog innovatie bedrijvigheid in ICT en zorg. Vanuit Senter, SenterNovem en AgentschapNL werden hoogwaardige subsidietrajecten opgestart zoals ICT

Doorbraakprojecten in de Zorg, Kenniswijk en Maatschappelijke sectoren en ICT. Inmiddels liggen diverse eHealth opschalingsprogramma's op de plank bij ZonMw. Ook vanuit belangenverenigingen zijn diverse programma's ontwikkeld, zoals destijds het Man on the Moon programma van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen.

Op Europees niveau is deze lijn ingezet in het 7e Kader programma en Horizon 2020. In deze programma's gingen en gaan miljarden om. Het verkrijgen van subsidies op het gebied van ICT in de Zorg en eHealth is inmiddels op zich een grote markt geworden.

Kwaliteit en randvoorwaarden

Met het besef dat de inzet van ICT belangrijk zal worden voor het bereikbaar houden van zorg en daarmee een wezenlijk deel van de zorg zal worden, kwamen vanuit het veld verschillende initiatieven om een veilige, voortvarende en maatschappelijk verantwoorde introductie, implementatie en opschaling van ICT in de zorg, inmiddels meer en meer Telemedicine en

eHealth genoemd, te bewerkstelligen. Vanuit het Nederlands Normalisatie instituut werd een werkgroep opgestart die uiteindelijk geresulteerd heeft in de NEN 8028 norm Kwaliteitseisen Telemedicine. Deze biedt een uitstekend handvat voor certificering op het niveau van zorginstelling, zorgverlener of product.

Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) zagen dat – onder anderen vanuit verschillende stimulerende regelingen - goede initiatieven niet tot volle wasdom kwamen of onvoldoende uitgroei vonden in het veld.

Deze partijen hebben gezamenlijk de Nationale Implementatie Agenda eHealth opgesteld, waarin partijen gezamenlijk de voorwaarden scheppen om te komen tot opschaling van bewezen effectieve eHealth diensten. Het Ministerie heeft zich aan deze agenda gecommitteerd door enerzijds de voortgang te

monitoren en door anderzijds belemmeringen vanuit wet- en regelgeving uit de weg te nemen.

Het heden

Bevorderende factoren, een reden voor eHealth

Het bestaan van eHealth heeft direct te maken met een verwachte toenemende zorgvraag in de komende jaren. Het beleid van de Europese Commissie heeft een sterke focus op het ondersteunen van de oudere generatie in gezondheid en ziekte. Maar ook de beschreven omslag in denken over gezondheid en ziekte – de paradigmaverschuiving – draagt bij in de toegenomen vraag naar eHealth. De burger wil meer controle over zichzelf in plaats van zorgcontrole door de dokter.

Met de komst van iPads, iPhones en iWatches is de gebruiksvriendelijkheid en toegankelijkheid van gezondheidsapps zodanig toegenomen dat deze goed te gebruiken zijn door de consument die preventief of curatief zijn of haar gezondheid wil monitoren. Het is dan voor de zorgverlener meegenomen als blijkt dat de toepassing

van eHealth ook leidt tot betere kwaliteit. En voor de zorgverzekeraar en beleidsmaker als blijkt dat deze tot een verhoogde efficiëntie in zorgverlening leidt.

Belemmerende factoren, een reden voor gebrek aan opschaling

Programma's als Maatschappelijke Sectoren en ICT hebben ruim aandacht besteed aan systeemfactoren waardoor eHealth onvoldoende van de grond is gekomen. Deze factoren zijn onder te verdelen in interne en externe factoren. Interne factoren spelen een belangrijke rol, maar zijn door de gebruiker of ontwikkelaar redelijk te beïnvloeden. Vaak moet de effectiviteit en veiligheid van de eHealth diensten nog bewezen worden en is de dienst zelf nog niet goed uitgekristalliseerd. En is onvoldoende duidelijk hoe een dienst het beste in het (regionale) zorgproces ingezet kan worden en wie de stakeholders zijn.

Omdat het vaak een nieuwe manier van werken betreft, zullen nieuwe diensten onderhevig zijn aan normale reflexen die bij verandering horen.

De dienst moet zich geleidelijk bewijzen in de medische wereld die van nature – terecht – risicomijdend is.

Externe factoren zijn hardnekkiger en zijn moeilijker te veranderen. Hoewel marktwerking in de zorg gepropageerd wordt, is het de vraag op welke schaal deze er ook daadwerkelijk is. In de praktijk blijkt dat een nieuwe dienst moeilijk in te passen is in de bestaande tariefstructuur binnen de eerste lijn, tweede lijn of AWBZ. En als deze erin lijkt te passen, blijkt het moeilijk om betrokken instanties hiervan te overtuigen. Overigens zijn voor de succesvolle eHealth diensten zoals hierna beschreven goede vergoedingsgronden aanwezig.



Vergoeding is niet een bepalende factor bij introductie maar wel voor opschaling. Maar niet alleen vergoeding. Ook een eenduidige wet- en regelgeving op het gebied van verantwoordelijkheid of ICT infrastructuur is belangrijk.

Selectieve inkoop

Om de kosten van de zorg in de hand te houden hebben partijen belangrijke afspraken vastgelegd in het Budgettair Kader Zorg. De zorg mag overall niet meer dan 1.5 % groeien op jaarbasis. Alle zorg die daarboven geleverd wordt door een zorginstelling, betalen zorgverzekeraars niet uit. Tegelijkertijd hebben de zorgverzekeraars de maatschappelijke verplichting om zorg selectief in te kopen. Zorginkopers zullen hiermee per vakgebied kritisch inhoudelijk moeten kijken naar bestaande zorgdiensten. Zij zullen innovatieve, betere en goedkopere zorg moeten inkopen ten koste van conventionele dure zorgtrajecten. Zolang inkopers onvoldoende in staat lijken om dit in de praktijk te realiseren is opschaling en eHealth nog niet aan de orde.

Marktaandeel eHealth

Ondanks inspanningen vanuit het veld blijkt eHealth minder opgeschaald te zijn dan gehoopt. Veel projecten zijn ondanks positieve resultaten na de subsidieperiode niet ingebed in de reguliere zorg. Op een budget voor de gezondheidszorg van ongeveer 90 miljard wordt aan zorg die uitsluitend met inzet van ICT geleverd wordt maximaal 20 miljoen vergoed door zorgverzekeraars, zorgkantoren en zorginstellingen (0,02%). Dit is een druppel op een gloeiende plaat. Met een dergelijk volume kan eHealth niet daadwerkelijk bijdragen aan het bereikbaar houden van zorg in de komende decennia. Tegelijkertijd is het een relatief onontgonnen terrein waarin nog veel mogelijk is en waarin nog veel ontdekt moet worden.

Succesvolle diensten: de markt geeft eHealth gelijk

Toch zijn er op dit moment voor TeleDiagnostiek, TeleConsultatie en TeleMonitoring een aantal succesvolle diensten geïmplementeerd die uitsluitend met inzet van ICT worden geleverd. Deze diensten hebben het karakter van store-and-forward: het niet synchroon toevoegen en

beoordelen van gegevens. Hiernaast staat de realtime eHealth: er wordt weliswaar een afstand overbrugd maar alle actoren zijn gelijktijdig aanwezig. Dit is het geval bij screen-to-screen diensten (webcam contact) die vooral in de care worden toegepast.

TeleDiagnostiek

TeleFundusScreening bij diabetes patiënten is een goed voorbeeld van TeleDiagnostiek. Waar de patiënt vroeger voor oogspiegelen naar de oogarts ging voor controle van het netvlies op diabetische afwijkingen, gaat deze nu naar de optometrist, het huisartsenlaboratorium, de huisartsenpraktijk of ieder andere locatie dicht in de buurt waar foto's genomen worden van het netvlies.

Deze worden door optometristen beoordeeld. De kwaliteit van de foto's en van de beoordelingen wordt gecontroleerd door de lokale oogarts. Afwijkende gevallen worden voorgelegd aan de huisarts van de patiënt die deze weer kan voorleggen aan de oogarts. Allemaal binnen hetzelfde transmurale EPD. De zorg is

georganiseerd rondom de patiënt met behulp van ICT. Inmiddels worden op deze manier meer dan 50.000 controles op jaarbasis gedaan, en worden meer dan 40.000 fysieke verwijzingen naar de oogarts voorkomen.

TeleConsultatie

TeleDermatologie Consultatie is al sinds jaren een aansprekend voorbeeld van TeleConsultatie; hoewel TeleConsultatie nu ook breed uitgerold is in cardiologie, oogheelkunde, pulmonologie, maar ook in TeleKNO, nefrologie en andere vakgebieden. TeleConsultatie is de digitale variant van een fysieke verwijzing naar het ziekenhuis: de gegevens bewegen binnen het transmurale EPD naar de patiënt toe, de patiënt beweegt niet.

De huisarts verwijst de patiënt digitaal naar de zorginstelling, waar deze gegevens, in het geval van dermatologie foto's voorzien van additionele medische informatie, door de dermatoloog op afstand beoordeeld worden.

TeleMonitoring

Een succesvolle en breed geïmplementeerde eHealth dienst betreft thuismeting van INR waarden door trombosepatiënten. De patiënt meet zelf zijn INR en doseert zelf de medicatie onder supervisie op afstand van de trombosedienst. De patiënt en de trombosedienst hebben hiervoor de toegang tot een internet gebaseerd patiëntendossier waarmee de patiënt zelf data kan invoeren en berichten kan uitwisselen met de trombosedienst. Op deze wijze wordt momenteel de therapie van een groot aantal patiënten gemonitord.

Screen-to-screen

Het webcam contact is het meest opgeschaald in de thuiszorg: het gaat hierbij om het contact tussen een wijkverpleegkundige of thuiszorgmedewerker met de cliënt. Het voordeel voor de cliënt is een grotere autonomie. Vooralsnog is een groot voordeel voor de thuiszorgorganisatie dat deze fors kan besparen op niet door het zorgkantoor vergoede reiskosten.

De belofte

Definitie eHealth

In haar kwaliteitsnorm TeleMedicine spitst het NEN de definitie meer toe op een actieve en obligate rol van de zorgverlener. Het definieert TeleMedicine als het zorgproces of het geheel van zorgprocessen waarbij wordt voldaan aan elk van de twee volgende kenmerken: (1) de afstand wordt overbrugd door gebruikmaking van zowel informatietechnologie als telecommunicatie en (2) er zijn tenminste twee actoren betrokken bij het zorgproces, waarvan minimaal één zorgverlener (Wet BIG) is of handelt onder verantwoordelijkheid van een zorgverlener.



In de loop der tijd zijn er veel definities ontstaan die zich richten op eHealth, TeleMedicine, TeleZorg en eCare. Het valt op dat de definities in de loop der tijd steeds uitgebreider en gedetailleerder een procesbeschrijving omvatten. Met zelfs hier een daar een moraliserende noot. De volgende omschrijving kan ik u niet onthouden: *The most broad term is eHealth, with refers to the use of electronic technologies in health, health care and public health. (...) The various functions of eHealth [are]: (...) reference (electronic publishing, catalogues, databases); self-help/self-care (online health information, support groups, health risk assessment, personal health records), Plan/provider convenience services (online scheduling, test and lab results, benefit summaries), Consultation and referral (doctor-patient or doctor-doctor consultation via telemedicine systems, remote readings of digital image and pathology samples), eHealth commerce (sales of health related product and services) [and] Public health services (automated data collection, data warehouses, online access to population survey data and*

registries, advance detection and warning systems for public health threats). (...) This chapter uses the term ehealth to refer to the broadest possible range of interactive technologies applied to health and health care.

De auteur vat dit vervolgens samen als: The use of the Internet and related information systems and technology in all aspects of health care. Met een verdere intrede van een transmuraal EPD waarin zaken als interoperabiliteit, identificatie en autorisatie geregeld zijn en waarbij zowel zorgvragers als zorgverleners toegang hebben zal de term eHealth niet meer van toepassing zijn. In andere gebieden waar de internetrevolutie zich eerder heeft afgespeeld is het voorvoegsel “e” reeds verdwenen in het taalgebruik. Termen e-mailen, e-boeken, e-banking of e-shopping zijn niet meer in gebruik. Binnen afzienbare tijd zal eHealth en TeleMedicine weer gewoon Health en Medicine zijn. Dit sluit aan bij de stellingname van het College voor Zorgverzekeringen dat eHealth gewoon Health is als dit het bestaande zorgproces vervangt. Praktisch is dan ook te

spreken over de inzet van ICT in de zorg, of gewoon van de inzet van internet in de zorg.

Wat willen we?

De belofte van eHealth is direct gerelateerd aan wat we precies willen in de komende jaren met onze zorg en met eHealth. En daar voorafgaand te stellen wie zijn “we”. In de zorg zijn dit de zorgvrager en zorgverlener, en primair de zorgvrager. Normaal gesproken bepaalt de zorgvrager als consument.

Hier is dan sprake van een vrije markt waarbij de consument in zekere mate het nut en de waarde van de geboden dienst kan bepalen. In de gezondheidszorg is hiervan geen sprake. Zorgverzekeraars en overheid bepalen in hoge mate de inhoud en prijs van zorg en sturen hier actief op. Aan de andere kant is de consument nog vaak patiënt die, weliswaar beter geïnformeerd dan vroeger, zich vaak zal laten leiden door het oordeel van zijn of haar zorgverlener, of in de toekomst door zijn of haar zorgverzekeraar.

Uit de praktijk blijkt dat zorgverleners, mits er sprake is van aangetoonde kwaliteitsverbetering en veilige inzet, zeer bereid zijn om nieuwe vormen van zorg uit te proberen. Op het moment dat er dan adequate wet- en regelgeving is met reële vergoedingen vindt er ook opschaling plaats. Zoals eerder aangegeven zien duizenden zorgverleners inmiddels honderdduizenden patiënten met de inzet van eHealth.

Als zorgverzekeraars, in hun maatschappelijke rol om de zorg van een kwalitatief hoogwaardig niveau bereikbaar te houden, een plaats zien voor eHealth zullen zij daadwerkelijk stappen moeten nemen op precompetitief niveau. Zorgverzekeraars zullen de doelen die zij willen bereiken met inzet van eHealth moeten definiëren en hun inkoopbeleid hierop moeten afstemmen. Maar belangrijker ook, zij zullen zorg die relatief duur en inefficiënt is actief moeten afbouwen. Dit houdt in dat de zorgverzekeraar haar expertise meer richt op inhoudelijke zorgproducten en selectieve inkoop hiervan. De rol van de overheid is het creëren van randvoorwaarden voor een veilige, voortvarende

en maatschappelijk verantwoorde groei van eHealth door het stimuleren van bevorderende factoren en het wegnemen van belemmeringen. Ondanks het feit dat de overheid zich daar nadrukkelijk aan geëngageerd heeft, zijn er nog steeds belemmeringen waar zij een rol in kan spelen. Hoewel veel eHealth diensten normale zorg betreffen, is de manier van vergoeden en de noodzaak voor eventuele nieuwe vergoedingstitels nog niet doorgedrongen in het veld en partijen als de NZa. Fysiek contact als voorwaarde voor vergoeding werkt vanzelfsprekend belemmerend bij diensten die er juist op gericht zijn om met inzet van ICT de zorg efficiënter en beter te maken.

Business case

ICT blijkt ook in andere maatschappelijke sectoren het meest geïntegreerd te zijn bij routinematige en eenduidig herkenbare handelingen: een vliegticket kopen, dagelijkse boodschappen afrekenen, geld overmaken en anderen. Ook in de zorg lijken de meest belovende eHealth diensten routinematige zorg te betreffen. TeleFundusScreening -

netvliesscreening - bij tienduizenden diabetes patiënten voorkomt 94% van de bezoeken aan oogartsen en is bovendien veel effectiever en goedkoper. TeleConsultatie voorkomt 74% van de bezoeken aan het ziekenhuis terwijl de patiënt de volgende dag uitsluitel heeft en de huisarts veel leert.

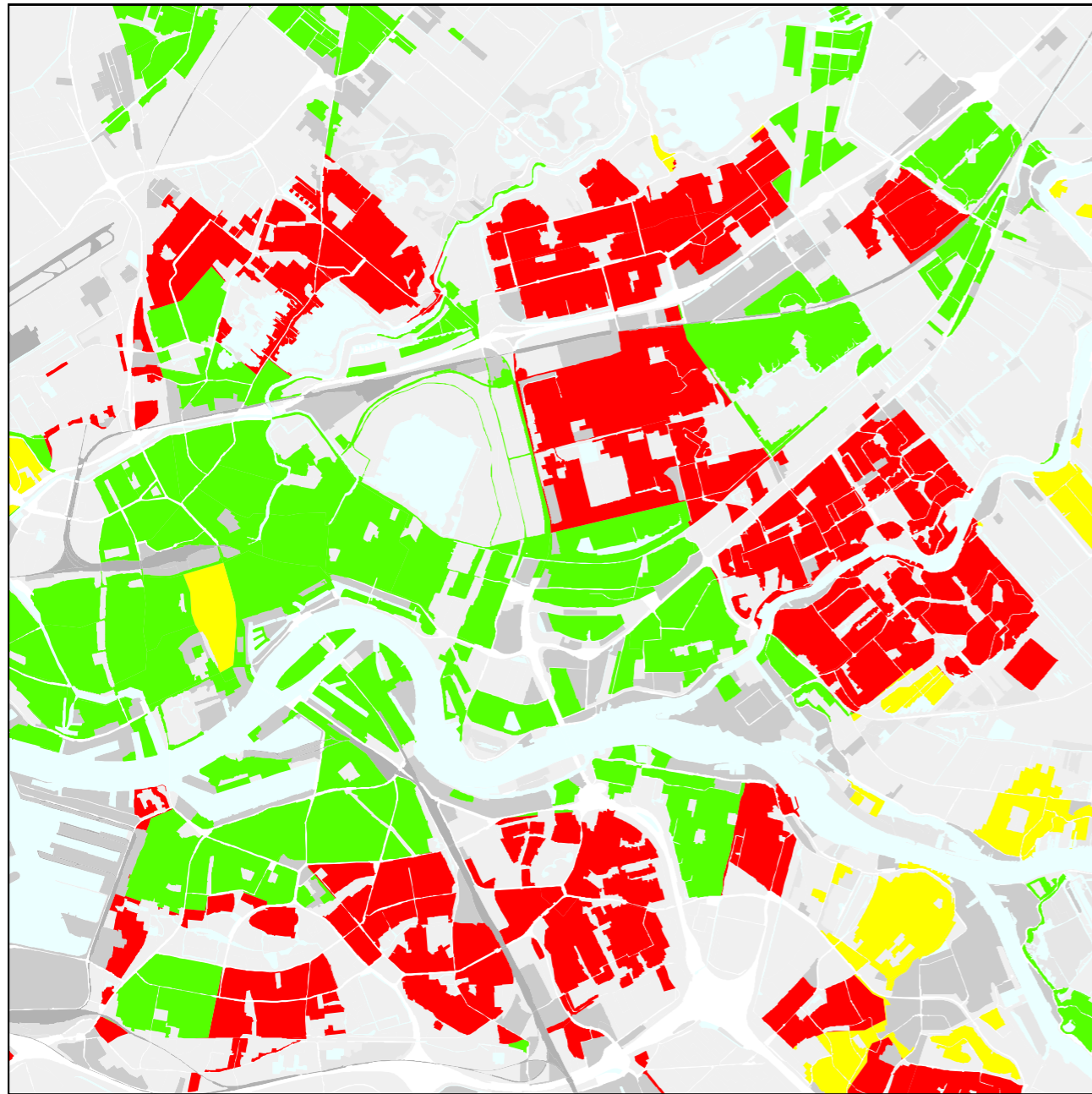
De Nederlandse overheid en Europese Unie richt haar aandacht daar waar het eHealth betreft vooral op het langer zelfstandig thuis laten wonen van de oudere generatie. Stimuleringsprogramma's zijn gericht op ZelfManagement, ZelfCoaching, inzage in het eigen dossier en op screen-to-screen contact.

De klinische relevantie, de organisatie en het vermogen om de efficiëntie van de zorg te verbeteren moet van deze diensten nog voor een goed deel onderzocht worden. Bovendien zijn dit vaak diensten waarin veel van de patiënt verwacht wordt, terwijl het de vraag is of deze dat ook gaat doen.

Met de vergrijzing voor ogen is de keuze van overheden begrijpelijk maar niet eenvoudig.

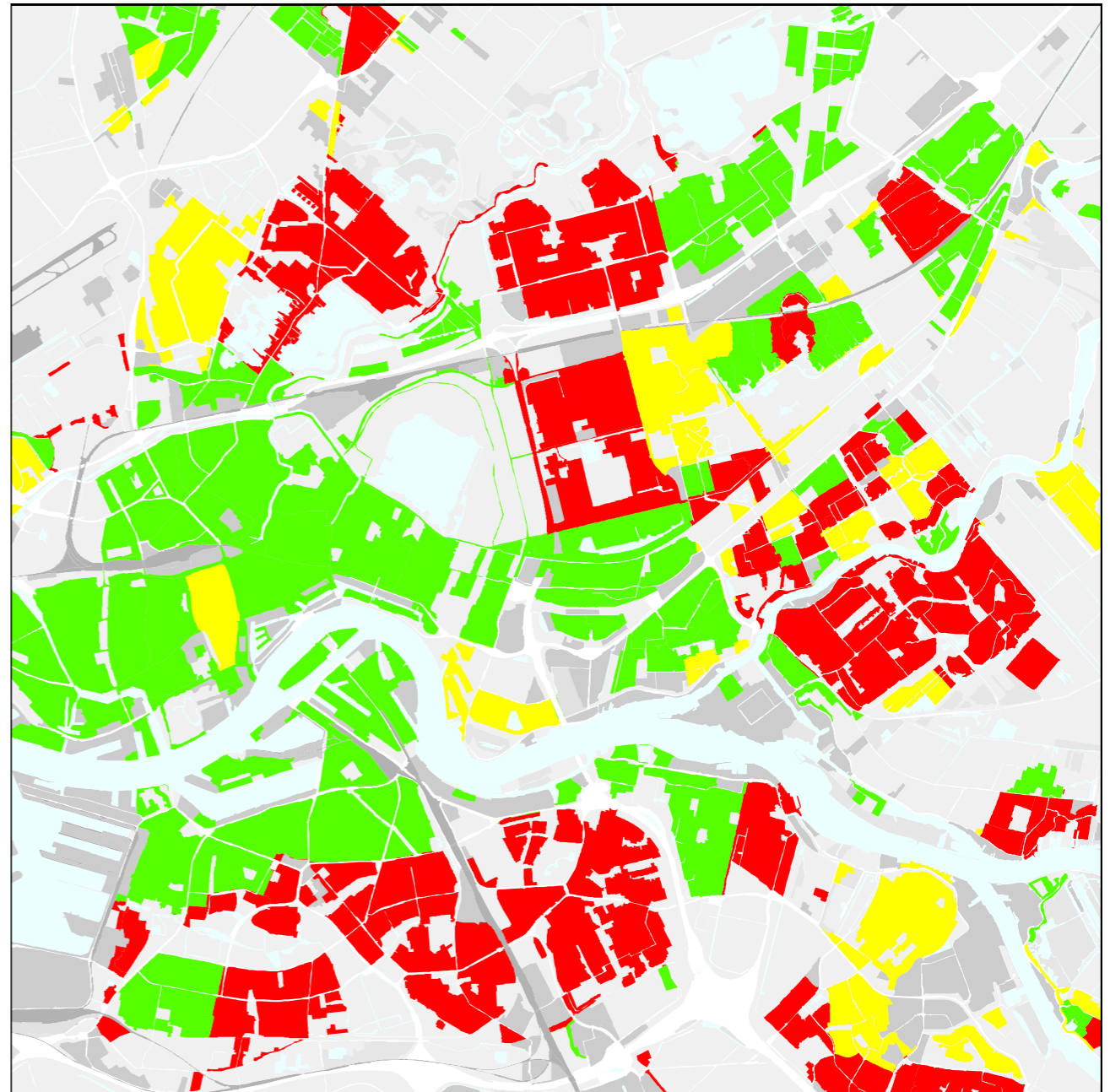
Zorg van boven

Het thema Zorg van Boven is verwerkt door het hele boek en laat een aanzicht zien van de demografie, zorgvraag en zorgcontext in Nederland.



Postcodekaart Rotterdam

% 65+ Postcodekaart Rotterdam



Buurtkaart Rotterdam

% 65+ Buurtkaart Rotterdam



Het is in ieder geval zaak dat veldpartijen en overheid eHealth diensten, die zich reeds in de zorg bewezen hebben - het laag hangend fruit -, blijven stimuleren door onder andere selectieve inkoop. In deze diensten zit vooralsnog de grootste maatschappelijke winst. Met de groei van deze diensten zal de stap vanuit de zorg naar de zorgvrager veel geleidelijker kunnen plaatsvinden, en daarmee succesvoller. Bij het opstellen van de businesscase staat het voordeel voor de maatschappij - maatschappelijke businesscase - en van alle actoren die betrokken zijn bij de dienst – businesscase van de stakeholders - voorop.

De zorgverzekeraars als hoeder van de maatschappelijke businesscase mogen van de aanbieders van eHealth verlangen dat de door hen geboden zorg leidt tot snellere en betere zorg dichtbij de patiënt tegen lagere kosten. Het is aan de aanbieders om dit te bewijzen. Tegelijkertijd is het aan de aanbieders om ervoor te zorgen dat alle stakeholders in de dienst voordeel ervaren. Zo ervaart bij TeleConsultatie de patiënt het voordeel van zeer snelle

feedback in plaats van wachttijden, de huisarts het voordeel van het leereffect, de medisch specialist het voordeel van plezier in het werk en het ziekenhuis waar de medisch specialist werk het voordeel van adherentie vergroting en -versterking.

Bij een bewezen dienst is het de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars om ook daadwerkelijk en krachtig in te kopen. Hiervoor moeten de zorgverzekeraars echte keuzes maken die substitutie van bestaande zorg teweeg brengt. Op macro niveau kan een zorgverzekeraar ervoor kiezen om de jaarlijkse 1.5% groeiruimte uitsluitend te benutten voor innovatieve diensten die aantoonbaar de efficiëntie van zorg verbeteren. Het is de verantwoordelijkheid van de overheid om voor deze diensten de juiste randvoorwaarden te scheppen in de vorm van wet- en regelgeving en vergoeding.

Integrale dienst

Kenmerken van eHealth diensten zijn dat deze tijd en plaats onafhankelijk aangeboden kunnen

worden. Hiermee kan het zorgverleningsproces dat voorheen op eenzelfde plaats binnen een beperkt tijdsbestek door één zorgverlener uitgevoerd werd nu opgedeeld worden in verschillende acties door onafhankelijke zorgverleners die onder supervisie van diezelfde zorgverlener niet tijd en plaats gebonden onderdelen van het proces kunnen uitvoeren. De eHealth dienst betreft een aaneenschakeling van acties en actoren. eHealth is dus meer dan ICT, het is een volledige verandering van het zorgproces en dient om deze succesvol en veilig te implementeren en op te schalen als integrale dienst benaderd te worden. Belangrijk is het zorgvuldig ontwerpen en definiëren van het medisch proces, het definiëren van alle betrokkenen (actoren) en hun rol in het proces en het beschrijven van de organisatie van de dienst in de regio.

Dit wordt vertaald naar de ICT structuur, bijvoorbeeld in het gehanteerde transmurale EPD waarbij aandacht is voor gebruikersgemak, veiligheid en aansluiting bij de regionale of landelijke zorginfrastructuur. Daar waar

meetapparatuur onderdeel is van de dienst zal deze goed moeten aansluiten op het EPD, en zal deze ook onderhouden moeten worden.

Vervolgens is het belangrijk dat de nieuwe werkwijze stapsgewijs ingevoerd wordt; met een sterk accent op instructie, monitoring en de aanwezigheid van een goed bereikbare helpdesk voor de gebruikers.

Verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid moet geregeld zijn voor het gehele proces en deze moet duidelijk zijn voor alle actoren, in casu de patiënt; bijvoorbeeld met behulp van informed consent. Voor de patiënt moet het duidelijk zijn met wie deze de behandelrelatie heeft en tot wie hij zich moet wenden in geval van vragen of klachten.

Het verdient de voorkeur dat dezelfde partij die verantwoordelijk is voor het proces de actoren vertegenwoordigd middels toelatingsovereenkomsten of andere rechtsgeldige contracten en als zodanig declareert bij zorgverzekeraars, zorggroepen of zorginstellingen. Deze partij is dan ook

verantwoordelijk voor het kwaliteitsbeheer en het publiceren van prestatie indicatoren.

Health Management Practice

Het Health Management Practice model is een vier fasen onderzoeks- en implementatie model dat gebaseerd is op klinisch geneesmiddelenonderzoek met dien verstande dat het sneller en flexibeler is. Uitgangspunt is om stapsgewijs met een geleidelijk groter wordende groep toekomstig gebruikers bewijs te leveren dat de onderzochte dienst leidt tot sneller betere zorg dichtbij de patiënt tegen lagere kosten. In Fase 1 wordt de integrale dienst ontwikkeld en vertaald naar het gebruikte transmurale EPD. Vervolgens wordt deze in Fase 2 getest door vijf tot tien innovatieve toekomstige gebruikers op werkzaamheid en op gebruiksvriendelijkheid.

Na goedkeuring door deze groep wordt de dienst multicenter ingezet door 50 tot 100 toekomstige gebruikers en wordt onderzocht hoe de dienst bijdraagt aan snellere en betere zorg dichtbij de patiënt tegen lagere kosten. In

fase 1, 2 en 3 wordt gewerkt aan het opstellen van de maatschappelijke businesscase en de businesscase voor de stakeholders en worden contracten gesloten met partijen die de dienst betalen; meestal zorgverzekeraars, zorggroepen en zorginstellingen. In fase 4 wordt de dienst, die dan inmiddels vergoed wordt, breed uitgerold al dan niet met behulp van klassieke marketing- en salestechnieken. In deze fase worden prestatie indicatoren bijgehouden en gepubliceerd.

Regie

Voor het ontwikkelen van eHealth diensten met een succesvolle businesscase voor maatschappij en stakeholders is een partij nodig die in staat is om alle facetten van de integrale dienst te ontwikkelen, implementeren en op te schalen. Tot nu toe is dat op beperkte schaal gelukt in redelijk simpele en routinematige zorgprocessen. Om de diensten daadwerkelijk op grote schaal in te zetten is vervolgens regie van zorgverzekeraars en overheid nodig.

Het geheim van succesvolle implementatie en opschaling van eHealth in de Baltische

en Scandinavische staten is regelgeving en vergoeding. Op het gebied van vergoeding, interoperabiliteit en stimulering van eHealth kan de overheid een prominente rol spelen. Tegelijkertijd kunnen zorgverzekeraars veel doen aan vergoeding en selectieve inkoop.

In een proces waarin zoveel actoren betrokken zijn en veel objectieve en subjectieve, financiële en emotionele factoren een rol spelen is regie van groot belang. Het poldermodel alleen zal hier niet werken. Internationaal succesvolle initiatieven worden gekenmerkt door deze regie. De betalende hebben in deze initiatieven een bepalende rol in de zorgverlening alsook in de bekostiging daarvan. Dat kan zijn op zowel private basis zoals bij Kaiser Permanente in de Verenigde Staten als op publieke basis zoals in de Baltische en Scandinavische landen, en in de regio van Barcelona.

eHealth in de toekomst

Wat zal de rol van eHealth zijn in 2025? Als het tempo van de komende 11 jaar gelijk is aan dat van de afgelopen 11 jaar niet zo groot. Zowel

kwantitatief als kwalitatief is hetgeen er tot op heden bereikt is bescheiden. Een forse sprong vooruit houdt meer in dan denken en praten over interoperabiliteit, het monitoren van eHealth ontwikkelingen, het vertrouwen op de markt en op de veldpartijen en het enkel focussen op het zo lang mogelijk buiten de zorg houden van chronisch zieke ouderen.

Om eHealth daadwerkelijk de groei te laten doormaken die het verdient zal daadwerkelijk werk gemaakt moeten worden van het herontwerpen van zorg met inzet van innovatieve technieken, veranderde werkprocessen, onderwijs en preventie. Stapsgewijs zullen nieuwe diensten geïntroduceerd, opgeschaald en vergoed moeten worden ten koste van bestaande dure zorgprocessen. Hierbij heeft het de voorkeur om te beginnen met het laaghangend fruit: het uitbouwen van diensten die zich reeds bewezen hebben en die hun weg bij een groot aantal zorgverleners en vragers gevonden hebben.

eHealth zal het mogelijk maken dat regionale ziekenhuizen zich beperken tot zorg voor moeilijke, ernstige en sociaal zwakkere patiënten in hooggespecialiseerde zorg. In tal van perifere centra in de woonwijk - huisartsenpraktijken, apothekers, opticiens, fysiotherapiepraktijken en anderen - zal de routinematige zorg dichtbij de patiënt geleverd worden door mantelzorgers en paramedici onder regie en supervisie van de huisarts en de medisch specialist. Bij gelijkblijvende budgetten kan deze innovatieve efficiënte zorg alleen ten koste van bestaande dure zorg gerealiseerd worden.

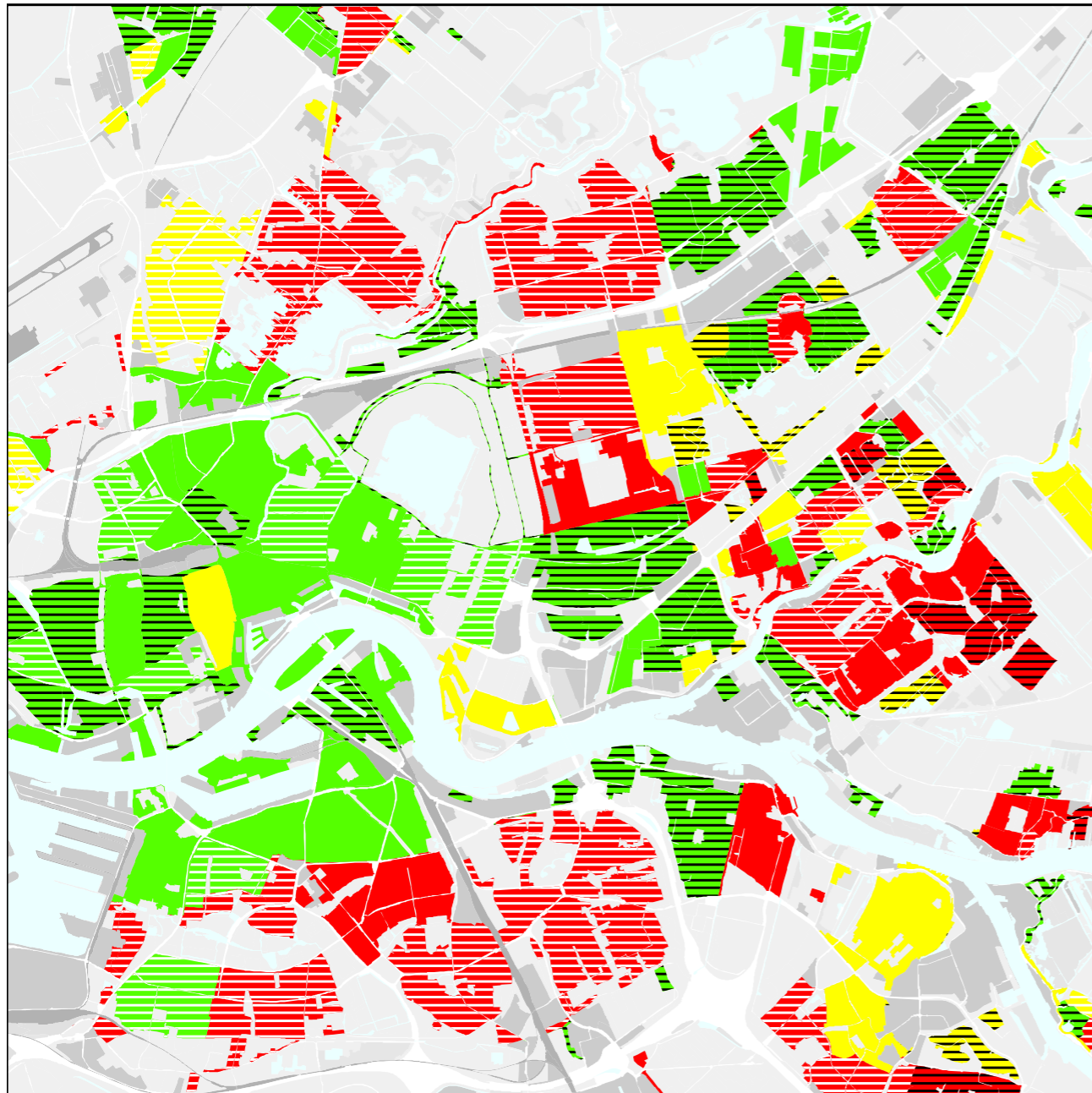
Bij afwezigheid van een flexibele en sterk door consumenten gedreven markt is een sterke regiefunctie vereist. Die kan vanuit de commerciële of publieke sector komen, hoewel in Nederland vanuit de Angelsaksische traditie een publieke aansturing voor de hand ligt.

En wellicht is regie alleen niet genoeg. Zelfmanagement programma's blijken beter te werken als richtlijnen dwingend worden opgelegd aan de patiënt en huisarts. Indien deze vrijblijvend worden toegepast blijkt er soms geen of nauwelijks verbetering te zijn. Voor diabetes, COPD en vasculair risicomanagement geldt steeds weer en in volgorde van relevantie: stoppen met roken, minder eten, meer bewegen en goede therapietrouw. Op de patiënt gerichte eHealth programma's zullen mogelijk pas effectief zijn bij daadwerkelijk dwingende maatregelen.



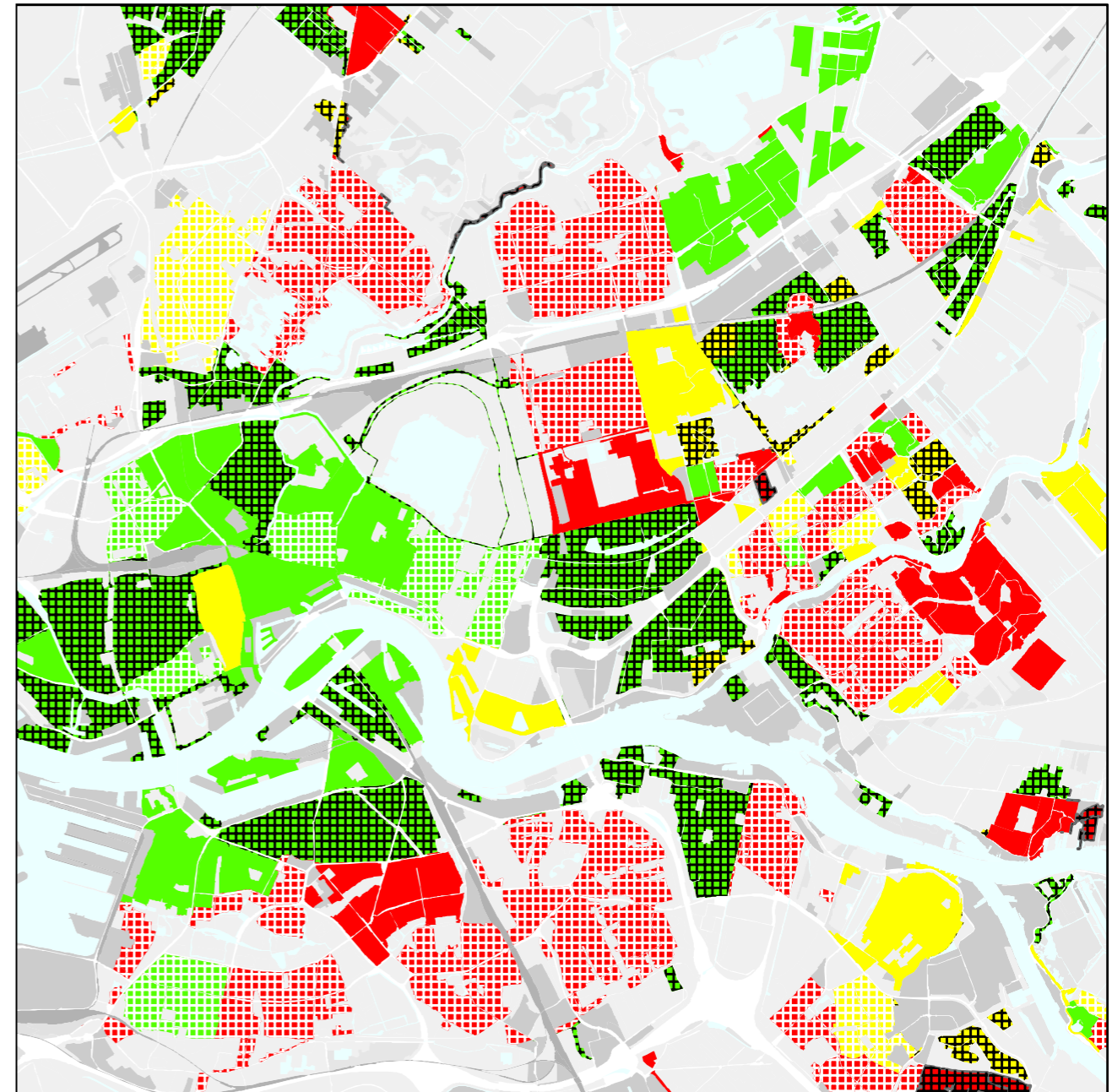
Zorg van boven

Het thema Zorg van Boven is verwerkt door het hele boek en laat een aanzicht zien van de demografie, zorgvraag en zorgcontext in Nederland.



Buurtkaart Rotterdam

% 65+ 2015 - 2020 Rotterdam



Buurtkaart Rotterdam

% 65+ 2015 - 2030 Rotterdam





E-HEALTH FACTS & FIGURES

FACTS & FIGURES

Johan Krijgsman

98% van de huisartsen in Nederland houdt zijn dossier voornamelijk of uitsluitend elektronisch bij. 75% van de huisartsen gebruikt telemonitoring. 12% van de huisartsen biedt inzage in medicatie. 10% van de zorggebruikers gebruikt een apparaat of een app die de lichamelijke activiteit bijhoudt. 3% houdt doktersbezoeken bij en 8% van de zorggebruikers houdt zelf gegevens bij over voeding en/of dieet.

Dit zijn feiten over het gebruik van eHealth in Nederland zoals die zijn verwoordt in de eHealth-monitor 2014. Johan Krijgsman, manager monitoring en TrendITion schetst een overzicht van de belangrijkste feiten en sluit af met aanbevelingen voor een werkelijk grootschalige toepassing van eHealth.

Nederland scoort in vergelijkende internationale onderzoeken goed met eHealth. Elektronische dossiervoering en informatie-uitwisseling door zorgverleners doen het vooral goed. Volgens de eHealth-monitor 2014 houdt in Nederland inmiddels 98% van de huisartsen zijn dossier

voornamelijk of uitsluitend elektronisch bij. We vinden elektronische dossiervoering inmiddels zo gewoon dat we het nauwelijks nog 'eHealth' zouden moeten noemen.

eHealth, zo blijkt ook uit andere bijdragen in dit boek, is een breed containerbegrip. eHealth-toepassingen als e-consult, online behandeling of telemonitoring zijn het meest bekend en worden het meest toegepast. Driekwart van de huisartsen gebruikt bijvoorbeeld teledermatologie. Toch is het gebruik van eHealth-toepassingen over de hele linie van de gezondheidszorg niet zo gunstig als bij dossiervoering, zo blijkt uit de eHealth-monitor 2014.

In oktober 2014 brachten Nictiz en het NIVEL voor de tweede keer de eHealth-monitor uit. De eHealth-monitor is een nationaal doorlopend onderzoek, waarin Nictiz en het NIVEL jaarlijks de stand van zaken over eHealth in Nederland in kaart brengen. Welke eHealth-toepassingen zijn er beschikbaar voor zorggebruikers, artsen, verpleegkundigen, verzorgenden

en praktijkondersteuners en waar maken ze gebruik van?

Onderwerpen in de eHealth-monitor

De eHealth-monitor hanteert een brede opvatting van eHealth. Allereerst gaat eHealth volgens de monitor om online mogelijkheden voor de zorggebruiker, bijvoorbeeld het via internet zoeken naar informatie over gezondheid, zorg en zelfzorg. Daarnaast wordt gekeken naar de contactmogelijkheden tussen zorggebruiker en zorgprofessional, zoals het online aanvragen van een herhaalrecept bij de huisarts, en vormen van online behandeling, bijvoorbeeld bij fysiotherapeut of psychiater.

Verder wordt gekeken naar de langdurige zorg, zoals gebruik van toezichthoudende technieken en beeldbellen. Tenslotte wordt ingegaan op elektronische dossiervoering door zorgprofessionals en naar elektronische informatie-uitwisseling tussen zorgprofessionals onderling.

In dit artikel presenteren we de belangrijkste resultaten uit de eHealth-monitor 2014 in zes verschillende thema's.

Zoeken en bijhouden van gezondheidsinformatie

Voor de zorggebruiker thuis zijn er veel verschillende eHealth-mogelijkheden. Daarvan wordt volgens zorggebruikers het zoeken naar informatie op internet het meest gebruikt. Ongeveer twee derde van de zorggebruikers zoekt zelf informatie over zijn of haar ziekte of behandeling.

Mensen kunnen ook zelf gezondheidsinformatie verzamelen en bijhouden via mobiele apps of op een website. Ongeveer een tiende van de zorggebruikers gebruikte een apparaat of mobiele app die de lichamelijke activiteit bijhoudt, zoals een stappenteller. Ook ongeveer een tiende heeft zelf gezondheidswaarden gemeten (zoals gewicht of bloeddruk) en die bijgehouden via een website of een app. Andere vormen van het zelf bijhouden van informatie werden minder toegepast, zoals zelf gegevens

bijhouden over doktersbezoeken of behandeling (3%), of zelf gegevens bijhouden over voeding en/of dieet (8%).

Communicatie tussen zorggebruiker en zorgverlener

Een belangrijke categorie van eHealth-toepassingen is gericht op het contact tussen zorgverlener en zorggebruiker. Bij deze toepassingen is er een duidelijk verschil tussen de door artsen geboden mogelijkheden en het gebruik ervan door zorggebruikers.

Zo zegt zes op de tien huisartsen via internet herhaalrecepten aan te bieden en bijna de helft zegt de mogelijkheid aan te bieden om een vraag te stellen via e-mail of een website. Ook ongeveer een derde van de medisch specialisten biedt de mogelijkheid om online vragen te stellen en ruim een vijfde biedt de mogelijkheid van online afspraken.

Wat opvalt is dat ruim de helft van de zorggebruikers niet blijkt te weten of hun huisarts of medisch specialist dergelijke mogelijkheden

aanbiedt. Het gebruik ervan blijft dan ook achter bij het aanbod dat artsen melden. De meest gebruikte mogelijkheden zijn elektronische herinneringen via sms of e-mail bij de tandarts (27% van de zorggebruikers) en herhaalrecept bij de huisarts (18% van de zorggebruikers). Overige mogelijkheden worden door minder dan een op de tien zorggebruikers gebruikt. Wel zegt zo'n twee op de vijf zorggebruikers dat wel te willen.

Als het gaat om inzage voor patiënten in het dossier van hun zorgverlener, dan zijn de mogelijkheden nog zeer beperkt. Met uitzondering van inzage in medicatie bij de huisarts (12% van de huisartsen), zegt minder dan één tiende van de artsen online inzagemogelijkheden te bieden. Twee derde van de zorggebruikers weet niet of inzage mogelijk is bij hun huisarts, maar ongeveer de helft van de zorggebruikers zou dit wel willen. Op het gebied van online dossierinzage is dus nog een wereld te winnen.

Online behandeling

Sommige eHealth-toepassingen ondersteunen vormen van online behandeling. Een belangrijk voorbeeld is telemonitoring. Zowel artsen als verpleegkundigen zetten dit in om de gezondheid van chronisch zieken op afstand in de gaten te houden, op basis van door de patiënt gemeten gezondheidswaarden.

Huisartsen zetten telemonitoring vooral in bij patiënten met diabetes (15% van de huisartsen) en in mindere mate bij patiënten met hartfalen of COPD. Ook onder medisch specialisten komt telemonitoring het meest voor bij patiënten met diabetes. Van de verpleegkundigen zegt één vijfde dat telemonitoring door henzelf of binnen hun instelling wordt toegepast.

In de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) komen diverse vormen van online behandeling voor. Bij twee vijfde van de psychiaters is het mogelijk via internet een vraag te stellen over psychische problemen. Daarnaast zegt ruim één vijfde dat patiënten een psychologische zelftest kunnen doen of een behandeling in combinatie met offline face-to-face contacten.

Andere mogelijkheden, zoals behandeling zonder combinatie offline face-to-face contacten, worden door minder psychiaters geboden. Van de zorggebruikers heeft iets minder dan één tiende een psychologische zelftest gedaan en 1% via een website (anoniem) een behandeling gevolgd voor psychologische problemen.

Daarbij moet wel worden aangetekend dat in het onderzoek is gekeken naar een groep zorggebruikers die een doorsnee vormt van de Nederlandse bevolking. Van de zorggebruikers in het onderzoek ervoer 1% een slechte psychische gezondheid en 6% een matige psychische gezondheid. Online behandeling bij fysiotherapie is nog onbekend bij zes van de tien zorggebruikers die een fysiotherapeut bezochten. Het werd gebruikt door 1% van de zorggebruikers die een fysiotherapeut bezochten.

Begeleiding op afstand

Met name in de langdurige zorg zijn diverse mogelijkheden bekend om cliënten op afstand te begeleiden. Het meest wordt gebruik

gemaakt van toezichthoudende technieken, zoals bewegingsmelders of valdetectie. Vooral in de care wordt dit ingezet: toezichthoudende technieken worden gebruikt in de instelling van ruim de helft van de verpleegkundigen en verzorgenden in de care. Andere technieken, zoals beeldbellen en de inzet van medicijndispensers, zijn in gebruik bij een op de tien verpleegkundigen en verzorgenden in de instelling waar zij werken.

Elektronische dossiervoering

Zoals gezegd is de elektronische dossiervoering onder artsen in Nederland vergevorderd. Van de huisartsen houdt 98% en van de medisch specialisten 75% het patiëntendossier voornamelijk of uitsluitend elektronisch bij. Verpleegkundigen in de care hebben hierbij een achterstand op artsen. In de care houdt 31% het dossier voornamelijk of uitsluitend elektronisch bij.

Contact tussen zorgverleners

Ook op het gebied van elektronische informatie-uitwisseling tussen zorgverleners is al veel

- De toepassing van sommige vormen van eHealth is toegenomen sinds 2013:

Meer zorggebruikers zeggen dat ze bij hun huisarts online afspraken kunnen maken

7% → 13%

of herhaalrecepten kunnen aanvragen.

21% → 30%

Meer huisartsen

93% → 98%

en medisch specialisten

66% → 75%

maken voornamelijk of uitsluitend gebruik van elektronische dossiervoering.



- Geen werkelijk grote verschuivingen ten opzichte van 2013 in het gebruik van eHealth
- Er komt meer regie op het gebied van eHealth. VWS stelt concrete doelstellingen en veldpartijen zoeken elkaar op voor gezamenlijke acties.
- Er zijn vier zaken die opvielen in het onderzoek:
 1. eHealth op de werkvloer is nog niet altijd 'plug and play'
 2. procesinnovatie is moeilijk
 3. zorggebruikers en zorgverleners ervaren niet altijd voldoende meerwaarde
 4. zorggebruikers zijn vaak onbekend met wat er al kan



Voor werkelijk grootschalige toepassing van eHealth is er een goede balans nodig tussen de investering, in geld en inspanning, en de ervaren meerwaarde, in betere zorg, gemak en financiële vergoeding.

mogelijk, waarbij huisartsen voorop lopen. Vrijwel alle huisartsen zeggen gebruik te maken van een systeem voor elektronische informatie-uitwisseling met apotheken, huisartsenposten, laboratoria en ziekenhuizen (84-93%).

Medisch specialisten rapporteren iets minder mogelijkheden tot informatie-uitwisseling; van hen zegt ongeveer de helft gebruik te maken voor een systeem voor informatie-uitwisseling met huisartsenpraktijken of laboratoria.

Toch kan ook op dit gebied nog meer bereikt worden. Opmerkelijk is dat slechts één tiende van de medisch specialisten zegt elektronisch informatie te kunnen uitwisselen met andere ziekenhuizen, terwijl drie vijfde van de medisch specialisten elektronische informatie-uitwisseling met andere ziekenhuizen wenselijk zou vinden. Uitwisselingsmogelijkheden tussen cure en care zijn ook beperkt; minder dan één tiende van de artsen gebruikt een systeem voor informatie-uitwisseling met thuiszorginstellingen of verpleeghuizen.

Wat verder opvalt bij informatie-uitwisseling tussen zorgverleners is dat artsen met name medicatieoverzichten minder kunnen uitwisselen dan gewenst. Slechts één derde van de huisartsen zegt ontslagmedicatie van een ziekenhuis elektronisch te kunnen ontvangen en nog geen één vijfde van de specialisten kan een actueel medicatieoverzicht ontvangen van een openbare apotheek, terwijl in beide gevallen de meerderheid van de artsen dit wel wenselijk vindt.

Een andere vorm van contact tussen zorgverleners die breed verspreid is, is teledermatologie, waarbij de huisarts een foto maakt van een deel van de huid van de patiënt en vervolgens langs elektronische weg een advies krijgt van een dermatoloog. Drie kwart van de huisartsen gebruikt dit. Beeldconsult tussen artsen onderling is nog geen gemeengoed. Dit is bij een vijfde van de medisch specialisten mogelijk bij contact tussen medisch specialisten in verschillende zorginstellingen.

Wat kan er nog beter?

Zoals blijkt uit de cijfers, is het beeld van eHealth in Nederland gemengd. Terwijl sommige zaken al heel hard gaan, zoals teledermatologie, komen andere zaken minder snel tot grootschalige toepassing, zoals het zelf online bijhouden van gegevens over doktersbezoeken en behandeling, of online behandeling bij de fysiotherapeut. Op basis van vragenlijsten en groepsgesprekken met huisartsen, verpleegkundigen en zorggebruikers hebben de onderzoekers van de eHealth-monitor enkele verbeterpunten naar voren gebracht die als aanbevelingen in de eHealth-monitor staan. Deze worden hieronder besproken.

eHealth nog niet altijd ‘plug en play’

De verwachtingen van eHealth zijn bij beleidsmakers en bestuurders vaak hoog en de technische mogelijkheden lijken onbegrensd. Maar de praktijk op de werkvloer is weerbarstig. Verpleegkundigen merken bijvoorbeeld dat nieuwe toepassingen geïntroduceerd worden zonder voldoende technische ondersteuning en training. Ook zijn er problemen met de techniek zelf: draadloze netwerkverbindingen

blijken niet overal beschikbaar, er moet informatie worden overgetypt omdat systemen onderling geen informatie kunnen uitwisselen, computersystemen werken soms traag of kampen met storingen, of de bediening wordt als omslachtig ervaren. Voldoende aandacht voor de introductie van eHealth-oplossing en goede technische ondersteuning blijven dus belangrijk.

Procesinnovatie is moeilijk

Voor eHealth-toepassingen die samengaan met veranderingen in het proces van zorgverlening, blijken lastig in te voeren. Juist waar het werkproces verandert met de invoering van eHealth, doemen voor zorgverleners in de praktijk lastige vragen op die niet altijd makkelijk van te voren te beantwoorden zijn. Wat als e-consult leidt tot toename van e-mails die in de avond moeten worden afgehandeld? Is goede triage nog wel mogelijk bij online afspraken?

Ondanks dergelijke uitdagingen blijken zorgprofessionals zeker niet afwijzend te staan tegenover eHealth. Het besef leeft 'dat eHealth eraan komt' en dat 'je ermee aan de slag moet',

maar zorgprofessionals worstelen met veel praktische vragen over de gevolgen voor hun werkprocessen. Ze kunnen daarbij vooral veel aan elkaar hebben. Het is daarom belangrijk om onderlinge kennisuitwisseling tussen vakgenoten te blijven bevorderen, vooral op het punt van praktische ervaringen, tips en 'best practices'.

Soms onvoldoende meerwaarde

De eHealth-succesverhalen laten zien dat een voorwaarde voor het gebruik is, dat een eHealth-toepassing in een duidelijke behoefte voorziet. Een innovatie moet voldoende opleveren voor degene die hiervoor een inspanning moet leveren. Het blijkt moeilijk om te zorgen dat elke eHealth-toepassing waar vanuit beleidsperspectief misschien veel verwacht wordt, automatisch aan die voorwaarde voldoet. De praktijk is nu vaak dat een eHealth-toepassing aanvankelijk extra geld en/of inspanning kost en (nog) onvoldoende meerwaarde biedt voor degene die erin investeert, of voor de beoogde gebruikers. Soms komen de voordelen niet terecht bij diegene die de investering moet doen.

De meerwaarde hoeft zeker niet alleen financieel te zijn. Als positieve effecten van het inzetten van eHealth noemen artsen bijvoorbeeld: toegenomen gemak voor patiënten ('verbeteren van de toegankelijkheid van mijn praktijk', 'patiënten vinden het prettig'), bescheiden efficiëntiewinst of een verbeterd imago ('het laat zien dat we met onze tijd meegaan'). Ook gemak in het werk is bij zorgverleners een drijfveer. Zorggebruikers blijken toepassingen te waarderen die direct gemak opleveren, zoals het maken van afspraken via internet en het online aanvragen van herhaalrecepten.

Voor een werkelijk grootschalige toepassing van eHealth is er een goede balans nodig tussen de investering (geld en tijdsinspanning) en de ervaren meerwaarde (betere zorg, gemak en financiële vergoeding). Het is belangrijk om dat voortdurend in het oog te houden.

Herhaalrecept via internet aanvragen bij huisarts:

Mogelijk bij

67%

van de huisartsen

48%

Van de zorggebruikers weet niet of dit kan

30%

Van de zorggebruikers zegt dat dit kan

Via e-mail of website vraag stellen aan huisarts:

Mogelijk bij

49%

van de huisartsen

58%

Van de zorggebruikers weet niet of dit kan

14%

Van de zorggebruikers zegt dat dit kan

Inzage in medische gegevens via internet

Mogelijk bij

12%

van de huisartsen (voor medicatie)

67%

Van de zorggebruikers weet niet of dit kan

3%

Van de zorggebruikers zegt dat dit kan

Positieve effecten door online contacten met patiënten

bv. toegankelijkheid verbetert, patiënten ervaren het als prettig

69%

Van de huisartsen

47%

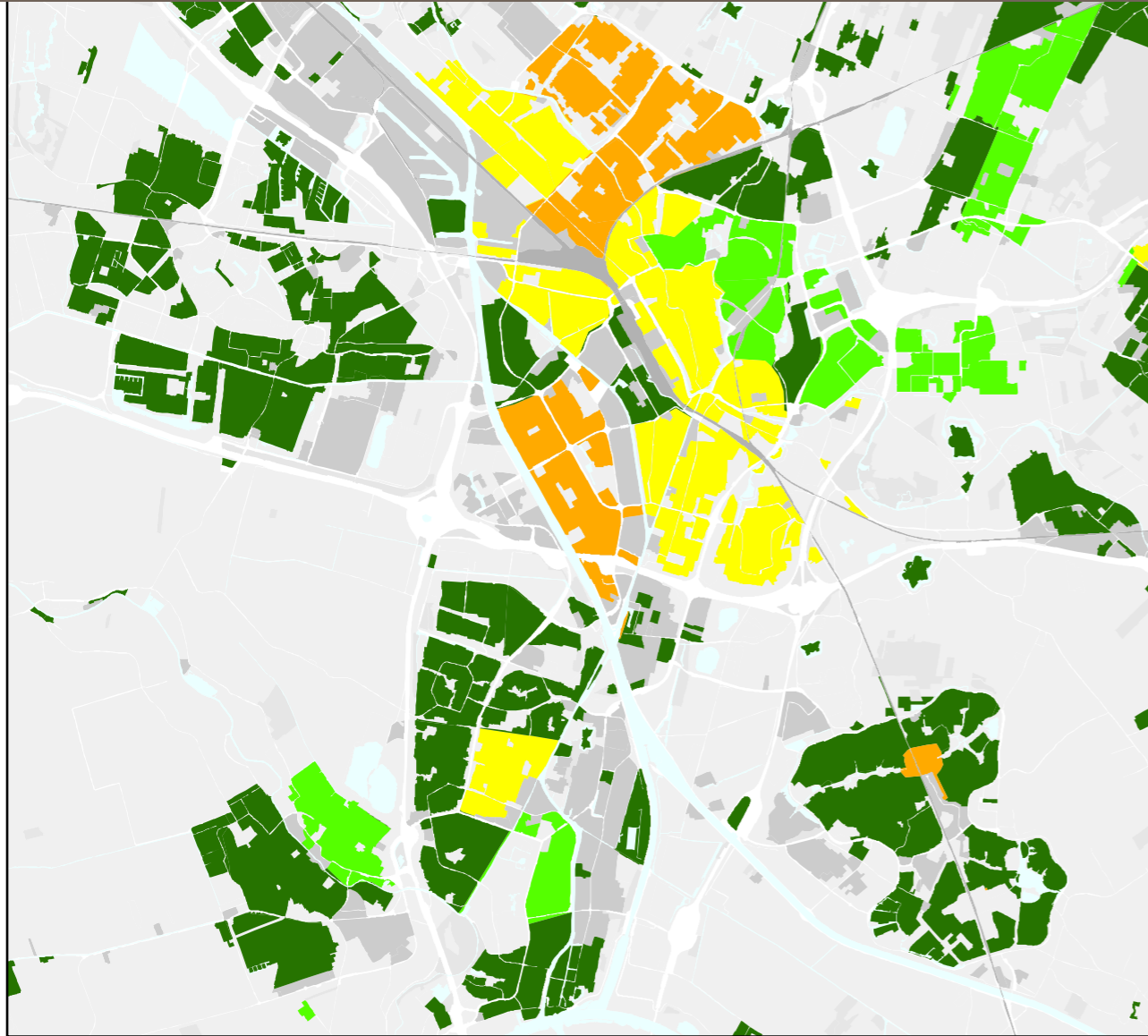
Van de medisch specialisten

Patiënten zijn slecht op de hoogte van wat hun zorgverlener aanbiedt. Inzage in medische gegevens voor patiënten is nog beperkt.



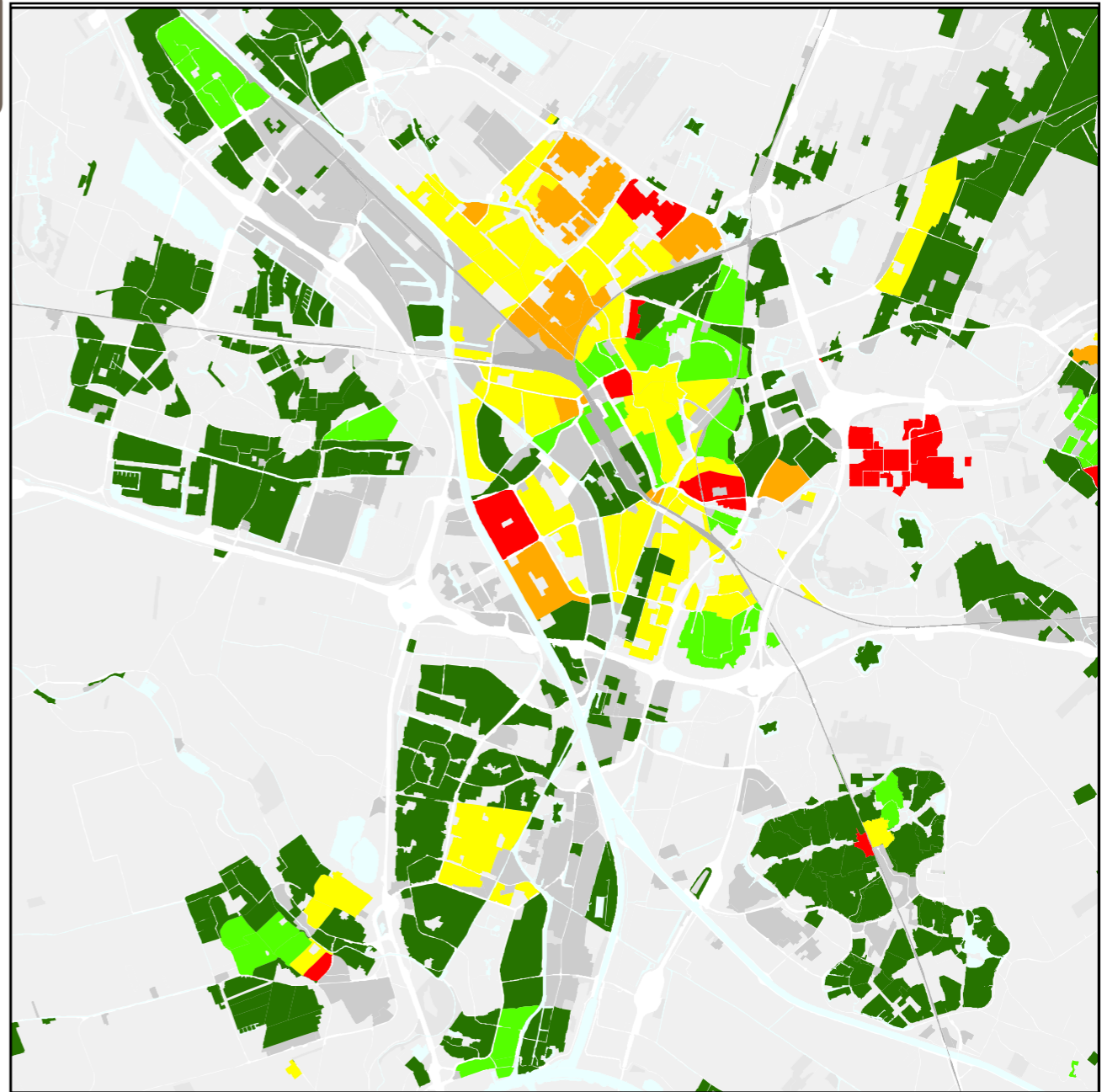
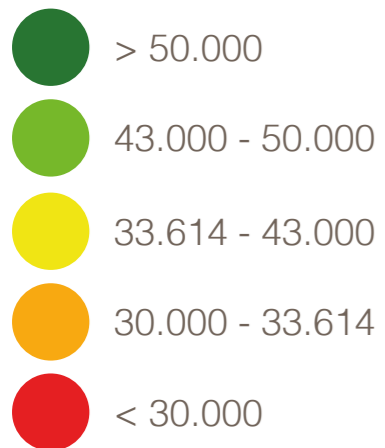
Zorg van boven

Het thema Zorg van Boven is verwerkt door het hele boek en laat een aanzicht zien van de demografie, zorgvraag en zorgcontext in Nederland.



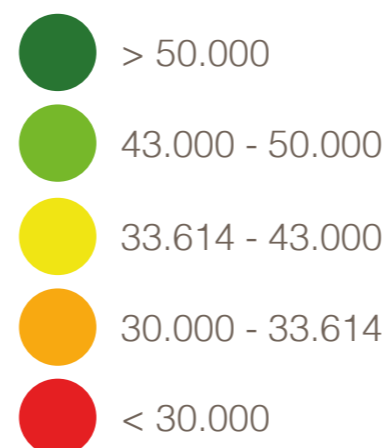
Postcodekaart Utrecht

Inkomen postcodekaart Utrecht



Buurtkaart Utrecht

Inkomen CBS buurtkaart Utrecht





**DE
BUSINESS
CASE**

DE BUSINESSCASE VAN EHEALTH EN BLENDED CARE

Jan Willem Faessen cs

Businesscase blended ehealth bestaat ... maar niet voor een zorginstelling alleen! Het is tijd voor waardecreatie rond gezond leven! Om deze boude stelling te onderbouwen, is het goed termen en elementen toe te lichten vanuit het perspectief van de Nederlandse zorg anno 2014. Ondanks het feit dat vele onderzoeken hebben aangetoond dat blended care een groot positief effect heeft op zowel de geleverde zorg, de werkbeleving van de professional als de kwaliteit van leven van de “zorg”-consument, slagen we er niet in breed gebruik te realiseren.

De huidige aansturing van, en sentimenten in, de zorgsector zijn gericht op macro-economische kostenbesparingen. Vanuit het perspectief van de zorginstellingen en -professionals, zijn de toekomstige “revenue” van de door hen uit te voeren en bekostigen innovaties al weggenomen in taakstellende omzet-beperkingen. Je kan dat verliesfinanciering noemen.

Een businesscase is een projectmanagement-term waarin de zakelijke afweging om een project of taak te beginnen beschreven wordt. In de businesscase worden de kosten tegen de baten afgewogen, rekening houdend met de risico's. Vaak wordt aan de hand van de businesscase besloten om wel of niet te starten en/of verder te gaan met een project. <http://nl.wikipedia.org/wiki/Businesscase>

Het effect is dat er op dit moment een all-time low in vertrouwen en werksatisfactie in de gehele sector is. Zowel patiënt als professional zijn het zat en gestrest.

Businesscase zorg-organisatie: niet investeren!

Uit deze definitie valt direct op te maken wat de problemen zijn. De keuze om als organisatie blended healthcare aan te gaan bieden, is meer dan een project: een nieuwe zorgvisie met nieuwe producten en diensten, procesveranderingen en ICT-, informatiserings- en opleidingsvraagstukken. De organisatie zelf kan nauwelijks waarde, prijs en resulterende baten van blended healthcare voor de consument bepalen of beïnvloeden. Daarom worden de investeringen meestal afgezet tegen de mogelijke kostenbesparingen ten opzichte

van de huidige bedrijfsvoering. Bekeken in het model van VKA wordt de implementatie van eHealth daardoor op dit moment vooral gezien als onderhoudsproject en niet als een waarde creërende strategie.

Als dan ook nog toekomstige besparingen vanuit de overheid worden “genomen” als taakstellende bezuiniging, resteert de organisatie slechts de afbouw van eigen vermogen. Geen aantrekkelijk zakelijke afweging om te investeren. We kunnen de implementatie van eHealth dus niet aan een organisatie op zich zelf overlaten. Blijkbaar is de instelling onderdeel van een waardecreatie systeem. De instelling wordt daarin steeds meer gezien als een post met (te) hoge kosten en leverancier van een zorg proces dat efficiënter en effectiever kan. Echter komt deze druk van buiten en niet van binnen de organisatie.



Maatschappelijke businesscase: iemand anders laten investeren!

Als kosten en baten niet binnen een organisatie(deel) vallen, is het nuttig beter zicht te ontwikkelen op de gezamenlijke toegevoegde waarde van de geleverde zorg over de verschillende organisaties heen. Hiervoor is de maatschappelijke businesscase ontwikkeld: inzicht in nut en noodzaak van zorginnovaties - zowel zakelijk als immaterieel - voor de maatschappij in zijn geheel.

Een maatschappelijke Business Case (mBC) is een gestructureerde kosten-baten afweging van een nieuwe organisatie(vorm) of nieuw project. In een mBC komen het economische én het maatschappelijke nut samen. Het is eigenlijk een mix van de traditionele zakelijke business case methode met moderne marketingtechnieken, businessmodellering en het berekenen van publieke waarde via Social Return on Investment (SROI). <http://www.invoorzorg.nl/ivz/informatie-wat-is-een-maatschappelijke-business-case.html>

Bestaande MBC's en SROI-berekeningen maken reeds langere tijd helder dat blended healthcare

(bijvoorbeeld in de verschijningsvorm “zorg op afstand”) aantrekkelijke resultaten oplevert. Een aanlokkelijke maatschappelijke afweging, zelfs zakelijk. Toch is het nog niet duidelijk wie in deze gezamenlijke “winst” wil en kan investeren. Vanuit het Nictiz zijn verschillende initiatieven onderzocht en verwerkt in een mBC model voor consortia. Hoe kosten en opbrengsten in de keten worden verdeeld blijkt daarbij de sleutel. Als de kosten en opbrengsten inzichtelijk worden gemaakt en goed verdeeld worden, dan is opschalen mogelijk. Als dat niet gebeurt, is dat de belangrijkste reden waarom opschaling onmogelijk is.

Businesscase zorgverzekeraars: niet “mogen” investeren !

Zo lang het leveren van zorg nog als een maatschappelijke kostenpost wordt gezien, is de taak van de zorgverzekeraar gericht op het beperken van de “schade”. Nu, maar vooral ook in de toekomst. De ontwikkelingen in de demografie stellen steeds grotere eisen en uitdagingen.

Geen specifieke definitie voor handen. Voor de zorgverzekeraar gaat het er om de integrale schadelast per concreet ziektebeeld te beperken bij een optimale duurzame zorguitkomst. Daarnaast streeft de verzekeraar naar de juiste balans tussen premiehoogte, totale kosten en “eigen verantwoordelijkheid” van de premiebetaler.

Vanuit deze missie heeft de zorgverzekeraar nog de beste businesscase voor blended eHealth. Door haar leden preventief en (psycho) educatief te helpen gezond te blijven, creëren zij zicht op afnemende schadelasten in de toekomst. Een dergelijke “businesscase” dient echter nauwgezet per ziektebeeld en doelgroep te worden opgezet. Hier speelt echter ook het feit dat kostenbesparing in deze businesscase, winstmaximalisatie voor de verzekeraar is. Daarmee is het voordeel voor de eindgebruiker en de afname van de maatschappelijke kosten voor de zorg een tweede orde effect.

De verzekeraar bepaalt hoeveel daarvan ook zichtbaar wordt. Het eerste orde effect van

bezuinigingen in de zorg zijn toenemende winsten van de verzekeraars. Mogelijk moet er een debat komen over de maximale winst van organisaties die een dergelijke belangrijke maatschappelijke functie vervullen. Als voorbeeld: “De huidige obesitasbehandeling bij de jeugd heeft zonder nazorg geen of zelfs negatieve gezondheidseffecten!” De huidige vergoeding van interventies zonder geleverde nazorg zijn daarmee strijdig met het beoogde resultaat en de maatschappelijke businesscase. Het ontwikkelen, investeren en leveren van dergelijke (online) zorg wordt echter door verzekeraars en zeker door de zorgmarkt niet gezien als het domein van de verzekering. Vele goede initiatieven zijn gesneuveld op de uitblijvende “adoptie” in het “veld”. “Not invented here”. Hands off my patient(data)!

Businesscase VWS: veld moet investeren, “omzet” moet omlaag!

De landelijke overheid laat zorg, zorginnovatie en -organisatie aan het veld en rekent op verzekeraars (ZN), patiënten (NPCF) en professionals (KNMG) voor het realiseren

van zuinige en zinnige zorg. Middels de NIA worden partijen gestimuleerd en aangestuurd. De businesscase voor de overheid ligt in het terugdringen van de integrale zorgkosten per burger. Die liggen nu rond de 8.000 Euro per jaar. Opvallend aan deze situatie is dat de discussie over kosten en investeringen wordt gevoerd door leveranciers (ICT, consultants, etc.) en organisaties (bestuurders), al dan niet in overleg met de verzekeraars, terwijl de zorgvernieuwing gezocht wordt bij patiënten en professionals.

Geen definitie voor handen. Inzet van de landelijke overheid richt zich momenteel vooral op de beperking van de totale maatschappelijke kosten gerelateerd aan zorg, in relatie tot de werkgelegenheid en de inzetbaarheid en mobiliteit van de burger.

Over patiënt en professional, zelden met en door ...

In de maatschappelijke businesscase-opzet wordt nadrukkelijk gewezen op de centrale rol van beide gebruikersgroepen. Goede initiatieven

op dat vlak zoals Parkinsonnet, Psychosenet, netwerk autisme etc. hebben echter slecht zicht op duurzame financiering en dragende ondernemers.

Langzaam maar zeker ontstaat er ruimte waarbij de patiënt wordt betrokken in de uitvoering van een maatschappelijk nuttige of zelfs bedrijfseconomische functie. Door met patiënten initiatieven op te zetten ontstaat direct waardecreatie, maar ontstaat ook betrokkenheid van de patiënt in het maatschappelijk verkeer. Waar oud denken praat over activeren van de patiënt, is in het nieuwe model participatie het uitgangspunt. De patiënt doet direct ook mee als uitvoerder van een primair proces. In de GGZ is de uitstroom van cliënten dan direct een feit.

Een voorbeeld is de ICT Academie Nederland: daar wordt getracht om van de nood een deugd te maken. Door de WMO is er geen ruimte meer voor dagbesteding. Echter werd en wordt daar vaak nuttig werk gedaan. Door deze inspanning te bundelen en om te zetten in gewaardeerd werk, ontstaat een professionele dienstverlener

in de ICT branche. Het kan dus wel, maar het vraagt lef en inspanning van ondernemende mensen.

Greenfield ondernemers en challengers: killen of helpen!?

Het programma “In voor zorg” pleit voor een greenfield-implementatie. Gelukkig zijn er een aantal challengers op ondernemersniveau die nieuwe zorg ontwikkelen en willen leveren zoals buurtzorg, opvoedpoli etc. De “markt” staat echter op een kantelpunt, waarbij het niet duidelijk is of het huidige “systeem” in staat is / toestaat dat deze challengers daadwerkelijk duurzaam doorbreken. Hieronder geeft Joep de Groot van CbusineZ een aantal praktische handvatten om dit te verbeteren.

Er is geen businesscase voor eHealth!

Een beetje provocerende zin om het hoofdstuk over de ‘businesscase’ mee te beginnen. Wij bedoelen er ook zeker niet mee dat eHealth geen zin heeft of niet rendabel zou zijn. Wij willen er alleen maar meer zeggen dat ‘eHealth’ als een soort tool geen businesscase heeft.

De toepassing van eHealth in een nieuwe, efficiënter proces of een nieuw product (bv therapietrouw): dat heeft een businesscase. We kunnen met elkaar bekijken of de behandeling van diabetes met eHealth goedkoper wordt en we kunnen bepalen of een behandeling voor patiënten met autisme met behulp van een serious game effectiever wordt. Maar het gaat dan om de behandeling waarbij eHealth faciliterend is. Zo’n behandeling heeft dus een uitkomst en brengt kosten bij elkaar. Die kunnen we dan ook vergelijken met de huidige standaard. Het gaat ons niet om een semantisch verschil. De business case wordt bepaald door de behandeling die wordt gefaciliteerd met eHealth. eHealth an sich is niet goedkoop of duur.. het is gewoon een tool. Focus dus op de toepassing. Dit vereist, naast het opzetten van de eHealth ook inbedding in een behandeling. We zien bij de businesscases rondom eHealth behandelingen een aantal Do-Don’ts die we graag met jullie delen.

Ga de diepte in; Blijf niet hangen in algemeenheden

Een business case laat zien hoe de kosten en opbrengsten zijn van de nieuwe situatie en hoe deze afsteekt tegen de huidige situatie. Dit kun je alleen laten zien als je de diepte ingaat met je argumenten en berekeningen. Een algemeenheid als ‘met preventie bespaar je geld’ mag dan door een groep mensen gedeeld worden, maar is geen sterke basis voor een business case. Diep het uit. In dit voorbeeld kun je laten zien welke aandoeningen of bezoeken niet meer voorkomen. Als je het niet weet: zoek het dan dieper uit. Als het lastig uit te zoeken is: mooi, want dan heb je een interessant terrein te pakken. Hoe lastig ook, het mag geen argument zijn om maar in algemeenheden te blijven hangen.

Bepaal wie wat gaat betalen en besparen; “de BV Nederland” overtuigt niet

De zorg is een complex speelveld met veel actoren met beperkt gelijkgeschakelde (vaak tegenstrijdige) belangen. In je businesscase moet je hier dan ook terdege van bewust zijn en

dit voor iedere groep uitrekenen. Per groep moet duidelijk zijn wat ze gaan betalen (investeren/ operationeel) en wat ze gaan besparen. Een 'simpel' voorbeeld: de introductie van eHealth gefaciliteerde processen voor hartfalen in het ziekenhuis.

De pilot liet duidelijk zien: hogere patiënttevredenheid, goede medische uitkomsten en veel minder professional tijd nodig. Maar voor de businesscase is het van belang om te kijken naar de verschillende belangengroepen: de effecten vallen zowel bij het ziekenhuis, de cardiologen als bij de zorgverzekeraars. Het kan zomaar zijn dat het betekent: minder kosten voor het ziekenhuis, lagere omzet voor de cardiologen en lagere kosten voor de verzekeraars. Toch een lastige case om op te schalen... Het is dus belangrijk om de effecten voor alle belangengroepen in beeld te brengen en te bekijken hoe deze positief te krijgen zijn.

Kijk ook goed of het geld echt bespaard kan worden. Teveel businesscases hebben als

effect dat de kosten per eenheid gaat dalen, maar dat de totale kosten gaan stijgen. Dat kan natuurlijk niet de bedoeling zijn. Maar al te vaak zijn de besparingen te klein waardoor er geen echte besparingen zijn, maar slechts beperkte capaciteitseffecten of hebben de auteurs de vaste kosten wel erg variabel geïnterpreteerd.

Ga uit van het potentieel, maar bouw fasering in; Geen Icarus planning

Als we nog even teruggaan naar 'eHealth heeft geen businesscase, de behandeling/product heeft er een', dan is het erg belangrijk dat de lat hoog gelegd wordt. Maar al te vaak zien we dat mensen eHealth toevoegen aan hun proces, maar niets afbouwen. eHealth komt er dan, zowel behandel- als kostentechnisch bovenop, en geen wonder dat het duurder wordt. Begin met het definiëren van het potentieel van een proces/product dat maximaal gefaciliteerd is door eHealth.

Een mooi voorbeeld waren twee uitwerkingen rondom het behandelproces van patiënten met autisme via een Serious Game. De ene groep

pakte het huidige behandelproces, voegde de game toe en sneed op een paar plekken iets weg. Het resultaat: het nieuwe proces kwam bij lange na niet uit. De andere groep gebruikte de serious game als facilitator van zelfredzaamheid. Ze voegden er groepsbijeenkomsten en ondersteuning aan toe. Het resultaat: een compleet cliëntgericht proces binnen alle budgettaire kaders. Het bereiken van zo'n verbetering van het zorgproces gaat echter nooit van de ene op de andere dag. Houd in je business case rekening met een fasering. Er zal sprake zijn van een leercurve, en waarschijnlijk trager dan gewild. Als er geen rekening wordt gehouden met gefaseerde opschaling is er niet alleen een financieel probleem, maar wordt in de case vergeten rekening te houden met mensen en middelen die eenvoudigweg nodig zijn om opschaling te bereiken. Mensen overtuigen van een businesscase is mooi, maar het gaat om het bereiken van de voorspelde effecten.

Co-creatie met lokale overheden en/of verzekeraars?

Met de komende kantelingen in de financieringsstructuren, zal moeten blijken of zorgvernieuwers de juiste gesprekpartners kunnen vinden, binden en boeien om integrale zorg mogelijk te maken. Initiatieven bij het in kaart brengen van de benodigde en gezamenlijke toegevoegde waarde vallen in de windstille van de contractering. Veel traditionele organisaties hebben zicht noch zekerheid op continuïteit: dat is geen klimaat voor investeringen. Zorg-mix: Weten we waarom? Instellingen zijn gewend om zorg, waar marge op zit, te verlenen om zorg, waar die niet op zit, mee te financieren. Nu haalt de overheid de onderste laag weg en de zorg die geld opleverde wordt nu niet meer ingekocht. Het gevolg is dat de massa winstgevende zorg verdwijnt en de instellingen te duur zijn in de complexe zorg. Hoe rijk sommige instellingen ook zijn geworden, de spaarpot zal snel leger worden. Wie arm aan deze wedstrijd begint zal snel van het speelveld verdwijnen.

De derde weg voor duurzame zuinige en zinnige zorg: professionele product-ontwikkeling, landelijke ondersteuning, wijkgebonden activering

Terugkomend op de casus obesitas bij kinderen: hoe nuttig zou het zijn als alle kinderen en ouders in Nederland direct en gratis toegang zouden hebben op een ervar- en leeromgeving over de risico's van obesitas. Voor die kinderen en ouders die daarbij te laat komen of (professionele) hulp nodig hebben om het probleem te (h)erkennen en aanpakken zijn adequate signaleringsmogelijkheden aanwezig, direct in de buurt.

Deze (zorg)professionals maken allen gebruik van de aanwezige, bewezen effectieve en gemakkelijk te gebruiken online oplossingen. Niet een enkele oplossing van een monopolist, wel een overzichtelijk en zakelijke aanbod op gezamenlijke infrastructuur. De professionals krijgen hun toegevoegde waarde vergoed op lokaal niveau door/via gemeenten/verzekeraars, op het moment dat het een ieder duidelijk en verifieerbaar is dat de geboden hulp daadwerkelijk en duurzaam bijdraagt aan de "businesscase". Het niet inzetten van de

noodzakelijke terugvalpreventie is dan geen optie. Het wel inzetten van terugvalpreventie is echter ook geen enkele moeite.

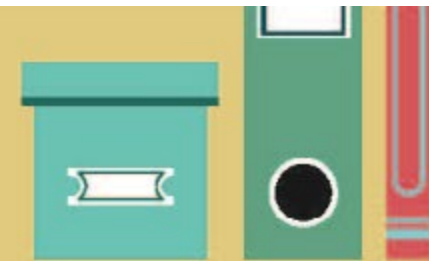
Voor een dergelijk droomscenario blijkt veel noodzakelijk:

- landelijke regie, communicatie en waardecreatie per ziektebeeld;
- "centrale" product- en zorgontwikkeling door (vak)topspecialisten in samenwerking met professionals en patiënten(verenigingen);
- landelijke "zorgstandaard" en online support-oplossing (franchise);
- lokale (wijk gebonden) bekostiging, contractering, inzet en activering.

Voor de benodigde waardecreatie, -verdeling en -afstemming tussen alle bekende en genoemde stakeholders: patiënt, familie, professionals, (zorg/welzijn)organisaties, koepels, gemeenten, verzekeraars en landelijke overheid is arena-management niet afdoende.

Succes begint bij een herkenbaar, betrouwbaar, aanraakbaar, inhoudelijk gedreven specialist als

HOE WORDT HET PATIËNTENDOSSIER BIJGEHOUDEN?



Uitsluitend of voornamelijk elektronisch

98% Huisartsen

75% Medisch specialisten

Verplegenden en verzorgenden

79% In de cure

31% In de care

Meldingen bij interactie met andere voorgeschreven medicatie:

100% Huisartsen

60% Medisch specialisten

Effecten van elektronische dossiervoering voor verpleging / verzorging

72% Hogere kwaliteit van zorg

67% Meer veiligheid voor patiënten

30% Vermindering administratieve last



boegbeeld. Iedere ziekte verdient een Zorg Held. Een duurzaam betrouwbaar investeringsklimaat voor de nieuwe zorg-ondernemers achter de zorg-held is de volgende succesfactor. Een goed en uitvoerbaar groei- en opschaalmodel voor nieuwe zorghelden zorgt uiteindelijk voor de realisatie van de maatschappelijke doelstellingen.

Arena-management: we definiëren probleem en omvang, selecteren de belangrijkste stakeholders en geven hen beperkte tijd en "motivatie" van buiten om het probleem onder elkaar op te lossen. Vrij naar Campus Maximus Rome.

Conclusie

In de zorg is inderdaad een maatschappelijke businesscase te ontwikkelen, voor ieder concreet ziektebeeld. Hierbij wordt een concrete zorgvisie onder andere met de inzet van online middelen toegepast, om duurzame gezondheid te bevorderen. Dit resulteert in optimale maatschappelijke inzetbaarheid tegen minimale integrale kosten.

De business case van blended care als standaard business case is tot nu toe vooral een kostenbesparende business-case-benadering geweest. We zullen deze benadering moeten verlaten omdat hij te beperkt is, opschalen van goede initiatieven in de weg staat en de mogelijkheid van weerstand en sabotage door oude belanghebbers in de weg staat.

De winnende business case gaat uit van waardecreatie in de totale zorgketen. Dat wil zeggen dat de winnende business case voor de zorg er één is waarbij de waarde en de verandering wordt gezien over de gehele keten. In een gezonde keten gaat het om waardecreatie voor de afnemer/betaler. Bij het veranderen van de keten moet ook de mogelijkheid bestaan dat schakels in de keten verdwijnen.

De businesscase maakt ruimte voor het op een nette manier laten verdwijnen van die schakels om een gezonde keten over te houden. Denken in waardecreatie in de keten zorgt er voor dat opschalen per definitie lukt omdat het een uitgangspunt was en dat weerstand verdwijnt omdat deze eenvoudig weg uit de

keten wordt verwijderd. Deze verandering is dus fundamenteel en waarschijnlijk zal de zorg zichzelf opnieuw uit moeten vinden. In dat proces van heruitvinden is het maar de vraag of alle bestaande spelers ook mee kunnen naar de toekomst. Er zal veel energie en geld verloren gaan in de echte omvorming. Als we het goed doen kunnen we de schade beperken en de reserves van de instellingen gebruiken om iets goeds te doen en goede dingen te investeren die de toets van de toekomst kunnen doorstaan.



EHEALTH: ZORG, GEZONDHEID OF WELZIJN?

Paul Reijn

Er wordt tegenwoordig veel over eHealth geschreven, zo ook in dit boek. eHealth zou dan helpen om de zorg betaalbaar te houden en ook de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Als we echter teruggaan naar de basics dan betekent eHealth geen “eZorg”, maar “eGezondheid” en als we gezondheid breed opvatten zelfs “eWelzijn”: hoe is eHealth in te zetten om mensen langer gezond te houden zodat juist minder zorg nodig is? Naast de vele bijdragen over “eZorg” daarom hier dit andere – aanvullende – perspectief, dat overigens wel degelijk ook in andere bijdragen aan de orde komt.

Over eHealth wordt vaak geschreven dat alles er al is en dat het nu tijd wordt voor de implementatie. Grotere organisaties, zoals grotere gemeenten, zouden hierbij dan het voortouw moeten nemen. Het is sterk de vraag of deze benadering nog past in de huidige tijd: gaat het niet meer om creativiteit en bottom-up betrokkenheid, om de organisatie van de burger? Zou het juist niet verstandig zijn als de overheid

zich wat meer terug zou trekken en grote organisaties zich anders zouden organiseren in kleine zelfsturende eenheden? In welke mate draagt eHealth aan deze beweging bij of lopen we het risico dat eHealth weer een grootschalig mislukt “automatiseringsproject” wordt?

Historisch perspectief van het ouder worden

Het is goed gezondheid en zorg in een historisch perspectief te plaatsen. Drees zorgde ervoor dat mensen aan het eind van hun leven de laatste jaren onbezorgd van hun oude dag konden genieten. Mensen werkten toen vaak van hun 15e tot hun 65e in vaak zware omstandigheden en werden dan ook niet ouder dan 70 jaar. Voor deze laatste 5 jaar werden ook verzorgingstehuizen opgericht, waarvan gezien de beperkte groep ouderen naar verwachting ook beperkt gebruik gemaakt zou gaan worden. Hoe anders is de situatie in 2014: pas sinds kort werken mensen weer tot hun 65e jaar of langer, tot voor kort was de VUT min of meer de norm. Gelijktijdig worden mensen steeds ouder en is

de gemiddelde levensverwachting voor kinderen die nu geboren worden gestegen tot boven de 80 jaar. Sommige mensen overlijden helaas jong, maar mensen die nu 70 zijn hebben gemiddeld nog 16 jaar te leven en worden dus gemiddeld maar liefst 86! Deze leeftijd gaat de komende jaren verder stijgen, waardoor de gemiddelde levensverwachting naar 90 jaar en hoger zal gaan.

Waarom worden we zo oud? Omdat mensen steeds gezonder zijn en omdat ziekten steeds beter kunnen worden bestreden en behandeld. Wat vroeger dodelijke ziekten waren, met als bekendste voorbeeld aids, zijn inmiddels chronische ziekten. En sommige chronische ziekten kunnen nu worden genezen, voorkomen en/of uitgesteld door de juiste leefstijl. Als eHealth hieraan een bijdrage zou kunnen leveren leidt dit uiteraard tot lagere kosten, maar bovenal tot een betere gezondheid. Hierbij moeten we niet alleen denken aan somatische aandoeningen, maar ook aan psychische: angst en eenzaamheid zijn belangrijke bedreigingen

voor het welbevinden en daarmee de zorgkosten en het zorggebruik.

De infrastructuur is beschikbaar

Als met eHealth mensen, geholpen door hun omgeving, langer thuis kunnen blijven wonen, is dit zowel goed voor deze mensen zelf als voor de ontwikkeling van de zorgkosten in meer algemene zin. Dit is inmiddels zoals bekend ook rijksbeleid. De vraag is welke specifieke bijdragen eHealth hieraan zou kunnen leveren. Vraag is ook in welke mate mensen zelf in staat zijn voor zichzelf, hun gezondheid en welzijn te zorgen, al dan niet samen met hun omgeving. Kern wordt dan de zelfstandigheid van burgers om met elkaar oud te worden door elkaar te helpen en minder eenzaam en angstig te hoeven zijn. En in breder perspectief (niet alleen voor ouderen), een leefstijl die de gezondheid bevordert. Vraag is hoe eHealth toepassingen bij deze opgave kunnen helpen.

De Romeinen kenden al brood en spelen, eigenlijk is er niets veranderd. In een wijk als Feijenoord in Rotterdam is bij de bevolking

met een lage Sociaal Economische Status het speerpunt om obesitas te voorkomen om zodoende diabetes te vermijden. Dit begint al op jonge leeftijd: kinderen krijgen op school les in voedsel, eten en bewegen. Hoe kan eHealth dit proces verder versterken? In een bijeenkomst met de zorgverleners in Feijenoord was een belangrijke constatering dat de infrastructuur er al is: elke bewoner van Feijenoord, jong of oud, heeft inmiddels een smartphone. In een onderzoek in Nieuwegein is geconstateerd dat zorgverleners en mantelzorgers dachten dat de ouderen dit soort hulpmiddelen niet zouden gebruiken en ook niet zouden willen gebruiken, terwijl de ouderen zelf hier al lang over beschikten.

Hoe kunnen we deze infrastructuur inzetten? Of is de vraag meer hoe de bewoners zelf deze infrastructuur in kunnen zetten en hoe overheid, zorgverzekeraars en zorgverleners dit kunnen stimuleren? Moeten we dan denken in de oude zorgtermen of moeten we zoals in Feijenoord juist starten bij het onderwijs? We moeten ook niet vergeten dat veel zorgmedewerkers,

zeker in de care, relatief laag opgeleid zijn en dat veel oudere allochtonen van de 1e generatie in achterstandswijken juist grotere gezondheidsproblemen en lager opgeleid zijn dan de 2e generatie. Maar ook hier kan het onderwijs helpen: jongere MBO studenten van allochtone afkomst kunnen in de wijk hun vaders, moeders, opa's en oma's helpen met de nieuwe technologie. Opvallend is hoeveel jongeren vanuit bijvoorbeeld creatieve beroepen of hogescholen nieuwe initiatieven nemen met vaak een totaal nieuwe blik op gezondheid en zorg.

Duizend bloemen bloeien of behoefte aan regie?

Is er een rode draad te ontdekken in de vele initiatieven? Sociale media (of virtuele ontmoeting) is een van de kernbegrippen, marktplaats een ander: hoe vinden mensen elkaar om hulp te vragen of te geven? Burgers lijken elkaar heel goed te kunnen vinden, zoals blijkt uit sites/toepassingen als marktplaats, dating-sites, twitter etc. Waar er ook maar iets gebeurt, iedereen is snel op de hoogte. Het bedrijfsleven probeert grip op deze dynamiek

te krijgen met Big Data. Kunnen deze innovaties ook bijdragen aan welzijn, gezondheid en zorg, hoe zou dat gestimuleerd kunnen worden?

Het centraal stellen van de burger en de burger de digitale wijkmarktplaats te laten voeden en onderling te laten communiceren is een mooi ideaal, maar wat is de manier om zo ver te komen. Er zijn initiatieven waarbij een dergelijke digitale marktplaats mede functioneert omdat voor diensten via een eigen betaalmiddel kan worden betaald. Zo is in Feijenoord de “Zuiderling” geïntroduceerd, waarmee diensten onderling kunnen worden verrekend. Hierin zouden gemeenten, thuiszorgorganisaties en de eerstelijnsgezondheidszorg in de wijk prima een rol kunnen vervullen, door bijvoorbeeld de website ook zelf te gebruiken en te ondersteunen. Maar in de praktijk lijkt dit nog niet eenvoudig. Bovendien vraagt dit dan van partijen geen eigen één op één communicatie met de burger, maar participatie in een sociaal netwerk. Dit sociale netwerk is ook breder dan de zorg: voor de hand liggende andere partijen zijn scholen, verenigingen en instellingen, detailhandel en andere partijen actief in de

buurt. Kunst is dan wel te zorgen dat de burger de website als marktplaats en voor onderlinge communicatie blijft gebruiken.

Netwerken als oplossing

De uitdaging voor de komende jaren is om een verdergaande integratie van welzijn, wonen en zorg te bewerkstelligen, waarbij burgers en partijen samen hun verantwoordelijkheid willen en kunnen nemen. Hiermee bestaat natuurlijk al de nodige ervaring op deel terreinen, maar verdergaande integratie is het belangrijkste aandachtspunt. Dit betekent misschien wel in de laatste plaats de klassieke integratie van systemen, waar juist in de vorige eeuw veel tijd en moeite is gaan zitten. In het big data tijdperk vormt het gebruik maken van data uit verschillende organisaties niet het probleem, hiervoor zijn inmiddels effectieve oplossingen beschikbaar. Knelpunt hierbij is hierbij wel de toepassing en in het bijzonder de wil cq onwil om informatie te delen. De gedachte dat delen een toegevoegde waarde biedt en niet het weggeven van een strategische voorsprong speelt daarbij uiteraard mee.

Vaak is het samenwerken van burgers en organisaties op gelijkwaardige basis daarmee de uitdaging. Vraag is hoe dat te faciliteren vanuit grotere organisaties, die vaak van oudsher een paternalistische houding hebben naar hun cliënten en medewerkers. Logisch ook gezien de oude verschillen in kennis en vaardigheden. In de tijd van Drees was ook nog maar 10% van de bevolking hoog opgeleid, inmiddels is dit 50% of meer. Een groot deel van de nog lager opgeleide ouderen heeft nu ook hoger opgeleide kinderen en dit gaat ook op in onze “achterstandswijken”: bij gamen en cultuur en afgeleid bijbehorend technologiegebruik vormen culturele groepen vaak juist de voorhoede, die we ook als zodanig zouden moeten willen en ook kunnen inzetten.

Stimuleren van netwerken de uitdaging?

De vraag is hoe we deze netwerken kunnen stimuleren. Eerste vereiste is daarbij een brede blik: het gaat niet alleen om zorg en ook niet alleen om wonen of welzijn, maar om de combinatie. Hoe meer er in de wijk samen gebeurt, hoe groter de kans dat mensen voor elkaar kunnen zorgen en niet vereenzamen.

Vraag is hoeveel functionerende wijkwebsites bestaan, waarin burgers, lokale bedrijven en organisaties, onderwijs en zorg samen functioneren. Deze bloeiende bloemen zouden goed in de etalage moeten worden gezet zodat partijen hiervan iets kunnen leren.

partijen kunnen deze wijknetwerken ondersteunen door de technische infrastructuur te bieden, waarbij het de kunst is om juist het lokale gebruik vanuit de burger te ondersteunen. Dit vraagt meer een webmaster als welzijnswerker dan de klassieke techneut. Dit vraagt ook niet de marketing en communicatiemedewerker die de boodschap van de eigen organisatie uitzendt, maar een participant in de lokale samenleving. Juist voor de look en feel is daarbij het bloeien van duizend bloemen essentieel: zo kan de wijk de eigen identiteit uitstralen. Deze creativiteit is mogelijk te stimuleren via wijkprijzen, maar ook via landelijke vergelijking van lokale initiatieven: een benchmark op creativiteit en inzet.

Vraag is ook of grotere bestaande netwerken, waarvan er reeds een aantal in Nederland zijn, deze functie kunnen vervullen. Ook dit vraagt netwerken: waar zijn deze voorbeelden bekend, hoe worden ze door de consument en de professional gewaardeerd? Hier ligt ook een mogelijke rol voor consumenten en patiëntenorganisaties als ook voor de organisaties van professionals.

Vraag is ook hoe we de burgers zelf kunnen stimuleren te participeren, zoals het rijksbeleid nastreeft en haar participatiesamenleving. Naar Rotterdams allochtoon voorbeeld is wellicht het stimuleren van juist ouderen, die genoeg tijd hebben en die we zo actief kunnen houden, in combinatie met jongeren, die een inbreng kunnen hebben in de techniek en het helpen van de ouderen met die techniek de sleutel. Essentieel daarbij is dan dat het leuk en technologisch uitdagend genoeg is om beide doelgroepen te boeien en te binden.





**STAKE
HOLDERS
BEHOEFTE**

VITALITEITSBEHOEFTE EN ZELFREDZAAMHEID ZIJN DE BASIS VOOR HOGE KWALITEIT VAN LEVEN EN DUURZAME BETAALBARE ZORG

Door Steven Hanekroot met illustraties van Antonio A-Tjak en bijdragen van Antonio A-Tjak, Bob Mulder, Heidi Evers en Pieter Baanvinger.

Steven Hanekroot gaat in zijn artikel over vitaliteit en welzijn in op wat wij als mensen willen: lekker lang en gezond leven. Het artikel is te typeren als een vertrekpunt, uiteindelijk wordt ook de koppeling met eHealth gemaakt. Wat is kwaliteit van zorg en leven en hoe is deze te verbeteren? Als Industrial Design Engineer wil ik deze verbeteren met social engineering en techniek. Daarbij vraag ik me af hoe je dan weet en meet op welke vlakken het beter en slechter is dan wat er was. Ethicus Hans van Dartel van het LUMC stelt hierbij het volgende criterium als leidend: is de toepassing verrijkend of verarmend?

In mijn dagelijkse praktijk als coördinator informatisering bij een zorgorganisatie zie ik dat zorgtechnologie zowel verrijkend als verarmend

kan werken. Zo kan een ipad verrijkend werken door het mogelijk maken van korte tussentijdse contacten en zorg op afstand, en verarmend werken wanneer digitaal contact het persoonlijk contact verdringt. In de praktijk van de zorgverlening en innovatie daarvan is het een lastige vraag wat nu een verrijkende toepassing is en wat een verarmende. Een zorginnovator moet deze vraag ondubbelzinnig kunnen beantwoorden, om te zorgen dat met innovatie het kind niet met het badwater verloren gaat. Dat het beste behouden blijft, de verbeteringen aantoonbaar zijn en de te verbeteren punten duidelijk worden.

Als ingenieur heb ik geleerd om innovaties te baseren en toetsen op wetenschappelijk bewezen principes. Bij onderzoek naar de

gebruikte principes in de zorg, blijkt echter dat deze gebaseerd zijn op tradities, ervaringen en onderzoek naar wensen van cliënten. Hierbij kon geen bewijs gevonden worden voor een verband tussen wensen en menselijke gezondheid. Maslow en zijn behoeftenpiramide bewezen reeds lang geleden dat wensen een slechte voorspeller zijn van menselijk gedrag. Het ligt dus voor de hand dat ditzelfde geldt voor menselijke gezondheid.

Met Delftse brutaliteit ben ik daarom zo vrij geweest om zelf de werkingsprincipes te verzamelen. Er bleken vele gedegen onderzoeken te zijn op dit gebied. Alle gevonden onderzoeksresultaten zijn opgenomen, die kwamen uit degelijke, grootschalige, meermaals gevalideerde en betrouwbare bronnen, liefst

10 Vitaliteitsbehoeften geven een objectieve toetssteen voor de kwaliteit van leven en zorg

Illustraties door Antonio A-tjak

De kwaliteit van leven en zorg verbetert, door aandacht te besteden aan zowel de 2 basisbehoeften Lichamelijke gezondheid en Gezonde omgeving, als aan 8 persoonlijke en sociale behoeften. De vitaliteitsbehoeften hebben allen zowel individueel als samen een grote impact op onze gezondheid en zorgvraag. Gezonde mensen vervullen hun vitaliteitsbehoeften grotendeels vanzelf. Zelfs bij hen is verbetering vaak mogelijk, met een gezondere conditie en hoger welzijn als resultaat. Bij het intreden van gezondheidsbeperkingen zien we vaak een kettingreactie van achteruitgang op meerdere vitaliteitsbehoeften. Zo wordt een vicieuze neerwaartse spiraal ingezet, die we kennen als hospitalisering of achter de geraniums zitten. Hospitalisering en haar metgezel vereenzaming zijn belangrijke uitdagingen in de zorg. Door mensen zo goed mogelijk hun vitaliteitsbehoeften te laten vervullen en waar nodig te ondersteunen, ontstaat er een opwaartse vitaliserende spiraal en is hospitalisering snel te reduceren.

met peer-review. Al gauw kwam er een duidelijk patroon uit de onderzoeksresultaten naar voren. In de wetenschappelijke methode noemt men dit een theorie. Er werd niet zoals gebruikelijk vanuit een theorie naar wetenschappelijk bewijs gezocht, maar vanuit bewijs naar een verbindende theorie. Verbazend was de eensluidendheid van het bewijs voor 10 groepen werkingsprincipes, die samen onze gezondheid bepalen. Deze 10 principes hebben we de 10 “vitaliteitsbehoeften” genoemd. Ze bieden een objectieve toetssteen en basis voor de structurele verbetering van zorg en kwaliteit van leven. De wetenschappelijke principes die zorginnovators nodig hebben om de zorg kunnen verbeteren als ingenieurs. Om vele opmerkelijke ontwerpresultaten bereiken, zoals we die kennen van kunstharten, nierdialyse, stamceltherapie, luchtvaart en autorijden. Teams van zorginnovatie-ingenieurs en zorgprofessionals zijn daarom de aangewezen personen om dit te doen.

Door een scan te maken van iemands vitaliteitsbehoeften ontstaat een samenhangend beeld over de verschillende aspecten voor verbetering en verrijking van gezondheid en welzijn.

De 10 Vitaliteitsbehoeften in vogelvlucht zijn:

1. Lichamelijke gezondheid: De eerste basisbehoefte is een goede fysiek-medische conditie. De vele bewezen zegeningen van de medische wetenschap zijn het uitgangspunt bij onderzoek en ondersteuning.
2. Een gezonde veilige omgeving. De tweede basisbehoefte bestaat uit een gezonde omgeving. Lucht, klimaat, gebouw; een veilige plek waar we ons prettig voelen en die ons dagelijks helpt bij het invullen van onze vitaliteitsbehoeften.
3. Zingeving. Dagelijks bezig zijn met waar je graag je bed voor uit komt, motiveert om actief te blijven.
4. Autonomie & zelfredzaamheid. Zoveel mogelijk vitale zaken zelf doen en regisseren geeft waardigheid, kracht en zelfvertrouwen.

Vitaliteitsbehoeften



5. Persoonlijke ontplooiing. Dingen leren denken en doen motiveert en geeft gezonde hersens.
6. Ontspannen. Verstandig omgaan met de autonome systemen die ons lichaam reguleren; zaken als ontstressen, positieve psychologie, goed slapen en mindfulness hebben veel invloed op onze biochemische en fysieke systemen.
7. Bewegen. Natuurlijk en regelmatig bewegen in alledaagse handelingen en af en toe sporten geeft een goede doorbloeding, spierconditie, hersenconditie en energie.
8. Gezond eten en drinken. Matig, verstandig, natuurlijk en suikerarm eten, zoals oa. de Voedselzandloper aanbeveelt, heeft een positieve invloed op alle grote ziektes en vele kleine.
9. Sociaal welzijn. Het er voor elkaar zijn; je familie, burens, geloofsgemeenschap en vriendengroep zorgen voor mentale steun en diverse fysieke en biochemische gezondmakers.
10. Maatschappelijke participatie. Door een gewaardeerde bijdrage te leveren aan de maatschappij, te werken, nuttig te zijn als

sociaal groepsdier en voelen dat je er bij hoort zorgt voor welzijn, langer leven en wederom diverse fysieke en biochemische beloningen.

De vitaliteitsbehoeften zijn een samenhangend geheel. Verbetering op één van de behoeften geeft mogelijkheden tot verbetering op andere behoeften. Ook hierdoor is de vicieuze cirkel van hospitalisering snel om te buigen in de opwaartse spiraal van vitalisering.

De “Blue zones” laten zien dat leven volgens deze principes 89,5 gezonde jaren mogelijk maakt; een gemiddelde leeftijd van 90 jaar minus een sterfperiode van een half jaar. Onze leefstijl leidt tot 76,5 gezonde jaren; een gemiddelde leeftijd van 80 minus 3,5 jaar sterfperiode. Een verschil van 13 gezonde jaren en 3 moeizame. Volgens een studie uit 2014 van het RIVM is een QALY ons €50.000 waard, waarmee we dus € 650.000 euro per persoon laten liggen. Realistischer is te kijken naar de 3 jaar kortere sterfperiode; de duurste zorgjaren en kwalitatief de magerste in ons leven. Er zijn ca 135.000

overledenen per jaar (CBS) * 3 jaar * € 50.000 = 20 Miljard euro per jaar, gelijk aan de gewenste zorgbezuinigingen.

De vitaliteitsbehoeften zijn ook nuttig bij het analyseren van de werkingsprincipes van succesvolle innovaties. Zo wordt duidelijk dat Autonomie en zelfredzaamheid een belangrijke factor zijn bij het succes van Use it or Loose it zorg (Hans Becker - Humanitas), Buurtzorg (Jos de Blok) en zelfsturende teams. Opmerkelijk is ook dat de vitaliteitsbehoeften belangrijk zijn voor het goed functioneren en ondersteunen van alle betrokken mensen: voor cliënten, mantelzorgers, vrijwilligers en zorgverleners.

De vitaliteitsbehoeften geven daarmee zowel kwalitatief als financieel nieuwe mogelijkheden om de medische, sociale en maatschappelijke zorg radicaal te verbeteren, die in Nederland al zeer goed is.

Vitaliseren



Vitaliserende zorg geeft de beste ondersteuning per behoefte

Bij een scan voor het vaststellen van de vitaliteitsbehoeften (intake, MDO en zorgdossier) zijn de volgende vragen relevant:

- Wat kan de cliënt per vitaliteitsbehoefte niet meer zelf en waarom?
- Welke deelhandelingen zijn er daarbij?
- Welke van deze deelhandelingen kan de cliënt nog wel zelf (deze zelf blijven doen)?
- Bij welke deelhandelingen is hulp nodig?

We zien vaak dat alle deelhandelingen bij een beperking worden overgenomen door de zorg, terwijl er slechts een paar problemen geven.

Na het vaststellen van de verstoorde vitaliteitsbehoeften en deelhandelingen, is het zaak om deze zo goed mogelijk te ondersteunen. In de praktijk wordt snel duidelijk dat hoe groter de zelfredzaamheid is, hoe effectiever de zorg en ondersteuning. Onderstaand zes vormen van zorg en zelfredzaamheid in volgorde van wenselijkheid:

1. Zelf doen na therapie (arts, fysio, ergo, etc).
2. Zelf doen met een hulpmiddel of domotica.

3. Zelf doen met geautomatiseerde ondersteuning, zoals e-health, apps en robotica.
4. Samen doen via ondersteuning door zorg op afstand; De zorgverlener ondersteunt op afstand.
5. Samen doen met ondersteunende zorg. De zorgverlener ondersteunt de cliënt fysiek om de regie zo veel mogelijk zelf te voeren en zo veel mogelijk deelhandelingen zelf te doen.
6. Laten doen door overnemende zorg. De zorgverlener neemt het helemaal over van de cliënt. Soms kan het niet anders of weten we niets beters te verzinnen. We ontdekken echter steeds meer, dat er bij enig bewustzijn vormen van ondersteunende zorg mogelijk zijn, waarbij de cliënt tenminste enige regie heeft over wat er gedaan wordt. Dit verschil blijkt steeds weer wezenlijk voor het welzijn en de gezondheid van de cliënt.

Communicatie is heel vaak nog mogelijk, al is het maar het bestuderen van de blik of houding van de cliënt om zo de handen aan het bed te sturen. Deze benadering leidt tot onderstaande matrix voor vitaliserende zorg. De matrix creëert een overzicht van verschillende zorgoplossingen.

Zorgverleners vinden met de matrix snel een set relevante oplossingen voor alle deelvragen van iedere individuele cliënt. Zo worden optimale individuele zorgontwerpen praktisch realiseerbaar. Op basis van deze matrix kunnen zowel betere zorg als betere meetmethodes en prestatiegerichte bekostigingsmodellen worden ontwikkeld. Prestatiegerichte bekostiging kan ons verlossen van het juk van de urengebaseerde bekostiging, waarmee urenbesparende innovaties gefrustreerd en kapot gemaakt worden.

Vitaliserende zorg		Oplossingen in volgorde van wenselijkheid					
		Therapie	Hulpmiddelen	Geautomatiseerde zorg	Zorg op afstand	Ondersteunende zorg	Overnemende zorg
Vitaliteits Behoeften	Fysiek-Medisch						
	Omgeving						
	Zingeving						
	Autonomie						
	Persoonlijke groei						
	Gezonde voeding						
	Bewegen						
	Stress en reflexen						
	Sociale participatie						
	Maatschappelijke participatie						

Mass-customisation van deeloplossingen geeft betere kwaliteit en schaalvoordelen

Veel van de deelvragen en deeloplossingen komen vaker voor en kunnen via het beproefde principe van mass-customisation geoptimaliseerd en gestandaardiseerd worden. Aanzienlijke kwaliteitsverbetering en schaalvoordelen zijn hiermee te behalen, terwijl het individuele maatwerk, die de kern van goede zorg vormt, behouden blijft en de cliënt echt centraal doet staan. Het bekendste voorbeeld van mass-customisation vinden we bij de automobiellindustrie, waarbij de Toyota Way en Lean lichtende voorbeelden geven. De beste voorbeelden hiervan stellen de mens centraal, net als in de zorg.

Zorg en zorgcommunicatie blijken complexer dan auto's en lopende banden. In de zorg zijn er ook veel meer stakeholders: cliënten, professionele zorgverleners, mantelzorgers en familie. Ook is de menselijke gezondheid een complexer mechanisme dan een auto.

Een multidisciplinaire aanpak is een randvoorwaarde voor mass-customisation. Vele best-practices laten zien dat deze aanpak ook

een succesfactor in de zorg is. Multidisciplinair samenwerken is sterk te verbeteren door het toepassen van nieuwe communicatievormen als e-health, elektronische dossiers, zorg op afstand, internet, social media, apps en sensing. Hiervoor heb ik met het team informatisering bij Opella een ICT-architectuur ontwikkeld op basis van een zorgERP-ECD (Pluriform Zorg), de cloud en de cloudapps van Microsoft of Google, waarmee deze zaken vanuit het digitale domein goed en betaalbaar te ondersteunen zijn. Dit maakt digitale zelfredzaamheid en vitaliteit voor zorg, cliënt en naasten mogelijk tegen zeer lage kosten.

De VIZI methode geeft een optimaal zorginnovatieproces

De "VIZI" methode, de Vitaliserende ZorgInnovatie methode, geeft een geborgd proces dat gestoeld is op de relevante ingenieursdisciplines en creativiteitstechnieken. Door het toepassen van de VIZI methode worden de kansen op succes gemaximaliseerd en risico's en kosten geminimaliseerd. De VIZI methode is gebaseerd op een faalanalyse van

innovaties in de zorg, een verzameling van best-practices en een bundeling van bewezen innovatiemethodes.

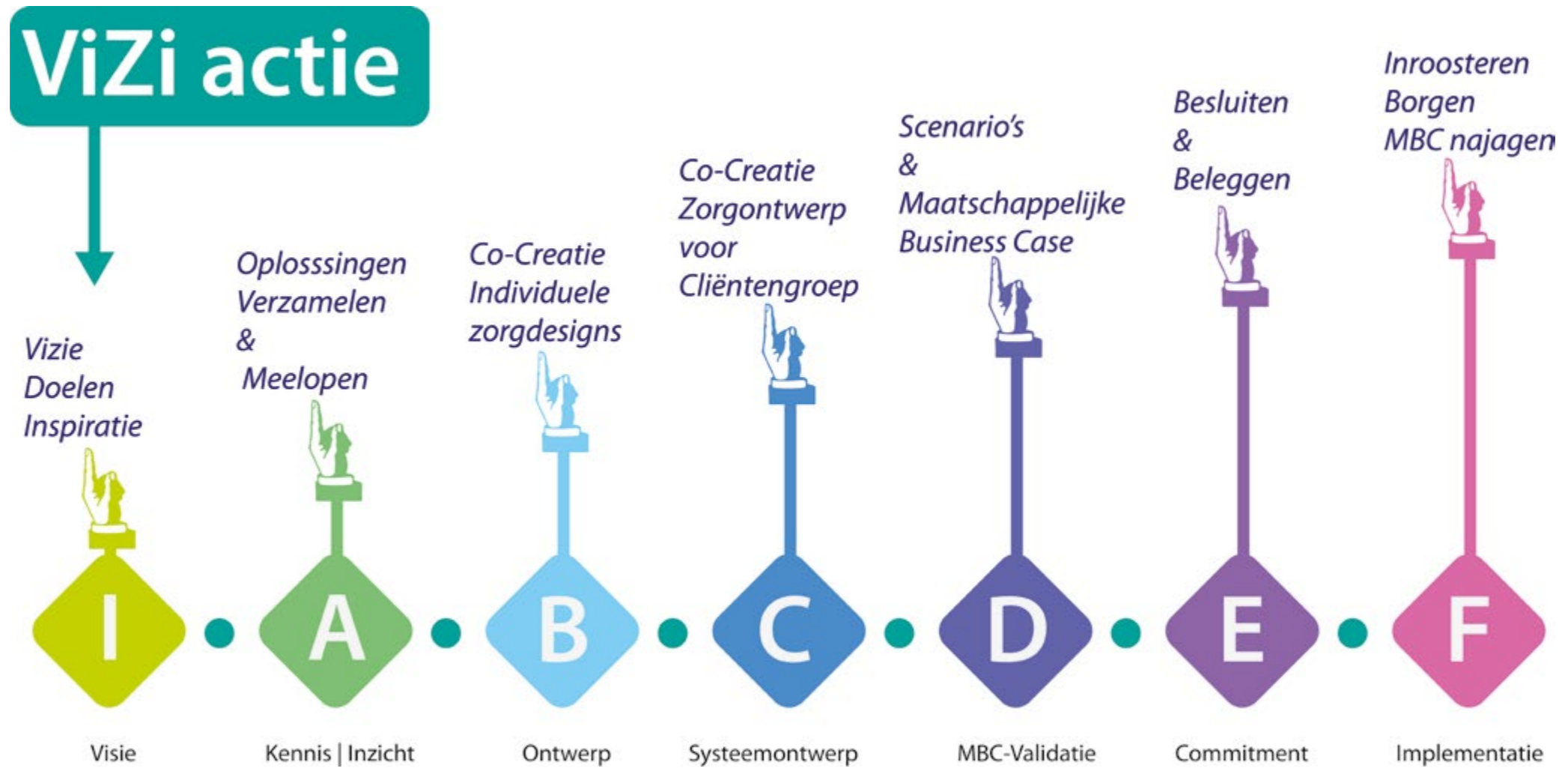
Centraal in de methode staat co-creatie van het innovatieteam met zorgverleners en cliënten. Deze co-creatie geeft een enorme positieve flow, draagvlak en implementatiekracht.

Het innovatieteam heeft een zorginnovatie-ingenieur en multidisciplinair team nodig, met vertegenwoordiging van de relevante zorgdisciplines en ondersteunende diensten.

Vitaliserende Zorginnovatie is een bewezen kostenbesparende best-practice

In een In voor Zorg! project bij het Spectrum in Dordrecht is Vitaliserende Zorginnovatie voor het eerst toegepast. De resultaten waren gelijk al zeer goed op het gebied van vitaliteit, tevredenheid bij cliënten en zorgverleners.

Er werd een arbeidsbesparing van 26% gerealiseerd, waarbij nog eens 13% bewust niet is verzilverd om extra zorg op afstand te verlenen bij mensen in de wijk.



Dit is nog maar het begin; we verwachten dat bij verdere toepassing van vitaliserende zorg de besparingen naar 50% oplopen.

Het project is onafhankelijk beoordeeld en tot één van de “parels” van het In voor Zorg! programma benoemd. Voor zover bekend is dit het meest succesvolle project van de inmiddels meer dan 440 In voor Zorg! Innovatie-implementatieprojecten.

Kostenbesparing blijkt uit de best-practices vooral via de verbetering van kwaliteit van leven en zorg gerealiseerd te worden. Een verrijking van het leven gaat dus goed samen met een spaarzame portemonnee. Vitaliserende Zorginnovatie, het trio van vitaliteitsbehoeften, vitaliserende zorg en de VIZI methode, leent zich daarmee erg goed om de komende bezuinigingen niet alleen te overleven, maar ook te gebruiken om de zorg, onze kwaliteit van leven en maatschappij, ten goede te transformeren. Op dit moment is Vitaliserende Zorginnovatie de enige methode die bewezen heeft de 25% lagere budgetten van 2015 & 2016 op te kunnen vangen zonder verschraling.

Door de wetenschappelijke principes is het toepasbaar op alle vormen van zorg. De verschillende vormen van VVT: thuiszorg, woonzorgcombinaties en verpleeghuiszorg zijn blijken uit onderzoek allen goed geschikt te zijn voor Vitaliserende Zorginnovatie.

Als u geïnteresseerd bent deze aanpak te onderzoeken en uit te proberen in uw zorgpraktijk, horen we graag van u. Er zijn momenteel nog enkele mogelijkheden om als koploper voor Vitaliserende Zorginnovatie mee te doen.

De 8 leefdomeinen van Schalock en van Loon vergeleken met de 10 vitaliteitsbehoeften

De vitaliteitsdomeinen zijn een aanvulling van de in Nederland al zo goed bereikte context van de medische, sociale en maatschappelijke zorg. Deze gaan nu vaak uit van het voortreffelijke classificatiemodel van de acht levensdomeinen van Schalock Verdugo en van Loon. De modellen zijn verschillend in opzet en doel, en zowel overlappend als aanvullend.

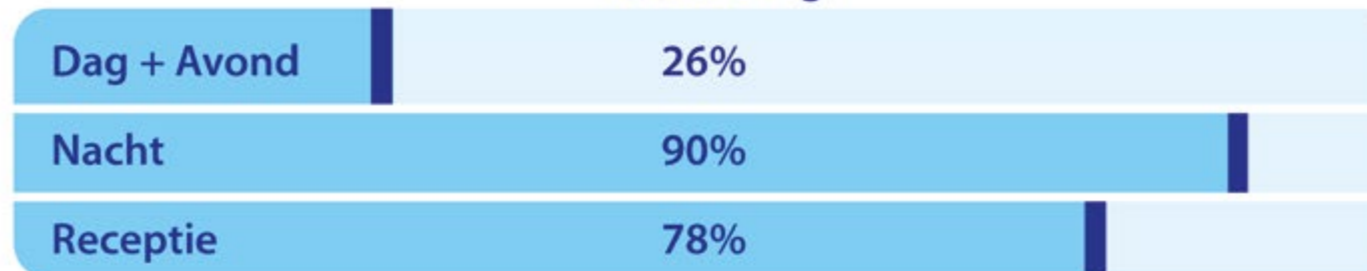
De 8 leefdomeinen van Schalock zijn opgezet om de aspecten van leven te kunnen onderverdelen, terwijl de vitaliteitsbehoeften de factoren met een bewezen invloed op onze gezondheid onderverdelen. De leefdomeinen overlappen de vitaliteitsbehoeften voor de helft en bieden aanvullend nog 2 domeinen: de juridische & financiële. Deze worden in de vitaliteitsbehoeften als oplossingen voor de behoeften beschouwd. De leefdomeinen missen domeinen voor Zingeving, Persoonlijke ontwikkeling, Beweging, Stress en reflexmanagement (ontspanning) en Eten en drinken. Vanuit de evidence bezien worden bij Schalock de oplossingen, resultaten en behoeften met elkaar gemengd, wat vanuit logica en voortschrijdend inzicht minder handig is.

Het Spectrum

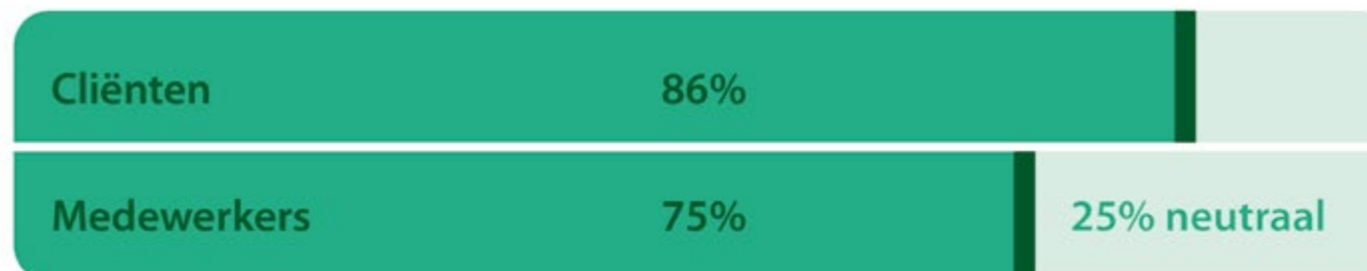
Resultaten

Arbeidsbesparing

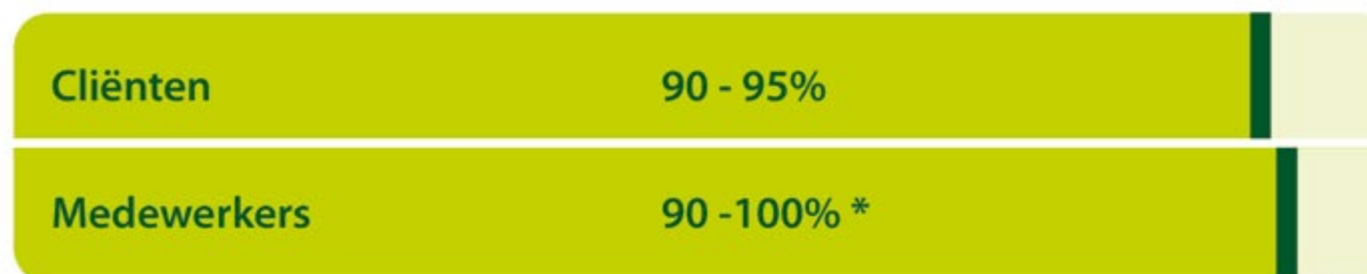
Verbetering



Tevredenheid



Vitaliteit



■ Gemeten waarden bij zorgorganisatie Het Spectrum te Dordrecht

* Geen methodische meting beschikbaar

In de volgende alinea's vergelijken we de Leefdomeinen van Schalock met die van de Vitaliteitsbehoefte.

Onafhankelijkheid

Persoonlijke Ontwikkeling - de kans krijgen om als mens te groeien; groeien in je gevoel van eigenwaarde, leren door het zelf te ervaren, maar ook simpel door naar school te kunnen gaan. Persoonlijke ontwikkeling is ook een vitaliteitscriterium.

Zelfbepaling - veiligheid en waardigheid / zelfrespect ontleen aan het feit dat je je eigen keuzes mag maken, dat niet anderen steeds over je hoofd heen beslissingen nemen; zelf dingen kunnen proberen; zelf beslissen dat je iets wil proberen; zelf bepalen hoe laat je naar bed gaat. Zelfbepaling komt overeen met de vitaliteitsbehoefte autonomie.

Sociale Participatie

Interpersoonlijke Relaties - je eigen sociaal netwerk kunnen behouden en onderhouden. Interpersoonlijke relaties is een (onnodig) bredere variant van de vitaliteitsbehoefte sociaal welzijn.

Sociale Inclusie - ervaren dat je erbij hoort in de samenleving, dat je mens onder de mensen bent. Sociale Inclusie is een bredere variant van Maatschappelijke participatie.

Rechten – de rechten ervaren die je toekomen. Rechtvaardige rechten hebben.

Vanuit de vitaliteitsbehoefte zijn rechten een middel om te voorzien in behoeften, maar niet zelf een behoefte.

Welbevinden

Emotioneel Welbevinden - respect en voor vol worden aangezien, je veilig en zeker kunnen voelen in je leven. Emotioneel welbevinden zien we als een belangrijk resultaat bij vervulling van Sociale participatie en andere vitaliteitsbehoefte, niet als behoefte.

Fysiek Welbevinden - serieus genomen te worden in je lichamelijke integriteit; indien nodig naar je eigen huisarts en behandelaars.

Fysiek welbevinden komt overeen met Lichamelijke (medisch – fysieke) gezondheid.

Materieel Welbevinden - materiële omstandigheden die je je menselijke waardigheid doen behouden, bv. je eigen wc en woonruimte. Bezoek kunnen ontvangen of weren,

privacy. Materieel welbevinden zien we bij de vitaliteitsdomeinen als deel van Autonomie; als belangrijk middel.

Vitaliteitsbehoefte verdiepen modellen als OMAHA, Zorgleefplan, RAIView en SAMPC.

De vitaliteitsbehoefte zijn goed te combineren met de andere gangbare modellen in de zorg. Over het algemeen geven de vitaliteitsbehoefte aanvullingen en extra inzichten in de onderliggende werkingsprincipes bij de onderdelen van deze modellen, op een vergelijkbare manier als bij de leefdomeinen van Schalock. Hiermee is een geleidelijke transitie van de huidige zorgmodellen mogelijk, door deze te verdiepen met de vitaliteitsbehoefte. Zo kan de ervaring en kennis geleidelijk worden uitgebreid en doorontwikkeld, en kunnen de eerste resultaten snel geboekt worden. Een snelle overgang is onnodig risicovol en ingrijpend. Op de lange termijn verwacht ik dat een zorgmodel puur op basis van de Vitaliserende zorgmatrix betere resultaten zal geven.

Vitaliteitsbehoeften openen een nieuwe wereld aan kansen voor onderzoek en gezondheidsbevordering

Vanuit de vitaliteitsbehoeften komen er een aantal witte vlekken, terra incognita's, naar voren. Verder onderzoek en verdieping geven meer mogelijkheden voor innovatie.

Ook is het wenselijk om specialismes per vitaliteitsbehoefte op te zetten, om onze kennis verder te bundelen en uit te breiden en om de grote breedte van het vakgebied adequaat te bedienen.

Een aantal vragen voor verder onderzoek zijn:

1. Wat zijn goede meetmethodes voor de verschillende vitaliteitsbehoeften?
2. Wat zijn goede ondersteuningsvormen, en bij welke gevallen zijn deze verrijkend en verarmend, wat zijn aandachtspunten en contra-indicaties ?
3. Hoe kunnen we bekostigen op basis van vitaliteitsondersteuning en herstel?
4. Hoe kunnen we onze reflexen en autonome systemen beter laten functioneren? Hoe kunnen we onze stress, immuunsysteem en hormonen beïnvloeden door gedrag en bewuste acties?
5. Hoe kunnen we onze levens en maatschappij inrichten, zodat we aangenaam en onthaast

kunnen doorwerken gedurende ons hele leven totdat we ziek worden en ons laatste halfjaar in gaan (blue zones)? Hoe zorgen we dat ouderen niet meer op een zijspoor gepensioneerd worden en op een passende en aangename wijze kunnen blijven mee doen? Hoe zorgen we dat arbeid verdeeld wordt, zodat iedereen mee kan doen en bijdragen aan de maatschappij?

Hoe meer we leren en begrijpen over de vitaliteitsbehoeften, hoe duidelijker het wordt: er valt een hele nieuwe wereld te exploreren en ontwikkelen. Gezondheid is ons kostbaarste goed, dus dit zal ons geen windeieren leggen. Hoe langer we dralen, hoe meer geld en gezondheid we laten liggen. Tijd om hier wat mee te doen dus!



EHEALTH VANUIT PATIËNTPERSPECTIEF

Lies van Gennip, directeur Nictiz

Als je directeur bent van een expertise-centrum voor standaardisatie en eHealth, heb je op verjaardagsfeestjes heel wat uit leggen. De termen eHealth en standaardisatie klinken abstract, technisch en ingewikkeld. Toch is het doel van wat ik doe goed te verwoorden. In mijn functie ben ik vooral bezig met het scheppen van de voorwaarden om de gezondheidszorg nu en in de toekomst betaalbaar en toegankelijk te houden via standaardisatie en eHealth. Goede zorg voor de patiënt staat uiteindelijk altijd centraal.

In mijn overtuiging kan eHealth helpen patiënten echt “empowered” te maken. Dit betekent dat zij meer regie kunnen nemen in het zorgproces en een gelijkwaardige partner van de zorgprofessional in het zorgproces zijn. Voor goede en veilige zorg is het essentieel dat patiënten én zorgverleners tijdig over juiste en volledige informatie beschikken. Wanneer meer zorgverleners zorg aan één patiënt verlenen (wat vrijwel altijd het geval is bij chronische

patiënten), kan goede zorg alleen worden verleend als informatie wordt gedeeld. Voor die informatie-uitwisseling is niet de techniek de belangrijkste bottleneck, maar vertrouwen, en dan met name het vertrouwen van de patiënt. Door mijn zus heb ik ervaren dat een verkeerd gebruik van eHealth mensen persoonlijk diep kan raken. Haar verhaal biedt mij inspiratie.

Die inspiratie wil ik graag delen. Mijn zus is al jaren een chronisch zieke patiënt. Ze heeft een aantal jaren geleden een hersenbloeding gehad en heeft ook COPD, hartritmestoornissen en nog meer ongemakken. Vanwege al die aandoeningen heeft ze veel met verschillende artsen, ziekenhuizen, verzorgers en therapeuten te maken. Haar actieradius en energie zijn erg beperkt. Internet, mail en Facebook zijn voor haar een uitkomst om haar wereld te verruimen en verrijken. Ze heeft minstens twee computers en twee tablets, en is heel actief op mail, internet en Facebook. Daardoor kan ze, ondanks haar beperkingen, goed volgen wat er gebeurt in ICT

in de zorg via “berichten van de overheid”, via NPCF en via netwerken als “handicap nationaal”. Ik krijg regelmatig berichtjes en vragen van haar door en we wisselen ideeën en ervaringen uit. Voor mij is die blik “van de patiënt” waardevol – die blik biedt mij een ander perspectief.

De belofte van eHealth wordt overschaduwd

Mijn zus is typisch zo’n chronische patiënt voor wie “eHealth” bedoeld is. Ze is buitengewoon bedreven met moderne informatie- en communicatietechnologie. In haar sociale leven profiteert ze maximaal van nieuwe ICT-mogelijkheden. Echter, in de zorg ervaart ze juist bijna dagelijks de gevolgen van gebrekkige ICT. Het kost haar bijvoorbeeld veel moeite om te achterhalen op basis van welke informatie zorgverleners handelen, en regelmatig moet ze die informatie aanvullen en corrigeren. Dat kost veel van haar toch al zo schaarse energie.

Voor haar zou het wenselijk zijn als al haar zorgverleners, maar ook zij zelf, via eHealth op de hoogte blijven van aanpassingen in haar dossier, zodat ze niet elke keer hoeft na te gaan of de informatie wel klopt, opnieuw uitleg hoeft te geven of correcties moet doorgeven. Ik merk dat eHealth gemengde gevoelens bij haar oproept. Haar bezorgdheid over de ICT-zaken die mis (kunnen) gaan overschaduwde haar enthousiasme over de mogelijkheid dat eHealth haar leven kan vergemakkelijken.

Misbruik van (onjuiste) informatie heeft het vertrouwen in ICT-oplossingen bij mijn zus behoorlijk geschaad. Mijn zus heeft nu al met gemeentelijke instanties te maken voor bijvoorbeeld het verkrijgen van een invalidenparkeerkaart, het krijgen van hulpmiddelen en een taxivergoeding. In haar kleine gemeenschap kon het gebeuren dat haar buurman daar over ging. Diezelfde buurman die iets vond van het terras in haar tuin en dat niet alleen mee liet wegen, maar dat ook openlijk samen met medische details in een publieke vergadering meldde.

Door dit soort ervaringen kijkt ze met argusogen naar de gevolgen van de hervormingen van de langdurige zorg en het gebruik van eHealth hierin. Door deze hervormingen zal ze nog afhankelijker worden van gemeentelijke instanties. Ze voelt zich gedwongen gegevens te delen, en is erg bezorgd dat er dan niet zorgvuldig met haar medische gegevens wordt omgegaan. Naar aanleiding van een recent onderzoek van NPCF waaruit bleek dat instanties als het UWV, gemeenten, verzekeraars en Arbodiensten regelmatig medische dossiers opvragen mailde ze me: “Wat hierin nog niet staat is dat in ieder geval bij onze gemeente als voorwaarde voor de AANVRAAG wordt gesteld, dat je toestemming voor het inwinnen van medische informatie MOET geven; anders hoeft je de aanvraag niet eens te doen!!!”

Door dit soort ervaringen bekijkt ze ontwikkelingen in eHealth met zorg. Op een uitnodiging van NPCF om mee te doen met een experiment met zelfzorgplatform Quli mailt ze me bijvoorbeeld: “Ik heb geen account aangemaakt; mijn nekharen gingen gaandeweg omhoog

staan door het soort vragen. Ik wil eerst wat meer weten: wie is verantwoordelijk en daaraan gekoppeld: wie betaalt, hoe onafhankelijk is het en hoe is het gesteld met mijn privacy?”

Naar aanleiding van de vraag om specifieke toestemming te verlenen (optin) mailde ze me: “*Is dit weer iets nieuws??*” Het is best bijzonder dat iemand die zoveel op internet zit en zo veelvuldig toepassingen als Whatsapp en Facebook gebruikt (waarvan de privacy zeker niet honderd procent is gewaarborgd), zo angstig is over het gebruik van ICT in de zorg. Kennelijk heeft ze als chronische patiënt te vaak ervaren hoe kwetsbaar ze is als haar informatie onjuist wordt gebruikt of wanneer onjuiste informatie buiten haar om wordt gedeeld.

Ik zie dat in plaats van dat eHealth mijn zus sterker maakt, en haar een gelijkwaardiger partner laat zijn in het zorgproces en haar meer mogelijkheden geeft voor zelfredzaamheid en zelfmanagement (zoals eHealth bedoeld is), zij zich juist afhankelijker en kwetsbaarder voelt door eHealth.

Mijn zus heeft mij geleerd dat we ons bij alle innovaties en hervormingen moeten blijven realiseren dat het uiteindelijk om die individuele patiënt gaat voor wie we de zorg beter willen maken. Haar verhaal legt twee problemen bloot. In de eerste plaats dat in de zorg voor haar als chronische patiënt op dit moment nog te weinig afstemming van informatie plaats vindt, zodat ze steeds zelf alert moet zijn of artsen wel uitgaan van de juiste actuele informatie rond haar ziekte en therapie. In de tweede plaats dat de grotere rol van gemeenten in de zorg voor chronisch zieken leidt tot nieuwe privacy risico's, die erg bedreigend zijn omdat ze zo dicht bij de persoonlijke levenssfeer komen. Zo bedreigend zelfs dat ze de oplossing voor het eerste probleem in de weg kunnen staan.

De hervormingen in de langdurige zorg geven meer regie aan gemeenten, zodat zij de zorg om en met de patiënt meer op maat kunnen regelen. eHealth kan daarin een belangrijke rol spelen en de patiënt meer mogelijkheden tot regie en zelfmanagement geven. Als onvoldoende aandacht voor de belangen van de patiënt door

gemeenten er echter toe leidt dat de patiënt zijn vertrouwen verliest in eHealth, verliezen we de patiënt als partner in het innovatieproces. Dat belemmert de effectieve toepassing van eHealth binnen gemeenten, maar ook daarbuiten. Daarom heb ik de volgende twee adviezen aan de Minister.

Advies 1: Bouwen aan het vertrouwen van de burger

Mijn eerste advies aan de Minister is: houd landelijk regie op het respecteren van privacy binnen gemeenten, zodat we het vertrouwen van burgers behouden en verder uitbouwen. Dat vraagt een landelijke inzet in handhaving, maar ook een landelijke rol in bewustwording en educatie. In de zorg zijn artsen zich vanuit hun opleiding en werkomgeving zeer bewust van het medisch beroepsgeheim. Dit geheim dient zowel het collectieve belang van de maatschappij als het individuele belang van de patiënt. Volgens de definitie van de KNMG betekent het individuele belang “dat een patiënt weet dat de informatie die hij aan zijn arts verschaft niet zonder zijn toestemming voor andere doeleinden

wordt gebruikt of aan derden wordt verstrekt. De patiënt weet derhalve dat hij volledige openheid kan betrachten jegens zijn arts.”

Aan het bewaken van privacy zou ook binnen gemeenten – en niet vrijblijvend! – net zoveel prioriteit moeten worden gegeven als in de medische sector. De patiënt moet er ten alle tijden op kunnen vertrouwen dat de informatie die hij verstrekt alleen met zijn toestemming aan derden wordt verschaft of voor andere doeleinden wordt gebruikt. Mensen in een kwetsbare en afhankelijke positie mogen zich bovendien niet gedwongen voelen om hun medische informatie te delen. En als ze informatie delen, moeten ze er op kunnen vertrouwen dat hun privacy wordt gerespecteerd.

Advies 2: Laat gemeenten patiënt empowerment omarmen

In de brief “e-health en zorgverbetering” stellen de Minister en Staatssecretaris drie ambitieuze doelstellingen. Eén van die doelstellingen is dat binnen vier jaar, 80 procent van de chronisch zieken direct toegang heeft tot (bepaalde)

medische gegevens. Mijn advies aan de Minister is: zorg dat ook de nieuwe spelers in de langdurige zorg deze doelstelling omarmen en in hun nieuwe taak de patiënt als daadwerkelijke partner betrekken.

Het zelf kunnen in zien van je eigen geregistreerde data, ook binnen gemeentelijke instanties, is een belangrijke sleutel in vertrouwen. Immers, als je als chronische patiënt zelf bij jouw medische informatie kan, kun je verifiëren of de informatie juist is en kun je deze makkelijker corrigeren. Patiënten kunnen bovendien samen met hun zorgverleners en de diverse instanties verantwoordelijkheid nemen om dossiers volledig en actueel te maken. Daarmee wordt een belangrijk knelpunt van onvolledige en onjuiste dossiers bij verschillende zorgverleners en instanties weggenomen, een knelpunt dat mijn zus nu bijna dagelijks ervaart. Ik ben blij dat er vanuit het ministerie van VWS een informatie uitwisselingsprogramma is aangekondigd om tot goede, niet vrijblijvende afspraken te komen over informatie-uitwisseling (Minister en staatssecretaris van VWS, 2014).

Het is belangrijk dat die afspraken zich niet alleen vertalen naar acties op het niveau van zorgaanbieders en ICT-leveranciers, maar dat ook gemeenten worden aangesloten. Goede afspraken rond informatie-uitwisseling en de realisatie van informatie-uitwisseling maken het leven van patiënten, zoals mijn zus, in elk geval een stuk draaglijker. Zij kunnen hun energie richten op het leven met de aandoening in plaats van herhaaldelijk de gevolgen van gebrekkige (omgang met) ICT in de zorg recht te zetten.

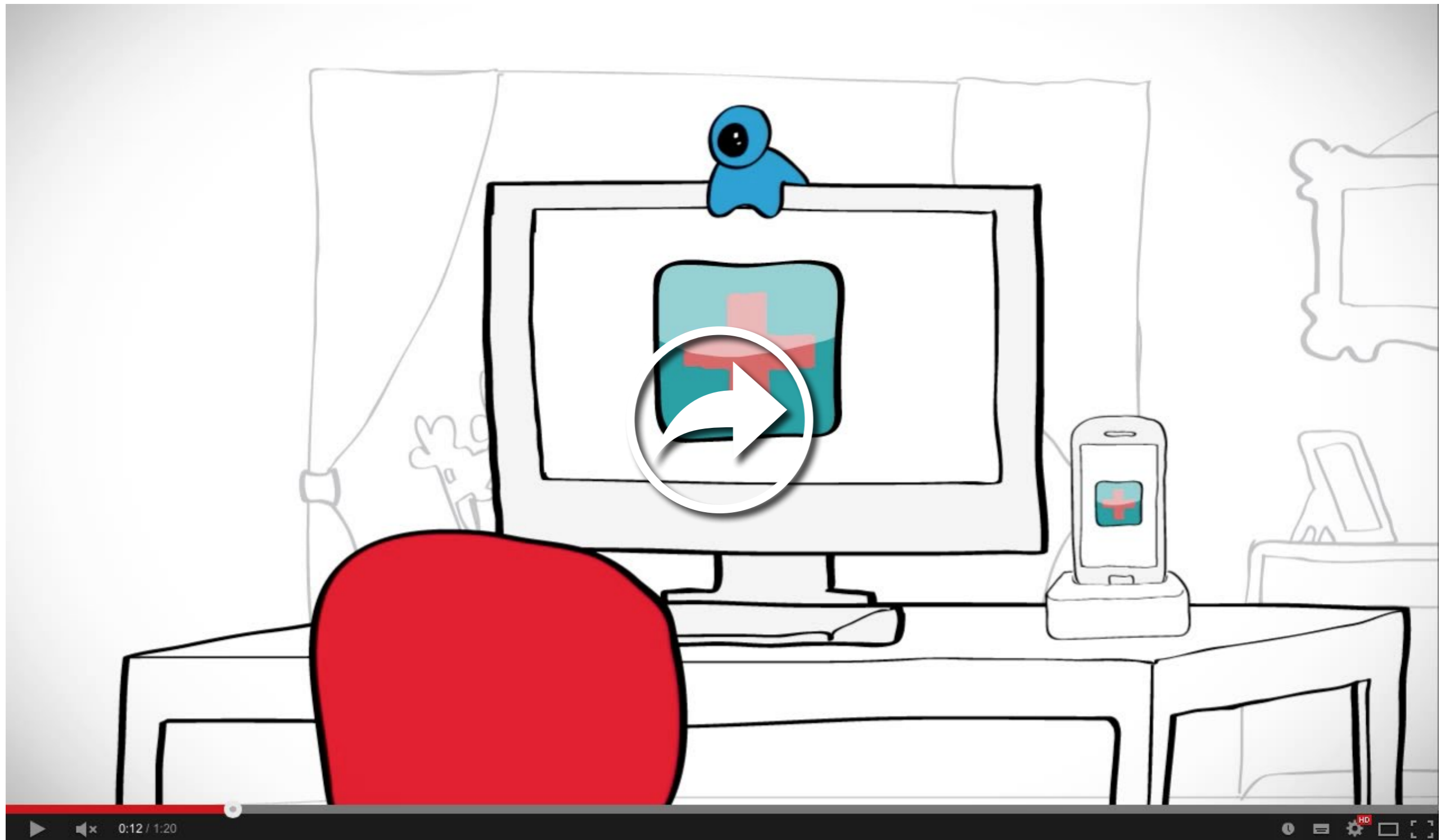
Referenties

- Krijgsman, J., de Bie, J., Burghouts, A., de Jong, J., Cath, G., van Gennip, L. en Friele, R. (2013). eHealth, verder dan je denkt - eHealth-monitor 2013. Nictiz, NIVEL. Den Haag: Nictiz en het NIVEL.
- Krijgsman, J., Burghouts, A., de Jong, J., van Gennip, L. en Friele, R., Peeters, J., Brabers, A., Beenkens, F., (2014). Op naar meerwaarde - eHealth-monitor 2014. Nictiz, NIVEL. Den Haag: Nictiz en het NIVEL.

- Themadossier medisch beroepsgeheim, KNMG, www.knmg.artsennet.nl
- NPCF: Resultaten opvragen medisch dossier voor officiële instanties, Juni 2014: www.npcf.nl



Youtube Digitale Zorg NPCF



Bron: Youtube NPCF

DE BEHOEFTE EN VERANDERENDE ROL VAN DE PATIËNT

Maartje Zonderland

Tot voor kort was ‘de patiënt centraal’ vooral een theoretisch concept. De laatste jaren zijn patiënten mondiger geworden, en hebben door internet meer kennis van zorgprocessen, ziektebeelden en behandelmethoden. De zorgverlener krijgt een andere soort patiënt te zien – al dan niet in een virtuele spreekkamer.

Hoe ziet de patiënt centraal 2.0 er nu uit?

Belicht vanuit de theorie en vanuit de praktijk van Sensire.

De patiënt centraal als theoretisch concept

Tot voor kort was ‘de patiënt centraal’ vooral een theoretisch concept. Er waren wel initiatieven gericht op betere service en dienstverlening aan patiënten, zoals beschreven in het Disney gedachtengoed van Fred Lee [1], maar de dagelijkse praktijk bleek toch anders georganiseerd. Patiënten in Nederlandse ziekenhuizen hadden te maken met wachtlijsten, overvolle wachtkamers, afgezegde operaties en lange wachttijden op de SEH vanwege

doorplaatsings-problematiek. Ook in de eerste lijn werd bij de organisatie van de praktijk vaak vanuit de zorgverlener geredeneerd in plaats van uit de patiënt. Optimalisatieprojecten waren vaak gericht op het verbeteren van de huidige situatie, in plaats van het ontwerpen van een nieuwe, in beginsel betere situatie.

De laatste jaren zijn patiënten mondiger geworden, en hebben door internet meer kennis van zorgprocessen, ziektebeelden en behandelmethoden. Ook kunnen patiënten door de toegenomen concurrentie tussen ziekenhuizen en de opkomst van privé klinieken, zelfs voor oncologische zorg, via verschillende kanalen de zorg krijgen die zij wensen. De groep patiënten die niet online is slinkt snel, waardoor de zorgverlener een andere soort patiënt te zien krijgt – al dan niet in een virtuele spreekkamer.

De patiënt centraal 2.0

Maar hoe ziet de patiënt centraal 2.0 er nu uit? Om deze vraag te beantwoorden maken

we een zijstapje. Geneeskunde, data science & ICT en procesoptimalisatie waren tot voor kort afzonderlijke kennisgebieden: kennis over geneeskunde was voorbehouden aan artsen en andere zorgverleners; data science & ICT was in de zorg voor de komst van het elektronisch patiënten dossier (EPD) nog een onontgonnen gebied; en procesoptimalisatie waaide langzaam vanuit de industrie over naar de zorg. We zien nu dat deze gebieden zich steeds meer naar elkaar toe bewegen. Op het snijvlak van geneeskunde en procesoptimalisatie vinden we het verbeteren van de efficiency van zorgprocessen waarbij bijvoorbeeld bij het inrichten van zorgpaden vanuit beide gebieden inhoudelijke expertise benodigd is.

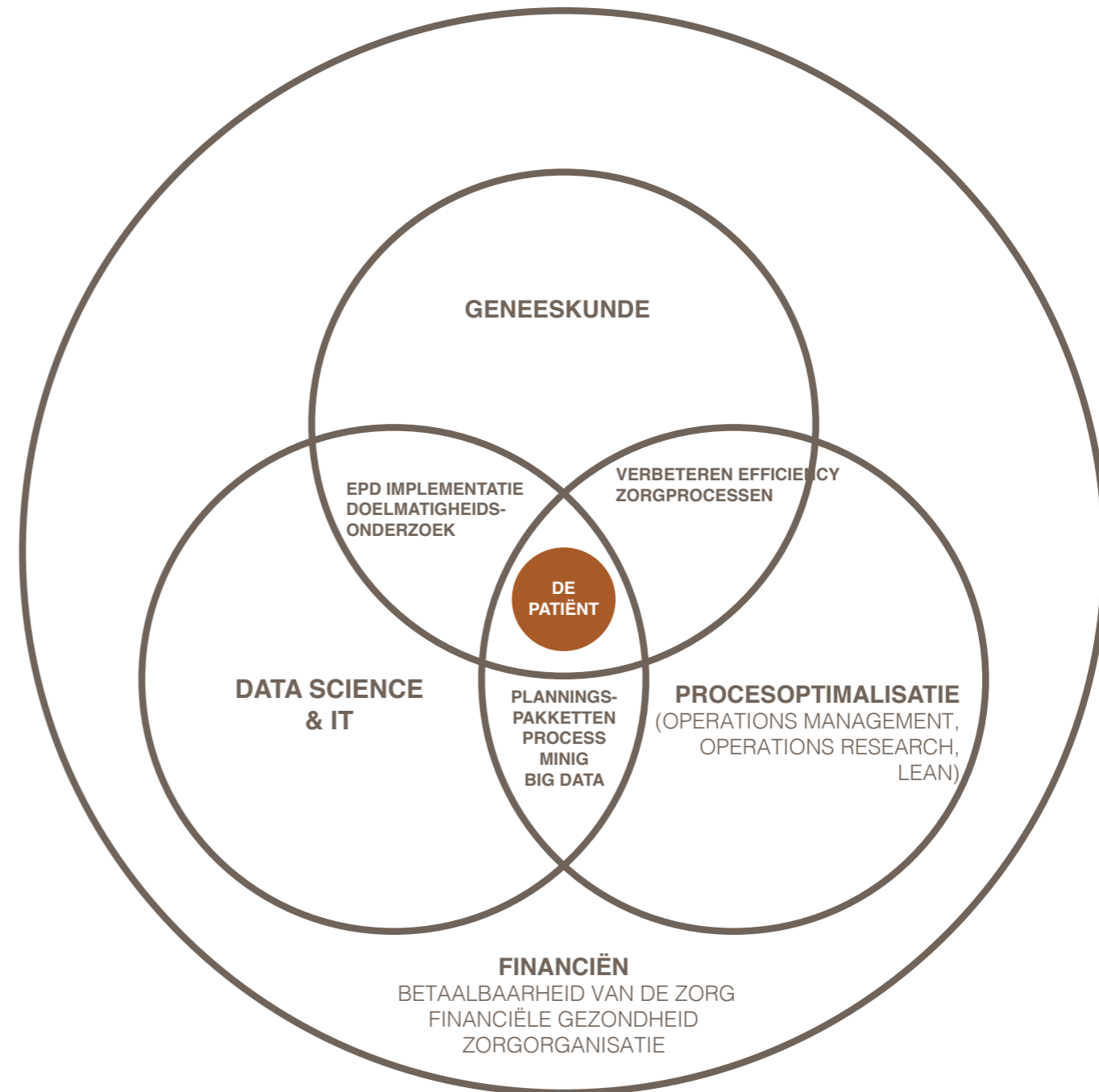
Op het snijvlak van geneeskunde en data science & ICT vinden we EPD implementaties, vraagstukken over het leveren van doelmatige zorg of bijvoorbeeld semiautomatische diagnosestelling door IBM's supercomputer Watson [2]. Tenslotte vinden we op het snijvlak

van data science & ICT en procesoptimalisatie intelligente oplossingen waarmee we zorgprocessen kunnen verbeteren en zelfs voorspellen, zoals process mining en big data toepassingen.

In het midden van deze drie gebieden staat de patiënt als centrale schakel in zijn eigen zorgproces (zie de Figuur). Informatie uit de drie kennisgebieden is niet meer voorbehouden aan professionals, waardoor van de professional ook een nieuwe mindset gevraagd wordt: samen beslissen met de patiënt in plaats van voor de patiënt. Dit is veel breder dan alleen het medisch inhoudelijke traject; de patiënt wil ook beïnvloeden waar, hoe en wanneer zijn behandeling plaats vindt en wat er daarna met zijn gegevens gebeurt.

Referenties

- [1] Lee, F. (2004). If Disney ran your hospital: 9 1/2 things you would do differently. Bozeman, MT: Second River Healthcare Press.
- [2] <http://www.ibm.com/smarterplanet/us/en/ibmwatson/>



Figuur – geneeskunde, data science & ICT en procesoptimalisatie: naar elkaar toe bewegende kennisgebieden.

DE BEHOEFTE EN ACCEPTATIE VAN DE ZORG-PROFESSIONAL EN ARTSEN

Jorne Grolleman

De technology push van aanbieders van eHealth toepassingen is enorm. Gelukkig zien we steeds vaker dat de zorgprofessional de regie neemt bij de ontwikkeling van eHealth initiatieven. Tegelijkertijd trapt hij nog voortdurend op de rem. De vraag rijst waar medewerkers in de zorg wel en niet warm voor lopen. Wat is hun primaire behoefte als het gaat om de inzet van eHealth?

Het ontbreekt aan structureel en betekenisvol onderzoek naar de behoeften van de zorgprofessional. Maar ook zonder harde cijfers valt er voldoende over te zeggen. Met praktijkvoorbeelden van ambassadeurs en een theoretisch model voor gedragsverandering gaan we in op waarom zorgprofessionals eHealth ‘maken of kraken’.

Ambassadeurs en zwartkijkers: wat wil de zorgprofessional nou echt?

Waar eHealth in de eerste fase van ontwikkeling vooral een speeltje was van wetenschappers

en leveranciers, is dat beeld na 10 jaar eHealth ontwikkeling in Nederland aan het kantelen. Initiatieven van zorgprofessionals zijn in opkomst. Een positieve ontwikkeling die lijkt aan te geven dat er een verbeterbehoefte bestaat bij zorgprofessionals. Daarnaast zijn eHealth experimenten uitdagend voor artsen en hulpverleners die graag de grenzen van hun vak verkennen. Het is niet perse een voorwaarde dat zorgprofessionals zelf eHealth ontwikkeling initiëren, maar bottom-up ontwikkeling maakt wel dat er echte problemen centraal staan.

Er bestaan vrijwel geen onderzoeken die duidelijk maken wat zorgprofessionals kunnen of willen met eHealth. Wel wordt regelmatig onderzocht of ze het gebruiken. Nemen we het actuele gebruik als graadmeter dan kunnen we constateren dat eHealth vaak niet in een directe behoefte voorziet voor de arts. Dat beeld klopt echter niet.

Om duidelijk te maken in welke behoefte eHealth voorziet voor zorgverleners gebruiken we praktijkvoorbeelden van ambassadeurs. Een model voor gedragsverandering geeft inzicht in waar eHealth mogelijk niet in een behoefte voorziet. Een voorbeeld is de grote kennisachterstand en scholingsbehoefte bij professionals.

De praktijk: wat wil de zorgprofessional wel?

Cardioloog Folkert Asselbergs van het UMC Utrecht liet door leveranciers een nieuw type telemonitoring voor hartpatiënten ontwikkelen. Oudere patiënten met hartfalen krijgen via het systeem ondersteuning bij het omgaan met hun klachten. Hiermee kunnen zij zoveel mogelijk thuis blijven in plaats van opgenomen te worden in het ziekenhuis. Waarom de cardioloog een nieuw systeem ontwikkelde? De huidige systemen bleken onvolwassen, te complex, niet flexibel en niet gekoppeld aan het elektronisch patiëntendossier.

Niet of onvoldoende gebruiksvriendelijk dus. Met de invoering van het nieuwe systeem wordt een deel van de zorg naar de thuiszorg en de patiënt zelf verplaatst. Dit zorgt voor een lagere productie in het ziekenhuis. Dat blijkt problematisch, collega's maken zich ongerust en denken dat hun loon in gevaar komt. Belangrijk is echter verder te denken dan het eigen financiële belang. De angst neutraliseren blijkt belangrijk. Asselbergs geeft aan te verwachten, ondanks een lager tarief per patiënt, meer patiënten te kunnen behandelen.

Duidelijk wordt hieruit dat zorgprofessionals een scherpe blik hebben op euro's. Bij telemonitoring is het belang van de patiënt het grootst. Dit vraagt dus een groot hart en doorzettingsvermogen om de kwaliteit van zorg door te zetten.

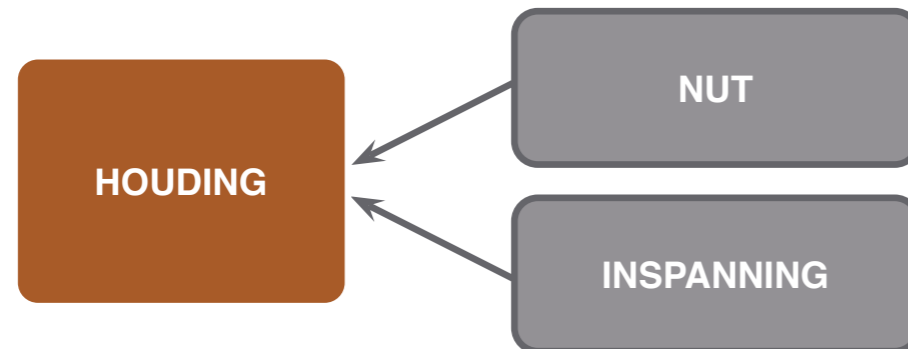
De HSK Groep, een landelijke GGZ-aanbieder, ontwikkelde een digitale omgeving voor protocollen: Curelink. Door het gebruik van deze digitale leidraad kan de behandeling beter gestructureerd worden aangeboden.

Een digitale omgeving is namelijk flexibeler dan een papieren protocol en overzichtelijker. Door de behandelaren nauw te betrekken bij de ontwikkeling, werd het een succes. Belangrijk was dat er bij implementatie geen keuze meer mogelijk was tussen een papieren en digitaal protocol. Ook dit initiatief uit de zorg sluit goed aan bij de behoefte van de behandelaar om het werk eenvoudiger te maken.

Een derde voorbeeld is de app hEyeway. De app maakt het eenvoudig om oogfoto's te maken, te archiveren en te delen met collega-artsen. De camera van de iPhone, is van goede kwaliteit en vervangt dure apparatuur. Het voordeel voor de arts is dat er een sneller een foto voorhanden is, omdat een bezoek aan een medisch fotograaf en allerlei papieren rompslomp wordt bespaard. De arts bepaalt zelf welk type foto gemaakt moet worden. Een app die het werken eenvoudiger maakt, uitgaven aan apparatuur bespaart en ook de kwaliteit van het werk nog eens verbetert, dat is waar een arts warm voor loopt.

Een laatste voorbeeld betreft het gebruik van tablets door artsen in het Deventer Ziekenhuis. Een papieren dossier is omslachtig; het is veel eenvoudiger om röntgenfoto's op een tablet aan patiënten te laten zien. Een tablet is ook lichter dan een papieren dossier. Een voorbeeld van direct gemak.

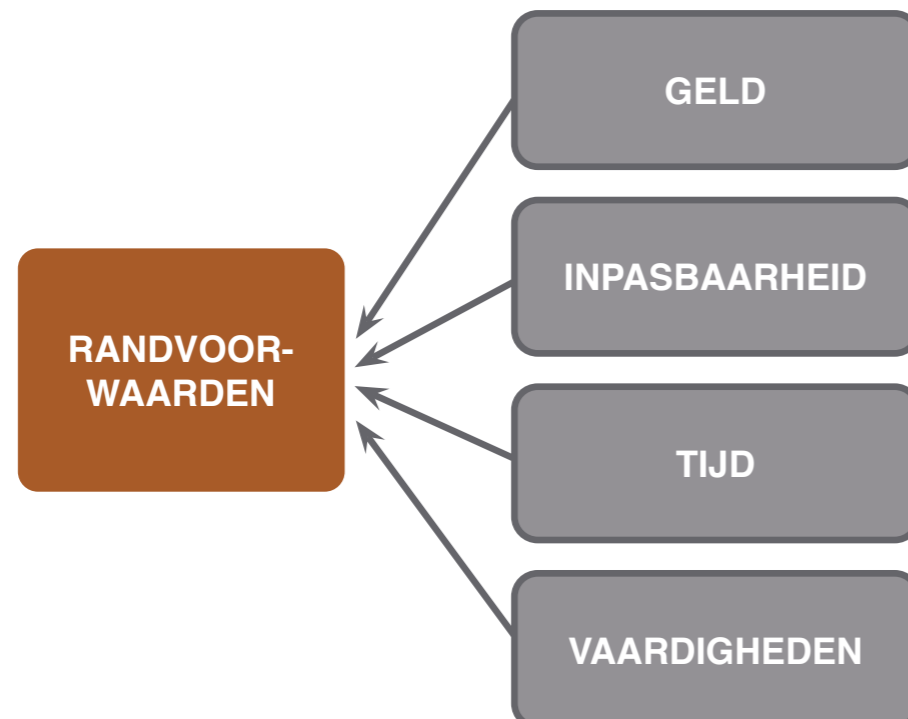




'Ik vind e-health onpersoonlijk'
'E-health is niet bewezen effectief'
'Implementeren kost veel energie, ik weet niet of dat het waard is'



'Niemand gebruikt het in onze praktijk'
'Onze branchevereniging heeft twijfel over de veiligheid van e-health'



'Ik kan de investeringen niet terugverdienen'
'E-health applicaties zijn niet geïntegreerd met onze eigen systemen'
'Ik heb het te druk, ik heb geen tijd om me hierin te verdiepen'
'Ik weet niet hoe een smartphone werkt'

De theorie: wat wil de zorgprofessional niet?

eHealth ontwikkeling en implementatie is complex en er zijn veel factoren die de intentie om met eHealth aan de slag te gaan, teniet kunnen doen. eHealth gaat over gedragsverandering en beren op die weg. Aan de hand van het UTAUT-model van Venkatesh zijn de belangrijkste 'beren op de weg' in de afbeelding samengevat. Een hulpmiddel bij implementatie om beter in te spelen op behoeften van zorgprofessionals en te anticiperen op mislukking en negatieve reacties. (Zie afbeelding volgende pagina)

Houding: nut en inspanning

Het wordt duidelijk uit de praktijkverhalen van de pioniers dat allen een heel duidelijk beeld hebben van het nut van een eHealth toepassing. Het is evident dat er een meerwaarde moet zijn om succesvol te kunnen implementeren. Toch wordt dit niet altijd voldoende inzichtelijk gemaakt. Hier is een rol weggelegd voor onderzoek en voor patiëntervaringen. Een business case maken is een mooie stap, maar een patiënt die uit eigen ervaring vertelt wat de voor- en nadelen zijn, voorziet vaak meer in een

behoefte. Systemen die niet gebruiksvriendelijk zijn, falen. Uiteindelijk gaat het om een afweging tussen het nut van een toepassing en de energie die het kost om ermee te leren werken. Niet alleen goedbedoelde passie dus als voorwaarde, maar eenvoudige toepassingen die direct nut opleveren voor patiënt en zorgverlener.

Sociale invloed

EHealth leveranciers met prachtige verhalen wekken argwaan, waar een directe collega met een nuttige app interesse wekt. De kracht van sociale invloed bij het invoeren van eHealth is vrijwel altijd de belangrijkste sleutel naar succes. Het creëren van een succesverhaal en ambassadeurs is een beproefde strategie. Een arts wil ook advies van zijn collega's, een second opinion. Er is te veel aanbod en voor wie beperkte kennis heeft is de vakbroeder of zuster een belangrijke referentie.

De branchevereniging kan ook belangrijk zijn in het creëren van het eHealth klimaat. De introductie van eHealth in de GGZ kon heel erg lang niet op de medewerking rekenen van

de beroepsverenigingen voor psychologen en psychotherapeuten. Er heerste angst voor een uitholling van het vak en voor lagere omzetten door minder face-to-face contacten.

Toen deze opvatting na enkele jaren kantelde, startte de beroepsgroep een eHealth pilot om hun leden te adviseren over de aanschaf van een eHealth pakket. Ook de opname van eHealth toepassingen in richtlijnen en standaarden kan de sociale norm van zorgprofessionals beïnvloeden.

Randvoorwaarden

Waar houding en de sociale invloed vaak lastig te beïnvloeden zijn, zijn meer concrete randvoorwaarden vaker op te lossen. Ze zijn in ieder geval aanwijsbaar en bij aanvang van een implementatie goed te signaleren. Hebben zorgprofessionals geen tijd voor het leren omgaan met de toepassing, gaan ze er in financiën op achteruit en zijn systemen omslachtig, dan kun je op voorhand inpakken. Tijd kun je natuurlijk maken, maar het moet wel duidelijk zijn hoeveel tijd

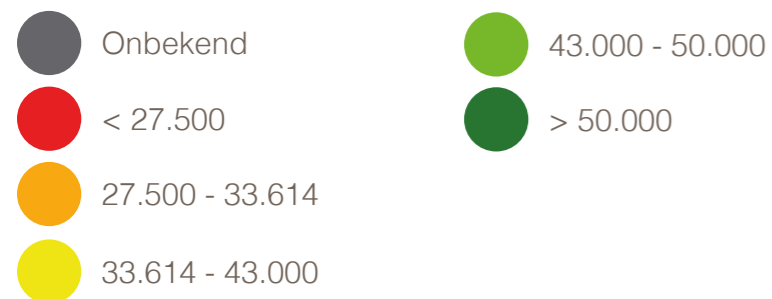
Zorg van boven

Het thema Zorg van Boven is verwerkt door het hele boek en laat een aanzicht zien van de demografie, zorgvraag en zorgcontext in Nederland.



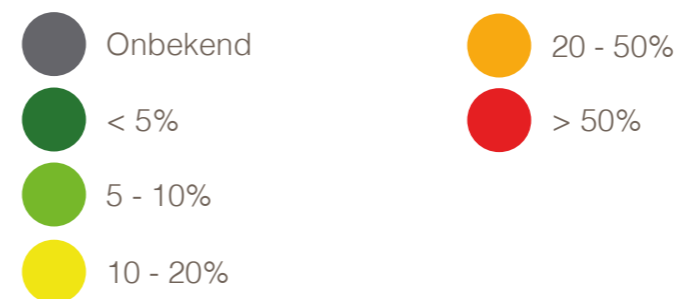
Inkomen Oog in AI - Lombok Utrecht

Inkomen Oog in al - Lombok Utrecht



Herkomst Oog in AI - Lombok Utrecht

% Niet westerse alloctonen: Oog in al - Lombok Utrecht



iets kost (de inspanning). Goede oog voor gebruiksvriendelijkheid, ook belangrijk volgens de succesverhalen. Een koppeling met een EPD of HIS maakt het leven eenvoudiger. Het kost minder tijd om te leren omgaan met de verandering.

eSkills

Een van de meest onderschatte behoeften van zorgprofessionals is scholing bij het aanleren van kennis en vaardigheden, e-skills. Waar we vaak redeneren in termen van 'niet willen', ligt er in de praktijk bijna altijd 'niet kunnen' aan ten grondslag. Veel artsen zijn niet voorbereid op een toekomst met ICT. In de opleiding tot arts is geen aandacht voor eHealth. De helft van de zorgprofessionals die betrokken zijn bij een eHealth project geeft aan onvoldoende kennis te hebben om hun rol goed te vervullen, zo blijkt uit een onderzoek van de KNMG en het AMC. 82% van de genoemde zorgprofessionals wil zijn of haar kennis uitbreiden. Een mooie kans voor e-learning in de zorg. Gezien de uitkomsten lijkt het de hoeksteen van eHealth succes.

Wat weten we nu?

De behoefte van zorgprofessionals wordt niet structureel en betekenisvol onderzocht als het gaat om de inzet van eHealth. Een van de redenen kan zijn dat het als begrip te groot is om te onderzoeken. Maar zelfs als we de container openen, valt er weinig te kwantificeren. Praktijkvoorbeelden zijn er te over en ook uit de psychologie is voldoende af te leiden. Dus het aannemelijk maken, kunnen we wel.

Zorgprofessionals gaan voor een betere kwaliteit van zorg met het liefst behoud van omzet. Een eenvoudiger zorgproces en betere dienstverlening aan patiënten. EHealth moet geen buitengewone inspanningen vragen in termen van tijd en scholing. De invloed van collega's op de intentie om ermee te starten is enorm.

Het zijn allemaal aspecten die logisch klinken. Maar zonder dat ik het kan onderbouwen, denk ik dat de pioniers vooral ook opstaan omdat zij het leuk vinden om afwisseling te zoeken in het werk, grenzen te verkennen en bij te leren. Zelfontplooiing staat niet voor niets boven in de Maslow-piramide. Wanneer eHealth zorgt voor minder omslachtige werkrouines of een lagere werkbelasting is dat mooi meegenomen, maar dat is altijd bijvangst.

DE BEHOEFTE EN ACCEPTATIE VAN DE ZORG-PROFESSIONAL EN ARTSEN

VanMorgen team

Het beroep van zorgverlener is in beweging. Door externe invloeden zoals maatschappelijke, economische en financiële aspecten en de demografische, culturele en technologische ontwikkelingen. De technologische ontwikkelingen hebben niet alleen invloed op de zorg, maar ook op alle andere ontwikkelingen en zijn daarmee een katalysator voor het geheel.

Zorg wordt steeds meer een vak waar technologie niet alleen op de ondersteunende processen is gericht, maar ook op het primaire zorgproces. De regie kan door de technologische ondersteuning meer bij de cliënt komen te liggen. Voor deze transitie is het van belang dat de hulpverlener naast de cliënt komt te staan vanuit een dienstverlenende houding.

Deze veranderingen hebben invloed op elk deel van het zorgproces: diagnose, planning, realisatie en evaluatie. De rollen, verantwoordelijkheden en de werkwijze

gaan veranderen door de mogelijkheden die de technologie biedt. De klant gaat meer meedenken, meebeslissen en meedoen. De professional zal moeten wennen aan het gegeven dat zijn inbreng niet de enige factor is die het resultaat is van de zorgverlening bepaalt. De inbreng van de klant zelf en zijn sociale omgeving zijn steeds meer van belang. Ook deze ontwikkeling wordt door technologie versneld en ondersteund.

Economische vraagstukken en demografische ontwikkelingen maken dat deze ontwikkelingen omarmd worden door beleidsmakers en politiek. De zorgverlener/professional zal daarin mee moeten bewegen. Bewegen in zijn competenties en vaardigheden om de klant te ondersteunen in die nieuwe rol en taak.

De zorgverlener zal in toenemende mate de cliënt begeleiden naar en stimuleren tot zelfredzaamheid. De uitvoerende zorgverlener gaat coachend optreden. Dit doet een beroep

op andere competenties van zorgverleners. Een aantal algemene kerncompetenties voor zorgverleners zijn essentieel in het anders leren kijken naar zorg en zelfredzaamheid, naar inzet van technologische middelen voor eHealth/zorg op afstand. Deze competenties zijn:

- Kennis over zorgverlening, zorggebruikers en zorgprofessionals;
- Kennis over en begrip van zorg op afstand/ eHealth in het algemeen;
- Interesse en intentie om toegevoegde waarde en nut van inzet technologische middelen te begrijpen;
- Omslag maken in denken: van zorgen voor de cliënt, naar zorgen dat de cliënt met de juiste (technologische) middelen ondersteund wordt, stimuleren en bevorderen van zelfredzaamheid en samenredzaamheid;
- Bewust observeren, signaleren van veranderingen in zorg, vraag om kunnen zetten in aanbod.

De kern en het doel van de zorgverlening verandert niet, de manier waarop wel. Als zorgverlener moet je je afvragen: welke technologie kan ik bij welke interventie inzetten, draagt deze manier bij aan verantwoorde zorg voor deze cliënt en is deze cliënt in staat om te leren omgaan met technologie? Zorg verlenen via het beeldscherm vraagt dat de zorgverlener extra alert moet zijn op wat hij ziet en hoort, want andere zintuigen gebruiken lukt niet via het beeldscherm.

Dankzij eHealth-technologie kunnen zorgprofessionals de omstandigheden van cliënten en patiënten monitoren - onafhankelijk van tijd en plaats - en contact met hen maken, bijvoorbeeld met behulp van beeldzorg. Op deze manier neemt hun fysieke aanwezigheid af, maar heeft het wel impact op het welzijn en kwaliteit van leven van de gebruikers. ICT toepassingen stellen zorgprofessionals in staat om in dezelfde tijd meer cliënten en patiënten te volgen en bij te staan in het dagelijks leven. Bovendien maakt eHealth-technologie het mogelijk om integratie en coördinatie tussen alle actoren in de zorg

(informele en formele zorg) te realiseren door een netwerk te organiseren.

Om de voordelen van de inzet van eHealth-technologie voor de zorg aan ouderen te realiseren, is integratie van technologie in het zorgproces nodig. Het gebruik van technologie moet geen op zichzelf staand doel zijn, maar:

- het betreft een procesinnovatie voor de zorgaanbieder en klant;
- een visie op de toepassing van technologie en hoe de technologie te integreren in werk- en zorgprocessen;
- zorgdragen voor de juiste condities door risicomanagement met betrekking tot de toepassingen van technologie in de zorgprocessen;
- een goed business model.

Deze factoren zijn ondersteunende condities voor de zorgdiensten met eHealth-technologie, zodat de gebruikers (cliënt en professional) op een verantwoorde en veilige wijze zorg kunnen leveren en ontvangen.

Een goed begin is het halve werk

Technologie in de zorg is nog niet vanzelfsprekend, zowel voor zorgprofessionals als voor mensen die zorg nodig hebben. Oorzaken voor weerstand kunnen zijn: angst voor het onbekende, gebrek aan kennis en vaardigheden, geen vertrouwen in de toegevoegde waarde van technologie in de zorg voor mensen, angst voor het verlies van werk of technologie past niet in het romantische beeld dat zorgprofessionals hebben over de zorg (technologie in de zorg is 'oppervlakkige zorg').

Naast de houding van zorgprofessionals is ook de rol van zorgvragers zelf essentieel: succesvolle implementatie is afhankelijk of zij willen en in staat zijn om te gaan met nieuwe technologie (Peeters et al., 2013). Dit zijn uitdagingen waar rekening mee gehouden moet worden bij de implementatie van diensten met eHealth-technologie in de gezondheidszorg.

In organisaties waar eHealth wordt geïntroduceerd, blijkt het soms lastig om de toepassing daadwerkelijk te laten gebruiken. Als voor zorgprofessionals niet duidelijk is hoe

de nieuwe dienst aansluit op de situatie en behoeften, zien zij de zin en waarde van zo'n nieuwe dienst vaak niet in. Door zorgverleners vanaf het begin bij de ontwikkeling van de nieuwe dienst te betrekken, vanuit hun eigen perspectief, wordt hun kennis en ervaring gebruikt en worden zij enthousiaster voor de innovatie. Voor adoptie, acceptatie en het vergroten van de sociale invloed door zorgprofessionals zijn twee zaken erg belangrijk:

- Bij mensen die zorg verlenen is een gevoel van urgentie voor de noodzaak en kansen van dienstverlening met eHealth-technologie noodzakelijk om een verandering in de manier van zorgverlening op gang te brengen.
- Het samenstellen van een leidende coalitie die de kar van implementatie trekt, is tevens een belangrijke voorwaarde. Door in die leidende coalitie onder andere managers, zorgverleners (en wellicht ook zorgbehoevenden) op te nemen, wordt de sociale invloed vergroot.

In de praktijk komen wij nog vaak tegen dat bij eHealth-projecten de technologie centraal staat. De technologie is al gekozen, soms al

besteld, zonder dat stakeholders inzichtelijk hebben waarom technologie een bijdrage kan leveren en wat met de inzet van de technologie wordt beoogd. Het gevolg van een dergelijke aanpak is dat innovaties niet beklijven en niet tot opschaling komen. Is er een andere aanpak? Ja, door een eHealth project te starten met inzichtelijk te maken welk probleem moet worden opgelost. Het belangrijkste is de kern van het probleem te vinden waar eHealth een oplossing voor kan bieden. Door het probleem te benoemen vanuit het perspectief van de gebruiker en inzicht in het gedrag en behoeften van gebruikers te krijgen, worden de beste aanknopingspunten voor oplossingen geboden. Zo kunnen de toegevoegde waarden voor zowel zorgvragers als zorgverleners worden gecreëerd.

Acceptatie en gebruik van technologie in de zorg: een veranderproces

De verandering die de implementatie van eHealth-diensten met zich meebrengt vraagt om kennis en competenties op het gebied van verandermanagement. Uit de veranderkunde

is bekend dat emoties de belangrijkste rol spelen en dat deze het gedrag beïnvloeden. Pas als mensen de noodzaak om te veranderen onderkennen en begrijpen, vindt er verandering in gedrag plaats. Het leren onderkennen en begrijpen zien veel mensen als een rationeel proces: begrijpen doe je met je verstand en niet met je gevoel. Kotter stelt echter dat begrijpen start bij en door emotie. Indien emoties niet erkend of herkend worden, stagneert het veranderproces (Kotter et al., 2002).

Er bestaan modellen en theorieën die specifiek betrekking hebben op de acceptatie en het gebruik van ICT. Venkatesh (2003) heeft acht prominente modellen over acceptatie van technologie geanalyseerd en deze verenigd tot het UTAUT-model (zie tabel 1 hieronder). Dit model benoemt vier pijlers die gebruikersacceptatie en gebruiksgedrag bepalen: prestatieverwachting, moeiteverwachting, sociale invloed en faciliterende omstandigheden. Verder zijn vier variabelen benoemd zoals ervaring, vrijwillig of gedwongen gebruik, leeftijd en geslacht.

Tabel 1 The Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (Venkatesh et al., 2003)

Door de variabelen te kennen die van invloed zijn op de acceptatie en adoptie van de technologie, kan gericht hierop worden gestuurd.

Construct:	Variabelen:
Prestatieverwachting	
De mate waarin een individu gelooft dat het gebruik van technologie werkprestaties verbetert	<ul style="list-style-type: none"> • Gepercipieerde bruikbaarheid • Extrinsieke motivatie • Taak-fit • Relatief voordeel • Verwachtingen over de uitkomst
Moeiteverwachting	
De mate van moeite die met het gebruik van technologie wordt geassocieerd	<ul style="list-style-type: none"> • Gepercipieerd gebruiksgemak • Complexiteit
Sociale invloed	
De mate waarin een individu denkt dat belangrijke mensen vinden dat hij/zij de technologie zou moeten gebruiken	<ul style="list-style-type: none"> • Subjectieve norm • Sociale factoren • Imago (organisatie)
Faciliterende omstandigheden	
De mate waarin een individu denkt dat de organisatorische en technische infrastructuur het gebruik van de technologie ondersteunen	<ul style="list-style-type: none"> • Gepercipieerde controle op gedrag • Faciliterende omstandigheden • Compatibiliteit

Tabel 1 The Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (Venkatesh et al., 2003)

DE ROL EN VISIE VAN DE JONGE MEDISCH SPECIALIST

Sietske Rozie

Nederland heeft ongeveer 3000 medisch specialisten in opleiding, er zijn ruim 1500 huisartsen in opleiding, en daarnaast zijn er diverse vervolgoopleidingen zoals sociale geneeskunde, artsen verstandelijk gehandicapten, etc. Deze nieuwe generatie artsen krijgt steeds vaker te maken met patiënten die gebruik gaan maken van zelfmetingen, stappentellers en hun eigen gezondheidsdata bijhouden met behulp van diverse apps.

Waarschijnlijk noemen eHealth-pioniers daarom “eHealth de stethoscoop van de toekomst, wie deze ontwikkeling wil negeren zal waarschijnlijk op zoek moeten naar een carrière buiten de zorg”. Toch doen slechts enkele tientallen jonge artsen er echt iets mee.

Willen we eHealth inzetten om de zorg in de nabije toekomst toegankelijk, betaalbaar en van goede kwaliteit te houden, zijn juist de jonge artsen in hun vervolgopleiding mede-stakeholders en er mede verantwoordelijk

voor. Welke rol kunnen de jonge artsen spelen bij de integratie van eHealth in het huidige zorglandschap en waar is extra ondersteuning nodig?

De arts-assistent en de opleider

Jonge professionals motiveren, stimulerend begeleiden en de ruimte geven voor talentontwikkeling, dat zijn bekende ideeën uit de wereld van multinationals met talentdevelopment. Het is belangrijk hetzelfde te doen voor de jonge zorgprofessional. Van een arts-assistent “de cardioloog” of “de chirurg” maken is namelijk niet de oplossing voor de problemen waar de gezondheidszorg nu voor staat.

Competentiegericht opleiden in plaats van een opleidingsprofiel dat is georiënteerd op medisch-technisch handelen is daarvoor noodzakelijk.

De opleider moet hiervoor een cultuur van veiligheid creëren, want als de artsen in opleiding bezig moeten zijn met dreigingen binnen de afdeling, kunnen zij zich niet focussen op patiëntenzorg en hun opleiding.

Het huidige onderwijs is veelal ingericht op uit het hoofd leren in plaats van ontdekken. De kennis, die je niet zelf uit je hoofd kunt leren, uit het hoofd van je supervisor halen, dat is waar het om gaat. Dat wil zeggen dat de supervisor zijn ervaring moet delen met de arts-assistenten. Leren is het produceren van nieuwe kennis. Dat kan worden gedaan door het stellen van vragen, in tegenstelling tot het beantwoorden van vragen, want dan moet je de kennis die je uit je hoofd hebt geleerd opdiepen. Vragen stellen is immers leerzamer dan vragen beantwoorden.

De arts-assistent en de opleiding

Investeren in een arts-assistent, die maar tijdelijk ergens werkt, blijkt lastig. Het geld uit het opleidingsfonds, bedoeld om het opleiden te faciliteren, gaat rechtstreeks naar de opleidingsziekenhuizen (al dan niet een academisch ziekenhuis) en wordt vervolgens slechts gedeeltelijk gebruikt om de kwaliteit en inhoud van de opleidingen te monitoren en, waar nodig, te verbeteren.

Zoals in het boek van Porter, “Redefining Healthcare” wordt gezegd: Jonge artsen leren te functioneren in ad hoc situaties binnen een ad hoc groep van stafleden in series van niet met elkaar gerelateerde casus. Zij leren niet om zorg te leveren in stabiele teams die, in een vaste samenstelling, langdurig samenwerken om patiëntenzorg te verbeteren door systematische procesverbetering.

De zorg is enorm in beweging, zelfs de definitie van gezondheid zal veranderen. De artsen die de toekomst gaan meemaken zijn degene die nu in opleiding zijn of daar net uit komen. Daar moet dus de focus liggen als het gaat om innovatie zoals eHealth.

Jonge artsen willen leren innoveren!

Collectieve intelligentie, dat is waar het om gaat. Neem daarin ook de ervaring van de patiënt mee, want de patiënt is in de zorg de enige constante. Door meer samen te doen en de behoefte en ervaringen van de patient mee te nemen kan de zorg op rantsoen, er moet steeds meer voor minder. Dat zien arts-assistenten ook.

Zij werken tijdens hun co-schappen in meerdere (soms wel 10!) verschillende ziekenhuizen en, werken daarna tijdens hun opleiding in diverse klinieken. Door de actueelste inzichten kunnen zij van toegevoegde waarde zijn en afdelingen voorzien met gratis advies door “best practices” uit al deze ziekenhuizen te gebruiken.

Er zijn momenteel instellingen die innovatie onderwijzen door geneeskunde studenten en arts-assistenten in fictieve innovatietrajecten te laten deelnemen. Een arts-assistent zou, na een korte intensieve training door innovatiecoaches, wellicht heel goed in staat kunnen zijn om binnen het ziekenhuis een echt (proces)innovatietraject te leiden. Daarmee wordt de arts-assistent de innovatieregisseur van een interdisciplinair team van het ziekenhuis met daarin onder andere verpleegkundigen, paramedici, technici, etc.

Een en ander zou methodisch kunnen worden opgepakt: gedurende 6 maanden, 10 bijeenkomsten, om de 2 weken, 4 fasen:

- Wat ga je creëren?;
- Het creëren zelf;

- Vastleggen van kennis, bijvoorbeeld middels software, daarbij ook vaststellen welke kennis nog nodig is voor het traject van de innovatie;
- Implementeren van de innovatie.

Door een dergelijk innovatietraject in het ziekenhuis zelf uit te voeren wordt de innovatie ook meteen geadopteerd in en door de omgeving waar het voor bedoeld is. Zo creëer je een lerende organisatie. Zo leren de deelnemers aan het innovatietraject zelf hoe je kunt (en moet) innoveren. Ook leren ze hoe ze zich aanpassen aan de veranderende omgeving en hoe ze de innovatiekracht van hun ziekenhuis kunnen vergroten. Daarnaast kunnen Aios een rol spelen in de wetenschappelijke fundering van eHealth.

Van welke eHealth toepassingen wordt arts-assistent blij?

De meest gebruikte eHealth vorm door arts-assistenten zijn apps. Via tablets of smartphones wordt aanvullende informatie opgezocht.

Een handige overzichtssite voor deze naslagfunctie is www.webicina.com.

Hierop kun je een overzicht vinden welke sources op internet er zijn voor jouw specialisme.

Enkele praktische toepassingen van eHealth waar ook de arts-assistent blij van zou (moeten of kunnen) worden:

- Patiënt geeft met een druk op de app aan dat hij in de file staat en iets later op de afspraak komt;
- De patiënt kan met behulp van de hospitality app de weg zelf vinden in het pand;
- En: de arts-assistent kan zelf ook makkelijk de weg vinden in het ziekenhuis;
- Zorg bij chronische ziekten: de patiënt heeft op een app zijn suikerwaarden bijgehouden, dit geüpload naar zijn profielpaginaetc. jij past de medicatie aan of vraagt hem naar het spreekuur te komen via de app. Geen volle wachtkamers met terecht geïrriteerde patiënten meer omdat het spreekuur uitloopt;
- Er zijn games waarin je leert hoe je in acute situaties moet handelen (bijvoorbeeld abcdeSIM), deze vorm van leren dit zal de schriftelijke toetsing vervangen;
- Meer structuur en betere planning: patiënt staat

gepland voor een MRI en vult vooraf online de vragenlijst in mbt contra-indicaties, als het nodig is krijgt radiodiagnostisch laborant automatisch een waarschuwing in het scherm van de tablet;

- Online patiënten folders waarna de patiënt Informed Consent kan geven of een afspraak maakt om verdere vragen te laten beantwoorden;
- Bestellingen, voorraadmanagement middels een app. Het zal dan nooit meer gebeuren dat er van een bepaalde soort stent maar 1 op de plank ligt. Ook het contact met de leveranciers wordt zo verbeterd;
- Zelf (via portal) afspraak maken en verplaatsen, maar dan wel zoals bij web shops: eerst bestellen, winkelwagentje en daarna pas inloggen! Anders wordt de drempel weer te hoog;
- De patiënt heeft een personal health record waarin hij zijn eigen medische gegevens bijhoudt;
- Door het verzamelen van data en de analyse hiervan, kan de personeelsplanning door het jaar heen worden aangepast, ben je nooit meer

met teveel of te weinig mensen op de werkvloer en kun je zien wanneer je een externe differentiatiestage het best kunt inplannen;

- Via een internationaal online platform kunnen arts-assistenten contact houden met elkaar over opleiding, casuïstiek, innovatie, onderwijs, eHealth, wetenschap, stages, werkgelegenheid, etc.



Andere inzichten met betrekking tot gebruik

Anouk Middelkamp liet in haar onderzoek in 2012 zien dat 60% van de medisch specialisten en huisartsen vindt dat eHealth de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn verbetert. Zij liet echter ook zien dat 60% van de medisch specialisten en huisartsen eHealth ziet als bedreiging voor grens tussen werk en privé.

Er wordt ook onderzoek gedaan naar het gebruik van de social media en eHealth door arts-assistenten, op Pubmed verschijnen dan ook steeds meer artikelen over dit onderwerp. Uit onderzoek naar de arbeidsuitval (ziektemelding) van arts-assistenten in een groot regionaal ziekenhuis in Nederland, bleek dat arts-assistenten veel tijd kwijt zijn met “gebeld worden voor niet dringende zaken”. Dit is met name zo, bleek uit het onderzoek, omdat “de aios toch/wel altijd bereikbaar is”. Arts-assistenten zijn dus stakeholders in de zorg. Zij bleken echter erg gefrustreerd over het feit dat ze geen invloed hebben op hun werkindeling, die zij regelmatig inefficiënt vinden en worden daar letterlijk moe van. Hierdoor ontstaat ziekteverzuim. Efficiëntie verhogen is een andere

belangrijke driver voor eHealth omdat het kan worden ingezet bij procesinnovatie.

Behoeftte aan een virtuele leeromgeving

Game therapy en lifestyle games, zowel voor psychische als fysieke aandoeningen, worden al ingezet en dat zal zich alleen maar verder uitbreiden. Binnenkort hebben we zelf ook allemaal virtual reality games op onze tablets en smartphones. Ook kunnen deze games preventief werken om gezonde gewoonten te stimuleren. Kan virtual reality, zoals bijvoorbeeld serious gaming, worden toegepast om jonge artsen te leren werken in een systematisch erkend team, dat gericht is op procesverbetering? Dat zou heel erg mooi zijn. Naast het inzetten van serious gaming om medisch-technische kennis te bevorderen en te meten, kan dit ook worden ingezet om de kennis over het zorgstelsel bij arts-assistenten te vergroten.

Toekomstvisie van de medisch specialist in opleiding:

Lizanne Berkenbosch, medisch specialist in opleiding, schreef een proefschrift over management- en leiderschapsonderwijs voor arts-assistenten. Daarin concludeerde zij dat artsen zodanig moeten worden opgeleid dat zij het voortouw kunnen nemen in kostenbesparende en kwaliteit bevorderende innovaties in de zorg.

De beroepsorganisatie voor medisch specialisten in opleiding (De Jonge Specialist) heeft in 2013 het visiedocument Coach, Cure, Care 2025 aangeboden aan VWS. Dit document is (inter)nationaal goed ontvangen.

Daarin wordt onder andere zelfmanagement van de patiënt genoemd. Hierin past de modernisering en digitalisering van de zorg. Op dit moment wordt er door patiënten nog weinig (2013: 2-6%) gebruik gemaakt van eHealth voor zelfmanagement. Door middel van digitale communicatie, zelfdiagnostiek, monitoring en behandeling in combinatie met het fysieke contact met de zorgverlener zal de zelfredzaamheid bevorderd kunnen worden. Een voorbeeld in dit visiedocument stelt: “Op de

operatiekamers worden steriele touchscreens met ingebouwde camera's gebruikt, waarmee het mogelijk is om in te bellen voor bijvoorbeeld een live advies van een collega-expert op afstand."

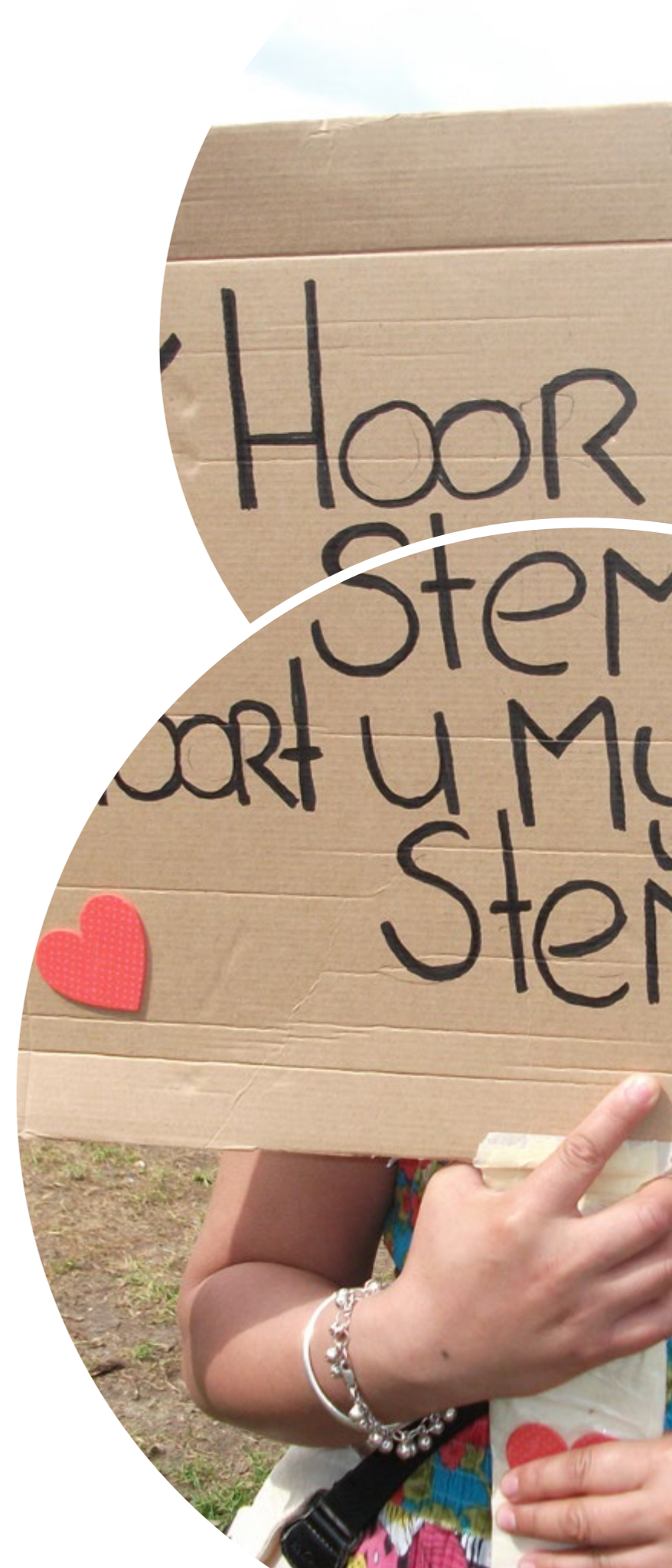
De werkgroep "Toekomst & Innovatie" van de Jonge Specialist houdt zich bezig met de actuele ontwikkelingen en vernieuwingen in het zorglandschap waar de specialist in opleiding mee te maken krijgt. Er komen in de toekomst wellicht uitstroomprofielen bij de studie geneeskunde, de medisch vervolgoopleidingen worden korter, de opleiding is meer gericht op de vraag in de markt. Clinical leadership is verweven in de opleiding en iedereen kan zijn of haar talenten (veelal "haar") ontwikkelen.

Uit een onderzoek van het John Hopkins Medical school uit 2013 blijkt dat artsen in opleiding 12% van hun tijd besteden aan communicatie met hun patiënten en 40% van de tijd gaat naar het communiceren met medische informatiesystemen. Dan kunnen we misschien beter de patiënt vragen ons te helpen met die

40% te verlagen door zelfmetingen online aan te leveren zodat we de 12%, al dan niet via een digitale verbinding met de patiënt, kunnen besteden aan communicatie met de patiënt.

Literatuurlijst

- Coach Cure care 2025, visiedocument werkgroep vanuit De Jonge Specialist.
- Ehealth onderzoek uit 2012 van Mednet.
- proefschrift Lizanne Berkenbosch: "Management and leadership education for medical residents"
- "Redefining Healthcare" Michael E. Porter
- Blog over John Hopkins onderzoek tijdsbesteding arts-assistenten: http://www.hopkinsmedicine.org/news/media/releases/doctors_in_training_spend_very_little_time_at_patient_bedside_study_finds



DE ROL EN VISIE VAN DE TECHNISCH GENEESKUNDIGE

Martijn van Mourik

Technologie speelt een belangrijke rol in de samenleving, en wordt steeds intuïtiever en onzichtbaarder. In de hedendaagse maatschappij is het gebruik van elektronica en slimme toepassingen van technologie niet meer weg te denken. De huidige medische praktijk kan niet meer zonder eHealth toepassingen binnen alle lagen van de gezondheidszorg.

Van elektronisch patiëntendossier, het versturen van hartfilmpjes vanuit de ambulance naar de eerste hulp tot automatisering binnen de diagnostiek. eHealth an sich is eigenlijk niets nieuws, maar de bewustwording ervan is het wel. Discipline overstijgende samenwerking is noodzakelijk om de voordelen hiervan optimaal te benutten.

Sinds 2009 hebben technisch geneeskundigen hun intrede gedaan in de Nederlandse gezondheidszorg. Technologie in de zorg

brengt (complexe) problematiek met zich mee. Technisch geneeskundigen zijn opgeleid om zowel medisch als technisch te denken en kunnen zo een brugfunctie vormen tussen verschillende disciplines.

eHealth herdefiniëren

De definitie van eHealth zoals nu gesteld is erg breed en varieert van puur medische applicaties voor professionals tot applicaties voor consumenten om gezondheid te bevorderen (sportapps) of te monitoren (persoonlijk digitaal dossier). Daarnaast is er een gevarieerde mix van eHealth toepassingen; van apps tot geavanceerdere hardware. Vanuit de context van de technisch geneeskundige is een groot gedeelte wat nu als eHealth beschreven wordt (en gecategoriseerd volgens de Nictiz) niet de categorie waar zij zich op focussen; e-zorgondersteuning is toepasbaar in vele bedrijfstakken en heeft nu het plakaat eHealth omdat het in de zorg wordt toegepast. Interessanter is de e-zorg tak waarbij eHealth

een rol speelt bij de diagnose, behandeling en zorg. Technologie doet steeds meer zijn intrede in het van oudsher traditionele vakgebied van de geneeskunde. Hiervan profiteren de patiënt en hulpverlener. Zo zijn er hele nieuwe therapieën en methoden om te diagnosticeren ontstaan en zijn medische beeldvorming, minimaal invasieve chirurgie en het elektronisch patiëntendossier niet meer weg te denken uit de Nederlandse gezondheidszorg.

Op verschillende lagen binnen de gezondheidszorg wordt reeds gebruik gemaakt van eHealth. Zo zijn er toepassingen die vooral voor en door de zorgverlener gebruikt worden. Ook zijn er toepassingen tussen de zorgverlener en patiënt. Daarnaast is nog een groep toepassingen te onderscheiden die volledig door de patiënt zelf beheerd worden. In toenemende mate wordt ook het gebruik van eHealth gebruikt in de pre-patiënt fase; de preventie en het gezond blijven.

Nieuwe professionals

De technisch geneeskundige (ook bekend als klinisch technoloog) is opgeleid met de laatste technologie en daardoor goed in staat om bestaande problemen in de gezondheidszorg adequaat met een focus op technologische vernieuwing op te lossen. Zij leveren hiermee een belangrijke bijdrage aan zorgvernieuwing om de zorg continu op een verantwoorde wijze te innoveren.

Daarnaast zijn er de afgelopen jaren ook andere nieuwe beroepen op het grensvlak van de geneeskunde en de technologie geïntroduceerd; zoals de biomedisch technoloog en de medisch informaticus. Door hun verbindende functie en kennis van de praktijk zijn zij in staat om kansen te zien. Technisch geneeskundigen zijn werkzaam in zowel ziekenhuizen als het bedrijfsleven, waarbij ze in beide industrieën hun meerwaarde bewijzen. Zij denken mee over de technologie (de werkzaamheid), de toepassing en de meerwaarde voor de kliniek.

Zelfmanagement

De patiënt wordt in steeds grotere mate zelf betrokken bij de diagnose, behandeling of preventie. eHealth kan hier aan bijdragen door het voor patiënten mogelijk te maken zelf zijn of haar ziekte te managen. Zo is er bijvoorbeeld zelfmeetapparatuur om de bloedstolling te bepalen voor mensen die bloedverdunners gebruiken. Door de zelf gemeten waarden terug te koppelen aan de trombosedienst kunnen patiënten zo vaak prikken als nodig, op de tijd dat het hun uitkomt en een goed advies ontvangen van de trombosedienst.

Efficiëntie

De zorgkosten stijgen onder andere door vergrijzing en een toenemende behoefte aan zorg. Door gebruik te maken van eHealth en slimme ICT kunnen er grote efficiëntie stappen gemaakt worden. Dit kan bijvoorbeeld door het delen van informatie, het automatiseren van routinematige handelingen, het sneller en nauwkeuriger maken van diagnostiek, het minder ingrijpend maken van behandelingen (zoals minimaal invasieve chirurgie) en thuismonitoring.

Op deze manier houden we zorgkosten in bedwang en blijft de zorg toegankelijk. Ook kunnen we door slim gebruik te maken van technologie de kwaliteit van de zorg continu blijven verbeteren.

Slagen van innovatie; praktijkkennis essentieel

Er zijn veel verschillende factoren bepalend voor het succes van een eHealth innovatie. Vanuit technisch geneeskundig oogpunt is het belangrijk dat de innovatie daadwerkelijk aansluit op de problemen of hiaten in de praktijk en dat er gedacht wordt vanuit een klinisch probleem. Er zijn de afgelopen jaren tal van innovaties bedacht die het uiteindelijk niet halen in de zorg, omdat er pas in een laat stadium gedacht wordt aan zaken in de praktijk. De introductie van een innovatie in de zorg vereist meer aandacht dan een gemiddeld product. Daarnaast speelt acceptatie een grote rol; de eindgebruiker zal vroeg in het proces betrokken moeten worden.

De nabije toekomst; enkele voorbeelden

Serious gaming is tegenwoordig een vast onderdeel van trainingen in diverse medische disciplines zoals de acute geneeskunde, intensive care, chirurgie en cardiologie. Behandelaars zullen in toenemende mate gebruik maken van eHealth en dit “voorschrijven” aan hun patiënten. Virtual reality kan een rol spelen als ondersteuning bij de behandeling van aandoeningen, zoals anorexia. Het monitoren van drukbelasting op het been kan de revalidatie van heupoperaties of beenbreuken bevorderen. Het gebruik maken van apps om medicatie trouwheid te bevorderen wordt normaal.

Regulering en veiligheid

Er liggen grote uitdagingen op het gebied van regulering en verantwoordelijkheden. Het veilig en effectief toepassen van eHealth is essentieel voor het slagen van de innovatie.

Wanneer men gebruik maakt van eHealth moet men goed kunnen inschatten wat de meerwaarde is, wat de risico's zijn en wanneer een bepaalde toepassing juist is. Hiervoor moet eHealth net als medische apparatuur of medicatie een

keurmerk krijgen en validatiestappen ondergaan. Daarnaast moet de werkzaamheid aangetoond worden met gedegen wetenschappelijk onderzoek. De verantwoordelijkheden en de risico's van een onjuiste interpretatie verschillen per toepassing; voor het zelfstandig monitoren van de hardloopprestaties van de consument is een keurmerk niet nodig. Anders is dit wanneer deze informatie gebruikt gaat worden voor het behandelplan van een revalidatie-arts. Een volgende stap is dat door middel van technologie ook direct een advies aan de behandelaar gegeven kan worden.

Interpretatie van data en weten wat de mogelijkheden én belemmeringen zijn van technologie spelen een steeds grotere rol. De technisch geneeskundige kan hierin van grote toegevoegde waarde zijn door zijn unieke combinatie van vaardigheden.



PATIËNT CENTRAAL 2.0 IN DE PRAKTIJK

Team Sensire

Zorgorganisatie Sensire past eHealth toe als integraal onderdeel van haar zorgproces waarbij ‘de patiënt centraal’ al lang geen theoretisch concept meer is. Een van de voorbeelden waarbij met de inzet van ehealth de behoeften van de patiënt centraal staan en de regie bij de zorgvrager zelf ligt, is ‘thuismonitoren’. Ziekenhuizen bieden aan mensen met een chronische ziekte, in samenwerking met het Medisch Service Center (MSC) van Sensire, deze mogelijkheid aan. Een mogelijkheid die niet alleen de kwaliteit van leven van de patiënt verbetert, maar ook daadwerkelijk bijdraagt aan een afname van de zorgconsumptie van chronische patiënten.

Voordelen

Bij het thuismonitoren doen mensen thuis zelf de metingen die automatisch worden doorgestuurd naar het MSC. Als de metingen buiten een door de specialist vastgestelde bandbreedte komt, maken mensen van het MSC van Sensire beeldcontact via een iPad met de patiënt en

schakelen indien nodig het ziekenhuis dezelfde dag nog in. Mensen met een chronische ziekte zoals hartfalen of COPD zijn veel tijd en energie kwijt met ziekenhuisbezoeken voor het doen van relatief eenvoudige metingen. Te veel tijd en energie voor handelingen die net zo goed thuis uitgevoerd kunnen worden door de patiënt zelf. Dit is prettiger voor de patiënt die zo meer energie over houdt voor leuke dingen en die bovendien zelf meer inzicht krijgt in het verloop van zijn gezondheid en zo de regie over zijn leven meer in eigen hand kan houden. Bovendien weet de patiënt zich in de gaten gehouden en dat geeft een veilig gevoel en rust, ook voor de mantelzorger.

Voor de specialist in het ziekenhuis, Poliverpleegkundige of de huisarts, betekent het dat zij hun patiënten in de thuissituatie op de voet kunnen volgen. Veranderingen in de gezondheidssituatie worden direct zichtbaar en er kan meteen worden ingegrepen en bijgestuurd. Dit voorkomt (her)opnames, exacerbaties en maakt vroegontslag mogelijk.

Hoogwaardige zorg aan huis. Geheel in lijn met het huidige beleid waarin ziekenhuizen de opdracht hebben steeds meer taken vanuit de tweede lijn terug te leggen in de eerste lijn. Of beter nog: naar de patiënt zelf.

De behandelaar ontlast

Een patiënt een aantal keer in de week of zelf dagelijks monitoren, levert veel data op. Data die moet worden bekeken en beoordeeld. Is er dan altijd reden tot een medisch oordeel of ingrijpen? Nee, uit onze ervaring blijkt dat in 80% van de gevallen dat een patiënt buiten de bandbreedte valt, geen interventie van een specialist, poliverpleegkundige of huisarts nodig is. De behandelaar in de tweede en eerste lijn wordt alleen dan ingeschakeld als zijn of haar expertise ook echt nodig is. Zeker bij grotere aantallen patiënten (>30) voor monitoring is dat een aanzienlijke ontlasting. Zonder dat de behandelaar zelf goed het verloop van de gezondheidssituatie van de patiënt uit het oog verliest. Door deze werkwijze, optimaliseren we pas echt een afname van de zorgconsumptie.

Patiënt in actie

Het idee achter thuis monitoren is om de patiënt meer eigen regie te laten nemen. Het is zijn gezondheid en dus zijn (mede) verantwoordelijkheid om zo te leven dat ondanks hartfalen, de kwaliteit van zijn leven goed is. Meer eigen regie betekent dat de patiënt zelf ook zijn scoreverloop van de meetwaarden inkijkt. Daar sturen de mensen van het MSC van Sensire op en zij nemen met de patiënt door wat de mogelijke oorzaken kunnen zijn van schommelingen. Zodat de patiënt inzicht krijgt. Tevens stimuleren zij de patiënt om zijn levensstijl aan te passen, door oorzaak en gevolg te benoemen, tips aan te dragen en hem de weg te wijzen naar meer informatie. Bij vragen of onzekerheid mag de patiënt altijd zelf beeldcontact met het MSC maken.

Patiënt aan het woord: Harry en Joke Hamer

Harry heeft hartfalen en sinds drie maanden een ICD en wordt thuis gemonitord via een iPad, wifi-weegschaal waar hij dagelijks opstaat en een wifi-bloeddrukmeter waarmee hij wekelijks zijn bloeddrukgegevens doorstuurt. Op de vraag naar wat het thuismonitoren voor hem betekent zegt hij: “Rust!” Meteen komt zijn vrouw ook in beeld, heftig beamend knikkend.

Joke: “Voor mij misschien nog wel meer dan voor hem. Ik weet dat hij in de gaten wordt gehouden en daar kan ik op vertrouwen.”

Harry:” Je wordt er zo onzeker van, dan voel je wat en denk je: zou ik naar de huisarts moeten? En dan bel ik nu gewoon even met het MSC en zij weten mij altijd gerust te stellen, ze stellen me vragen en leggen veel uit. Kijk, mijn cardioloog is geweldig, maar ik zie hem nooit langer dan 5 minuten en ook niet vaak. De gesprekken met de dames van het MSC van Sensire zijn veel persoonlijker, dat komt ook door dat beeldbellen, dat vind ik zo leuk.”

Joke: “Nou, in zijn geval is het meer dan leuk, want soms klinkt hij heel opgewekt, maar is hij het niet. Door dat beeldbellen kun je dan zien hoe het echt gaat.” Harry: “Ik begrijp nu beter wat ik zelf kan doen om gezond te blijven. Ik let nu meer op mijn levensstijl alleen al door het idee dat zij het kunnen zien als ik ben aangekomen, ha, ha, maar ik ben nog steeds geen heilige hoor!”





GEBRUIK IN HET VELD

EHEALTH IN ZIEKENHUIZEN

Annemarie Hensen

Dat innovatie bij veel ziekenhuizen laag op de strategische agenda staat is misschien wel de grootste uitdaging. Continu verbeteren en vernieuwen zit niet in het DNA en het systeem verandert traag. Alle ziekenhuizen worstelen met vergelijkbare problemen rondom eHealth. Hoe zorgen we ervoor dat medici en andere zorgverleners, in samenwerking met de eerste lijn, eHealth gaan integreren in hun behandelingen?

Vernieuwende ideeën blijven veelal beperkt tot experimenten en projecten. Veel bestaande werkprocessen en organisatiestructuren blijven onaangetast, waardoor het potentieel van nieuwe sociale en technologische innovaties niet wordt gerealiseerd. Visie ontbreekt veelal. Zal de zorg eenzelfde tsunami als de reiswereld doormaken waarbij nieuwe spelers met ontwrichtende technologieën en serviceconcepten een nieuwe zorgwereld gaan vormgeven? Wordt de behoefte van patiënten meer leidend? Zijn ziekenhuizen slechts onder druk van de verzekeraar in staat te vernieuwen? Welke ziekenhuizen zijn strategisch wendbaar en daarmee voldoende uitgerust om

te anticiperen op de steeds sneller veranderende omstandigheden?

Nederland blijft achter in de stijging van de levensverwachting en er zijn grote verschillen in de kwaliteit van de geleverde zorg.

Ziekenhuizen verlenen verhoudingsgewijs veel zorg aan chronisch zieken (bijna 4,5 miljoen Nederlanders lijden aan één of meer chronische aandoeningen). Juist deze zorg kan aanzienlijk beter en doelmatiger met effectieve inzet van eHealth. Sturing op gezondheidsdoelen op microniveau (patiënt en dokter), op mesoniveau (zorgverzekeraar en ziekenhuis) en op macroniveau (lokale en nationale overheid) moet ziekenhuizen aan gaan zetten om te veranderen. Het ministerie van VWS heeft dit verwoord in een duidelijke ambitie voor de komende vijf jaar.

Systeemverandering noodzakelijk?

Duurzaam veranderen gaat over een nieuwe vorm van persoonlijk leiderschap op alle niveaus. Dan kom je dus daadwerkelijk aan de manier waarop de dokter zijn/haar professie uitoefent. De vraag is of medisch specialisten in staat

zijn om gevestigde ideeën, praktijken en zelfs identiteiten los te laten. Het lijkt alsof verandering in de ziekenhuiszorg uitsluitend mogelijk is onder druk van externe factoren (overheid, markt, bekostigingssysteem en zorginkoop). eHealth kan gebruikt worden als middel om de transformatie op persoonlijk, organisatorisch en systeemniveau in gang te zetten. Alleen wanneer mensen inzien hoe ze zelf bijdragen aan het huidige systeem, zijn ze in staat om het te veranderen.

Co-creatie met patiënten en medici

Wie heeft er last van vernieuwing? De gevestigde orde! Juist de kennis van deze mensen hebben we nodig om te komen tot duurzame verandering. Co-creatie dus. In het ziekenhuis zijn mensen gewend om op inhoud samen te werken volgens vaste procedures, protocollen wet- en regelgeving. Implementatie van eHealth toepassingen is mogelijk zodra er geredeneerd wordt vanuit de inhoud (doelgroepen, ziektebeelden, processen) in plaats van uit belangen (DOT, kosten-baten, efficiency, inkomen). EHealth oplossingen ontwikkeld vanuit

een visie en ontstaan vanuit de behoefte van patiënten, geïmplementeerd in co-creatie met zorgverleners uit de keten, kan een succesvolle en duurzame verandering teweeg brengen. Zo verandert de rol van de patiënt naar meer zelfmanagement en wordt de taak van medici en andere zorgverleners geleidelijk meer coachend.

The u-theory Otto Scharmer

Persoonlijke Blended zorg

De relatie met een behandelaar is uniek en bezit een bepaalde intimiteit, respect en vertrouwen. EHealth kan het fysieke contact tussen patiënt en behandelaar niet vervangen. Blended behandelen, waarbij de zorg voor een gedeelte in het ziekenhuis en daarnaast op afstand via bijvoorbeeld videoconsult en telemonitoring wordt geboden, heeft als effect dat de overgebleven bezoekmomenten waardevoller voor patiënten worden. Door de wensen en behoeften van diverse type patiënten (persona's) in beeld te brengen kan een zorgverlener daar beter op anticiperen en meer dienstverlenend zijn/haar werk doen.

Onbewust onbekwaam

Veranderen zit niet in het DNA van de ziekenhuisorganisaties noch van de mensen die er werken. Medisch specialisten zijn onbewust onbekwaam als het gaat om innovatie en eHealth. Het systeem van ziekenhuizen en het medisch denkmodel is ingericht op basis van regels van de industriële revolutie (groot, macht, massa, uniformiteit). Daarnaast worden medisch specialisten afgerekend op behandelingen (belonen van contactmomenten) en niet voor vernieuwing of preventie (belonen van resultaten).

Academie versus algemene ziekenhuizen

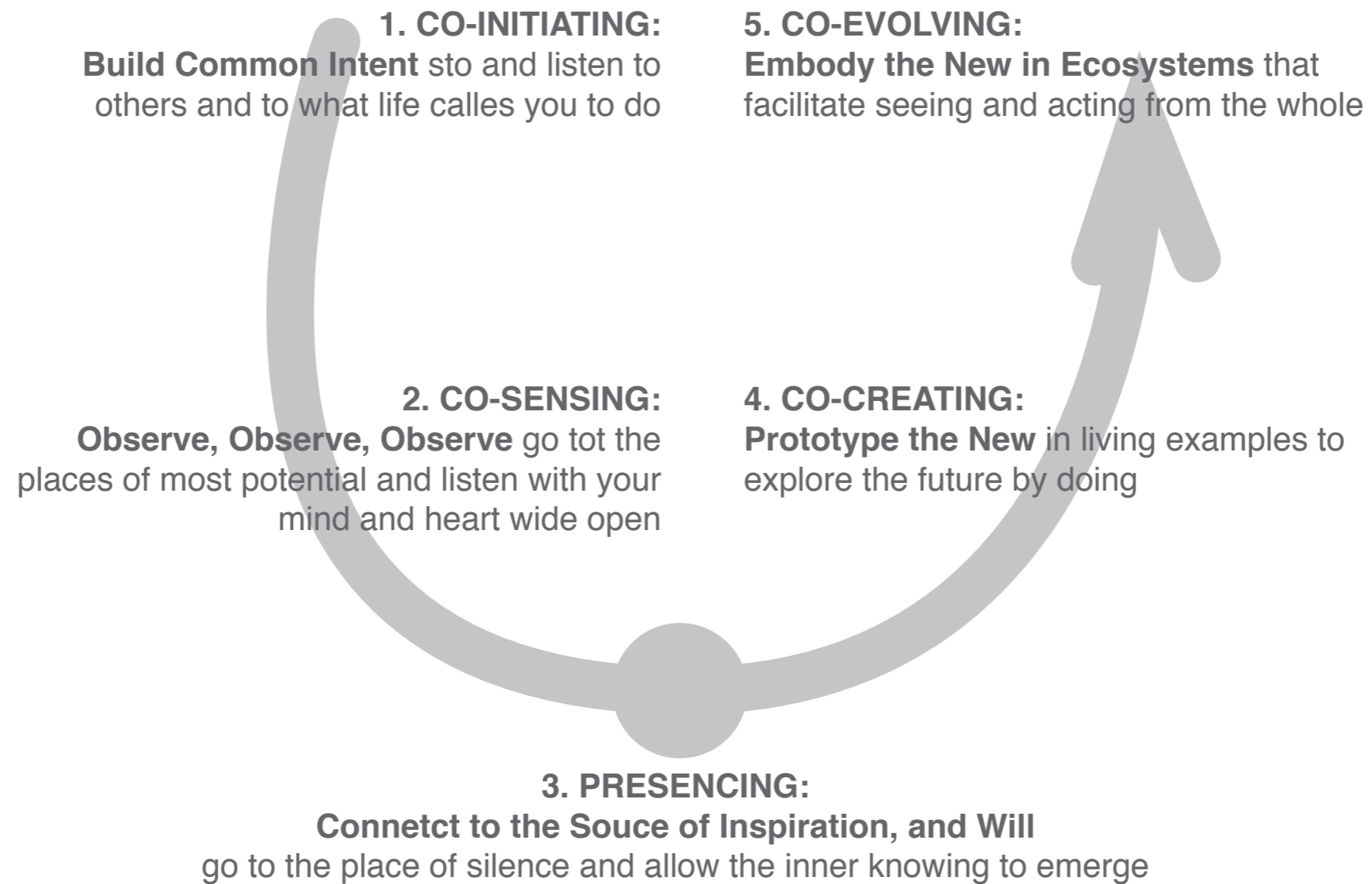
Academische ziekenhuizen lopen voor op topklinische opleidings- en algemene ziekenhuizen bij de implementatie van toepassingen als videoconsult, online afspraken maken en herhaalrecepten online. Zorginnovatie in de academische centra wordt gekoppeld aan onderwijs, onderzoek en publicaties en dit proces verloopt anders. Algemene ziekenhuizen kennen een meer pragmatische aanpak. De meeste medici zitten in een strak werkschema

en hebben weinig ruimte (sense of urgency) voor vernieuwing.

Businesscase telemonitoring hartfalen

Bijgaand schema geeft inzicht in de belangen van de betrokkenen.





Bijgaand schema geeft inzicht in de belangen van de betrokkenen.

Stakeholder	Belang/behoefte	Business	Relatie
Huisarts	Meer patiënten zien in minder tijd	Weinig ondernemerschap Beperkte investeringsruimte (tijd, mensen en middelen)	Met medisch specialist op inhoud
Met verzekeraar zorginkoop			
Beperkt met thuiszorg			
Thuiszorg	Afzet medische callcenter diensten en thuisverpleging	New business uit eigen middelen en AWBZ	Met huisarts en ziekenhuis
Ziekenhuis	Schadelast beperken heropnames		
	Eerst investeren Weinig inzicht in toekomstige vergoedingen		
Vanuit bestaande middelen financieren	Met huisarts op inhoud		
Met verzekeraar zorginkoop			
Patiënt	Wil en moet langer thuis wonen		
Minder vaak naar ziekenhuis, betere toegang tot zorgverlener, meer vertrouwen in eigen kunnen (zelfredzaamheid)			
Kennis van en inzicht in data	Waar voor z'n premiegelden		
Werk en inkomen is belangrijk	Met huisarts / thuiszorg/ medisch specialist als vertrouwenspersoon/behandelaar		
Zorgverzekeraar	Schadelast beperken: goedkopere zorg	Verleent bijna geen subsidie wel extra omzet 1e lijn	Zorginkoop

Kansen en knelpunten

Samenwerking

Ontwikkelingen rondom anderhalvelijns zorg gaan moeizaam vanwege de beperkte veranderkracht/-drive van huisartsen. Tevens moeten medisch specialisten veelal eerst iets inleveren alvorens de bestaande processen te willen/kunnen verbeteren rondom patiënten. De vraag is of zorgportalen een duurzame oplossing gaan bieden. Zolang er een wildgroei is waardoor patiënten bij de huisarts, de apotheek, het ziekenhuis en de patiëntenvereniging apart moeten inloggen blijft geïntegreerde zorg ver te zoeken.

Naar verwachting zullen branchevreemde en buitenlandse partijen toe gaan treden die business gaan genereren en kansen zien die de zorg zelf nog onvoldoende ziet. Dit vraagt om andere samenwerkingsverbanden en partnerships met nieuwe toetreders en verdienmodellen. Welke Indiër verdient er straks aan radiologiebeelden in Arnhem? Waarom geen internetwinkel met medische apps en eHealth oplossingen aanbieden vanuit een ziekenhuis met garantie en dienstverlening van doktoren

erbij? Een aantal UMC's hebben de eerste stap al gezet met de opzet van eigen appstores.

Financieel

Zorgverzekeraars betalen vanaf 2015 niet meer apart voor de ziekenhuiskosten en de honoraria van medisch specialisten. Het effect op de korte termijn is dat de aandacht van medici erg intern gericht is. Het ziekenhuis stuurt steeds meer op kosten-baten en denkt steeds vaker in schadelastbeperking. Juist dan komt procesoptimalisatie en eHealth naar voren aangezien dit mogelijkheden biedt voor verbetering van kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid van zorg. Integrale tarieven voor de te leveren zorg waarbinnen de zorgverlener naar eigen inzicht kan handelen bieden ruimte voor eHealth toepassingen. De efficiencywinst is zowel voor het ziekenhuis als medisch specialisten interessant.

Medisch specialisten worden betaald voor behandeling en niet voor preventie. Zolang het niet om een wezenlijk andere zorginhoud gaat, zijn veel eHealth toepassingen onderdeel van

het verzekerde basispakket. Concreet koopt de verzekeraar zorg voor hartfalen patiënten uit de regio voor bedrag X in en bepaalt het ziekenhuis zelf hoe vaak patiënten poliklinisch gezien worden, er videoconsult plaats vindt en of er gemonitord wordt in de thuissituatie. Binnen het nieuwe bekostigingsmodel voor multidisciplinaire zorg is een aparte prestatie voor eHealth beschreven. De vraag is of verzekeraars zorgverleners die digitale zorg aanbieden gaan straffen en/of belonen.

Technisch

De afdeling ICT in een ziekenhuis is een sterke beheerorganisatie met mensen die over het algemeen niet vanwege hun innovatieve inzichten zijn aangenomen. Veiligheid is uiteraard een "hot issue" en de risico's van cloud oplossingen met patiëntendata maken het er niet eenvoudiger op. Een belangrijk knelpunt is het gebrek aan standaardisatie (interoperabiliteit) in de gebruikte informatiesystemen. Organisaties die een aparte ontwikkelclub hebben zijn het meest wendbaar.

Lessons Learned Top 3

- Zonder druk van buiten verandert er te weinig;
- eHealth is een cultuur- en systeemverandering die vraagt om visie;
- Patiënten moeten een prominente rol krijgen in de verandering.



EHEALTH ONTWIKKELINGEN IN DE CARE

Annemarie Hensen (i.s.m. Ellen Steenmeijer)

De care staat op de drempel van de transitie van de zorg. Dit betreft een overheveling vanuit de AWBZ naar zorgverzekeraars, gemeenten en de burger zelf. EHealth- en domoticaproducten en diensten die zich richten op de persoonlijke veiligheid, zullen nog meer dan nu het geval is, een zaak zijn van zorgvrager en zijn mantelzorger(s). Sensire gelooft in een toekomst waar het koppelen van informatie per individu gaat helpen om een goed beeld te krijgen van de gezondheid van een persoon en daar vervolgens preventief op te sturen. Dit artikel beschrijft hoe Sensire zich o.a. vanuit het Medisch Service Center (MSC) voorbereidt op wat er gaat komen.

Waar gaan we naar toe?

De care vraagt om meer maatwerk. Daar waar het thuis en zelf kan, moeten we dat optimaal faciliteren. Personenalarmering zal naar verwachting steeds gebruikelijker worden voor mensen die nog niet te maken hebben met geïndiceerde zorg en dat ook graag zo houden.

Naast de in de care gebruikelijke zorgvragers gaat het om mobiele mensen, die volop in het leven staan, er op uit gaan en zich terdege bewust zijn dat als gevolg van hun hogere leeftijd, chronische ziekte of lichamelijke en/of psychische kwetsbaarheid, zij er goed aan doen om alarm te kunnen slaan als dat nodig is, waar ze op dat moment ook zijn. Het zijn mensen die zelf verantwoordelijkheid nemen in de preventieve sfeer en zich verzekeren voor hulpmiddelen danwel (deels) zelf bekostigen als deze gewenst zijn.

Klantvolgsysteem en andere toekomstplannen

Plug & play 'een oogje in het zeil houden', ook op afstand

Sensire verwacht steeds vaker, vanuit diverse nieuwe systemen van klanten thuis, alarmsignalen en data te gaan genereren. Denk daarbij aan elke vorm van alarmering – van de 'ouderwetse' trekkoorden en halskettingen met alarmknop tot alarmeringsapps en wearables. Of aan sensoren binnens- en buitenshuis

voor bijvoorbeeld dementerenden, maar ook videomonitoring thuis met slimme camera's. Een nieuw klantvolgsysteem koppelt alle informatie en geeft in één oogopslag het totale beeld van een persoon, maar ook op geaggregeerd niveau (big data).

Er wordt gewerkt aan een service voor huisartsen om vragen van consumenten die voortkomen uit zelfmeetgegevens af te kunnen vangen. Met behulp van een verpleegkundige triage kan het MSC zo een selectie 'voor de poort' maken en zo de huisartsen ontlasten. Cruciaal is om van data naar informatie te komen en de standaard antwoorden zoals gegenereerd uit veel systemen te verrijken met gegevens uit de medische historie van klanten.

Visie op zorg op maat en mantelzorgers

Een wijkverpleegkundige van Sensire heeft steeds vaker een regiefunctie bij een zorgvraag. Vanuit een brede vraagverkenning kijkt zij samen met de zorgvrager en eventuele mantelzorgers wat er nodig is. Voordat er wordt

bepaald hoe formele zorg kan worden ingezet, bekijken zij eerst naar wat iemand nog zelf kan – ook met ondersteuning op afstand en/of domotica - en hoe zijn of haar omgeving daarop aanvullend een rol kan spelen. Dat kunnen de mantelzorgers zijn, maar ook initiatieven in de buurt en vrijwilligers. Daarbij kan de inzet van een ‘app’ die simpel de sociale kaart van de omgeving van de zorgvrager toont, een goed hulpmiddel zijn. Ook om mensen te verbinden. Zo ontstaat een zorgcirkel op maat met daarin de mantelzorger(s), vrijwilligers, zorg op afstand en de wijkverpleegkundige.

Mantelzorgers zullen dus een steeds grotere rol gaan spelen in het verlenen van zorg. En aan hun inzet zitten grenzen. Om mantelzorgers optimaal in te kunnen zetten, moeten alternatieven worden geboden om hun rol te vervullen. De opvolging van signalen wordt steeds meer op maat ingericht. In eerste instantie kan opvolging van alarmsignalen door de mantelzorger gebeuren, met de mogelijkheid om terug te vallen op de professionals van het MSC en een thuiszorgorganisatie. Tevens kan

ingeregeld worden dat signalen meteen naar het MSC gaan, waar verpleegkundigen eerst goed doorvragen – als de situatie daar om vraagt, ook op medisch vlak - om vervolgens de meest passende opvolging in te zetten. Naarmate de kwetsbaarheid van de persoon toeneemt, kan personenalarmering en domotica worden uitgebreid naar ‘zwaardere’ modules zoals videomonitoring en de inzet van sensoren (bijvoorbeeld bij beginnende dementie).

Sensoren en indicering ‘nieuwe stijl’

Met de inzet van sensoren kan de levensstijl in kaart worden gebracht, vooral van mensen die bijvoorbeeld door beginnende dementie, niet goed meer in staat zijn om zelf aan te geven hoe het met ze gaat. Hoe is iemands slaap-waakritme; hoe vaak bezoekt men het toilet, badkamer, keuken; krijgt iemand voldoende beweging, etc. Door deze ‘harde’ data te combineren met ‘zachte’ informatie van de klant en de mantelzorger, kan een goed beeld worden gegeven van de gezondheidssituatie van de klant en bijdragen aan de juiste inzet van zorg en ondersteuning. Ook op langere termijn om

in de gaten te houden of de gezondheid (snel) achteruit gaat en zo tijdig in te kunnen grijpen om erger te voorkomen.

In Engeland worden sensoren ook ingezet om de indicering van zorg te kunnen onderbouwen. In het licht van het zelf indiceren door verpleegkundigen in de thuiszorg, kunnen nu ook in Nederland de inzet van sensoren een goed hulpmiddel zijn bij de juiste zorgindicering.

Nieuwe dienstverlening en afzetkanalen

Sensire is voortdurend op zoek naar nieuwe eHealth-oplossingen in Nederland en in het buitenland. Verschillende systemen worden getest door de innovatieafdeling en uiteraard worden er ook systemen afgekeurd. Als afzetkanalen van zorgdiensten van de toekomst worden diverse varianten onderzocht:

- Business to consumer (marketing kost veel geld);
- Indirect richting klant via de smartphone (bijv. mobiele personenalarmering via de provider);
- Via zorgorganisaties (het MSC bedient nu al nu zo’n 30 zorgorganisaties);

- Aansluiting op plug & play domoticaoplossingen.

Kansen en knelpunten in de Care

De cure is afwachtend, we zitten midden in de transitie. Productie is ook in de care nog steeds leading. 2015 is een overgangsjaar dus alles zit op slot. EHealth verschuift werk, ook van de wijkverpleegkundige, en dit maakt de businesscases lastig. De zorginfrastructuur-regeling van waaruit een aantal pilots zijn vlotgetrokken is voor velen niet meer in te zetten. Care organisaties zijn voorzichtig en behoudend als het om eHealth gaat. Pilots van een half jaar met slechts 20 klanten geïncludeerd zijn geen uitzondering. Veel care organisaties isoleren pilots waarmee er geen draagvlak voor verandering ontstaat. Vaak worden innovaties top down ingezet. Zodra er resultaatgerichte financiering bestaat dan gaat het sneller lopen. Investeren in innovatie vraagt om ondernemerschap en lef. Care instellingen moeten meer continu lerende (verbeterende) organisaties worden. Veranderen kost 5-10 jaar.

Succes stories

Sensire heeft met de implementatie van iPads in de wijkzorg zeer bewust gekozen voor een 'bottom up' aanpak en vanaf de start de innovatie bij een grote groep neergelegd (130 wijkverpleegkundigen tijdens de start). Met behulp van deze 130 ambassadeurs is de verandercommunicatie op gang gebracht. Bijna 1.500 klanten van boven de 75 jaar maken inmiddels gebruik van zorg via de iPad. Ook een groep huisartsen in de regio is inmiddels in contact met de wijk via de iPad en een aantal medisch specialisten van 2 ziekenhuizen is betrokken bij pilots voor patiënten met een chronische aandoening. Dat gaat niet vanzelf. Daarvoor is visie, doorzettingsvermogen, lef en ondernemerschap nodig. Want ook voor Sensire geldt dat de businesscase vooraf moeilijk te maken is.

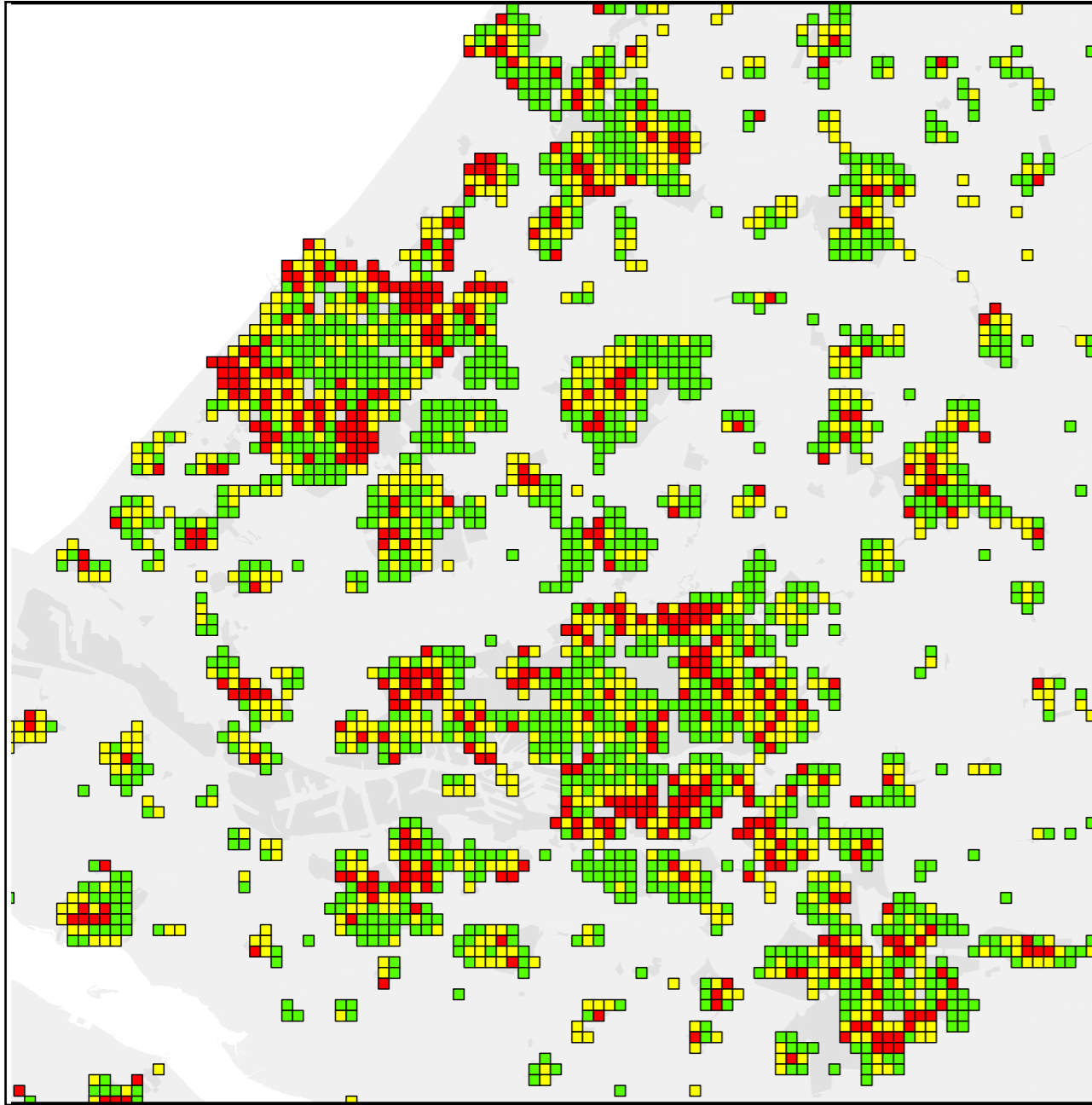
Lessons learned

- Toon lef en ondernemerschap;
- Niet denken maar doen!;
- Maak het van iedereen.



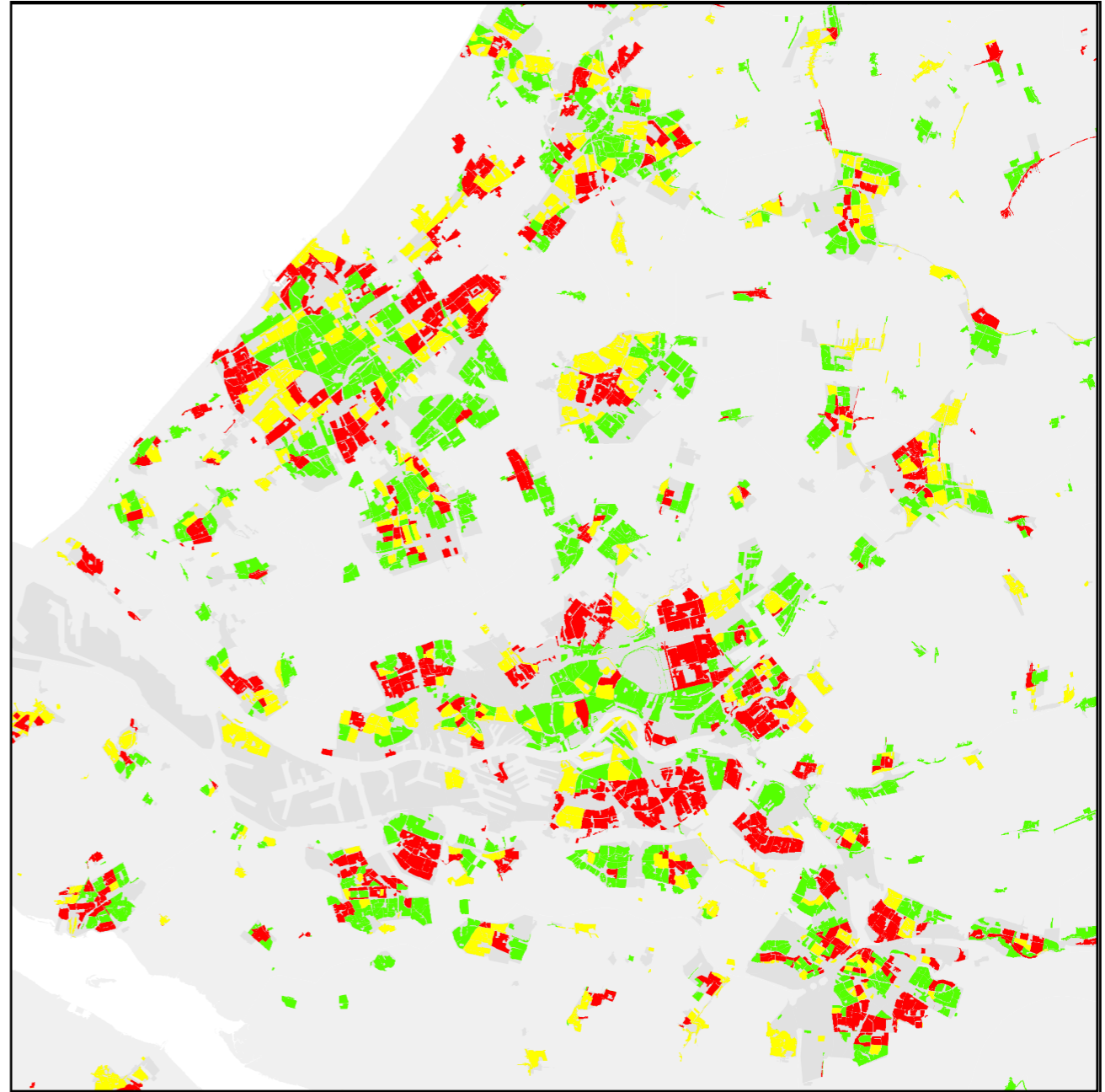
Zorg van boven

Het thema Zorg van Boven is verwerkt door het hele boek en laat een aanzicht zien van de demografie, zorgvraag en zorgcontext in Nederland.



500x500 grid Diabetes Zuidvleugel

500x500 grid Diabetes Zuidvleugel



CBS Buurtkaart Diabetes Zuidvleugel

CBS Buurtkaart Diabetes Zuidvleugel



EHEALTH IN DE GGZ

Bram van Leeuwen

De GGZ is dé sector waar eHealth de meeste en grootste impact kan hebben op de gehele zorg. De GGZ draait namelijk primair om communicatie. Met deze communicatie probeert men denkbeelden, houding & gedrag te veranderen bij de patiënt. Indien nodig wordt daar nog medicatie aan toegevoegd. Het internet, de online wereld, is oorspronkelijk ontstaan om communicatie in het leger mogelijk te maken. Door (de voorlopers van) het internet kon men sneller communiceren en kennis centraal opslaan. Het internet en de GGZ lijkt dus een ideaal huwelijk. Wat is de huidige stand van zaken in dit huwelijk tussen “zorg en online”? Gelukkig getrouwd of bij elkaar blijven vanwege de kinderen...

Ontwikkeling eHealth in de GGZ

Vanwege dit ideale huwelijk is het dan ook niet gek dat inmiddels al weer ruim 10 jaar geleden de eerste eHealth interventies voor de GGZ ontwikkeld werden. Van digitale dagboekjes tot aan volledige leefstijltrainingen voor alcohol of cannabis verslaafden. Al snel bleek dat er

online nieuwe doelgroepen bereikt werden die in de reguliere GGZ niet bereikt konden worden. Bijvoorbeeld hoger opgeleide vrouwen met een (lichte) cannabis verslaving kwamen ineens massaal online in behandeling voor hun problematiek. In de reguliere zorg was die groep tot op dat moment nog nergens te bekennen. Inmiddels is het aantal eHealth interventies toegenomen tot vele honderden. Verzekeraars motiveren de inzet van eHealth dan ook sterk met financiële incentives. De minister roept dat 2014 hét eHealth jaar moet worden en de eerste onderzoeken tonen positieve resultaten (al blijkt het dat de effectiviteit van zelfmanagement modules achter blijft). Kortom in GGZ land schijnt de zon voor eHealth.

Toch is dit helaas niet helemaal waar. In de praktijk blijkt dat de integratie van eHealth in de dagelijkse processen moeilijker is dan gedacht. De techniek is weerbarstiger dan gehoopt en de kennis en kunde op het gebied van verandermanagement in de GGZ ontbreekt. Hierdoor blijft grootschalige inzet van eHealth tot op heden in de GGZ uit.

De eerste instellingen die de handdoek in de ring gooien op het gebied van eHealth zijn sinds dit jaar waar te nemen. De recent aangenomen projectleider eHealth wordt wegbezuinigd of het formele project wordt opgeheven want de duur van het opgezette project is voorbij. Sommige bestuurders kiezen voor krimpscenario's terwijl andere er juist voor kiezen om middels innovaties als eHealth te groeien en zich te onderscheiden. Deze laatste groep heeft elkaar in de afgelopen drie jaar steeds meer opgezocht en er zijn al diverse samenwerkingsverbanden opgezet, zoals: G7 coalitie (IPPZ), Zorgaanbieders Online, EPA project, Quli, mirro, stichting Moodbot, etc. Deze samenwerkingen worden opgezet vanwege de behoorlijke investeringen die voor eHealth nodig zijn. Zo kunnen de kosten gedeeld worden, de beste inhoudelijke professionals samenwerken aan de beste content en kan er ook gezamenlijk gewerkt worden aan goede data uitwisseling.

De GGZ zoekt elkaar dus steeds meer op als het over eHealth gaat. Gelukkig!

De uitdaging

“Gelukkig!” omdat dit de GGZ de ruimte geeft om met de echte uitdaging van eHealth aan de slag te gaan. Vrijwel geen enkele instelling is er namelijk in geslaagd om eHealth grootschalig in te voeren in haar organisatie. Dit komt voornamelijk doordat er onvoldoende aandacht uitgaat naar de integratie en implementatie van eHealth. De afgelopen jaren is er druk geïnnoveerd om goede eHealth toepassingen te realiseren.

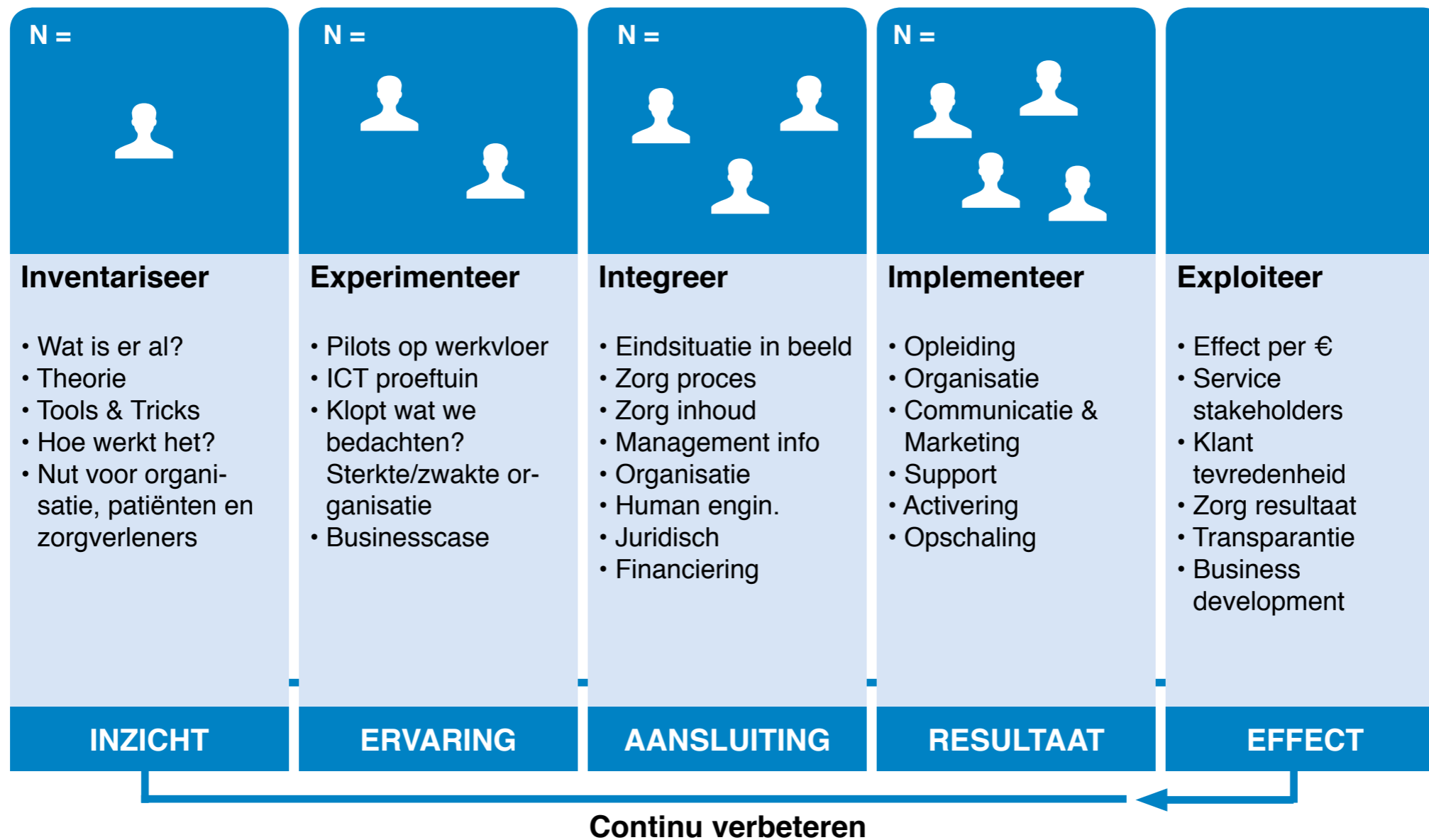
Nu is het tijd om deze toepassingen ook daadwerkelijk te integreren en te implementeren. Hoe zorgen we er nu met elkaar voor dat deze eHealth toepassingen daadwerkelijk gebruikt kunnen worden in de reguliere zorgprocessen? Dat het gesprek in de behandelkamer daadwerkelijk gaat veranderen en de patiënt uitgedaagd wordt om actief zijn of haar behandeling mee vorm te geven? Dit alles moet leiden tot het kwalitatief verbeteren van de zorg en het efficiënter organiseren van de zorg en haar secundaire processen. Dus start met denken vanuit waardecreatie voor de patiënt. Veel eHealth innovaties worden opgestart

zonder een specifiek probleem. Men komt een goede innovatie tegen en kijkt vervolgens welk probleem deze innovatie kan oplossen. De eerst volgende stap is dan vaak een pilot bij een kleine groep deelnemers. Over het algemeen wordt er hierbij gekozen voor een doelgroep die al veranderingsbereid is. Wanneer de pilot succesvol is doorlopen besluit menig organisatie om het vanuit daar breed “uit te rollen” over de gehele organisatie. Vaak begeleid met een “knoppen” training en wat lichte communicatie moet het dan van de grond komen. Het resultaat is echter dat alleen de meest gemotiveerde behandelaren er actief mee aan de slag gaan.

Na een jaar blijkt dat de integratie met de secundaire processen (koppeling met het EPD bijvoorbeeld) onvoldoende is gerealiseerd en stoppen ook de enthousiastelingen. Einde innovatie. Het kan gelukkig ook anders, zie afbeelding 1.

De verschillende stappen in het generieke model zijn:

- **Inventarisatiefase**, waarin met een kleine groep wordt gezocht naar inzicht en nut voor de betrokken partijen. Een enthousiasmerende fase voor een klein multidisciplinair groepje innovators. Vanuit de inzichten zal een experimenteerfase worden voorbereid;
- **Experimenteerfase**, waarin de inzichten worden getoetst en ervaring wordt opgedaan. Deze fase kan leiden tot aanpassingen in de bedachte concepten, zodat ze in de praktijk nog beter werken. De experimenteer fase kan het beste middels korte proeftuinen doorlopen worden. Een doorlooptijd van maximaal 12 weken is aan te raden. Hierdoor blijft de spanningsboog in het project bewaard;
- **Integratiefase**, waarin de moeilijke stap wordt gezet van succes op kleine schaal naar succes op grote schaal. Daarvoor is aansluiting het kenmerk en zal er voor gezorgd moeten worden dat het concept en de nieuwe processen en systemen aansluiten op bestaande systemen en processen. Een concept in een kleine populatie, onder strikte



Afbeelding 1: Generiek implementatie model

controle kan niet zo maar 1 op 1 worden omgezet naar exploitatie;

- **Implementatiefase**, waarin de gewenste effecten worden gehaald. In deze fase zullen de doelstellingen van het concept in kwaliteit, efficiëntie of effectiviteit moeten worden gerealiseerd. Uitrol onder grote groepen medewerkers, uitvoering van plannen, migratie van systemen en toewerken naar meetbaar resultaat horen in deze fase thuis. De organisatie verandert in deze fase;
- **Exploitatiefase**, waarin resultaten worden gemeten en geoptimaliseerd. Mogelijk leidt dit tot nieuwe inzichten, scherpere inzichten en verbeteringen. Zo kan het succes lang worden vol gehouden. Totdat het tijd is voor nieuwe inventarisaties en nieuwe trends. Al het nieuwe wordt ooit weer oud en zal worden vervangen door nog betere initiatieven.

Belangrijk in bovenstaand model is de integratiefase. Deze fase wordt in de praktijk vaak overgeslagen. Door deze fase bewust te doorlopen zal er aansluiting gerealiseerd worden met de rest van de organisatie (early

majority en late majority volgens het model van Rogers). In deze fase realiseert men dan ook de aansluiting op HKZ protocollen, het EPD en op (andere) management informatie systemen. Ook zal in deze fase ervoor gezorgd worden dat de innovatie een plek krijgt in de reguliere zorgprocessen. Bestaande delen van het zorgproces zullen verwijderd moeten worden en nieuwe onderdelen moeten worden toegevoegd. De praktijk wijst uit dat wanneer dit niet gebeurt de zorg alleen maar duurder in plaats van goedkoper wordt.

Wanneer de aansluiting met de bestaande organisatie is gemaakt kan men beginnen met de implementatiefase. Hierbij is het van belang dat de innovatie vlekkeloos werkt, competenties getraind worden en er support beschikbaar is. Wanneer aan deze randvoorwaarden voldaan is zal een grotere groep medewerkers het risico van het werken met de innovatie aandurven. Wanneer deze groep vervolgens met zowel hun positieve als negatieve ervaringen op het podium gezet worden zal ook de late majority aan durven te haken.

Conclusie

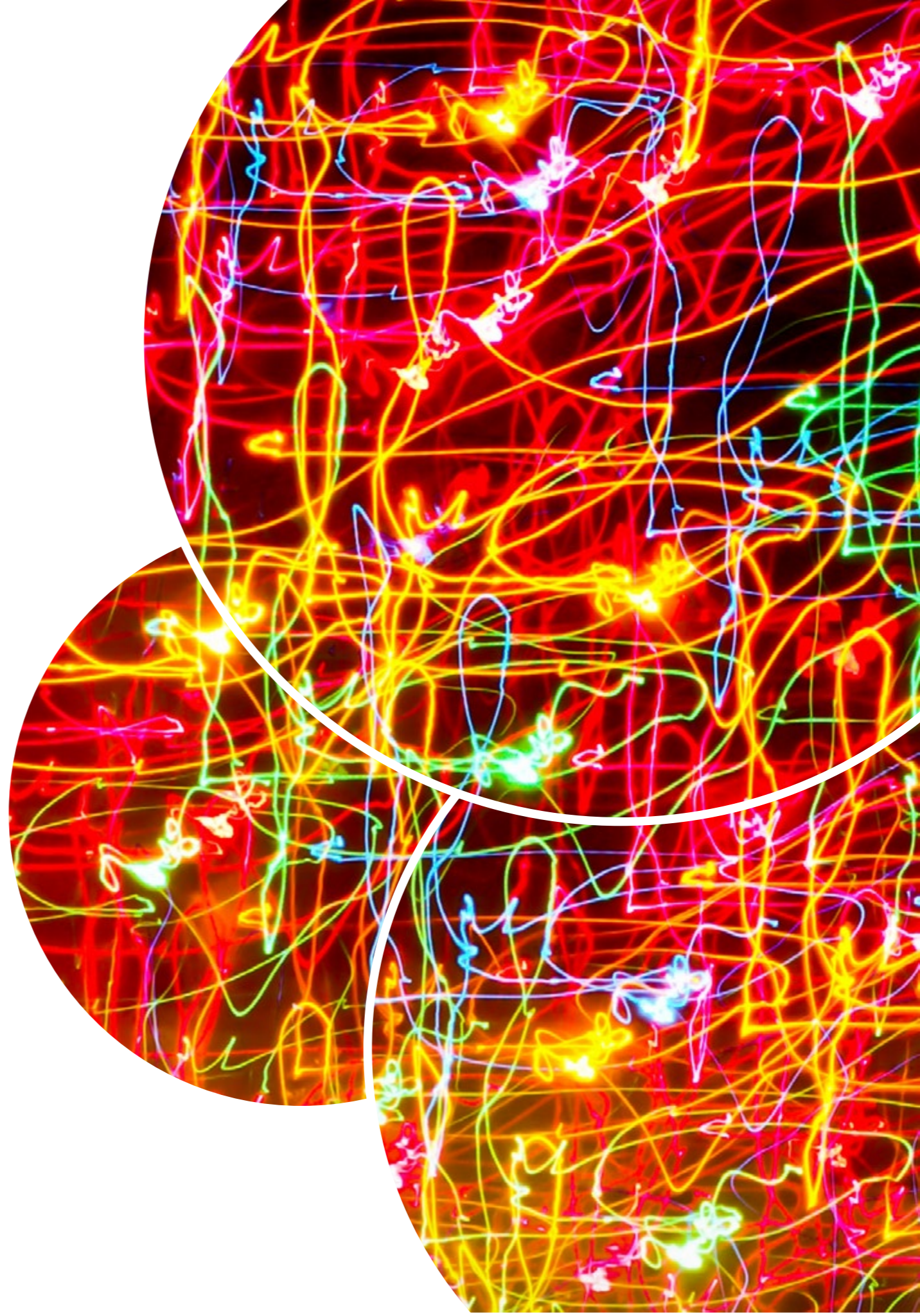
We hebben gezien dat eHealth en GGZ tot elkaar zijn veroordeeld. Ze kunnen alleen samen gelukkig worden. De GGZ heeft besparing in kosten en stijgende effectiviteit nodig. Daar komen gaat niet vanzelf. eHealth is de poolstok om over de afgronden te springen en te blijven bestaan.

De zorg van de GGZ is dat eHealth geen doodgeboren kind is. Veel belofte maar niets om het waar te maken. Veel ICT projecten beloven gouden bergen, maar het realiseren daarvan vereist een strak geregisseerde aanpak om de voordelen, winst en effecten ook te realiseren. Verandering gaat zelden per toeval goed namelijk. Het vereist controle, volharding en kennis van zaken. Dit kan alleen met professionals en een gefaseerde aanpak worden bereikt.

Het veranderen van de mindset van de medewerkers en de aansluiting op de al bestaande primaire en secundaire processen is dan ook de grootste uitdaging om de opschaling van eHealth te realiseren. Op dit gebied zal

in 2015 nog veel ervaring opgedaan moeten worden voordat de “kip met het gouden ei” is gevonden.

Door de samenwerkingsverbanden die binnen de GGZ ontstaan zijn zou het “gouden ei” inmiddels binnen handbereik moeten liggen. Kennisdeling zoals in dit co-creatie handboek is hier een belangrijke voorwaarde voor. Wanneer de GGZ ook bereid is om te gaan kijken bij andere sectoren en bereid is hier van te leren, zal blijken dat de GGZ en eHealth inderdaad een gelukkig huwelijk vormen. Ze leven nog lang en gelukkig samen.



EHEALTH IN DE GEHANDICAPTENZORG

Xenia Kuiper, Sanne van der Hagen, Sanneke Langendoen, Geert Klein Breteler

eHealth juist in de gehandicaptenzorg!

We zijn met elkaar op zoek naar een nieuwe balans in de zorg. Technologische veranderingen gaan rap en ondersteunen steeds vaker een combinatie van thema's zoals veiligheid, comfort, communicatie en gezondheid. Mede daardoor was de zorg nog nooit zo dichtbij, toegankelijk en bereikbaar. Inzicht in je gezondheid, anticiperen op je eigen gemoedstoestand, een zelfredzaam team vormen met je huis of ondersteunende middelen, het kan allemaal in de nabije toekomst.

Juist in de gehandicaptenzorg. Een sector die gekenmerkt wordt door inventiviteit, zingeving en onvoorspelbaarheid. Met een uiteenlopende doelgroep en een breed zorgpalet op alle levensdomeinen: wonen, werken, leren, vrije tijd en dagbesteding. Waarbij de kleinste vooruitgang als een groot succes wordt gewaardeerd en de leerbaarheid van cliënten nog altijd positief te beïnvloeden is. Met thema's als weerbaarheid, leerbaarheid, participatie

en zelfredzaamheid, is deze sector uitermate geschikt voor eHealth. Toch hebben we moeite met het loslaten van bestaande structuren. Juist de vele kansen die eHealth biedt op meer eigen regie, kwaliteit van leven en doelmatiger zorg, kun je echter niet onverzilverd laten.

De paradigmashift

De gehandicaptenzorg staat de komende jaren voor grote uitdagingen. Innovatie is dan ook een punt dat hoog op de agenda staat bij vele zorginstellingen. Tegelijkertijd moeten ook cultuur en werkvormen mee veranderen. Zorgrelaties en -verhoudingen veranderen, de cliënt staat niet alleen centraal maar maakt deel uit van het team. De zorgprofessional moet in nauwe samenwerking met de cliënt, vrijwilligers en mantelzorgers een noodzakelijke omslag maken van 'zorgen voor' naar 'zorgen dat'. De begeleider wordt als het ware een coach die de cliënt faciliteert naar zoveel mogelijk zelfredzaamheid. Leerbaarheid en weerbaarheid, gezond leven en maatschappelijke participatie zijn belangrijke aandachtspunten in het leven

van cliënten met een verstandelijke beperking. Zoveel mogelijk zelfstandig kunnen leven, bewust zijn van je gezondheid en meedraaien in de maatschappij, op school, op het werk en op sociaal vlak. Technologie is daarmee nauw verweven met alle domeinen van het leven. De urgentie om technologie op innovatieve wijze te gebruiken wordt niet alleen veroorzaakt door het politieke klimaat, het is juist ook de maatschappij die ons dwingt tot brede toepassing ervan. De digitale mogelijkheden dringen daardoor ook geleidelijk door binnen de zorgsector en de behoefte om digitaal te communiceren wordt steeds groter.

De voordelen zijn zichtbaar. Echter door de stap naar eHealth te maken, kies je als zorginstelling ook voor een andere manier van zorg leveren. Veel online innovaties worden nog als aanvullend gezien op de bestaande fysieke zorg. Het omdenken en loslaten van bestaande zorgstructuren is moeilijk. Angst voor de transformatie van persoonlijke zorg naar koude, online zorg is groot. De echte paradigmashift

moet nog altijd plaatsvinden, al is de omslag inmiddels bij steeds meer organisaties gestart.

Wat brengt eHealth de cliënt?

Juist mensen met een verstandelijke beperking kunnen bovengemiddeld baat hebben bij het toepassen van technologie in het dagelijks leven. Dat komt omdat technologie een brug of hefboom kan vormen voor de beperking die men heeft. Technologie heeft de potentie om een bijdrage te leveren aan empowerment van mensen met een verstandelijke beperking. Technologische toepassingen hebben een groeiend adaptief vermogen en kunnen steeds beter anticiperen op de cliënt. Veel gebruikerstoepassingen zijn op maat en niveau maakbaar en kunnen op steeds meer verschillende manieren bediend worden.

Met minder fijne motoriek, eenvoudig begrip of andere interactie (denk aan de inzet van spraak, licht, geur en geluid). Aanvullend hierop is de ontwikkeling van sensoren die een meerwaarde kunnen vormen voor belevingsgerichte zorg. Combinaties van data

en toepassingen (wearables, domotica, app's) bieden tal van nieuwe mogelijkheden. Met eHealth toepassingen kunnen - stap voor stap - successen worden behaald.

Wat heeft de markt al te bieden?

Kenmerkend voor de gehandicaptenzorg is dat er al ontzettend veel ontwikkeld wordt, zowel in de markt als door zorgaanbieders zelf. Hierin schuilt een risico dat er verschillende eHealth oplossingen ontwikkeld worden die hetzelfde doel beogen en vaak niet tot opschaling komen omdat ze vanuit een te nauwe scope ontwikkeld zijn. Zorgaanbieders zouden in die zin meer naar bestaande oplossingen of toepassingsmogelijkheden kunnen kijken voor hun specifieke doelgroep. Wat we zien zijn twee soorten eHealth technologieën die op de markt die verschijnen.

Enerzijds zijn dit toepassingen die het zorgproces ondersteunen en anderzijds toepassingen die ondersteunen in het dagelijks leven en die helpen bij het zo volwaardig mogelijk participeren in de maatschappij.

Momenteel wordt er vooral geïnvesteerd in eHealth die ondersteunend is aan het primaire proces. Het gaat dan om het verlenen van zorg op afstand. Dat kan in de vorm van beeldcontact, diverse vormen van online hulpverlening of domotica. Daarnaast zijn er kleinere losse applicaties die een directe relatie met een zorgprofessional veronderstellen. Denk hierbij aan een cliënt vertrouwenspersoon-app, app's met stappenplannen, ondersteunende technologie zoals spraakondersteuning, levensboek-app, app over seksualiteit en weerbaarheid, herkennen van emoties of aanleren van bepaald gedrag. In eHealth die primair bijdraagt aan empowerment of inclusie wordt in verhouding nog weinig geïnvesteerd.

Denk aan applicaties om zelfstandig te reizen, de digitale picto-agenda, voorleessoftware, speciale datingprogramma's en applicaties om te ondersteunen bij het koken. Hierin zijn de verwachtingen nog niet altijd helder, zijn het applicaties die door cliënten zelf worden aangeschaft of waar de zorgorganisatie in investeert. Er ontstaat ook een nieuwe markt

waar bedrijven zich in samenwerking met zorgaanbieders specialiseren in het koppelen van verschillende systemen om uitwisseling tussen verschillende toepassingen mogelijk te maken.

Wat vraagt eHealth van organisaties?

Het succes van eHealth hangt af van de integratie daarvan. Zolang eHealth geen volwaardig(e) product of dienst is, zal het minder kans van slagen hebben en blijft inzet vaak op pilotniveau. Of een eHealth applicatie een succes wordt, is afhankelijk van een veelheid aan factoren. Het proces van implementatie is complex.

Het ontwikkelen en implementeren van eHealth vraagt veel van een organisatie. Een essentieel onderdeel in het toepassen van eHealth in de praktijk is het veranderen van de mindset bij zorgprofessionals. 'Van zorgen voor naar zorgen dat' is ook hier de beweging die gemaakt moet worden. Binnen de gehandicaptenzorg is dat nog niet overal vanzelfsprekend. Cliënten zijn in veel gevallen behoorlijk afhankelijk van

de houding van de medewerkers. Binnen de gehandicaptenzorg is de rol van begeleiding en netwerk veel essentiëler voor de acceptatie van eHealth, dan bij andere sectoren. Het integreren van eHealth in de praktijk wordt nog veel als een nieuwe vorm van zorg gezien, terwijl als het ware alleen de vorm anders is. Er zijn daarbij wel andere competenties van medewerkers nodig om in de eerder genoemde paradigmashift te komen. Daar ligt een gezamenlijke taak voor onderwijs en HR professionals. Ook het directe netwerk van de cliënt speelt hierin een belangrijke rol. In de begeleiding van jongeren met een licht verstandelijke beperking komt het regelmatig voor dat de cliënten meer kennis hebben van moderne IT middelen dan de medewerkers.

Het risico bestaat dat die medewerkers dergelijke ontwikkelingen vooral als een bedreiging zien omdat ze zelf weinig kennis van zaken hebben en daarmee de invoering van eHealth vertragen. Dat is jammer want deze groep cliënten kan juist heel goed ingezet worden om de kennis te verspreiden en het

draagvlak bij andere cliënten te vergroten, ook dat is participatie. De meeste medewerkers zijn immers opgeleid om zichzelf als instrument in de begeleiding naar de cliënt in te zetten en zijn het niet gewend dat ze daarvoor bijvoorbeeld ook een iPad als middel kunnen gebruiken.

De toekomst is nu!

Technologische mogelijkheden zijn momenteel bijna groter dan waar we in de praktijk aan toe zijn. Ook op het vlak van eHealth. Toepassingen komen voor een steeds grotere doelgroep beschikbaar, zijn van groeiende volwassen technologie en steeds vaker te combineren binnen platformen. De kansen liggen binnen handbereik.



Binnen de gehandicaptenzorg zien we nu vooral ontwikkeling van digitale stappenplannen, structuur ondersteunende toepassingen, registratie van emoties & gemoedstoestanden, inzicht en toegang tot het eigen cliëntendossier, 'pratende' agenda's, app's en wearables. Toch komt dit niet altijd overeen met de investeringen die zorgaanbieders doen in aanschaf ten aanzien van implementatie van eHealth. Er ligt grote potentie in de zojuist genoemde toepassingen, echter om deze kansen te verzilveren is investering in implementatie noodzakelijk. Als we kijken naar waar de sector zich momenteel bevindt, lijkt in de nabije toekomst de meeste waarde te behalen op het vlak van zelfmonitoring, begeleiding op afstand, toepassingen rondom leerbaarheid en weerbaarheid, agressie regulatie, domotica en anticiperende technologie zoals bijv. Google Now en combinatie van toepassingen via 'internet of things'.

Om resultaat te boeken moet men ergens beginnen, dat heeft de gehandicaptenzorg gedaan. Nu is het zaak om daar op door te

pakken. Niet alles kan in één keer veranderd worden en juist kleine succesvolle stappen vormen de sleutel tot een goed resultaat. Het verbinden van diverse eHealth oplossingen is iets dat de komende jaren interessant kan worden. Daarbij hoeft het niet direct over big data te gaan, juist het samenbrengen van data van één cliënt kan al veel informatie geven over iemands gezondheid. Innoveren vanuit praktische ervaringen, doelgericht ontwikkelen en de cliënt met zijn of haar behoefte centraal stellen.

Adviezen vanuit de gehandicaptenzorg

Het ervaren van de mogelijkheden en voordelen zijn essentieel om eHealth binnen organisaties tot een succes te maken. Blijf medewerkers vooral stimuleren met blended vormen van zorg en bied ruimte voor experimenten. Onderschat de waarde van goede casussen niet, vertaal eHealth naar concrete voorbeelden en maak het tastbaar via bijvoorbeeld living labs: een fysieke plek waar cliënten en medewerkers op een laagdrempelige manier kennismaken met nieuwe mogelijkheden.

Betrek cliënten vanaf het begin bij deze ontwikkelingen en vertaal hun behoeften naar nieuwe blended concepten. Veel goede initiatieven rondom eHealth stranden op pilot-niveau door het ontbreken van goede business modellen. Besteed voldoende aandacht aan deze context. Het creëren van nieuwe zorgconcepten hoeft niet perse afhankelijk te zijn van financieringsmogelijkheden vanuit zorgkantoren, gemeenten of subsidies. Dit kan ook door eHealth als een geïntegreerde mix van de totale dienstverlening in te zetten. Dat betekent niet alleen commitment vanuit alle onderdelen uit je organisatie, maar ook een gezonde portie lef. Als we streven naar een goed en zinvol gebruik van eHealth toepassingen door zowel zorgmedewerkers als cliënten, is het van essentieel belang dat beiden groepen begrijpen met welk doel de toepassing wordt ingezet en wat de betekenis hiervan is op de verschillende levensdomeinen. eHealth toepassingen reiken vele mogelijkheden aan om zelfstandiger te leven en beter te kunnen participeren in de maatschappij.

Begin met kleine stappen met het introduceren van eHealth, zodat cliënten hier ook aan wennen, speel in op hun behoeften en betrek hen bij iedere stap. Veranderen gaat niet binnen één dag. Vier en communiceer ieder succes, hoe groot of hoe klein deze ook is, want met kleine stappen kunnen al grote veranderingen teweeg worden gebracht. Hiermee maken we de zorg uiteindelijk toekomstbestendig ofwel kwalitatief beter, flexibeler, goedkoper en toegankelijker.



EHEALTH ROND PUBLIEKE GEZONDHEID EN PREVENTIE

Paul van der Velpen

Publieke gezondheid vindt meestal, anders dan de reguliere gezondheidszorg, NIET plaats op het initiatief van het individu. Het overgrote deel van de gezondheidszorg (95% van de zorgkosten), gebeurt op initiatief van het individu. Heb je pijn in je knie? Aan jou de beslissing om wel of niet naar de huisarts te gaan. Een prima uitgangspunt voor de reguliere gezondheidszorg: eigen verantwoordelijkheid. Voor de overige 5% van de totale zorgkosten liggen de verhoudingen anders.

Daar ligt het initiatief bij de overheid. Vrouwen boven een bepaalde leeftijd worden opgeroepen voor screening op borstkanker, of ze klachten hebben of niet. De jeugdgezondheidszorg, gefinancierd door de gemeente, roept opvoeders met kinderen op bepaalde momenten op. Genoeg voorbeelden maar wat onderscheidt de publieke gezondheidszorg nou echt van de reguliere gezondheidszorg?

Bereik is bij de activiteiten van de publieke gezondheid één van de belangrijkste succesfactoren. Zo wordt bijvoorbeeld met de hielprik (voor kinderen in de eerste zes weken) tussen de 90 en 100% in de eerste week bereikt. Je wilt preventief zijn als publieke gezondheid dus moet je de totale (risico)groep bereiken.

Een tweede kenmerk van publieke gezondheid is dat gezondheid wordt verbonden met andere zaken, een integrale aanpak. Eén van de beste bijdragen aan de volksgezondheid is de verbetering van de riolering, het ophalen van afval. Dat zijn ook zaken waar het individu niet veel aan kan doen. Slechte luchtkwaliteit? Te veel lawaai? Maar ook factoren als wonen, werk/inkomen en leefomgeving zijn van invloed op de gezondheid van burgers. Daar kan de gemeente meer aan doen dan de individuele burger, bijvoorbeeld via wetgeving.

Ten derde is de taak van de publieke gezondheid: oorzaak wegnemen. Burger A kan wel verantwoordelijkheid nemen, gezond

leven, maar burger B kan een ziekte oplopen die besmettelijk is en daarmee burger A besmetten. De taak van de huisarts is beide burgers te genezen en de taak van de GGD is op zoek te gaan naar de bron van het probleem en deze aan te pakken.

Daarnaast zijn er crisissituaties, zowel collectief (de Amsterdamse zedenzaak, een vliegtuigramp etc.) als op individueel niveau (iemand wordt dak- en thuisloos) waarbij de ogen met betrekking tot de gezondheid zijn gericht op de gemeente. Niet elke burger is voldoende zelfredzaam. Omdat gezondheid niet gelijk over de bevolking is verdeeld (burgers met lagere opleiding en inkomen leven korter en kennen meer ongezonde jaren) wordt het vaak ook als taak van publieke gezondheid gezien om voor deze doelgroep de zorg toegankelijker te maken. We gaan in dit artikel uit van gemotiveerde en zelfredzame burgers die alleen nog maar (digitaal) ondersteund moeten worden. EHealth toepassingen voor de doelgroep die minder zelfredzaam is, vereisen een andere aanpak.

Publieke gezondheid staat vaak aan de voorkant van de gezondheidsketen (preventie) en aan de achterkant (crisis), zelden ertussen: de individuele behandeling. Een flink deel van de publieke gezondheid wordt in Nederland uitgevoerd door 25 GGD'en, die bestuurd worden door gemeenten.

Deze introductie van publieke gezondheid is nodig omdat dit aangeeft wat de (on-)mogelijkheden zijn van eHealth binnen dit domein en wat we wel en niet mogen verwachten van publieke gezondheid als het gaat om EHealth. Want bij de term eHealth wordt snel gedacht aan de individuele klacht of vraag van een klant die met eHealth wordt verholpen. De publieke gezondheidszorg moet breder kijken en grote doelgroepen aanspreken met eHealth. Gelukkig werkt deze combinatie in bepaalde situaties erg effectief. De praktijksituaties verdelen we onder in eHealth activiteiten richting de beleidsmakers en hulpverleners en richting de burger.

EHealth activiteiten richting beleidsmakers en hulpverleners

Epidemiologie nieuwe stijl: de wijkgezondheidsscan.

Een klassieke taak van publieke gezondheid is informatie verstrekken aan beleidsmakers over de gezondheid van burgers, zodat op verschillende gebieden (van ruimtelijke ordening tot onderwijs) maatregelen genomen kunnen worden ten gunste van de volksgezondheid. Daarom doen GGD'en epidemiologisch onderzoek. Dat onderzoek resulteerde tot voor kort in rapporten. Steeds vaker komt die informatie beschikbaar op internet (www.ggdgezondheidinbeeld.nl) zodat iedereen toegang heeft tot deze informatie. Een goede stap voorwaarts, maar volgens mij moet er meer gebeuren.

Gemeenten gaan vanwege de drie decentralisaties (Jeugdzorg, AWBZ, participatie) steeds meer gebiedsgericht werken. Zo is Amsterdam opgedeeld in 22 gebieden met per gebied een Ouder- en Kind centrum (jeugdgezondheidszorg en jeugdhulpverlening), een wijkgezondheidsteam (rondom de huisarts), een participatieteam en een samendoen-

team dat zich richt op multiprobleem-gezinnen. Om de inzet in de gebieden focus te geven, is op gebiedsniveau informatie nodig over gezondheid. Het gaat dan om verschillende parameters van gezondheid, bijvoorbeeld de zorgbehoefte, de zorgconsumptie en -kosten (huisarts, zorgverzekeraar). De werkwijze moet zo zijn dat deze informatie naast elkaar wordt weergegeven en teruggegeven aan de hulpverleners in dat betreffende gebied, zodat zij geïnspireerd worden tot preventieve acties en innovatie. Het is dus meer dan alleen het vergelijken van cijfers. De cijfers bieden een goed uitgangspunt voor een dialoog tussen professionals.

De GGD heeft in Amsterdam samen met Stichting Amsterdamse Gezondheidscentra (SAG) en Eerste Lijn Amsterdam een pilot uitgevoerd in Osdorp en werd daarbij gesteund door een zeer actieve huisartsengroep. Het is een goede zaak als een dergelijke wijkgezondheidsscan eens per 2-3 jaar voor elk gebied zou plaatsvinden. De twee grote financiers in het domein, gemeenten

en zorgverzekeraars, kunnen gezamenlijk hiertoe initiatieven nemen. De GGD kan hier een uitvoerende rol in spelen. De informatie moet op een makkelijk toegankelijke manier beschikbaar zijn voor hulpverleners, bijvoorbeeld via een website. Voor de publieke gezondheid is het een belangrijke ontwikkeling om met informatietechnologieën de gezondheidszorg te verbeteren.

Menukaarten

EHealth kan ook direct informatie geven aan de hulpverleners. Hiervoor werpen we een blik in de toekomst: stel dat een huisarts te maken krijgt met een kind met overgewicht. De huisarts diagnosticeert het kind en krijgt via de digitale menukaart een overzicht van alle mogelijke effectieve interventies voor het desbetreffende kind. Hierna maakt de huisarts meteen de afspraak. Taak van de publieke gezondheid is te zorgen dat de menukaarten in samenwerking met huisartsen beschikbaar komen.

De GGD Amsterdam heeft met www.jeugdpreventiewijzer.nl een begin gemaakt

met een dergelijke menukaart. Geen sociale kaart in de vorm van een kaartenbak, maar een bewezen interventie en instelling die het uitvoert.

EHealth activiteiten richting burger

De tijd dat de burger klakkeloos alle informatie van de arts accepteert ligt (gelukkig) al lang achter ons. Aan de andere kant wordt de burger via het internet dagelijks geconfronteerd met de grootst mogelijke onzin, ook op het gebied van gezondheid. Hier ligt een taak voor de publieke gezondheid voor de hand: zorgen voor betrouwbare informatie op het internet.

Sociale kaart

De zelfredzame burger moet weten waar hij welke hulp kan vinden. Op een website moeten alle producten en diensten van de gemeente en zorginstellingen staan maar meestal begint de burger niet te zoeken bij de gemeente als het om zorg gaat. Ik zie het als taak van de publieke gezondheid om te zorgen voor betrouwbare sociale kaarten rondom diverse thema's. Sociale kaarten die bovendien goed toegankelijk zijn voor een breed publiek met onderwerpen als

huiselijk geweld, overgewicht of dementie. Via de sociale kaart weet de klant bij welke instelling hij of zij kan aankloppen. De informatie van de sociale kaart is ook bruikbaar voor professionals zoals huisartsen.



Digitale dienstverlening voor de burger

Burgers gebruiken een gezondheidswebsite

- Om genoeg informatie vinden zodat hij geen contact met hulpverlening hoeft op te nemen;
- Ter voorbereiding op een gesprek met hulpverlener;
- Tijdens contact tussen klant en hulpverlener;
- Voor het leveren van nazorg.

SAM-Amsterdam.nl

Op deze website presenteren hulpverleners van diverse organisaties en met verschillende expertises zich. Jongeren kunnen zelf kiezen met welke hulpverlener zij willen chatten of mailen. Indien nodig kan er op basis van die conversatie een afspraak worden gemaakt. Hier zitten ook hulpverleners bij die bij de GGD werken (jeugdartsen, soa-verpleegkundige etc). De hulpverleners komen zowel uit de 1e als de 2e lijn. Om te voorkomen dat jongeren onnodig naar de tweede lijn stappen, wordt de klantenstroom gemonitord.

Jouwggd.nl

Enkele jaren geleden is besloten om alle jongeren ook in de vierde klas van het

voortgezet onderwijs te benaderen door de jeugdgezondheidszorg (in de tweede klas gebeurt dat al langer). De meeste GGD'en verstrekken een vragenlijst die digitaal wordt ingevuld. Jongeren met een bepaalde score en jongeren uit het Vmbo worden uitgenodigd voor een face-to-face-contact. Op grond van een vragenlijst en een gesprek krijgen de jongeren gezondheidsadvies. 15 GGD'en laten het contact met jongeren lopen via www.jouwggd.nl. Voordeel van deze werkwijze is dat via deze website het contact met de jongeren ook na dat ene moment gecontinueerd kan worden. Dit contact bestaat uit mail en chatgesprekken met de medewerkers van de GGD.

Mantotmantestlab.nl en partnerwaarschuwing

(voor- en nazorg bij een Soa)

Voorzorg bij een Soa: Op mantotmantestlab.nl kan een pakket aan SOA testen besteld worden. De website is gericht op homoseksuele mannen die zich willen testen. Ze leveren het zelf afgenomen testmateriaal (bloed, urine en slijm) aan bij de huisartslaboratoria. De uitslagen van

het testmateriaal worden vervolgens gestuurd naar de GGD. De GGD soapoli arts stelt de diagnose vast en uploadt de uitslag op een beveiligde website. De cliënt logt in met een unieke code en ontvangt zijn testresultaten. De voordelen van zelftesten, aldus de gebruikers, zijn: de anonimiteit van de test, snelle reactie bij negatieve resultaten, geen gang naar de Soa poli en de kwaliteit van de check. Een derde van de gebruikers heeft voor het gebruik van het testpakket nog nooit een Soa kliniek bezocht. Een winst op het gebied van bereik en de toegankelijkheid van de publieke gezondheid.

Nazorg bij een Soa: Mensen komen bij de Soa poli, blijken een geslachtziekte te hebben en willen diegene waarschuwen waarmee ze seks gehad hebben. Dit kan via een website van de GGD, zodat de betreffende persoon (anoniem) gewaarschuwd wordt dat hij/zij mogelijk risico loopt. Voor de persoon met een Soa kan het makkelijker zijn om het te mailen dan langs te gaan. Doordat de mail geautoriseerd is door de GGD kan de ontvanger zien dat het bericht eerlijke informatie bevat. Voor mannen waar pas

HIV bij is geconstateerd is de website [4mezelf.nl](#) ontwikkeld met allerlei relevante informatie en vormen van nazorg. De ondersteuning op de website wordt op vier verschillende manieren aangeboden: tekstueel, coaching, films / testimonials en quotes.

In 2017 vallen deze eHealth puzzelstukjes als volgt in elkaar bij de volgende case. Moeder maakt zich zorgen over het gewicht van haar kind en zoekt via de groei-app (op geattendeerd via de jeugdarts) informatie over kinderen en overgewicht. Op grond van die informatie beslist de moeder om naar de huisarts te gaan. De huisarts stelt de diagnose en verwijst via de digitale menukaart de patiënt naar LEF door (groepsaanpak voor kinderen met overgewicht). De groepsaanpak van LEF is door de gemeente ingekocht bij een zorginstelling. Uit de wijk- en praktijkscan bleek namelijk dat er veel kinderen met overgewicht in de wijk wonen, terwijl er geen aanpak voor de groep is. Nadat het kind heeft deelgenomen maakt hij gebruik van een applicatie om zijn leefstijl te monitoren en bij te stellen. Via [www.wijhelpen.nl](#) (website die

vrijwilligers koppelt aan hulpvragers) vindt de moeder een vrijwilliger die haar zoon wil coachen om de nieuwe leefstijl vol te houden.

Conclusie

Ook voor de publieke gezondheid liggen er grote uitdagingen op digitaal gebied. Bij eHealth toepassingen in de publieke gezondheid gaat het in mindere mate om de individuele behandeling. De eHealth apps zijn vooral gericht op het verbeteren van de informatiepositie van de professionals (beleidsmedewerkers, en 1ste lijnszorg) en het ondersteunen van het signalerings- en verwijzingsproces. De eHealth toepassingen voor burgers zijn zowel gericht op het informeren, als op het faciliteren en laagdrempelig maken van ondersteuningsaanbod (formeel en informeel). Voor de gemiddelde burger lijken de voorbeelden uit dit artikel voor de hand te liggen, maar ze behoren absoluut nog niet tot de basisinstrumenten van de publieke gezondheid van Nederland. Hier ligt een grote uitdaging voor de 25 GGD'en. Door het omarmen van eHealth door de GGD kan eHealth preventie

en voorlichting een veel belangrijkere rol en “marktaandeel” verwerven in het zorgdomein.

De kosten van eHealth bestaan niet uit éénmalig een programma maken. Als zorginstelling wil je iets neerzetten, het moet worden onderhouden en er moet reclame voor de toepassing gemaakt worden. Financiers willen wel meebetalen maar vragen vaak of het besparingen oplevert. Dat is bij eHealth niet zo makkelijk te bepalen. De ontwikkeling van eHealth moet vooraf zeker niet als doel hebben om te bezuinigen op de zorg. Op onderdelen kan de zorg zelfs duurder worden maar de kwaliteit en het bereik stijgt en daarmee de effectiviteit van preventie. Dat kan weer een besparing op de langere termijn opleveren.

Met dank aan Udi Davidovich, Petra van Tiggelen, Johan Osté, Han Fennema en Tom van der Velpen

EHEALTH IN EEN ZORGENDE SAMENLEVING

Floor de Jong, Yvonne de Jong
en Brechtje Walburgh Schmidt

Een beetje zorgen voor een ander maakt gelukkig, wijst onderzoek uit. Maar hoe hou je het bij ‘een beetje’? Hoe kun je de taken zo goed mogelijk verdelen? Welke digitale ontwikkelingen spelen daarbij een rol en hoe kunnen ze elkaar aanvullen? Dit hoofdstuk zoomt in op de dagelijkse tools tot de doorontwikkeling van digitale marktplaatsen voor het matchen van vraag en aanbod in onze zorgende samenleving.

Zorgen voor een ander geeft een goed gevoel. Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) ontdekte dat mantelzorgers die gemiddeld 3 uur per week zorgen, hun leven als gelukkiger beoordelen dan mensen die meer, minder of helemaal niet zorgen. Een beetje mantelzorg maakt dus gelukkig, (te)veel maakt ongelukkig. Iedereen die tijdelijk of langdurig intensief heeft gezorgd voor een naaste zal dit beeld herkennen.

Niet zo gek dus, dat de reacties op de transformatie in de zorg nogal tegenstrijdig zijn.

Veel mensen zijn bezorgd over de plannen om meer inzet te vragen van (soms overbelaste) mantelzorgers. Anderen zien kansen en bieden buurthulp aan op digitale marktplaatsen zoals WeHelpen en Buuv. Zowel de zorgen als het enthousiasme zijn reëel: zorgen voor een ander is waardevol maar kan ook belastend zijn.

Op zoek naar balans

Met die kennis in het achterhoofd is het de kunst is om samen de balans te vinden. Gevoeligheid te ontwikkelen voor beide kanten van de medaille. Natuurlijk, de behoefte aan goede afstemming en samenwerking tussen de (on)mogelijkheden van zelfhulp, mantelzorg, vrijwilligers, buurthulp en burgerinitiatieven enerzijds en de formele zorg anderzijds zal groeien.

En om een optimaal samenspel te bereiken moeten ook allerlei praktische vraagstukken overbrugd worden. Familieleden wonen vaker ver van elkaar vandaan, communiceren met veel verschillende zorgverleners is soms ingewikkeld

en hoe zorg je ervoor dat enthousiaste vrijwilligers met de juiste persoon in contact komen?

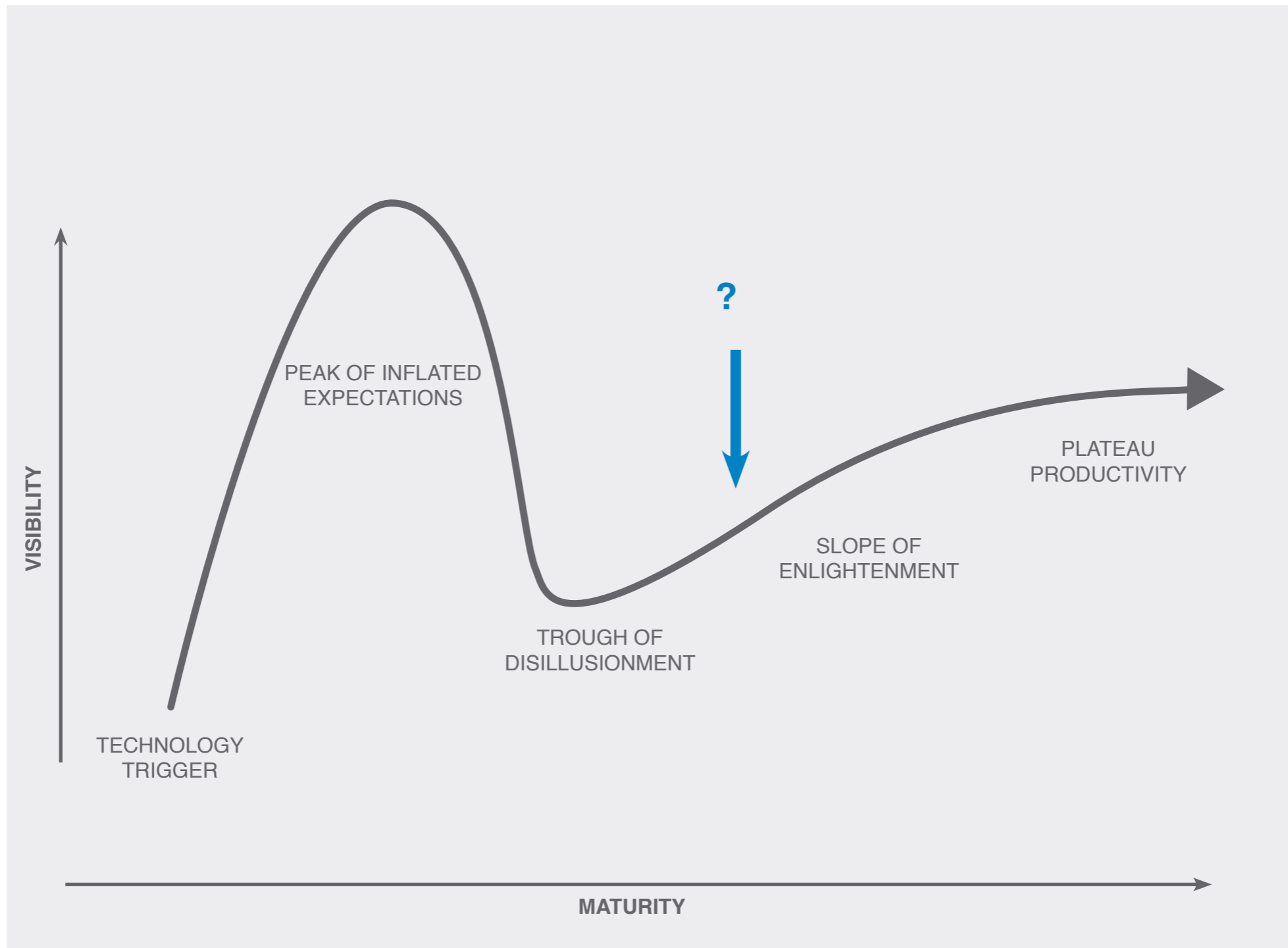
Digitale zorg

Al sinds 2007 zien we steeds meer online platforms en communicatiemiddelen die op onderdelen van deze vraagstukken ingrijpen, kunnen ondersteunen of zelfs een oplossing bieden. Hoe staat het er anno 2014 voor? We laten ze graag de revue passeren. Van spelletjes en tools die we allemaal kennen - whatsapp, google-calender of wordfeud – via digitale communicatiemiddelen die speciaal voor de zorg zijn ontwikkeld tot de digitale marktplaatsen waarin lokaal burenhulp wordt gematcht. Ten slotte staan we kort stil bij de nieuwste omgevingen die meerdere functies lijken te combineren.

Dagelijkse zorg, dagelijkse tools

Marije skypt vanuit haar studentenkamer in Utrecht met haar opa in het verzorgingshuis in Delft. Herman speelt na het eten nog even een

Figuur1 de Gartner Hype Cycle



potje wordfeud met zijn 80-jarige moeder. Janice houdt haar familie en vrienden op de hoogte van haar behandeling en ervaringen via een blog. En Ricardo is die 'handige' neef die voor de hele familie een gedeelde google-calender opzet om zo gezamenlijk de bezoeken bij Tante Angela in het ziekenhuis af te stemmen.

Niet meer dan logisch

Het is niet meer dan logisch dat we nieuwe communicatiemiddelen inzetten om meer of op andere manieren contact te leggen met de mensen om wie we geven. Ook zien we steeds vaker dat zorgverleners daarbij aansluiten. Soms is het veel effectiever om via de whatsapp direct een vraag te stellen aan je begeleider dan te wachten tot het wekelijkse spreekuurtje. Daarnaast zien we sinds 2007 een opkomst van online oplossingen die specifiek voor de communicatie of organisatie van zorg zijn ontwikkeld.

Digitale communicatie: de techniek is er

Er bestaan in Nederland al zo'n twintig verschillende digitale omgevingen waarin

het contact en de afstemming rond een persoon, zijn of haar familie en vrienden en de formele zorg centraal staan. Het gaat dan om toepassingen die binnen één gedeelde digitale omgeving allerlei soorten functies bieden. Je kunt daarbij denken aan een gedeelde agenda, foto's, logboekfuncties, beeldbellen, beveiligd gegevens delen, plannen maken en taken verdelen.

Verschillen en overeenkomsten

Er zijn veel overeenkomsten, maar natuurlijk zijn alle toepassingen ook net even anders. Omdat ze gestart zijn vanuit een specifieke invalshoek of voor een specifieke doelgroep of omdat ze gestoeld zijn op een ander verdienmodel. Sommige toepassingen zijn bijvoorbeeld gratis, zoals Deelgenoot, BucketLine, Bloomily of Carenzorgt. Soms betaal je maandelijks een bedrag voor gebruik zoals bij ShareCare Zorgsite of ABCTV. En er zijn toepassingen waarbij de zorgaanbieder de software aanschaft en hun cliënten en netwerk het gebruik gratis aanbiedt zoals bij Familienet of Mextra.

Onbekend maakt onbemind

In een gebruikersonderzoek van ShareCare Zorgsite valt op dat hoewel zorgvragers, mantelzorgers en familie erg enthousiast zijn, de deelname van de formele zorgverleners achterblijft. Mogelijk doordat het voor individuele zorgverleners lastig kan zijn om mee te draaien in een digitale omgeving die niet aansluit bij hun eigen werkprocessen. Bovendien is meedoen praktisch onhaalbaar als iedere familie voor een andere vorm of systeem kiest.

En dan is er nog de koudwatervrees: de zorg om privacy en vertroebeling van werk en privé. Zorgorganisaties die actief beleid voeren op netwerkversterking en familieparticipatie, besteden logischerwijs ook aandacht aan digitale communicatie. Als zorgorganisaties hun medewerkers tijd en ruimte bieden en hun cliënten en de familie nauw weten te betrekken bij de keuze voor een tool, levert dat uiteindelijk veel winst op voor alle partijen.

Digitale marktplaatsen: van hype naar productiviteit?

WeHelpen, Miess, Nettie, Vraagelkaar, Zorgvoorelkaar, Dominozorg, Buuv, Tijdvoorelkaar, Hulpinjebuurt, Burenhulpcentrale en Eigenzorg. Elf voorbeelden van online marktplaatsen die de afgelopen jaren zijn gelanceerd om vraag en aanbod van kleine diensten – zoals klusjes, boodschappen, wandelen - te matchen. Sommigen platforms opereren landelijk en andere juist lokaal. Maar er is meer! Voor een zelf gekookte en afgeleverde maaltijd van je buurtgenoot kun je sinds dit jaar ook terecht bij Thuisafgehaald.nl.

Of wat dacht je van sites die gratis diensten combineren met betaald aanbod zoals NationaleHulpgids, Wijzorg of BeterThuis? Regelhulp.nl is het antwoord van de overheid om online te zoeken naar hulp en ondersteuning. Kortom we kunnen met recht spreken van een trend. Of is het een hype?

De Gartner Hype Cycle

In figuur 1 is de Gartner Hype Cycle te zien. Het is een bekende grafiek die innovatiemanagers gebruiken om de verschillende fases van een technologische doorbraak te onderscheiden.

Fase 1 is de technologische trigger. Nieuwe aanlokkelijke concepten trekken de aandacht van media en investeerders. Er bestaan echter nog geen werkende producten. De aandacht bouwt zich op tot een piek van hooggespannen verwachtingen: fase 2. Vervolgens komen de eerste negatieve berichten en mislukte experimenten naar buiten. De toepassing moet dan door fase 3 heen: het dal van de desillusie. Alleen als ontwikkelaars in staat zijn zich aan te passen aan de behoeften van de vroege gebruikers, zullen investeringen doorgaan. Via de 'Slope of Enlightenment' kom je dan tot productieve toepassingen van de techniek.

De hype voorbij

De grote hype en de hoge verwachtingen rond digitale marktplaatsen zijn inderdaad inmiddels voorbij. Ook de eerste mislukkingen zijn een feit. Er was bijvoorbeeld wel veel aanbod, maar nog weinig vraag waardoor er nog niet genoeg matches ontstonden. Veel gehoorde kritiek is ook dat de online marktplaatsen niet geschikt zijn voor echt kwetsbare mensen omdat zij niet precies weten wie ze via het web uitnodigen. Maar als de Gartner Hype Cycle hier inderdaad van toepassing is, dan bevinden we ons nu wellicht in een fase van verlichting en inzicht. Om zo te komen tot de laatste stap: fase 5 het plateau van productiviteit.

De nieuwe vrijwilliger

De opkomst van digitale marktplaatsen staat niet los van de vrijwilliger 2.0, waarbij zelf plannen, matchen en kortdurende inzet centraal staan. De internationale vrijwilligersorganisatie NederlandCares speelt in op de behoefte aan flexibiliteit door in grote steden wekelijks activiteiten aan te bieden waar mensen eenmalig hun steentje kunnen bijdragen.

Matchen is niet nieuw

Het principe van matchen van vraag en aanbod is natuurlijk niet nieuw. Nederland is van oudsher kampioen op het gebied van vrijwilligerswerk, ook in de zorg. Ervaringen uit die hoek kunnen bijdragen aan de doorontwikkeling van digitale marktplaatsen. Bekende vrijwilligersorganisaties zoals Humanitas en de Zonnebloem en lokale vrijwillige hulpdiensten hebben bergen ervaring in het duurzaam samenbrengen van maatjes en vraag en aanbod.

Vaak door een eenvoudige telefoondienst met een handige geautomatiseerde kaartenbak en natuurlijk de ervaring en mensenkennis van de matchende coördinatoren. Als de marktplaatsen nog niet van hen leren, dan zouden ze snel eens op werkbezoek moeten.

Aanhaken bij zorgcoöperaties?

Ten slotte liggen er nog kansen om aan te haken bij de energie die lokale zorgcoöperaties in hun dorpen en buurten losmaken: initiatieven waarin bewoners van een kern, dorp of stadsdeel voor elkaar diensten op het gebied van welzijn en zorg regelen. Denk bijvoorbeeld

aan boodschappen, klussen, vervoer, hulp bij indicaties en soms ook verpleegkundige zorg. Elkaar leren kennen, ontmoeten en gezelligheid zijn daarbij vaak het uitgangspunt. In de zomer van 2014 bracht Vilans deze burgerinitiatieven in kaart. Er zijn er inmiddels al 75 en maandelijks komen er nieuwe bij. Vooral in Brabant en Amsterdam zet de trend stevig door.

De nieuwe generatie: 3-in-een?

Hoewel we in dit artikel bewust onderscheid hebben gemaakt tussen digitale communicatie en afstemming binnen één netwerk enerzijds en de digitale marktplaatsen anderzijds, zien we ze ook bij elkaar komen. Je kunt bijvoorbeeld een persoonlijke gezondheidsplatform aanmaken in Quli, waarbij allerlei functies gecombineerd worden. Zo kan iemand die een account heeft in Quli en daarin zijn persoonlijke plan en afspraken bijhoudt ook zijn informele netwerk uitnodigen en via een portal oproepjes plaatsen in Wehelpen. En via een account van Wehelpen kun je sinds kort ook met vrienden en bekenden zorg en hulp in plannen.

Nieuwe zorgplannen

Net als Quli zou je toepassingen zoals Mextra en bijvoorbeeld een BigMove-app of ikracht kunnen scharen onder de nieuwe generatie online zorgplannen. Traditionele zorgplannen worden door cliënten vaak ervaren als 'dossiers van de zorgaanbieders'. Ook zijn ze zowel fysiek als in taalgebruik vaak ontoegankelijk. Het voert te ver om in dit artikel uitgebreid in te gaan op vraagstukken en ontwikkelingen rond zorgplannen, maar duidelijk is wel dat de oude vorm niet aansluit bij de gebruiker, laat staan dat het zelfmanagement stimuleert. De beweging naar online, toegankelijke en zelf te maken en bij te sturen plannen is dan ook een goede ontwikkeling. Dat daarin een contact gelegd wordt met mantelzorgers en familie en/of vrienden lijkt niet meer dan logisch. Wij zijn erg benieuwd of de 3-in-1 varianten inderdaad gaan vliegen in de praktijk. Of dat we in de toekomst voor de drie functies (plannen maken, communiceren met je sociale netwerk en matchen van vrijwillige diensten) afzonderlijke tools willen en gaan gebruiken.

Feedback?

Natuurlijk hebben we niet de pretentie in dit artikel volledig te zijn. Het ontbreekt ons op dit moment nog aan onafhankelijke studies van gebruikerservaringen. We kunnen dus alleen maar gissen naar de richting die het uitgaat. Ben je het er niet mee eens? Mis je toepassingen en trends? Zie je nieuwe kansen?

Tot eind 2014 werken we aan een kennisdossier over digitale communicatie en online platforms voor het Expertisecentrum Mantelzorg. We ontvangen graag jullie feedback en ervaringen uit de praktijk! Mail naar: F.dejong@vilans.nl, Y.dejong@vilans.nl en B.walburghschmidt@movisie.nl

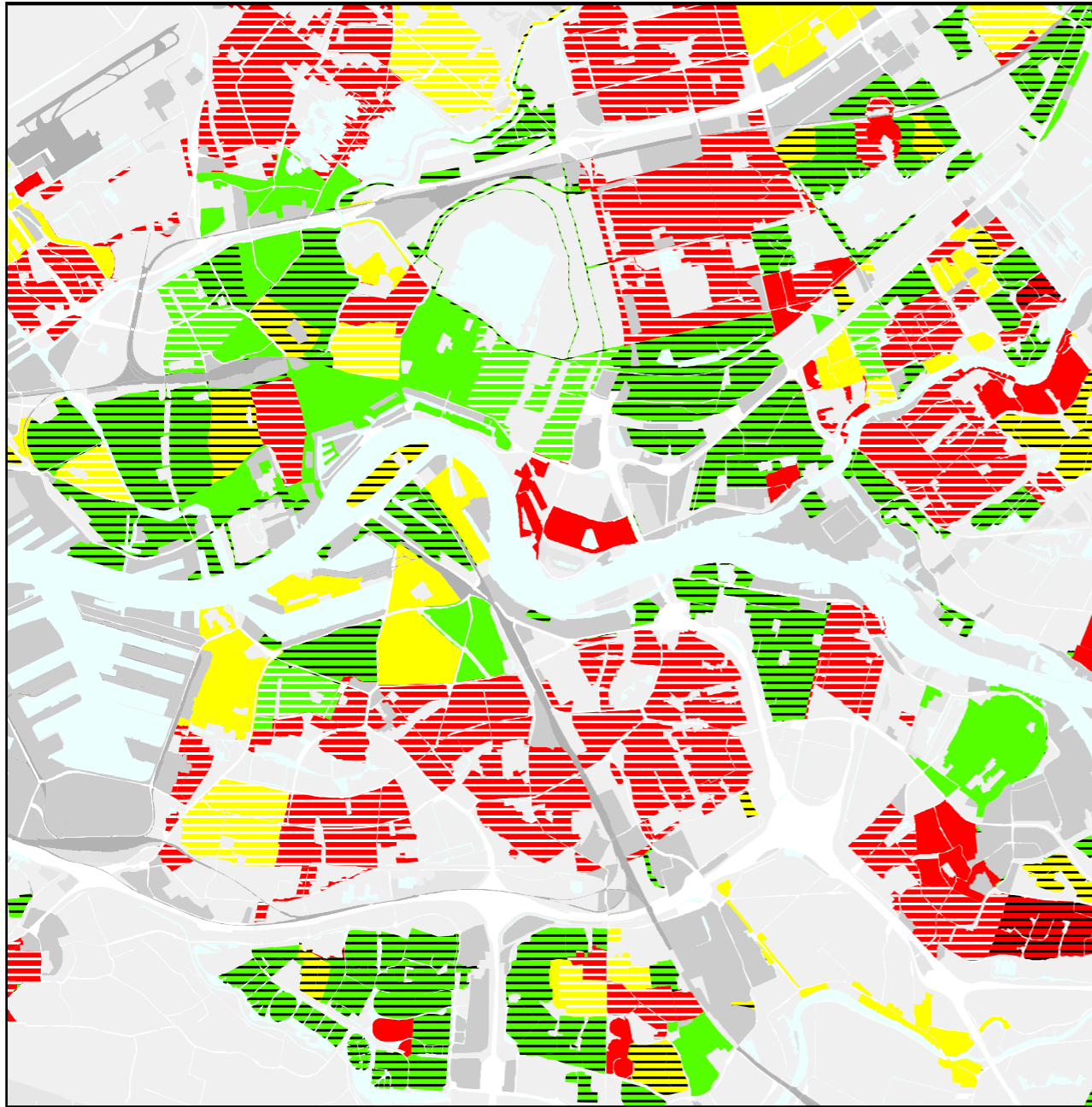
Literatuur

- Boer, A. de (2007). Mantelzorg. Een overzicht van de steun van en aan mantelzorgers in 2007. Den Haag: SCP.
- Joling, K., H. van Hout, F. Schellevis, H. van der Horst, P. Scheltens, D. Knol en H van Marwijk (2010). Depressie en angst bij partners van dementiepatiënten
- Jong, Y. (2013) Familieparticipatie 2.0. Digitale communicatie verbetert de relatie met de familie. In Kwaliteit in Zorg
- Palmboom, G. & Pols, J. (2008). Wat bezielt de mantelzorger? Den Haag: Nicis Institute.
- Simac (2014) Gebruikersonderzoek ShareCare Zorgsite "Samen mantelzorgen verlicht de zorg"



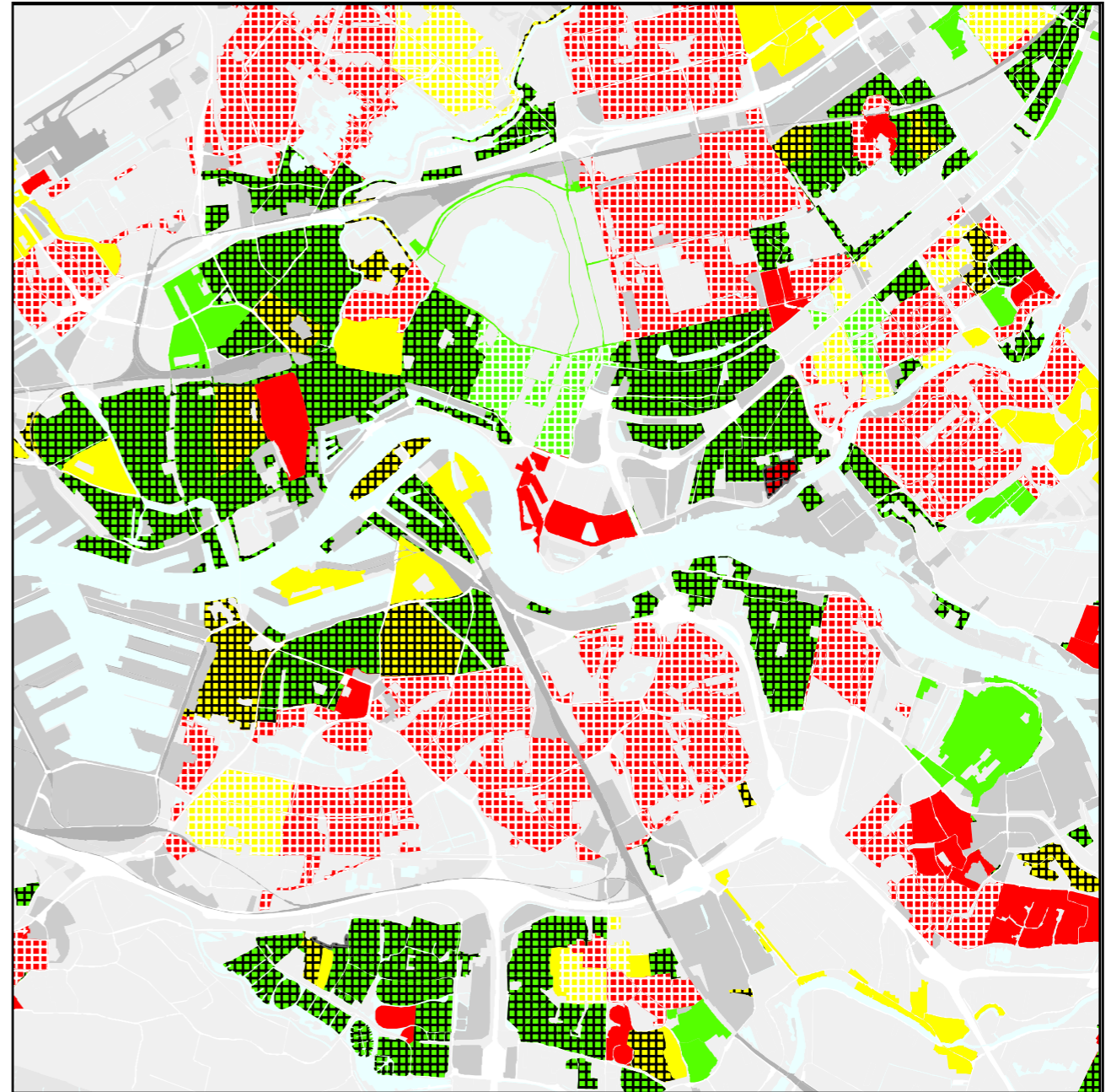
Zorg van boven

Het thema Zorg van Boven is verwerkt door het hele boek en laat een aanzicht zien van de demografie, zorgvraag en zorgcontext in Nederland.



Diabetes 2015 - 2020 CBS Buurtkaart Rotterdam

% Diabetes 2015 - 2020 CBS Buurt Rotterdam



Diabetes 2015 - 2030 CBS Buurtkaart Rotterdam

% Diabetes 2015 - 2030 CBS Buurt Rotterdam



EHEALTH IN DE EERSTE LIJN

Denis de Vries

De zorg in de eerste lijn is flink in beweging. De overheid wil een sterkere eerstelijnszorg die aansluit bij de wensen van de cliënt. De belangrijkste redenen zijn kostenbesparing, zorg dicht bij huis, meer zelfmanagement en het realiseren en organiseren van betere kwaliteit van zorg.

De term eerste lijn is een begrip die aan verandering onderhevig is. In dit artikel wordt bedoeld op alle direct toegankelijke, formeel geregistreerde zorgprofessionals met een eigen praktijk. Dus van huisarts tot verloskundige, van psycholoog tot oefentherapeut.

In de eerste lijn werkt een enorm brede groep van professionals met een zeer divers gebruik van eHealth. Waar huisartsen en fysiotherapeuten al in de vorige eeuw door toendertijd geldende wet- en regelgeving al gebruik maakten van bijvoorbeeld eHealth voor het administratieve proces, zijn andere beroepsgroepen pas later met eHealth begonnen en soms zelfs de early adopters voorbij gegaan.

De druk op de eerste lijn neemt toe.

Zorg in de eerste lijn is goedkoper dan in de tweede lijn. Daardoor ontstaat er substitutie: cliëntgroepen die voorheen bij de specialist in de tweede lijn kwamen, komen naar de eerste lijn, of binnen de eerste lijn verschuiven groepen. Denk in dit laatste geval aan de opkomst van de POH-GGZ die een aantal taken oppakken die eerder door de eerstelijnspsycholoog werden uitgevoerd. Daarnaast streeft de overheid naar gebundelde zorg in de regio, in de buurt. Dat krijgt vorm in de aanbeveling om zorg in de eerste lijn te organiseren in gezondheidscentra waarin ketenzorg en samenwerking centraal staan. Zorgverleners in de eerste lijn zijn vaak houder van een kleine praktijk, met hun eigen caseload aan cliënten en minimale overhead. Ze doen veel zelf. Het zijn pragmatici die zich vooral bezig willen houden met hun vakgebied, namelijk de cliëntenzorg.

Daar ligt hun hart, daarom hebben ze ooit dit beroep gekozen. Een beweging richting meer samenwerking en gezamenlijke organisatie van eerstelijnszorg op regionaal niveau heeft daarom veel impact.

Eerstelijnszorg als belangrijk schakelpunt: lust of last?

De eerstelijnszorg is een belangrijke schakel in het gehele stelsel van zorg. Het gaat om toegankelijke zorgverleners, die cliënten korter of langduriger behandelen of begeleiden. Dit heeft impact op het werk in de beginfase van de behandeling van deze zorgverleners. Waar voorheen de huisarts de voorselectie van klachten en behandeling deed, komt deze taak tevens bij ondersteuners zoals de POH te liggen. Daarnaast krijgen huisartsen mogelijk ook meer cliënten die verkennend contact opnemen, die met vragen zitten en behoefte aan informatie hebben. Dit lijkt het risico in zich te dragen van een verhoging van de administratieve werkdruk (denk aan de bereikbaarheid en de afhandeling van verkennende vragen). Het kan extra screeningstaken met zich mee brengen. In een tijd van bezuinigingen op de eerstelijnsvergoeding, waarbij het aantal consulten dat een cliënt vergoed krijgt terugloopt of zelfs verdwijnt, is dat een lastige situatie.

Gebruik van eHealth in eerste lijn

GGZ-praktijken, diëtisten en logopedisten, etc. maken in de verschillende fasen van hun proces gebruik van eHealth. Voor zowel administratieve als behandel inhoudelijke redenen als voor online profilering. Steeds meer behandelaren kiezen er inmiddels voor om online informatie te benutten om de zorgvraag te beperken. Zo zijn er meerdere websites met relevante informatie voor hun cliëntgroep. Het kan helpen om cliënten een link mee te geven van een site waarop ze de informatie over hun aandoening nog eens kunnen nalezen.

Daarnaast biedt eHealth ook steeds meer mogelijkheden in het verkrijgen van nieuwe cliënten. Door de bezuinigingen en verschuivingen derven steeds meer praktijken aan inkomsten. Ook werkt de marktwerking hierin mee. Een steeds grotere groep behandelaren maakt daarom ook steeds meer gebruik van sociale media om zich te profileren en cliënten te werven of te behouden. Anderen zoeken het in eCommunicatie, denk bijvoorbeeld aan de mogelijkheid om online een vraag te stellen via chat of een online formulier. Of aan gebruik van

toepassingen om tussen de behandelingen door online contact te hebben. Helaas gebeurt dit vaak nog via de onveilige e-mail, maar er komen ook steeds betere, betaalbare toepassingen die dit wel veilig faciliteren. Dit kan zowel in beveiligd berichtenverkeer als (video-chat) zijn. De laatste jaren worden zeer veel Apps in de eerste lijn ingezet, op allerlei gebied.

Met name registratieapps rondom leefstijl en psychosociale zaken. De ervaringen vanuit de GGZ met eHealthtoepassingen hebben hun weg echter nog onvoldoende gevonden naar de huisartsenpraktijk. Daar zitten quick wins voor veel huisartsenpraktijken. Een praktijkhouder in de eerste lijn heeft vaak minder budget om te besteden aan digitale middelen, mede omdat de behandelingen nog steeds maar deels worden vergoed en veel van de zorg uit het basispakket is verdwenen. Reden dat er veel gebruik wordt gemaakt van toepassingen die kleinere investeringen (zowel initieel als structureel) vragen.

Online behandelinterventies

Met name in de psychosociale hulpverlening

ontstaan steeds meer online interventies voor meerdere problemen, waarmee de cliënt redelijk zelfstandig aan de slag kan. Inmiddels zijn er dit soort interventies voor bijvoorbeeld depressieve klachten, angstklachten, werkgerelateerde klachten en problemen met alcohol- en drugsgebruik. En het scala breidt steeds verder uit. Vaak zijn de interventies een mix van diverse zelfhulpopdrachten waarbij de hulpverlener de voortgang monitort of de feedback geeft op de opdrachten.

Blended behandelingen

In de medische zorg zien we ook steeds meer toepassingen die de blended behandeling ondersteunen. Vaak met een face-to-face intake en van daaruit een mengvorm waarin de cliënt zelf oefeningen doet die bijvoorbeeld ondersteunt wordt door filmpjes op internet. Denk daarbij aan uitleg van de oefeningen die de behandelaar online deelt met de cliënt. Voordeel is tweeledig, de behandelaar weet dat de informatie correct is. De cliënt kan de informatie meerdere keren nalezen waardoor de kans groter is dat hij de oefening juist doet. En

heeft die toch een vraag, dan kan hij deze stellen via bijvoorbeeld een online vragenformulier of in de toepassing zelf.

De toekomst:

De praktijk en de financiering

Ontwikkelingen, zoals de toenemende zorgvraag, zorgkosten, de wens naar betere afstemming in de zorgketen en de focus op het langer thuis wonen en zelfmanagement, bieden kansen voor eHealth in de eerste lijn. eHealth kan bijdragen aan het goed toegankelijk houden van eerstelijns praktijken, met name omdat mensen/patiënten steeds meer vanuit huis kunnen doen: reguliere consulten, korte vragen, en er komt steeds meer informatie online. Eén van de belangrijkste uitdagingen voor de eerstelijnsorganisaties is echter hoe dit te faciliteren: is eHealth, vanwege mogelijke financieringsproblematiek, mogelijke extra werkdruk etc., alleen breed uitvoerbaar binnen bijvoorbeeld grote gezondheidscentra en zorggroepen? Of ook haalbaar voor de kleinere praktijken? En is dat dan vooral gericht op preventie en zelfmanagement?

De samenwerking tussen 1e en 2e lijn om tot vloeiendelijnszorg te komen en daarbij eHealth als onderdeel in te zetten verloopt, naast een aantal veelbelovende proeftuinen, vooralsnog moeizaam. De vraag is in hoeverre de eerste lijn door de verzekeraars meer en meer gedwongen gaat worden om afspraken te maken met de tweede lijn over substitutie (en vice versa). Regiofinanciering zoals uitgewerkt in het cappuccinomodel (door Guus Schrijvers oud-hoogleraar Public Health en Gezondheidseconoom), met naast een component voor populatiegebonden bekostiging, een laag volume tarief, en een component met een innovatietarief, biedt ook mogelijkheden voor eHealth. Regiofinanciering vraagt om een concrete vertaling naar de praktijk(en). Bijvoorbeeld door per ziektebeeld te bekijken wat beter kan in de informatie, communicatie en afstemming onderling en richting patiënten en te luisteren naar ideeën en wensen van patiënten. Zelfmanagement en preventie maken daar vanzelfsprekend een onderdeel vanuit. Zorgtrajecten rondom chronische aandoeningen zoals bijvoorbeeld COPD, Diabetes en Hartfalen

lenen zich prima voor procesoptimalisatie waarbij oplossingen vanuit eHealth uitstekend passen.

Uiteraard vraagt dit tijd, energie en inspiratie van alle betrokkenen. En ondanks de uiteenlopende groep zorgverleners die bij deze verandering betrokken is, ieder met hun eigen agenda en adoptiesnelheid, wordt de eerste lijn als belangrijk schakelpunt erkend.

Wilt u meer weten over de mogelijkheden van moderne middelen in de eerste lijn? Download dan [hier](#) het gratis e-book van JePraktijkOnline.





**HET
E-HEALTH
AANBOD**

SMAAKMAKERS TER INSPIRATIE

Co Politiek

Op de site van www.zorginnovatieboek.nl was er de mogelijkheid om te stemmen en commentaar te geven op de ingezonden eHealth-innovaties. Op basis van het aantal stemmen uit de markt en de waardering is een top 10 ontstaan.

In dit hoofdstuk komen alle ingediende innovaties even langs. Met behulp van de hyperlinks kunt u meer informatie vinden over de innovatie. De site van het zorginnovatieboek vormt daarmee een integraal onderdeel van dit boek.

In de tabel op de volgende pagina is te zien dat Dr. Smart als winnaar uit de bus is gekomen, met 230 stemmen en een gemiddelde waardering van 4,8 (op een schaal van 1-5). ‘Andere handen community’ en ‘Apps in de zorg’ zijn respectievelijk op de tweede en derde plaats geeindigd. De top 5 is volledig beschreven en wordt verder onder de aandacht gebracht bij de leden van de adviesraad.

1. Dr. Smart

Dr. Smart is een informatiesysteem waar mensen in hun eigen woorden antwoorden kunnen vinden op hun vragen over ziekte en gezondheid, gebruikmakend van de meest up-to-date wetenschappelijke kennis en via een loket, een platform met veel ruimte voor kennis delen.

Met Dr. Smart komt er meer aandacht voor verandering van leefstijl en gezondheidsbewustzijn en het kan voorzien in gezamenlijke besluitvorming van gebruiker en zorgverlener. Bij Dr. Smart staat de gebruiker centraal. Op basis van symptomen en problemen in het functioneren kan de gebruiker zelf informatie vergaren. Zowel de gebruiker als zorgverlener en de verzekeraar kunnen sturen op een gezonde leefstijl: de zorg voor gezondheid. Het is in staat om de zorgconsument te ondersteunen in elk stadium van preventie: collectieve preventie, individuele preventie en het verstrekken van hulpmiddelen. Afhankelijk van soort en mate van optreden van symptomen wordt preventief en/of een ‘lifestylechange’ advies gegeven.

De klanten van Dr. Smart:

- De zorgconsument: primair als slim informatiesysteem met verhoging van bewustwording voor eigen gezondheid. Het is in staat om de zorgconsument te ondersteunen in elk stadium van preventie: collectieve preventie, individuele preventie en het verstrekken van hulpmiddelen. Afhankelijk van soort en mate van optreden van symptomen wordt preventief en/of een ‘lifestylechange’ advies gegeven.
- De zorgverlener door direct gebruik van de meest relevante en up-to-date kennis, waaronder tools voor multi-morbiditeit en polyfarmacie.

De marktintroductie kan lopen via huisartsen en zorgverleners waarna de zorgconsumenten en hun verzekeraars volgen. Hierdoor kan integratie van de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg efficiënter worden gerealiseerd. Een effectmeting is in voorbereiding. De pilots zullen worden begeleid met een evaluatie die gelijk ook aanbevelingen oplevert voor een implementatieplan.

Innovatie	Aantal stemmen	Waardering	Totaal score
1. Dr Smart	230	4,80	1.104,00
2. Andere handen community	130	4,49	583,70
3. Apps in de zorg	103	4,96	510,88
4. Zoek misschientje	124	4,11	509,64
5. Mextra	87	4,32	375,84
6. Webfysio eHealth platform	77	4,34	334,18
7. GoOv	70	4,70	329,00
8. Anne in de zorg	66	4,64	306,24
9. Virtual Reality in exposure therapie	68	4,35	295,80
10. Kanta Messenger	51	4,78	243,78

Welk probleem lost deze innovatie op?

De vraag naar en behoefte aan informatie over gezondheid en ziekte is groot. Er is een groot aanbod aan informatiebronnen, maar de betrouwbaarheid daarvan is onduidelijk. De behoefte aan het delen van kennis met lotgenoten blijkt groot en past bij de behoefte aan regie over de eigen gezondheid en het eigen dossier. De wens om meer te sturen op preventie, eigen verantwoordelijkheid en eigen capaciteiten neemt toe. Dr. Smart houdt rekening met kennis en denkniveau van de gebruiker. Voor een goede zorg in de toekomst willen en moeten mensen meer verantwoordelijkheid nemen voor hun eigen gezondheid. Zij willen meer controle over hun eigen gezondheid en zij willen zelf een volwaardig gesprekspartner zijn voor de zorgverleners. Om dit te bereiken moeten we mensen helpen met bewustwording en kennis over hun gezondheid.

In welke fase zit deze innovatie?

1e implementatie

Naam innovator

Dr. Peter Scholten

2. Andere handen community

Andere handen community is een besloten virtueel platform voor medewerkers uit de zorg waar zij elkaar ontmoeten en zich kunnen ontwikkelen. Leden wisselen in een veilige omgeving kennis uit. Ze bevragen elkaar over hun vak, spreken over de veranderingen in de zorg en delen ervaringen over de dagelijkse werkzaamheden in de praktijk. Met elkaar werken ze aan de zorg van de toekomst.

De community integreert drie functies:

- De entreepagina presenteert zaken die te doen hebben met de toekomst van de zorg. Leden ontmoeten snel en efficiënt de buitenwereld en raken vertrouwd met technologie en sociale media in de zorg;
- Via vakgroepen verbindt de community medewerkers uit verschillende organisaties, deze sociale internet toepassing initieert het delen van kennis over een specifiek thema zoals Wijkzorg en Sociale innovatie;
- Tot slot biedt de community een sociale intranet functie aan organisaties. Via een eigen groep kunnen medewerkers elkaar onderling ontmoeten en binnen de organisatie van elkaar

leren. De community is te bereiken via www.anderehanden.com

Welk probleem lost deze innovatie op?

De community rust medewerkers toe voor de toekomst van hun vak. Zorgmedewerkers worden door de community virtueel vaardiger, raken vertrouwd met technologie en worden gefaciliteerd bij zelforganisatie. De community bevordert het gebruik van technologie, leden raken beter, sneller en duurzaam bekend met technologische ontwikkelingen en de betekenis daarvan voor hun werk. Hiermee wordt opgelost dat het gebruik van technologie in de zorg toeneemt, kwaliteit van zorg wordt bevorderd en medewerkers beter en duurzamer inzetbaar blijven op de actuele arbeidsmarkt.

In welke fase zit deze innovatie?

Grootschalige implementatie

Naam innovator

Verder door anders doen BV

3. Apps in de Zorg

Boomerweb is een in Ede gevestigde producent en leverancier van Apps in de Zorg. Wij leveren oa.:

- Beeld Zorg App, dat het bewijs levert dat zorg op afstand loont!
- Medicatie Controle App, dat het bewijs levert van dubbele medicatie controle.

Daarnaast hebben wij op dit moment 4 apps in ontwikkeling met Zorginstellingen. Heeft een zorginstelling een goed idee voor een App in de Zorg dan ontwikkelen wij hem gratis.

Welk probleem lost deze innovatie op?

Het probleem van het toenemende aantal korte, specialistische, zorgmomenten.

In welke fase zit deze innovatie?

Grootschalige implementatie

Naam innovator

Boomerweb

4. Zoek misschientje?

De website met een totaal overzicht van zorgaanbieders. De zorgvrager kan via korte lijnen, in eigen regie, duidelijk en overzichtelijk

zoeken in het totale zorgaanbod. Op deze website kan de individu, vrijwilligersorganisatie, ZZP 'er, klein/ groot bedrijf, stichting en de gemeente zelf, zijn of haar vraag, hulp, ondersteuning zoeken of aanbieden. Waarbij de mogelijkheid voor de aanbieder bestaat hun portal dan wel website aan Zoekmisschientje te koppelen.

Zoekmisschientje is snel, wendbaar, bereikbaar en zelf organiserend waarbij eigen keuzes kunnen worden gemaakt en ieder zich kan promoten, kennis kan delen, verbinding kan maken en waar informatie gemakkelijk terug te vinden is. De lay-out van de website is zo ontwikkeld dat het jong en oud aanspreekt en het voor ieder eenvoudig te gebruiken is.

Welk probleem lost deze innovatie op?

Binnen de samenleving wordt van een ieder verwacht dat hij of zij participeert en (steeds meer) zorg of hulp zelf organiseert. Hierbij wordt men het “zorg oerwoud” ingezonden, waarbij je de weg moet vinden in het ruime en versnipperde aanbod van zorg. Er is een ruim

aanbod van fantastische initiatieven maar het is moeilijk de gewenste zorg op eenvoudige wijze terug te vinden. Zoekmisschientje is hier dé oplossing voor.

In welke fase zit deze innovatie?

Idee/concept

Naam innovator

Irma Verschoor en Fenneke Suyker

5. MeXtra

MeXtra is een online dossier voor de zorgvrager, diens netwerk en de zorgprofessionals die betrokken zijn bij de zorgvrager. Het plan staat centraal in MeXtra, dat kan een persoonlijk plan zijn maar ook een gezinsplan. In het plan wordt de hulpvraag beschreven, de doelen en de acties die nodig zijn om aan die doelen te bereiken. Deze doelen worden niet alleen, zoals nu nog vaak gebeurt, aan zorgprofessionals gekoppeld, maar ook aan de zorgvrager en de mensen in diens netwerk (mantelzorg, vrienden, familie, etc.).

Al deze partijen kunnen worden ingezet om te komen tot de best denkbare zorg, ondersteuning

en aandacht. Alle betrokkenen die in het plan een rol hebben gekregen kunnen hun voortgang online vastleggen. Het grote voordeel is dat iedereen daardoor direct van alles op de hoogte is. De historie blijft toegankelijk zodat men ook jaren later kan zien wat gewerkt heeft en wat niet en waarom. Ook voor professionals die op dat moment nog niet voor die zorgvrager werkten. De oplossing wordt nu toegepast binnen de AWBZ, Zvw en PGB en WMO gefinancierde zorg. MeXtra wordt momenteel gebruikt binnen Verstandelijke Gehandicaptenzorg, Verslavingszorg, GGZ, Jeugdzorg en gemeenten (sociale wijkteams). Naast het plan heeft MeXtra modules als rapportage, documenten opslag, generieke formulieren, etc. Dit jaar willen we tevens koppeling met zelfmeetApps (Quantified Self) gaan maken en we zijn bezig met een module Indicatie Welbevinden dat opgezet wordt met behulp van systeemdenken.

Welk probleem lost deze innovatie op?

Alle betrokkenen zijn op de hoogte van de ontwikkelingen rondom de zorgvrager. Iedereen weet van hij/zij van de ander kan en mag verwachten en wat de ander van hem/haar kan en mag verwachten. Als er meerdere hulpverleners in bijvoorbeeld een gezin betrokken zijn, dan weten ze met behulp van MeXtra wat de andere hulpverleners doen.

In welke fase zit deze innovatie?

Grootschalige implementatie

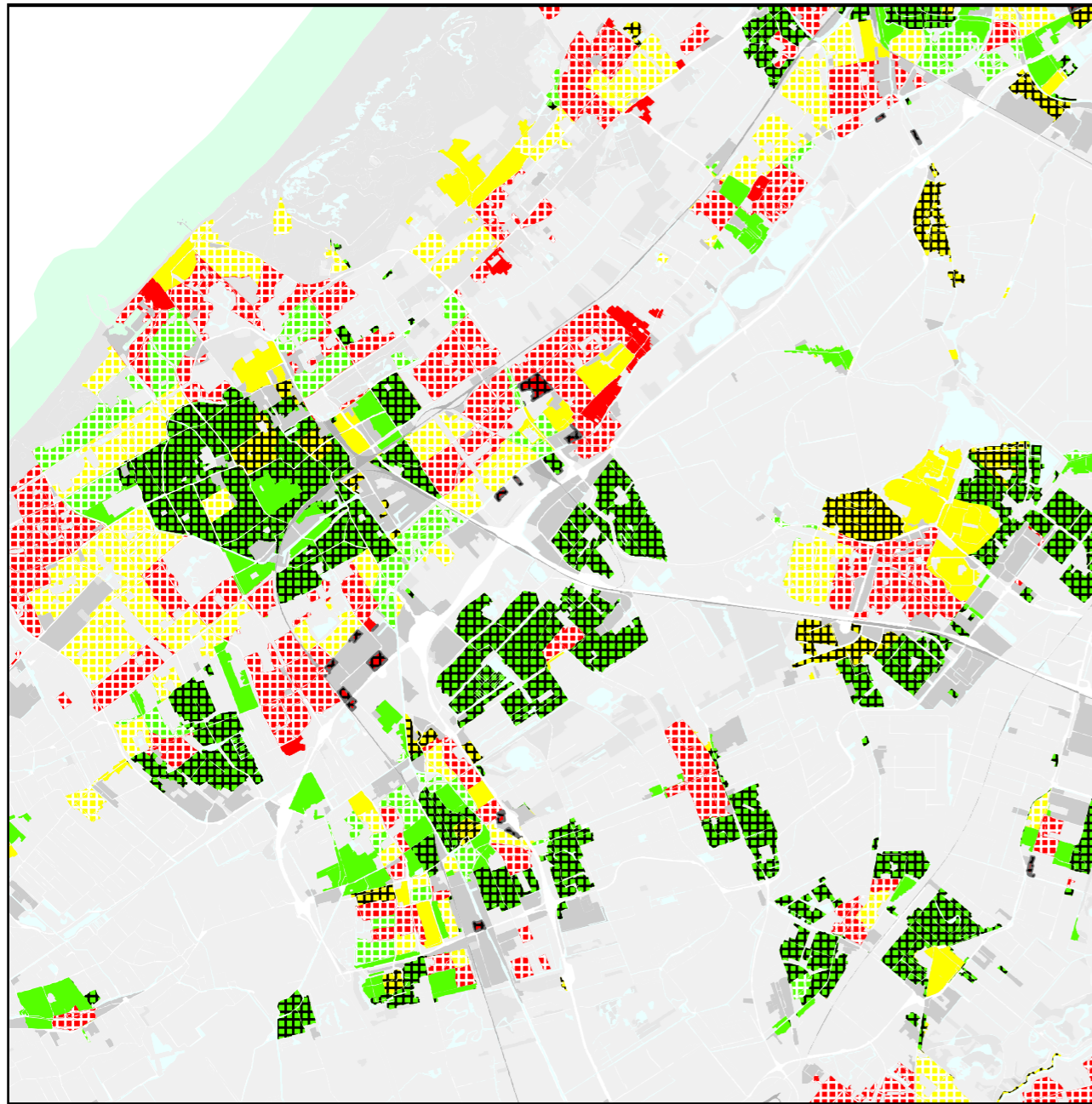
Naam innovator

SymaX BV



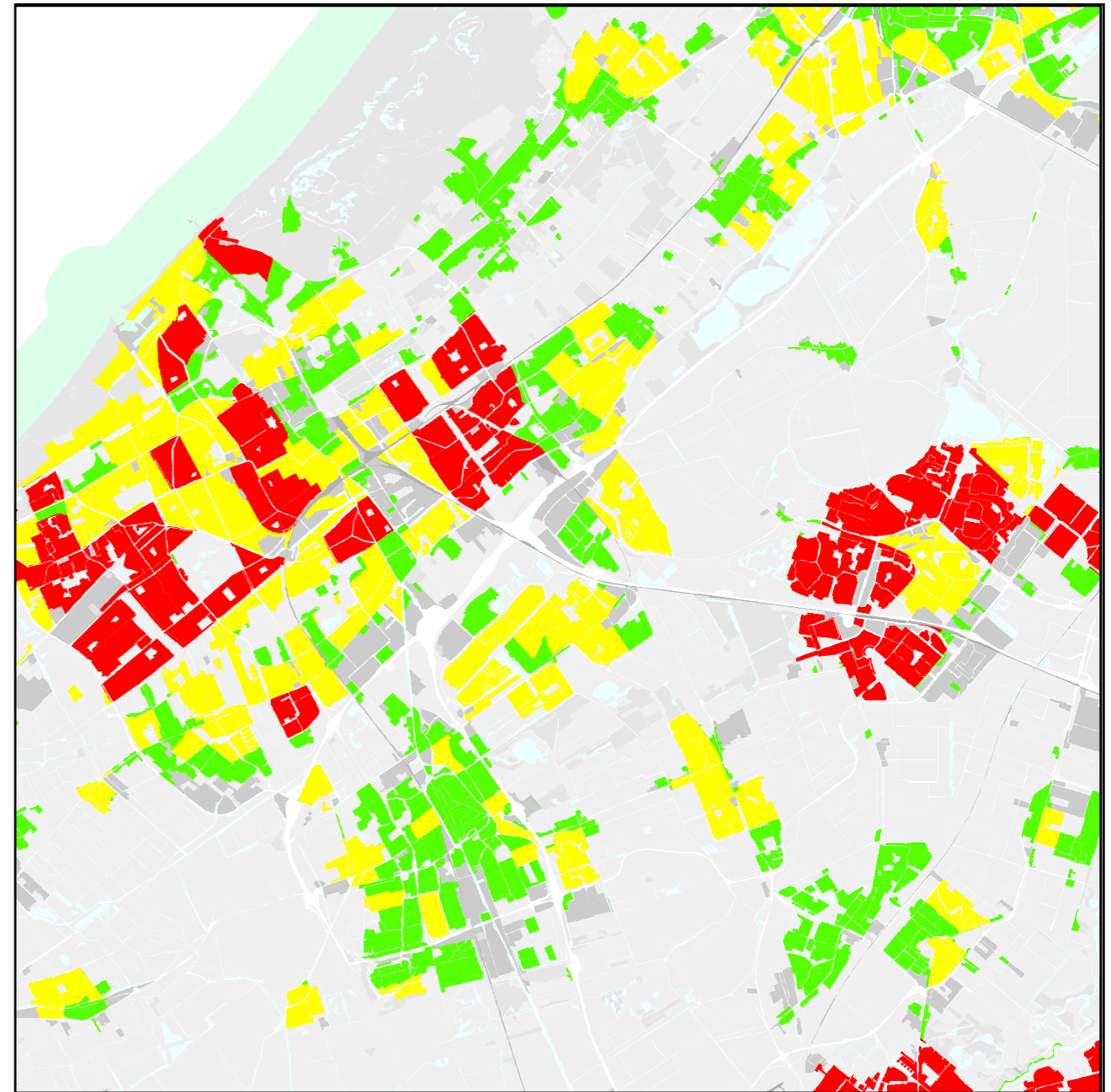
Zorg van boven

Het thema Zorg van Boven is verwerkt door het hele boek en laat een aanzicht zien van de demografie, zorgvraag en zorgcontext in Nederland.



Diabetes 2015 - 2030 CBS Buurtkaart Den Haag Zoetermeer

% Diabetes 2015 - 2030 CBS Buurt Den Haag Zoetermeer



Diabetes 2015 - 2030 CBS Buurtkaart Den Haag Zoetermeer

Volume Diabetes CBS Buurt Den Haag Zoetermeer



MijnMedaillon voor senioren, ABCTV voor verstandelijk beperkten biedt op basis van het ABCTV-systeem van Brevidius de meest complete 'online care communities' voor senioren. Doel is de cliënt ondersteuning bij een zo groot mogelijke zelfstandigheid te bieden, ook als hij/zij niet internetvaardig is. Cliënten krijgen een individueel aangepaste userinterface (eventueel zonder knoppen/menu's of juist heel veel opties) op een voor hen geschikt internet apparaat: PC, TV (via settopbox), Windows tablets, iPhone, iPad, Android tablets.

Andere handen community is een besloten virtueel platform voor medewerkers uit de zorg waar zij elkaar ontmoeten en zich kunnen ontwikkelen. Leden wisselen in een veilige omgeving kennis uit. Ze bevragen elkaar over hun vak, spreken over de veranderingen in de zorg en delen ervaringen over de dagelijkse werkzaamheden in de praktijk. Met elkaar werken ze aan de zorg van de toekomst.

Andromeda TV gevoel voor zorg Innovatie en koker denken liggen dicht bij elkaar. Veel

oplossingen overlappen elkaar en daardoor vormen ze samen geen echte verbetering voor gebruikers. Duurzaamheid is ver te zoeken en het bedienen van meerdere systeem is complex voor gebruikers. Wat alle oplossingen vaak met elkaar gemeen hebben zijn gebruik van netwerken en interfaces voor het bedienen van de verschillende geïnstalleerde systemen.

Angel@ Card App behorend bij de Transformation Game offers insights towards new directions, and supports change and transformation. The in-depth journey is marked with realizations, obstacles, angels, and miracles. Gain awareness and heal pain as you advance through physical, emotional, mental, and spiritual realms. It's an effective way to clarify important issues, resolve conflicts, and creatively enhance relationships.

Anne in de Zorg Maak kennis met Anne: een virtuele hulp die u in kunt zetten om ouderen thuis of in uw verzorgingshuis of verpleeghuis te ondersteunen. Anne helpt de ouderen bij hun dagelijkse activiteiten. De oudere zet de

computer c.q. 'smart'-tv of televisie aan en Anne verschijnt op het beeldscherm. Anne detecteert en ziet bewegingen via een Kinect-camera1 met beeldbesturing. Als de oudere iets zegt dan verstaat Anne hem/haar en reageert hierop door terug te praten.

App 'Moet ik naar de dokter?' is een zelftriage instrument waarmee de patiënt op elk gewenst tijdstip en plaats zelf kan beoordelen of en wanneer hij de huisarts of huisartsenpost moet raadplegen.

App GezondeMond geeft een persoonlijk advies voor het bevorderen van de mondgezondheid. Input op maat wordt verstrekt door tandarts/mondhygiënist.

App OOGdruppelen stimuleert de kwaliteit van de zorg aangezien het een nieuw middel is dat naast de huidige middelen kan worden ingezet om juist en tijdig druppelgebruik te stimuleren. Enerzijds stimuleert de wekkerfunctie in de app tijdig medicijngebruik, waardoor de dosering zo effectief mogelijk is. Hierdoor wordt

het behandeltraject geoptimaliseerd en wordt de behandeltime zo kort mogelijk gehouden.

Anderzijds draagt de instructiefunctie, waarbij gebruik wordt gemaakt van animaties, tekst en spraak, bij aan het correct oogdruppelen.

Apps in de Zorg Boomerweb is een in Ede gevestigde producent en leverancier van Apps in de Zorg. Wij leveren o.a. Beeld Zorg App, levert het bewijs dat zorg op afstand loont! Medicatie Controle App, levert het bewijs van dubbele medicatie controle. Daarnaast hebben wij op dit moment 4 apps in ontwikkeling met Zorginstellingen. Heeft een zorginstelling een goed idee voor een App in de Zorg dan ontwikkelen wij hem gratis.

Artsplanner Iedereen is wel eens patiënt. Met Artsplanner maakt u afspraken direct in de agenda van een zorgverlener. Zo vindt u ieder moment van de dag een zorgverlener op basis van beschikbaarheid, verzekering, locatie, taal en geslacht. Uw favoriete zorgverleners staan bovenaan, u kiest zelf een geschikt moment en of u een herinnering wilt ontvangen. Uw

afpraak wordt direct bevestigd met een digitale uitnodiging en een routebeschrijving.

AutiPlan is een effectief hulpmiddel dat stress wegneemt bij mensen met een Autisme Spectrum Stoornis door structuur en voorspelbaarheid te bieden. Dit wordt gerealiseerd door middel van een dagplanning met pictogrammen, beschikbaar gesteld via een app met alarmsignalen en spraak of op papier.

Beating the Blues (Begeleid) online zelfhulp programma voor de behandeling van depressieve klachten en depressie. Soms gaat dat gevoel vanzelf over, maar niet altijd. Loopt iemand al een tijd rond met deze gevoelens, dan is de kans groot dat het om een beginnende depressie gaat. Een tijdige aanpak is dan belangrijk. Dat voorkomt dat de depressieve klachten onnodig toenemen. Beating the Blues geeft zin en energie om het leven weer op te pakken.

Bevolkingsonderzoek darmkanker PoliDirect is een door het ministerie van VWS erkende Instelling voor Medisch Specialistische Zorg met als doel specialistische zorg te leveren dichtbij en in de buurt. Een snelle diagnose en de juiste behandeling is namelijk een logisch gevolg als medisch specialisten, huisartsen en apothekers samenwerken onder 1 dak.

Blijf in de benen Wij hebben een beweeg DVD gemaakt voor zelfstandig wonende ouderen die niet voldoen aan de Nederlandse norm gezond Bewegen. Kwetsbare ouderen die niet de mogelijkheid hebben om buitenshuis te gaan bewegen, bijvoorbeeld omdat ze geen vervoer hebben om er te komen. Via eHealth zou ook een beweegprogramma bij de mensen thuis geïntroduceerd kunnen worden, bijvoorbeeld aan de hand van Eden thema, algeheel oefenen of een oefen programma/ advies op maat.

Bloedafname systeem via vingerprik Door de eenvoud van het afname systeem is het voor iedereen mogelijk om bloed af te nemen en via de post of ander bedenkbare transport aan te

bieden aan een laboratorium voor het uitvoeren van de testen.

Blogboek is een online platform rondom een zorgenkind (psychisch, fysiek beperkt, leerproblemen, ontwikkelingsstoornis etc.) waar alle professionals uit zorg en onderwijs samen kunnen komen. Ouder maakt een Blogboek aan en nodigt de betrokkenen uit. Via Blogboek kunnen kennis en documenten gedeeld worden, kan samengewerkt worden aan de doelen en is er overzicht over het gehele proces.

BLOOMILY ondersteunt zelforganiserende netwerken die de zorg dragen voor vrienden, familieleden en naasten. BLOOMILY doet dat door de verzorgers praktische tools in handen te geven die het mogelijk maken de zorg te coördineren en te organiseren, zoals dagboeken, gedeelde agenda's en makkelijk te raadplegen 'to do' lijstjes. Dit alles speelt zich af in een volledig veilige, besloten en vriendelijk omgeving, die bovendien simpel in gebruik is.

Bloqnote is een webbased ECD die speciaal is ontwikkeld voor de transities naar Wmo, Jeugdwet, Participatie wet en Wlz. We willen met Bloqnote de empowerment van de 'burger', de solidariteit van formele en informele betrokkenen en de regie voor een optimale samenwerking ondersteunen. Bloqnote is een instrument voor het versterken van zelfredzaamheid, zelfregie en ketensamenwerking.

BodyGuard, Measuring Less to feel More, Chasing Binnen het Creative Care Lab ontwikkelen we technologie voor innovatie in de zorg, waarvan 3 voorbeelden: 1) BodyGuard ondersteunt mensen met Autisme Spectrum Syndroom op de werkvloer om hun stress te managen. 2) Measuring less to feel more is an Artificial Pancreas voor diabetes patiënten in combinatie met een intuïtieve display om diabetes beter zelf te managen. 3) Chasing, is het inzetten van motivational/serious gaming voor het ondersteunen van spraaktechnologie voor mensen met een spraakprobleem als gevolg van ziekte (Parkinson, stroke).

Borstvoeding.comApp Met deze app heb je snel toegang tot de nieuwste informatie, foto's, columns en artikelen van borstvoeding.com, de website van Kenniscentrum Borstvoeding. Op borstvoeding.com vind je betrouwbare informatie over borstvoeding, speciaal voor moeders en gezondheidswerkers. Functies:

- Dagelijks een nieuwe foto
- Alle foto's van het hele jaar
- Alle columns van de week
- Elke week een nieuwe column
- Alle nieuwsberichten over borstvoeding
- Alle ervaringsverhalen van moeders
- Zoekfunctie binnen de app
- Deel informatie met je vrienden
- Deel op Twitter en via E-mail.

Met **BP@Home** kunnen patiënten met hypertensie (chronische patiënten en risico zwangeren) thuis hun bloeddruk meten gedurende een langere periode en data uploaden t.b.v. zichzelf en hun behandelaar (gynaecoloog, internist). De dienst is volledig ingericht conform de eisen van de European Society of Hypertension, die aanbeveelt om thuis



bloeddruk te meten. Deze moet dan wel aan een groot aantal eisen voldoen om betrouwbare metingen te genereren.

Wij hebben een online **Brain Fitness programma voor senioren** ontwikkeld, bestaande uit 18 serious games, waarmee je mentale fitness getraind kan worden. Je verbetert je geheugen, concentratie, perceptie middels brain games. Door je mentale fitness te trainen kun je langer zelfstandig functioneren, word je socialer en lichamelijk actiever. Cognitieve achteruitgang bij ouderen vormt vaak de inleiding tot een negatieve cyclus van minder lichamelijke en sociale activiteit.

Care companion is een zorgpad begeleidings-systeem voor patiënten met kanker. Het geeft de patiënt inzicht in zijn persoonlijke zorgpad met alle informatie die hij/zij nodig heeft en op hem/haar van toepassing is. De informatie/educatie in care companion is ontwikkeld door het ziekenhuis zelf en sluit volledig aan op wat door de zorgverlener in de spreekkamer wordt verteld.

Care4Balance geeft een beter overzicht in taken van professionele en informele zorg. Kan taken over en weer overnemen. Verlichting mantelzorg.

Het doel van **CareBox** is om middels sensoren in de woning een meer inzichtelijke detectie te doen van veranderingen in het leefpatroon van een patiënt dan hedendaagse systemen zoals persoonsalarmering. Met meer inzichtelijke detectie dan ruwe sensor metingen kan het namelijk door mantelzorgers gebruikt worden voor het op afstand monitoren van hun naaste met dementie.

Caresharing is een online software platform waarmee gezondheidszorg professionals onderling en met de patiënt informatie kunnen uitwisselen en zorg coördineren. Het platform staat nu bekend als een 'Keten Informatie Systeem' en wordt momenteel ingezet door zorggroepen om ketenzorg mogelijk te maken in kader van Diabetes, COPD, Vasculair Risicomanagement, Ouderenzorg en in de Geestelijke gezondheidszorg.

Casemix, the Caring Village of the Future. **Cliënten kunnen beter zelf voor zichzelf zorgen**, Sinds mei 2006 hebben wij een behandelingsmethode ontwikkeld die ons instaat stelt, om bij de ouders een proces te laten ontstaan, waardoor het voor hun mogelijk wordt om de gevolgen van familiere rugzakthema's, de negatieve ervaringen uit het verleden, te kunnen neutraliseren. Een methode die alleen door de ouders zelf kan worden toegepast.

Clinical Rules is een realtime decision support module welke zich richt op medicatieveiligheid tegen de achtergrond van een completer risicoprofiel van de patiënt. Resultaat is een doelgerichte notificatie door scheiding van de weinig relevante zaken en essentiële problemen en een professionele ondersteuning van het zorgproces. Clinical Rules biedt een analyse die breder, specifiek en meer in de context van een tijdsverloop plaatsvindt dan de traditionele medicatiebewaking.

COMET Door middel van laser licht intracellulair zuurstof meten.

ComfiCare is een product van Van Dorp zorg en welzijn en is een combinatie van domotica, beeldbellen, persoonsalarmering en diensten die het mogelijk maken om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen in de eigen vertrouwde omgeving, ook als de zorgvraag toeneemt. Door de toepassing van betrouwbare technologie en nauwe samenwerking met toonaangevende gespecialiseerde bedrijven biedt ComfiCare de zekerheid dat belangrijke zaken rondom zorg, veiligheid, comfort en contact goed geregeld zijn.

Connectedcare services BV, een andere organisatie van onze zorg is noodzakelijk om cliënten in staat te stellen langer zelfstandig thuis te blijven wonen. Het informele netwerk rondom een cliënt zal een veel prominentere rol gaan spelen in de organisatie van zorg. Dat vraagt om betere afstemming met de zorgprofessionals, inzicht en goede communicatie rondom een cliënt ten einde dit proces ook daadwerkelijk

efficiënter en effectiever te laten werken. Met die gedachte zijn we vanuit een academische setting gestart met connectedcare.

De **Coöperatie WeHelpen** zet een nationale beweging in gang rond informele hulp en burgerparticipatie, een moderne vorm van nabuurschap dat we kennen van vroeger. Daarbij wordt uitgegaan van wederkerigheid: iedereen kan een vraag stellen en iedereen kan een ander helpen met raad of daad, op zijn eigen manier in zijn eigen tijd. WeHelpen heeft hiervoor een landelijk platform.

CQ-Net Live is een open cloud oplossing voor veiligheid, comfort en collaboration applicaties. Het verbindt enerzijds gebouw- en persoonsgebonden apparaten met een online management omgeving en anderzijds personen en systemen op het gebied van realtime info op het gebied van alarmen, processen en personen. CQ-Net Live kan worden ingezet als end-to-end oplossing voor een specifieke behoefte, organisaties overkoepelend platform voor collaboration of middle ware waarbij het

traditionele producten en applicaties verbind met de mogelijkheden van de cloud.

Crew Resource Management (CRM) Optimaal samenwerken in operationele teams vormt een essentiële basis voor een effectieve en veilige uitvoering van het werk. Onze oplossing is om een gecombineerd programma toe te passen waar kennisoverdracht, vaardigheid-training, video-feedback cultuur- en proces-interventies gecombineerd worden en leiden tot een daadwerkelijke verandering.

Dashboard FIND voor de eerste lijn is een dashboard, speciaal ontwikkeld voor de huisartspraktijk, dat op een of meerdere werkplekken in de praktijk kan worden geïnstalleerd. Met behulp van deze toolkit kan de huisarts voor zijn eigen patiëntenpopulatie het risico op (mogelijke) chronische nierschade in kaart brengen en door middel van actiegerichte adviezen zijn patiënten nog betere zorg verlenen om verdere schade zoveel mogelijk te beperken.

In het spel [Daydream](#) speel je met je gevoel van ontspanning. De game stimuleert een meditatieve ervaring met beeld en geluid door middel van adaptieve muziek en een steeds veranderende, natuurlijke omgeving. Bij het maken van Daydream is rekening gehouden met mensen die weinig of zelfs niet kunnen spelen. Daydream wordt daarom volledig bestuurd door middel van je lichaam.

[De BETERapp](#) is gemaakt voor iedereen die actief wil werken aan kwaliteit van leven of daar anderen bij wil helpen. De app maakt het voor een gebruiker mogelijk om dagelijks de eigen gemoedstoestand en de voortgang op zelf ingestelde doelen bij te houden. Dit inzicht kan gedeeld worden met externe helpers (vrijwilligers, mantelzorgers maar ook professionals).

[De GG-methodiek](#), de 'Sociale kanteling' verwacht een verschuiving van invloed naar patiënt, burger en gemeenschap. Een centraal begrippenkader, als taal en instrument voor communicatie en handelen ontbreekt. BigMove

ontwikkelde hiervoor de GG/ZZ-visie.

[De Keerzijde](#) verzorgt ervaringstrainingen waarin medewerkers/managers/leerlingen zelf verpleegd en verzorgd worden vanuit team De Keerzijde dat bestaat uit zeer ervaren zorgprofessionals. Doel is bewustwording van essentie eigen regie en zelfredzaamheid klanten. Als gevolg hiervan raken medewerkers/managers intrinsiek gemotiveerd en worden pro-actief binnen transitie van zorg op eigen afdeling.

In de [De KeuzehulpApp](#) komen de behandelmogelijkheden van de organisatie tot leven in voor de cliënt duidelijke taal, afbeeldingen en filmpjes. Met behulp van stellingen wordt de cliënt begeleid naar behandelinformatie die relevant is voor zijn specifieke situatie. Deze app geeft de cliënt de mogelijkheid om voor of tijdens evaluatie van de behandeling, alle behandelmogelijkheden van de organisatie te bekijken en zijn zorgpad op maat bij elkaar te klikken.

[De Mijn Tandarts praktijkApp](#) is een unieke App met een enorme gebruiksvriendelijkheid, waarin tevens functies van de smartphone geïntegreerd zijn. Patiënten hoeven niet meer te zoeken of te scrollen op een website of mobiele site. Deze gebruiksvriendelijkheid, de waardevolle informatie en de talloze functies zorgen ervoor dat patiënten meteen enthousiast zijn. Het draagt zo bij aan de patiënten loyaliteit, de klantenbinding en verminderen van de No shows in de praktijk.

[De Zorgfoon – Tablet en Smartphone app voor VVT](#) De Zorgfoon – Tablet en Smartphone app voor VVT.

[Dementie-winkel.nl](#) is een webwinkel met informatie, producten en diensten voor mensen die leven met dementie, hun mantelzorgers, vrienden en zorgverleners. Alles draagt bij aan een positieve, stimulerende leefomgeving. Deze unieke winkel maakt het mogelijk om de leefwereld van demente mensen op een leuke en praktische manier aan te passen én meer kennis en begrip te ontwikkelen voor de aandoening.



Dat leeft aangenamer. Probleemgedrag neemt af.

DementieOnline is digitale hulpverlening voor mantelzorgers die zorgen voor een naaste met dementie.

Detectie en Monitoring van de kwetsbare oudere Wij hebben een samenstel van bestaande internet based toepassingen gecombineerd voor de detectie en monitoring en behandeling van de kwetsbare ouderen met gebruik making van zorg-op-afstand technieken. Hiermee kunnen wij op kosten effectieve wijze zorgdragen voor verantwoorde uitvoering van de WMO door gemeenten. De kracht zit in de combinatie van bestaande gevalideerde methoden en de know how van een thuiszorg organisatie en een organisatie voor eHealth toepassingen.

De **Difiets** maakt gebruik van een TV-scherm en een kleine computer die voor een hometrainer staan. De gebruiker krijgt een sensor, die zorgt voor registratie van de trapbeweging. De

juiste TV-productie wordt klaar gezet. Je stapt op, de sensor registreert de trapbeweging en geeft dit signaal door aan de computer. Hier wordt je kracht gemeten en de snelheid van het beeldmateriaal bepaald. Hoe sneller de beweging wordt gemaakt, des te vlotter verloopt het afspelen van de videoproductie. Niet bewegen betekent geen nieuwe TV-beelden.

My Digi Poli is de plek waar patiënten, die een behandeling in het ziekenhuis ondergaan, informatie krijgen over hun persoonlijke situatie, behandeling en leefregels. Ook maakt My Digi Poli communicatie over en weer met de specialist/arts/verpleegkundige mogelijk. Het is het standaard platform waarin de beroepsverenigingen van de medisch specialisten onder andere geverifieerde 3D-animaties van behandelingen plaatsen.

Digitale triage voor de eerstelijnszorg Clinical decision support system.

Doktr.nl is een digitaal spreekuur en communicatietool voor en door patiënten,

waarmee gebruikers met hun zorgverlener kunnen communiceren (bijvoorbeeld arts, huisarts, fysiotherapeut of apotheker). Alle patiënten die zich aanmelden bij Doktr.nl krijgen binnen de applicatie een eigen online dossier. Dit dossier bevat alle relevante informatie over de diagnose en behandeling van de patiënt en biedt de patiënt ook de kans om (beveiligd) met zijn zorgverlener te communiceren.

Dr Smart De vraag naar en behoefte aan informatie over gezondheid en ziekte is groot. Er is een groot aanbod aan informatiebronnen, maar de betrouwbaarheid daarvan is onduidelijk. De behoefte aan het delen van kennis met lotgenoten blijkt groot en past bij de behoefte aan regie over de eigen gezondheid en het eigen dossier. Dr. Smart is een informatiesysteem waar mensen in hun eigen woorden antwoorden kunnen vinden op hun vragen over ziekte en gezondheid, gebruikmakend van de meest up-to-date wetenschappelijke kennis en via 1 loket, 1 platform met veel ruimte voor kennis delen.

Dyna-Vision and Dyna-Vision Telemonitoring Software wordt gebruikt door Ziekenhuizen, Verpleeginstellingen, Noodhulpdiensten en andere dienstverleners op het gebied van telemonitoring van verschillende (para-) klinische parameters. Dyna-Vision maakt gebruik van ingebouwde 3G technologie of Wifi-communicatie waarmee het mogelijk is om autonoom en realtime data te versturen van alle gemeten parameters naar een monitoring faciliteit op afstand.

Dynamisch Familie Portret staat bij een zorgbehoevende persoon thuis. Op het scherm staat een compositie van losse foto's van de hele mantel/familie. Iedereen is daarmee verantwoordelijk voor zijn eigen deel van het portret. Het systeem kan geactiveerd worden wanneer er iemand op bezoek is (bijvoorbeeld om een mantelzorgtaak uit te voeren). De gehele mantel krijgt op dat moment mobiel bericht met een notificatie wie op dat moment op bezoek is.

Tegelijkertijd krijgt iedereen (alleen) op dat moment de mogelijkheid om hun deel van het portret te updaten door mobiel een nieuwe foto te sturen.

E-health behandelprogramma NAH Voor de doelgroep mensen met Niet-aangeboren hersenletsel die uit de revalidatie zijn ontslagen en restklachten hebben op het gebied van sociaal functioneren, arbeid, vermoeidheid, psychische klachten (stemmingen, gedrag, initiatief) en problemen met de executieve functies deze restklachten in kaart brengen en behandelen via e-health toepassingen, die in de verschillende sectoren reeds ontwikkeld zijn (games, apps, zelfhulp, intherapie) en het aanbod voor deze doelgroep bij elkaar brengen, zodat een mooi behandelprogramma ontstaat.

In **E-Health Zorgtraject Rugklachten** krijgt de patiënt/cliënt een volledig uitgewerkt evidence based zelfbehandelprogramma aangeboden dat zelfmanagement bevordert en volledig is afgestemd op de door de fysiotherapeut in de praktijk verzorgde behandeling en de protocollen

waarop die is gebaseerd (blended care).

e-zorgdossier is een digitaal cliënt dossier voor de thuiszorg sector gebaseerd op digitale pen&papier technologie. Het stelt ZZP-ers, MKB en zelfsturende teams van grotere zorgorganisaties in staat belangrijke informatie snel en makkelijk te delen via een webportal. De eenvoud en het gemak van deze oplossing voor de zorgverlener speelt een centrale rol. Dit resulteert in een sterke reductie van administratieve lasten, waarborgt kwaliteit (HKZ) en voorkomt (declaratie) fraude. Het stelt zorgorganisaties in staat samen te werken en de cliënt daadwerkelijk centraal te stellen.

Een halvering van de staphoogte van de traptreden d.m.v. Easysteppers De Easysteppers bestaan uit stevige tussentreden voor uw eigen trap waardoor u met halve treden de trap op en af kunt lopen. U heeft minder kracht nodig en hoeft uw (pijnlijke) knieën, enkels en heupen minder te buigen en daardoor worden de gewrichten minder belast. Zo kunt u gemakkelijker traplopen. De Easysteppers

zijn van hoogwaardige meubelkwaliteit en zijn geschikt voor: trappen met bocht(en), rechte-, open-, spil-, wentel-, zolder-, kelder- en kleine trappen zoals in split-level woningen.

Educatieve website / e-learning E-learning over delirium op de Intensive Care afdeling

Een gezondere leefstijl door online co-creatie Soa Aids Nederland bestrijdt als interventiespecialist soa's en hiv en bevordert seksuele gezondheid.

EigenZorg is een concept dat vertrouwde, vraaggestuurde zorg thuis (persoonlijke verzorging, schoonmaak, hulp van een vrijwilliger) mogelijk maakt en daarmee blijve cliënten EN blijve zorgers, tegen lagere kosten. Kern van het concept is de overtuiging dat de regie bij de cliënt hoort. Onderdeel van het concept is een app die invulling geeft aan

- Matchmaking: cliënt en zorgverlener kiezen voor elkaar
- Transparantie: wie komt er achter de voorkeur van de cliënt, en wat is de waardering van de

cliënt voor de zorgverlener

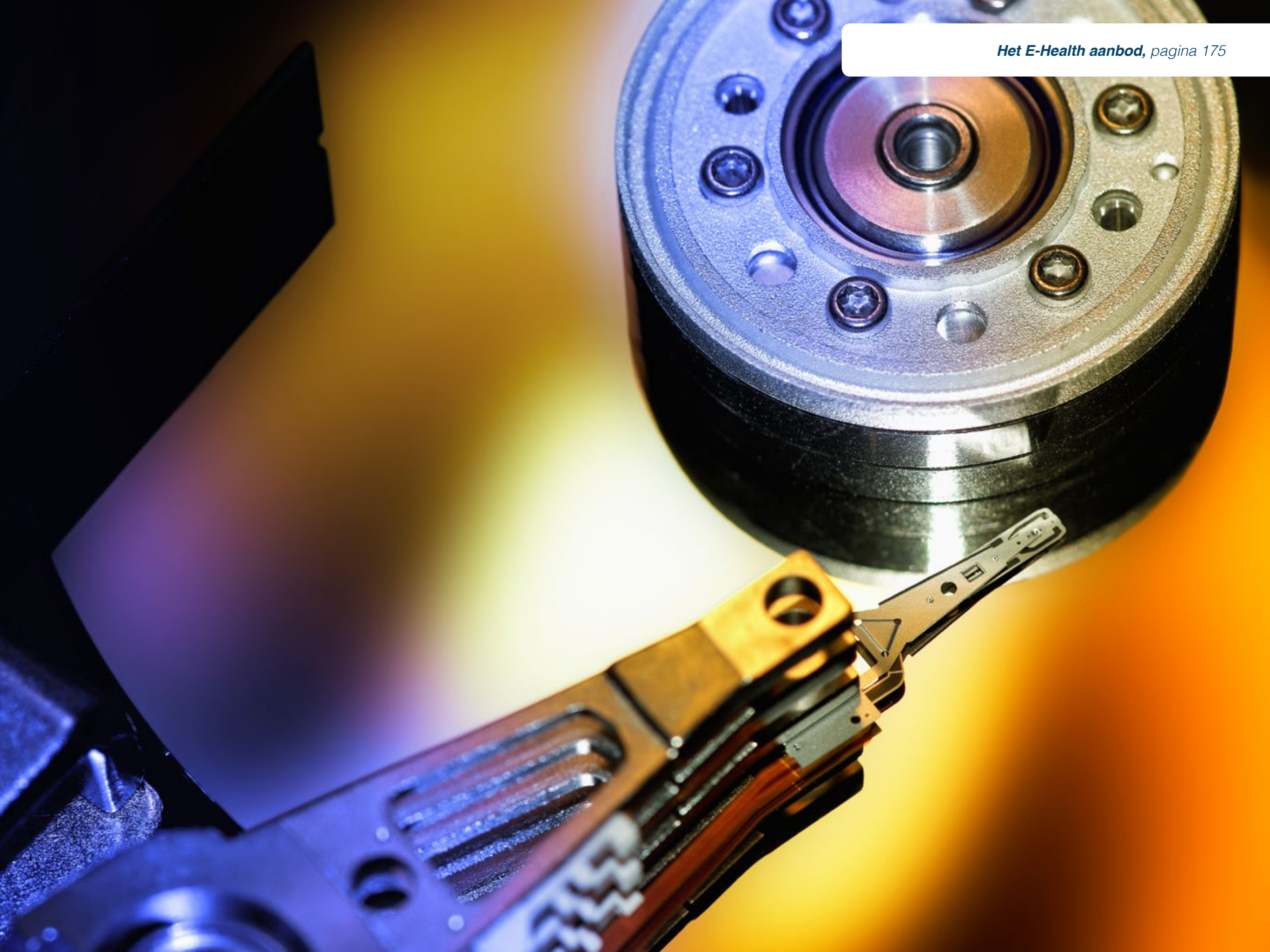
eLearning voor verloskundigen om alcoholgebruik bespreekbaar te leren maken bij zwangere vrouwen In Nederland blijkt 35-50% van de zwangere vrouwen tijdens de zwangerschap alcohol te blijven drinken. Het gaat hierbij niet om verslaafde vrouwen, maar om vrouwen die voor hun zwangerschap een relatief hoog sociaal gebruik kenden en het moeilijk vinden om 9 maanden helemaal niet te drinken. De eLearning leert verloskundigen om alcoholgebruik te signaleren en bespreekbaar te maken tijdens de zwangerschap op basis van motiverende gespreksvoering.

Ergonomische koffer voor ambulante bloedafname Het zorgt ervoor dat medewerkers van prikdiensten, laboratoria en trombosediensten snel en efficiënt bloed kunnen afnemen bij patiënten. Door deze ergonomische vorm is er een lage belasting voor het lichaam bij het dragen van deze koffer. Tevens is hij goedgekeurd voor het verpakken en het vervoer van organische stoffen over de weg, volgens

Europese richtlijnen.

EVOCS2 Het RadiologieNetwerk faciliteert een landelijk digitaal en volgens de laatste normen beveiligd netwerk waarmee radiologen, ziekenhuizen en andere specialisten veilig, snel en gebruikersvriendelijk kunnen samenwerken. Het RadiologieNetwerk neemt ingewikkelde en complexe ICT componenten uit de handen van de zorgverleners door haar software oplossing aan te bieden vanuit haar eigen Cloud. Investering door het ziekenhuis in applicaties en infrastructuur behoren tot het verleden. Rapportage systemen zijn continue beschikbaar om het verbruik in te zien.

Patiënt EN ARTS SAMEN ONLINE, **eZorg** is het platform dat patiënt en arts samen online brengt. Het maakt extra zorg mogelijk, naast het persoonlijke contact dat de patiënt met zijn of haar behandelend arts in het ziekenhuis heeft. De informatie in de eZorg-omgeving is persoonlijk, betrouwbaar en afgestemd op de fase van het behandelproces. eZorg geeft de patiënt inzicht in zijn behandelresultaten door



feedback op vragen en scorelijsten.

Family Rootz, de voorlees-app is een app voor iPad waarmee gebruikers op afstand met elkaar activiteiten kunnen ondernemen. Deze activiteiten zijn gericht op interactie tussen volwassenen en kinderen en tussen kinderen onderling, zoals een boek lezen, een spelletje spelen, samen tekenen en foto's delen. Het betreft daarbij een combinatie van videobellen en het doen van een activiteit. Gebruikers maken een familie aan waarin ze hun 'familieleden' kunnen toevoegen. Dit zijn de connecties waarmee ze vervolgens kunnen videobellen en interactief samen kunnen lezen of spelletjes spelen.

FootShoot is een iPhone applicatie. Het is de eerste echte E-health app voor voetproblemen. FootShoot adviseert patiënten met voetklachten en voetgerelateerde problemen. Zo kunnen patiënten beter beoordelen of ze met hun klachten naar de huisarts of podotherapeut moeten stappen. Met de app kan de patiënt een opname maken van voeten en

voetzoolprofilering. Hierbij kunnen zogenaamde Podo tracks van pas komen.

Fysiovoorjou.nl is een online fysiotherapie praktijk. Wij leveren zorg op afstand. Cliënt kan middels de digitale agenda een afspraak inplannen en ontmoet de fysiotherapeut in de online spreekkamer. Tijdens dit consult krijgt de cliënt persoonlijk advies en tips. Daarna wordt eventueel gestart met een online thuisoefenprogramma middels Physitrack. Tussentijds en aan het einde van het traject wordt geëvalueerd in de online spreekkamer.

Geïntegreerde Transferzorg is een nieuw model rondom Ziekenhuis Verplaatste Zorg ZVZ. Vanuit het ziekenhuis wordt gespecialiseerde kennis gedeeld met de 1e lijn (patiënt, zorgverleners en mantelzorgsters). Denk hierbij aan stomazorg, wondzorg, etc. Ziekenhuis/kennis gaat mee met de patiënt in de thuissituatie. Vanuit Transferafdeling gaan we ook de producten leveren aan de patiënt, zodat er een betere afstemming ontstaat tussen 1e en 2e lijn. Hiermee creëer je als zorgverzekeraar

meer inzicht en betere beheersing van volumebeheersing.

GoOv is een reisbegeleidingsdienst voor mensen met verstandelijke of cognitieve beperkingen. De GoOV dienst bestaat uit een applicatie op een smartphone, een webapplicatie en een callcenter dat reizigers begeleidt, van deur tot deur. GoOV draagt bij aan hogere kwaliteit van leven van mensen uit de doelgroep doordat zij zelfstandig en veilig kunnen reizen met behulp van regulier OV-vervoer.

He Hajo is een hulpmiddel -een app- bij de communicatie voor mensen met een verstandelijke of communicatiebeperking. Als basis worden pictogrammen gebruikt. Met picto's kun je laten zien wat je wilt. Door een zin met picto's af te spelen, laat je horen wat je wilt. Een goede en snelle manier om woorden te leren. Met eigen gemaakte picto's maak je de zin compleet. In het fotoboek is plaats voor fotoseries, zoals van je familie, vakantie of zwemmen. Afspelen van het album laat de juiste volgorde of de gebeurtenissen zien. De agenda

geeft structuur aan de dag.

De **Health Buddy** is een klein toestel dat bij de patiënt (met hartfalen(, maar kan bij meerdere aandoeningen)) thuis wordt geïnstalleerd. De Health Buddy wordt ingezet om de toestand van de patiënt te monitoren, en educatie aan te bieden. Educatie is gericht op een ziektespecifieke kennistoename, en op het ondersteunen van het zelfmanagement. Telebegeleiding kan ook worden aangeboden via het internet, een app etc. Gebruik van telemonitoring bij mensen met hartfalen is erop gericht om het zorggebruik te verminderen door ziekenhuisopnames te voorkomen, en het aantal contacten met zorgverleners te verminderen.

Health Communicator is de nieuwe standaard voor de meertalige online arts-patiënt communicatie. Baanbrekend is het systeem waarmee de patiënt de dossiervorming ondersteunt. Kwaliteit, klantvriendelijkheid en efficiëntie gaan hierbij hand in hand. Met Health Communicator neemt u online de anamnese af, waar nodig in de moedertaal van uw patiënt.

U begint met kennis vooraf aan het spreekuur. Beleef het gemak van een professioneel verslag over de klachten van uw patiënt voorafgaand aan het consult.

HemoBase is een multidisciplinair elektronisch patiëntendossier (EPD) voor hemato-oncologische patiëntenzorg. Het systeem voorziet in het snel en overzichtelijk kunnen inzien van relevante patiëntengegevens, gecodeerd volgens internationale richtlijnen, en in het verzamelen van specifieke data ten behoeve van het verbeteren van de kwaliteit van zorg en het verhogen van de patiënt veiligheid.

Het Zorg Alarm is een laagdrempelige intramurale oplossing om beweging en dwalen van cliënten te monitoren en dit zonder vertraging te melden aan de verpleging/nachtwacht, zodat er direct actie kan worden ondernomen. Extra functionaliteiten zijn: koppeling aan: persoonlijke noodknop, deursensor, regensensor, rook- en brandmelders en epileptiematten. Het Zorg Alarm bezuinigt op de personele inzet, maar niet op de werkdruk.

De installatie en implementatie zijn eenvoudig.

Samenkramen.nl is het actieve netwerk voor Zwanger Nederland en België, waar alle belangrijke informatie staat, die toekomstige ouders nodig hebben: voor, tijdens en na de bevalling. Ontspannen bevalt het best, is ons motto. Verder plaatsen wij alle activiteiten, die onze doelgroep, tijdens bovenstaande periode op het online platform.

i-Health combineert de Wijsheid uit de Chinese Geneeskunst met moderne inzichten vanuit de biofysica. We meten via een betrouwbare en reproduceerbare meting aan het regulatie systeem. Interventies gaan via door ons bedrijf ontwikkelde signalen (electroceuticals) die we al sinds 1997 in de praktijk toepassen. Metingen doen we in eerste instantie door de elektrische huidweerstand te meten. Dat levert betrouwbare en reproduceerbare inzichten op over het functioneren van de regulatie.

iAlert is een persoonlijk, mobiel alarmeringssysteem waarmee men vanaf

een willekeurige locatie een SOS met GPS-bepaling kan uitzenden. De diverse modellen zijn zodanig ontworpen dat de gebruiker mobiel kan zijn/blijven en dat er niet of nauwelijks nagedacht hoeft te worden over het gebruik in een panieksituatie zoals bij een smartphone. (ontgrendelen, 'app' opzoeken, contactpersoon bedenken/zoeken, etc.) De SOS knop zorgt voor een spreek-/luisterverbinding met een meldkamer of andere instantie/persoon welke opvolging weet te geven aan de persoonlijke meldingen.

iDays Platform voor functie ondersteunende apps voor mensen met dementie en of cognitieve stoornissen en hun mantelzorgers. Methodologie voor app beoordeling i.s.m. cliënten, mantelzorgers, therapeuten, Alzheimer NL, Vilans, Saxion Hogeschool & Haagsche Hogeschool.

Ouders van jonge kinderen kunnen met de **iGrow app** op hun smartphone of tablet de groei en het gewicht van hun kind monitoren. Na het invoeren van de gegevens kunnen de

groei diagrammen worden opgevraagd. In één oogopslag zien ze het resultaat; bijvoorbeeld van rood (obesitas) naar oranje en groen (gezond gewicht). Ook geeft iGrow informatie over de drie pijlers voor een gezond gewicht: gezonde voeding, voldoende slaap en voldoende bewegen.

ImageHub Online verwijzen tussen ziekenhuizen. Gegeven de toenemende samenwerking tussen ziekenhuizen is het van belang om patiënten efficiënt te verwijzen. Via de ImageHub kunnen patiënten online worden verwezen naar andere ziekenhuizen voor verdere behandeling, diagnostiek of second opinion. Hierbij kunnen de CT en MRI beelden in hoge (DICOM) kwaliteit worden uitgewisseld. De ImageHub is mede met input van het AMC (dr. Marc Besselink, chirurg) ontwikkeld.

Implementatiehandleiding 'Internet als methodiek in de jeugdzorg', de implementatiehandleiding is een werkinstrument.

ImTrace Patiëntveiligheid staat voorop in het ziekenhuisbeleid en het dagelijks handelen in zorginstellingen. Het optimaliseren en borgen van deze veiligheid heeft dan ook prioriteit. Ook traceability van medische hulpmiddelen heeft daarin een prominente rol gekregen. ImTrace is een softwarepakket waarin de voorraad- en verbruiksgegevens van medische hulpmiddelen worden opgeslagen. De software geeft inzicht waar een medisch hulpmiddel zich bevindt, wat de actuele voorraad is en bij welke patiënt het is verbruikt.

IncoCure Ter ondersteuning van diagnostiek en behandeling van urine incontinentie (UI) bij vrouwen is de internet applicatie, 'IncoCure' , ontwikkeld. Deze bestaat uit een online vragenlijst gekoppeld aan een diagnostisch expert programma dat gevalideerd is in een multicenter studie in diverse ziekenhuizen. Door de hoog voorspellende waarde om onderscheid te maken tussen verschillende typen UI is IncoCure zeer geschikt voor diagnose en adviezen aan cliënten en hulpverleners.



0010000101100011000110101010001011011011100111000110001010

http://www.



Inforium is een zeer gebruikersvriendelijke manier om digitale openbare informatie van zorgverlener naar patiënt te sturen met respect voor privacy. Met Inforium kan een zorgverlener op maat zowel eigen informatie als geaccrediteerde non-profit betrouwbare gezondheids informatie (BetrouwbareBron Database) razendsnel, geanonimiseerd in de mailbox van patiënt plaatsen. Inforium is volledig web-based, dus zonder investeringskosten, te implementeren. Gebruik is voor de zorgverlener binnen 3 minuten te leren.

Inmote MedTech Wereldwijd lijden vele miljoenen mensen aan chronische en complexe wonden. Dit zijn wonden die er langer dan drie weken over doen om te helen. Soms duurt het zelfs maanden of jaren. Eén van de problemen in het zorgproces omtrent chronische en complexe wonden is dat de wonden niet optimaal gemonitord worden. Twee tot drie keer per week komt een thuiszorgmedewerker bij de patiënt langs.

Innoleven We geven de patiënt de regie door ze dezelfde informatie te geven als de professional, mantelzorger en andere dienstverleners en de mogelijkheid tot kiezen en flexibel afspraken te maken en ketens te vormen via een digitaal platform. Iedere burger krijgt een Persoonlijk Digitaal Dossier (PGD) dat automatisch gevoed wordt uit de systemen van de zorgverleners zoals medisch specialisten, huisartsen e.d. De Dige Ketten-Innoleven is een adaptief digitaal ketenplatform.

Into D'mentia simulatietraining geeft inzicht in de belevingswereld van iemand met dementie door gezonde mensen gedurende een half uur de emoties te laten ervaren die horen bij dementie. Dit is verwerkt tot een innovatieve simulatietraining voor mensen die zorgen voor iemand met dementie. In een speciaal ontwikkelde, interactieve simulatieruimte met Virtual Reality en Gaming technologie ervaren gezonde mensen verwarring, onzekerheid, desoriëntatie en andere gevoelens die mensen met dementie dagelijks hebben.

iQare eHealth platform “Iedereen heeft de mond vol over regie voor de cliënt, maar de cliënt voelt zich vaak overgeleverd aan de goden. iQare geeft de cliënt het stuur in handen en creëert een gevoel van veiligheid, zelfstandigheid en gemak. iQare brengt alle aanbieders van diensten bij elkaar in een simpel cliëntportaal en geeft toegang tot diensten voor zorg, gezondheid, veiligheid, communicatie, planning, welzijn en gemak.

IRIS, maatschappelijke service provider verzorgt de zorginfrastructuur van moderne te leveren zorg waardoor bewoners langer zelfstandig thuis kunnen wonen, zorgorganisaties hun infrastructuur op elkaar afstemmen, zodat deze in totaliteit goedkoper wordt, en de keten op elkaar is afgestemd.

JPO Cliëntenlogin helpt behandelaren (met name psychologen, fysiotherapeuten, coaches en diëtisten) en cliënten buiten de spreekkamer de behandeling verder te zetten. In een beveiligde omgeving kunnen cliënten en behandelaren (en behandelaren

van een praktijk onderling) communiceren (e-consultfunctionaliteit, maar ook regulier berichtenverkeer). Daarnaast is er een bestandenfunctie voor het delen van informatie over klachten en behandelmethodes, maar ook om huiswerk klaar te zetten.

Onze oplossing **Kanta-messenger**, maakt snelle, veilige en eenvoudige communicatie mogelijk tussen zorgverleners en/of cliënten. Kanta is een berichtenservice voor op uw mobiele telefoon of desktop. Kanta-messenger koppelt gebruikers op basis van QR-code, zonder gebruik te maken van 06-nummer, emailadres of de contactlijst. Hierdoor is de privacy optimaal gewaarborgd en kan een contactpersoon op geen enkele manier contact meer opnemen nadat deze is verwijderd.

Ketenkeurmerk woonzorgtechnologie

Het WDTM Ketenkeurmerk speelt in op de maatschappelijke behoefte om langer zelfstandig te kunnen wonen door middel van betrouwbare en betaalbare producten en diensten voor woonzorgtechnologie en personenalarmering. Het is een in de praktijk getoetst model dat is

opgezet door vertegenwoordigers uit de keten van woonzorgtechnologie. Het keurmerk is door externe kwaliteitscontroleurs gevalideerd. Dit betekent voor zowel die vertegenwoordigers als eindgebruikers dat het WDTM Ketenkeurmerk betrouwbaar en efficiënt is.

Een **Kind- en Netwerk Radar** om de progressie en het netwerk van de cliënt (kind) in kaart te brengen. Dit kan gebruikt worden als rapportage tool voor de begeleider en direct gebruikt worden om ouders inzicht te geven in de ontwikkeling van hun kind. De huidige manier van rapporteren kost relatief veel tijd en levert weinig rendement. Buiten het feit dat rapporteren een verplichting is, blijkt dat rapportages bijna niet gebruikt kunnen worden om goed de progressie in kaart te brengen. Je kunt namelijk geen gemiddelde halen uit een woord, maar dit kun je wel vanuit scores.

KPN Secure Mail is een dienst die het mogelijk maakt om veilig informatie uit te wisselen tussen zorgverleners onderling en zorgverlener en patiënt, cliënt en mantelzorger. De dienst is

gebaseerd op de volgende uitgangspunten:

1. Veiligheid: berichten worden altijd veilig afgeleverd bij de ontvanger; hetzij via een besloten netwerk-infrastructuur, hetzij via een webportaal.
2. Gebruiksvriendelijkheid: KPN Secure Mail is volledig geïntegreerd.

Langer thuis blijven wonen Het vergroten van de awareness van installateurs dat er prachtige oplossingen zijn om oudere mensen langer thuis te laten blijven wonen. De installateur komt al jaren bij dezelfde klant om de cv schoon te maken. Het wordt hoog tijd dat ie verder kijkt en de mensen attendeert op gevaarlijke situaties in de badkamer, keuken toilet en trap.

Langer Zelfstandig Thuis Toolkit is een set direct inzetbare oplossingen die ervoor zorgen dat ouderen langer zelfstandig thuis kunnen blijven wonen. De onderdelen in de toolkit zijn niet zomaar gekozen. HestiCare heeft onlangs uitgebreid onderzoek verricht naar de knelpunten rondom de zelfredzaamheid van ouderen in de toekomst. Op basis van de meest voorkomende

knelpunten binnen de thema's veiligheid, zelfredzaamheid en sociale betrokkenheid is de toolkit ontwikkeld.

Logis.P De oplossing biedt de mogelijkheid om patiënten actief in het zorgproces in te zetten, bijvoorbeeld door zelf hun gegevens te registreren, zelf aan te melden, anamnese formulieren in te vullen en zo voort. Dit alles met behulp van selfservice zuilen en een app ondersteund met een systeem dat de patiënt informeert over zijn bezoek. Dit kan uitloop van de afspraak zijn, maar ook hulp bij het vinden van de weg binnen de zorginstelling.

De **LogoBoxx** is een compleet platform voor de paramedische beroepsgroep voor de uitvoering van hun taken. Het richt zich in de eerste plaats op Logopedie, maar de overige paramedische beroepsgroepen zullen later ook worden ondersteund. De LogoBoxx is een portaal voor zowel de zorgverlener, de patiënten alsmede artsen en helpt de zorg efficiënter te laten verlopen. Het bevat oefeningen om ook thuis verder te werken aan het herstel van de

patiënt. Tevens biedt het de mogelijkheid voor ouders om op afstand mee te kijken tijdens de behandelingen.

Mantelzorgportaal gaat mensen helpen om stap voor stap een keuze te maken in de aangeboden mantelzorg(cliënt)portalen. De innovatie laat tevens zien welke portalen er allemaal zijn en welke mogelijkheden benut kunnen worden. Een overzicht met verwijzingen naar bestaande mantelzorg (cliënt)portalen is integraal onderdeel. Op deze wijze krijgen cliënten en mantelzorgers inzicht in wat er in de markt beschikbaar is en geeft het handvatten om een keuze (vergelijking) te maken in de wirwar van aangeboden portalen.

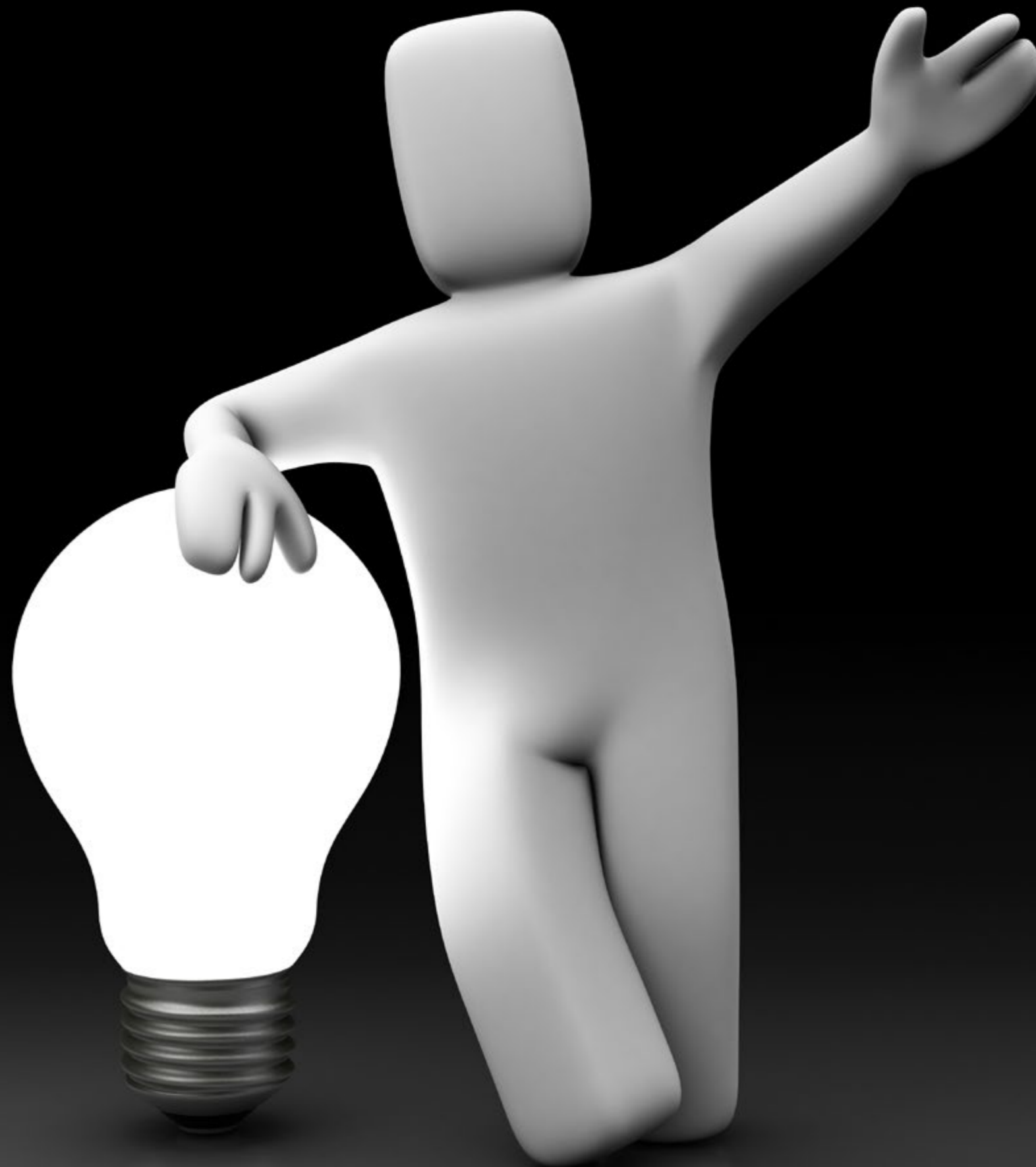
Meddex Meer informatie bij patiënt. verbeteren kwaliteit van zorg. Verbeteren inzicht en kwaliteit van zorg. Fouten worden voorkomen, kosten bespaard.

MediaCare Innovatieve zorgdiensten op de TV. MediaCare levert televisie, internet en vast bellen maar dan speciaal voor cliënten in de zorg. Dit

betekent dat we naast deze standaarddiensten ook innovatieve zorgdiensten leveren zoals fysiotherapie TV, zelfmanagement dagboeken of medicijnenherinneringen. Deze interactieve diensten leveren we op een zeer eenvoudige en laagdrempelige manier: via de bestaande TV; ieder TV-toestel is geschikt.

MediMapp Door de introductie van Sneldiagnose is het noodzakelijk dat patiënten snel informatie m.b.t. hun afspraak tot onderzoeken verkrijgen, zoals voorbereidingen, medicatie stopzetten, locatie en dergelijke. Omdat de afspraak meestal binnen 24 uur na verwijzing geschiedt, kan deze informatie overdracht alleen elektronisch. De MediMapp kan op thuis pc of mobile device worden gebruikt, en door koppeling op het EPD is het mogelijk de informatie gepersonifieerd aan te bieden.

Meditatie en ontspanning via skype Via een begeleide meditatie en imaginatie oefening komt men tot ontspanning en kan men makkelijker slapen.



Meer welzijn voor mensen met dementie Het is een app voor dementie in combinatie met sensoren.

Methode om een innovatie te ontwikkelen en implementeren Wij gebruiken binnen onze projecten van innovatie en implementatie de methodiek van Service Design. Service Design stimuleert en bewerkstelligt het draagvlak voor de ontwikkeling van innovaties. Het is een interactief proces met professionals en cliënten, waarin behoeften en wensen vertaald worden naar nieuwe ideeën, producten, diensten en oplossingsgerichte acties waarbij continue een terugkoppeling plaatsvindt met belanghebbenden.

MeXtra is een online dossier voor de zorgvrager, diens netwerk en de zorgprofessionals die betrokken zijn bij de zorgvrager. Het plan staat centraal in MeXtra, dat kan een persoonlijk plan zijn maar ook een gezinsplan. In het plan wordt de hulpvraag beschreven, de doelen en de acties die nodig zijn om aan die doelen te bereiken. Deze doelen worden niet alleen, zoals

nu nog vaak gebeurt, aan zorgprofessionals gekoppeld maar ook aan de zorgvrager en de mensen in diens netwerk. Al deze partijen kunnen worden ingezet om te komen tot de best denkbare zorg, ondersteuning en aandacht.

Mijn Esperanz Zelfmanagement en eigen patiënten informatie binnen een portal. Kanalisering van vragen van patiënten aan verpleegkundige.

Mijn GezondheidsPlatform is een breed en integraal online platform dat bedoeld is om de gebruiker te ondersteunen bij het zelf zorgen voor gezondheid en welzijn. Wij zijn ervan overtuigd dat mensen die zelf de verantwoordelijkheid kunnen nemen voor hun gezondheid en welzijn de beste keuzes maken. Dat kwaliteit van leven, gezondheid en welzijn daardoor beter worden. En dat de zorg daardoor beter wordt en tegelijkertijd betaalbaar blijft. Hoofddoel van Mijn GezondheidsPlatform is dan ook dat gebruikers (patiënt, cliënt, burger) op verantwoorde wijze zelfzorg (zelfmanagement) ter hand kunnen nemen.

Mijnklachtenassistent.nl Wanneer we een TV gaan kopen helpen we elkaar door elkaars kennis te delen over de aankoop. Dit blijkt in de gezondheidszorg plotseling niet meer zo vanzelfsprekend te zijn. Wij van mijnklachtenassistent.nl proberen een laagdrempelig platform te bieden waar iedereen (patiënt en zorgverlener) zijn kennis kan delen wat vervolgens statistisch afgewogen wordt tot één resultaat. Ook is het zoeken vanuit een symptoom niet erg eenvoudig.

MSM-multidisciplinair samenwerkings model creëert een virtueel gezondheidscentrum bestaande uit een elektronisch zorgdossier waarin uitsluitend die gegevens zijn opgenomen die betrekking hebben op de zorgvraag van de patiënt en voorziet in een proces waarmee de zorg voor een patiënt met een multidisciplinaire zorgvraag, wordt aangestuurd, afgestemd en gecoördineerd.

MY-reflection We zijn een app aan het ontwikkelen die moeilijk meetbare (zorg) interventies kan ondersteunen en volgen.

Denk aan coaching (primaire doel), maar ook fysiotherapie, psychiatrie en allerlei complementaire en combinatie therapieën. Iedere dag worden 10 vragen gesteld (obv wetenschappelijk onderzoek samengesteld) over hoe iemand voor zichzelf zorgt en zich voelt (fysiek en mentaal).

De **NurseMapp** vervangt het registreren van meetgegevens met pen en papier. De nurseMapp is een eenvoudige smartphone oplossing waarmee verpleegkundigen meetwaarden (o.a. temperatuur, hartritme, bloeddruk, pijn, early warning score) direct aan bed kunnen invoeren in het dossier van de patiënt.

Obli® drinkstimulering en -monitoring herinnert door kleur en geluid aan het voldoende en regelmatig drinken en geeft directe terugkoppeling aan de gebruiker: simpel en intuïtief. Obli is verbonden met het internet: hierdoor is begeleiding van een gezond drinkgedrag door mantelzorgers en professionele zorgverleners mogelijk. Ook

kunnen de persoonlijke instellingen worden veranderd. Obli is een consumentenproduct en direct bereikbaar voor particulieren en mantelzorgers.

Ondersteunende begeleiding bij Leven met Kanker Mensen lopen na de diagnose kanker of na behandelingen tegen kanker tegen allerlei problemen aan. Ze vinden vaak te laat of helemaal niet de juiste informatie over de gevolgen van hun ziekte en behandeling en welke hulp ze daarbij kunnen krijgen. Achmea heeft een nazorg-na-kanker-programma ontwikkeld met twee pijlers: Eén is de online inventarisatie van terreinen waar hulp gewenst is met behulp van OncoKompas 2.0 en de tweede is een oncologieverpleegkundige, die goed luistert en doorvraagt en vanuit zijn of haar expertise die informatie op waarde weet te schatten.

online zelfmanagement training Leef! met eczeem, Leef! met voedselallergie Het betreft twee online trainingen: een training met een versie voor ouders van kinderen met

constitutioneel eczeem en volwassenen met constitutioneel eczeem en een training met eveneens twee versies voor voedselallergie patiënten. De zelfmanagement trainingen zijn een aanvulling op de gebruikelijke zorg en bevatten informatie over de aandoening (eczeem/ voedselallergie), de diagnostiek en behandeling en omgaan met gevolgen van de aandoening in het dagelijks leven.

Online zelfmanagement training ReumaUitgedaagd! Een online zelfmanagement training voor jongeren en volwassenen met reuma. De training is ontwikkeld in samenwerking met patiënten van de transitiepolikliniek in het UMC Utrecht en patiënt partners van het Reumafonds. Doel van de training is het vergroten van kennis en vaardigheden. De training wordt gegeven door expert-patiënten.

Met de **OOGchecklist** wordt de stuur patiënt en zijn of haar begeleider onderdeel gemaakt van het zorgproces (patiënt empowerment). Met de checklist kunnen de patiënt en begeleider het gehele proces volgen en bijhouden waar hij of

zij zich in het proces bevindt. Daarbij kan hij of zij controleren of de juiste stappen binnen het proces zijn genomen en of de juiste informatie is ontvangen en begrepen. Dit stimuleert niet alleen patiënt empowerment, maar draagt ook bij aan een veiligere behandeling en betere informatievoorziening van de patiënt en begeleider.

Het Maatschappelijk Platform **Openportaal** brengt mensen en community's een overzichtelijke combinatie van diensten en beeldcommunicatie. Gecreëerd voor de mens en door de mens. Het Maatschappelijk Platform bestaat uit een platform, app's en een interface. Het platform is gemaakt om diensten, informatie en communicatie te koppelen. Op het platform kunnen app's worden gekoppeld, dat kan voor iedereen anders zijn.

OWise Borstkanker is door wetenschappers ontwikkeld om patiënten en artsen betere ondersteuning te bieden bij de behandeling van borstkanker. Patiënten krijgen met OWise een gepersonaliseerd behandelrapport gebaseerd

op de Nederlandse oncologische richtlijnen. Daarnaast is er de mogelijkheid tot het beveiligd opnemen van gesprekken met een arts en kunnen patiënten onder meer bijhouden hoe zij zich voelen en reageren op medicatie. Zo kunnen ze bijvoorbeeld in grafiekvorm zien hoe misselijkheid, pijn en vermoeidheid bij chemotherapie variëren tijdens de behandeling.

OZOverbindzorg De landelijke ontwikkelingen geven aan dat steeds minder mensen een plek in het verzorgingshuis zullen krijgen, daardoor zal er ook bij de huisarts meer werk terecht komen en willen we hiermee klaar zijn voor de toekomst. In OZOverbindzorg, wordt de zorgbehoefte van de oudere in beeld gebracht via een digitaal netwerk, waar de ouderen zelf, de familie, de mantelzorgers, de vrijwilligers en de professionele zorg (1e lijn en 2e lijn) op aangesloten worden. Er wordt gewerkt aan 1 zorg-leefplan waarbij de huisarts regievoerder is en de wijkverpleegkundige een centrale rol speelt.

PAZIO (Patiënt georiënteerde Zorg Informatie Omgeving). PAZIO biedt een eHealth-platform dat meerdere online zorg- en welzijnsdiensten en portalen bundelt. PAZIO werkt samen met instellingen vanuit de zorg, onderwijs en het sociale domein. We brengen bestaande eHealth diensten samen in een digitaal platform. Patiënten en cliënten krijgen hiermee gemakkelijk toegang tot al hun online zorg- en welzijnsdiensten, terwijl u als professional gewoon kunt blijven werken in uw eigen (informatie)systemen.

PC BASIC ONBEPERKTE HULP OP AFSTAND

Wij geven voor mensen met weinig ervaring op computer gebied, onbepaalde hulp op afstand, aangezien veel gebruikers onvoldoende steun en kennis hebben om bij computer problemen zelf de zaak op te lossen.

PebbleMED is het eerste volledig mobiele medicatiebewakingssysteem met gebruikmaking van een smartwatch. De cloud basis geeft mantelzorgers en artsen inzicht in de medicatie- en therapietrouw van de patiënt, waardoor de



laatste effectiever ondersteund kan worden.

Perfect Posture is een apparaat om mensen met neurologische aandoeningen (zoals de ziekte van Parkinson) te ondersteunen in hun dagelijks leven.

Personal Protection & Caring System (2PCS) biedt een oplossing voor zowel verzorgingstehuizen en thuiszorginstanties en voor de mantelzorg. De 2PCS oplossing bestaat uit een geavanceerd apparaat in de vorm van een horloge, dat om de pols wordt gedragen door de zogenaamde primaire gebruiker, bijv. de bejaarde. Het horloge bevat een alarmfunctie, een spreek-luister verbinding, GPS, GSM/UMTS, valsensoren, zowel een actieve als passieve RFID chip en nog een aantal componenten. Het horloge stelt de primaire gebruiker in staat een melding aan een alarm centrale af te geven in geval van nood.

Pharmacoach Mijnmedicijncoach is een beproefde patiëntenportal die inmiddels door duizenden patiënten wordt gebruikt en

aangeboden door honderden apotheken. Het is een zelfmanagementsysteem (gepersonaliseerd en interactief) dat de therapietrouw van patiënten bewezen bevordert door gebruik te maken van internettechnologie, kennis uit de gedragswetenschappen en farmacotherapie.

Physitrack is een web-gebaseerd platform dat zorgverleners zoals fysiotherapeuten en chiropractors in staat stelt om snel thuisoefenprogramma's op te stellen voor patiënten, en dan in real-time de therapietrouw en pijn-niveaus van de patiënten bij te houden. Tevens is er de mogelijkheid om PROM-metingen uit te voeren.

PICO Medicatie Adherence Support Systeem.

POINT ondersteunt het werkproces waarin patiënten vanuit ziekenhuizen worden overgedragen naar de Zorgaanbieders (AWBZ en WMO), en andersom. POINT is een webapplicatie en werkt over de grenzen van afzonderlijke instellingen heen. Het Elektronisch Overdrachtdossier bouwt zichzelf op aan de

hand van de fasen die de zorgprofessionals met elkaar doorlopen. Formulieren, telefoontjes en faxen zijn hierdoor verleden tijd en onnodig oponthoud wordt voorkomen.

Praten Over Gezondheid is een website die als doel heeft ervaringsverhalen aan te bieden van patiënten met uiteenlopende (chronische) aandoeningen. Onderzoek laat zien dat patiënten baat hebben bij ervaringsverhalen en dat het lezen van patiënt ervaringen de gezondheid van patiënten kan verbeteren. Patiënten zijn beter in staat medische informatie betekenis te geven en deze te onthouden. De kans op aanpassing aan de ziekte wordt vergroot en de kwaliteit van leven blijft gehandhaafd.

Preferred care, innovatief Fysiotherapeutisch Zorgproduct Rugklachten.

Project ReAAL Zorgportaal Rijnmond wil het gebruik van zorg gerelateerde ICT toepassingen (eHealth diensten inclusief Domotica) stimuleren. Binnen het EU-project ReAAL (CIP-ICT-PSP.2012.3.2) wordt hiertoe de mogelijkheid

geboden door grootschalige uitrol van ICT toepassingen (deels) te subsidiëren. Dit betekent dat toepassingen op het gebied van eHealth op relatief grote schaal ter beschikking komen voor gebruikers in de regio. Zorgportaal Rijnmond heeft zich binnen het project ReAAL gecommitteerd aan de uitrol van toepassingen op het gebied van eHealth.

Proteion Thuiservice De ontwikkeling van een digitaal lokaal platform, waar zorg- en welzijnsorganisaties, lokale leveranciers en gemeente een breed scala aan producten en diensten kunnen aanbieden en waar de inwoners contact kunnen maken met elkaar en met de organisaties. Doelstelling is om informatie en advies richting inwoners te faciliteren, communicatie en verbinding te bevorderen en digitale diensten op het gebied van zorg en welzijn, maar ook comfort en gemak te bieden.

Prototype Medical is a group of sharp and diverse minds with different specialties, all with the goal to bring the newest and latest technology to your clinic. We specialize in the full

trajectory of medical technology placement, with an unique interdisciplinary team linking science and technology to clinical practice. Prototype Medical specializes in building specialized (custom-made) software for physicians.

Psychitaal verenigt freelance hulpverleners onder één dak en kwaliteitswaarborg. Alle freelancers werken mee aan de ontwikkeling van de online cliënt omgeving Mijn Psychitaal, geven elkaar intervisie, opereren gezamenlijk in de acquisitie en sparen collectief voor bijscholing. Elke freelancer heeft een eigen online profiel met een videopitch. Bedrijven, organisaties en particulieren kiezen op deze manier hun freelancer.

PUREtrace Weeënregistratie bij zwangere vrouwen op basis van elektrofysiologische metingen, als alternatieve sensor voor de bestaande opnemers voor weeënactiviteit. Voordeel is de onafhankelijkheid van body-mass index, comfort voor patiënt, eenvoud in gebruik en kwaliteit van het signaal, alsmede het feit dat de technologie non-invasief is.

Quattrowave Een mobiliteitsplatform voor zorginstellingen en professionals in de zorg. Een marktplaats waar zorginstellingen en zorgprofessionals samenkomen. Tijdelijke vacatures in de zorg staan centraal op 1 plek. Zorg professionals kunnen werken aan ambitie en ontwikkeling. 1 loket voor tijdelijk werk. Matchen van geïnteresseerde zorg professionals op zorg specifieke kenmerken. Met 1 druk op de knop online en mobiel korte termijn aanvragen opvullen en inplannen

Quickscan zorgprocessen Veel ziekenhuizen kampen met een capaciteits- personeelsprobleem in relatie tot hun productie afgestemde planning die voldoet aan de zorgvraag. Dit is een prettige manier om aan de zorgvraag te voldoen maar ook aan werkdrukregulatie. Daarnaast is lean werken een hot topic in de zorg. Door m.b.v. een activiteiten meting in combinatie met het eerst genoemde model toe te passen kan binnen een werkdag een afdeling ondersteund worden om werk activiteiten en werkdruk slimmer te organiseren als beide modellen zijn toegepast.

Qwiek.play, Qwiek.melody en Qwiek.up

ontwikkelt innovatieve, eenvoudig te bedienen producten, voor het op een speelse manier activeren van de minder mobiele mens, met name de senior. Qwiek-producten combineren gebruikersonderzoek, productontwerp en moderne technologie om gebruikers fysiek, sociaal en cognitief te activeren. Qwiek biedt een drietal unieke producten voor zorginstellingen. Qwiek.play: een interactief TV-scherm. Qwiek.melody: een muziekvloer die de gebruikers aanzet. Qwiek.up: een systeem voor het creëren van een omgeving door virtuele projecties.

Het **ReLifE** platform is een persoonlijke data store en bestaat uit 4 lagen: Laag 1 omvat de privacy by design aanpak waarin alle rechten bij het individu, dan wel zijn naasten komen. Laag 2 omvat het communicatie platform waarmee via application program interfaces diverse zorg applicaties met elkaar verbonden worden. Laag 3 omvat de semantiek, waarbij Detailed Clinical Models garant staan voor de pragmatische interoperabiliteit. Laag 4 omvat Big Data Analytics op basis van de personal data, waar

de individu zich voor aan kan melden.

Remote Care is een online modulair opgebouwd softwareprogramma dat ontwikkeld is om zorg op afstand te faciliteren. Remote Care heeft alle functionaliteiten die voor een adequate zorg op afstand benodigd zijn:

- Digitale controle
- Videoconsult
- Informatievoorziening o.a. middels animatiefilmpjes
- Digitale vragenlijsten
- Persoonlijk behandelplan
- Afspraken

Alles is voortaan te vinden in 1 scherm!

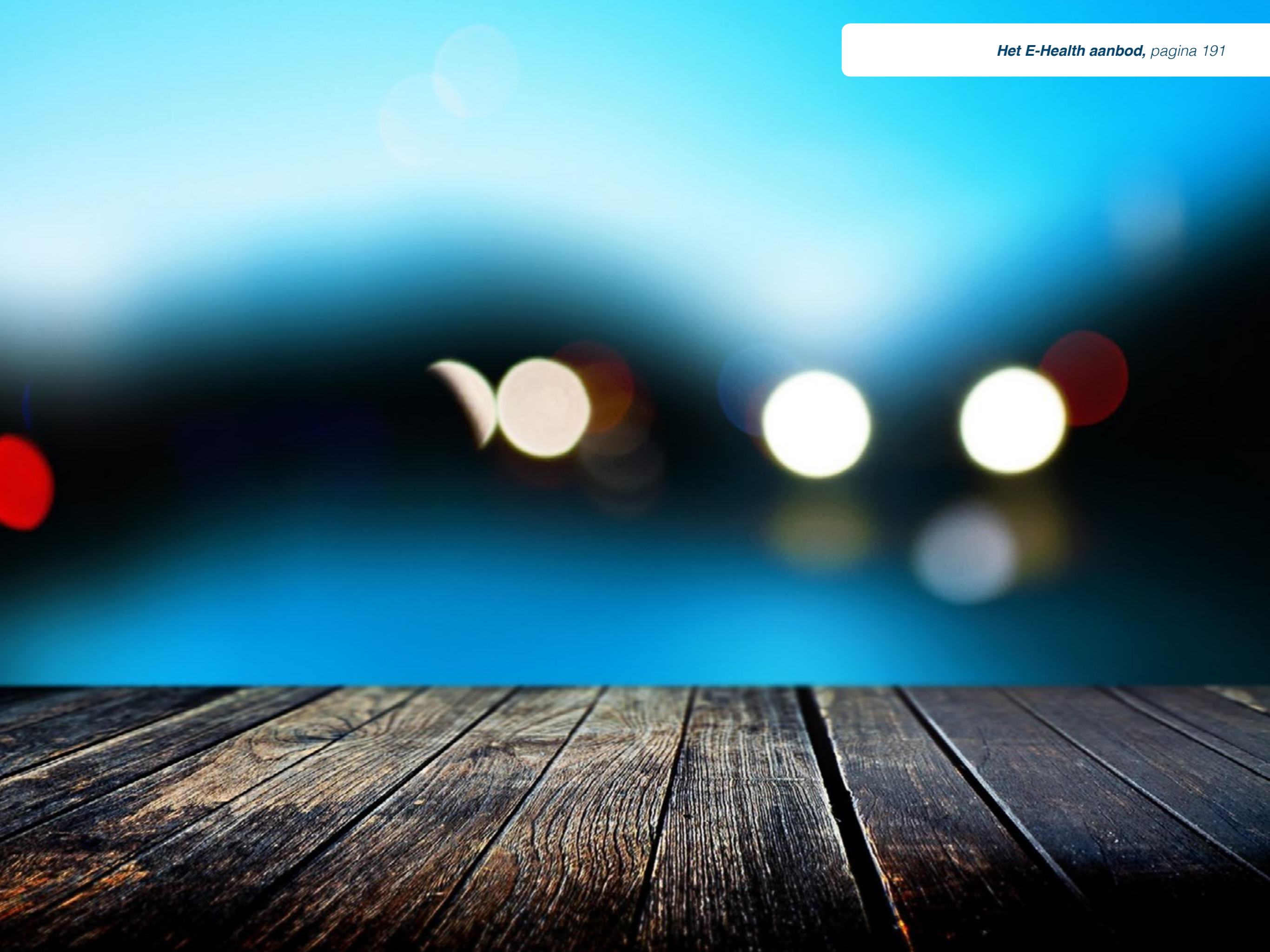
Thuiszorgrobot **RITA het intelligente tafeltje** is een robot vermomd als een houten tafeltje met een houten televisie erop.

RITA bevat diverse basistechnologieën voor typische robotfunctionaliteiten zoals navigatie en veiligheid. Daarnaast bevat RITA technologieën die een breed scala aan toepassingsmogelijkheden bevatten op het gebied van bewegen, signaleren

en communiceren. Voorbeelden van toepassingsmogelijkheden zijn: controleren op veiligheid, valdetectie, vervoer van spullen, begeleiding van de inname van medicatie, vocht en maaltijden.

Safesim is een unieke telecom provider waarbij op basis van de simkaart localisatie en alarmering plaatsvindt. In de basis vergroot de oplossing het veiligheidsgevoel van zorg cliënten waardoor de zelfredzaamheid en mobiliteit vergroot wordt en men minder afhankelijk is van geplande hulp en mantelzorg. Een mobiel personen alarmerings oplossing zonder dure of ingewikkelde overeenkomsten en budgethouders aangezien men 0,37 per dag betaald voor de totale dienst welke afgeschreven wordt van het beltegoed.

Samen Vitaal is een nieuw programma om cliënten gericht te adviseren en coachen over het bevorderen van gezonde leefstijl en het volhouden daarvan. Het bestaat uit een E-health programma voor online informatie en adviezen over voeding, beweging en gedrag, aangevuld



door offline coaching en ondersteuning door een fysiotherapeut of leefstijlcoach, zodat gedragsverandering daadwerkelijk op gang komt en kan beklijven. Het programma helpt de cliënt bij het ontwikkelen van een simpel en normaal voedings- en beweegpatroon dat aansluit bij persoonlijke voorkeuren en leefstijl en is daarom gemakkelijk in te passen in het dagelijks leven.

SchouderAdvies We hebben 2 apps ontwikkeld m.b.t. zelfzorg bij schouderklachten.

Schouderadvies helpt u om snel van uw schouderklacht af te komen. U krijgt vragen over uw gezondheid, de schouderpijn en de bewegingsbeperkingen ondersteund met videobeeldvragen. Op basis van uw antwoorden wordt een schouderprofiel beschreven. Als de app uw klacht niet vertrouwt, adviseert hij u een huisarts of fysiotherapeut te raadplegen.

Seamless ehealth via het Minddistrict platform

maakt zorg mogelijk via mobiel en internet. Zorginstellingen kunnen het ehealthplatform van Minddistrict inzetten als in de behandeling van hun cliënten. Cliënten kunnen thuis en

in eigen tijd aan hun gezondheid werken, in combinatie met face-to-face contacten met hun behandelaar. Dit noemt Minddistrict seamless health. Zorg wordt zo onderdeel van het dagelijks leven van een cliënt.

SermosLine is een communicatieportal. Met dit unieke innovatieve platform verzenden behandelaars met een druk op de knop een compleet berichtenprotocol; meerdere SMS, Email en/of Interactive Voice berichten die op verschillende tijdstippen door patiënten worden ontvangen. Doel van deze manier van communiceren is het ondersteunen van de communicatie tussen patiënten en behandelaars. SermosLine wordt o.a. toegepast voor het volgen van pijn van patiënten in de extramurale setting.

Het **Sessieportaal** biedt de mogelijkheid om naast metagegevens van een sessie/consult, dit uit te breiden met video-opnames en evaluaties. Tot de gegevens van de sessie hebben alleen deelnemers in het portaal toegang en dan alleen als zij de juiste rollen en relaties tot de therapeut hebben. De inrichting is dusdanig dat

een therapeut meerdere gezinnen/groepen kan beheren en haar/zijn opleider/supervisor toegang kan verlenen tot de gegevens in de case.

ShareCare Zorgsite en Huiskamer is een digitale oplossing voor mantelzorgers om de zorg rondom een naaste met elkaar te delen en verdelen. De Zorgsite is een open systeem dat gekoppeld kan worden aan professionele zorgsoftwaresystemen, zodat planning en cliënten dossier inzichtelijk kunnen worden gemaakt in het cliëntensysteem en communicatie tussen informele en formele zorgverleners een plaats vindt. De Huiskamer is een module die samenwerkt met Zorgsite.

Shuttle project voor zorginstellingen Easy Go Electric levert elektrische Shuttles: de iYYo 400. Organisaties die deze Shuttles aanschaffen kunnen ervoor zorgen dat mensen zelfstandig kunnen zijn en aan de samenleving deel blijven nemen. Een grote groep mensen heeft geen vervoer en is daardoor aan huis gekluisterd. Wij leveren elektrische shuttles aan Ziekenhuizen, Zorginstellingen, Gemeenten etc. Op deze wijze

kunnen de bewoners van de Zorginstellingen en mensen die nog thuis wonen zich zelfstandig verplaatsen en zijn ze niet afhankelijk van familie of vrienden.

Simpel wint! Een patiëntenorganisatie die zich niet aanpast aan de “norm” maar kijkt naar wat werkt en waarom. Belangrijkste doel is daarbij awareness voor zeldzame neuro-endocrine kankers bij (medisch) professionals, juiste voorlichting en informatie voor patiënten en hun naasten, patiënten/naasten met elkaar in contact brengen, patiënten/naasten en professionals kennis met elkaar laten uitwisselen om van elkaar te leren en de zorg te optimaliseren. Alle acties zijn gericht op het verbeteren van de zorg voor patiënten met neuro-endocrine kanker (NET of NEC) en hun naasten.

SimpelGo, meer contact en grip voor langer thuis Steeds meer mensen moeten of willen zo lang mogelijk thuis blijven wonen en organisaties en familie zoeken naar wegen om dit slim en vertrouwd te organiseren. SimpelGo helpt daarbij. SimpelGo.nl is een bewezen, open

source webportal voor meer grip en contact zodat mensen langer zelfstandig kunnen wonen en iedereen efficiënter kan samenwerken. Het heeft diverse functies en apps en kan worden gebruikt van tablet tot pc.

Sjoboks presenteert informatie over handige producten, eenvoudig en met veel beeldmateriaal. SJOBOKS is ontwikkeld voor ouderen, mensen met beperkingen en chronisch zieken, maar kan ook gebruikt worden in zorginstellingen en bij gemeenten o.a. SJOBOKS is onder de naam de Digitale Hulpmiddelenzoeker gebruikt in een project bij Proteion en Medicura. Medewerkers hebben de Digitale Hulpmiddelenzoeker uitgeprobeerd bij hun cliënten/klanten. Het doel was om te kijken of de DHMW meerwaarde kon hebben voor het werk van de medewerkers en voor de klanten/cliënten.

Sleutelkluis Keybox en XT Toegangsverlening voordeur in de Thuiszorg als de bewoner niet zelf de deur kan openen en bij alarmering. De Keybox (SKG) is een kluisje die met een

eenvoudige beugel gemonteerd wordt aan het kozijn. Deze kan uitgevoerd worden met een mechanische A-B-C-D sleutel, zodat bij verlies van sleutel A, sleutel B kan worden uitgereikt. Bij gebruik van sleutel B kan sleutel A niet meer worden gebruikt. De Keybox kan ook uitgevoerd worden met een elektronische cilinder de “Medeco XT”. In deze uitvoering kan de sleutel dag en tijd geheugen meekrijgen en kan registratie worden opgehaald.

Slimme nachtzorg Over verschillende branches heen wordt in de brede regio ZO Brabant, (VVT, VG en GGZ) de nachtzorg slim georganiseerd in zogenoemde zorgcirkels (regionale gebieden), met ondersteuning van domotica en een gezamenlijke zorg/communicatiecentrale. Door de samenwerking ontstaat een kwalitatief betere nachtzorg, innovatie en nieuwe toepassingen, efficiëntere organisatie en is er een basis om ook verder uit te bouwen naar verpleegkundige triage en medische bereikbaarheid.

Het **Smart Mattress** is een luchtwisselmatras met innovatieve functies. Daarmee is Smart mattress

breed inzetbaar binnen de zorg. Het Smart Mattress kan ingezet worden bij preventieve verzorging en bij curatieve behandeling van decubitus, bij cliënten met aandoeningen aan spier en skelet, bij dwaalgedrag van cliënten en als valpreventie. De pomp geïntegreerd in het Smart Mattress zorgt ervoor dat het geluid wordt gereduceerd tot <30 decibel en er geen slangen aan de buitenkant zitten.

Social Media co-creatie Soa Aids Nederland heeft een effectieve methodiek ontwikkeld om via sociale media een co-creatie proces uit te voeren.

Somfy Home motion producten maken het mogelijk voor eindgebruikers om langer thuis te wonen. Vaak bezitten eindgebruikers al Somfy producten in zonwering, rolluiken of garagedeuren. Onze oplossingen zijn eenvoudig toe te passen vanwege de draadloze verbinding.

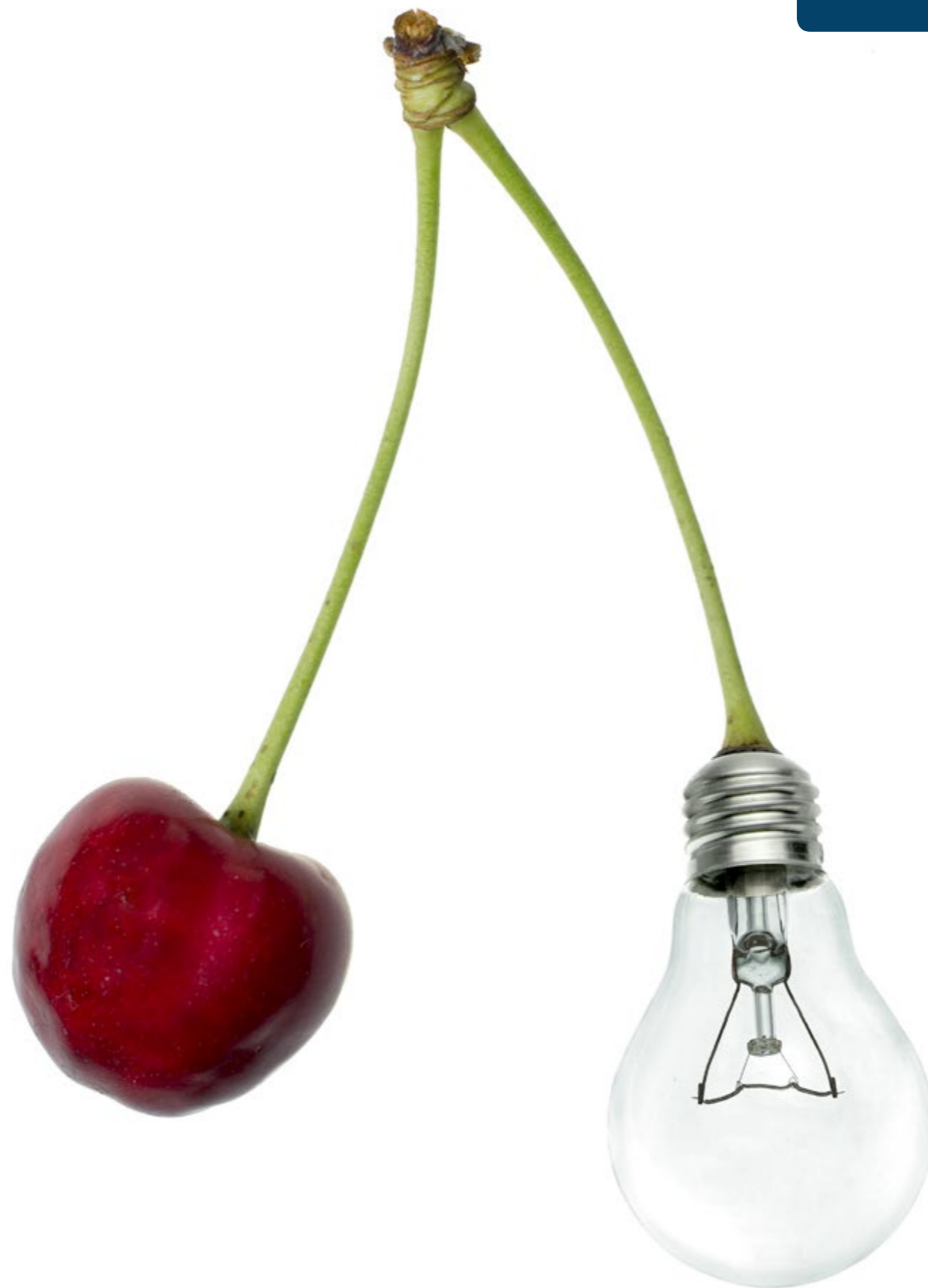
SREG is een klein, eenvoudig spelletje dat te spelen is op een tablet (een app dus). Dit spelletje is aantrekkelijk om te spelen maar na

verloop van tijd kan de speler niet meer verder. Hij/zij moet dan gaan bewegen. De beweging, de afstand en de intensiteit worden draadloos geregistreerd in registratiesoftware. Als er voldoende bewogen is kan de speler weer verder. Het spelletje is door meerdere mensen te spelen en deze mensen zullen elkaar activeren om te gaan bewegen. O.a. de mantel speelt hierin een belangrijke rol.

STEPSelect is een methode om geneesmiddelen rationeel te selecteren en doelmatig in te kopen. Het integreert veel aspecten van geneesmiddelen management (klinisch, farmaceutisch, economisch etc.) in een modelaanpak waarbij online voorkeursgeneesmiddelen worden bepaald en gerangschikt op basis van rationele keuzecriteria met inbreng van klinici en apothekers. Daarna volgt een nadere farmaceutische analyse: middels toetsing van produktaspecten rondom verpakking, patiënteninformatie, kwaliteit leverancier contractering levering(sduur) en prijs.

Sterker dan Stress met App je hAppy voor mensen met stressgerelateerde klachten en onbegrepen lichamelijke klachten, ook wel Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) genoemd (hoofdpijn, nekpijn, rugpijn, vermoeidheid, duizeligheid, benauwdheid) biedt App je hAppy een aantrekkelijke eHealth ondersteuning. Deze internet- en mobileapplicatie App je hAppy kan een belangrijk en effectief hulpmiddel zijn voor zelfmanagement.

Steun in de rug aan moeders Door het voorlichten en trainen van de zorgprofessional die de moeder en haar gezin begeleidt bij een zwangerschaps en/of postpartum depressie of na het doormaken van een postpartum psychose, kan er snel en adequaat gereageerd worden als er sprake is van deze problematiek. Het leggen van een stevig fundament onder het moeder en ouderschap is belangrijk voor een gezonde ontwikkeling van het kind in de gezinssituatie.



Supportr social coaching app is de sociale coaching app die cliënten motiveert en coachen makkelijker maakt. De deelnemer staat er niet alleen voor: hij hoort bij een social support groep en er is altijd een coach die meekijkt en op het juiste moment kan reageren. Naast de bewezen kracht van de groep hebben ook het beloningssysteem en de sociale functies van de app, zoals push berichten, een motiverende werking. De coach kan meerdere groepen op efficiënte wijze begeleiden. De gesloten en veilige omgeving bestaat uit: online coachtool, sociale groep app en speelse progressiemodule.

Tele-IC In 2006 startten Peter van der Voort en zijn collegae intensivisten bij het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG) in Amsterdam, met het nadenken over een efficiëntere, optimale zorg voor patiënten op de intensive care. Juist ook op kleinere IC-afdelingen van de aan het OLVG-gerelateerde ziekenhuizen. Het OLVG onderzocht hiervoor de mogelijkheden van tele/video-oplossingen.

Telelock is toegang tot woning door zorgmedewerker met gebruik van moderne technologie. Het is een motorcilinder, oplegslot en module voor centrale toegangsdeuren waarbij de cliënt/bewoner gewoon gebruik blijft maken van zijn mechanische sleutel, en de thuiszorg krijgt toegang via een mobiel of tablet. Er hoeft niet gefreesd, geboord of gezaagd te worden in de deur. Montage tijd minder dan 15 minuten. Er hoeven geen sleutels meer afgegeven te worden aan de zorg voor toegang aan de woning. Veilig voor bewoner en veilig voor zorgmedewerker.

Teleradiologie/Telemedicine Beoordeling van radiologisch onderzoek op afstand; teleradiologie.

Timecheckers waarschuwt patiënten per sms als hun afspraak op een poli uitloopt of wijzigt. Patiënten zullen de service waarderen en ziekenhuizen kunnen zich naast klantvriendelijk profileren. Het systeem staat volledig los van ziekenhuis ICT. De poli assistent voert alleen aantal minuten vertraging in en de patiënt voert zijn eigen afspraak in; dus ook geen privacy

discussies. Timecheckers biedt daarnaast mogelijkheden voor het versturen van digitale info over zorginstelling en behandeling en Netwerk (GPS/Wifi) gestuurd automatisch aanmelden in ziekenhuis en poli.

Tunstallnet/ Lifeline Vi is een platform waarbij ouderen en hulpbehoevenden door middel van diverse app's betrokken blijven bij de samenleving. Voorbeelden van app's zijn: de tv-gids, een beeldbelmogelijkheid, zorgberichten en bijvoorbeeld de lokale supermarkt zodat de persoon online boodschappen kan bestellen. Lifeline Vi is onze alarmunit waarop meer dan 50 voornamelijk draadloze sensoren aangesloten kunnen worden. Als een sensor een 'ongewone' situatie signaleert, wordt automatisch een alarm gegenereerd via de alarmunit naar de meldcentrale of ander contactpersoon, zoals van te voren naar wens is ingesteld.

Valpreventie 2.0 Gedetailleerde risico inventarisatie (wetenschappelijk onderbouwd) op het gebied van vallen. De risico inventarisatie is via internet beschikbaar. Na invulling/

beantwoording volgt een volledig risicoprofiel van de persoon. Op basis van dat risicoprofiel wordt een activiteiten/behandel/stappenplan geadviseerd. Dit is multidisciplinair. Tussen de disciplines onderling kan informatie uitgewisseld worden, via de website, met toestemming van de deelnemer. De te volgen acties worden automatisch gecontroleerd door middel van e-mail reminders naar deelnemer en ‘behandelaar’.

De **Vas Vertaler (Eng: Vas Translator)** is een applicatie voor de iPhone en iPad. Deze app stelt de behandelaar (in welke vorm dan ook) in staat om aan een patiënt of cliënt een vraag, die op basis van een Visual Analog Scale beantwoord kan worden, te stellen in meerdere talen. De app is bedoeld om een mogelijk taalbarrière tussen behandelaar en patiënt te overbruggen. Hiermee kan de behandelaar bijvoorbeeld een pijn-vraag tonen in het Turks, Marokkaans, Russisch, Pools of welke taal dan ook.

Verwijstest erfelijke borst/darmkanker Het Radboud UMC is een erkend expertisecentrum

voor erfelijke kanker en heeft digitale verwijstesten ontwikkeld om zorgverleners te helpen bepalen welke patiënten een verhoogd risico hebben op erfelijke borst- of darmkanker. Beide verwijstesten zijn gebaseerd op landelijke professionele richtlijnen en gratis beschikbaar voor zorgverleners, zowel op een online website en als smartphone apps (Android en Apple).

VieDome Community Zorg, veiligheid en comfort in een domotica-oplossing. Er is in toenemende mate behoefte aan nieuwe oplossingen op het gebied van zorg, veiligheid en comfort. Oplossingen die ervoor zorgen dat de zorg efficiënter wordt, er meer aandacht komt voor de cliënt en dat mensen langer onder eigen regie zelfstandig en verantwoord thuis kunnen blijven wonen. Oplossingen die bovendien zorgen voor een betere leefbaarheid.

ViePlus is een oplossing die het mogelijk maakt dat ouderen en minder validen langer, veilig en comfortabel kunnen thuis wonen. De oplossing baseert op Web Software en een touch screen. De oplossing is uniek door de eenvoud van

bediening, de mogelijkheden voor gebruikers / mantelzorgers om zelf te bepalen hoe de oplossing er uit ziet en het gebruik van open standaarden. Functioneel biedt de oplossing een combinatie van beeldbellen, ontspanning / sociale integratie, domotica koppelingen en zorgondersteuning d.m.v. beeldzorg, alarmering, E-Health en remote diagnostics.

Virtual coach kan vragenlijsten afnemen van spraak naar tekst. Hij /zij geeft tips voor dagstructuur en stimuleert beweging. Geeft sociale netwerken (vriendschapsverrijkingscursus en staat in verbinding met sensoren (AAL vervolg a2e2)).

Met **Virtual Reality in exposure therapie** stap je in een andere virtuele wereld. Deze wereld kan bestaan uit een animatie, 360 graden fotografie of 360 graden video. De cliënten krijgen een virtual reality (VR) bril op en koptelefoon. Ze kunnen nu voor, opzij, achter onder en boven kijken en hebben altijd beeld, zoals je dat ook in werkelijkheid zou verwachten. Dit levert een immense ervaring, je bent als het ware

ondergedompeld in een nieuwe omgeving. In onze oplossing koppelen we bovendien sensoren. Deze sensoren leveren biofeedback over het stresslevel van de cliënt.

Vita Motion Oefenen en bewegen is medicijn, maar wat te doen als men niet meer kan (of wil) bewegen door een chronische aandoening. De Vita Motion interventie zorgt dat immobiele patiënten, die een zittend bestaan leiden moeiteloos en op een aangename manier gaan bewegen. Met behulp van virtual reality en een robostoel worden vitale functies zoals bloedsomloop en balans enkele malen per dag geactiveerd.

VitalinQ, je Personal Health Assistant Voeding, beweging en bewustwording zijn de drie belangrijkste pijlers voor een gezond en goed leven. De wereld is zich steeds bewuster wat een gezonde leefstijl betekent. Tegelijkertijd is er een toename van leefstijl gerelateerde aandoeningen, zoals obesitas, diabetes, CVA, hartfalen, COPD, reuma en kanker. VitalinQ biedt de oplossing en legt de verantwoordelijkheid van een gezonde

leefstijl daar waar die hoort: in handen van het individu. Personal Health Record, Quantified Self en Social Media zijn inbegrepen.

De techniek van de **Vitaliteitscan** We maken gebruik van Elektro-encefalografie. Dat is een methode om elektrische spanningsverschillen die in het brein zijn ontstaan, via de hoofdhuid te registreren. Het elektro-encefalogram (EEG) kan bij ziekteprocessen inlichtingen geven over zowel de aard als de plaats van de afwijking. De apparaten waarmee EEG's gemaakt worden, vallen onder de medische hulpmiddelen. BrainSolutions maakt op een specifieke manier gebruik van deze techniek door zich te specialiseren in het uitlezen van de frontale cortex van de hersenen.

Vraagelkaar + de Vraagelkaar inspiratie App Familie, vrienden en burens willen elkaar graag ondersteunen als ze van elkaar weten wat de ander concreet nodig heeft. Vraagelkaar.nl kan vraag en aanbod voor vrienden op een eenvoudige manier matchen met behulp van een website en een smartphone. applicatie. Door

Vraagelkaar weten familie, burens en vrienden waar ze elkaar mee kunnen helpen en wanneer. Het is goed om een netwerk te bouwen en vragen uit te wisselen voordat er wat aan de hand is. Zo wordt het weer gewoon om elkaar te vragen en voelen mensen zich vrijer om het informele netwerk in te schakelen als meer hulp nodig is.

Via het online **Vragenlijstenportaal Dermatologie** (www.huidvragen.info) zijn vragenlijsten (PROMs) beschikbaar voor patiënten en behandelaars binnen de dermatologie. Door het gebruik van een online portaal kunnen de vragenlijsten eenvoudig op een computer beantwoordt worden en zijn de resultaten (inclusief scoreberekening) direct toegankelijk voor de behandelaar. Patiënt Reported Outcome Measurements (PROMs) zijn eenvoudig gezegd "alle informatie die direct van patiënten afkomstig is".

Via **webcamconsult** kunnen op eenvoudige wijze face-to-face consulten tussen hulpverleners (artsen, verpleegkundigen, paramedici) en



patiënten via de PC met webcam, maar ook via tablet of via smartphone worden gerealiseerd. De patiënt ontvangt bij het maken van de afspraak een email, met daarin een link, waarmee hij op het tijdstip van de afspraak, eenmalig, kan inloggen op het systeem. Dat kan via PC, tablet of smartphone. Als hij ingelogd is kan de arts in een soort van digitale wachtkamer zien of de patiënt is ingelogd.

Het **Webfysio eHealth Platform** maakt het mogelijk om cliënten in de thuissituatie via het internet te kunnen begeleiden, adviseren, opleiden en te behandelen. In feite betreft het een volledig online ecosysteem met een combinatie van eVoorlichting & eLearning, eCoaching & eCare, eCollaboration en eAfspraken inclusief bijbehorende mobiele apps.

Wegwijzer Financiering eHealth Zorg voor Innoveren is een belangrijke informatiebron en een netwerkplatform voor innovatoren in de zorg. In 2014 wordt aan bekostiging en financiering extra aandacht gegeven middels de Wegwijzer financiering e-health (www.ehealthfinanciering.nl).

Hiermee helpt Zorg voor Innoveren zorgvernieuwers eenvoudiger hun weg te vinden in de (on)mogelijkheden van financiering van e-health. Dat kunnen zorgverleners zijn, maar bijvoorbeeld ook projectmanagers van e-health-projecten binnen zorginstellingen of leveranciers van e-health-toepassingen.

Wijzer met Welder ondersteunt mensen met een gezondheidsvraag bij werkbehoud, verkrijgen van werk en duurzame inzetbaarheid. Het geeft informatie met vele steuntjes in de rug, advies, biedt een forum en biedt o.a. de gevalideerde werkvermogenstest (WAI) met feedbackgesprek. Momenteel wordt de tool bewerkt door Blik op Werk om het voor een breder publiek, zowel werknemer, de werkzoekende als werkgever, toegankelijk te maken.

Wikiwijk is een community-platform dat ondersteunt bij zelfredzaamheid en samenwerking tussen mensen en instanties op lokaal niveau. Het platform stelt gebruikers in staat om binnen netwerken (groepen) met elkaar te communiceren, elkaar te informeren

en relevante zaken onderling te regelen. Gebruikers bepalen zelf de aard, omvang en samenstelling van hun groepen. Wikiwijk faciliteert zowel buurthulp als mantelzorg en kan een ondersteunende rol spelen in de dagelijkse contacten tussen gebruikers en hun burens, vrienden en familieleden, mantelzorgers en vrijwilligers, professionals.

De **Wizard Trainer** maakt het mogelijk om middels een applicatie op een mobiel apparaat (al dan niet i.c.m. de Wizard CareToy) kinderen vanaf 3 jaar, met Cystic Fibrosis of een andere (long)aandoening, thuis te leren blazen, zodat deze in een vroeger stadium een volledige longfunctie kunnen blazen.

Wuzzi Alert mobiel alarm (ook voor buiten) is een mobiel alarm voor binnen en buiten en gaat dus veel verder dan de traditionele binnen alarmering. Bovendien hoeft er niets geïnstalleerd te worden in de woning. Met 1 druk op de knop staat de gebruiker in contact met zijn sociale (partner, kinderen, burens, etc.) of professionele (meldkamer of zorgorganisatie)

contactpersoon. Hierbij is de positie bekend en kan er op afstand met elkaar gesproken worden. In het online portaal Mijn Wuzzi staan alle beveiligde gegevens en worden de instellingen gedaan en beheerd door de gebruiker en/of zijn contactpersoon(en) van de Wuzzi Alert dienstverlening.

www.emaildokter.nl Sedert 2002 op de markt. Toen i.v.m. het huisartsentekort. Doel: snelle, efficiënte en handige manier voor contact te hebben met huisarts vv.

www.mijnastmacoach.nl is er op gericht om patiënten met astma te begeleiden bij zelfmanagement en te informeren over (het omgaan met) hun ziekte. Door middel van informatie, tips en adviezen leren patiënten om met astma om te gaan. Daarnaast leren zij om te reageren op vroege signalen en symptomen die kunnen duiden op een lichamelijke achteruitgang. Het monitoren van de patiënt draagt bij aan het voorkomen van complicaties en het signaleren van mogelijke risico's. In het kader van zelfmanagement

bieden de programma's hulp bij noodzakelijke aanpassingen in levensstijl zoals voeding, bewegen en roken.

www.mijncopdcoach.nl informeert patiënten over COPD en begeleidt ze bij zelfmanagement van hun ziekte. Door middel van informatie, tips en adviezen leren patiënten om te gaan met COPD. Daarnaast leren zij om te reageren op vroege signalen en symptomen die kunnen duiden op een lichamelijke achteruitgang. Het monitoren van de patiënt draagt bij aan het voorkomen van complicaties en het signaleren van mogelijke risico's. In het kader van zelfmanagement bieden de slimme programma's hulp bij noodzakelijke aanpassingen in levensstijl zoals voeding, bewegen en roken.

www.mijnparkinsoncoach.nl informeert patiënten over Parkinson en begeleidt ze bij zelfmanagement van hun ziekte. Door middel van informatie, tips en adviezen leren patiënten om te gaan met Parkinson. Daarnaast leren zij om te reageren op vroege signalen en symptomen die kunnen duiden op een

lichamelijke achteruitgang. Het monitoren van de patiënt draagt bij aan het voorkomen van complicaties en het signaleren van mogelijke risico's. In het kader van zelfmanagement bieden de programma's hulp bij noodzakelijke aanpassingen in levensstijl zoals voeding, bewegen en roken.

Zorg en welzijn op afstand, meer zien met Yoom near real life communicatie!

Beeldcontact op afstand zoals Skype, FaceTime e.d. geven een postzegelachtig beeld en zijn beperkt in mogelijkheden. Zo kan men wel communiceren, maar ziet men niet de lichaamstaal en de omgeving van de beller en degene die gebeld wordt. Beeldcontact vergt net als klassiek bellen competenties in communicatie die mensen die wat minder sociaal vaardig zijn (geworden) niet hebben of niet meer hebben.

Zoek misschientje? De website met een totaal overzicht van zorgaanbieders. De zorgvrager kan via korte lijnen, in eigen regie, duidelijk en overzichtelijk zoeken in het totale zorgaanbod. Op deze website kan de individu,

vrijwilligersorganisatie, ZZP 'er, klein/ groot bedrijf, stichting en de gemeente zelf, zijn of haar vraag, hulp, ondersteuning zoeken of aanbieden. Waarbij de mogelijkheid voor de aanbieder bestaat hun portal dan wel website aan Zoekmisschientje te koppelen.

De echte innovators in de zorg Sensire zet al geruime tijd e-health toepassingen in bij haar klanten in de thuiszorg en wonen met zorg. Zoals beeldzorg, de Medido, videomonitoring, thuismeten & monitoring van chronisch zieken. Om de zorg beter en effectiever te maken, maar vooral om haar klanten zoveel mogelijk de regie over hun eigen leven te geven. Sensire is een innovator van de zorg genoemd. Maar de echte innovators van de zorg zijn onze klanten en hun mantelzorgers.

Zorgmag.nl is een online magazine dat een brug slaat tussen e-Health en de eindgebruiker. Door op toegankelijke manier te schrijven over e-health toepassingen in de brede zin van het woord (dus ook domotica, mobile-Health, robotica, apps, Mental e-health, wearables etc.)

willen we de patiënten, cliënten, mantelzorgsters, werkers in de zorg en andere (toekomstige) e-Health gebruikers informeren over wat er allemaal al is aan technische oplossingen voor de zorg en wat deze mensen er zelf aan kunnen hebben.

Vrijheid en veiligheid met de **Zorgriem** De Zorgriem is een klein apparaatje dat een persoon bij zich heeft. Het is voorzien van een GPS zender die getraceerd en gevolgd kan worden. Met uw gebruikersnaam en wachtwoord kunt u met uw computer, notebook, tablet, telefoon, smartphone of alarmcentrale kunt u de persoon terugvinden. De Zorgriem dienstverlening wordt veel gebruikt door mantelzorgers en zorgverleners in situaties waarbij de cliënt de zelfstandigheid en bewegingsvrijheid kan worden vergroot.

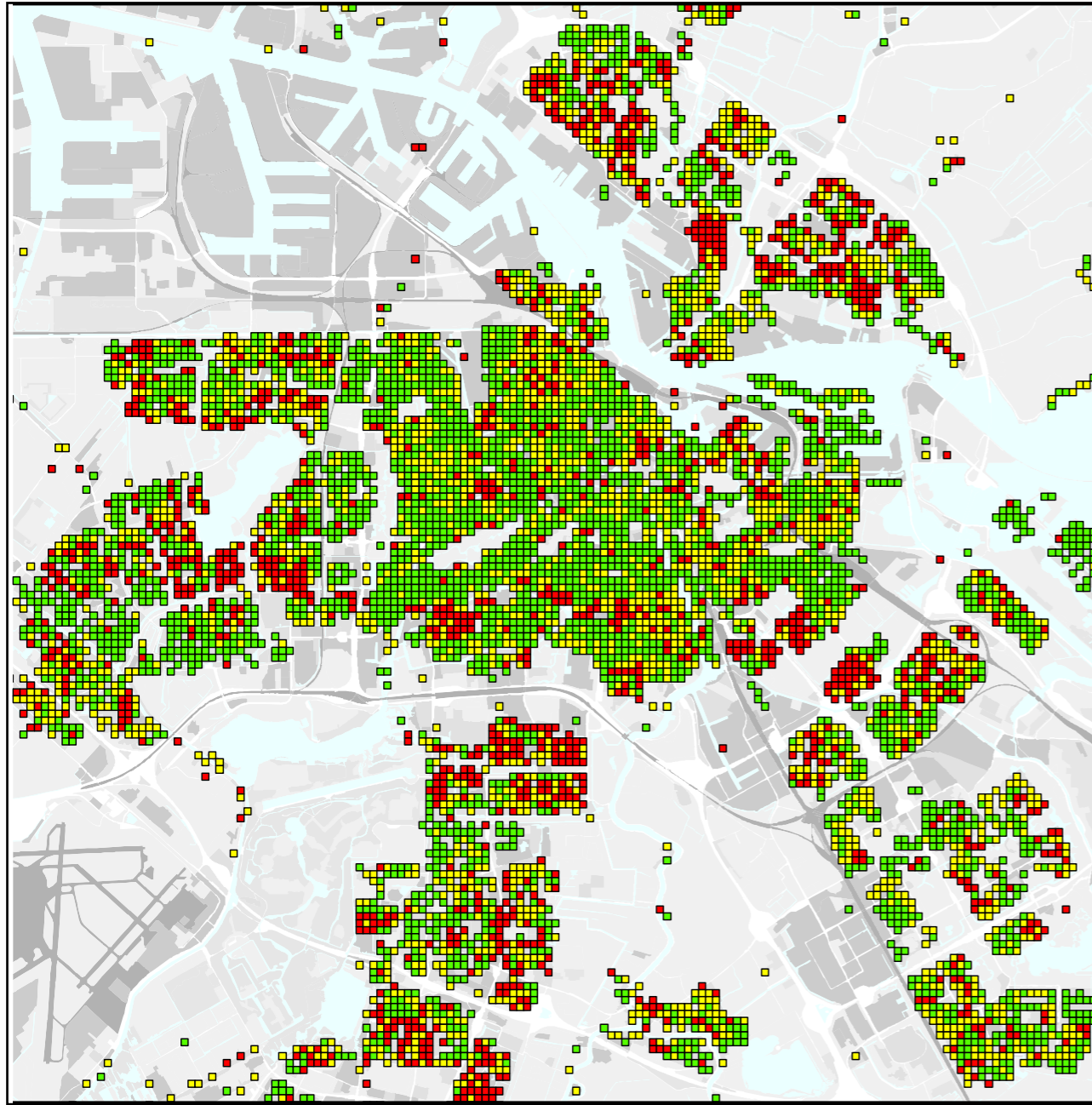
Het **Zorgschap** Door burgers, voor burgers, voor de samenleving! Minder instituut en meer zorg thuis! Minder overheid en meer burger! Het Zorgschap is in de eerste plaats verbonden met de lokale samenleving. Het is een burgerinitiatief

en vormt en onderhoudt een coöperatie van burgers die verantwoordelijkheid nemen voor het welzijn van hun familieleden en hun buurt- en dorpsgenoten.

Zorgstudio Ons bedrijf maakt een studio bestaande uit een aangepaste badkamer en een slaapkamer eventueel uitgebreid met een aangepaste keuken en zitkamer. Deze kunnen geplaatst worden op een perceel of via een sluis aan een huis worden geplaatst. Daardoor wordt het mogelijk om een woning die een badkamer en slaapkamer op een verdieping heeft toch gelijkvloers te maken. Ook is het mogelijk om mensen met een behoefte tot zorg op het perceel van een zorg verlenend familielid zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen.

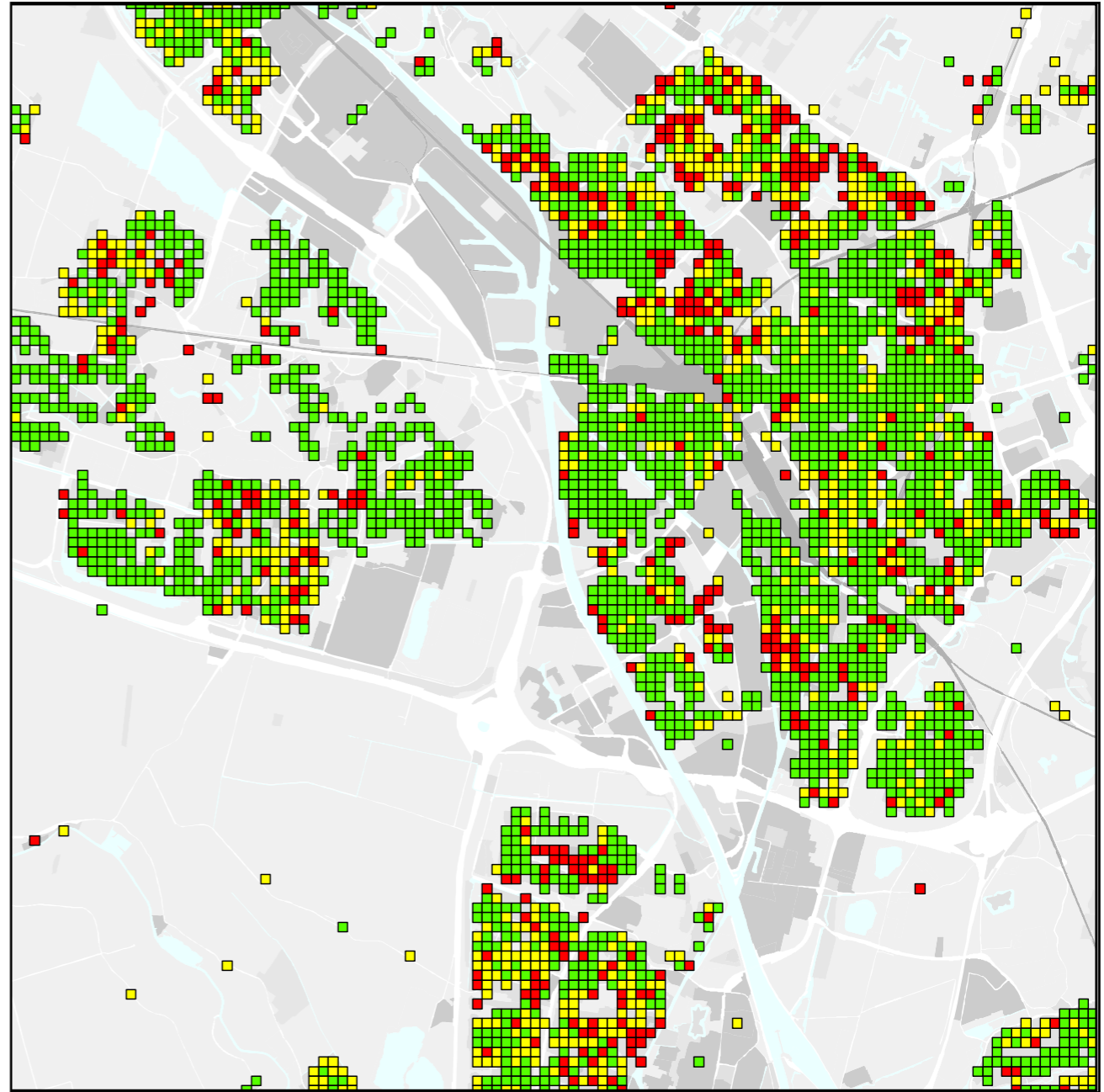
Zorg van boven

Het thema Zorg van Boven is verwerkt door het hele boek en laat een aanzicht zien van de demografie, zorgvraag en zorgcontext in Nederland.



Diabetes 100x100 grid Amsterdam

% Diabetes 100x100 grid Amsterdam



Diabetes 100x100 grid Utrecht

% Diabetes 100x100 grid Utrecht





INNOVATIE & MATURITY

EHEALTH INNOVATIE & MATURITY

Co Politiek

De wildgroei aan zorginnovaties is enorm, ziet u door de bomen het bos nog? Er zijn talloze zorginnovaties, maar welke zorginnovaties beschikken over de gewenste maturity om succesvol te kunnen worden geïmplementeerd? Uiteindelijk wilt u energie steken in de zorginnovaties die met het minste risico en hoogste rendement geïmplementeerd kunnen worden.

Duurzaamheid voorop

In de Van Dale wordt 'innovatie' gedefinieerd als 'de invoering van een nieuwheid'. Met andere woorden, een innovatie of een interventie is die naam pas waard als deze duurzaam wordt gebruikt in de praktijk. Feit is dat een grote meerderheid van de implementatieprojecten faalt – en de innovatie/interventie niet (optimaal) gebruikt wordt. Zeker bij een complexe, brede uitrol, met een groot aantal stakeholders binnen een organisatie of een keten, is de kans op ontsporen groot. Hiermee is alle inspanning voor niets geweest.

Onvoldoende maturity

Op basis van een recent eHealth onderzoek voor een grote zorgverzekeraar kwamen een aantal bevindingen met betrekking tot de maturity van eHealth innovaties naar voren:

- Diverse innovatoren zijn dikwijls met dezelfde eHealth toepassing bezig zonder dat zij dit van elkaar weten. Het valt op dat er veel innovaties op elkaar lijken. Dit geldt bijvoorbeeld voor apps, portalen, sensoren of mantelzorgoplossingen;
- Innovatoren beschikken over onvoldoende netwerk om de propositie aan de man te kunnen brengen. Als een innovatie eenmaal ontwikkeld is, komt men er pas achter dat een commercieel netwerk van belang is om er vervolgens geld mee te kunnen verdienen. De inhoud van de innovatie is dan wellicht wel goed, maar dat is zonder netwerk nog geen gelopen koers;
- Innovatoren weten ook onvoldoende bij welke organisatie(s) zij moeten zijn. Als eerste wenst men vaak in contact te komen met een zorgverzekeraar terwijl het dikwijls juist verstandig is om eerst een aantal zorgverleners

achter je innovatie te krijgen;

- Innovatoren zijn onvoldoende op de hoogte van de (complexiteit van de) financiering van de zorg. Innovaties houden dikwijls geen rekening met de “schotten” in de zorg. Voor een cliënt vaak prachtige innovaties worden dan geremd door de financiering en daar weet de innovator te vaak niet mee om te gaan, wat uiteindelijk een succes remt;
- Innovatoren zijn veelal gedreven door het idee. De innovaties van bepaalde innovatoren ontstaan dikwijls vanuit een ervaring. Er wordt in het begin onvoldoende nagedacht over het commerciële aspect en daarmee blijven specifieke innovaties steken in de ideefase;
- Er ontbreekt bijna altijd een sluitende businesscase. Of het nu gaat om bedrijven of individuele mensen achter een innovatie, dikwijls schiet de businesscase tekort. Een businesscase is een lastig maar onontbeerlijk aspect om uiteindelijk tot positieve keuzes met betrekking tot de innovatie te komen.

Benodigde stappen

Er zijn een aantal stappen die de kans op het succesvol kunnen selecteren en implementeren van innovaties/interventies sterk kunnen vergroten. In dit artikel wordt expliciet ingegaan op de stap “keuze van innovatie/interventie”. Voor een beschrijving van de overige stappen wordt u verwezen naar het artikel “context- en populatiegericht innoveren” en de site van AimTrack, www.aimtrack.nl, sponsor van dit boek. De stappen zijn:

- **Scenariobepaling.**

Wat betekenen de veranderingen in de zorg voor mijn organisatie? Waar zit mijn doelgroep? Met welke zorgvraag krijg ik te maken? Hoe ontwikkelt zich het zorgaanbod? Wat wordt mijn propositie? Waar moet ik gaan innoveren? Hoe kom ik tot substitutie? **Kortom: Wat is het probleem?**

- **Regionale en/of ketengerichte samenwerking.**

Welke organisaties in mijn omgeving hebben dezelfde problematiek? Waar kan ik in de keten gezamenlijk optrekken om kosten te delen en kwaliteit te vergroten en waar juist niet om mijn onderscheidend vermogen te houden?

Kortom: Met wie ga ik samenwerken?

- **Keuze van innovatie/interventies.**

Welke innovatie/interventie is voor mijn organisatie relevant? Welke innovaties/interventies zijn er allemaal? Welke beschikken of gewenste maturity waardoor ik minder risico loop? Welke criteria zijn van belang om te komen tot een keuze? Hoe kom ik tot de juiste businesscase? Hoe weet ik van te voren welke stakeholders de innovatie/interventie zullen accepteren en welke niet? Hoe kom ik van long- naar shortlist en een keuze? Hoe stel ik mijn innovatieportfolio en -plan samen?

Kortom: Wat is mijn plan?

- **Implementatie & opschaling.**

Hoe definieer ik een implementatieproject? Hoe kom ik tot een implementatieplan en -organisatie en hoe stel ik het implementatieteam samen. Hoe kom ik tot een integrale veranderaanpak en beheers ik de risico's waarbij op korte termijn al de eerste successen te vieren zijn? Hoe zorg ik voor snelle opschaling zodat de businesscase gerealiseerd wordt? Kortom: **Hoe ga ik het doen?**

- **Businesscasemanagement en projectmonitoring.**

Hoe monitor ik de voortgang van de implementatie en de businesscase? Hoe stuur ik bij en welke instrumenten gebruik ik daarbij?

Kortom: Hoe check ik de resultaten en stuur ik bij?

Inzicht in maturity

AimTrack beschikt over de InnoBoxx, waarmee het mogelijk is om te bepalen wat de maturity van een zorginnovatie is. De InnoBoxx (bereikbaar via www.aimtrack.nl) is een internet applicatie waar zorginnovaties in een database worden verzameld. De database bestaat nu ongeveer uit 12.500 zorginnovaties en dit aantal is uiteraard constant groeiende. De innovatoren achter de zorginnovaties die interessant zijn, worden op een geautomatiseerde wijze benaderd om meer informatie te verkrijgen over de innovatie.

Dit vindt plaats met behulp van online enquêtes. Innovatoren die meedoen krijgen hierdoor een beter beeld van de maturity van de eigen innovatie. Mocht geheimhouding van belang zijn

dan is er de mogelijkheid om een Non Disclosure Agreement (NDA) af te sluiten. In dat geval komt de innovatie in een soort “digitale kluis”.

Er zijn 2 soorten enquêtes: de quick inno en de heavy inno. De quick inno is gebaseerd op 30 generieke vragen waardoor al snel bekend is of de zorginnovatie relevant is. De heavy inno, eveneens zo’n 30 vragen, wordt geautomatiseerd verstuurd als de beoordeling van de quick inno een bepaalde waarde heeft.

De vragen gaan onder andere over:

- De algemene bedrijfsgegevens;
- Een functionele omschrijving van de innovatie;
- Het type innovator;
- De doelgroep(en) waarvoor de innovatie bedoeld is;
- De fase waarin de innovatie zich bevindt (startfase of al volledig uitontwikkeld?);
- De aan- of afwezigheid van een sluitende businesscase;
- De aan- of afwezigheid van een bekostigingsvorm;
- Certificering van de innovatie;
- De stakeholders waar de meeste acceptatie of

weerstand van te verwachten is;

- De top 3 (beoogde) kwaliteitsverbeteringen in de businesscase;
- De top 3 (beoogde) efficiencymogelijkheden met betrekking tot productiviteitsverbeteringen;
- Mate van opschaalbaarheid;
- Resultaten en bevindingen pilots;
- Etc.

Innovatoren kunnen op elk gewenst moment de gegevens (incl. uitkomsten enquêtes) over hun innovatie bijhouden/wijzigen. Door middel van een persoonlijke gebruikersnaam en password is toegang mogelijk. Mocht de innovator de gegevens binnen een half jaar niet hebben gewijzigd, dan volgt er een geautomatiseerd verzoek daartoe om dat alsnog te doen. Op deze manier wordt de informatie over de innovaties zo actueel mogelijk houden. Op dit moment beschikt de InnoBoxx over zo’n 750 verrijkte zorginnovaties en dit aantal is uiteraard ook groeiende.

Breed gebruik door de zorgsector

Naast innovatoren kunnen zorgorganisaties,

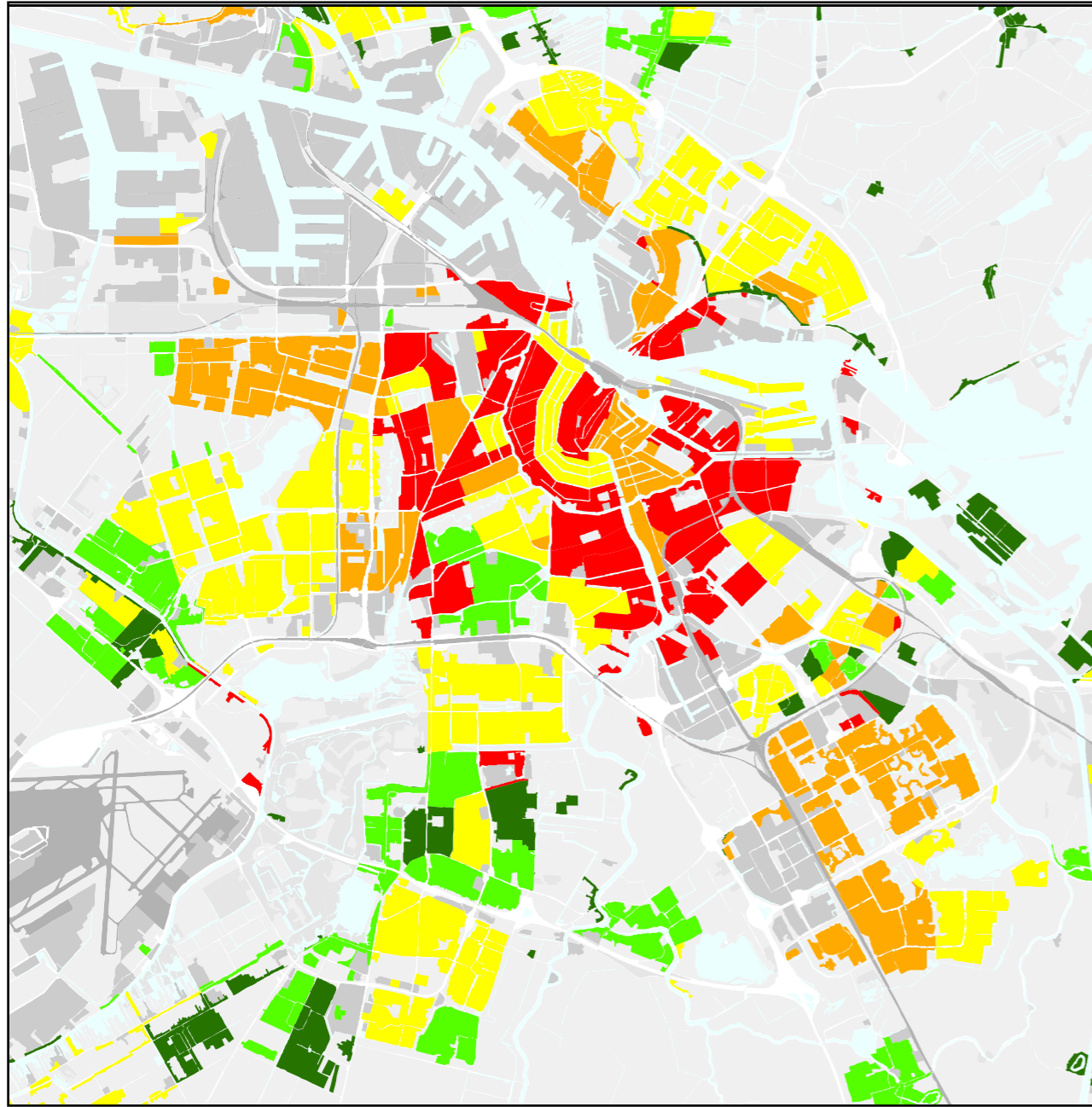
gemeenten, zorgverzekeraars, samenwerkingsverbanden en investeerders op basis van een rollen/rechtenstructuur gebruik maken van de InnoBoxx. De door innovatoren als openbaar gekenmerkte innovaties kunnen door deze partijen worden geraadpleegd (dit geldt niet voor de innovaties met een NDA). Om het selecteren te vereenvoudigen zijn er portfolio’s van innovaties beschikbaar rondom thema’s als eHealth, langer thuiswonen, preventie etc. Ook is het mogelijk om zelf een “lokale” database op te bouwen van voor een organisatie relevante innovaties. Organisaties kunnen eventueel gebruik maken van online enquêtes als zij de benadering van innovatoren geautomatiseerd wensen. Ook kunnen zij vanuit de InnoBoxx voor de eigen organisatie enquêtes ontwikkelen om te bepalen in welke processen of organisatieonderdelen het interessant is om te gaan innoveren.

Co-creatie

Door de beschikbare gedeelde informatie wordt het voor organisaties mogelijk gemaakt om inzicht te krijgen op welke gebieden welke

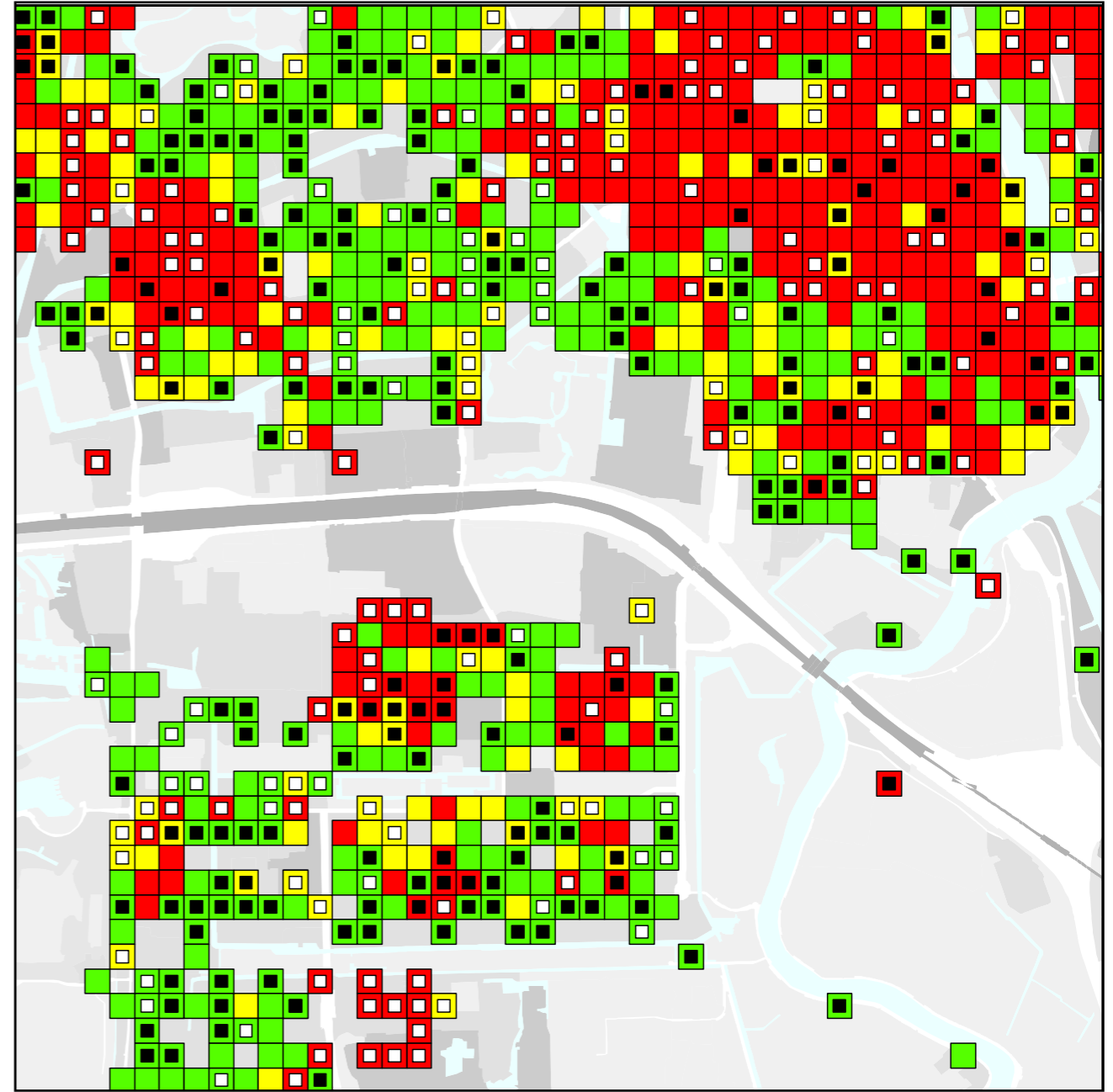
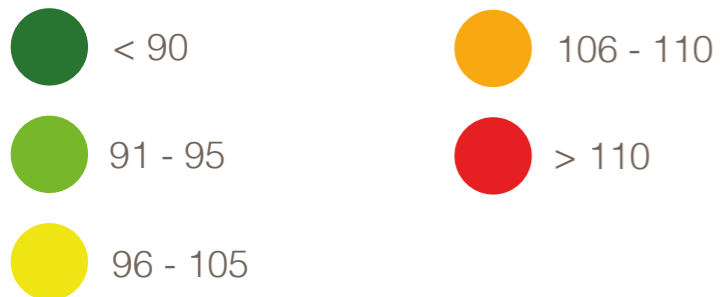
Zorg van boven

Het thema Zorg van Boven is verwerkt door het hele boek en laat een aanzicht zien van de demografie, zorgvraag en zorgcontext in Nederland.



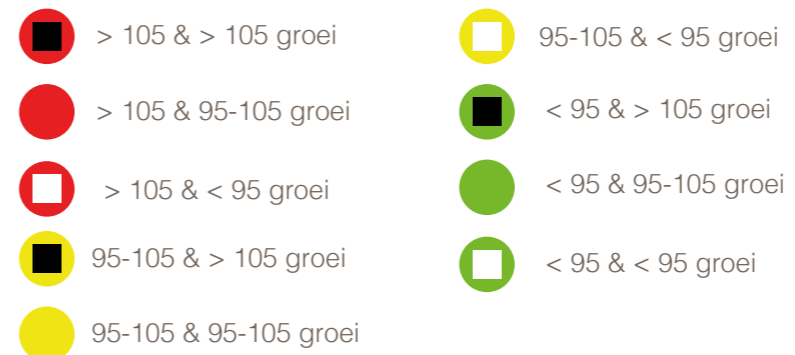
GGD Angst 2015 Buurt

GGD Angst Buurt

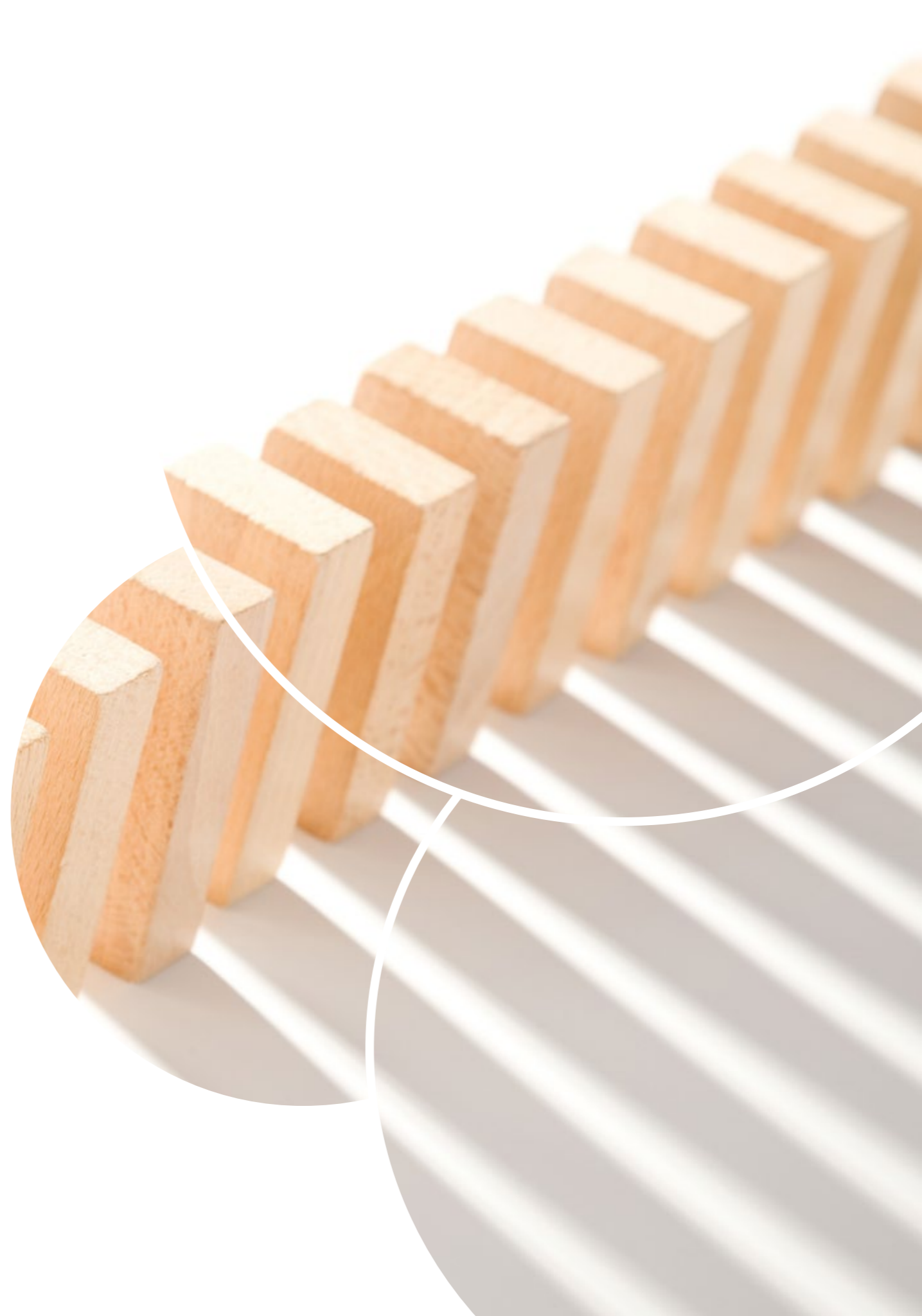


GGD Monitor Angst 2030-2015 Grid

GGD Angst Buurt



innovaties er al zijn en hoe 'mature' ze al zijn. Hoe hoger de score en de maturity van een innovatie, des te sneller deze in de top 10 van een bepaald portfolio terecht komt. Dit is uiteraard zowel interessant voor de innovator van de innovatie als degene die een geschikte innovatie zoekt: de innovator heeft een innovatie die opschaalbaar (en dus verkoopbaar) is en de 'innovatiezoeker' heeft een innovatie gevonden waarvan de kans op een juiste implementatie een stuk groter is dan een innovatie die nog onvoldoende 'mature' is.





**CONTEXT,
ORGANISATIE &
IMPLEMENTATIE**

POPULATIE- EN CONTEXT-GERICHTE EHEALTH EN MONITORING

Auke Vlonk en Co Politiek

Voor de implementatie van eHealth en andere innovaties wordt vaak gezocht naar een probleem. AimTrack denkt andersom: van probleem naar innovatie. Op basis van openbare data over de populatie, zorgvraag en zorgkosten van nu en in de toekomst is de toekomstige problematiek op elk gewenst schaalniveau in beeld te brengen. Door vanuit de problematiek gericht op zoek te gaan naar een (eHealth) innovatie is de kans van slagen op een succesvolle implementatie groter.

Populatie, gezondheid en zorg: nu en in de toekomst

In Nederland zijn een aantal ontwikkelingen gaande op het gebied van demografie en zorg die effect kunnen hebben op de inzet van eHealth. De levensverwachting stijgt al jaren lineair en is het de vraag of, en wanneer, deze trend zal stoppen. De verschillen naar opleidingsniveau zijn echter duidelijk: hoogopgeleiden leven langer zonder beperkingen, langer in een goede ervaren

gezondheid, langer zonder chronische ziekten en langer in goede geestelijke gezondheid. Door de babyboom van na de Tweede Wereldoorlog en te weinig geboortes zal er de komende decennia sprake zijn van een steeds meer vergrijzende populatie. Mede door de vergrijzing en de toenemende prevalentie van chronische aandoeningen, plus kostenstijgingen en technologische verbeteringen zullen de zorgkosten toenemen. Wat kan hier de rol van eHealth zijn?

Ook is er een trend gaande van demografische krimp, met name in landelijke gebieden. Dit houdt in het aantal inwoners en/of het aantal huishoudens aan het dalen is of dat gaat doen. In deze gebieden is vaak ook sprake van vergrijzing, jeugd die vertrekt naar de stad om te studeren en waarvan het de vraag is of ze daarna terug komen. De ontwikkelingen in de bevolkingsopbouw kunnen effect hebben op het draagvlak voor voorzieningen en op het gebied van wonen, welzijn en zorg. In deze gebieden

is het mogelijk dat fulltime werkende mannelijke huisartsen in de komende 10 jaar met pensioen gaan en dat deze moeilijk vervangen kunnen worden, vooral omdat het niet interessant is voor beginnende huisartsen om zich in een dergelijk gebied te vestigen. De bereikbaarheid van eerstelijnszorg kan daarmee op het spel komen te staan en het is de vraag welke effecten dat heeft op het zorggebruik (in andere sectoren) en op het gebruik van eHealth.

In de komende jaren krijgen de zorg- en welzijnssector te maken met de verschuiving van jeugd- en ouderenzorg naar gemeenten. Doordat ouderen langer thuis moeten wonen wordt de relatie tussen wonen, welzijn en zorg nog vanzelfsprekender. Tevens wordt steeds meer ingezet op preventie en substitutie. Het speelveld zal hiermee veranderen: eHealth is niet alleen van belang voor zorgorganisaties in de eerste, tweede en derde lijn, maar ook voor gemeenten, woningcorporaties, banken en verzekeraars.

Gebiedsfoto: inzicht in de problematiek

eHealth kan een grote rol spelen op het gebied van wonen, welzijn en zorg, mede gegeven de geschetste ontwikkelingen. Maar hoe, dat is de vraag. Het begint met het in kaart brengen van de problematiek van een populatie in het bijvoorbeeld het verzorgingsgebied van een zorgorganisatie of gemeente.

Met de AimTrack gebiedsfoto, powered by wijkscan.com, is het mogelijk om op elk gebiedsniveau (landelijk, provinciaal, regionaal, gemeentelijk, steden/dorpen, postcode-4-gebied (bijv. 1234) en postcode-6-niveau (bijv. 1234AB) data en informatie over de (toekomstige) opbouw van de populatie, zorgvraag (alle aandoeningen), zorgkosten (per sector), langdurige zorg, jeugdzorg, gezondheid en medicatie in beeld te brengen. Een aantal mogelijkheden hiervan kunt u zien in de gebiedsfoto's zoals gevisualiseerd in dit boek.

Populaties verschillen per definitie van elkaar: op basis van stedelijkheid (stedelijk vs. landelijk), leeftijd (oud vs. jong), inkomen (rijk vs. arm) en herkomst (niet-westers vs. westers). De

samenstelling van de populatie heeft effect op de verwachte zorgvraag: hoe ouder, hoe lager het inkomen en hoe meer niet-westerse allochtonen (met name de eerste generatie), des te hoger de verwachte zorgvraag en de verwachte bijbehorende zorgkosten. Doordat deze voor heel Nederland en op alle schaalniveaus (tot op postcode-6-niveau) bij AimTrack beschikbaar zijn, is een gedetailleerde analyse mogelijk: hoe ziet de populatie in een bepaald gebied er nu en in de toekomst uit? Wat is de verwachte zorgvraag en welke aandoeningen/problemen komen naar verwachting het meeste voor? Hoe is de geografische spreiding van deze aandoeningen? En in welke sectoren worden de meeste kosten gemaakt? Kortom: wat is het probleem, waar is het een probleem, en van wie is het een probleem?

Samenwerking gezocht

Als de toekomstige problematiek duidelijk in beeld is, is het de vraag of/en met wie er samen gewerkt moet worden. Dit is uiteraard afhankelijk van de problematiek: voor wie is het een probleem? Voor een probleem op het gebied

van kwetsbare ouderen die langer thuis moeten wonen en de toekomstbestendigheid van hun woningen (inclusief eHealth voorzieningen) is bijvoorbeeld samenwerking tussen patiënten, gemeente, woningcorporatie en zorgorganisaties noodzakelijk. Voor een probleem gericht op het realiseren van substitutie zullen bijvoorbeeld de eerste en tweede lijn met elkaar samen moeten werken om een gedeelde informatievoorziening in te richten.

Dat zijn twee totaal verschillende speelvelden. Het gaat er om de organisaties in beeld te hebben die te maken hebben met dezelfde problematiek als de problematiek die uit de gebiedsfoto naar voren komt. Juist door te samenwerken kunnen kosten gedeeld worden en kwaliteit vergroot worden. Ook kan het betekenen dat een deel van de autonomie van organisaties opgegeven moet worden; het is de vraag hoe ver organisatie hier in willen en kunnen gaan.

Voor meer informatie over eHealth en samenwerking wordt verwezen naar het artikel van Wilfrid Opheij.

Probleem zoekt innovatie

Indien de (toekomstige) problematiek en de mogelijke samenwerkingspartners in een gebied helder zijn, is het mogelijk om een gericht op zoek te gaan naar een geschikte innovatie. Bijvoorbeeld op basis van de AimTrack innovatiedatabase, powered by Aimpact, waarin momenteel 12.500 innovaties zitten, waarvan een paar honderd met voldoende 'maturity'. Inmiddels zijn er portfolio's ontwikkeld op het gebied van preventie, substitutie, langer thuis wonen, zelfmanagement en uiteraard eHealth. Vanuit het probleem kan gezocht worden naar een innovatie: juist doordat er een gedetailleerd beeld van de (toekomstige) populatie, zorgvraag en zorgkosten is, kan er op basis van die kenmerken goede aansluiting worden gevonden.

Met behulp van de database is het mogelijk om na te gaan welke innovaties er zijn, welke relevant zijn en of er innovaties met de gewenste 'maturity' zijn. Per innovatie is onder andere informatie beschikbaar over de effecten voor diverse stakeholders, de mogelijke businesscase en de verwachte acceptatie (of niet) van de diverse stakeholders. Hoe meer 'mature' de

innovatie is, des te beter zijn de risico's met betrekking tot implementatie in te schatten. Daarmee kan van een long- naar shortlist van innovaties worden gekomen en kan uiteindelijk het innovatieportfolio- en plan samengesteld worden.

Context-gericht

Hoe goed de populatie ook in beeld is gebracht en er een bijpassende eHealth interventie is gevonden: garantie op een succesvolle implementatie is er nooit. Innoveren/interveniëren betekent dat er een verandering noodzakelijk is, en veranderen is lastig. Het kan blijken dat organisaties en/of mensen minder veranderingsbereid zijn dan gedacht, bijvoorbeeld door tekorten aan organisatorische en/of technologische mogelijkheden, de privacy van patiënten in het gedrang komt of dat er simpelweg te weinig tijd is of kan worden vrijgemaakt. Ook kunnen samenwerkingsmechanismen verschillen: in gebied A blijkt innovatie X prima te werken, juist doordat de zorgorganisatie het voortouw neemt. In gebied B werkt innovatie X niet,

omdat bijvoorbeeld de gemeente te weinig vertrouwen had in de organisatiekracht van een zorgorganisatie.

Dit had voorkomen kunnen worden door vooraf van de implementatie van de innovatie stakeholdersanalyses uit te voeren: wat zijn de belangen (willen vs. kunnen) van de diverse organisaties en de mensen (van bestuurlijk tot professioneel)? Wat is het draagvlak voor een eventuele implementatie van de gekozen innovatie? Als blijkt dat bijvoorbeeld professionals niet willen of kunnen bijdragen aan de implementatie, is deze gedoemd te mislukken. Door de situatie vooraf goed in beeld te hebben, kan vooraf worden bijgestuurd en kan door bepaalde maatregelen de implementatie uiteindelijk wel doorgaan. Een goede integratie van werkprocessen op alle niveaus is noodzakelijk.

Metten is weten

De beoogde implementatie van een innovatie gericht op een bepaalde populatie zal een aantal doelen hebben. Deze doelen kunnen

heel divers zijn: bijvoorbeeld het verbeteren van de ervaren kwaliteit van zorg, het verminderen van zorggebruik in de tweede lijn, het verlagen van de zorgkosten, patiënttevredenheid, bereikbaarheid/toegankelijkheid maar ook bij een x aantal huishoudens inrichting van een eHealth voorziening of het opzetten van een faciliterend informatiesysteem.

Wat het doel van de innovatie ook is, het is van belang om periodiek te monitoren op diverse vlakken, zoals het doel en de mate van samenwerking en draagvlak. Ligt de implementatie van de innovatie op de juiste koers of moet worden bijgestuurd? Zijn de ontwikkelingen net zoals voorspeld in de business case? En als er moet worden bijgestuurd, waar moet dat gebeuren en wie moet dat doen?

Populatie- en contextgerichte eHealth en monitoring

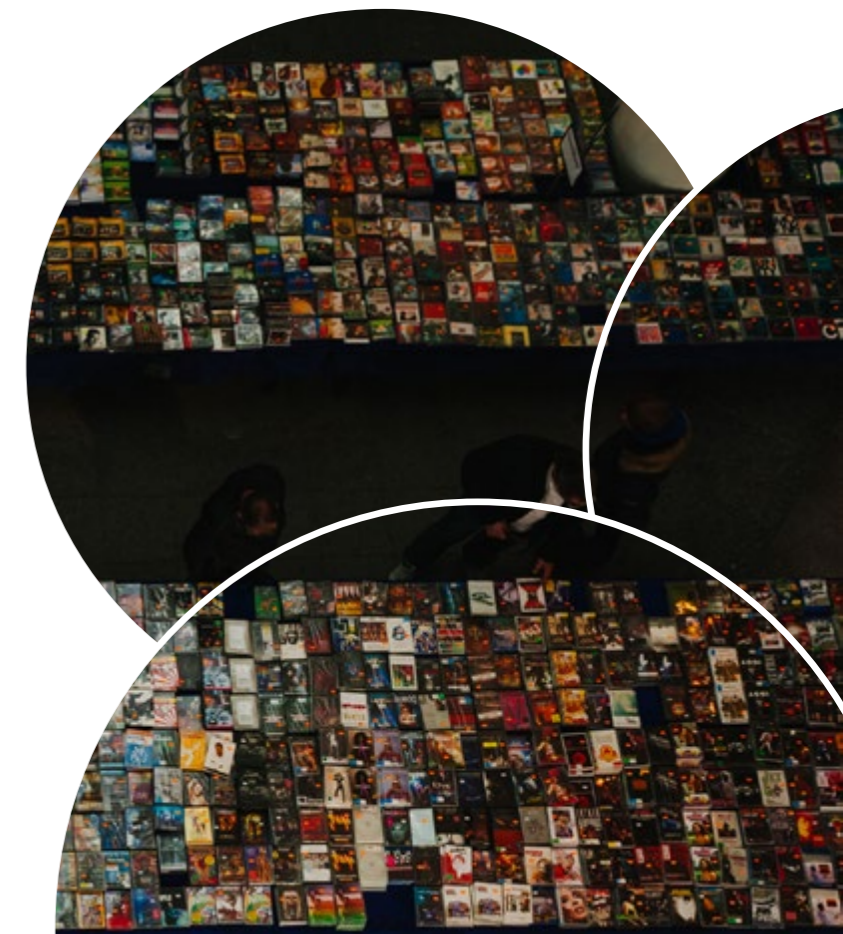
Het uitgangspunt is de gedachte van 'innovatie zoekt probleem' naar 'probleem zoekt innovatie'. Een succesvolle implementatie van een (eHealth) innovatie is ten eerste afhankelijk van

een heldere probleemdefiniëring: wat is het probleem, waar is het een probleem en voor wie is het een probleem? De laatste vraag impliceert dat het mogelijk is dat verschillende organisaties te kampen hebben met hetzelfde probleem. Hier liggen kansen: juist door samenwerking te zoeken kan een efficiëntere aanpak worden ingezet, mits de organisaties ook echt bereid zijn om samen te werken.

Welke innovatie ingezet kan worden is afhankelijk van de kenmerken van de problematiek: om welke populatie en vraag (op het gebied van wonen, welzijn, zorg) gaat het? Welke innovatie heeft al bewezen positieve effecten te hebben voor een dergelijke populatie? Ook moet voor de daadwerkelijke implementatie door middel van stakeholdersanalyses inzicht worden verkregen in het draagvlak voor bepaalde innovaties onder organisaties en de professionals binnen deze organisatie. De context waarin deze organisaties en professionals zich bevinden is ook van groot belang voor het wel of niet slagen van de implementatie. Als de innovatie eenmaal geïmplementeerd wordt, is het noodzakelijk om

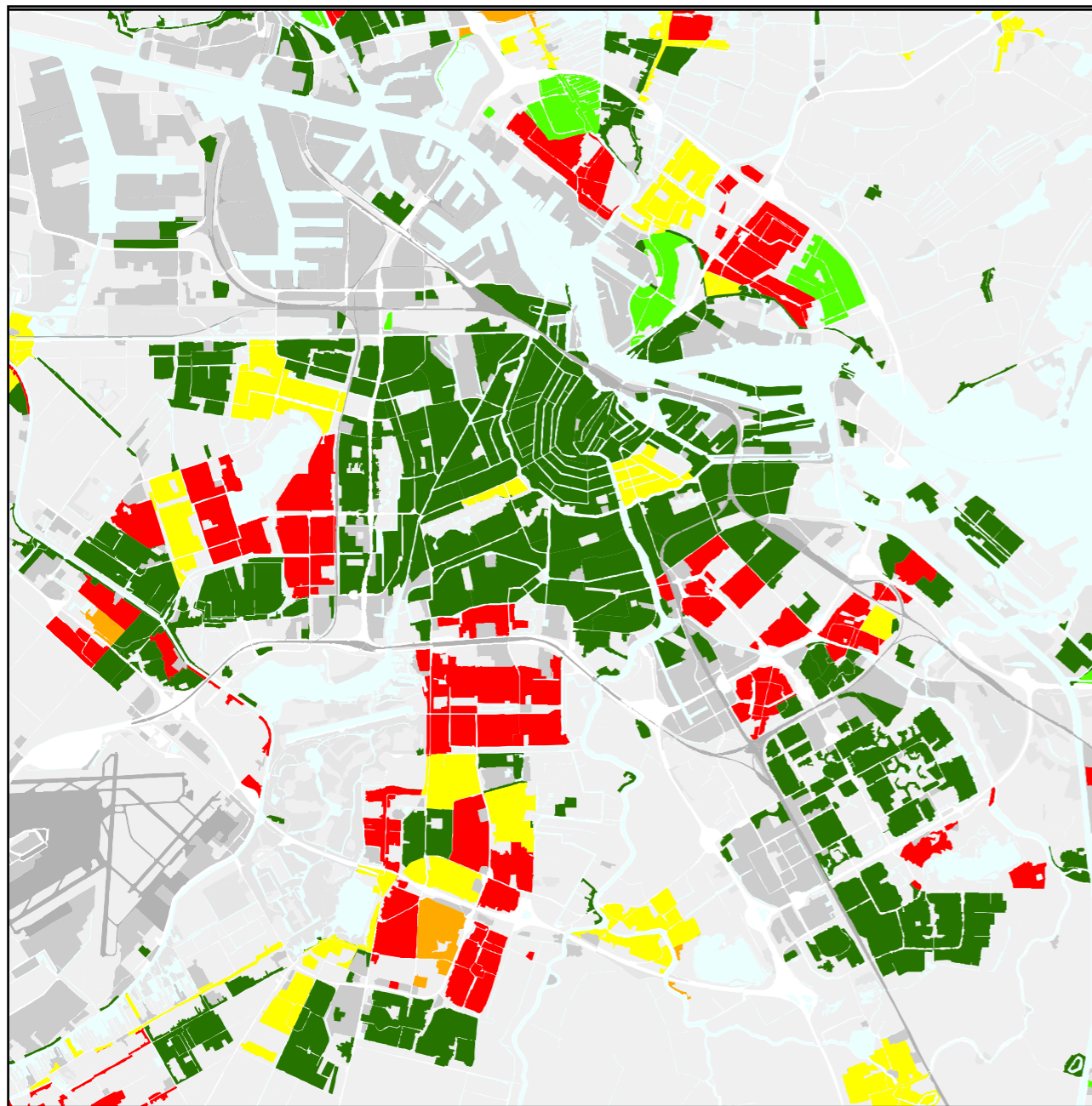
te blijven monitoren om bij te kunnen sturen waar nodig.

Kortom, met de cyclus bestaande uit Plan (probleem + innovatie/interventie + draagvlak onder stakeholders), Do (implementatie innovatie), Check (monitoring), Act (bijsturen) kan populatie- en contextgerichte eHealth en monitoring zo goed mogelijk worden ingebed.



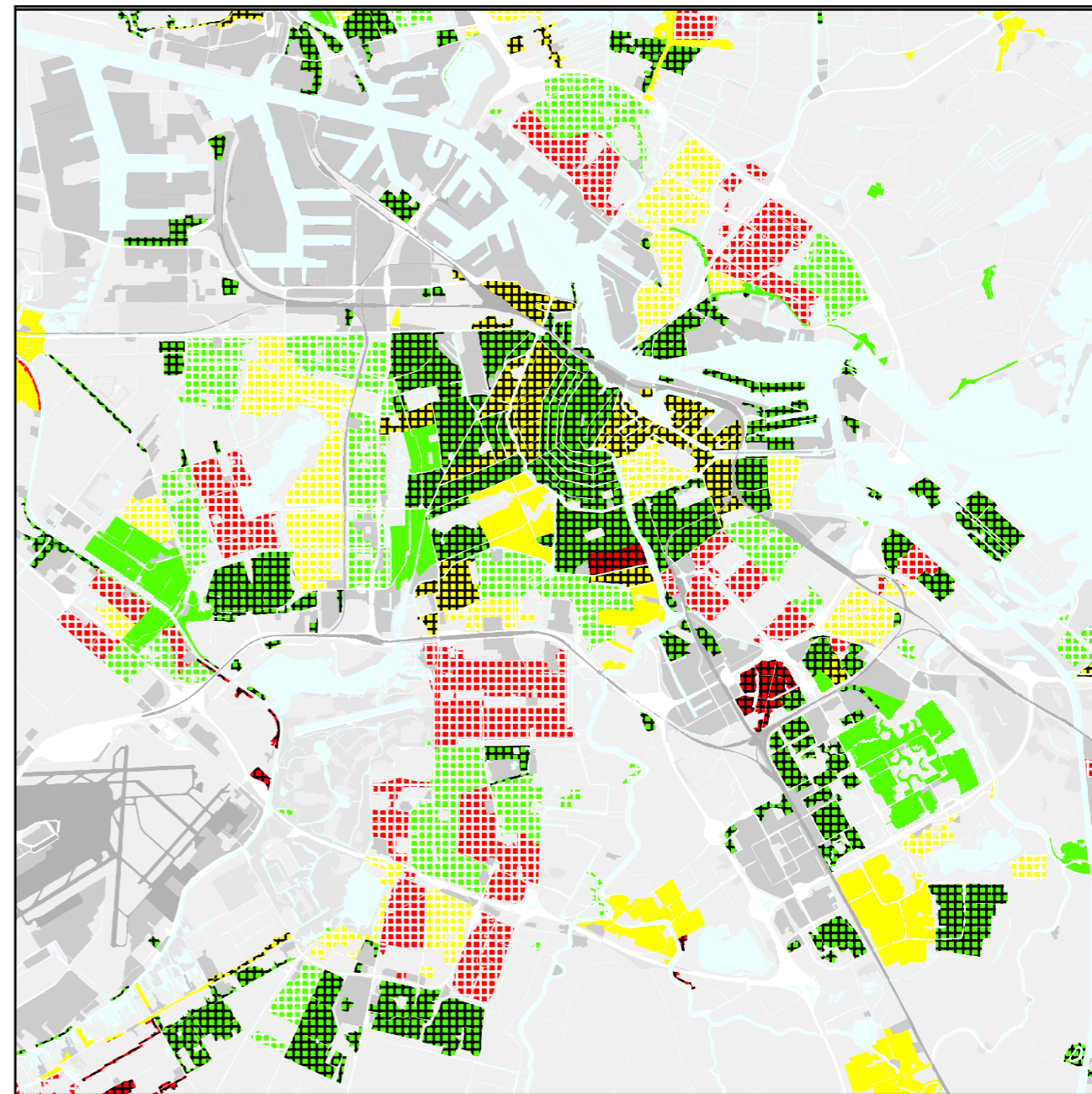
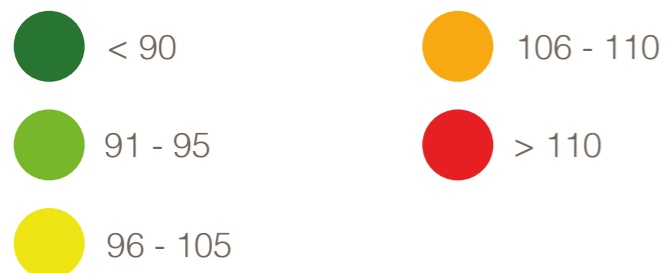
Zorg van boven

Het thema Zorg van Boven is verwerkt door het hele boek en laat een aanzicht zien van de demografie, zorgvraag en zorgcontext in Nederland.



2015 Langdurige zorg Psychogeriatrisch

Langdurige zorg 2015 Buurt Grondslag Psychogeriatrisch



2015 Langdurige zorg Psychogeriatrisch

Langdurige zorg: Buurt Grondslag Psychogeriatrisch



EHEALTH & SAMENWERKEN

Wilfrid Opheij

Deze bijdrage wordt gestart vanuit de stelling dat eHealth niet mogelijk is zonder samenwerking. En omgekeerd is eHealth vaak een onderlegger voor samenwerking tussen verschillende partijen. Kortom, eHealth en samenwerking zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. En dan gaat het succesvol tot stand brengen van eHealth dus niet alleen om slimme patiëntgerichte, technologische en bedrijfskundige oplossingen, maar juist om het tot stand brengen van slimme samenwerkingsverbanden.

Daar weten we inmiddels steeds meer van. We gaan in dit artikel dan ook in op die condities voor veelbelovende samenwerking (Kaats en Opheij, 2012). Daarna beschrijven we tien handreikingen voor samenwerken en ICT die we op basis van cases in andere sectoren hebben geformuleerd.

Zonder samenwerking geen eHealth

Bij eHealth gaat het altijd om samenwerking. Samenwerking tussen verschillende partijen om een toepassing tot stand te brengen.

Bijvoorbeeld partijen die samen binnen een GGZ samenwerkingsverband een eHealth oplossing ontwikkelen. Het kan ook gaan om bijvoorbeeld samenwerking tussen partijen die samen een eHealth infrastructuur beschikbaar stellen. Te denken valt dan aan een verpleegkundig callcenter dat zorg op afstand met professionals faciliteert en begeleidt.

Omdat de vaste kosten te hoog zijn voor één instelling om alleen te dragen, vraagt dit samenwerking om die infrastructuur in brede zin (mensen, systemen, protocollen etc.) in de lucht te houden. Samenwerking in een eerstelijnszorggroep rondom de ketenDBC's, CVRM of diabeteszorg die ICT ondersteuning vraagt tussen professionals van verschillende disciplines. Samenwerking in Parkinsonnet tussen de patiënt en verschillende professionals die een rol vervullen bij de behandeling en voor het betekenisvol met de ziekte leven.

Samenwerking tussen inhoudelijke deskundigen en mensen van ICT leveranciers die samen een nieuw product op de markt willen brengen.

Verschillende partijen die een portal gebruiken om kennis te delen en te ontwikkelen. Er is een veelvoud aan voorbeelden op het gebied van eHealth in dit boek beschreven. En geen van die voorbeelden kan succesvol zijn zonder dat de samenwerking ook op orde is, bij de ontwikkeling en/of bij het gebruik en de toepassing. Ga ze maar allemaal na...

Werk aan condities voor veelbelovende samenwerking

Geen enkele organisatie kan de grote private en publieke vraagstukken van deze tijd alleen oplossen. Of het nu gaat om innovatie, goede zorg, economische ontwikkeling, duurzaamheid, openbare orde en veiligheid, het te boven komen van een recessie, samenwerken is altijd nodig. En ook eHealth is zo'n vraagstuk waar per definitie meer partijen voor nodig zijn om het tot een succes te maken.

Partijen moeten in staat zijn om een deel van hun autonomie op te geven in het vertrouwen dat ze er meer voor terug krijgen. Het is echter lastig om inzicht in elkaars belangen te krijgen

en autonomie op te geven, als je het gevoel hebt dat je elkaar niet echt begrijpt en dat je het eigenlijk over verschillende dingen hebt (Van Loon & Wijsbek, 2003). Spraakverwarring tussen de deelnemende partijen is één van de grote problemen van samenwerkingsvraagstukken (Noordegraaf & Van der Steen, 2001). Niet inhoudelijk verschil van inzicht, maar juist de verwarring die ontstaat door verschillen in taal, in verwachting en in perceptie, is vaak het probleem.

In die gevallen kan het helpen een gemeenschappelijke bril en bijbehorende taal te hanteren om naar de samenwerking te kijken. In deze paragraaf wordt een samenhangende manier van kijken naar samenwerken geïntroduceerd die is gebaseerd op interdisciplinaire inzichten en de analyse van bestaande samenwerkingsprocessen. Op hoofdlijnen gaat deze manier van kijken uit van het volgende perspectief:

Een samenwerking is kansrijk wanneer mensen en organisaties zich met elkaar weten te

verbinden in een betekenisgevend proces dat recht doet aan de belangen en gericht is op een betekenisvolle ambitie (Kaats en Opheij, 2012). Een samenhangende manier van kijken helpt de partners om samen de ambitie, belangen en context te analyseren en te bepalen wat er goed loopt in de samenwerking en waar de knelpunten zitten. Deze omschrijving is gestoeld op verschillende denk- en onderzoekstradities rond samenwerking. De samenhangende manier van kijken is schematisch in figuur 1 weergegeven. De invalshoeken worden hierna op hoofdlijnen beschreven.

- **Ambitie – werken aan een gedeelde ambitie**

Organisaties gaan niet zomaar samenwerken. De samenwerking moet iets opleveren. Wat het moet opleveren kan verschillen per samenwerkingsverband en per partij die bij dat samenwerkingsverband betrokken is. Een gezamenlijke ambitie is voor de betrokken mensen en voor hun organisaties echt van betekenis. Belangrijke vragen betreffen de ambitie van de samenwerking: kunnen we samen meer bereiken dan ieder voor zich?

Wat is dan voor ieder van de partners betekenisvol, voor de organisatie en persoonlijk? Verwaarlozing van de gemeenschappelijke ambitie leidt ertoe dat het proces van betekenisgeving niet tot stand komt. De samenwerking verwordt dan tot het nalopen van acties en lijstjes en de inspiratie loopt weg. Er ontstaat schijnsamenwerking waarin de partners nog wel communiceren, maar vooral over operationele issues en verbetering van werkwijzen, en niet komen tot een echte dialoog over nut en noodzaak van de samenwerking. De samenwerking vervlakt tot een operationeel project en verliest de samenhang met haar oorspronkelijke legitimatie en omgeving. Als je in een samenwerking samen een wenkend perspectief levend houdt, is dat een bron van inspiratie met een mobiliserend effect, steeds aangepast aan nieuwe omstandigheden. Het gevoel dat de samenwerking 'klopt' geeft de partners de stimulans om ermee verder te gaan en draagt ertoe bij dat in de samenwerking daadkracht worden getoond.

Figuur 1. Een samenhangende kijk op samenwerking (Kaats en Opheij, 2012)



- **Belangen - recht doen aan belangen**

Iedereen heeft belangen en in een samenwerking gaat het erom recht te doen aan die belangen. Als dat niet gebeurt gaan partijen dwarsliggen, haken ze af of gaan ze elkaar tegenwerken. Het is de kunst om met respect voor elkaars belangen te komen tot oplossingen die in ieders belang zijn. In deze lijn van denken staan vragen centraal als: wat zijn de standpunten die ieder inneemt en welke belangen zitten daarachter?

Als we gaan samenwerken, wat zijn dan de echt spannende onderwerpen waarop het wel eens zou kunnen afketsen, de issues? Hoe kan ik komen tot een overeenstemming die recht doet aan alle belangen? Hoe krijg ik een goede dialoog op gang, gericht op een gemeenschappelijke oplossing? En hoe organiseren we de onderhandelingen over de punten waarover we het aan het eind toch niet eens worden? Vanuit deze benadering zijn een duurzame relatie, oprechte interesse in belangen, transparantie en betrouwbaarheid een noodzaak om tot vertrouwen te komen.

Als in een samenwerkingsproces belangentegenstellingen blijven bestaan, leidt dit tot defensief gedrag; onduidelijkheid over de belangen creëert een onveilige situatie. Wanneer dit proces kan worden omgekeerd, biedt dat uitzicht op gemotiveerde partners, erkenning van wederzijdse belangen en daarmee een benutting van de aanwezige diversiteit.

- **Relatie – goed persoonlijk samenwerken**

Bij samenwerking gaat het zowel om inhoudelijke argumenten als om persoonlijke verhoudingen en relaties. Samenwerking is altijd een samenspel van mensen die al dan niet iets willen. Samenwerking overstijgt naar haar aard het individuele, maar tegelijkertijd neemt iedereen in een samenwerking zichzelf mee. En als er meer mensen samen werken aan een opgave, is er sprake van groepsdynamiek. De persoonlijke relaties en verhoudingen spelen altijd een belangrijke rol. In- en uitsluiting: wie doet er wel mee en wie niet? Macht: wie heeft het voor het zeggen? Hoe kun je invloed uitoefenen? Leiderschap: wat is ieders rol in het proces? Conflict: hoe

ga je om met meningsverschillen en met persoonlijke relaties die niet klikken? En vertrouwen natuurlijk: wat wekt vertrouwen op en hoe houden we het vertrouwensreservoir op peil?

Het komt niet zelden voor dat partners zelf hun vertegenwoordigers hebben geselecteerd en uitgezonden naar een samenwerkingsverband, met als gevolg dat het team dat is ontstaan dikwijls een toevallige mix van persoonlijkheden en werkstijlen is. Een goed team samenstellen is geen sinecure en dat geldt evenzeer of wellicht juist in samenwerkingsverbanden. We verwachten van vertegenwoordigers in een samenwerkingsverband dat zij kunnen omgaan met onzekerheid, ambiguïteit en dynamiek. Ze moeten in staat zijn met het ene been in de eigen organisatie en met het andere in het samenwerkingsverband te staan. Dat vraagt nogal wat. In omgevingen met een sterk inhoudelijke en technische oriëntatie is de aandacht voor het individuele, persoonlijke, relationele aspect van samenwerken vaak beperkt.

Dan komt het voor dat relaties niet tot ontwikkeling komen of dat relaties langzaam maar zeker instabiel worden. Er ontstaat dan een onderstroom van gevoelens en die leidt dikwijls tot een dynamiek die de samenwerking niet ten goede komt. Adequate aandacht voor de relationele kant maakt de samenwerking robuust. Conflicten worden eerder en beter gesignaleerd en opgelost. Het geven van feedback wordt gemakkelijker, waardoor het effect van negatieve veronderstellingen over elkaar tijdig kan worden geneutraliseerd.

Leiderschap is hierbij bijzonder belangrijk. Zonder leiderschap ontstaat er twijfel en stagnatie. Leiderschap is nodig voor adequate regie en het 'op de kaart' krijgen en houden van de samenwerking. Dit is gegund en verbindend leiderschap, geen hiërarchisch leiderschap. Leiderschap dat geen van de betrokkenen ontslaat van persoonlijk leiderschap. Integendeel.

- **Organisatie - professioneel organiseren van de samenwerking** Het besef dat organisaties soms beter kunnen samenwerken is

eeuwenoud. De oude Grieken sloten allianties en trokken samen ten strijde. De Unie van Utrecht vormde de basis voor de Republiek der Zeven Verenigde Nederlanden, de VOC en de Hanzesteden zochten de samenwerking op commercieel terrein.

Zo was de Hanze een netwerk van handelaren en steden tijdens de middeleeuwen. Door samenwerking probeerden ze hun handel te beschermen en uit te breiden. En wat te denken van de maffia, die zich ontwikkelde in de achttiende eeuw toen verschillende criminele organisaties in netwerkstructuren gingen samenwerken? Vanuit deze benadering wordt centraal gesteld dat je ieder samenwerkingsverband ook goed en professioneel moet organiseren. Daarvoor zijn voorbeelden, archetypen, overwegingen en oplossingen beschikbaar. Met welke partners kun je het best samenwerken en wat is de topologie van het netwerk? Hoe geef je de besturing en structuur van het samenwerkingsverband het best vorm? Wat zijn de missie en identiteit

van de samenwerking? Hoe zorg je voor daadkracht in het samenwerkingsverband? In samenwerkingsverbanden bestaat een intrinsieke neiging tot onderorganisatie: we hebben de neiging om te weinig aandacht te besteden aan het organiseren. Er zijn nog geen ingesleten procedures en routine en ieder van de partners heeft een verschillende manier van doen. We beschouwen organiseren nog te veel als een aangelegenheid binnen organisaties. Onderorganisatie en schijnsamenwerking manifesteren zich in slecht werkend overleg, een gebrek aan besturing en onvoldoende hygiëne. Grote risico's zijn een structureel gebrek aan daadkracht en, in het ergste geval, het uiteenvallen van de samenwerking.



- **Proces – vormgeven van een**

betekenisgevend proces Een belangrijke vraag waar we altijd mee te maken hebben in samenwerkingsverbanden is: hoe pakken we het aan! Er zijn verschillende denk- en onderzoeksstromingen die daar iets over zeggen. Zo kun je het samenwerkingsproces beschouwen als een politiek-bestuurlijk proces waarin verschillende spelers met verschillende belangen tot overeenstemming moeten komen.

Dan beland je bij procesmanagement. Je kunt het ook beschouwen als een klus die geklaard moet worden en dan kom je in de wereld van projecten programmamanagement. We weten in ieder geval dat de mensen uit verschillende organisaties met interesse voor elkaar serieus in gesprek moeten komen en dan de principes van een goede dialoog kunnen hanteren. Maar omdat er verschillende partijen bij betrokken zijn die iets met elkaar moeten of willen, spelen altijd processen van beïnvloeding en verbinding een rol. Het gaat bij het ontwikkelen van een betekenisgevend proces dus om vraagstukken als: hoe kunnen we de goede

dingen op het goede moment doen? Hoe komen we op een goede manier in gesprek en tot overeenstemming? Welke rol heeft eenieder daarbij en wie heeft de procesregie? Hoe brengen we de aandacht voor de inhoud in balans met de aandacht voor de processen die nodig zijn om te komen tot overeenstemming? Hoe zorgen we voor voortgang in het proces zonder al te veel door te duwen en de partijen onderweg te verliezen? Hoe bewaken we met elkaar de kwaliteit van de interactie? Hoe komen we tot een goed resultaat? In situaties van samenwerking met bovengenoemde kenmerken ligt voortdurend spraakverwarring op de loer.

Die spraakverwarring maakt dat soms binnen handbereik liggende goede oplossingen uit het gezichtsveld verdwijnen. Ook kan die spraakverwarring het zo broodnodige vertrouwen uithollen. Waaraan kun je nu zien of de samenwerking constructief is en goed verloopt? Waar kijk je dan naar? Bij het diagnosticeren van een samenwerkingsproces is het de kunst om vanuit meer dan één invalshoek te kijken. In de praktijk blijkt het moeilijk om aan alle domeinen

in de samenwerking adequaat aandacht te besteden. Samenwerkingsprocessen zijn weerbarstig en de voorkeursstijlen van de samenwerkingspartner of de procesbegeleider spelen hierbij ook een rol. In figuur 2 is uitgewerkt welke risico's verbonden zijn met verwaarlozing van de domeinen en welke kansen het besteden van adequate aandacht aan een domein biedt.

Handreikingen voor samenwerken en ICT

Eerder heeft een team samen met Wilfrid Opheij een aantal ICT samenwerkingsverbanden onderzocht (Gloudemans e.a., 2010, Samenwerken en ICT, hoe dromen toch werkelijkheid kunnen worden, TIEM). Ze hebben hun kennis over en ervaringen met samenwerkingsprocessen op het gebied van samenwerken en ICT geanalyseerd en gekoppeld aan onderzoeksinzichten. Ze hebben daartoe verschillende illustratieve cases onderzocht over samenwerken en ICT. Deze zijn samengevat in onderstaande handreikingen.

Figuur 2. De gevolgen en 'opbrengsten' van (on)evenwichtige aandacht



Gebruik voorgaande mislukkingen

Ervaren bestuurders en bestuursadviseurs weten dat als het gaat om samenwerking “de wet van twee” vaak opgaat. Daarmee doelt men op het feit dat iets de eerste keer vaak niet lukt, maar pas de tweede keer goed gaat. Bij veel geslaagde samenwerkingsprocessen zien we dat het al een keer eerder geprobeerd was. Het echte verschil wordt gemaakt wanneer uit die eerdere mislukkingen ook de lessen worden getrokken. In de cases was het ook voor betrokkenen duidelijk dat het de eerste keer niet goed is gegaan en dat het een tweede keer anders moest.

Dat brengt een duidelijkere focus met zich mee. Daarnaast heeft iedereen de tweede keer de wil om het wel te laten slagen (of men kan het gezichtsverlies van de tweede mislukking bestuurlijk niet accepteren). Het kan toch niet zo zijn dat het dit keer weer mislukt. Het is deze instelling die maakt dat het de tweede keer vaak wel lukt. Het gaat hier echt om een situatie waarin alle betrokkenen de wil en de wens hebben om de samenwerking de tweede keer wel tot een succes te brengen. De voorgaande

mislukking is geen voorwaarde voor succes, maar het niet gebruiken van een eerdere mislukking is wel een gemiste kans.

Voortrekkers die denken en doen vanuit het gemeenschappelijk belang

In succesvolle cases heeft een deel van de groep elkaar gevonden en is samen aan de slag gegaan. Vaak heeft men van een eerdere mislukking geleerd dat het niet constructief is om met alle partijen of ‘de hele sector’ aan tafel te zitten. De partijen kiezen bewust dat zij niet iedereen op sleeptouw nemen, maar in kleiner verband verder gaan. Deze strategie heeft een aantal effecten die positief uitwerken in de samenwerking. Allereerst kiezen deze partijen bewust voor elkaar. Ze hebben elkaar gevonden omdat ze vertrouwen in elkaar hebben of bijvoorbeeld omdat ze geloven in dezelfde oplossing. Ten tweede kent deze kleinere groep aan partijen meer daadkracht. Er is minder bestuurlijk gedoe nodig om een besluit te nemen.

Het feit dat een kleiner aantal partijen besluit samen te werken, hoeft niet te betekenen dat

het groter belang van de hele sector uit het oog verloren wordt. Men wil in die situaties tot een oplossing komen waar de hele sector bij gediend is. De keuze om het met een kleinere groep te realiseren, is juist het startpunt niet het eindpunt. Het is vaak een noodzakelijke tussenstap.

Voorkom dat je vastloopt in de details

De problemen die in de cases opgelost worden zijn complex en taai. De verleiding is dan groot om jezelf te verliezen in deze ‘details’. Het gevaar is dat veel tijd en aandacht wordt gestoken in het identificeren van alle verschillen en deze bij de start van de samenwerking te willen adresseren. In onze cases heeft men door in te grijpen in het proces voorkomen dat te veel tijd en energie is gestoken in de details. Bij een samenwerkingsverband is de methodiek van ‘use cases’ toegepast. Men heeft ervoor gekozen om op generiek niveau de wensen van de klant in de verschillende stappen van het proces te specificeren.

Op een dergelijk hoog abstractieniveau hebben partijen veelal dezelfde wensen en

ideeën. Had men ervoor gekozen om alle technische details te specificeren dan was de kans groot geweest dat deze casus geen succes was geworden. Een ander instrument om het vastlopen in details te vermijden is in twee andere cases gebruikt. Bij de start van het traject is vooral gewerkt aan een gedeeld toekomstbeeld. Wat is de stip aan de horizon? Daarnaast heeft men een procesafspraken gemaakt, namelijk die van de time box. Bij een ander ICT samenwerkingsproces was er een aantal personen die een zodanige autoriteit en draagvlak hadden verworven dat veel beslissingen aan hen overgelaten werden. Deze strategieën hebben gezorgd dat de partijen in het samenwerkingsverband relatief weinig tijd hebben besteed aan de details, en de focus hielden op de gemeenschappelijke doelen en waarden.

Nieuwe entiteit creëren

In alle cases hebben de betrokken partijen een nieuwe entiteit met een eigen identiteit gecreëerd. Vanuit deze entiteit kon iets nieuws opgezet worden. Bewust of onbewust lijkt

dit onderdeel te zijn van de succesformule. Galbraith schreef in 1982 een artikel in *Organizational Dynamics* waarin hij stelt dat een 'innovating organization' fundamenteel andere kenmerken heeft dan een 'operating organization'.

Zijn stelling was dan ook dat je beide typen organisatie niet in 1 organisatie kunt verenigen. Je moet ze apart zetten. In de geanalyseerde cases is de samenwerking met als doel vernieuwing ook buiten de staande organisaties georganiseerd en dat heeft bijgedragen aan het succes van de samenwerking. De nieuwe entiteiten kunnen niet los gezien worden van de organisaties die ze heeft opgericht, maar toch konden zij in relatieve onafhankelijkheid van de staande organisaties aan de slag. In moderner jargon heeft men het over ambidexter organiseren (o.a de Bruijn e.a., 2014, Nieuwerwets organiseren, Van Gorcum).

Bestuurlijk commitment

In alle cases begon de samenwerking met bestuurlijk commitment. De bestuurders willen de

samenwerking tot een succes maken. Zonder dit commitment, zo is onze observatie, hadden de samenwerkingsverbanden geen succes kunnen worden. Dit blijkt ook uit onderzoek naar de rol en betekenis van bestuurders in allianties en netwerken (Kaats en Opheij, 2008).

Het commitment zorgt dat er over details heengestapt kan worden en maakt dat alle betrokkenen tijd en energie willen steken in de samenwerking. In geval van escalatie weten de bestuurders van de organisaties elkaar te vinden en weten ze een oplossing te vinden voor de situatie.

Organiseer het *niet* als een project

Bij samenwerken gaat het om het oplossen van spraakverwarring en het verbinden van belangen (Bremekamp, Kaats en Opheij, 2009). Het gaat erom dat de betrokken partijen gekend worden in hun belangen en dat deze ook terugkomen in het eindresultaat. Dit verbinden van belangen vraagt om procesvaardigheden. Het vraagt flexibiliteit. Dat maakt dat wij niet geloven dat samenwerking rondom complexe vraagstukken gestuurd kan

worden vanuit een pure projectmanagement filosofie. Vaak zijn er meer opdrachtgevers die ieder hun eigen autonome organisatie leiden, maar samen een stuurgroep vormen; het resultaat is niet vooraf eenduidig af te bakenen.

De betrokkenen kennen vaak wel de volgende stappen, maar nog niet de integrale samenhangende fasering. Tussentijds is aanpassing nodig en soms moeten onderdelen juist niet goed vastgelegd worden. Dat creëert juist de broodnodige onderhandelingsruimte en flexibiliteit.

Partijen kunnen wel zekerheid vinden in het proces van samenwerken. Een analyse van samenwerkingstrajecten uit de praktijk, gecombineerd met een analyse van diverse conceptuele inzichten in de aanpak van samenwerkingsprocessen, laat zien deze processen uit min of meer vergelijkbare fasen bestaan (Bremekamp e.a. 2010).

In een succesvol samenwerkingsproces komen de partners door onderlinge interactie

tot gezamenlijke betekenisgeving en ambitie, waarbij de belangen van de partijen de motor zijn.

Ruimte bieden aan mensen met lef leidt tot trots

De voorgaande strategieën zijn structurerend en voorwaardenscheppend van aard. Het lijkt een soort kookboek dat je kunt toepassen en die maakt dat elke samenwerking in ICT een succes wordt. Echter, zoals in agency en structuration onderzoeken zichtbaar wordt gemaakt (Bandura, 2001; Giddens, 1984) zijn het mensen en hun vaardigheden die het succes bepalen. Het gaat om de 'Actor in context'. Het dagelijks menselijk handelen maakt en bepaalt de effectiviteit van de hiervoor beschreven organisatiekenmerken.

In de cases hebben we bijzondere voorbeelden hiervan gezien. In de cases hebben we mensen met lef gezien die steeds iets nieuws hebben ingebracht. Ze hebben innovatieve en creatieve ideeën ontwikkeld en hebben hun nek uitgestoken. Zij zijn in onze ogen essentieel geweest voor het laten slagen van de samenwerking. Deze sleutelfiguren

zijn niet noodzakelijkerwijs de trekkers van de samenwerking. Conform de structuration theorie, kan het ook de architect zijn of een - niet geheel toevallig - betrokken leraar, dokter of bijvoorbeeld teamleider. De invloed van deze mensen is dus niet altijd evenredig met de formele positie of de macht die deze persoon heeft.

Het gaat erom dat deze personen door het tonen van lef en durf iets aan de cultuur en sfeer hebben bijgedragen die maakt dat alle betrokkenen trots waren op hetgeen er in de samenwerking aan het ontstaan was. Het zijn altijd mensen die een speciaal vermogen hebben: het vermogen tot verbinden.

Tot slot

Het droombeeld van eHealth en de samenwerking die dat vraagt inspireren en motiveren ons. In verschillende andere sectoren zien we dat er pareltjes van oplossingen zijn met een grote toegevoegde waarde. De conventionele manier van managen, van kijken naar, en besturen van ICT werken niet in dit soort

samenwerkingsverbanden. Het vraagt om veel aandacht voor de condities voor samenwerking en een slimme combinatie van ICT professionaliteit en bestuurlijk vakmanschap. Het gaat dan juist om het vermogen tot verbinden, van systemen, organisaties en vooral mensen.



EHEALTH INNOVATIEROUTES IN DE ZORG

Ruud Jansen, Lianne Bodenstaff, Elles Gyaltsen-Lohuis, Timber Haaker, Willem de Haan, Irene Krediet, Robbert Menko, Hilco Prins, Sikke Visser, en Marike Hettinga Lectoraat ICT-innovaties in de Zorg, Windesheim

U bent een ondernemer of een zorgverlener met een goed eHealth-idee. U wilt dit idee graag succesvol laten landen in de zorg. Hoe pakt u dit aan? Wie moet u betrekken bij de uitwerking van uw idee, en wie moet u allemaal overtuigen van de meerwaarde? En waardoor laten deze partijen zich überhaupt overtuigen? Als u met deze vragen rondloopt, leest u dan vooral verder!

In dit artikel worden vier innovatieroutes beschreven. Dit zijn verschillende paden die u als ondernemer kunt bewandelen om een eHealth-innovatie te laten landen in de zorg. Per route wordt een beknopte toelichting gegeven: wanneer is de route van toepassing, waar moet u op letten, en met welke partijen krijgt u te maken? Ook wordt ingegaan op de bewijslast die u zult moeten verzamelen om partijen te overtuigen van de meerwaarde van uw innovatie.

Het landschap

Het startpunt is een beschrijving van het ‘landschap’: de partijen in de zorg waarmee u te maken kunt krijgen, hun onderlinge relaties, en hun verschillende rollen en belangen.

In figuur 1 ziet u de belangrijkste partijen in de zorg waarmee u te maken kunt krijgen. Centraal in de figuur staat de ‘driehoek’ van patiënt (die premie betaalt aan de zorgverzekeraar), zorgverzekeraar (die zorg inkoopt bij de zorgaanbieder), en zorgaanbieder (die zorg verleent aan de patiënt).

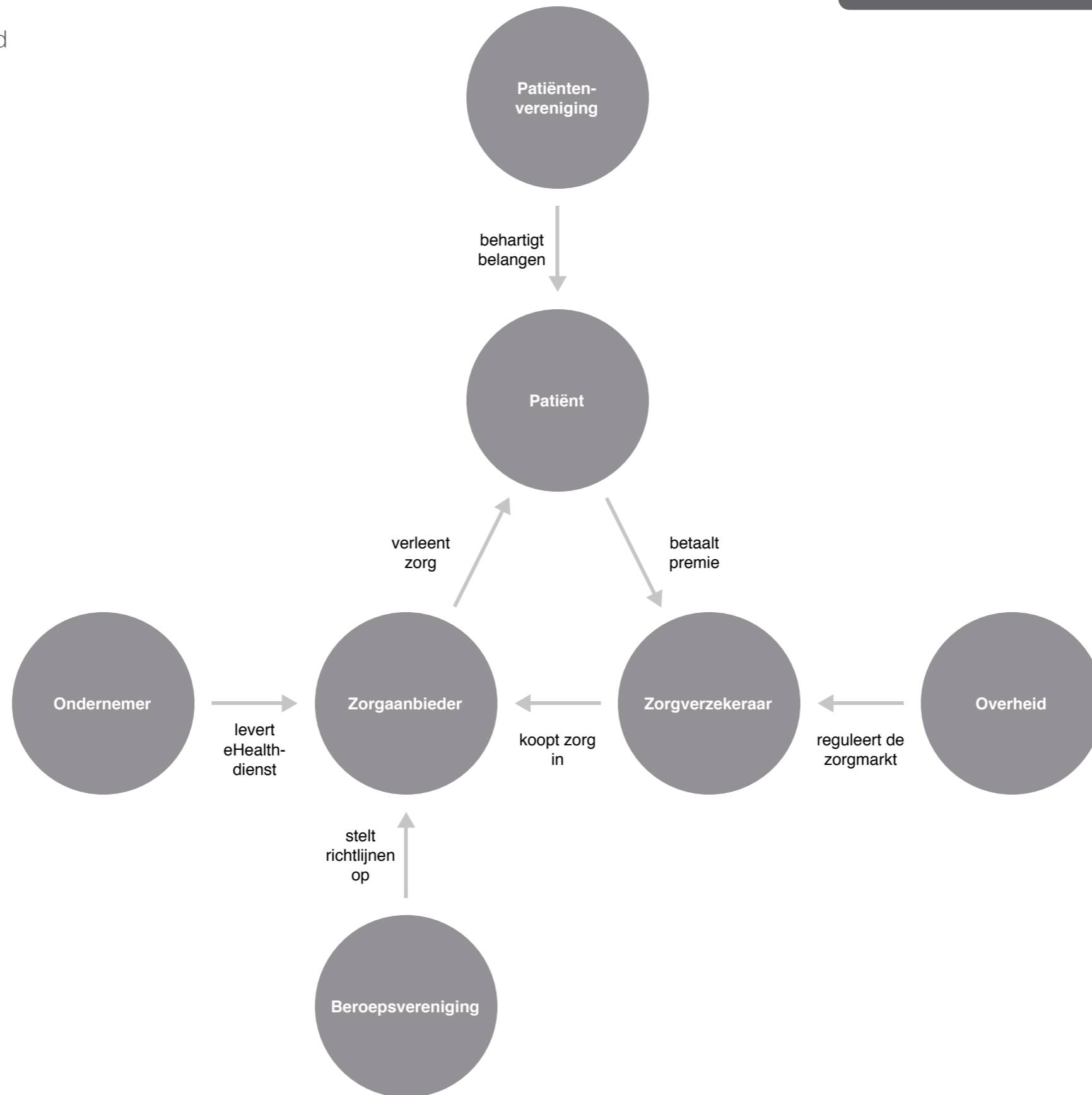
Om de driehoek heen staan de belangrijkste partijen die de driehoek beïnvloeden: patiëntenverenigingen (die de belangen van bepaalde groepen patiënten vertegenwoordigen), beroepsverenigingen (die richtlijnen opstellen voor goede en verantwoorde zorg), en de overheid (die de zorgmarkt reguleert en bepaalt welke zorg wordt vergoed vanuit de basisverzekering).

De overheid bepaalt welke zorg vergoed wordt (de zorginhoud, oftewel het ‘wat’), maar de zorgverzekeraars zijn vrij om te bepalen waar en hoe die zorg wordt verleend (de aanbiedingsvorm, oftewel het ‘hoe’). Zij zijn daarbij op zoek naar de beste zorg voor de laagste prijs.

De partijen

Binnen de organisatie van sommige partijen kunt u weer met andere partijen te maken krijgen: Bij de zorgaanbieder zult u vrijwel altijd te maken hebben met zorgverleners zoals verpleegkundigen en specialisten, maar wellicht ook met de medewerkers van de ICT-afdeling. (Zie figuur 2). Zij zijn de gebruikers en beheerders van uw innovatie en zullen daarom invloed willen uitoefenen op de verdere ontwikkeling van uw idee. Daarnaast is er de bestuurder (of soms de maatschap) die de beslissing moet nemen om wel of niet te investeren in uw innovatie.

Figuur 1 : Het speelveld



Ook binnen de organisatie van een zorgverzekeraar bestaan verschillende partijen met elk hun eigen rol en belang, waaronder de innovatieafdeling, waar men kansrijke zorginnovaties selecteert en beoordeelt, en het investeringsfonds, waar men de ontwikkeling van innovaties financiert. De afdeling commercie stelt aanvullende verzekeringen voor particulieren en collectieve verzekeringen voor organisaties samen. En op de inkoopafdeling onderhandelt men met zorgaanbieders over de inkoop van (al dan niet eHealth-gebaseerde) zorg.

Ten slotte is er de overheid, waarbinnen instanties zoals het Zorginstituut Nederland (ZIN), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) elk een rol spelen bij het maken en uitvoeren van beleid en het toezicht op de zorgsector.

De belangen

Figuur 3 toont, bij wijze van voorbeeld, enkele van de belangen die partijen in de zorg kunnen

hebben bij een eHealth-innovatie. Zo zal de patiënt zich allereerst afvragen of de innovatie een positieve bijdrage kan leveren aan zijn of haar herstel of welzijn. Een innovatie die bijdraagt aan zelfmanagement of eigen regie kan bijvoorbeeld van grote betekenis zijn voor een patiënt met een chronische ziekte. Bedenk dat niet alleen de patiënt zelf, maar ook personen in diens directe omgeving (zoals gezinsleden en mantelzorgers), een belang kunnen hebben.

De zorgaanbieder zal zich onder meer afvragen of het inzetten van de innovatie zal leiden tot een efficiëntere zorgverlening, bijvoorbeeld door geld- of arbeidsbesparingen. Als een innovatie de veiligheid of kwaliteit van de geboden zorg kan verhogen, dan heeft dit een positieve uitstraling op het imago van de zorgaanbieder.

De zorgverzekeraar is op zoek naar de beste zorg voor de laagste prijs. Zorg die dankzij een eHealth-innovatie kwalitatief even goed is maar goedkoper geleverd kan worden, is dus interessant. De verzekeraar let daarbij ook op andere zaken. Kan de zorg efficiënt landelijk

worden ingekocht (opschaalbaarheid)? Leidt de nieuwe vorm van zorg daadwerkelijk tot vervanging van bestaande zorg (substitutie)?

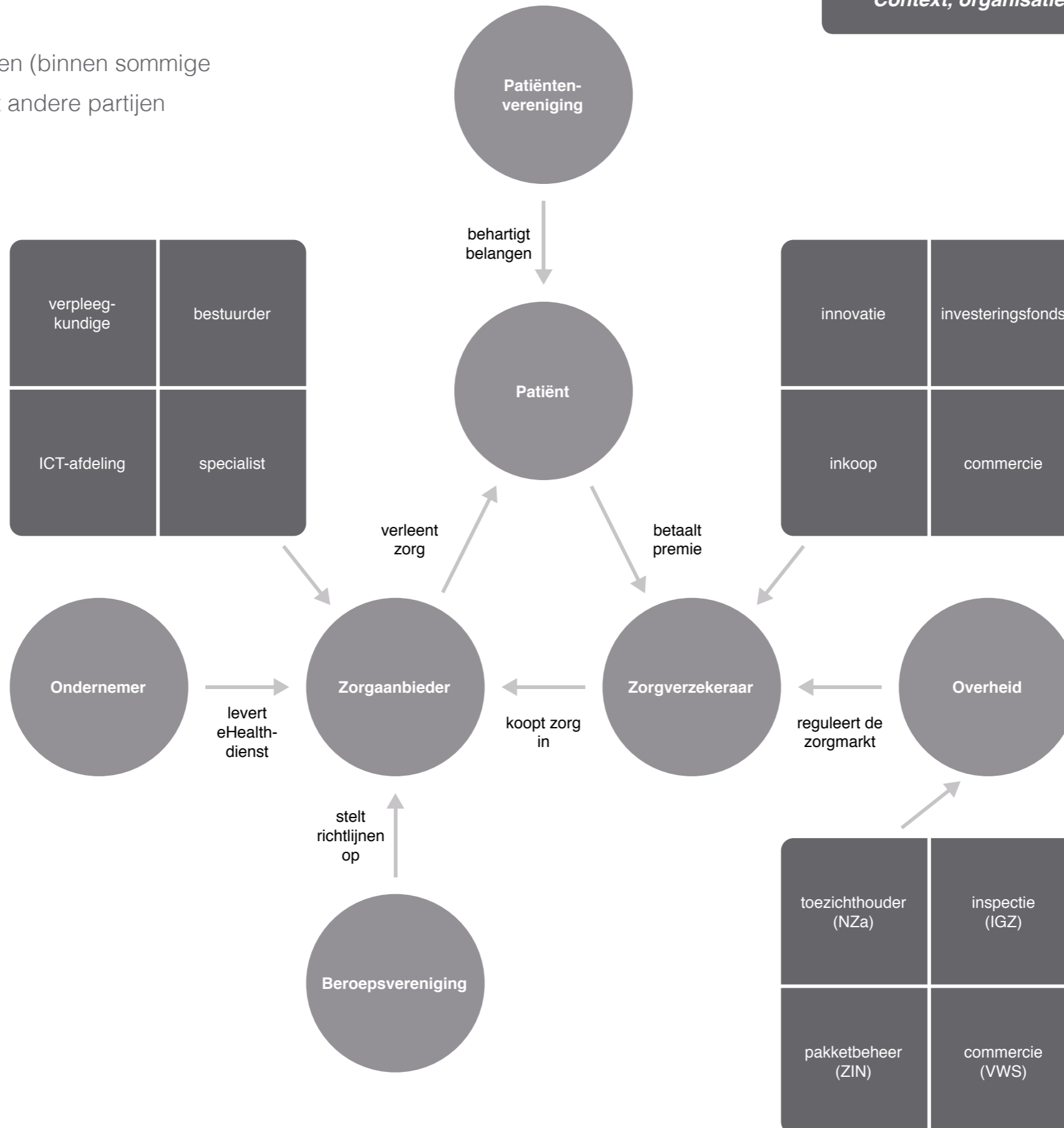
De bewijslast

Figuur 4 toont enkele voorbeelden van vormen van bewijslast waarmee partijen in de zorg overtuigd kunnen worden van de meerwaarde van een eHealth-innovatie.

Onder bewijslast verstaan we: onderbouwde en/of geloofwaardige argumenten om een partij (zoals een beslisser) te overtuigen. Voorbeelden zijn: uitgewerkte cijfermatige business cases, onderzoeksresultaten verkregen tijdens een pilot of clinical trial, maar ook ervaringen van patiënten en zorgverleners.

De waarde van bewijslast is relatief: er bestaan geen eenduidig 'beste' methodes maar wel algemene richtlijnen. Bepaal daarom altijd, en zo vroeg mogelijk, samen met de betrokken partijen welke bewijslast u gaat verzamelen en hoe u dat aanpakt. De gevolgde innovatieroute bepaalt daarbij wie u zult moeten betrekken. Schakel

Figuur 2 : Meerdere lagen (binnen sommige partijen kun je weer met andere partijen te maken krijgen)



experts in als methodologisch sterk onderzoek vereist is, maar let erop dat belangrijke partijen (zoals beslissers) betrokken blijven. Het uitvoeren van methodologisch sterk onderzoek is iets dat jaren in beslag kan nemen. Vergewis u ervan dat u de hiervoor benodigde tijd, middelen, expertise en uithoudingsvermogen hebt.

Route 1: De consumentenroute

Wanneer is deze route van toepassing

De eHealth-toepassing wordt rechtstreeks aangeboden aan het publiek (patiënten/consumenten). Bijvoorbeeld (maar niet per se) op advies van een zorgverlener. De toepassing wordt niet vergoed door de zorgverzekering, de patiënt/consument betaalt de dienst dus zelf.

Voorbeelden

- Een medische vertaal-app voor een smartphone. Een patiënt kan hiermee in zijn eigen taal zijn klachten omschrijven waarna deze klachten desgewenst in een andere taal kunnen worden weergegeven, bijvoorbeeld bij

bezoek aan een arts in het buitenland.

- Een pillendoosje dat de patiënt een seintje geeft wanneer deze vergeet om zijn medicatie in te nemen. De patiënt schaft het doosje aan bij de apotheek, ter bevordering van de gemoedsrust.

Aandachtspunten

Het is belangrijk dat de toepassing betaalbaar is voor de doelgroep, en een herkenbaar probleem voor de patiënt/consument of zijn mantelzorgers oplost. Toepassingen kunnen zich richten op 'wellness' (leefstijl, gezondheid, welbevinden, sociaal contact) of op gemak/comfort. Patiënten/consumenten zullen zich primair door het advies van een zorgverlener of door ervaringen van andere patiënten/consumenten laten overtuigen (zie bijvoorbeeld de DigitaleZorgGids).

Bijzonderheden

Deze route is vooral geschikt wanneer er geen grote investeringen in onderzoek en ontwikkeling nodig zijn. De ondernemer zal in het algemeen veel zaken zelf moeten organiseren: financiering, promotie, distributie, support, etc.

Let op relevante regelgeving. Bijvoorbeeld: voor toepassingen die gekwalificeerd kunnen worden als medische hulpmiddelen is een CE-keurmerk vereist. Promotie en distributie kunnen plaatsvinden in samenwerking met een derde partij, zoals een patiëntenvereniging of belangenorganisatie (bijvoorbeeld de ANWB), of via een apotheek of drogist.

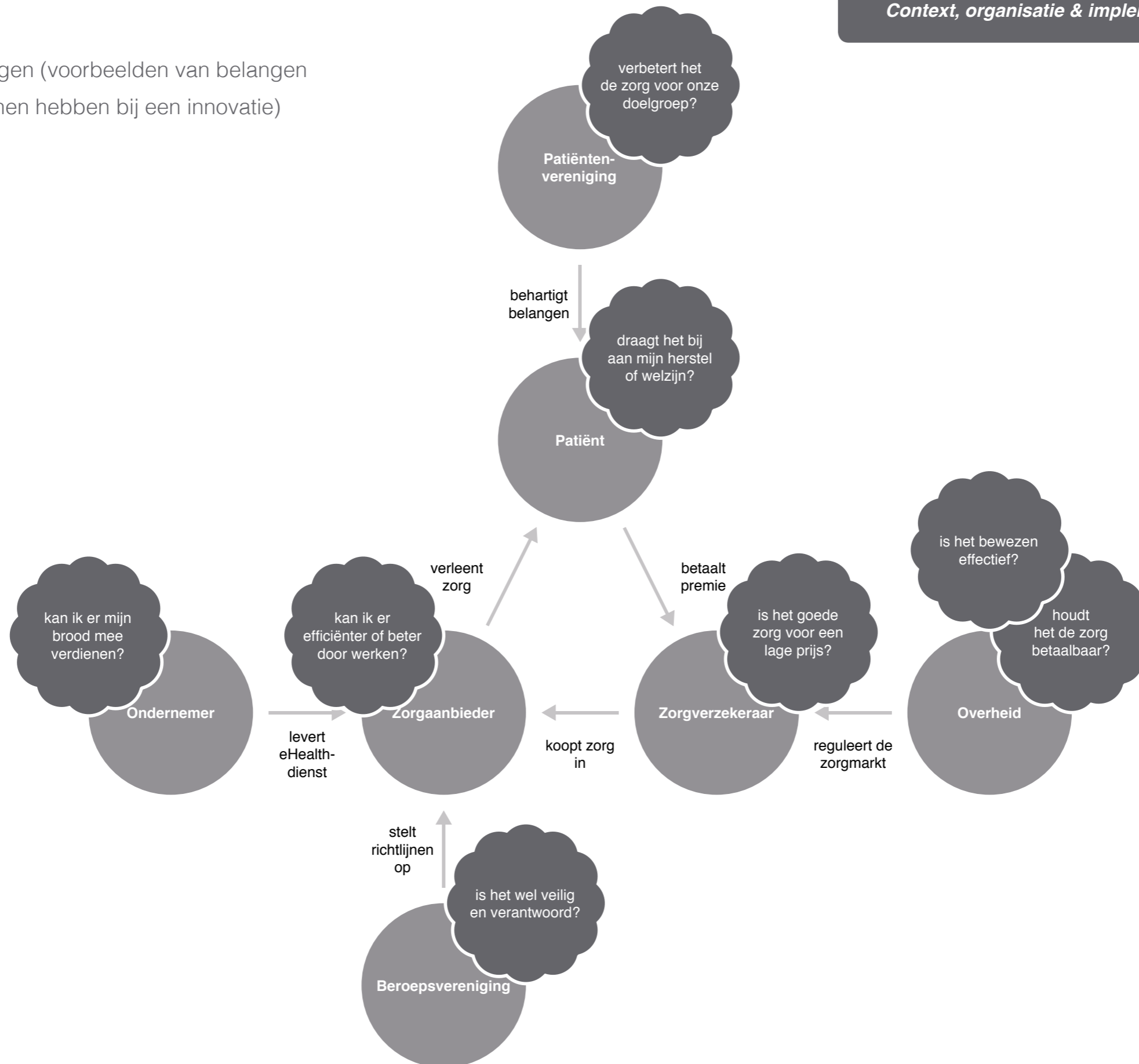
Zorgverzekeraars zijn mogelijk bereid om dit soort toepassingen op te nemen in een aanvullende verzekering (als een toepassing bijdraagt aan het aantrekken of behouden van meer verzekerden) of als onderdeel van een aanbod voor een collectieve verzekering voor organisaties (bijvoorbeeld als een toepassing bijdraagt aan verzuimreductie).

De belangrijkste partijen

- Patiënt/consument;
- Zorgverlener, patiëntenvereniging of belangenorganisatie (voor promotie);
- Apotheek of drogist (voor distributie).

Route 2: De aanbiedersroute

Figuur 3 : Belangen (voorbeelden van belangen die partijen kunnen hebben bij een innovatie)



Wanneer is deze route van toepassing

Een toepassing is typisch geschikt voor deze route wanneer het een direct voordeel biedt voor de zorgaanbieder. Bijvoorbeeld omdat de zorgverlening er efficiënter door wordt, er een concurrentievoordeel ontstaat, of omdat een gewenst imago wordt versterkt. Zorgaanbieders beschikken over eigen middelen om in dit soort toepassingen te investeren.

Voorbeeld

Een elektronisch cliëntendossier dat extern wordt gehost door een dienstenaanbieder, en dat via het internet toegankelijk is voor de zorgverlener en de cliënt en/of diens mantelzorgers. De zorginstelling hoeft geen hardware aan te schaffen en te onderhouden, en de cliënt (of diens mantelzorger) krijgt online toegang tot het eigen dossier.

Aandachtspunten

Het is belangrijk dat zorgverleners (en wellicht ook hun patiënten of cliënten) enthousiast zijn over de toepassing. Die moet bij voorkeur een urgent probleem oplossen dat gevoeld wordt door de zorgverlener en/of de zorginstelling.

Ontwikkel dit soort toepassingen samen met een zorginstelling of zorgverlener (co-creatie) want dit bevordert herkenning en acceptatie bij de doelgroep.

Bijzonderheden

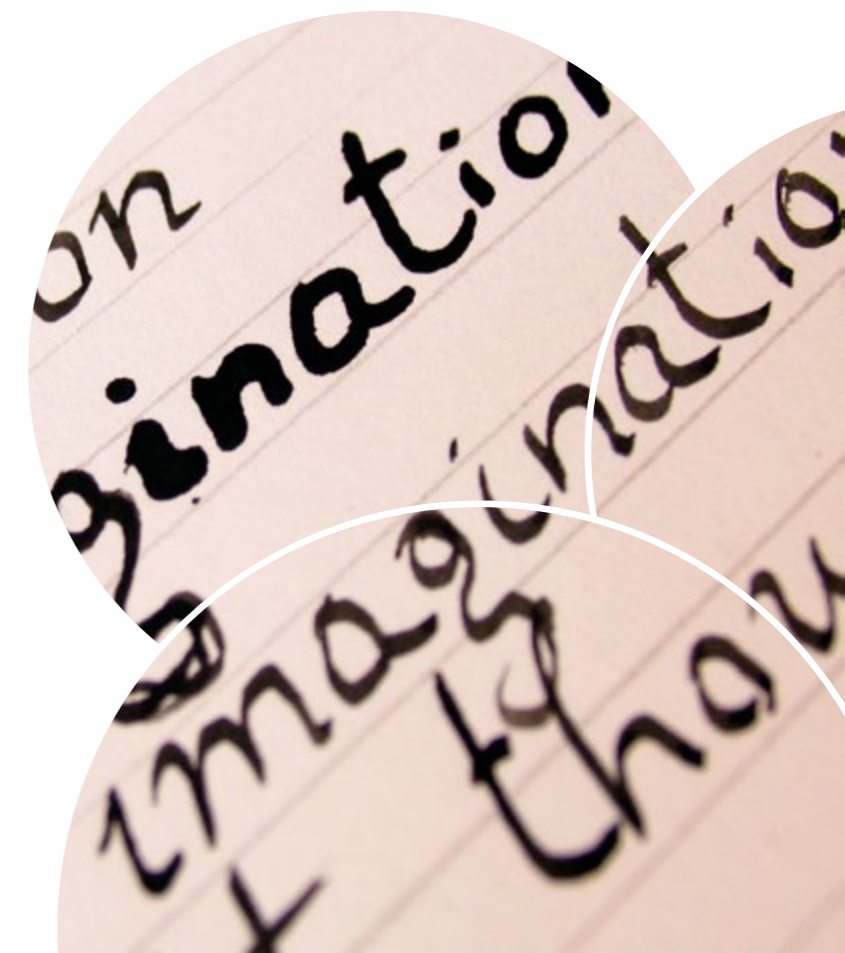
Een zorgaanbieder kan worden overtuigd door een sterke visie op herkenbare problematiek, liefst in combinatie met een goed onderbouwde business case voor de aangedragen oplossing.

In deze route speelt de zorgverzekeraar in principe geen rol, hierdoor is er minder noodzaak om bij andere partijen dan de zorginstelling of zorgverlener draagvlak te creëren. Het is de zorgaanbieder die de dienst afneemt én betaalt.

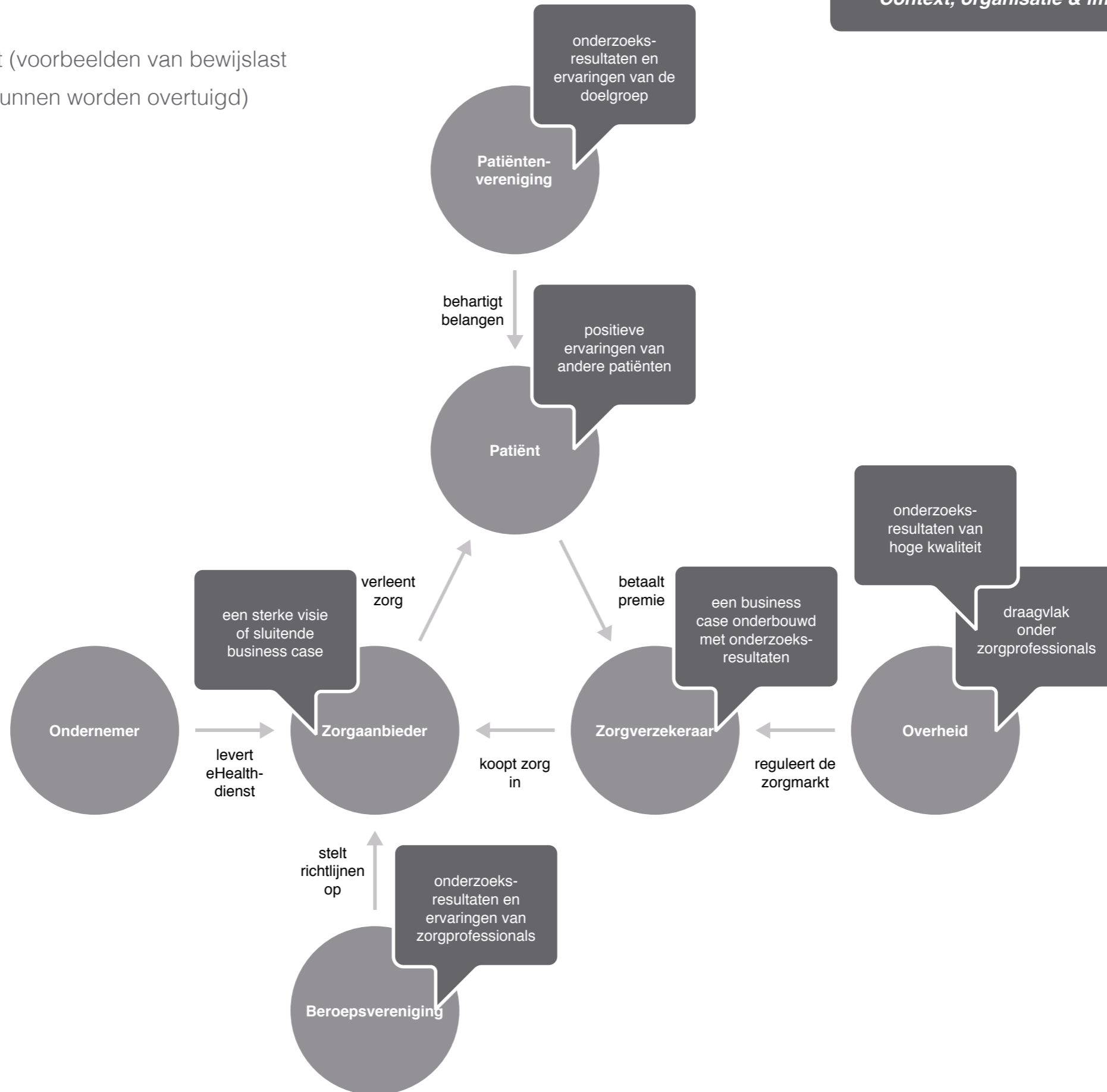
Deze route is vooral geschikt wanneer er geen grote investeringen in onderzoek en ontwikkeling nodig zijn. De ondernemer zal in het algemeen veel zaken zelf moeten organiseren: financiering, promotie, distributie, support, etc.

De belangrijkste partijen

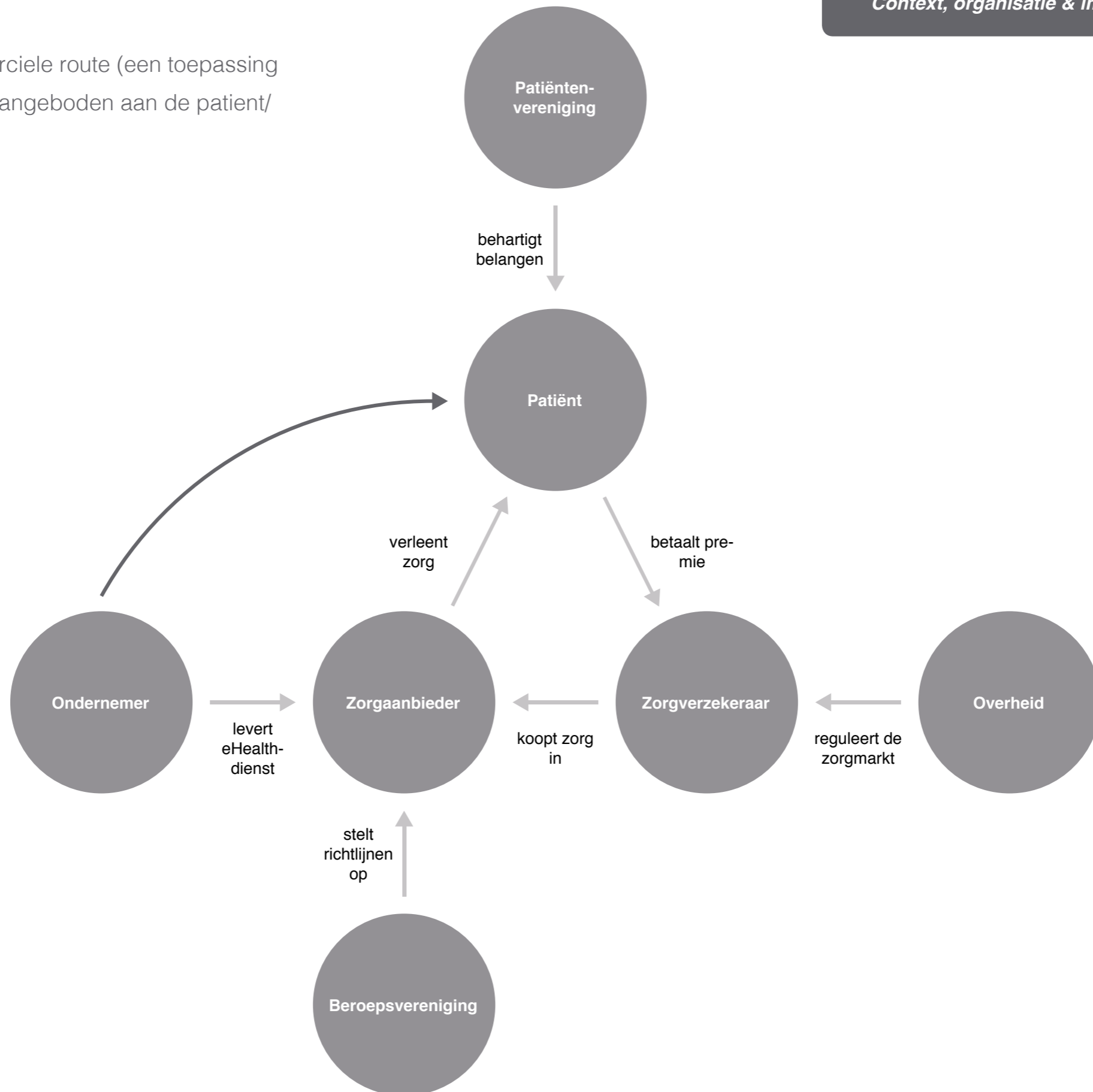
- Zorginstelling (bestuur);
- Zorgverleners (specialisten en verpleegkundigen);
- Ondersteunende diensten (bijvoorbeeld de ICT-afdeling);
- Patiënten.



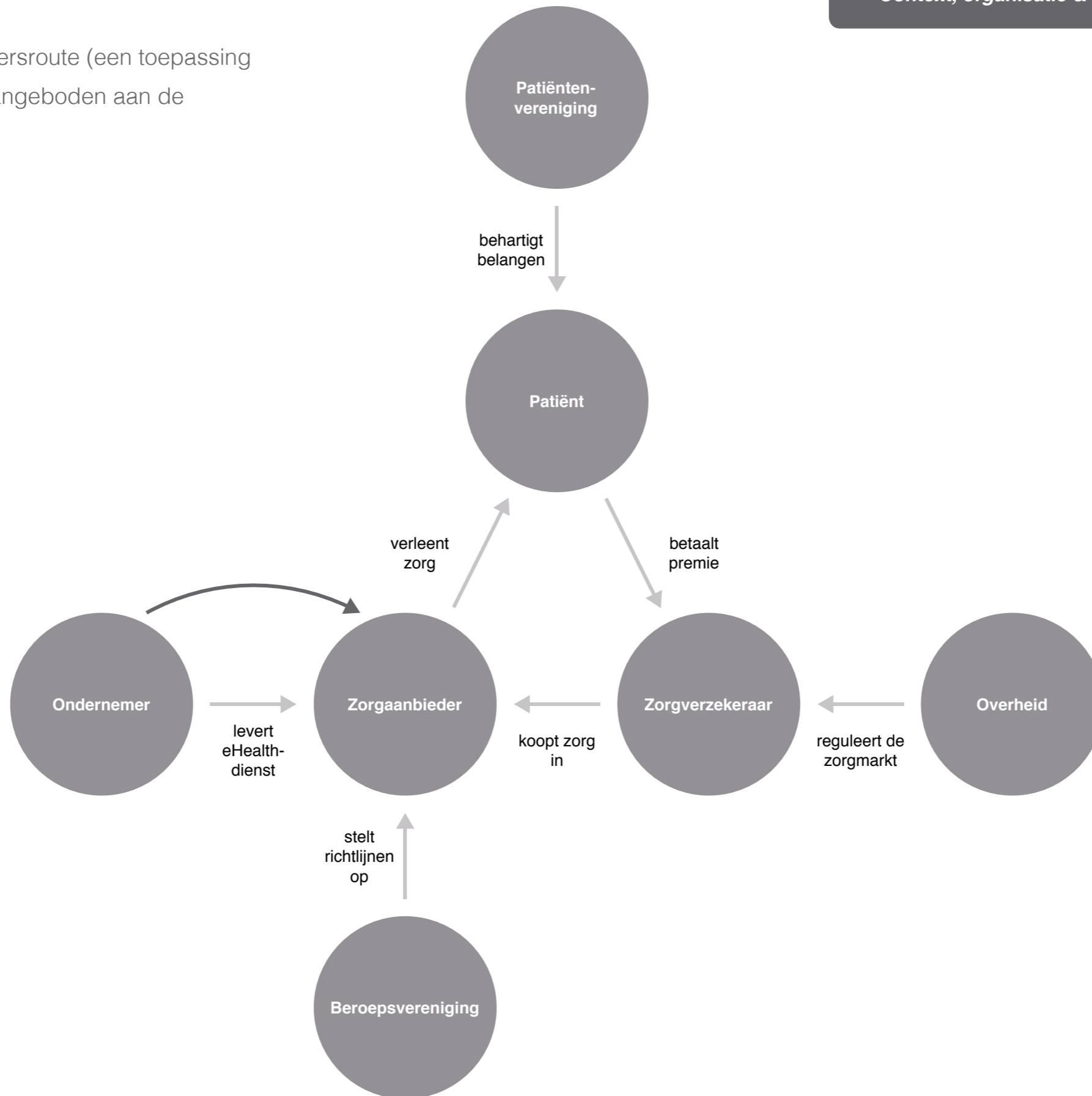
Figuur 4: Bewijslast (voorbeelden van bewijslast waarmee partijen kunnen worden overtuigd)



Figuur 5: De commerciële route (een toepassing wordt rechtstreeks aangeboden aan de patient/consument)



Figuur 6: De aanbiedersroute (een toepassing wordt rechtstreeks aangeboden aan de zorgaanbieder)



Route 3: De verzekeraarsroute

Wanneer is deze route van toepassing

Een eHealth-toepassing wordt onderdeel van zorg die al wordt aangeboden en vergoed.

De zorginhoud verandert door de toepassing niet, alleen de vorm waarin de zorg wordt aangeboden. De zorg wordt hierdoor bijvoorbeeld toegankelijker, of ze kan efficiënter worden aangeboden.

Voorbeelden

Een online voedingsdagboek dat wordt ingezet als onderdeel van dieetadvisering door een diëtist, en dat zelfmanagement door de patiënt bevordert.

Een pillendoosje dat de patiënt een seintje geeft wanneer hij vergeet om zijn medicatie in te nemen. Dit gebeurt op voorschrift van een arts en ter bevordering van de therapietrouw.

Aandachtspunten

Zorg voor voldoende draagvlak! Het is belangrijk dat zorgverleners, patiënten en de patiëntenvereniging enthousiast zijn over de toepassing. Betrek hen daarom zo vroeg mogelijk bij de ontwikkeling (co-creatie). De

beroepsvereniging van specialisten speelt een belangrijke rol bij landelijke opschaling; zij bepalen immers de richtlijnen voor goede en veilige zorg.

Als een toepassing leidt tot goedkopere zorg of tot arbeidsbesparingen terwijl de kwaliteit van de geboden zorg minstens gelijk blijft, dan is dit aantrekkelijk voor de zorgaanbieder en is het niet altijd nodig om de zorgverzekeraar te betrekken.

Als de toepassing daarentegen leidt tot duurdere zorg dan moet die zorg aantoonbaar beter zijn en is een groot draagvlak vereist. Stap niet zelf naar de zorgverzekeraar maar laat een enthousiaste zorgaanbieder met hen onderhandelen. Voor de zorgverzekeraar is het cruciaal dat de toepassing leidt tot vervanging van de bestaande zorg (door bijvoorbeeld substitutie of zelfmanagement) en uiteindelijk tot een lagere schadelast. Het is dus belangrijk dat deze effecten worden aangetoond.

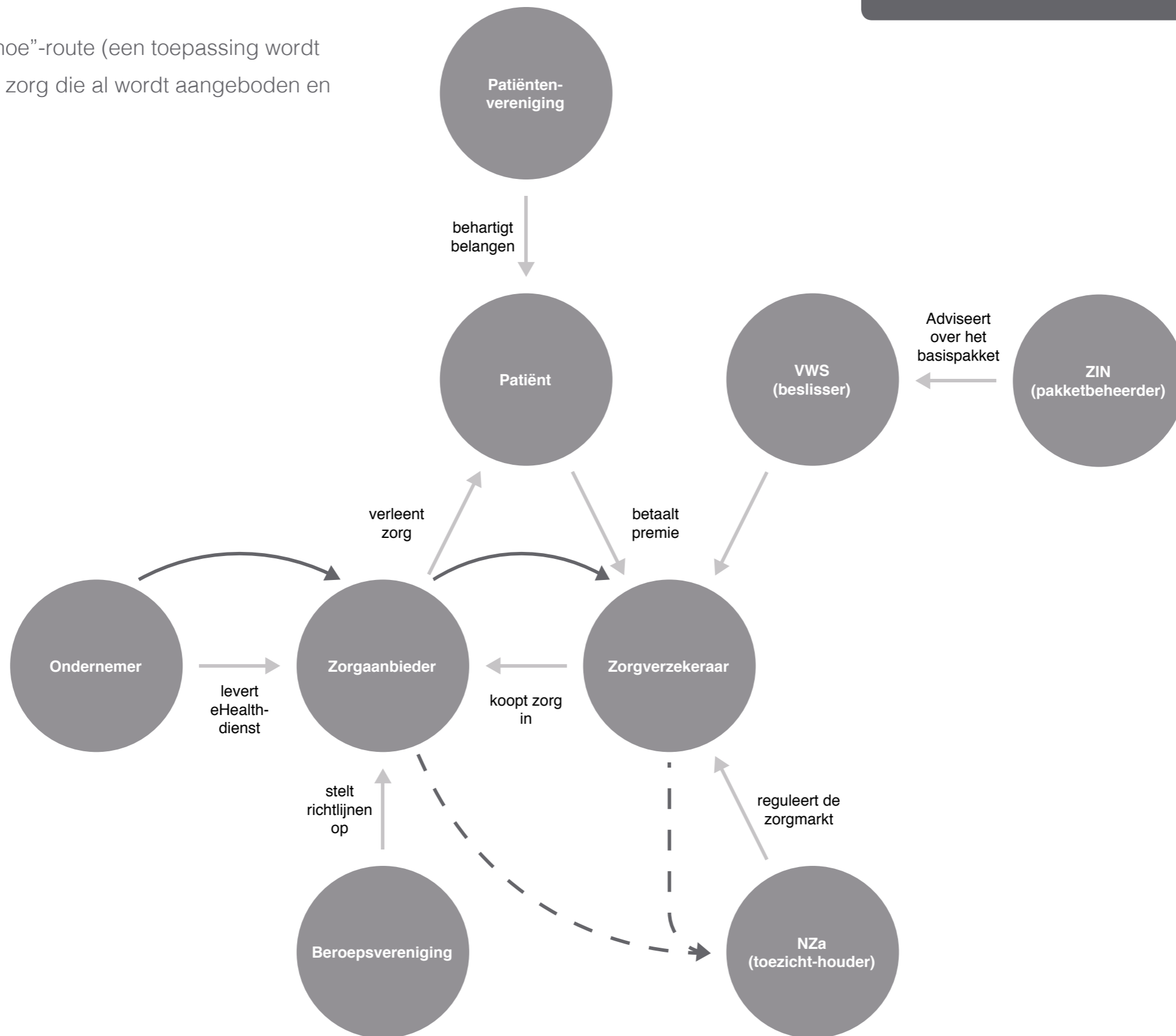
Bijzonderheden

Als een toepassing niet past binnen de bestaande zorgprestaties (bijvoorbeeld door beperkingen in de omschrijving of het tarief) dan kunnen de zorgverlener en zorgverzekeraar samen een aanvraag indienen bij de NZa. De NZa kan een prestatie aanpassen of een tijdelijke prestatie opstellen (beleidsregels innovatie). Een toepassing krijgt dan, indien nodig, tijd om zich 'te bewijzen'.

De belangrijkste partijen

- Zorgverlener;
- Patiënt en patiëntenvereniging;
- Beroepsvereniging;
- Zorgverzekeraar (Let op: vanaf 1 januari 2015 nemen gemeenten een aantal zorgtaken van de zorgverzekeraar over);
- NZa (als er een zorgprestatie moet worden aangepast, of een nieuwe moet worden opgesteld).

Figuur 7: De “hoe”-route (een toepassing wordt onderdeel van zorg die al wordt aangeboden en vergoed)



Route 4: De overheidsroute

Wanneer is deze route van toepassing

Een medisch-technologische toepassing leidt tot nieuwe zorg, die nog niet wordt aangeboden of vergoed. Bijvoorbeeld omdat de aard of de werking van de zorg veranderen, of omdat er zorg kan worden geboden die voorheen niet mogelijk was. Voor de meeste eHealth-toepassingen zal dit niet van toepassing zijn.

Voorbeeld

Telemonitoring van epilepsiepatiënten door middel van een slimme combinatie van detectoren (infraroodcamera, microfoon, bewegingssensoren, etc.), waardoor detectie en alarmering ook extramuraal (bijvoorbeeld in de thuissituatie) mogelijk worden.

Aandachtspunten

De overheidsroute vertoont aanvankelijk veel overeenkomsten met de verzekeraarsroute. Echter, tijdens de overheidsroute zal vrijwel altijd een nieuwe zorgprestatie aangevraagd moeten worden bij de NZa. Een toepassing krijgt dan een bepaalde periode de tijd om zich 'te bewijzen' alvorens de vraag wordt gesteld of

ze in aanmerking komt om te worden bekostigd vanuit het basispakket. De hulp van experts is noodzakelijk om tijdens deze periode tot een wetenschappelijk correcte evaluatie te komen (bijvoorbeeld door middel van een clinical trial zoals een RCT).

Het Zorginstituut zal vervolgens, uitgaande van het draagvlak voor de toepassing onder de beroepsgroep en volgens de principes van 'evidence based medicine', de nieuwe zorg evalueren (onder andere op noodzakelijkheid en (kosten)effectiviteit) en vervolgens adviseren of deze al dan niet opgenomen moet worden in het basispakket.

Bijzonderheden

Deze toepassingen worden meestal ontwikkeld door medisch specialisten in samenwerking met bedrijven en onderzoekers. Draagvlak onder zorgverleners en beroepsverenigingen is cruciaal; zij vormen zich een oordeel over de vraag of de nieuwe zorg veilig en verantwoord is en tot het geboden arsenaal van de beroepsgroep zou moeten behoren.

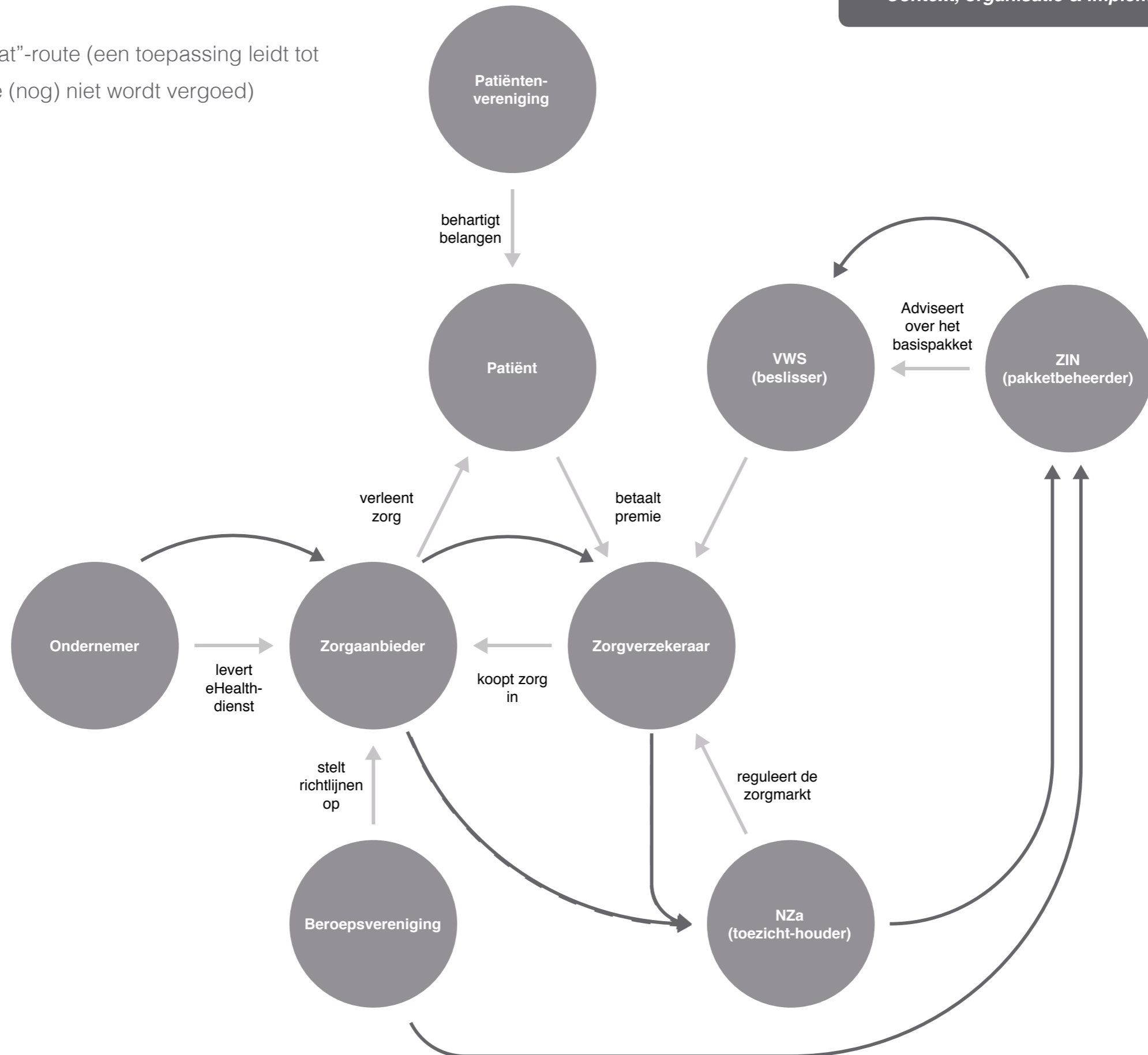
De ontwikkeling en evaluatie van dit soort toepassingen is in het algemeen een complex, langdurig en kostbaar traject.

De belangrijkste partijen

- Zorgverlener;
- Beroepsvereniging;
- Patiënt en patiëntenvereniging;
- Zorgverzekeraar;
- NZa en Zorginstituut.



Figuur 8: De “wat”-route (een toepassing leidt tot nieuwe zorg die (nog) niet wordt vergoed)



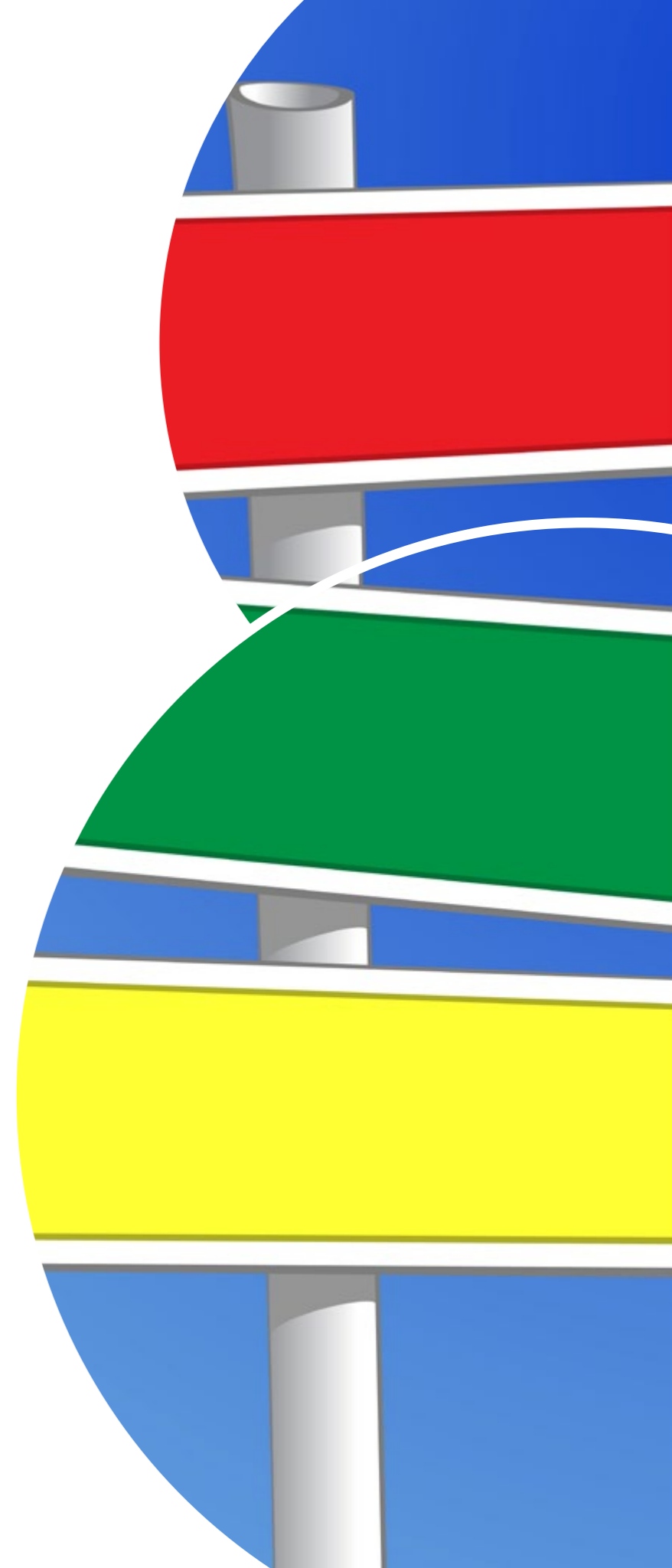
Meer informatie

Download ons boekje Succesvol ondernemen met eHealth, Innovatieroutes in de Zorg als u meer wilt weten over de verschillende partijen, hun belangen bij eHealth-innovaties, en hoe ze kunnen worden overtuigd van de meerwaarde van uw innovatie: www.windesheim.nl/-/media/files/windesheim/research%20publications/succesvolondernemenmetehealthinnovatieroutesindezorg.pdf.

Bij het boekje hoort een interactieve website. Kijk op www.innovatieroutesindezorg.nl als u wilt weten welke route het best past bij uw innovatie. Op www.invoorzorg.nl en www.zorgvoorinnoveren.nl vindt u een schat aan informatie over implementatie en opschaling van innovaties in de zorg. Wilt u weten of een eHealth-innovatie in aanmerking kan komen voor bekostiging vanuit de verzekerde zorg, raadpleeg dan de eHealth-bekostigingswijzer op www.ehealthfinanciering.nl.

De hier beschreven innovatieroutes zijn een resultaat van het project Succesvol ondernemen met eHealth. Aan dit project werkten mee:

Achmea divisie Zorg & Gezondheid, ActiZ, BeagleBoxx, Bonstato, Consuming Knowledge, DiaDerma, Dutch IT Consultants, Eusamed, Evalan, EvoCare, Focus Cura Zorginnovatie, Health Valley, Installatie Techniek Masseling, Isala Klinieken, MS Vereniging Nederland, Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, Nederlandse Vereniging voor eHealth, Nederlandse Zorgautoriteit, Novay, Pilotfish Nederland, SalesSpirit, SymaX, Syntens, Valetudo Interpres, VRC Telecom, Zorginstituut Nederland, en Zorgverzekeraar VGZ. Succesvol ondernemen met eHealth is mede mogelijk gemaakt door een subsidie van Stichting Innovatie Alliantie.



SLIMMER EHEALTH ONTWIKKELEN EN INZETTEN MET DE CEHRES ROADMAP

Jobke Wentzel, Nienke Beerlage-de Jong, Lisette van Gemert-Pijnen

In de eHealth monitor 2014 bleek dat zorgverleners overtuigd zijn van het nut van het inzetten van eHealth technologie. Helaas wordt eHealth technologie nog te vaak zonder duidelijke visie en onderbouwing ‘losgelaten’ op de praktijk. Het Center for eHealth Research and Disease Management (CeHRes) is ervan overtuigd dat het ontwikkelproces van technologie van groot belang is voor de kans op succes van de technologie.

Hiervoor ontwikkelde het CeHRes een Roadmap, die gebruikers-gestuurd onderzoek combineert met business modeling, in iteratieve ontwerp- en evaluatie cycli [1-3]. Door gedurende de verschillende fasen van ontwikkeling en evaluatie belangrijke kernwaarden en voorwaarden voor implementatie en acceptatie in beeld te brengen en te houden, kan er een betere match tussen techniek, mens en organisatie (of context) plaatsvinden.

Een holistische aanpak staat hierin centraal, waarin zowel gebruiksgemak, persuasief ontwerp, als waarde-gedreven beslissingen meegenomen worden. In dit hoofdstuk geven we een overzicht van de stappen die in de CeHRes Roadmap beschreven worden. We bieden daarbij concrete handvatten en (literatuur) suggesties voor het opzetten, plannen en uitvoeren van de ontwikkel- en evaluatiecycli. De basis van de Roadmap bestaat uit vijf fasen:

- **Contextual Inquiry** – In deze fase vormt het ontwerp/onderzoeksteam zich een beeld van de belanghebbenden (stakeholders) en hun context (werk/privé/publiek). Het team analyseert in deze fase de sterke en zwakke punten van de huidige (zorg) situatie.
- **Value Specification** – Wanneer er een beeld van de context is, is het belangrijk om te bepalen welke waarden van belang zijn volgens de stakeholders. Die moeten nu in requirements (benodigdheden) voor de eHealth technologie vertaald worden.
- **Design** - Op basis van de requirements kan

een (prototype van) eHealth technologie ontwikkeld worden. Dit proces is iteratief; de beoogde eindgebruikers, stakeholders en ontwikkelaars evalueren samen varianten van een mogelijke oplossing.

- **Operationalization** - Dan volgt de daadwerkelijke introductie en gebruik van de eHealth technologie. Activiteiten ter introductie, opschaling en ondersteuning van het gebruik kunnen hiervoor worden georganiseerd.
- **Summative evaluation** - Na introductie en wanneer de techniek wordt gebruikt, is het belangrijk na te gaan op welke wijze het precies wordt gebruikt, en met welk effect.
- **Formatieve evaluatie** is een iteratieve activiteit binnen de Roadmap. Op basis van deze evaluatie kan worden vastgesteld of voldoende kennis verzameld is om keuzes te maken, en om de activiteiten uit een andere (volgende) fase er op te baseren, of dat aanvullend onderzoek nodig is. In de volgende paragrafen gaan we dieper in op de verschillende fasen.

Contextual inquiry

Om te beginnen is het belangrijk gegevens te verzamelen over de context waarin eHealth moet gaan functioneren. In de contextual inquiry wordt onderzocht wat het probleem is, in welke context (zoals een thuiszorgsituatie, zelfzorg, ziekenhuissetting of publieke gezondheidszorg) het zich afspeelt, en wie geraakt worden door, of betrokken zijn bij, het probleem en mogelijke oplossingen. Activiteiten in de Contextual Inquiry richten zich op het beantwoorden van de volgende vragen:

- Wat is het probleem? Welk probleem moet worden opgelost (ook: is er wel een probleem?)
- In welke (zorg)situatie(s) doet dit probleem zich voor?
- Wie heeft er een belang bij het oplossen van het probleem? Wie wordt erdoor geraakt?

Tijdens de Contextual Inquiry wordt het probleem in kaart gebracht en wordt gekeken wie er belang hebben bij de oplossing ervan (stakeholders) [4]. Om dit te doen, kan het projectteam een aantal methoden inzetten. Bijvoorbeeld desk research: een analyse

van relevante wetenschappelijke literatuur, beleidsdocumenten en andere documentatie over de context van het probleem. Naast informatie over de context van het probleem, kunnen op basis hiervan stakeholders in beeld gebracht worden. Deze eerste stakeholder identificatie kan worden gevalideerd en/of uitgebreid door de eerste selectie aan de reeds geïdentificeerde stakeholders en de relevante zorg experts voor te leggen en te laten aanvullen (snowballing).

Daarnaast is ranking van stakeholders van belang, bijvoorbeeld op basis van invloed en de mate waarin ze geraakt worden door het probleem. Om de context verder in kaart te brengen, kunnen stakeholder focusgroepen worden georganiseerd [5]. Hierin geven stakeholders hun visie ten aanzien van het probleem, maken hun rol duidelijk en geven aan welke behoeften zij hebben. Door de aspecten die van belang zijn bij de oplossing van het probleem te categoriseren en te prioriteren met stakeholders, wordt de oplossingsrichting concreter.

Naast het actief bevragen van stakeholders en de mogelijke doelgroep, kan het ook nuttig zijn observaties uit te voeren in het veld. De onderzoeker kan zich hiervoor (anoniem of zichtbaar) begeven in de gezondheidssituaties die in het onderzoek relevant zijn. Andere methodieken die ingezet kunnen worden vanuit sociaalwetenschappelijk onderzoek zijn interviews, vragenlijstonderzoek, en case-studies.



De Casus: Stakeholderbijeenkomst Antibiotic Stewardship

Binnen het EurSafety Health-net project werkten we aan de doelstelling veilige patiëntenzorg ten aanzien van antibioticagebruik. Eén van de eerste activiteiten in de Contextual Inquiry, was een zorgvuldig voorbereide stakeholderbijeenkomst waarin alle taken, verantwoordelijkheden, behoeften en belangen rondom (verantwoord) antibioticagebruik in een ziekenhuissetting in kaart gebracht werden.

Hiervoor werden verschillende stakeholders uitgenodigd: artsen, arts-assistenten, verpleegkundigen, managers, apothekers, arts-microbiologen, een coassistent, en een kwaliteitsfunctionaris. Samen met de onderzoekers bespraken zij in ruim 2 uur verschillende casussen, waarin iedereen zijn/haar rol en belangen aangaf. Ook knelpunten en ruimte voor verbetering kwam aan het licht. Door deze workshop met zeer interactief karakter kregen de onderzoekers een idee hoe er in de praktijk gewerkt wordt, maar kregen ook de deelnemers zelf meer inzicht in elkaars perspectief en dagelijkse werkzaamheden.

Value specification

Op basis van de Contextual Inquiry brengen de stakeholders tijdens de Value Specification waarden in kaart met behulp van een valuemap. Een waarde is een ideaal of belang dat een (toekomstig) gebruiker of stakeholder graag zou willen hebben of al heeft (en wil behouden). De waarden kunnen geordend worden in economische-, sociale-, en gedragswaarden. De stakeholders geven aan hoe belangrijk de waarden zijn, bij het oplossen van de gevonden problemen. Op basis hiervan kunnen de doelen van de eHealth technologie worden geformuleerd en kunnen requirements worden gedefinieerd. Onderzoeksactiviteiten binnen de Value Specification richten zich op de volgende onderzoeksvragen:

- Welke verbeteringen in de kwaliteit van de zorg zijn gewenst volgens de stakeholders?
- Hoe kan technologie bijdragen aan een betere kwaliteit van zorg?
- In welke vorm (manifestatie) kan technologie bijdragen?

Er zijn verschillende methodieken die gebruikt kunnen worden. Om een goede 'fit' tussen

context, stakeholders en eHealth technologie te creëren, kan gebruik worden gemaakt van het Business Model Canvas. Deze methode draagt bij aan de ontwikkeling van meer kosteneffectieve en duurzame technologie. Omdat de markt en de technologische mogelijkheden constant in beweging zijn, is business modeling een continu proces, dat ook na implementatie van een technologie doorgaat [6].

Op basis van de methoden die in de Contextual Inquiry en Value Specification worden ingezet om de context en waarden vast te stellen, kan het projectteam een vertaling naar specifieke vereisten voor de technologie (Requirements) maken: wat moet de technologie (inhoud en vorm) kunnen, hoe moet het werken, hoe moet het eruit zien, en welke aanvullende services zijn vereist? De data uit eerdere fasen worden hierbij geanalyseerd en in requirements vertaald. Aan de hand daarvan wordt de technologie ontwikkeld (geprogrammeerd), waarbij steeds de eerder geformuleerde values als norm dienen.

Requirements dragen bij aan het vervullen van de values, en kunnen aan de hand van de waarden die ze ondersteunen worden geprioriteerd: vaak is het niet mogelijk alle requirements die vanuit de doelgroep of stakeholders naar voren komen in één project en technologie te realiseren. Requirements vormen dus eigenlijk de vertaling van waarden en daaruit voortvloeiende behoeften en wensen, naar concrete technische eigenschappen.

Design

In de Design fase [7-9] visualiseert het projectteam, in nauwe samenwerking met beoogde eindgebruikers, hun ideeën met behulp van mock-ups (schets van design ideeën). In verschillende rondes worden scenario-tests gebruikt om door beoogde eindgebruikers te laten testen of de mock-ups aansluiten bij hun denk- en werkwijze. Zo worden de mock-ups steeds verder doorontwikkeld en uitgekristalliseerd, tot een uiteindelijk prototype van de technologie.

De hoofdvraag die in de Design fase aan bod komt is:

- Welk design van de eHealth technologie past bij de geformuleerde requirements?

Om de onderzoeksvraag in deze fase te beantwoorden kunnen verschillende methoden worden gebruikt. Deze methodieken kunnen expert- of gebruikersgericht zijn. Een expert gerichte evaluatie is bijv. een Cognitive Walkthrough: Een expert voert de taken uit die een beoogde gebruiker ook met de technologie zou uitvoeren, binnen de gedefinieerde context.

Doel hiervan is om de cognitieve processen van gebruikers in kaart te brengen, die nodig zijn voor het uitvoeren van een taak. Voor iedere taak worden vragen beantwoord: Welke acties moeten uitgevoerd worden? Hoe reageert het systeem op die acties? Is de gebruiker in staat om zonder problemen die acties uit te voeren? Hoewel deze methode waardevolle data kan opleveren, is een mogelijk nadeel dat een expert hierbij probeert te denken als een gebruiker.

Alternatief (of aanvullend) kan gebruik worden gemaakt van Usability Testing [10]. Met behulp van real-life scenario's (een beschrijving van een situatie / taak die in de praktijk met de technologie opgelost zou moeten worden) worden prototypes getest door beoogde eindgebruikers. Vaak wordt gebruik gemaakt van het Think Aloud protocol, waarbij de gebruiker tijdens het werken met de technologie hardop vermeld wat hij ziet, zoekt, denkt en doet. Ook kan gebruik gemaakt worden van software die de muisbewegingen en oogbewegingen van de gebruiker tijdens de usability test registreert. Dit kan waardevolle data opleveren over het zoekgedrag van gebruikers (om bijvoorbeeld de locatie van knoppen te evalueren).

Over het algemeen geldt dat het voor het slagen van een eHealth technologie, van belang is dat de technologie ook persuasief is [11]. Er zijn verschillende strategieën die kunnen bijdragen aan de persuasiviteit van een eHealth technologie. Zo is het van belang dat de taken die met de technologie uitgevoerd worden, optimaal ondersteund worden (Primary

Task Support), en bijvoorbeeld dat gebruikers onderling contact kunnen leggen om elkaar te helpen en motiveren bij het uitvoeren van de taken (Social Support). Alle verschillende strategieën van het Persuasive Systems Design model [12] dragen ertoe bij dat zo groot mogelijke betrokkenheid en motivatie van de gebruikers bij de technologie wordt bewerkstelligd.

Design methode: card sort

Om een goede informatiestructuur voor de informatie over antibiotica op een app (bijv. de antibiotica-informatie-app) te bepalen, pasten we de card-sort methode toe. We lieten beoogde eindgebruikers kaartjes met kleine stukjes (representatieve) content van de applicatie sorteren, in groepen die voor hen logisch en handig waren. Deze sorteringen werden geanalyseerd op overeenkomsten en vormden de basis voor de indeling van de app. Naast een informatiestructuur leverde deze methodiek ook inzichten op t.a.v. de manier waarop de doelgroep tegen de informatie aankeek; ze dachten hardop na en maakten

daarbij ook opmerkingen over de context waarin ze de informatie gebruiken, en in hoeverre het nuttig is voor hun taken. Dus, naast een methode die de design-fase ondersteunt, kan de card-sort methode ook meer inzicht in de context bieden en bijdragen aan de Contextual Inquiry.

Operationalization

De Operationalization fase draait om het plannen en uitvoeren van activiteiten voor de verspreiding, acceptatie en integratie van de technologie in de zorg [13]. Vaak worden deze activiteiten in meer of mindere mate verwaarloosd. Dit kan leiden tot vertraagde besluitvorming en suboptimale acceptatie van de nieuwe technologie in de zorgpraktijk. Daarom is het belangrijk om op basis van de eerdere fasen een business model te ontwikkelen [14].

Vragen die in deze fase worden beantwoord zijn:

- Welke activiteiten dragen bij aan optimale implementatie van de technologie in de zorg?
- Wie dragen bij aan optimale implementatie van de technologie in de zorg?

In de voorgaande onderzoeksfasen is duidelijk

geworden wat de doelen en taken zijn die gebruikers met de technologie vervullen, wat de context en mogelijke barrières en bevorderende factoren voor gebruik zijn. In de operationalisatiefase moet het projectteam een strategie baseren op deze bevindingen. De verscheidenheid van methodieken die in deze fase gebruikt kunnen worden is groot. Er kunnen bovendien verschillende operationalisatie strategieën nodig zijn om dezelfde technologie in verschillende situaties te implementeren. Activiteiten in deze fasen kunnen bijvoorbeeld gericht zijn op bewustwording (wijzen op de mogelijkheid van werken met de technologie), educatie (informereren over het belang van het werken met de technologie) en motivatie (incentives toewijzen aan het werken met de technologie).

Meer concreet betekent dit dat het projectteam activiteiten zoals instructiebijeenkomsten, het beschikbaar stellen van een tutorial of handleiding, of een massamediacampagne kan opzetten. Daarnaast moet de technologie goed beschikbaar zijn: gemakkelijk toegankelijk

voor de doelgroep, en waar aanloopproblemen ontstaan (technische storingen of anderszins) moet direct ingegrepen worden. Door het gebruik van de eHealth technologie gedurende deze fase goed te monitoren, en beschikbaar te zijn voor uitleg en motivatie tijdens de introductiefasen, krijgt het projectteam direct inzicht in het succes van de uitrol van de technologie en kunnen aanvullende activiteiten ondernomen worden wanneer de technologie niet volgens verwachting gebruikt wordt.

Operationalisatie: informatie en inbedding

In samenwerking met iPrevent (netwerk van verpleeghuizen in de regio Nijmegen e.o.), werd binnen het EurSafety Health-net project de Prevalentie App ontwikkeld. Hiermee wordt jaarlijks een prevalentie meting uitgevoerd om een beeld te krijgen hoeveel (risicofactoren voor) gezondheidszorg gerelateerde infecties in de verpleeghuizen aanwezig zijn. Voor de gebruiksvriendelijkheid van de app was het van belang deze zo kort en bondig mogelijk te houden, hiervoor werd gebruik gemaakt van

gebruikersonderzoek en persuasief design. Onderdeel van dat persuasieve design is tegelijkertijd ook dat de gebruikers voldoende geïnformeerd worden over de achtergrond (Waarom is de app ontwikkeld? Wie waren hierbij betrokken?) en het belang van het gebruik van de technologie (Wat gebeurt er met de data? Waarom moeten juist deze gegevens geregistreerd worden? Wat levert het de gebruiker op?). In dit geval is er daarom voor gekozen om informatie hierover in te bedden in een al breed gebruikte website, die binnen een Europees Interreg IVa project (EurSafety Health-net) was ontwikkeld: www.infectionmanager.nl/prevalentie [7]

Summative evaluation

De Summative Evaluation (of summatieve evaluatie) richt zich op het vaststellen of de doelen die met het project beoogd waren ook daadwerkelijk (via de eHealth technologie) bereikt zijn. Hierbij kijken we zowel naar uptake als impact: de acceptatie en het gebruik van de technologie én het effect dat het gebruik heeft gehad [15].

Om een beeld te krijgen van het gebruik en de gebruikers van de technologie, onderzoekt het projectteam:

- Hoe wordt de applicatie gebruikt (frequentie, uitval en adherentie)?
- Wat is het gebruikersprofiel (socio-demografische gegevens, gezondheidsgerelateerde kenmerken en context van de gebruiker)?
- Hoe zijn de gebruikerservaringen en motivatie (redenen voor gebruik/uitval, tevredenheid)?

Afhankelijk van de precieze waarden die van belang zijn in het project en doelen die gesteld zijn, onderzoekt het team de impact van het gebruik op een of meer van de volgende onderwerpen:

- Organisatie;
- Effecten op toegang en beschikbaarheid van zorg;
- Efficiëntie van zorg;
- Veiligheid;
- Transparantie;
- Continuïteit;

- Interactie;
- Adherentie aan richtlijnen en protocollen;
- Zorgverlener-patiënt relatie;
- Beslisondersteuning;
- Tevredenheid t.a.v. zorg;
- Gezondheid/welzijn;
- Gezondheid/welzijn;
- Gezondheidswinst;
- Kwaliteit van leven;
- Leefstijlverbetering;
- Verandering in mortaliteit;
- Verandering in incidentie/prevalentie.

Methoden die voor een summatieve evaluatie ingezet kunnen worden zijn divers en strekken zich uit van kwalitatieve onderzoeken (interviews met patiënten), vragenlijstonderzoek, logdata analyse [16-18], tot epidemiologische studies.

Hoewel vaak de nadruk wordt gelegd op het belang van experimenteel bewijs voor het nut en effect van eHealth technologie, vraagt de specifieke context waarin de technologie wordt geïmplementeerd niet zelden om andere opzetten omdat gerandomiseerde,

gecontroleerde onderzoeken niet haalbaar zijn of onvoldoende inzicht bieden. De precieze opzet van een summatieve evaluatie is dus sterk afhankelijk van de doelen die de eHealth technologie beoogt.

Logdata voor de evaluatie

Om inzicht te krijgen in hoe mensen een eHealth interventie gebruiken, en waarom bepaalde effecten (niet) worden gevonden, wordt binnen CeHRes gebruik gemaakt van log data. Dit zijn gegevens over acties van (anonieme) gebruikers van de applicatie. Deze gegevens gebruiken we vooral om inzicht te krijgen in hoe gebruikers over een applicatie navigeren, op welke punten zij afhaken, wanneer een applicatie wordt bezocht, enz.

Zo liet onderzoek naar een gezondheidsplatform voor patiënten met type 2 diabetes zien, dat de gebruikers zich diffuus over de applicatie bewegen en vaak afhaken als zij een bepaald onderdeel van het platform bezoeken (Sieverink, Kelders, Braakman-Jansen, & van Gemert-Pijnen, 2014).

Soms is het nodig om deze bevindingen te valideren bij de gebruikers (met bijv. interviews, vragenlijsten, usability tests), om meer te weten te komen over waarom ze de applicatie zo gebruiken, of waarom ze afhaken. Met de resultaten van deze evaluaties, kan een interventie gericht aangepast worden, om de persuasiviteit te verbeteren.

Nawoord

In dit hoofdstuk beschreven wij kort hoe de CeHRes Roadmap kan worden toegepast om eHealth technologie te ontwikkelen. Voor meer toelichting, tips, voorbeelden, en achtergrondinformatie verwijzen we u naar de onderstaande literatuursuggesties.

In bron 1, 2, en 3 vindt u een nadere uitleg van de Roadmap en aanknopingspunten voor het toepassen ervan. De overige bronnen geven een onderbouwing voor een fase uit de Roadmap, of geven een verheldering en voorbeelden.

Meer lezen?

1 *De CeHRes Roadmap* <http://www.ehealthresearchcenter.org/wiki/>

2 Van Gemert-Pijnen JEWC, Nijland N, Ossebaard HC, et al. A holistic framework to improve the uptake and impact of eHealth technologies J Med Internet Res 2011;In press. DOI:10.2196/jmir.1672

3 Van Gemert-Pijnen JEWC, Peters O, Ossebaard HC. Improving eHealth. The Hague: Boom; 2013.

4 *Contextual Inquiry & Value Specification* Ballejos, L.C. & Montagna, J.M. Method for stakeholder identification in interorganizational environments. Requirements Eng. 2008., 13:281-297.

5 Van Velsen L, MJ Wentzel J, JEWC Van Gemert-Pijnen. Designing eHealth that Matters via a Multidisciplinary Requirements Development Approach. JMIR Res Protoc 2013;2(1):e21 DOI: 10.2196/resprot.2547

6 Van Limburg M, van Gemert-Pijnen JEWC, Nijland N, Ossebaard HC, Hendrix RM, Seydel ER, Why Business Modeling is Crucial in the Development of eHealth Technologies. J Med Internet Res 2011;13(4):e124

Design

7 De Jong N., Eikelenboom-Boskamp, A., Voss, A., Van Gemert-Pijnen, JEWC, User-centered and Persuasive Design of a Web-Based Registration and Monitoring System for Healthcare-Associated Infections in Nursing Homes. The Sixth International Conference on eHealth, Telemedicine, and Social Medicine (eTelemed 2014). Pp.: 152-157, ISBN: 978-1-61208-327-8

8 Verhoeven F. When staff handle staph: user-driven versus expert-driven communication of infection control guidelines. Dissertation, University of Twente, 2009

9 Wentzel, J., Van Velsen, L., van Limburg, M., de Jong, N., Karreman, J., Hendrix, R., & Van Gemert-Pijnen, J. Participatory eHealth development to support nurses in antimicrobial stewardship. BMC Med Inf & Dec Making, 2014, 14:45.

10 Jaspers, M.W.M. A comparison of usability methods for testing interactive health technologies: Methodological aspects and empirical evidence. International Journal of Medical Informatics 78 (2009), pp. 340-353. DOI: 10.1016/j.ijmedinf.2008.10.002

11 Fogg BJ. A behavior model for persuasive design. In: Proceedings of Persuasive 2009, the Fourth International Conference on Persuasive Technology, Claremont, USA, 2009.

12 Oinas-Kukkonen, H., M. Harjumaa. Persuasive Systems Design: Key Issues, Process Model, and System Features. In: Communications of the Association for Information Systems 24 (2009), Art. 28, pp. 485-500.

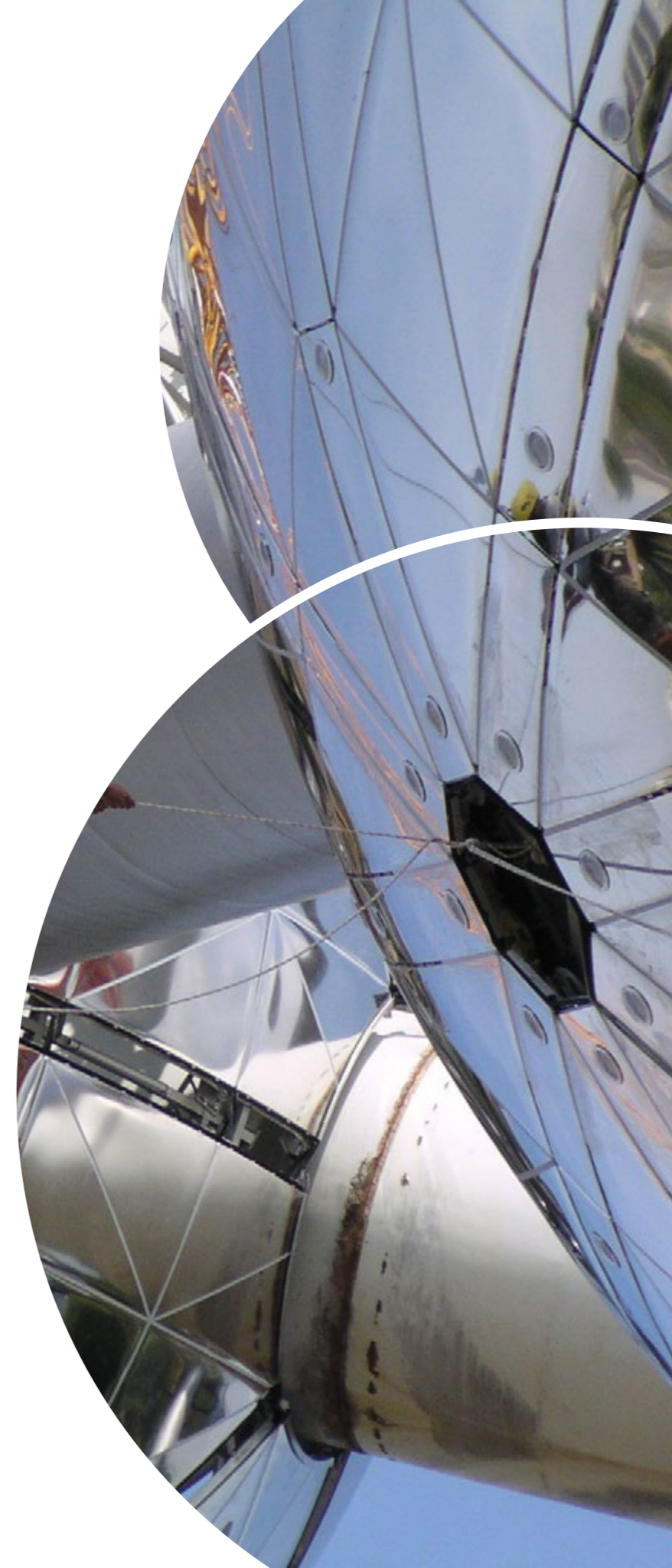
Operationalisation

- 13 Cain M, Mittman R. Diffusion of innovation in health care. Oakland, CA: California HealthCare Foundation, 2002
- 14 Osterwalder A, Pigneur Y, Tucci C. Clarifying business models: origins, present, and future of the concept. Communications of the association for Information Systems 2005;16(1):1-25

Summative evaluation

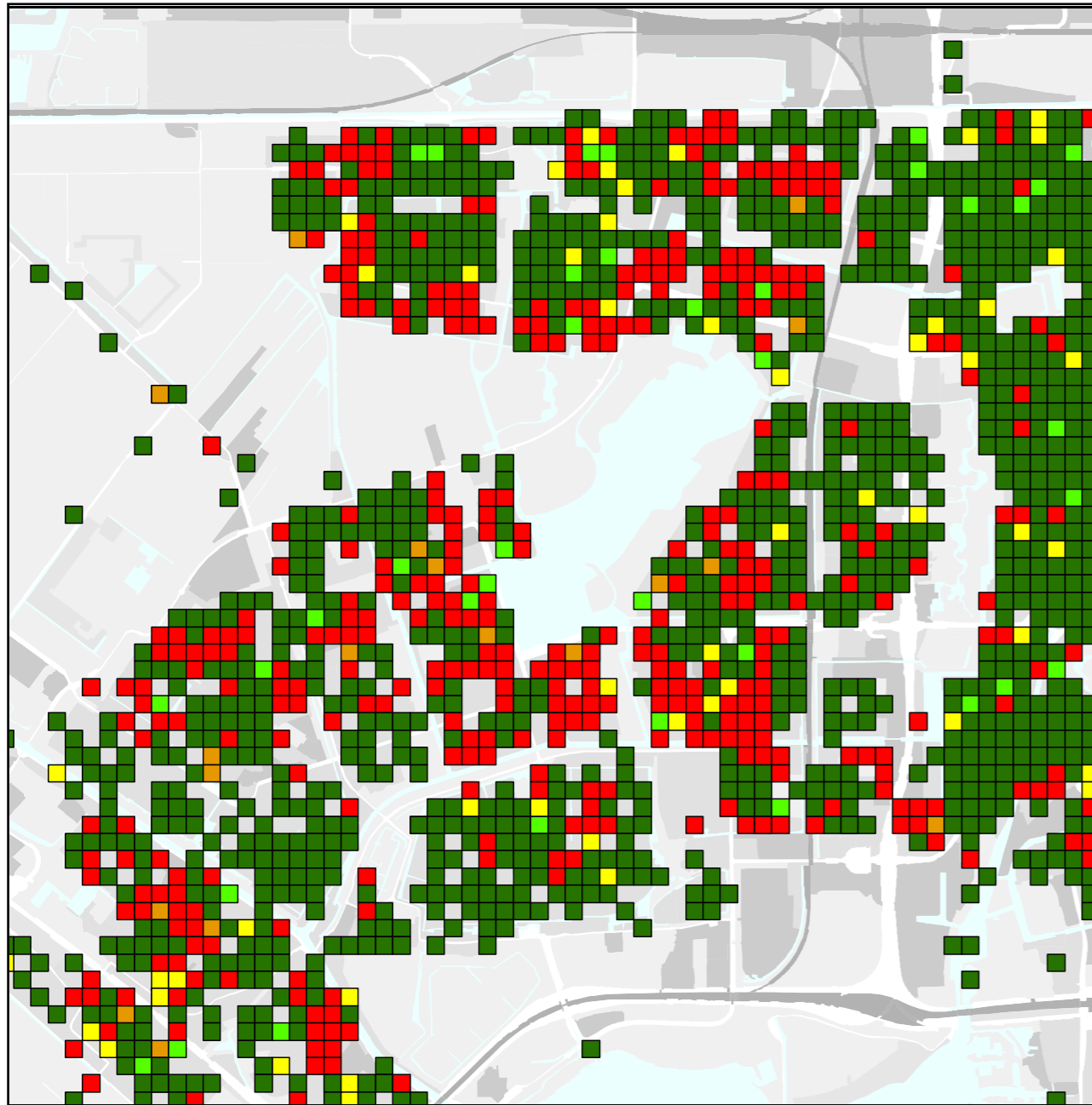
- 15 Nijland, N., van Gemert-Pijnen, J. E., Kelders, S. M., Brandenburg, B. J., & Seydel, E. R. (2011). Factors influencing the use of a Web-based application for supporting the self-care of patients with type 2 diabetes: a longitudinal study. Journal of medical Internet research, 13(3). doi: doi:10.2196/jmir.1603
- 16 Sieverink, F., Kelders, S. M., Braakman-Jansen, L. M. A., & van Gemert-Pijnen, J. E. W. C. (2014). The Added Value of Log File Analyses of the Use of a Personal Health Record for Patients With Type 2 Diabetes Mellitus: Preliminary Results. Journal of diabetes science and technology, 8(2), 247-255. doi: 10.1177/1932296814525696

- 17 Kelders, S. M., Bohlmeijer, E. T., & Van Gemert-Pijnen, J. E. W. C. (2013). Participants, usage, and use patterns of a web-based intervention for the prevention of depression within a randomized controlled trial. Journal of medical Internet research, 15(8). doi: 10.2196/jmir.2258
- 18 Van Gemert-Pijnen, E. J., Kelders, M. S., & Bohlmeijer, T. E. (2014). Understanding the Usage of Content in a Mental Health Intervention for Depression: An Analysis of Log Data. J Med Internet Res, 16(1), e27. doi: doi/10.2196/jmir.2991



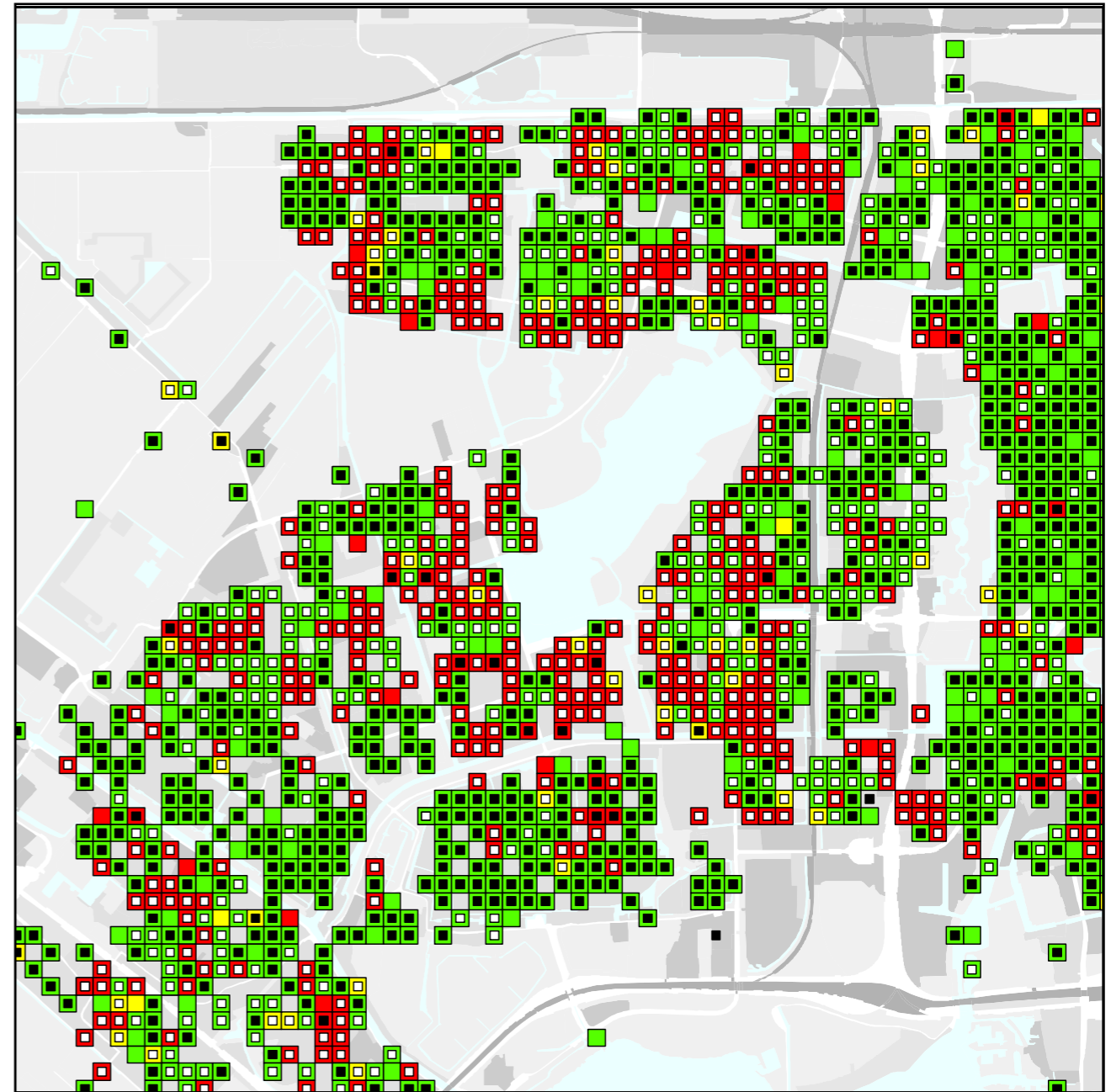
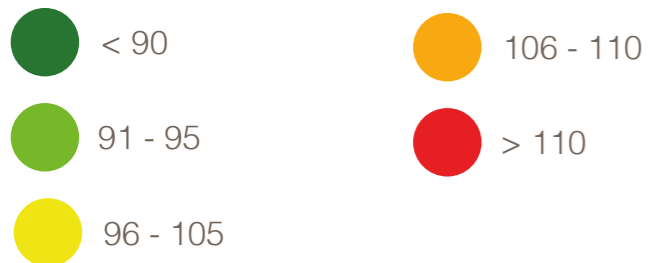
Zorg van boven

Het thema Zorg van Boven is verwerkt door het hele boek en laat een aanzicht zien van de demografie, zorgvraag en zorgcontext in Nederland.



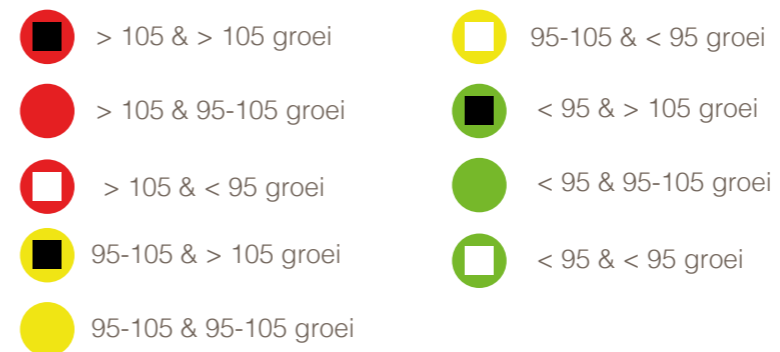
2015 Huisarts Dementie

1e lijn: Huisarts: Dementie



ZP5 15-30

2015 Langdurige zorg Buurt ZP5 15-30



EHEALTH & SERVICE DESIGN

Ingeborg Griffioen

De mogelijkheden en complexiteit in de zorg nemen toe en de zelfredzaamheid van de patiënt moet tegelijkertijd worden vergroot. Een deel van de mensen in de zorg (patiënten én zorgverleners) redt zich prima, maar anderen hebben moeite met de keuzes die soms onder tijdsdruk moeten worden genomen en vergaande risico's en consequenties kunnen hebben. In dit artikel wordt de bijdrage van een opkomend vakgebied beschreven dat in sommige gevallen uitkomst kan bieden: service design. Ontwerpers creëren samen met een multidisciplinair team van stakeholders een nieuwe of verbeterde dienstverlening die nuttiger en gebruiksvriendelijker is en beter wordt gewaardeerd. Hun aanpak is verrassend en geeft nieuwe inzichten en oplossingen.

Dilemma

Meneer Schulke moest een risicovolle operatie ondergaan en zijn vrouw vindt het doodeng. Ze zijn al ruim vijfenveertig jaar getrouwd en altijd is haar man Karel haar steun en toeverlaat geweest. Nu, in het blauwe operatiehemd in

bed, lijkt hij voor het eerst zo beangstigend broos en valt de angst en machteloosheid haar zwaar. Altijd had Karel alles thuis geregeld en nu komt het allemaal op haar schouders. De verpleegkundigen en artsen zijn aardig en behulpzaam, maar lijken ook druk bezet. Ze heeft inmiddels al veel zorgprofessionals gezien en gesproken in een korte tijd. Steeds vraagt ze zich af of ze wel het beste doet en beslist voor Karel.

Ze spit de vele folders door, leest de etiketten van de medicijndoosjes, met altijd weer die angst dat ze wat vergeet, zoals een afspraak of controle of de juiste weg in het ziekenhuis. Hiervoor is ze toch niet opgeleid? Het maakt haar angstig en opstandig en ze probeert die gevoelens weg te duwen, want juist nu moet ze haar hoofd erbij houden, voor Karel.

Niet alleen in ziekenhuizen, ook in de extramurale zorg worstelen cliënten, mantelzorgers en zorgverleners met de groeiende complexiteit. Die complexiteit is het gevolg van toenemende diversiteit (aandoeningen, culturen, wet-

en regelgeving, specialisaties), medische, financiële en technische mogelijkheden en afhankelijkheden tussen zorgverlenende instanties. Tegelijkertijd wordt er gestreefd naar grotere participatie van cliënten in het zorgtraject. Hoe kan de zorgsector, met deze toenemende mogelijkheden én complexiteit, blijven aansluiten bij de mensen die deze sector zo hard nodig hebben? Hoe blijft de zorgverlening behapbaar en gebruiksvriendelijk, of -liever nog- een gewaardeerde dienstverlening?

Het dilemma is al lang bekend en de problemen die optreden worden aangepakt met het leveren van nóg meer informatie, technologie of menskracht.

Service design

In andere sectoren, waar een vergelijkbare problematiek speelt, wordt vaak gebruik gemaakt van service design. Service design is een vakgebied dat bijdraagt aan de ontwikkeling van nieuwe of verbetering van bestaande dienstverlening. Het doel is ten eerste deze

dienstverlening nuttiger, gebruiksvriendelijker en meer gewaardeerd te maken. Het tweede doel is dat deze zowel efficiënter als effectiever wordt voor organisaties [Stefan Moritz, 2005].

Designers zien dat dienstverlening in de zorg vaak nog complexer is dan in de andere sectoren waar service design al vaker wordt ingezet.

Ten eerste zijn er vaak meer stakeholders direct of indirect bij betrokken, patiënten én medewerkers, werkzaam in verschillende afdelingen of organisaties. Alhoewel zij elkaar vaak niet persoonlijk kennen, dragen zij gezamenlijk de verantwoordelijkheid.

Daarbij worden soms noodgedwongen grote risico's en beslissingen genomen, bijvoorbeeld bij ernstig zieke patiënten of gecompliceerde ingrepen. Het persoonlijk belang bij de dienstverlening is, zeker bij patiënten, vaak groter dan bij andere vormen van dienstverlening, zoals een telefoonabonnement of een webshop.

Juist in de zorgsector kan service design het verschil maken. Service designers kijken met een andere bril naar de zorgsector dan zorgprofessionals. In plaats van zich te focussen op een specifiek probleem (zorgvraag), beschouwen zij het probleem binnen de context van het gehele zorgproces. Zij staan open voor de mogelijkheden en exploreren deze op creatieve wijze.

Waar de zorgsector zich enkel richt op de functie (het nut) van een dienst, richten service designers zich zowel op het nut, als op de gebruiksvriendelijkheid en de beleving door de betrokken gebruikers. Beide begrippen worden hieronder toegelicht.



Bij gebruiksvriendelijkheid kijkt de service designer naar de frequentie van een handeling: als een gebruiker een handeling vaak moet uitvoeren, dan moet deze extra goed toegankelijk en makkelijk zijn, zoals het aflezen van het etiket van medicijnen. Ook wordt gekeken naar de volgorde waarin de gebruiker handelingen moet of wil uitvoeren: is die logisch en vanzelfsprekend? Welke informatie krijgt de patiënt mee naar huis na een operatie en vallen de belangrijke instructies als eerste op, ook bij iemand die nog pijn heeft?

Ook de beleving wordt onderzocht. Een schoonmaakbedrijf dat een pand heeft dat vies en rommelig is, geeft weinig vertrouwen. Op basis waarvan besluit een patiënt of het een zorginstelling vertrouwt? Hoe komt de website, de folder, de app, de wachtruimte of de bespreekruimte over? Voelt de patiënt zich op basis van deze elementen in een omgeving waar de beste, meest actuele kennis over zijn of haar aandoening aanwezig is en waar met zorg wordt omgegaan met patiënten?

Kenmerkend voor service design zijn de volgende principes [Stickdorn, Schneider, 2010]:

- De gebruikers staan centraal in de nieuwe of verbeterde dienstverlening. Met gebruikers wordt niet alleen de patiënt bedoeld, maar ook de familie, zorgverleners en de vele andere stakeholders die in de dienstverlening een rol spelen. Dit zijn bijvoorbeeld de CSA of schoonmakers of gastvrouwen, afhankelijk van de dienst die wordt ontwikkeld;
- Service design is een co-creatieproces. Het is een iteratief proces dat met een multidisciplinair team wordt doorlopen. Met multidisciplinair wordt bedoeld dat er naast de service designer(s) allerlei stakeholders zo vroeg mogelijk in het ontwikkeltraject worden betrokken. De service designer is getraind in het zo effectief en doelgericht mogelijk leiden van het creatieve proces. De stakeholders brengen hun kennis en ervaring in (en aanwezige creativiteit!). Goede dienstverlening vergt immers samenwerking en afstemming, dwars door traditionele afdelingen heen;
- Dienstverlening wordt beschouwd als een opeenvolgende reeks van handelingen die een

sterke onderlinge samenhang vereisen.

- De vaak abstracte beschrijving van dienstverlening wordt door service designers tastbaar (en meetbaar) gemaakt met fysieke middelen;
- De volledige omgeving of context waar de dienstverlening zich afspeelt wordt beschouwd. Dat betreft niet alleen de volledige dienstverlening in de zorginstelling of – organisatie, maar ook de informatie die een patiënt vooraf krijgt en de nazorg.

De rol van de service designer

De service designer betreft de gebruikers en stakeholders in het ontwikkeltraject en leidt het ontwikkeltraject. Daarbij wordt de complexiteit van de zorgverlening en de toegevoegde waarde van de (nieuwe) dienstverlening inzichtelijk gemaakt met visualisaties, zoals schetsen en prototypes.

De designer creëert een begrippenkader en een visuele taal die alle gebruikers niet alleen makkelijk begrijpen, maar waardoor ze ook makkelijker kunnen participeren in

het ontwikkelproces. Als de toekomstige dienstverlening bijvoorbeeld wordt besproken aan de hand van een storyboard of de nieuwe werkwijze wordt nagespeeld op een vereenvoudigde plattegrond, wordt het voor de gebruiker eenvoudiger. Zij kunnen hun wensen, ideeën en zorgen makkelijker kenbaar maken, dan wanneer de dienstverlening enkel staat beschreven in een rapportage.



De service designer helpt een team om specificaties van de nieuwe dienstverlening te definiëren en om in kaart te brengen welke aanpassingen in de toekomst nodig zullen zijn. Ze brengen in kaart (letterlijk!) welke gebruikersgroepen er zijn, hoe de dienstverlening er uit zou kunnen zien, wat dit voor deze gebruikersgroepen betekent en welke risico's weggenomen moeten worden. Het doel is dat gebruikers en stakeholders vloeiend het zorgpad kunnen doorlopen.

Service designers, die tevens een opleiding hebben als industrieel ontwerper, interaction designer of grafisch ontwerper, kunnen de fysieke elementen ontwerpen voor de dienstverlening zelf, zoals:

- Producten (ook bedieningsinterfaces, verpakkingen, etc.);
- Ruimtes (samen met (binnenhuis)architecten);
- Communicatie (websites, apps, bewegwijzering, pictogrammen, formulieren, folders, handleidingen, instructies, procesoverzichten, etc.);
- Branding (logo, huisstijl, banners, etc.).

Service designers helpen het team in de schoenen van de vele toekomstige gebruikers te stappen. Die toekomstige gebruikers kunnen allemaal een ander mentaal model hebben van waaruit ze handelen. Dat mentale model wordt gevormd door eerdere ervaringen, door kennis, maar ook door hun leeftijd en cultuur, door wat ze van anderen hebben gehoord of door wat ze ooit hebben geleerd. De service designer gaat op zoek naar de mentale modellen en schat in hoe haalbaar het is om de dienstverlening bij deze mentale modellen te laten aansluiten (of om een nieuwe te creëren bij de toekomstige gebruikers).

Soms kan een mentaal model tot verrassende oplossingen leiden. Voorbeeld: een ziekenhuis wilde een nieuwe afdeling dagbehandeling bouwen en zocht geschikte bedkastjes om de persoonlijke bezittingen van de patiënten in op te bergen. De patiënten werden echter gedurende de dag verplaatst van de ene naar de andere ruimte en daarbij was het belastend voor de verpleging om de kastjes er steeds achteraan te rijden. Besloten werd om koffers aan te schaffen.

De koffers waren niet alleen makkelijker te verplaatsen maar de patiënten waardeerden de koffers ook omdat ze het gevoel hadden (mentaal model) dat ze die dag een bijzondere reis maakten. Daar pasten de koffers uitstekend bij en iedereen borg zijn spullen keurig op.

Voorbeelden van service design

Case 1

Patiëntveiligheid vergroten. De VVCZ (Vereniging Voor Curatieve Zorg) is een onafhankelijke, non-profit vereniging van inmiddels 15 Nederlandse Ziekenhuizen. De vereniging helpt ziekenhuizen om de patiëntveiligheid te vergroten. Wij hebben samen met vele medewerkers van de betrokken ziekenhuizen een gebruiksvriendelijke systematiek ontwikkeld om de implementatie van de peri-operatieve richtlijnen te versnellen en te vereenvoudigen. Deze systematiek noemen we de Medische Metrolijn. De naam is ontleend aan een poster die overzicht biedt aan de medewerkers over het gehele proces dat een patiënt doorloopt: van intakegesprek tot ontslag.

De betrokken afdelingen staan aangegeven, de controlemomenten, de stopmomenten en de verantwoordelijken.

In enkele sessies wordt het zorgtraject gevisualiseerd. Er wordt in kaart gebracht wat goed gaat en welke delen van het zorgproces volgens de medewerkers of audits extra aandacht behoeven. Het laat zien hoe de werkzaamheden van henzelf en hun collega's samenhangen. Om de implementatie verder te helpen (en te borgen!) zijn er in samenspraak met diverse afdelingen tools ontwikkeld. Er zijn zowel webbased tools, als een lijn pictogrammen, instructies en producten. Daarnaast is er een scan ontwikkeld waarmee ziekenhuizen elkaar kunnen toetsen en adviseren op patiëntveiligheid.

Case 2

Kinderen met en zonder een handicap samen laten spelen. De Speeltuinbende. NSGK (Nederlandse Stichting Gehandicapte Kind) stelde vast dat kinderen met én zonder beperking in veel speeltuinen niet samen kunnen

spelen. Dat komt onder meer door het ontbreken van geschikte toestellen of een geschikte infrastructuur. Samen met NSGK, een heleboel kinderen, ouders, speeltoestelleveranciers en speeltuinverenigingen hebben wij gewerkt aan een co-creatie-team: De Speeltuinbende. Deze bende is een stoere club die speeltuinen op toegankelijkheid test en zo speeltuinen helpt hun dienstverlening te verbeteren. Gezamenlijk werden een testbus, keuringsinstrumenten, bendejacks en website ontwikkeld. Het team creëerde ook een testapp (www.speeltuinbendewijzer.nl).

Effect

Uit de diverse trajecten die wij hebben doorlopen met verschillende ziekenhuizen, blijkt dat service design een methode is die effectief gebruik maakt van de kennis van stakeholders en bovendien meer betrokkenheid creëert. Juist die betrokkenheid heeft er bij diverse projecten voor gezorgd dat medewerkers in de zorginstellingen ook na afloop van het project de dienstverlening bleven verbeteren. Op de werkvloer is het beste te zien welke inefficiënties, hiaten en dus verbetermogelijkheden er zijn. Door service

design in te zetten, krijgt iedereen een beter overzicht van het gehele proces en inzicht in de haalbaarheid van verbeteringen.

Mevrouw Schulke is inderdaad niet opgeleid voor het complexe zorgtraject van haar man, maar juist haar ervaringen en ideeën zijn van grote waarde voor de zorginstelling. Samen met andere stakeholders onder leiding van service designers kan zij het verschil maken, voor de vele andere patiënten, hun familieleden en zorgverleners die nog gaan komen.

Bijschriften bij de afbeeldingen:

Figuur 1. Aan de hand van aangepaste plattegronden bespreekt een team de gewenste werkwijze in het nieuwe OK-complex. Designers observeren en leggen de overwegingen vast.

Figuur 2. In een vereenvoudigde simulatie werkt een multidisciplinair team van zorgprofessionals, architecten, technici, ontwerpers en facilitair medewerkers aan de gewenste indeling en verbeterde onderlinge afstemming.

ENGAGEMENTPLATFORMS, NIEUWE VORMEN VAN IN CO-CREATIE EHEALTH ONTWIKKELEN

Evert Jan van Hasselt

De meeste eHealth oplossingen worden ontwikkeld voor een specifieke aandoening of handicap. De toekomstige grootgebruikers zullen echter in toenemende mate een combinatie van ondersteuning nodig hebben. Daarom is het van belang om te werken aan een integrale omgeving van waaruit verschillende eHealth oplossingen kunnen worden aangeboden. Een omgeving die alle actoren (cliënten, mantelzorgers, hulpverleners) in staat stelt om met elkaar in co-creatie tot de juiste ondersteuning te komen. Zo'n co-creatie omgeving wordt een engagementplatform genoemd.

Integrale omgeving

Dit boek laat een rijke verzameling aan eHealth oplossingen zien. eHealth oplossingen stellen mensen in staat thuis zelfstandiger te acteren en meer regie over hun eigen leven te houden. Daardoor kunnen mensen langer thuis blijven wonen. Dit draagt bij aan een hogere kwaliteit

van leven. Daarnaast levert dit significante kostenvoordelen op. eHealth oplossingen vormen daarmee een belangrijk wapen in de strijd om de groeiende vraag naar zorg en ondersteuning betaalbaar te beantwoorden. Potentiële gebruikers van eHealth oplossingen hebben in toenemende mate te maken met een combinatie van aandoeningen (multimorbiditeit). Daardoor zal er ook steeds vaker behoefte ontstaan aan een combinatie van eHealth oplossingen.

Om te voorkomen dat de gebruiker wordt geconfronteerd met allerlei verschillende systemen in huis, is het wenselijk dat de verschillende eHealth oplossingen vanuit één integrale omgeving worden aangeboden. Er is nog een geheel andere reden waarom er behoefte is aan een integrale omgeving. Dat heeft te maken met nieuwe vormen van organisatie. Er ontstaan nieuwe, meer organische vormen van samenwerking, waarbij

mensen autonoom acteren en in samenhang met elkaar waarde creëren (ecosystemen). Dit biedt enorme kansen voor zorgvragers, zorgverleners en mantelzorgers om met elkaar een hogere kwaliteit van dienstverlening te realiseren tegen lagere kosten. Zo'n ecosysteem functioneert veel beter en biedt meer mogelijkheden met een integrale ICT omgeving.

Co-creatie

Een belangrijk kenmerk van werken in ecosystemen is co-creatie. Daarbij past een kanttekening. Co-creatie is een enorm hypewoord geworden. Tegenwoordig spreken we al over co-creatie als twee mensen op een afdeling met elkaar samenwerken. Vroeger noemden we dat gewoon samenwerken. Anderen praten over co-creatie als medewerkers gaan samenwerken met klanten. Waarom blijven we dat niet gewoon samenwerken noemen?

Met co-creatie bedoelen wij een manier van samenwerken die zich het best laat omschrijven als 'georganiseerd langs elkaar heen werken'. Mensen die op deze manier werken, zijn zich er vaak helemaal niet van bewust dat zij samenwerken. Ieder doet zijn eigen ding, en zij doen dat in een context die de verschillende activiteiten als het ware verbindt. Daardoor ontstaat een optelsom van activiteiten, die een bepaalde waarde oplevert. De waarde van die optelsom is groter dan de waarde van de afzonderlijke delen.

Dit klinkt abstract, maar wordt duidelijk aan de hand van een voorbeeld. In 2005 lanceerde LEGO zijn LEGO Factory. Hiermee konden LEGO-gebruikers hun eigen LEGO-ontwerp maken en uploaden naar de site van LEGO. Vervolgens konden ze dit ontwerp daadwerkelijk bestellen. Er werd een doos op maat gevuld met alle benodigde LEGO-blokjes uit het ontwerp opgestuurd naar het huisadres van de LEGO-gebruiker.

De LEGO-gebruiker ontwierp achter zijn computer thuis zijn eigen creatie. Na de bestelling ging bij LEGO een orderpicker aan het werk. Deze kreeg een stukslijst en stopte alle benodigde LEGO-blokjes in een doos, voegde de automatisch gegenereerde bouwhandleiding toe en verstuurde de doos ten slotte per post. Hier werkten de LEGO-gebruiker en de orderpicker samen. Beiden nodig om de waarde uit dit voorbeeld te leveren en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen. Toch hadden zij geen van beiden het idee dat ze samenwerkten. Ieder deed zijn eigen ding. De website met het LEGO-ontwerpprogramma en daaraan gekoppeld het backofficesysteem in het LEGO-distributiecentrum knoopte de activiteiten aan elkaar. Zo werkten de LEGO-gebruiker en de orderpicker samen en creëerden ze een waarde die ze ieder voor zich niet hadden kunnen creëren.

ICT als bindmiddel

ICT-ondersteuning speelt bij co-creatie een belangrijke rol. Dit is goed te zien in het LEGO voorbeeld. Zonder de geboden ICT (website

+ backofficesysteem) zou de co-creatie niet functioneren.

Van oudsher heeft ICT in organisaties een geheel andere functie. Dit bepaalt nog steeds hoe veel mensen tegen ICT aankijken. Om te begrijpen hoe ICT kan bijdragen aan co-creatie in een eHealth omgeving, is het van belang om in te zien hoe ICT zich heeft kunnen ontwikkelen tot dé verbindende factor bij co-creatie. Dit heeft plaatsgevonden in een aantal fasen:

- **Systems of Record** Sinds de introductie van ICT in organisaties gebruiken we deze technologie primair om zaken vast te leggen. Het type informatiesystemen dat we hiervoor hanteren, wordt aangeduid met de overkoepelende term 'systems of record'. We leggen voorraadgegevens, productiegegevens, klantgegevens enzovoort vast. We gebruiken die gegevens om de manier van werken van onze organisaties te optimaliseren. We krijgen meer inzicht in wat er gebeurt, zodat we kunnen bijsturen.

- **Systems of Engagement** ICT krijgt een

geheel nieuwe functie. Het gaat niet meer om het vastleggen van gegevens waarmee inzicht wordt verschaft in de manier waarop de organisatie reilt en zeilt, maar ICT wordt de ‘verbindingslaag’ tussen mensen die met elkaar samenwerken. ICT gaat de ‘C’ in zijn naam eindelijk eer aan doen! Binnen bedrijven wordt deze ontwikkeling op heel kleine schaal zichtbaar. Vaak begonnen als een intranet ontstaan daar gaandeweg zogenaamde collaboration-platforms. De registratiefunctie vervult er een ondergeschikte rol. Uiteraard verdwijnt deze functie niet geheel, maar wordt onderdeel van een groter geheel, dat primair gericht is op het verbinden van mensen.

- **Engagementplatforms** Zolang deze systemen alleen binnen organisaties zelf worden gebruikt, blijft het effect ervan beperkt. De echte kracht komt pas naar boven als deze systemen organisatie-overstijgend gaan functioneren. Mensen uit verschillende bedrijven en ook hun klanten kunnen op die manier veel effectiever samenwerken en tot nieuwe vormen van waardecreatie komen. Dit vereist dat deze ICT-systemen ook

buiten de grenzen van de eigen organisatie beschikbaar zijn. In feite zijn dit platforms voor bedrijfsoverstijgende samenwerking. Daarom worden deze systemen wel aangeduid met ‘engagementplatforms’.

Het zijn deze engagementplatforms die een belangrijke rol vervullen bij co-creatie. Het LEGO voorbeeld laat dat goed zien. De website met de LEGO Factory-applicatie vormt samen met het backofficesysteem van LEGO een integraal platform. Dit biedt de LEGO-gebruiker een grafische omgeving om zijn ontwerp te maken, terwijl datzelfde platform voor de orderpicker een stukslijst produceert met de LEGO-bouwstenen die in een specifieke doos moeten.

Stand van de technologie

Moderne ICT is steeds beter in staat om complexe vormen van co-creatie te ondersteunen. De huidige stand van de technologie biedt een aantal bouwblokken voor engagementplatforms, dat wel wordt aangeduid met de afkorting SMACT (“smacked”):

- **Social** Sociale media stellen mensen in staat

om zich op organische wijze met elkaar te verbinden. Zo ontstaan (online) communities, waarbinnen vormen van co-creatie plaatsvinden.

- **Mobile** De ontwikkeling van de smartphone zorgt dat mensen niet meer afhankelijk zijn van pc’s of laptops om toegang te krijgen tot een engagementplatform. Ze hebben die toegang als het ware in hun broekzak zitten. Als je connected bent, heb je toegang. De ontwikkeling van zogenoemde apps – kleine programmaatjes die je eenvoudig op je smartphone kunt installeren – draagt eveneens bij tot snelle ontwikkeling en verbreiding van engagementplatforms. Deze apps vormen als het ware de tentakels van het engagementplatform die de individuele gebruiker bereiken. Apps bieden toegang op maat tot deze platforms.
- **Analytics** Dit wordt ook wel big data genoemd. Hoewel voor de eindgebruiker min of meer onzichtbaar zorgt big data misschien wel voor dé doorbraak van engagementplatforms. Deze technologie analyseert grote hoeveelheden gegevens en destilleert daar relevante

informatie uit. Google gebruikt dit bijvoorbeeld om zoekresultaten op maat te geven. Big data zorgt er feitelijk voor dat informatie organisch gaat stromen. Dat maakt dat iedere participant in het co-creatie proces altijd over de optimale informatie beschikt om zijn persoonlijke, individuele beslissingen te kunnen nemen.

- **Cloud** Cloud computing verplaatst automatisering van de ICT-afdeling naar internet. In plaats van in een computerruimte of rekencentrum binnen een bedrijf worden applicaties via internet beschikbaar gesteld. Een bekend voorbeeld is het online CRM-systeem Salesforce.com. Cloud computing wordt steeds groter. Het is een extreem belangrijke ontwikkeling voor de ontwikkeling van engagementplatforms. Doordat deze vanuit de cloud beschikbaar worden gesteld, zijn de platformen door iedereen overal te benaderen. Dat is een noodzakelijke voorwaarde om zo'n platform goed te laten werken.
- **Things** De meest recente ontwikkeling op dit terrein wordt aangeduid met Internet of Things. Dit verwijst naar allerlei dingen die worden aangesloten op de informatiesnelweg. Denk

daarbij aan een T-shirt die de temperatuur meet van de drager. Of een tennisbal die op ieder moment weet waar hij zich bevindt. Door naast (mobile) devices ook dingen op een engagementplatform aan te sluiten, wordt potentieel alles om ons heen onderdeel van dat engagementplatform.

Verrijken van de werkelijkheid

ICT biedt unieke mogelijkheden om zaken toe te voegen aan de werkelijkheid en daarmee een nieuwe realiteit te creëren. Door onze reële wereld te verrijken met digitale elementen wordt de werkelijkheid uitgebreid. Dit biedt krachtige nieuwe mogelijkheden voor een ICT-infrastructuur die compleet andere manieren van waardecreatie ondersteunt. Een goed voorbeeld is augmented reality. Hierbij worden beelden toegevoegd aan datgene wat we in werkelijkheid zien. Als je met de Layar-app op je mobiele telefoon naar bijvoorbeeld een winkel kijkt, zie je op het scherm van je telefoon – naast de bewuste winkel – extra informatie over wat je in die winkel kunt kopen. BMW gebruikt een speciale bril waarmee een servicemonteur

aanwijzingen krijgt via beelden die over het werkelijke beeld van de motor worden geprojecteerd.

Met zulke technologie wordt een engagementplatform een verlengstuk van individueel menselijk handelen. Het biedt een unieke manier om het handelen van verschillende mensen aan elkaar te koppelen en daarmee het co-creatieproces te ondersteunen. Dit gaat nog een stap verder met wat we hebben aangeduid met Internet of Things: allerlei objecten, variërend van keukenapparatuur tot kleding, worden aan internet gekoppeld. Op die manier kunnen ze worden beïnvloed en ook informatie terugsturen, zodat in potentie alles om ons heen onderdeel wordt van de ICT-infrastructuur die we engagementplatform noemen.

Beleving

De website uit het LEGO voorbeeld biedt de gebruiker een grafische omgeving om zijn eigen ontwerp te maken. Beleving speelt in die omgeving een belangrijke rol. Beleving blijkt in het algemeen een aanjager van het co-creatie

proces te zijn. Er is immers geen top-down commandostructuur meer, er is niemand meer die vertelt wat er moet gebeuren. De beweging moet uit de mensen zelf komen. Dit sluit ook weer aan bij de ontwikkeling die de mens de afgelopen decennia heeft doorgemaakt. Met name voor jongere mensen geldt dat ze iets willen beleven. Zodra er weinig meer te beleven is, haken ze af.

Essentieel om co-creatie goed van de grond te krijgen is dus het creëren van een beleving voor de co-creator. Dat nodigt hem uit om mee te doen in de co-creatie en daarmee komt de co-creatie echt van de grond.

Een optimaal engagementplatform creëert voor ieder van de actoren in de co-creatie een beleving op maat. Dat is waarop engagementplatforms zich met name onderscheiden van de traditionele systems of record. De technologie waarmee de werkelijkheid als het ware wordt verrijkt, speelt hierbij een belangrijke rol.

Wat betekent dit alles voor eHealth?

Door eHealth oplossingen via een centraal engagementplatform aan te bieden, ontstaan grote voordelen:

- Verschillende eHealth oplossingen zijn via één omgeving tegelijk beschikbaar voor een gebruiker. Geen verschillende systemen meer, die elkaar (negatief) kunnen beïnvloeden;
- De gebruiker hoeft maar met één omgeving te leren werken. Vanuit die omgeving heeft hij alle noodzakelijke functionaliteit beschikbaar;
- Iedereen die betrokken is (de zorgvrager, zorgverleners, mantelzorgers) heeft vanuit zijn eigen omgeving (of waar ze maar willen) toegang tot het platform en kan daar participeren in het co-creatie proces;
- Ontwikkelaars van eHealth oplossingen kunnen gebruik maken van de rijke functionele mogelijkheden die een standaard engagementplatform biedt en hoeven niet alle technologie zelf te ontwikkelen;
- Ontwikkelaars van eHealth oplossingen kunnen hun producten op elkaar aansluiten en daarmee verder geïntegreerde oplossingen aanbieden.



VAN WEERSTAND NAAR DRAAGVLAK: COMMUNI- CATIE BIJ INNOVATIE

José van Berkum

De tijd lijkt voorbij dat e-Health toepassingen zoals zorg-op-afstand vooral technisch worden ingestoken. Dat dat niet werkt, is inmiddels de ervaring van veel zorginstellingen die hebben ervaren dat zorgprofessionals en cliënten niet spontaan staan te springen om een innovatie te accepteren en omarmen. Zo vreemd is dat niet. Waar veranderingen plaatsvinden, en de introductie van e-Health is een verandering die raakt aan de beroepsopvatting en – uitoefening binnen de zorg, hebben mensen behoefte aan informatie.

Ook duiding van het ‘hoe en waarom’ blijkt belangrijk. Evenals positieve voorbeelden en ervaringen van andere zorginstellingen. Zelf ervaren en meedenken, zich betrokken voelen, is cruciaal. Zo niet, dan ‘slaat de innovatie’ niet aan, wordt er al snel gesproken van weerstand en verdwijnt het goedbedoelde initiatief zonder ooit een echte kans gehad te hebben.

Communicatie als kritische succesfactor

Communicatie, het informeren en betrekken van mensen, blijkt een kritische succesfactor te zijn bij de introductie en implementatie van nieuwe technologie. En kan het verschil uitmaken tussen failure en succes van een e-Healthtoepassing. Helaas zijn eigen medewerkers vaak een vergeten groep in de communicatiestrategie van een organisatie.

Als er al sprake is van een strategie dan is die vaak gericht op externe belanghebbenden (stakeholders). Bij een innovatie, met de daarbij behorende nieuwe manier van werken, is die medewerker echter cruciaal. Want als de arts, verpleegkundige of andere zorgverlener het belang ervan niet (h)erkent, dan gebeurt er weinig mee. Want alleen geïnformeerde en gemotiveerde zorgprofessionals kunnen elkaar en hun patiënten/cliënten/klanten ervan overtuigen dat er méér manieren zijn om zorg te geven en ontvangen. Zo niet, dan kan een perfecte e-Healthtoepassing zoals FaceTalk, videogesprekken waarmee zorgverleners met

elkaar en met patiënten op afstand elkaar kunnen spreken, zo maar een stille dood sterven. En zouden potentiële mogelijkheden en voordelen ongezien verdwijnen.

Thuiszorgorganisatie Sensire heeft goed begrepen hoe belangrijk de eigen medewerkers zijn. Bij de introductie van hun beeldzorgdienst door middel van een iPad is gestart met het informeren en trainen van de eigen medewerkers. Door hen vanaf het allereerste begin actief te betrekken, en de vernieuwing van hen te laten zijn, werd de introductie van beeldzorg een succes. Inmiddels bestaan er 1400 aansluitingen bij klanten en blijkt uit onderzoek dat ze contact via de iPad waarderen.

Niet alles is weerstand

Apathie en weerstand frustreren veel vernieuwingen. Uitspraken als ‘Ze hebben weer wat nieuws bedacht’, ‘Hebben we het nog niet druk genoeg’ en ‘Het gaat zo toch goed’?, soms openlijk geuit, vaak

ondergronds smeulend, maken duidelijk waarom veranderingen meestal niet vlekkeloos verlopen. Hoe kan het beleidsinstrument 'communicatie' bijdragen om draagvlak te krijgen? Draagvlak organiseren kost tijd, geld en een bepaalde visie op communicatie. Want hoe werkt communicatie? Uit de eerste tijd van de communicatiewetenschap stamt de visie dat de zender (vul zelf in: de bestuurder, de manager bv.) met een soort injectienaald zijn opvattingen kon injecteren in de passieve, willoze ontvanger (vul in: de medewerker).

Deze lineaire visie op communicatie, actie is reactie, bestaat nog steeds. Als iets er 'doorgedrukt' moet worden bijvoorbeeld, of in de uitspraak 'dat moeten ze gewoon gaan doen'.

Het kan niet verbazen dat al snel bleek dat de ontvanger wel degelijk actief is, niet passief. Hij vraagt raad aan opinieleiders om zelf een mening te vormen. Hij luistert, onthoudt en interpreteert selectief, afhankelijk van het referentiekader dat is gevormd onder invloed van opleiding, cultuur, stijl van leidinggegeven. Hij

gebruikt media zoals het uitkomt, afhankelijk van de eigen behoefte. Of is obstinaat, wil nergens van weten.

Het gegeven dat zowel zender als ontvanger actief zijn en elkaar wederzijds beïnvloeden is inmiddels gemeengoed. Deze interactie-visie, met het befaamde stakeholders- en doelgroep denken, wordt vaak wel met de mond, maar niet met het hart of met de daad beleden. Daarmee verworden doelgroepen, inclusief de interne doelgroep, tot een papieren groep mensen, die in het slechtste geval digitaal of met papier bestookt worden met een eenheidsworst aan woorden.

De injectienaald uit vroegere tijden is er nog steeds, en is gevuld met letters. Weerstand en apathie hebben meestal weinig te maken met 'niet willen'. Eerder met 'niet weten' en 'niet kunnen', een gevolg van het veronachtzamen van het belang en de kracht van communicatie. En dat is jammer. Want mensen willen wel veranderen, maar niet veranderd worden. En om te veranderen is informatie en interactie

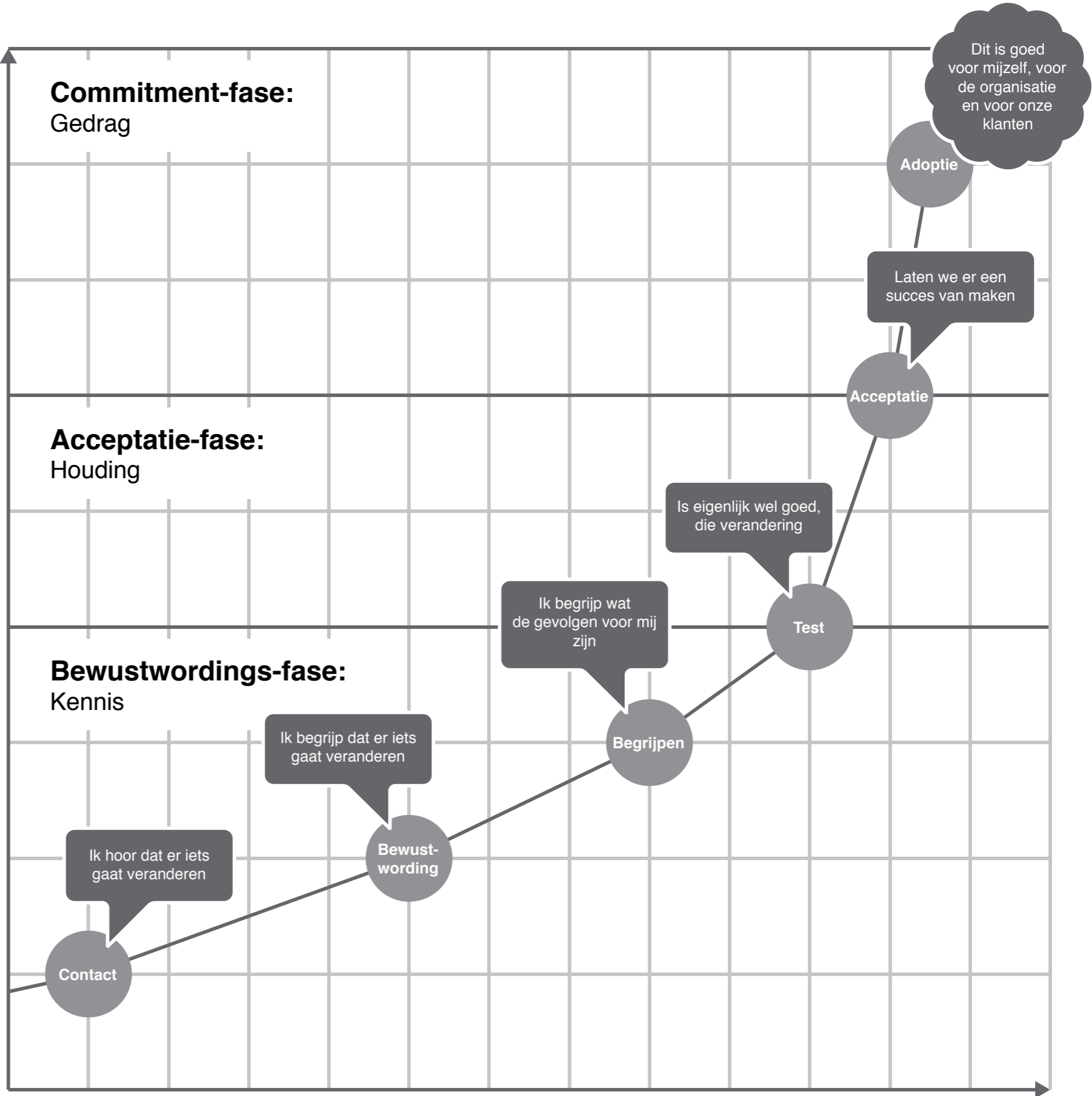
nodig, want ook bij e-Health geldt: onbekend maakt onbemind (zie schema kennis, houding en gedrag, mate van steun van medewerkers)

Draagvlak verwerven

Interactie werkt. Informeer en betrek medewerkers vanaf het begin, en de kans dat ze een innovatie snappen, accepteren en omarmen, is aanmerkelijk groter, dan wanneer een nieuwe toepassing 'gedropt' wordt. Geen top down benadering, maar juist bottom-up, samen met alle geledingen binnen de organisatie. Met als ambitie een gezamenlijk referentiekader op een onderwerp dat ervoor zorgt dat een verandering er inderdaad komt. Soms langzaam, maar veranderingen kosten nu eenmaal tijd.

Deze visie op communicatie, waarbij interactie het uitgangspunt is, vraagt wel wat van een organisatie. In de eerste plaats de erkenning van het principe dat interactie dé enige implementatiestrategie is die werkt. Daarbij maakt het niet uit hoe groot de organisatie is, hoeveel klanten/cliënten/patiënten, of er verschillende locaties zijn, veel of weinig

Schema kennis, houding en gedrag,
mate van steun van medewerkers



samenwerkingspartners. Hoewel dat uiteraard wel consequenties heeft voor de organisatie, uitvoering en de financiën. Betrokkenheid en zichtbaarheid van directie en bestuur is uiterst belangrijk: medewerkers verwachten van hen dat ze in staat zijn beleid en visie over te brengen, en duidelijk te maken wat anders en beter moet.

Ook de rol van teamleiders is relevant. Zij kunnen/moeten het gesprek aangaan met medewerkers en hen actief betrekken, en hierbij de ervaringen en fouten van andere afdelingen betrekken. Barrières tussen afdelingen zijn niet zomaar geslecht, en werkoverleggen zijn niet altijd even vruchtbaar. Een communicatieve organisatie ontstaat niet overnight. Daar is bewust ingezette en doordachte communicatie voor nodig (zie schema ambitie en interactiviteit).

Communicatie en implementatie

Wat is dan een ideaalplaatje? Hoe kan het instrument 'communicatie' bijdragen aan de implementatie van e-Healthtoepassingen? Neem bijvoorbeeld het implementatiemodel van Damgaard & Scheepers voor de zorg. Dat start

bij het management en komt via het globaal ontwerp, het betrekken van zorgprofessionals, uit bij de pilot. Vervolgens komen de stakeholders in beeld, vindt de uitrol plaats, met adaptatie en optimalisatie, afgesloten met de integratie in werkprocessen. De perscontacten, huisstijl en kernboodschap krijgen ook in dit post-pilot stadium een belangrijke plaats.

Hoe communicatie binnen deze verschillende stadia in te zetten?

Een goed begin is het halve werk. Dat geldt voor iedere innovatie, hoe groot of klein ook. Door als management expliciet een communicatietraject op te nemen in de businesscase, met tijdpad en financiën, is de aandacht voor communicatie op papier geborgd. Door het toe te voegen aan de portefeuille van een bestuurslid – en dat consequent te communiceren - is het voor medewerkers duidelijk wie het bestuurlijk aanspreekpunt is: de vernieuwing krijgt een gezicht. De afdeling voorlichting zit vanaf het begin aan tafel, bewaakt de uitvoering van het communicatietraject en adviseert directie/bestuur over hun aandeel daar in. Als het management/

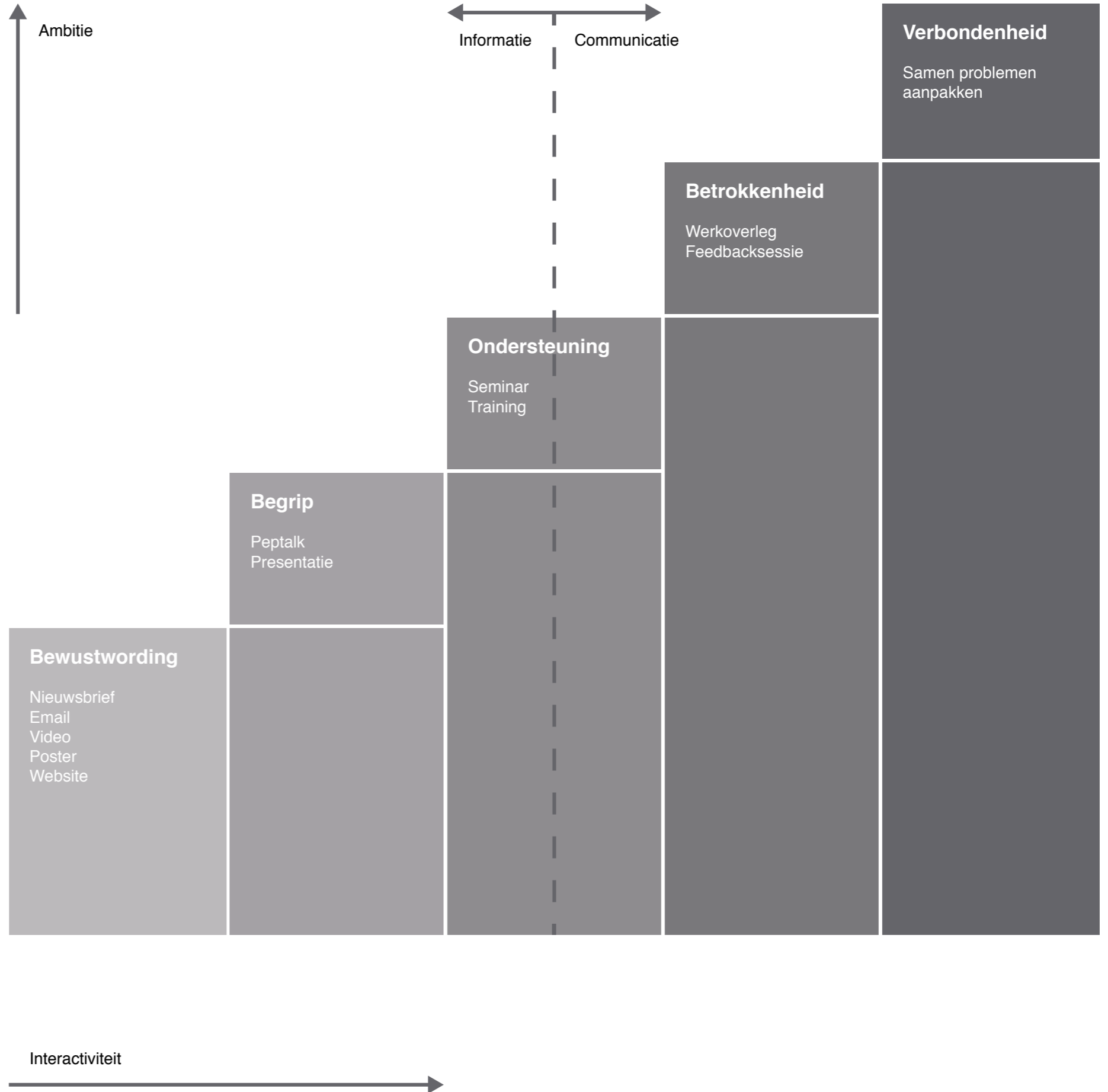
bestuur zich niet committeert, onzichtbaar en onhoorbaar is, dan vermindert de kans dat professionals zich achter de vernieuwing scharen aanmerkelijk.

Educatie en training

Het globaal ontwerp is een goed moment om zorgprofessionals erbij te betrekken. Wie dat zijn, is afhankelijk van de innovatie zelf, de gebruikers en/of eindgebruikers, en de samenwerking die dat vraagt. Innovators, de voorlopers die open staan voor verandering, zijn hier op hun plaats. Ook hier is regievoering op communicatie belangrijk, omdat de deelnemers belangrijke ambassadeurs kunnen worden binnen de organisatie.

Het functioneel ontwerp, gevolgd door de pilot, is cruciaal. Niet alleen zorgmedewerkers, ook eindgebruikers zijn in dit stadium belangrijk om de toepassing te beoordelen op functionaliteit en gebruiksvriendelijkheid. Doet de toepassing wat hij moet doen, en is de meerwaarde duidelijk? Werkt het?

Schema ambitie en interactiviteit



In kleinere organisaties zijn er meestal natuurlijke contactmomenten, die geschikt zijn om kennis te delen over de vernieuwing. De teammanagers spelen hierbij een belangrijke rol. Zij zijn de linking pin tussen bestuur en werkvloer, en zij horen vaak waar de schoen wringt. In grotere organisaties, met veel medewerkers, en verschillende locaties is ondersteuning door schriftelijke en digitale middelen van belang. Deze middelen zijn aanvullend op de persoonlijke uitwisseling, tussen collega's en partners in de keten.

Leren is vooral doen en erover praten met elkaar. De uitrol – educatie en training – is daarmee vast onderdeel van het innovatieproces. Het biedt de mogelijkheid de toepassing eigen te maken, te optimaliseren en uiteindelijk te integreren. Het faciliteren hiervan is van groot belang. Naast de aanwezigheid van devices zoals een iPad zijn goede workshops waar verpleegkundigen kunnen oefenen, relevant.

Ondersteunend materiaal en een contactpersoon voor vragen en opmerkingen, geven vertrouwen in de organisatie. Het geeft medewerkers het gevoel dat ze serieus genomen worden.

Het commitment van stakeholders – dat als een rode draad door het gehele traject loopt - en een eventuele aanpassing van de huisstijl en het naar buiten treden, vormt het sluitstuk in communicatief opzicht. Maar alleen wanneer intern de zaken op orde zijn, want binnen beginnen = buiten winnen.



IMPLEMENTATIE & OPSCHALING

Vanmorgen team

Als een innovatie zich binnen een pilot heeft bewezen, wordt het besluit tot opschaling genomen. Bij opschaling kan de innovatie naar andere afdelingen, regio's of sectoren worden uitgebreid. Opschaling is het sluitstuk van een project. Na opschaling wordt de projectstatus beëindigd en gaat deze over tot de reguliere dienstverlening. Borging in de reguliere werkprocessen is dan van belang.

Opschaling gaat niet vanzelf, er kunnen nieuwe hindernissen ontstaan wanneer de innovatie op grote schaal plaatsvindt. In onderstaande paragraaf beschrijft VanMorgen lessons learned die een bijdrage leveren aan een succesvolle implementatie en opschaling van zorginnovaties.

Visie

Het is belangrijk dat een organisatie, een zorgaanbieder, een visie heeft op of opstelt voor het gebruik van eHealth-technologie in werk- en zorgprocessen. Deze visie moet aansluiten bij de missie, visie, strategie en doelstellingen van de organisatie. Het is het startpunt en het

mandaat voor de ontwikkeling en integratie van technologie in werk- en zorgprocessen. De visie heeft op zijn minst drie aspecten:

- de belangrijkste waarden en doelen van de organisatie in het gebruik van technologie;
- de rol van technologie in de innovatiestrategie van de organisatie;
- de doelgroepen waarvoor de organisatie eHealth-technologie wil gebruiken.

Technologie kan aan verschillende waarden en doelen bijdragen. Dit kunnen de primaire waarden en doelen van de organisatie zijn of sociale ontwikkelingen waar de organisatie aan mee wil doen, of beide. Zorg ervoor dat bij de aanvang van het project een gezamenlijk beeld is van de waarden en doelstellingen waar eHealth-technologie aan bij zou moeten dragen. Dit zorgt voor een duidelijk gemeenschappelijk doel en het draagvlak voor het project wordt versterkt. Sterker: zonder visie komt een ontwikkeling en implementatie niet van de grond!

Rol van de gebruiker

Gedurende de opschaling blijft het van belang de cliënt en zijn behoeften te kennen. Deze zijn niet alleen bij aanvang van een innovatie van wezenlijk belang. Ook in de fase van implementatie en opschaling zijn de ervaring van een cliënt en medewerker belangrijk. In de uiteindelijke levering van diensten met eHealth-technologie is het belangrijk hoe de gebruiker de werkelijke waarde van de dienst ervaart en of deze voldoet aan de verwachte waarde. Ook is belangrijk hoe de gebruiker de betrouwbaarheid ervaart van de partij die de dienst verleent. Als er sprake is van een gebrek aan vertrouwen, zal de gebruiker de dienst minder gebruiken.

Draagvlak

Het niet kunnen ontstijgen van de pilotfase wordt vaak veroorzaakt door het gebrek aan draagvlak bij bestuurders of financiers, zij die verantwoordelijk zijn voor brede implementatie. Daar waar in de pilotfase het uitvoerend niveau wordt betrokken en geënthousiasmeerd, kan het voorkomen dat beslissers de innovatie onvoldoende ondersteunen.

Ook het middenmanagement is een factor om rekening mee te houden. Scheppen zij voldoende de voorwaarden om de innovatie en de bijbehorende capaciteit en tijd hiervoor vrij te maken? Betrek hen in het ontwikkel- en implementatieproces van de innovatie. Het inzichtelijk maken van de voordelen voor iedere stakeholder zal helpen om het draagvlak voor de innovatie te vergroten.

Communiqueer over de innovatie

Voor het draagvlak binnen de organisatie is communicatie erg belangrijk. Mensen in de organisatie moeten weten wat de innovatie inhoudt en waarom deze ingezet is. Eén van de oorzaken voor weerstand is namelijk onbekendheid met de innovatie. Men moet zich betrokken voelen en daarvoor is communicatie zeer belangrijk. Maak voor aanvang van implementatie een communicatieplan in samenwerking met de afdeling communicatie. Laat de doelgroep, managers en het bestuur kennis nemen van de (succes)ervaringen met de innovatie. Communiqueer niet eenmalig, maar voortdurend.

Het managen van de verandering

De implementatie van de innovatie betreft een veranderproces. Voor succesvolle verandering is kennis van verandermanagement essentieel. Verandermanagement gaat over het succesvol initiëren, realiseren en invoeren van een blijvende verandering. Om die verandering te realiseren moet zowel aan de zogenaamde 'harde' (o.a. structuur, strategie, systemen) als de 'zachte' kant (emoties en gedrag) aandacht worden besteed.

Het business model

In een traditionele business case worden kosten en opbrengsten voor de zorgaanbieder inzichtelijk. Krachtiger is het gebruik van de business model canvas. Dit is een visuele tool om het business model op overzichtelijke en transparante wijze in kaart te brengen. Zowel de verschillende business onderdelen als de onderlinge relatie met elkaar (doelgroep, waardepropositie, bronnen, kanalen, activiteiten, partners, kosten en opbrengsten) worden getoond.

In het verdienmodel worden de verschillende kostencomponenten van de implementatie inzichtelijk gemaakt.

Omdat het gebruik van eHealth in welzijn en gezondheidszorg achterblijft bij de technologische ontwikkelingen, hebben overheden en verzekeraars nog geen goede financiële structuur ontwikkeld. Verzekeraars zijn terughoudend omdat er onvoldoende aantoonbare kosteneffectiviteit is. Om die reden kan het raadzaam zijn financiers in een vroeg stadium te betrekken bij de ontwikkeling van eHealth-diensten en rekening te houden met hun waarden en standpunten. Tijdens de implementatiefase moet duidelijk zijn welke financiële regelingen beschikbaar zijn. Een initiële business case voorafgaand aan de pilotfase is een goed vertrekpunt voor financiële kant van de innovatie. Door gedurende het project regelmatig te evalueren en bij te stellen, wordt de kosten en baten van de innovatie bewaakt. De benodigde aanpassingen versoepelen de fase van implementatie en opschaling.

Het managen van risico's

Bij het gebruik van eHealth-technologie in zorgprocessen is een keten van meerdere actoren betrokken (fabrikanten, leveranciers, zorgaanbieders, zorgprofessionals en mantelzorgers). Elke actor heeft een verantwoordelijkheid in de realisatie van de verwachte waarde. Er zijn misschien factoren die een vernietigend effect hebben op de betrouwbaarheid van de dienst met eHealth-technologie. Deze moeten worden geïnventariseerd en afhankelijk van het risico, moeten beheersmaatregelen worden genomen. De Nederlandse norm NEN8028, een kwaliteitsstandaard van telemedicine, onderscheidt risico's in vijf deelgebieden (gebaseerd op de ISO14971): mensen, processen en procedures, informatie, technologie en financiën.

Vormgeven van het nieuwe werkproces

Zorg met behulp van eHealth-technologie wijkt af van de gebruikelijke zorg zonder deze technologie. Protocollen en procedures voor het zorgproces moeten worden aangepast aan de nieuwe situatie. Ook is het zaak taken,

bevoegdheden en verantwoordelijkheden van alle actoren bij het zorgproces met eHealth-technologie opnieuw te definiëren en vast te leggen.

Een bruikbare tool hiervoor kan een Service Blueprint (SBP) zijn. Een Service Blueprint beschrijft het proces hoe de cliënt de dienst gebruikt. Een service blueprint geeft inzicht in alle acties en taken om het zorgproces met eHealth-technologie te realiseren. Het is belangrijk om zowel interne stakeholders als de experts die betrokken zijn bij de dienstverlening hierbij te betrekken. Met de inventarisatie van de taken en acties ontstaat een overzicht van de belangrijke elementen die geïmplementeerd moeten worden en wie binnen de organisatie daarvoor verantwoordelijk is.

Relevante kernactiviteiten voor implementatie

- Organiseer het project met een stuurgroep met de meest belangrijke stakeholder, een projectmanager, het projectteam en werkgroepen;

- Kies een methodiek voor projectmanagement;
- Ontwikkel een plan van aanpak in co-creatie met relevante betrokkenen bij de innovatie. Laat het plan van aanpak de onderlegger zijn voor de innovatie;
- Geef een korte en SMART beschrijving van de doelen die bereikt moeten worden inclusief evaluatiecriteria. Neem deze op in het plan van aanpak;
- Zorg voor een taakomschrijving van elke taak die uitgevoerd dient te worden en welke bronnen nodig zijn;
- Zorg voor een tijdsplanning die inzichten geeft in welke bronnen nodig zijn en welke mijlpalen er zijn in het project;



- Ontwikkel een communicatieplan;
- Ontwikkel een business model met verdienmodel;
- Inventariseer risico's en tref beheersmaatregelen indien nodig;
- Evalueer effecten op basis van een onderzoeksplan.

Tot slot

Door het realiseren van de bovenstaande kernactiviteiten wordt de implementatie geborgd in de organisatie. Het project wordt beëindigd en gaat over in een reguliere vorm van dienstverlening. Kwaliteitsmanagement van de geïmplementeerde dienstverlening start door een Plan, Do, Check, Act cyclus voor deze dienst op te zetten. Bij het doorlopen van deze cirkel zullen alle verwachte en onverwachte effecten gemonitord worden. Incidenten dienen geregistreerd en geanalyseerd te worden. Indien nodig zullen alternatieven voor de dienstverlening gemaakt worden zoals aanvullende beheersmaatregelen.



MEANINGFUL USE: WAT IS DAT?

Stefan Ottenheijm

Het Amerikaanse overheidsprogramma

‘Meaningful Use’ moet zinvol gebruik

(meaningful use) van elektronische

patiëntendossiers (EPD’s) bevorderen.

Elementen uit dit programma zijn de moeite

waard om te onderzoeken of ze een rol

kunnen spelen in Nederland. Bijvoorbeeld

het implementeren van en werken met

gecertificeerde software. Maar wat is

Meaningful Use eigenlijk?

In beleidsstukken, adviezen en rapportages doemt de term ‘Meaningful Use’ herhaaldelijk op als een succesvol voorbeeld van een Amerikaanse eHealth strategie. Maar wat is Meaningful Use precies, hoe is het georganiseerd en wat zijn de bepalende factoren van het programma? Dit hoofdstuk geeft een beknopte inkijk in de doelstellingen en organisatie van dit Amerikaanse overheidsprogramma.

‘Meaningful Use’ is een stimuleringsprogramma van de Amerikaanse overheid dat het zinvol

gebruik (meaningful use) van elektronische patiëntendossiers (EPD’s) in de Verenigde Staten wil bevorderen. Het programma heeft als doel dat gecertificeerde software voor elektronische patiëntendossiers zinvol wordt ingezet in de Amerikaanse gezondheidszorg. Denk hierbij aan het elektronisch voorschrijven van medicatie en online diensten voor patiënten. Een ander doel is om de EPD’s van verschillende zorgaanbieders onderling te koppelen zodat informatie-uitwisseling mogelijk wordt. Daarbij moet de software eenvoudig faciliteren om eenvoudig (verantwoordings)informatie te rapporteren aan onder meer de overheid.

Zorgaanbieders die zorg leveren dat gefinancierd is uit enkele federale verzekeringsstelsels, kunnen vrijwillig participeren in het Meaningful Use programma. Zorgaanbieders die meedoen komen in aanmerking voor stimuleringsgelden, mits ze jaarlijks aantonen dat ze voldoen aan een aantal criteria. De criteria zijn gericht op praktische en meetbare zaken, zoals het kunnen bijhouden van een actuele

medicatielijst van patiënten, of het elektronisch kunnen voorschrijven van medicatie.

De zorgaanbieders moeten voor het voldoen aan de criteria gebruikmaken van gecertificeerde softwareproducten. De certificering is gebaseerd op wettelijke eisen. Leveranciers kunnen hun pakketten op basis van deze eisen laten certificeren door een daarvoor aangewezen onafhankelijke partij. Binnen Meaningful Use spelen dus twee vormen van criteria een rol:

- criteria voor zorgaanbieders voor het zinvol gebruik van hun software (en zo in aanmerking te komen voor de stimuleringsgelden);
- criteria voor softwareproducten, die de basis zijn voor productcertificering.

Op 17 februari 2009 ondertekende de federale overheid van de Verenigde Staten de ‘Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act’ (HITECH). Deze wetgeving beoogt de gezondheidszorg te verbeteren door een grootschalige investering in ICT en kent daarvoor ruim 19 miljard dollar toe aan het realiseren van dit doel.

Meaningful Use is één van de programma's die hieruit voortgekomen is.

De wetgeving richt zich primair op zinvol gebruik van EPD's in de zorg; niet 'slechts' op het aanschaffen ervan. De term 'Meaningful Use' is bewust gekozen om dit te onderstrepen en toont aan dat het doel is om door de inzet van ICT significante verbeteringen in de gezondheidszorg te bereiken.

Deze verbeteringen worden verder gespecificeerd als:

- verbeterde coördinatie van zorg;
- het verkleinen van ongelijkheid in gezondheidszorg;
- het betrekken van patiënten en hun omgeving bij zorgverlening;
- het verbeteren van de publieke gezondheid;
- garanderen van privacy en veiligheid.

Enkele belangrijke elementen uit het Meaningful Use programma zijn de introductie van financiële prikkels om aanbieders van zorg te stimuleren bepaalde stappen te zetten, het hanteren

van open (internationale) standaarden, en het gebruik van gecertificeerde software om te garanderen dat software voldoet aan kwaliteits-, veiligheids- en efficiencyeisen.

Prikkels

Om de implementatie van gecertificeerde software te versnellen, heeft het programma stimulerende en dwingende financiële prikkels geïntroduceerd. Met deze zogenaamde 'wortel-en-stok'-benadering verleidt het programma zorgaanbieders mee met financiële stimuli. Zorgaanbieders die niet meewerken of die niet de gewenste resultaten bereiken, kunnen worden gekort op de financiering van de door hun geleverde zorg.

Zorgaanbieders die zorg leveren in het kader van Medicare en Medicaid (zie kader) kunnen zich vrijwillig aanmelden voor het Meaningful Use programma. Door mee te doen committeren zij zich aan de doelstellingen van het programma en moeten zij op gezette tijden aantonen dat zij zinvol gebruik van ICT in de praktijk realiseren. Door het tijdig voldoen aan verschillende criteria,

kunnen zij de stimuleringsgelden ontvangen. Het gaat hierbij om maximaal 43.720 dollar over een periode van vijf jaar voor Medicare en 63.750 dollar over een periode van zes jaar voor Medicaid. Zorgaanbieders die Medicare zorg leveren en die niet meewerken worden tot twee procent op hun totale budget gekort. Het programma voor Medicaid kent geen 'strafkortingen'.

Medicare en Medicaid

Medicare is een verzekering van de Amerikaanse federale overheid. Het is bedoeld voor Amerikanen van 65 jaar of ouder en Amerikanen (jongeren en ouderen) met een handicap. Medicare beslaat circa 21 procent van de totale Amerikaanse zorgkosten (cijfers 2012). Medicaid wordt gezamenlijk gefinancierd door de federale overheid en de individuele staten en verzekert medische zorg voor mensen met een laag inkomen en vermogen. Het programma is verantwoordelijk voor ongeveer vijftien procent van de totale zorgkosten in de Verenigde Staten.

Verschillende fasen

Om de doelen van het programma te bereiken, is ervoor gekozen om stapsgewijs verbeteringen aan te brengen in het gebruik van EPD's. De weg die zorgaanbieders moeten afleggen is daarvoor opgedeeld in drie fasen, waarin er een steeds geavanceerdere zinvolle toepassing van EPD's wordt verwacht. Grofweg kan men stellen dat fase 1 (2011-2013) zich richt op het (elektronisch) verzamelen en delen van data, fase 2 (2014-2015) op het vergevorderd uitwisselen van informatie en fase 3 (2016) op het verbeteren van uitkomsten zoals kwaliteit, veiligheid en efficiency van zorg.

Om deze algemene kreten te vertalen naar concrete resultaten, zijn er criteria vastgesteld waaraan zorgaanbieders moeten voldoen. Aan het einde van iedere fase dienen zorgaanbieders aan te tonen dat hun software aan de criteria van de betreffende fase voldoet om in aanmerking te komen voor de financiële incentives.

Voorbeeld criteria fase 1

Fase 1 bevat circa 25 criteria die zijn verdeeld in verplichte delen (ongeveer 15) en keuzedelen

(ongeveer 10). Zorgaanbieders moeten alle doelen uit het verplichte deel bereiken en minimaal 5 van de 10 keuzeonderdelen. Een overzicht van de criteria uit fase 1:

Verplicht

- Elektronisch ordermanagement voor medicatie;
- Medicijninteractie en medicijn-allergie interactiecontroles;
- Elektronisch voorschrijven van medicatie;
- Registreren van demografische kenmerken;
- Bijhouden van actuele problemenlijst en huidige diagnoses;
- Bijhouden van actuele medicatielijst;
- Bijhouden van een actuele medicatieallergielijst;
- Registreren en in kaart brengen van vitale functies;
- Bijhouden van rookstatus voor patiënten van 13 jaar en ouder;
- Implementeren van minimaal één vorm van ondersteuning van klinische besluitvorming;
- Rapporteren van kwaliteitsmaten van ambulante zorg naar de overheid;
- Geef patiënten op hun verzoek de beschikking over een elektronisch afschrift van hun

medische informatie;

- Lever patiënten (klinische) samenvattingen van ieder consult;
- Elektronische uitwisseling van klinische informatie tussen zorgaanbieders onderling en met patiënten;
- Beveilig medische informatie adequaat.

Keuzeonderdelen

- Implementeer medicatielijst controles;
- Inbouwen van resultaten van klinische lab uitslagen in EPD als gestructureerde data;
- Genereren van patiëntlijsten per specifieke aandoening ten behoeve van kwaliteitsverbetering, onderzoek etc.;
- Verzenden van notificaties naar patiënten;
- Geef patiënten elektronisch toegang tot hun medische informatie (inclusief lab uitslagen, probleemlijsten, medicatielijsten en allergieën);
- Gebruik EPD's om educatie informatie op maat aan te bieden aan patiënten;
- Uitvoeren van medicatie reconciliatie indien noodzakelijk;
- Lever patiëntsamenvattingen bij overdracht of verwijzingen.

Organisatie

In de HITECH wetgeving is vastgelegd dat er een organisatie wordt opgericht die verantwoordelijk is voor het ondersteunen van grootschalig, zinvol gebruik van informatietechnologie in de gezondheidszorg. Deze organisatie is de 'Office of the National Coordinator for Health Information Technology' (ONC). De ONC is georganiseerd als een stafonderdeel van het ministerie van gezondheidszorg en is, onder andere, verantwoordelijk voor het Meaningful Use programma.

De ONC heeft twee federale adviescommissies in het leven geroepen om het programma inhoudelijk vorm te geven. Een commissie richt zich op beleid (Health IT Policy Committee) en de andere richt zich specifiek op standaarden en criteria (Health IT Standards Committee). De belangrijkste taak van deze commissies is om aanbevelingen te doen over het gebruik van ICT in de Amerikaanse gezondheidszorg. Dit doen zij enerzijds vanuit de expertise van zorgvuldig geselecteerde commissieleden en anderzijds door publieke consultatie op hun adviezen. De beleidscommissie adviseert de ONC over

het beleidskader waarbinnen de ontwikkeling en adoptie van de landelijke ICT-infrastructuur dient plaats te vinden.

Zij dienen aanbevelingen te doen voor welke gebieden specifieke afspraken met betrekking tot standaarden, implementatie en certificering nodig zijn. Daarmee richten zij zich op de inhoudelijke doelstellingen, bijvoorbeeld dat er een actueel medicatieoverzicht moet zijn voor iedere patiënt. Beleidsterreinen waarover zij daarnaast nog adviseren zijn bijvoorbeeld governance, privacy en veiligheid, innovatie etc. De commissie bestaat voor een belangrijk deel uit zorgprofessionals.

De standaardencommissie adviseert de ONC over de specifieke standaarden, implementatiespecificaties en criteria voor certificering voor het elektronisch uitwisselen van informatie in de gezondheidszorg. Zij geven daarmee de technische invulling aan de adviezen die de beleidscommissie geeft. In eerdergenoemd voorbeeld doen zij dus voorstellen voor de (technische) standaarden

die gebruikt moeten worden om het actuele medicatieoverzicht van patiënten bij te houden en uit te wisselen.

De 'Centers for Medicare & Medicaid Services' (CMS) is een federale organisatie die verantwoordelijk is voor de organisatie van het Medicare programma en die gezamenlijk met de afzonderlijke staten verantwoordelijk is voor de organisatie van het Medicaid programma. Deze organisatie heeft een belangrijke rol in Meaningful Use omdat zij uitvoering geeft aan de financiering van beide verzekeringsprogramma's en daarmee ook aan het in de praktijk brengen van de financiële incentives binnen het Meaningful Use programma.

Gecertificeerde informatietechnologie

Om zorgaanbieders ervan te verzekeren dat ze de juiste software inkopen en gebruiken, vereist het Meaningful Use programma certificering van deze software. Softwareleveranciers kunnen aan de hand van de fasen en criteria van het programma hun software zo inrichten dat zorgaanbieders de verplichte resultaten ermee

kunnen behalen. Hiervoor dienen ze dus ook de (technische) standaarden te gebruiken zoals voorgeschreven door de ONC. Onafhankelijke organisaties certificeren de software aan de hand van richtlijnen hiervoor die door de ONC en het 'National Institute of Standards en Technology' zijn voorgeschreven.

Nederland

Er zijn veel verschillen tussen de gezondheidszorg Nederland en de Verenigde Staten en bijvoorbeeld de rol van de overheden daarbinnen. Het Meaningful Use programma kan daardoor geen blauwdruk zijn voor een Nederlands programma. Toch zitten er elementen in het Amerikaanse programma waarvan het de moeite waard is om te onderzoeken of ze een rol kunnen spelen in onze Nederlandse gezondheidszorg. Bijvoorbeeld het koppelen van financiële prikkels aan het naleven van afspraken en het bereiken van vooraf bepaalde resultaten. Het succesvol implementeren van en werken met informatiestandaarden blijkt in Nederland vaak nog lastig, onder andere omdat het naleven van

afspraken nog een vrijblijvend karakter heeft.

Een ander interessant aspect van het Amerikaanse programma is het certificeren van software. Door leveranciers hun producten te laten certificeren, kunnen zorgaanbieders betere keuzes maken bij het aankopen van de juiste software. Bovendien wordt voor leveranciers duidelijk op welk moment hun producten aan bepaalde standaarden moeten voldoen.

Meaningful Use kan, net als andere internationale voorbeelden, een inspiratie zijn voor de wijze waarop je als land de ICT-infrastructuur in de gezondheidszorg organiseert. Het is zaak om als Nederland die paar elementen eruit te halen die een oplossing kunnen bieden voor zaken waar we hier nog mee worstelen.



ZELFMETINGEN IN DE ZORG

Nienke Beekers en Marinka de Jong

Het aantal zelfmeetapparaten neemt toe. Verwacht mag worden dat het aantal gebruikers en dus het aantal mensen dat met eigen data bij de huisarts aanklopt ook toeneemt. Vooralsnog ontbreekt wetenschappelijk bewijs over het nut van zelfmetingen. Desondanks is de vraag niet óf zelfmetingen gebruikt worden, maar hoe. In dit hoofdstuk geven Nienke Beekers, adviseur eHealth Nictiz en Marinka de Jong, programmamanager Patiënt en eHealth, een inzicht in de ontwikkeling van zelfmetingen inclusief de voordelen en kanttekeningen.

Meneer van Kleef experimenteert graag met gadgets. Hij heeft een smartphone met allerlei apps. Hij kan thuis lampen vanaf zijn telefoon bedienen. Hij draagt ook een fitbit (een draagbare bewegingsmeter, die onder meer zijn stappen telt). Niet dat hij nu zo actief is, maar hij kan de resultaten op de computer nakijken en zien wat zijn bewegings- en slaappatroon is. Als meneer van Kleef voor een reguliere controle naar de huisarts gaat, constateert deze dat meneer van Kleef prediabetes heeft, een

voorstadium van diabetes 2. Om te voorkomen dat de prediabetes overgaat naar diabetes moet meneer van Kleef een andere leefstijl hanteren. Hij moet gezonder eten, meer bewegen en afvallen. Meneer van Kleef laat op zijn telefoon aan de huisarts zien dat hij al bijhoudt hoeveel hij beweegt. Door samen zijn patroon te bekijken, kunnen ze heel concrete afspraken maken om meer te bewegen. Hij hoeft immers niet in één keer topsporter te worden, elke dag 1000 stappen extra zetten is al een goed begin! Ze spreken af dat hij voortaan ook zijn voedingspatroon via een app op zijn smartphone bijhoudt.

Stand van zaken

Het scenario van meneer van Kleef is geen onrealistische toekomstschets. De aandacht voor zelfmeettechnologie neemt toe. Verschillende onderzoeksrapporten voorspellen dat de markt voor wearables enorm zal groeien in de komende jaren. Een besparing van 99 miljoen op de totale zorgkosten (PwC) en een verscheeping van 130 miljoen wearables in 2016 (Juniper Research) zijn serieuze cijfers. Met de intrede

op de gezondheidsmarkt van grote spelers zoals Apple, Google en Samsung zal deze markt alleen maar verder groeien.

De ontwikkelingen in zelfmeettechnologie lopen parallel aan politieke ontwikkelingen rondom de participatiemaatschappij, het betrekken van de burgers en patiënten en het efficiënter inrichten van de zorg. De politiek zet hierbij in op twee domeinen: gezond(er) worden en gezond blijven (preventie). Minister Edith Schippers en staatssecretaris Martin van Rijn van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, schreven in hun kamerbrief eHealth en zorgverbetering van juli 2014 dat binnen 5 jaar 75 procent van de chronisch zieken zelfmetingen moet kunnen verrichten.

Zelfmeetapparatuur kan worden ingedeeld in de volgende categorieën: wearables (in kleding of accessoires), insideables (in het lichaam), carrieables (in mobiele apparaten) of domotica (in huis aangebracht) (Classificatiesysteem Bolten¹²). Ook mobiele applicaties (apps) vallen dus onder zelfmeetapparatuur. In de database

van Nictiz (sharing.nictiz.nl/meetjegezondheid) staan ruim zevenhonderd voorbeelden van verschillende soorten zelfmeetapparatuur en de waarden die je daarmee kunt meten.

Wanneer en waarom: (potentiële) voordelen

Zelfmetingen kunnen in alle zorgfasen (preventie, diagnose, behandeling, en herstel of nazorg) voordelen bieden aan de burger of de patiënt en aan de zorgverlener. Iemand kan in alle zorgfasen zowel op eigen initiatief als op verzoek van een zorgverlener zelfmetingen uitvoeren.

Preventie & gezond leven

Onder preventief gebruik van zelfmeetapparatuur verstaan we het gebruik van zelfmeetapparaten in een gezonde context, voordat iemand het zorgproces ingaat. Deze metingen worden meestal op eigen initiatief verricht, maar ook een zorgverlener kan aanbevelen om beweging of voedselinname bij te houden om gezondheidsproblemen te voorkomen. Preventieve metingen zijn bijvoorbeeld het meten van beweging (zoals met Fitbit,

Jawbone of Argos app) of het bijhouden van voedingsgegevens (zoals met de FatSecret of Foodzy app).

Een belangrijke motivatie om zelf te meten is het verkrijgen van zelfinzicht,. Uit onderzoek van Motivaction blijkt dat 80 procent van de mensen gedrag wel eens aanpast op basis van inzichten uit zelfmetingen. Als mensen inderdaad hun gedrag aanpassen op basis van inzichten in hun gedrag, kunnen zelfmetingen bijdragen aan een gezondere leefstijl.

Diagnose

Deels overlapt de zorgfase diagnose met de fase preventie & gezond leven omdat (preventieve) metingen kunnen leiden tot het stellen van een diagnose. Via bijvoorbeeld het bijhouden van een slaappatroon (met bijvoorbeeld Sense sleeptracker of Beddit) kan iemand (eerder) opmerken dat zijn parameters afwijken. Het zelfmeten zorgt in dit geval voor een (vroegere) opsporingen van afwijkingen die anders wellicht onopgemerkt had geweest. Met deze informatie kan een patiënt naar de huisarts gaan die al dan

niet een diagnose stelt. Ook zijn er apparaten op de markt die duidelijk worden neergezet om te diagnosticeren, zoals de Cue en de Scanadu. Apparaten die zelf een diagnose stellen, kunnen zowel de patiënt als de arts tijd besparen.

Behandeling

Een voordeel van zelfmetingen in de behandelfase is dat de zorg meer patiëntgericht en efficiënter kan worden⁵. Wanneer een patiënt thuis zijn gezondheidsparameters meet en doorstuurt naar zijn zorgverlener voor monitoring, hoeft de patiënt minder vaak op consult te komen. De zorgverlener kan een continu beeld van de gezondheid van de patiënt hebben zodat hij afwijkingen eerder kan vaststellen. Zo kan hij bijvoorbeeld tijdig ingrijpen als hij ziet dat het gewicht van een hartpatiënt snel stijgt, wat kan duiden op het vasthouden van vocht. Door zelfmetingen te monitoren (door patiënt of arts) komt de patiënt op consult als het echt nodig is.

Zelf meten kan de patiënt een gevoel van controle geven. Hij kan zelf bijdragen aan het managen van zijn ziekte (zelfmanagement) en

kan zich beter voorbereiden op een consult met de zorgverlener. Een patiënt kan door zelf te meten beter inzicht krijgen in de gevolgen van zijn gedrag op zijn gezondheid. Op basis van deze inzichten kan hij zijn gedrag mogelijk aanpassen¹². Wat diabetici al lang doen, namelijk het meten van de bloedglucosewaarden en deze delen en bespreken met de zorgverlener, wordt door het toenemen van het aantal zelfmeetapparaten voor veel meer aandoeningen mogelijk.

Herstel/nazorg

Ook in een hersteltraject of het bieden van nazorg kunnen zelfmetingen een rol spelen voor patiënten en artsen. De voordelen (en gebruikte toepassingen) komen grotendeels overeen met voordelen die tijdens de behandeling behaald kunnen worden. Mensen die revalideren kunnen bijvoorbeeld makkelijker en beter thuis oefenen, hetgeen het revalidatietraject kan bevorderen.

Voorbeelden zijn de Cue2Walk app (maakt bewegingsanalyse bij Parkinsonpatiënten op freezingmomenten) of de Oefen app beroerte

(oefenen met bewegen na beroerte stimuleren door oefenvideo's).

Zelfmetingen combineren, in een PGD?

Gegevens uit zelfmetingen kunnen waardevoller worden als deze met elkaar gecombineerd worden⁵. Dan kan iemand bijvoorbeeld zien wat de gevolgen van beweging zijn op gewicht, van voeding op bloeddruk en mogelijk andere onverwachte verbanden en patronen ontdekken.

Het combineren van data zou kunnen in een Persoonlijk Gezondheidsdossier (PGD) zoals Microsoft HealthVault of de nieuwe Gezondheid app van Apple. Een PGD is een dossier waarin een patiënt medische gegevens die opgeslagen zijn bij verschillende zorgverleners kan verzamelen en eventueel kan delen met derden. Een patiënt kan zijn eigen metingen aan een PGD toevoegen.

Een wens die onder andere door Schippers en van Rijn is uitgesproken, is dat patiënten in staat moeten zijn medische gegevens zoals bekend in het elektronisch patiënten dossier bij de arts in

moeten kunnen zien en zelf kunnen gebruiken, bijvoorbeeld in een PGD⁴.

Kanttekeningen

Hoewel de voordelen in de zorgfasen preventie, diagnose, behandeling, en herstel of nazorg veelbelovend zijn, zijn er veel kanttekeningen te plaatsen bij zelfmetingen.



Mogelijke medicalisering

Het eerder detecteren van problemen via zelfmeten kan ook nadelig zijn. Uit onderzoek van Bolten blijkt dat bij sommige artsen de vrees bestaat dat zelfmetingen bij sommige mensen tot (onnodige) angst kunnen leiden. Die angst kan leiden tot onnodige consulten en medicalisering. Medicalisering kan leiden tot een toenemende zorgvraag welke de zorgkosten opdrijft. Schippers en Van Rijn willen deze zogeheten 'excessen' laten onderzoeken⁴.

Betrouwbaarheid

Voor gebruikers van zelfmeetapparatuur is het moeilijk te achterhalen welke apparaten betrouwbaar zijn. Veel apparaten zijn wel CE gemarkeerd, maar dat zegt niets over de betrouwbaarheid van de metingen die het apparaat verricht⁵. De ondervraagde huisartsen in Boltens onderzoek geven aan dat ze betrouwbaarheid baseren op het merk en de vergelijking met de waarden die zij zelf meten. Er wordt nog niet blind vertrouwd op de door de patiënt gemeten waarden.

Privacy

De privacy van gebruikers is een ander knelpunt bij het gebruik van zelfmeetapparatuur. Data die verzameld worden met zelfmeetapparatuur wordt vaak opgeslagen in databases (op vaste servers of in de cloud) bij de leverancier van de betreffende apparatuur. Hoewel een gebruikersovereenkomst van een app om toestemming vraagt, is de informatie die ze in hun privacy overeenkomst verstrekken summier. Zo blijkt de app Runtastic data naar minstens zes bedrijven (deels adverteerders) in vier verschillende landen te sturen²⁹ te sturen. Privacy speelt ook een rol wanneer patiënten zelfmeetwaarden delen met een arts of lotgenoten via bijvoorbeeld onbeveiligde email. Een gewone mailserver is niet voldoende beveiligd en de mogelijkheid dat deze gegevens openbaar worden is aanwezig.

Interoperabiliteit

Omdat zelfmetingen over het algemeen niet volgens standaarden worden vastgelegd, is directe uitwisseling met (het dossier van) de zorgverlener niet tot nauwelijks mogelijk⁵. Een arts die waarden in een grafiek ziet kan deze

wel beoordelen, maar niet direct in zijn systeem laden. Huisartsen gaan nu soms over tot het opnemen van een pdf (of foto) in het dossier of het handmatig invullen van meetwaarden in het daarvoor bestemde deel van zijn dossier⁵. Omdat het automatisch inlezen van gegevens nog niet kan, heeft de arts nog niet het voordeel van een continu meetoverzicht.

Verantwoordelijkheden

Is de arts verantwoordelijk als de patiënt iets overkomt terwijl dat voorkomen had kunnen worden als de arts de patiëntgegevens in de gaten had gehouden? Wie is de eigenaar van de gegevens die zelfmeetapparatuur genereert? Deze vragen rond eigenaarschap en verantwoordelijkheid zijn belangrijke vragen die nog onbeantwoord zijn. Als een arts de door de patiënt aangeleverde gegevens deelt met een andere zorgverlener (met consent van de patiënt), moet het duidelijk zijn door wie en hoe de gegevens gemeten zijn en met welk apparaat.

Wetenschappelijk bewijs

Er is nog geen tot weinig wetenschappelijk bewijs over de mate waarin zelfmetingen zorgen voor vervanging van huidige zorg en dus kostenbesparing. De winst van zelfmetingen betaalt zich niet altijd op korte termijn terug en bovendien zijn de effecten mogelijk in andere domeinen te vinden zoals bij continuïteit van inkomen, meer vrije tijd en minder reiskosten¹⁸. Bewijs voor de effectiviteit van zelfmetingen is nodig om deze ingeburgerd te krijgen. De ‘gouden standaard’ in de wetenschap: de randomized controlled trial (RCT) is hiervoor vanwege de tijd meestal ongeschikt. Er is behoefte aan een goed onderbouwde manier om de effecten van eHealth toepassingen te onderzoeken.

Conclusie

De mogelijke voordelen van zelfmetingen zijn groot. Kostenbesparingen, meer zelfredzaamheid, controle en tevredenheid voor de patiënt. Voordelen die zeker in tijden van stijgende zorgkosten en vergrijzing veel meerwaarde kunnen hebben voor de zorg. Aan de andere kant versperren sommige besproken

kanttekeningen de weg naar opschaling van zelfmetingen. Het is belangrijk de openstaande vragen in kaart te brengen en na te denken over oplossingsrichtingen. Veel van de zelfmeetapparatuur is consumententechnologie die steeds meer ingeburgerd zal raken. De vraag is dus niet óf zelfmetingen in de zorg gebruikt gaan worden, maar hoe en wanneer. Onder zelfmeettechnologie verstaan we apps of apparaten met sensoren waarmee je informatie over jezelf kunt meten. Door steeds kleiner wordende sensoren zijn de apparaten voor consumenten vrijwel altijd draagbaar, daarom ook aangeduid als ‘wearables’. We maken onderscheid tussen ‘wearables’, ‘inseadables’ en ‘carriables’

- Socio-economic impact of mHealth. An assessment report for the European Union. http://www.gsma.com/connectedliving/wp-content/uploads/2013/06/Socio-economic_impact-of-mHealth_EU_14062013V2.pdf
- Smart Wearable Devices: Fitness, Healthcare, Entertainment & Enterprise: 2013 – 2018. Juniper Research. <http://www.juniperresearch.com/viewpressrelease.php?pr=414>

- Minister Schippers en Staatssecretaris van Rijn, Kamerbrief eHealth en zorgverzekering 2 juli 2014: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2014/07/02/kamerbrief-over-e-health-en-zorgverbetering.html>
- Zelfmetingen en de Nederlandse gezondheidszorg, Nictiz 2014: <http://www.nictiz.nl/page/Publicaties/Whitepapers>
- <http://www.fitbit.com/uk/home>
- <https://jawbone.com/up>
- <https://itunes.apple.com/nl/app/argus-pedometer-run-cycle/id624329444?mt=8>
- <https://itunes.apple.com/nl/app/calorieteller-door-fatsecret/id364140848?mt=8>
- <https://foodzy.com/>
- <http://www.smarthealth.nl/2014/06/04/activity-trackers-nederland-fitbit-ook-hier-aan-kop/>
- De zelfmetende mens. Medisch contact, augustus 2014: <http://medischcontact.artsennet.nl/archief-6/Tijdschriftartikel/146139/De-zelfmetende-mens.html>
- Zelfmeting zorgt voor gezonder gedrag: <http://www.motivaction.nl/en/node/1525>
- <http://hello.is/>

- <http://www.beddit.com/>
- <https://cue.me/#testosterone>
- <https://www.scanadu.com/>
- Schweitzer, J. & Synowiec, C. (2011). The economics of ehealth and mHealth. Journal of Health communication: international perspectives. http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10810730.2011.649158#.VB6n0y5_vsA
- <https://www.thuisarts.nl/hartfalen/ik-heb-hartfalen>
- <http://www.nictiz.nl/page/Expertise/Integrale-zorg/Telemonitoring>
- http://www.revalidatiemagazine.nl/jaargang-19_nr.-3/rm-magazine-2013-nr3-apps-dragen-bij-aan-revalidatie.pdf
- http://www.sophiarevalidatie.nl/nieuws/parkinsonapps-gepresenteerd#.VB6qEy5_vsA
- <http://www.dehoogstraat.nl/onderzoek-innovatie/beroerte-cva/diensten-en-producten/oefen-app-beroerte>
- <https://www.apple.com/nl/ios/ios8/health/>
- Persoonlijk Gezondheids dossier NPCF: <http://www.npcf.nl>

- “Doctor, I measured my own Health, Masterscriptie Rick Bolten (2014)
- Met de kennis van later, RVZ 2014
- Krabben, J.A.L. (2013) Een juridisch kader voor Patiëntportalen. kennisartikel Nictiz
- <https://decorrespondent.nl/887/>
- <https://decorrespondent.nl/997/>
- <https://decorrespondent.nl/955/>
- <http://www.plosmedicine.org/>





E-HEALTH & GELD

EHEALTH EN FINANCIERING

Charles Gimbrere

Financiering is voor veel zorgvernieuwers die zich met eHealth bezighouden een belangrijk onderwerp. Het gaat daarbij om structurele financiering door middel van bekostiging/vergoedingen, maar ook om tijdelijke financiering. Bijvoorbeeld voor onderzoek, ontwikkeling, pilotprojecten en/of implementatie van zorginnovaties.

Gebrek aan financiering voor eHealth-toepassingen wordt regelmatig genoemd als knelpunt om eHealth te implementeren en op te schalen. Met deze bijdrage aan het eHealthboek wil ik u helpen eenvoudiger uw weg te vinden in de (on)mogelijkheden van financiering van eHealth. Dit hoofdstuk is bedoeld voor alle zorgvernieuwers die zich bezighouden met eHealth. Dit kunnen zorgverleners zijn, maar bijvoorbeeld ook projectmanagers van eHealth-projecten binnen zorginstellingen of leveranciers van eHealth-toepassingen.

Focus van dit artikel

In dit artikel ga ik vooral in op de rol van de Rijksoverheid bij de financiering van

eHealth. De focus ligt dan ook bij structurele financiering c.q. bekostiging van eHealth-toepassingen in de praktijk. Daarnaast zijn er vanuit de overheid subsidiemogelijkheden voor doelmatigheidsonderzoek en ondersteuning bij implementatie. Maar eerst geef ik in het kort de mogelijkheden aan om startfinanciering te krijgen.

Tijdelijke financiering van ontwikkeling, test, pilot

Tijdelijke financiering van de ontwikkeling van idee tot prototype van een product, dienst of werkwijze behoort niet tot het arsenaal van overheidsfinanciering. De reden is dat het subsidiëren van een individuele ontwikkelaar of fabrikant marktverstrend werkt en als ongewenste staatssteun kan worden opgevat.

Bovendien hebben ervaringen geleerd dat subsidies voor de ontwikkeling, een test en (proef)pilots zonder aanvullende voorwaarden niet leiden tot een succesvolle marktintroductie van de innovatie. Het einde van een subsidie betekent vaak ook het einde van een innovatie.

Ook om die reden is het overheidsbeleid gericht op de stimulering van andere vormen van financiering.

Belangrijk bij het zoeken, vinden en organiseren van financiering voor deze fase is het opstellen van een begroting, kosten-batenanalyse en/of een business case. De Kamer van Koophandel kan hierbij ondersteuning bieden, bijvoorbeeld bij het doen van een stakeholdersanalyse.

Naast banken, venture capitalists en private financiers zijn er ook fondsen die geld voor de ontwikkeling van eHealth-toepassingen kunnen verschaffen, zoals de innovatiefondsen van de zorgverzekeraars. Essentieel is om met uw (projectaan)vraag aan te sluiten bij de prioriteiten van de financier. U voert eigenlijk hun beleid uit met uw project.

Zo staan bijvoorbeeld bij een subsidieoproep de thema's beschreven waarbinnen subsidie gegeven wordt. Aan de hand van de gestelde voorwaarden en (relevantie)criteria kunt u zien of uw project de moeite waard is om in te dienen.

Structurele financiering

De overgang van tijdelijke financiering naar structurele financiering is één van de grootste barrières bij de opschaling van eHealth-toepassingen. Veel eHealth-initiatieven die gericht zijn op onderzoek, ontwikkeling, test, pilot of implementatie worden gefinancierd met tijdelijke middelen zoals subsidies, innovatiebudgetten of -regelingen. Een aanzienlijk deel van deze initiatieven strandt als de tijdelijke middelen uitgeput zijn en er geen structurele financiering is geregeld.

Bekostiging van eHealth

Met bekostiging bedoel ik de mogelijkheden om de toepassing van eHealth te financieren vanuit de wet- en regelgeving. De NZa heeft de eHealth bekostigingswijzer (3) ontwikkeld om innovatoren, zorgaanbieders en andere geïnteresseerden meer inzicht te geven in de mogelijkheden en beperkingen voor eHealth-toepassingen in de bekostiging van de Zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Hiermee kan een innovator met een eHealth-toepassing nagaan op welke zorgaanbieders hij zich het beste

kan richten voor de verkoop van zijn innovatie. Zorgaanbieders kunnen nagaan in hoeverre zorg via eHealth-toepassingen geleverd kan worden. De bekostigingswijzer ondersteunt u om de weg te vinden naar geschikte bekostiging van uw innovatie.

Om informatie uit de bekostigingswijzer te halen moeten er eerst twee keuzes worden gemaakt:

- a. Over welk type zorg wil ik informatie? (bijvoorbeeld huisartsenzorg);
- b. Voor welk type eHealth-toepassing wil ik informatie? (bijvoorbeeld internet consult).

Bij de beantwoording van deze vragen is het ook mogelijk meerdere typen zorg of eHealth-toepassingen te selecteren. Na deze keuze drukt u op bekijk en krijgt u informatie over wat u hebt geselecteerd. Dus bijvoorbeeld over de mogelijkheden voor een internet consult bij een huisarts.

Gedurende de fase van onderzoek naar effectiviteit, kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars samen afspraken maken over

de tijdelijke bekostiging van een innovatie. De NZa heeft hier de beleidsregel innovatie voor (4). Een bijzonder onderdeel van de bekostiging zijn de declaratiemogelijkheden binnen de DBC-bekostigingssystematiek. Op de eerder genoemde website over eHealthfinanciering staan een aantal voorbeelden uitgewerkt (5). De focus bij deze casuïstiek ligt in eerste instantie op medisch specialistische zorg. Vervolgens wordt ook casuïstiek toegevoegd uit andere sectoren waar de DBC systematiek wordt toegepast (GGZ, forensische zorg, geriatrische revalidatiezorg).

Basisverzekering

De organisatie van bekostiging van zorg en welzijn is belangrijk omdat dit een kader biedt voor bekostiging van eHealth. eHealth wordt daarbij gezien als een (digitale) variant om zorg en welzijn te leveren, niet als een nieuwe vorm van zorg of welzijn. Van belang hierbij is het standpunt van Zorginstituut Nederland over wanneer eHealth vanuit de basisverzekering verzekerde zorg is (6). In het kort komt het er op neer dat eHealth te beschouwen is

als verzekerde zorg als de samenstelling en effectiviteit niet wezenlijk anders zijn dan van de oorspronkelijke (verzekerde) zorgvorm. Zorginstituut Nederland beschouwt eHealth in principe als een andere aanbiedingsvorm (hoe). Aangezien het Zorginstituut verantwoordelijk is voor het wat (inhoud, omvang) en wanneer (indicaties) van het basispakket en zorgverzekeraars voor het hoe (waar en door wie wordt de zorg geleverd), is het zaak om de zorgverzekeraar(s) te overtuigen van de (meer) waarde van de eHealth-toepassing.

Digitale hulpmiddelen kunnen ten laste van de Zorgverzekeringswet komen. Bij de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg geldt dat het moet gaan om hulpmiddelen die niet algemeen gebruikelijk zijn. Het moet dus gaan om een hulpmiddel dat speciaal is ontwikkeld voor mensen met een functioneringsprobleem en niet om een hulpmiddel dat mensen zonder een dergelijk probleem ook aanschaffen. Computers, smartphones, iPads etc. zijn algemeen gebruikelijk en komen nooit voor vergoeding in aanmerking. Eventuele aanpassingen

kunnen wel voor vergoeding in aanmerking komen voor zover ze voldoen aan één van de categorieomschrijvingen van functiebeperkingen in de paragraaf hulpmiddelenzorg van de Regeling Zorgverzekering (artikel 2.6 en verder). Een voorbeeld van een dergelijke aanpassing is bijvoorbeeld een brailleleesregel voor een computer, maar ook een app als Mobile Speak die een mobiele telefoon toegankelijk maakt voor visueel beperkten. Daarnaast zijn er apps die onder andere te verzekeren prestaties kunnen vallen.

Bijvoorbeeld een app of digitaal hulpmiddel dat nodig is voor de monitoring van een bepaald ziektebeeld door de specialist. Een voorbeeld hiervan is de voetzoolscanner bij diabetes. Als de behandeling waarbij gebruik wordt gemaakt van deze scanner bewezen effectief is, dan valt deze onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden'.

Op de website van Zorginstituut Nederland vindt u meer informatie over de beoordeling van hulpmiddelen (7).

Bewijzen van doelmatigheid

Bewijslast is nodig om aan te tonen dat de eHealth-toepassing een meerwaarde heeft ten opzichte van de bestaande en gangbare zorg. Voldoende en geschikte bewijslast kan een 'beslisser' overtuigen om de eHealth-toepassing te gebruiken.

Voordat de financiering van het onderzoek georganiseerd wordt, is het belangrijk om een passend onderzoeksdesign te ontwikkelen. Bij het opstellen van een onderzoek en het kiezen van een onderzoeksdesign zijn de volgende vragen belangrijk:

- Wat moet ik bewijzen? Wat is de meerwaarde van mijn innovatie? (Kwaliteitsverbetering, gebruiksvriendelijkheid, meer efficiëntie, kostenbeheersing/substitutie?)
- Aan wie moet ik dat bewijzen?

- Hoe kan ik dat bewijzen? Is onderzoek eigenlijk wel nodig en zo ja, wat is de best passende methode? Wat voor soort gegevens heb ik nodig?

ZonMw heeft diverse subsidieprogramma's voor het onderzoeken van de doelmatigheid van vernieuwingen in de gezondheidszorg waarin ruimte is voor eHealth. Raadpleeg hiervoor de ZonMw-subsidiekalender (8).

Implementatie

Implementatie en opschalen kosten geld. Geld om de projectleider te betalen, voor communicatieactiviteiten, om bijeenkomsten met gebruikers te organiseren, om de innovatie aan te passen aan lokale wensen, enzovoort. Implementatie en opschaling wordt tegenwoordig steeds meer gezien als de verantwoordelijkheid van het veld. En vanwege de bezuinigingen droogt de subsidiekraan op. Voor meer tips en adviezen bij implementatie en opschaling van een zorgvernieuwing heeft Zorg voor innoveren het dossier Opschaling ingericht (9).

ZonMw biedt verschillende mogelijkheden voor ondersteuning bij implementatie van zorgvernieuwingen, inclusief eHealth-toepassingen. Het is zelfs mogelijk om extra subsidie te krijgen voor implementatie van projectopbrengsten. Meer informatie over deze Verspreidings- en Implementatie-impuls vindt u op de ZonMw-website (10).

Tot slot

Zoals ik kort heb beschreven zijn er voldoende mogelijkheden om structurele financiering te verkrijgen voor eHealth-toepassingen. Bij elke vorm van eHealth gelden daarbij de volgende kernvragen:

- Willen patiënten/consumenten deze gebruiken?
- Willen zorgaanbieders deze toepassen?
- Willen zorgverzekeraars deze vergoeden?
- Dus wie een eHealth-toepassing wil aanbieden/verkopen zal de steun moeten verkrijgen van de relevante patiëntenorganisaties, beroepsverenigingen en zorgverzekeraars.

Internetlinks

- 1 www.zorgvoorinnoveren.nl

- 2 www.ehealthfinanciering.nl
- 3 www.ehealthfinanciering.nl/bekostiging-van-e-health/bekostigingswijzer
- 4 www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/innovatie/Toelichtingen-bij-beleidsregels/toelichting-beleidsregel-innovatie/
- 5 www.ehealthfinanciering.nl/bekostiging-van-e-health/casuistiek-declaratie-ehealth-via-dbc-systematiek
- 6 www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-www/kwaliteit/projecten/ehealth/ehealth/ehealth/zinl%3Aparagraaf%5B2%5D/zinl%3Adocuments%5B3%5D/notitie-wanneer-is-ehealth-verzekerde-zorg-29-november-2011.pdf
- 7 www.zorginstituutnederland.nl/pakket/werkwijze+pakketbeheer/beoordeling+hulpmiddelen
- 8 www.zonmw.nl/nl/subsidies/subsidiekalender/
- 9 www.zorgvoorinnoveren.nl/dossier/10
- 10 www.zonmw.nl/nl/themas/thema-detail/implementatie/zonmw-helpt-implementeren/+is+eHealth+verzekerde+zorg+29+november+2011.pdf

EHEALTH VANUIT EEN INVESTEERDERSOPTIEK

Dick Sietses

Als innovator in eHealth zal een moment komen dat je geld nodig hebt om je innovatie te realiseren. Bij deze overgang van innovatieproject naar start-up is het de vraag wie dat geld beschikbaar zou kunnen stellen en tegen welke voorwaarde.

Om te bepalen of een investeerder de juiste partij is, is het belangrijk om bij de volgende zaken stil te staan:

- Welke mogelijke partijen zijn er die financiering kunnen verstrekken?
- Hoe werkt een investeerder - hoe verdient hij zijn geld?
- Waarom heb je geld nodig - in welke fase zit het bedrijf/de innovatie?

In dit artikel worden bovenstaande vragen toegelicht, waarmee inzicht wordt verkregen in de wereld van de investeerders en hoe zij werken.

Als afsluiting worden een aantal vragen gegeven, waar je als innovator een goed antwoord op moet hebben voordat je met een investeerder in gesprek gaat.

Bij welke partij moet ik zijn voor financiering ?

De eerste vraag is of je wel een investeerder nodig hebt. Een investeerder zal alleen investeren als er een goed businessplan ligt en hij zijn investering met rendement kan terugverdienen. Er zijn echter ook andere partijen die je kunnen helpen je plan te financieren.

- **Subsidieverstrekkers** Een subsidie klinkt als gratis geld, maar dat ligt een stuk genuanceerder. Subsidies vergen over het algemeen (veel) administratie en hebben de bedoeling “gedrag te veranderen”. Een subsidie is dus vooral interessant als het naadloos past bij je eigen strategie.

Subsidies werken vaak goed in combinatie met andere financieringsvormen, zoals de WBSO en het innovatiekrediet van RVO.

- **Banken** Banken lijken afgeschreven na de kredietcrisis, maar met name in de groei- en expansiefase kan werkkapitaalfinanciering of een (innovatief) borgstellingskrediet veel ruimte geven. Zorg wel dat er een strak verhaal ligt, banken houden niet van onzekerheid.
- **Je directe omgeving** Vaak omschreven als de drie F'en: Friends, Family and Fools. Met name in het prille begin van de start-up is dit vaak één van de weinige partijen die bereid zijn om geld te investeren. Veel professionele partijen willen namelijk meer zien dan alleen een geweldig idee en een plan. In de praktijk blijkt dat deze partijen vaak met minimale investering kunnen helpen om jouw idee en plan te concretiseren en bijvoorbeeld een prototype te maken.

- **Klanten** Sinds de opkomst van crowdfunding zijn er goede mogelijkheden om consumenten mee te laten betalen aan de ontwikkeling van je product. Business-2-business kan dit ook uitstekend. Behalve financiering voor je onderneming bouw je meteen een netwerk op van klanten en ambassadeurs.
- **Venture Capital Investeerders (VC)** Een VC investeert geld in ruil voor (nieuw uit te geven) aandelen. Een goede VC zal als partner optreden: hij is kritisch en investeert kennis en zijn netwerk om je bedrijf tot een succes te maken. Het is dus belangrijk dat er een goede klik is om te voorkomen dat hulp als bemoeienis wordt ervaren.
- **Private Equity Investeerders (PE)** Een PE koopt aandelen in je bedrijf van een andere aandeelhouder (en het geld dus niet in het bedrijf komt). Deze investeerders zijn vooral interessant voor winstgevende bedrijven.

Als innovator komt er een dag dat je het niet meer redt met je eigen geld en inzet en je externe financiering nodig hebt. De – niet limitatieve – lijst hierboven geeft een idee van

de verschillende mogelijkheden. In de praktijk werkt een combinatie goed: dus innovatief borgstellingskrediet, subsidie, orders van klanten én een investeerder.

Hoe werkt een VC ?

Op het moment dat je met een VC te maken krijgt is het van belang om te weten wat de VC voor jou kan betekenen (en vooral ook wat niet) en hoe een VC zijn geld verdient.

Een goede VC biedt naast geld ook kennis en een netwerk. Vooral investeerders met een duidelijke focus kunnen daarbij helpen. Belangrijker is vaak nog dat een professional met kritische vragen aan tafel zit. Dit kan enorm helpen bij het professionaliseren van het bedrijf: maken van een duidelijk plan, meten of je verwachtingen ook uitkomen en waarom (niet), budgetten, maandcijfers, en het kritisch kijken naar je sales-funnel.

Een VC is ook een “gewoon” bedrijf dat door geld slim te investeren winst wil maken. Een VC investeert in de praktijk in 1 à 2 van de 100 plannen die aangeboden worden. Slechts enkele bedrijven worden uiteindelijk een succes. Het is voor de VC de kunst om uit het grote aantal voorstellen de bedrijven te selecteren met het meeste potentieel en die vervolgens te helpen succesvol te worden.

Op het moment dat een VC instapt is er vaak nog sprake van een verlieslatend bedrijf. Omdat er geen winst is en normale bedrijfsfinanciering nog niet mogelijk is, is het risico voor de investeerder dus ook groter. Om die reden zal een VC dus ook andere eisen stellen aan een bedrijf dan bijvoorbeeld een PE investeerder, zoals een hogere groei.

Een rekenvoorbeeld

Een VC investeert in 10 bedrijven elk 1 miljoen euro. De vier slechtst presterende kunnen met 50% verlies verkocht worden en de twee best presterende voor 5x het geïnvesteerde kapitaal. Het werk zit in de vier andere bedrijven, daar weet de investeerder zijn investering te verdubbelen. De 10 miljoen is dan na 6 jaar 20 miljoen geworden: een rendement (in jargon: IRR) van 12,2%. Dit is beduidend lager dan het rendement bij PE, maar hoger dan het gemiddelde rendement op Venture Capital in Europa (tussen -0,8% en 6,8%, Machado en Raade 2008).

Een VC steekt dus geld in meerdere ondernemingen (en wordt daarmee aandeelhouder) en spreidt daarmee zijn risico. Het doel van de VC is de juiste bedrijven te selecteren en deze door geld en kennis te investeren succesvol te maken. Uiteindelijk leidt dit tot de verkoop van een bewezen veelbelovende technologie (technology exit) of de verkoop van een winstgevend bedrijf (business exit = een private equity transactie).

Op welk moment is er financiering nodig van een VC ?

In VC wordt gesproken over fases en investeringsronden. Er zijn er grofweg 4 te onderscheiden en deze sluiten nauw aan bij de ontwikkeling van ondernemingen.

In de eerste fase ligt de nadruk op technologie (op welke manier kan ik dit probleem oplossen). De laatste fase kenmerkt zich door een veel duidelijker onderneming waar in geïnvesteerd wordt en lijkt al enigszins op PE investeringen. In de tussenliggende fasen is de belangrijkste uitdaging het ombouwen van een productgericht project naar een marktgerichte onderneming. Dit kan in de praktijk behoorlijk lastig zijn, omdat dat een verandering van denkwijze vereist. Alles wat eerst belangrijk leek is nu niet meer zo belangrijk en andersom.

Overzicht van de fases van investeringen:

- **Idee generatie en pre-seed financiering**

Onderzoek zal niet snel gefinancierd worden door een VC. De eerste fase waarin VC's kunnen worden ingezet is als er een oplossingsrichting is voor een bepaald probleem ("proof of principle") tot de

ontwikkeling van een prototype ("proof of product"). Dit type investeringen zit vaak nog dicht tegen (research)subsidies aan en zal vaak bestaan uit de combinatie van subsidies, leningen en privaat geld. In Nederland spelen RVO en de regionale investeringsmaatschappijen een belangrijke rol in deze fase. Specifiek voor eHealth zijn verzekeraars ook vaak bereid om subsidies te verstrekken of om te investeren.

- **Seed financiering** Zodra er een eerste prototype of klant is en het duidelijk is wat er ontwikkeld moet worden, komen Seed-fondsen in beeld. In Nederland zijn veel van deze fondsen gedeeltelijk gefinancierd met de "Seed faciliteit" van RVO of verbonden met regionale partijen. Daarnaast spelen ook informal investors (rijke particulieren of oud-ondernemers) een rol in deze financieringsfase. Deze fase leidt tot een onderneming die georiënteerd is op zijn klanten (proof of sales).
- **Groeifinanciering** Zodra klanten het product gebruiken en de sales uitgebreid kan gaan worden is er sprake van groeifinanciering. Er is nog steeds sprake van verliesfinanciering,

maar die wordt steeds beter gedekt door de bruto marge die op de producten wordt gemaakt. Een succesvolle groeifinanciering leidt tot bewijs van een levensvatbare onderneming (proof of market).

- **Expansiefinanciering** De laatste fase in Venture Capital financiering is expansie- of “later stage”-financiering. Veel investeerders in dit segment willen investeren in bedrijven die in elk geval (flinke) omzet maken en bij voorkeur ook winst. Het geld is nodig om de groei te kunnen versnellen, bijvoorbeeld in nieuwe markten (geografisch of product).

Welk type investeerder past bij mij?

Er zijn vele typen investeerders in (pre)seed en groeifinanciering: oud-ondernemers, verzekeraars, (regionale) overheden, grote bedrijven, etc. Belangrijker dan de vraag waar het geld vandaan komt is of je in staat bent met de investeerder (bedrijf en persoon) samen je business op te bouwen. Een aandeelhouder is iemand waar je later – op de meest kritische moment – samen problemen mee te lijf zal moeten. Een investeerder waar je een klik mee

hebt en die je op die lastige momenten kan helpen is goud waard.

Waar let een VC op bij een investeringsverzoek ?

Mocht je tot de conclusie komen op zoek te gaan naar een VC, zorg dan dat je een duidelijk beeld hebt van de markt, de kansen en zwakheden van je oplossing en de mogelijkheid die je biedt om samen een mooi bedrijf te bouwen en daar geld aan te verdienen. Om de kans op succes bij een investeerder enigszins te vergroten enkele tips waaraan een eHealth investeringsvoorstel in elk geval moet voldoen:

- **Kies je businessmodel: techniek of klant**
Veel ondernemers in eHealth maken deze keuze niet duidelijk, terwijl het twee hele andere modellen zijn.
- **Techniek:** Alleen hele slimme technologie, die uniek (patenteerbaar) is en wereldwijd in te zetten komt in aanmerking. Er moet een echt voordeel zijn ten opzichte van commodities (PC's, tablets, telefoons, etc.) en dat moet ook door de klant worden erkend.

Vervolgens zal geïnvesteerd moeten worden in productie, cost-leadership en volume voor een wereldwijde afzetmarkt.

- **Klant:** Geen eigen technologie ontwikkelen, maar gebruiken wat beschikbaar is (met eventueel enkele kleine aanpassingen). Het businessmodel hier is om beter dan alle anderen te snappen hoe het Nederlandse zorgmodel in elkaar zit en weten wat de klanten in Nederland willen kopen, om dat vervolgens – naadloos passend in de zorgprocessen – aan te bieden.
- **Wat voeg je toe in de waardeketen** De zorg gaat over het verlenen van zorg en niet over het gebruiken van gadgets. Alleen als je een duidelijke propositie hebt in de waardeketen zullen particulieren en instellingen het product kopen en gebruiken.

- **Pas je in het zorgmodel** De zorg is heel bureaucratisch georganiseerd. Als een instelling per uur betaald krijgt en jij kan met slimme techniek de behandeltime verkorten, dan krijgt de instelling dus minder betaald als ze die slimme techniek aanschaffen. Denk van tevoren na over het verdienmodel om het te laten passen.

En let verder op:

- Zorg voor een goede roadmap. “Het product is nooit af”. Iedere keer als de ondernemer bij potentiële klanten komt, zijn er wel weer zaken die nog beter kunnen. Met een roadmap zorg je dat je verkoopt en blijft doorontwikkelen. Laat klanten alleen meepraten over het volgende product als ze het huidige hebben gekocht en accepteer, zeker in de beginfase, dat er nog onvolkomenheden kunnen zijn.
- Zorg voor een goede marketingstrategie. “Ook een goed product verkoopt zichzelf niet”. De founder van de ondernemer (vaak de “uitvinder”) denkt dé oplossing te hebben, maar op de een of andere manier komen de klanten niet meteen naar de founder toe om het product te kopen. Het probleem is dat de klant helemaal niet zo erg bezig is met dit probleem en de oplossing niet zo ideaal is als hij eerst dacht (nog niemand gebruikt het, inkoopafdeling doet moeilijk, praktische bezwaren).
- Verkoop is een vak (dat je zelf moet leren). Het beeld is vaak dat het aannemen van een verkoper alles oplost: “Dit is een geweldig product, het moet alleen nog verkocht worden en daar ben ik gewoon niet zo goed in. Weet je, ik neem iemand aan die het moet gaan verkopen”. Als founder weet je het beste welk probleem je wilde oplossen en waarom dit de beste oplossing is. Of je het nu wilt of niet, je zal zelf moeten verkopen, eventueel ondersteund door een verkoopteam of gecoached door een goede marketeer of verkoper.
- Zorg voor voldoende cash. “Het duurt twee keer zo lang, zelfs als je er rekening mee houdt dat het twee keer zo lang duurt...”. En dit gaat helemaal op voor de zorg en nog meer voor nieuwe technologieën, waar niet een

directe noodzaak voor bestaat. Zorg dus dat je voldoende tijd neemt voor het verkooptraject en zorg dat je ruim gefinancierd bent, of een investeerder hebt die ook in moeilijke tijden door wil gaan. Dit neemt niet weg dat je wel voortgang moet kunnen laten zien.



CROWDFUNDING ALS VERSNELLER VAN EHEALTH

Mark Lenssen

Investeerders vinden voor het financieren van zorginnovaties is, vooral in de onzekere opstartfase, een moeilijke opgave. Hierdoor krijgen veelbelovende innovaties niet de gelegenheid zich te bewijzen. Crowdfunding kan een deel van deze investeringsbehoefte invullen door een groot aantal individuen een relatief laag bedrag te laten investeren in een dergelijke innovatie. Naast het invullen van de investeringsbehoefte wordt op deze manier een netwerk van ambassadeurs gecreëerd die met hun kennis van en netwerk in de zorg de ontwikkeling van de innovatie daadwerkelijk kunnen versnellen. Crowdfunding initiatief Zorgfundus wil dit gedachtegoed implementeren door de samenwerking met bestaande netwerken in de zorg op te zoeken. Investeringsbehoefte zorginnovaties moeilijk in te vullen

Zorginnovaties kunnen tegenwoordig rekenen op een warme belangstelling als middel om de betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg te waarborgen. Desondanks

blijft het moeilijk om innovatie daadwerkelijk van de grond te krijgen. Eén van de redenen is de terughoudendheid van traditionele kapitaalverschaffers om te investeren in innovaties, zeker wanneer deze zich nog in een zeer onzekere opstartfase bevinden. Crowdfunding kan een zeer effectief middel zijn om in (een deel van) de financieringsbehoefte te voorzien.

Wat is crowdfunding

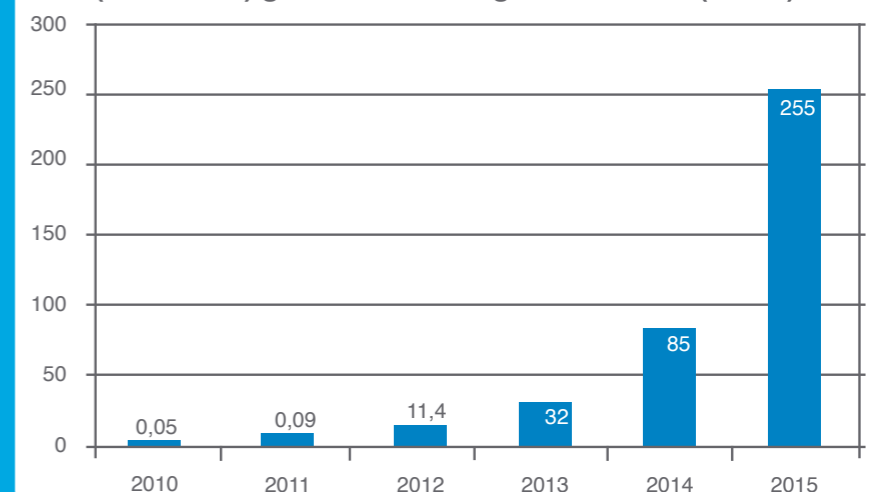
Crowdfunding biedt ondernemingen een platform om in plaats van of in combinatie met de traditionele kapitaalverschaffers (zoals banken en investeerders) alternatief kapitaal aan te boren bij de (potentiële) consument en andere stakeholders, waarmee zij haar plannen kunnen realiseren. De ondernemer plaatst op een website zijn of haar propositie, waarin investeerders vanaf een relatief laag bedrag kunnen investeren. In het kader hiernaast wordt een aantal vormen van crowdfunding getoond die op dit moment gangbaar zijn.

Vormen van crowdfunding

Op dit moment zijn de volgende vormen van crowdfunding gangbaar:

- **Donaties / schenking:** de investeerder schenkt een bedrag en verwacht hier geen directe presentatie voor terug, bijvoorbeeld in geval van fundamenteel wetenschappelijk onderzoek.
- **Voorverkoop:** de investeerder betaalt een bedrag waarmee een product of dienst wordt ontwikkeld en geproduceerd. Wanneer het product of dienst daadwerkelijk op de markt is ontvangt de investeerder een exemplaar hiervan, gratis of tegen een afgesproken korting.
- **Obligatielening:** de investeerder verschaft de onderneming een lening tegen een afgesproken rentepercentage en gedurende een bepaalde looptijd. Tijdens of na afloop van deze looptijd betaalt de onderneming het bedrag, vermeerderd met de afgesproken rente terug.
- **Aandelen:** de investeerder krijgt in ruil voor de investering (certificaten van) aandelen in de betreffende onderneming en profiteert van een eventuele waardeverhoging van deze aandelen bij verkoop.
- **Converteerbare lening:** de investeerder verschaft de onderneming een lening, die binnen een afgesproken termijn geconverteerd kan worden tegen aandelen, tegen een ondernemingswaarde die op dat moment wordt vastgesteld.

(Verwachte) groei crowdfunding in Nederland (€ mln)



In 2013 is in Nederland ruim €32 miljoen via crowdfunding bemiddeld. Naar verwachting groeit dit de komende jaren naar enkele honderden miljoenen euro's per jaar. Bij een gemiddelde transactie zijn ongeveer 100 tot 200 investeerders betrokken.

Crowdfunding in de zorgsector

Bestaande crowdfunding initiatieven binnen de Nederlandse zorgsector zijn tot nu toe (met wisselend succes) met name gericht op het werven van donaties ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek. Crowdfunding in de vorm van een tegenprestatie (aandelen, rente of product) is nog niet op grote schaal toegepast in de zorgsector terwijl het juist een sector is waarin crowdfunding een bijdrage kan leveren in het stimuleren van de gewenste innovatie.

Het voeren van een crowdfunding campagne is niet eenvoudig. Allereerst kost de voorbereiding en uitvoering van een campagne veel inspanning en energie. Er komt meer bij kijken dan alleen het plaatsen van een propositie op een website. Zo is het belangrijk om continu aandacht te

krijgen voor de propositie door bijvoorbeeld relevante media te benaderen en bijeenkomsten te organiseren waar de innovatie aan een groep geïnteresseerden gepresenteerd wordt. Daarnaast vergt het lef van de ondernemer om een campagne te voeren. Het verloop van de campagne is erg zichtbaar voor iedereen, wat plezierig is wanneer de campagne de vaart erin heeft en een succes wordt, maar minder plezierig is wanneer de campagne niet van de grond komt.

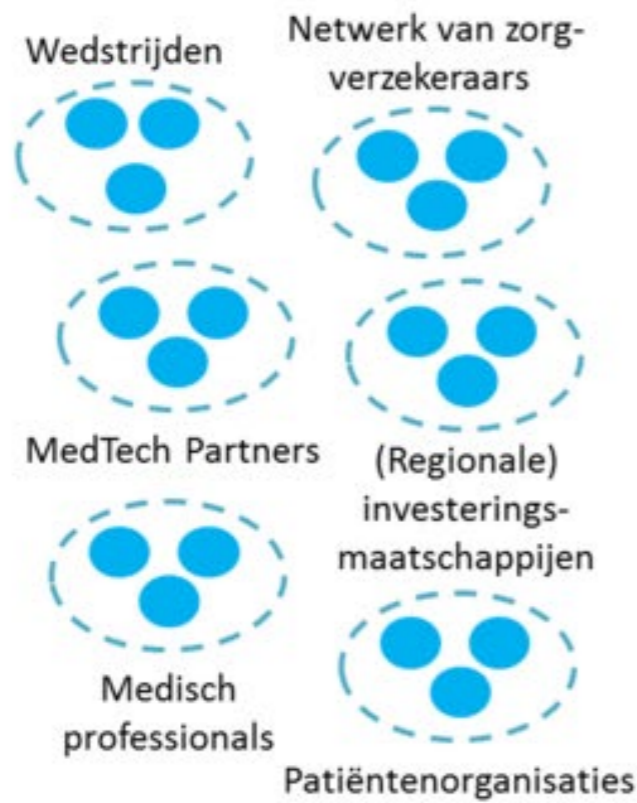
Een belangrijk element in de voorbereiding van de campagne is dan ook het toetsen van de propositie binnen het persoonlijke en de zakelijke netwerk van de ondernemer achter de innovatie en te inventariseren of dit netwerk bereid is hierin te investeren.

De zorgsector heeft één groot voordeel ten opzichte van andere sectoren: de aanwezigheid van vele 'netwerken'. Aan de ene kant zijn er (regionale) innovatienetwerken zoals MedTechPartners en Health Valley, waarbij ondernemers de gelegenheid krijgen zich

te presenteren aan mogelijke partners. Aan de andere kant zijn er netwerken die een achterban vertegenwoordigen met affiniteit met, en kennis van de zorg. Voorbeelden hiervan zijn patiëntenorganisaties en organisaties voor medische professionals. Een crowdfunding campagne kan samenwerking stimuleren tussen deze netwerken en individuele investeerders de gelegenheid geven te investeren in innovaties die zij interessant vinden. En in dat geval willen deze investeerders niet alleen geld beschikbaar stellen maar ook hun expertise en netwerk inzetten om van de innovatie een succes te maken.

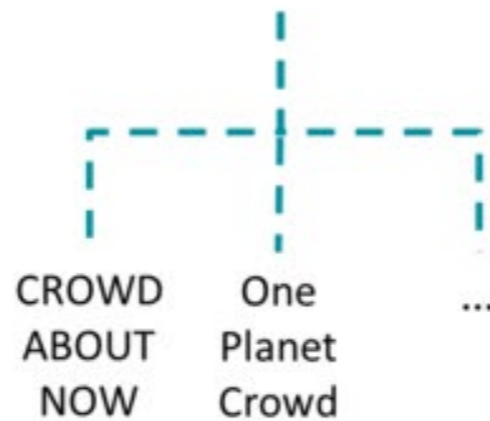
Het crowdfunding initiatief Zorgfundus is in de loop van 2014 gestart om deze netwerkgedachte daadwerkelijk in de praktijk te brengen en inmiddels is de eerste crowdfunding campagne volgens dit concept succesvol afgerond.

Netwerken met toegang tot innovatieve ideeën en proposities

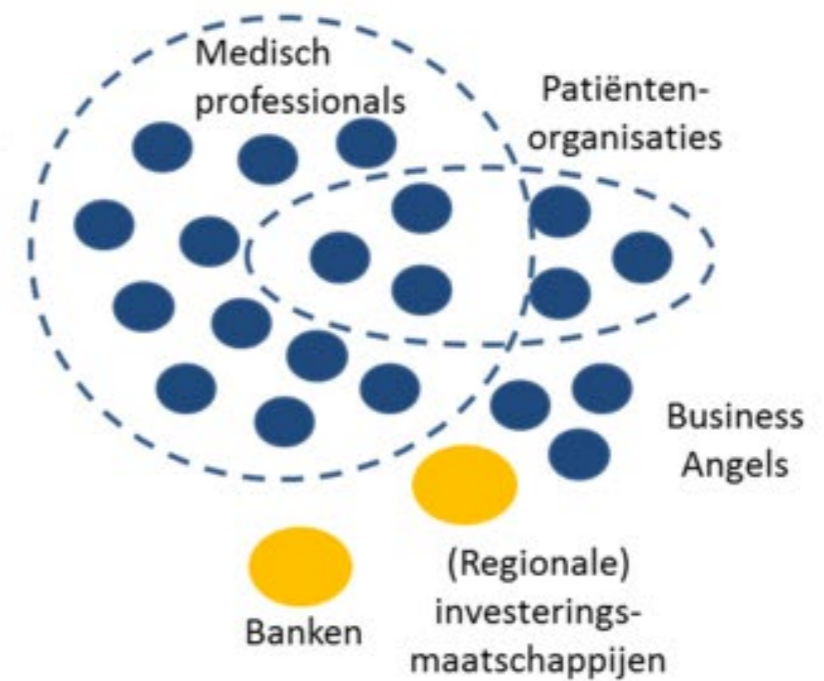


● Innovatieve ideeën / proposities

Zorgfundeurs
SAMEN INVESTEREN IN DE TOEKOMST



Netwerken van (individuele) investeerders met kennis en netwerk in de zorg



● Individuele investeerders
● Institutionele investeerders



The eNose Company heeft de AeonoseTM ontwikkeld. Dit apparaat kan aan de hand van ademanalyse vaststellen of er sprake is van aandoeningen zoals hoofdhalskanker. De patiënt blaast gedurende 5 minuten in het apparaat. Vervolgens wordt aan de hand van statistische analyses een 'foto' gemaakt van de ademsamenstelling. Deze wordt hierna vergeleken met een gezonde populatie en de populatie met de betreffende aandoening en kan binnen 15 minuten worden vastgesteld of de betreffende patiënt daadwerkelijk de aandoening heeft. Op deze wijze kan de diagnostiek sneller, goedkoper én patiëntvriendelijker uitgevoerd worden. De kosten van het apparaat bedragen eenmalig ongeveer €600, terwijl per test €100 wordt gerekend, vele malen goedkoper dan de huidige diagnostiek.

Voor hoofdhalskanker is een succesvolle pilot afgerond in samenwerking met Maastricht UMC+, waarover gepubliceerd is in de Laryngoscope. Op dit moment vinden vervolgstudies plaats. Daarnaast zijn pilots opgestart voor andere aandoeningen zoals longkanker, darmkanker, borstkanker en hartfalen.

In de zomerperiode van 2014 heeft The eNose Company €395.000 opgehaald bij ruim 130 investeerders middels een achtergestelde converteerbare lening. De investeerders ontvangen 6% rente op jaarbasis gedurende vijf jaar en krijgen éénmalig binnen drie jaar de gelegenheid om deze lening te converteren naar aandelen tegen een korting op de dan vastgestelde bedrijfswaarde. Het geld zal gebruikt worden om de introductie van de AeonoseTM te versnellen. Naast het ophalen van dit bedrag heeft de campagne geleid tot veel publiciteit met onder meer artikelen in Zorgvisie, Skipr, MedicalFacts, het Financiële Dagblad en een radio-optreden bij BNR Gezond. Daarnaast hebben patiëntenorganisaties

en organisaties voor medisch professionals aandacht besteed aan de campagne aan de hand van publicaties op websites, nieuwsbrieven en Twitter-berichten. Dit heeft er mede toe geleid dat het bedrijf versneld in gesprek is geraakt met zorgverzekeraars en ziekenhuizen om het apparaat, in eerste instantie parallel aan bestaande diagnostiek, te testen. De relatief lage kosten van het apparaat en de analyses maken dit mogelijk.

Crowdfunding en ehealth-innovaties

Bovenstaand voorbeeld toont aan dat crowdfunding daadwerkelijk als versneller kan fungeren bij de ontwikkeling van zorginnovaties. Dat wil niet zeggen dat crowdfunding in alle gevallen toepasbaar zal zijn. Voor het welslagen van een campagne en de ontwikkeling van de innovatie hierna is een aantal criteria van belang:

- De ondernemer ziet crowdfunding niet als laatste redmiddel om de benodigde financiering ingevuld te krijgen, maar ziet ook nadrukkelijk de strategische waarde om met behulp van crowdfunding zijn netwerk te

activeren en uit te breiden. En daarnaast is de ondernemer bereid om een aanzienlijk deel van zijn tijd hierin te steken;

- De innovatie levert een aantoonbare toegevoegde waarde op het gebied van betaalbaarheid, kwaliteit en/of toegankelijkheid van de zorgsector. Alleen in dat geval is het mogelijk om bestaande netwerken te enthousiasmeren om de innovatie bij haar achterban over het voetlicht te brengen;
- Zeker in het geval van eHealth toepassingen is het business model van groot belang. Met andere woorden: wie is bereid om voor de dienst te betalen? Is/wordt het naar verwachting onderdeel van de verzekerde zorg of gaat de gebruiker uiteindelijk zelf betalen? Alleen met een realistisch business model is het mogelijk om beloofde rendementen voor crowdfunding investeerders te realiseren. Zonder business model kan de 'donatievorm' toegepast worden, wat bijvoorbeeld bij wetenschappelijk onderzoek gebeurt. Ervaring wijst echter uit dat de bedragen die hiermee tot nu toe worden opgehaald beperkt zijn;

- Bij een grootschalige crowdfunding campagne is een aanbeveling vanuit een (academisch) ziekenhuis en/of kennisinstituut van grote toegevoegde waarde. Gezien de relatief kleine bedragen zullen potentiële crowdfunders geen uitgebreide due diligence naar de innovatie doen, zoals professionele investeringsmaatschappijen dat wel plegen te doen. Ook zullen ze eerder vertrouwen op de opinie van een onafhankelijk instituut over de medisch inhoudelijke meerwaarde;
- Tenslotte is het zeer wenselijk indien een deel van de investeringsbehoefte wordt ingevuld door een professionele investeerder die een due diligence heeft uitgevoerd. Voor de kleinere investeerders is dit een duidelijk signaal dat de verwachte risico/rendementsverhouding marktconform is.

Bovenstaande neemt niet weg dat iedere individuele investeerder, zeker bij crowdfunding, zijn of haar eigen afweging dient te maken over het wel of niet investeren in een innovatie en zo ja, met welk bedrag. De antwoorden op deze vragen hangen sterk af van de persoonlijke

situatie van de potentiële investeerder (zoals beschikbaar vrije vermogen en de persoonlijke risicobereidheid).

Tot slot

Crowdfunding kan een uitstekend instrument zijn om de ontwikkeling van zorginnovaties te versnellen. Zij kan voorzien in (een deel van) de financieringsbehoefte en kan daarnaast worden ingezet om een netwerk van betrokken individuen te vormen rondom een innovatie die niet alleen financiële middelen beschikbaar stellen, maar daarnaast hun kennis van en de netwerk in de zorg beschikbaar willen stellen om van de innovatie een succes te maken. De ondernemer dient van te voren goed af te wegen of crowdfunding voor zijn of haar innovatie toegevoegde waarde heeft.



**KWALITEIT
VAN ZORG**

PATIËNTVEILIGHEID & EHEALTH

Jan Vesseur

Patientveiligheid en eHealth hebben erg veel met elkaar te maken. eHealth omvat een techniek die wordt ingezet om de zorg voor de patiënt en cliënt te verbeteren en daarmee vaak ook de veiligheid te vergroten. Toch gaat er ook veel mis met de toepassing van eHealth technieken. Zorgvuldige toepassing is noodzakelijk. In deze bijdrage wordt aangegeven wat er toe kan bijdragen dat eHealth veilig en verantwoord kan worden toegepast.

Patiëntveiligheid

De laatste 15 jaar is er veel aandacht voor patiëntveiligheid. Met de publicatie in 1999 van 'To Err Is Human' van het Institute of Medicine uit de Verenigde Staten realiseren we ons wereldwijd dat zorg ook gepaard gaat met onveiligheid. De patiënt loopt tijdens zijn behandeling in de zorg een gerede kans op schade die blijvend is. Er is zelfs een kans op overlijden, terwijl dat te vermijden was geweest. Ook in Nederland zijn daar gegevens over beschikbaar. Zie daarvoor de publicaties van

het NIVEL over de Monitor zorggerelateerde schade in ziekenhuizen (over 2004, 2010 en 2011/2012). Sinds de publicatie zijn tal van initiatieven genomen om de veiligheid in de zorg te vergroten. Het bekendste programma betreft het VMS Veiligheidsprogramma in ziekenhuizen, dat liep van 2007 tot en met 2012. Binnen dit programma implementeerden ziekenhuizen een veiligheidsmanagementsysteem en zorgden zij voor de invoering van interventies op tien thema's waarvan bekend is dat daar veel vermijdbare schade bij optreedt. Uit de laatst gepubliceerde Monitor van het NIVEL in 2011/2012 bleek dat het aantal potentieel vermijdbare doden in de periode 2004 – 2011/2012 van 1735 tot 970 was gedaald!

eHealth en medische technologie

Technologie, in het bijzonder medische technologie, heeft enorm bijgedragen aan de mogelijkheden van de zorg om de kwaliteit van leven van patiënten te verbeteren. De kwaliteit van zorg is hoe dan ook beter geworden door technische mogelijkheden. Stel je voor dat de

huidige technologie niet meer beschikbaar zou zijn. De patiënt zou een veel kleinere kans hebben op een juiste diagnose en op een succesvolle behandeling. Toch kwam uit het onderzoek van het NIVEL naar voren dat veel van de in Nederland gevonden vermijdbare schade en overlijden te maken heeft met tekortkomingen die gerelateerd zijn aan medische technologie. Dit betreft zowel de kwaliteit van de medische hulpmiddelen zelf als de toepassing door zorgprofessionals van medische hulpmiddelen.

Het convenant 'Veilige toepassing van medische technologie in ziekenhuizen' is een van de resultaten van de toegenomen aandacht voor het verbeteren van de kwaliteit van en de toepassing van medische hulpmiddelen. In het convenant worden afspraken gemaakt over wie, waar verantwoordelijk voor is en wat er moet gebeuren om de juist voorwaarden te creëren voor een veilige toepassing van medische hulpmiddelen. Er wordt op dit moment veel aandacht geschonken aan een goede naleving van het convenant.

Hoe kijken we met deze wetenschap aan tegen eHealth? Het ligt zeer voor de hand een vergelijking met medische hulpmiddelen te maken. Sterker nog, veel, heel veel eHealth betreft medische technologie. Omdat het begrip eHealth lastig is en er in dit boek ongetwijfeld heel veel definities zullen passeren beschouwen we in dit geval eHealth maar als alles wat de toepassing van ICT in de zorg betreft. Domotica betrekken we hier ook bij. Met zorg wordt alle zorg bedoeld; zowel intra- als extramuraal, zowel cure als care en zowel nulde-, eerste-, tweede- als derde-lijns zorg.

Incidenten en eHealth

Ook bij de toepassing van eHealth komen incidenten voor en lopen patiënten kans op schade. Er zijn zelfs patiënten die al schade hebben opgelopen die gerelateerd is aan de toepassing van eHealth. De inspectie voor de gezondheidszorg behandelt gemiddeld twee meldingen per week waar de (toepassing van) ICT een rol bij speelt. Waar gaat het dan om? Het betreft vooral gegevens die niet beschikbaar zijn op het moment dat dat nodig was, gegevens

die verminkt beschikbaar komen, interfaces die niet blijken te functioneren, apparaten die niet blijken te functioneren, beveiligingsmaatregelen als alarmeringssystemen of camera's die onvoldoende blijken te zijn, etcetera. De oorzaken zijn legio en zeer divers. Een opsomming:

- De eHealth toepassing blijkt onvoldoende aan te sluiten bij de zorgvisie van de instelling;
- Bij de aanschaf ontbreekt een programma van eisen;
- Er is geen prospectieve risicoanalyse uitgevoerd voor de introductie van de eHealth toepassing;
- Er is een onvoldoende validatie bij ingebruikname;
- Er is onvoldoende oog voor een zorgvuldige implementatie (zowel organisatorisch als technisch);
- Er is onvoldoende afstemming van de werkprocessen;
- De verantwoordelijkheden zijn onvoldoende belegd;

- Er is onvoldoende deskundig personeel;
- De toepassing sluit onvoldoende aan bij de mogelijkheden van de patiënt/cliënt;
- De techniek of infrastructuur faalde;
- Het onderhoud van de apparatuur blijkt onvoldoende geborgd;
- Er is onvoldoende standaardisatie.



eHealth en zorgverbetering

Dan maar geen eHealth? Natuurlijk niet.

Innovatie in de zorg moet. De patiënt heeft er baat bij en daar gaat het om. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft in haar brief 'eHealth en zorgverbetering' aan de Tweede Kamer van 2 juli 2014 duidelijk laten blijken dat ze eHealth belangrijk vindt en de implementatie ervan van harte steunt. Ze heeft daarbij drie ambities uitgesproken.

- Binnen 5 jaar heeft 80% van de chronisch zieken direct toegang tot bepaalde medische gegevens;
- Van de chronisch zieken (diabetes, COPD) en kwetsbare ouderen kan 70% binnen 5 jaar zelfstandig metingen uitvoeren;
- Binnen 5 jaar heeft iedereen die zorg en ondersteuning thuis ontvangt de mogelijkheid om via een beeldscherm 24 uur per dag met een hulpverlener te communiceren. Naast beeldschermtechnologie wordt hierbij ook domotica ingezet.

De minister doet ook een oproep om bij de inzet eHealth zorgvuldig te werk te gaan, want eHealth

maakt inmiddels deel uit van het (primaire) zorgproces. De zorgaanbieder heeft de verantwoordelijkheid om de eHealth toepassing verantwoord te in te zetten. Kaders hiervoor zijn de Wet op de medische hulpmiddelen en de Kwaliteitswet.

De toezichthouder IGZ zal optreden wanneer risico's voor de patiëntveiligheid zich voordoen. Om die reden heeft de inspectie in 2013 het veld uitgebreid voorgelicht en handhaaft zij vanaf 2014 eHealth technologie die onder de termen van de Wet en het Besluit op de medische hulpmiddelen valt. Dit is (grotendeels) het geval wanneer een product diagnostische of therapeutische functionaliteit heeft. Ook is zij nauwgezet bezig de implementatie van het convenant medisch technologie te monitoren.

Tot slot

Patiëntveiligheid en eHealth zijn dus sterk gerelateerd. eHealth kan een bijdrage leveren om de patiëntveiligheid te vergroten maar kan daar ook een bedreiging voor zijn.

Verantwoorde toepassing is daarom een vereiste. Er zijn al meerdere handreikingen om de toepassing van ICT en eHealth te verbeteren en kwalitatief te borgen, zoals het initiatief van ZelfzorgOndersteund.nl en de door hen opgezette toetsing aan basiseisen voor leveranciers van zelfzorg.

Wellicht kan in navolging van het convenant 'Veilige toepassing medische technologie in ziekenhuizen' een convenant 'Veilige toepassing eHealth/domotica in de zorg' bijdragen aan een breed gedragen standpunt over een verantwoorde toepassing van eHealth/domotica.

Inspectie voor de gezondheidszorg

September 2014

EHEALTH EN KWALITEIT VAN ZORG

Hans Ossebaard

eHealth is het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren. In de eerste plaats gaat eHealth over een andere, plaats- en tijdsafhankelijke, wijze van zorgverlening. Daarnaast maakt de digitale revolutie ook nieuwe zorginhoud mogelijk, zoals ‘blended care’ in de geestelijke gezondheidszorg waar de reguliere behandeling wordt gecombineerd met online interventies.

Verder speelt eHealth een rol in de zorgondersteuning; het secundaire proces van logistiek, administratie, afspraaksystemen, prestatiemetingen, dossiervoering [1]. De verwachtingen rond eHealth zijn hooggespannen. Het zou de mogelijkheden voor zelfzorg, zelfregie en participatie van patiënten versterken. Het zou bereik en impact van ziektepreventie en gezondheidsbevordering verhogen. Het zou de noodzakelijke zorginnovatie kunnen aandrijven. Het zou arbeid

en kosten besparen. eHealth, kortom, zou borg staan voor betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de gezondheidszorg. Daarover is nauwelijks discussie. In korte tijd zijn alle stakeholders in de zorg, stakeholders in eHealth geworden. Is er eigenlijk wel grond voor dit optimisme? Verbeterd eHealth de patiëntveiligheid en de kwaliteit van zorg? Wat zijn de opties anno nu?

Kwaliteit in de zorg

‘Kwaliteit’ mag een van de meest gebruikte termen in de gezondheidszorg zijn, er bestaat geen alom aanvaarde definitie. In de woordenlijst ‘Kwaliteit van zorg’ die door de toenmalige Regieraad Kwaliteit van Zorg is samengesteld om de ‘eenheid van taal’ in de zorg te bevorderen staat onder ‘Kwaliteit’:

“Geheel van eigenschappen en kenmerken van een product of dienst, dat van belang is voor het voldoen aan gestelde eisen of vanzelfsprekende behoeften. Een operationele definitie van kwaliteit is: ‘(steeds beter) voldoen aan de noden en wensen van de klant’. Een externe klant in de zorgsector kan bijvoorbeeld de patiënt of de zorgverzekeraar zijn. Intern zijn onder meer zorgverleners, afdelingen en diensten ‘klant’ van elkaar. Kwaliteit heeft professionele, organisatorische en relationele aspecten.” [2]

Een erg brede definitie. Het gezaghebbende Amerikaanse Institute of Medicine benoemde zes componenten voor kwaliteitszorg in de 21e eeuw: veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, tijdigheid, doelmatigheid en rechtvaardigheid [3]. Eind vorige eeuw probeerden we deze zaken vooral met keurmerken te regelen. Nog steeds wordt kwaliteit middels informatie van de zorgaanbieders in beeld gebracht: bijvoorbeeld via enquêtes, declaratiebestanden of klinische registraties.

Maar tegenwoordig zijn ook patiënten/ cliënten een belangrijke informatiebron die kwaliteitsinformatie voortbrengt via ervaringsvragenlijsten, PROMs of websites als Zorgkaart Nederland. Een ingelijst HKZ certificaat aan de muur is tenslotte geen garantie dat er ook in de praktijk goede zorg wordt geleverd aan wie die daarin centraal behoren te staan: de patiënten. Hun oordeel over behandeling en bejegening draagt steeds meer bij aan inzicht in de kwaliteit van zorg. Uitkomstindicatoren die de patiëntervaring meten lijken daarvoor belangrijker te worden dan procesindicatoren. Die laatste relateren niet altijd aan de klinische uitkomsten en zeggen uiteindelijk ook niet zoveel over kwaliteit van zorg.

Zo vonden Nicholas et al. (2010) dat de mate waarin ziekenhuizen zich aan de richtlijnen houden weinig zegt over chirurgische uitkomsten, zoals operatieve sterfte [4]. Kwaliteit gaat ook weer niet uitsluitend om uitkomsten. Procesindicatoren, zoals patiëntgerichte zorg, gezamenlijke besluitvorming of klantvriendelijke

logistiek in het ziekenhuis, worden door patiënten wel gewaardeerd als kenmerkend voor kwaliteit. Zo vonden Rademakers et al. (2011) dat de ervaring met de arts-patiënt communicatie grotendeels de tevredenheid met de zorg bepaalt en dat door de patiënt gerapporteerde uitkomsten (bijv. lichamelijk functioneren) er minder toe doen voor de beoordeling van de zorg [5].

Tegenwoordig bepalen zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en zorgverleners gezamenlijk hoe kwaliteit van zorg er uit moet zien. Op 1 april 2014 is de 'Wijziging van de Wet cliëntenrechten zorg en andere wetten in verband met de taken en bevoegdheden op het gebied van de kwaliteit van de zorg' in werking getreden. Daarmee is Zorginstituut Nederland ontstaan.

Onderdeel daarvan is het Kwaliteitsinstituut dat als wettelijke taak heeft de kwaliteit van zorg te bevorderen door zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en zorgverleners te helpen bij het ontwikkelen van kwaliteitsstandaarden,

deze te registreren en te ontsluiten. Op die manier kunnen alle partijen zien waar welke kwaliteit van zorg wordt geleverd. Dat heet transparantie, en de behoefte daar aan is groot. Alle betrokken partijen zijn om verschillende redenen zeer geïnteresseerd in de relatie tussen de kosten van zorg en de baten ervan.

Burgers in de eerste plaats. Wanneer zij met de zorg in aanraking komen als patiënt, consument, cliënt of mantelzorger, kan deze transparantie behulpzaam zijn bij het maken van passende keuzes. Zij worden tegenwoordig ook meer geacht zelf de regie van hun zorg ter hand te nemen en ook daarvoor is deze informatie van belang. Dat is zonder het gebruik van internet, tablet of smartphone steeds minder voorstelbaar.

Sinds in de jaren negentig het internet voor steeds meer mensen beschikbaar kwam, wordt het veel gebruikt voor het zoeken van medische of gezondheidsinformatie. Met de opkomst van 2.0 technologie zijn de mogelijkheden verder vergroot. Als consument raakte men al snel gewend aan het online raadplegen

van vergelijkende keuze-informatie, maar het 'sociale web' maakte ook echte participatie en communicatie mogelijk. Men deelde ervaringen door beeld, tekst en geluid te uploaden en te voorzien van aanbevelingen of waarderingen. Die digitale informatierevolutie deed zich overal gelden; in het onderwijs, het bedrijfsleven, de journalistiek, de politiek, de kunst, de opvoeding, vrijetijdsbesteding Dus ook in de gezondheidszorg en het bio-medisch onderzoek. Al duurde dat laatste in ons land relatief lang, vergeleken met bijvoorbeeld de reisbranche of de bancaire sector.

eHealth in Nederland

Inmiddels is eHealth niet meer weg te denken uit de Nederlandse gezondheidszorg. Media, vakbladen, wetenschappelijke tijdschriften, politieke en beleidsdocumenten, verzekeraars, zorgaanbieders, kennisinstututen en patiëntenorganisaties berichten uitgebreid, regelmatig en positief over de mogelijkheden van mobiele en internettechnologie in de zorg.

In juni 2012 stuurde de minister van Volksgezondheid een brief over eHealth aan het Parlement [6a] met als bijlage een 'Nationale Implementatie Agenda eHealth' (NIA), opgesteld door KNMG, NPCF en ZN [6b]. De boodschap luidde: eHealth moet zo spoedig mogelijk worden opgeschaald en uitgebouwd. Deze 'NIA-partners' werken daar momenteel hard aan. Zij zijn inmiddels aangevuld met Nictiz, de Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie (VZVZ) en Zorginstituut Nederland. Ruim een half jaar later stuurden de VWS bewindslieden hun beleidsvoornemens naar de Tweede Kamer [7]. In deze gezamenlijke agenda 'Van systemen naar mensen' schreven zij onder meer:

“Met vereende krachten moeten we werken aan een gezondheidszorg waar arbeids- en kostenbesparende technologieën zoals e-health een significante rol spelen. Alleen op die manier kunnen we, bij de toenemende vraag naar zorg, een toekomstige verschraving van zorg voorkomen”

En:

“De structurele toepassing van e-health toepassingen kan mensen ondersteunen bij het zo goed mogelijk inpassen van de ziekte in het leven en daarbij zo gezond mogelijk blijven (zelfmanagement)”

In de Kamerbrief 'e-Health en zorgverbetering'(d.d. 2 juli 2014) stelde de minister nog eens:

“ (...) dat we ons beleid vooral zullen inzetten op het breed benutten van succesvolle e-health initiatieven om zo de zorg te verbeteren en te bereiken dat mensen echt centraal staan in de zorg” [8].

De maatschappelijke, politieke en beleidmatige voorwaarden voor eHealth zijn nog nooit zo gunstig geweest. Daarbij hebben we in ons land een creatief en innovatief bedrijfsleven en een relatief hoog opgeleide bevolking die graag met elektronica omgaat en deze snel domesticceert.

In ons Umfeld - de Europese Unie, de Wereldgezondheidsorganisatie en de Verenigde Naties - zijn de verwachtingen even hoog gespannen. Hier hoopt men dat eHealth bijdraagt aan de oplossing van mondiale problemen in global healthcare: kostenstijging, vergrijzing, multi-morbiditeit, de groei in infectieziekten en het toenemend consumentisme [9].

Echt goed doorgebroken is eHealth echter nog steeds niet. De implementatie is gefragmenteerd, kortademig en kleinschalig en blijft in het algemeen achter bij de verwachting. Dat geldt internationaal, maar ook in ons land. De eHealth Monitor 2013 [10] bevestigde nog eens de vier bekende oorzaken van deze stagnatie: onbekendheid bij patiënten en zorgverleners, gebrek aan regie, gebrek aan standaardisatie, onduidelijkheid over financiering. Zorginstituut Nederland publiceerde in dat verband de notitie 'Wanneer is e-health verzekerde zorg' en een standpunt over de vraag of online behandeling van depressie onder de verzekerde zorg valt [www.zorginstituutnederland.nl]. Ook de andere NIA+ partijen werken er aan om, alleen of

gezamenlijk, dergelijke belemmeringen weg te nemen.

eHealth en Kwaliteit

De relatie tussen eHealth en zorgkwaliteit is veel onderzocht en wordt vaak genoemd als een van de belangrijke redenen om "méér eHealth" te willen. Zorgt eHealth voor meer zorgkwaliteit? Als we het container-begrip eHealth beperken to zorgverlening (eZorg), dan zien we het volgende. In een grote overzichtstudie in opdracht van de Britse National Health Service (NHS) concluderen Sheikh et al. (2011) dat eHealth potentieel de veiligheid en kwaliteit van zorgverlening zou kunnen verbeteren [11]. Potentieel. Dat betekent: mogelijk, eventueel. Zij vervolgen:

"De belangrijkste bevinding uit de analyse van de empirische bewijsvoering - die van wisselende kwaliteit is - (...) is dat er op dit moment nog beperkt bewijs is dat aantoont dat deze technologieën daadwerkelijk uitkomsten voor patiënten verbeteren."

Daadwerkelijk. Dat betekent: feitelijk, in werkelijkheid. Oorzaken genoeg daarvoor. De kwaliteit van het onderzoek is matig: zwakke uitkomstmaten, theorie-arm, overschatting van effect-groottes, te kort lopende interventies, methodologische beperkingen enzovoort. Maar ook de praktijk geeft aanleiding voor de kloof tussen mogelijk en feitelijk: eindgebruikers worden nauwelijks betrokken, de aanname dat een eHealth-interventie altijd en overal voor iedereen werkt, nauwelijks aandacht voor implementatie en dergelijke.

De auteurs blijven nochtans "voorzichtig optimistisch" over dat een aantal eHealth applicaties op den duur toch wel zal kunnen leiden tot verbeteringen in doelmatigheid, uitvoering en zorg. Hun verstandige (beleids-) aanbeveling is dat het toch echt nodig is om de aanspraken op allerlei mogelijke voordelen te temperen, en dat als het gaat om innovaties in de gezondheidszorg, de rol van de gezamenlijke technologische, menselijke en organisatorische factoren even belangrijk is voor succes bij de implementatie.

Daarnaast doen zij nog aanbevelingen voor onderzoekers om onafhankelijke evaluaties van eHealth te laten uitvoeren. Vergelijkbare uitkomsten gaven eerdere overzichtsstudies van bijv. Black et al. (2010) [12] en Ekeland et al. (2010) [13]. Onlangs repliceerden onderzoekers van, onder andere, het Erasmus University Medical Center Rotterdam deze laatste studie om te zien of er sindsdien iets was veranderd voor wat betreft effectiviteit van eHealth interventies voor patiënten met lichamelijke aandoeningen [14].

Zij voerden een zorgvuldige en omvangrijke analyse uit van systematische reviews en meta-analyses. Net als de eerder genoemde auteurs zien zij een enorme toename aan publicaties. Van de 31 gevonden overzichtsstudies waren er 24 (77%) ten beste “veelbelovend” voor wat betreft (kosten)effectiviteit dan wel lieten ze beperkte of inconsistente uitkomsten zien. Een vertrouwd beeld. Slechts zeven overzichtsstudies (23%) lieten onomstotelijk positieve effecten zien op gezondheid of kostengerelateerde uitkomstmaten. Zo waren er gunstige uitkomsten

te melden bijvoorbeeld over telemonitoring van bloeddruk, voorlichting via internet/mobiele telefoon bij diabetes (I en II), en telemonitoring bij hartfalen.

Hoewel dus nog beperkt qua impact op de veelgebruikte, zes kwaliteitscomponenten van het Institute of Medicine [3] geeft dit wel aan waar eHealth momenteel het sterkst is: voorlichting, monitoring, en ondersteuning bij zelfmanagement. Veiligheid, effectiviteit en doelmatigheid manifesteren zich bijvoorbeeld in lagere sterfte, minder opnames, betere laboratoriumwaarden en minder medicijngebruik.

Maar ook in economische voordelen zoals lager zorggebruik, al is de evidentie daarvoor nog niet zeer uitgebreid. Duidelijk zijn ook een significante toename in kennis van hun ziekte onder patiënten, versterking van zelfmanagement en een verbetering van hun kwaliteit van leven (patiëntgerichtheid). Tevredenheid en acceptatie onder patiënten was dan ook vaak hoog.

Vergelijkbare uitkomsten werden eerder gerapporteerd in studies met grote aantallen patiënten zoals het Britse Whole System Demonstrator onderzoek, met meer dan 3000 patiënten (diabetes, hartfalen, COPD) [15]. Andere studies laten iets dergelijks zien voor de geestelijke gezondheidzorg, op terreinen als depressie of alcoholafhankelijkheid [16]. Als het gaat om ePublic Health (m.n. preventie en voorlichting) zijn er eveneens kwalitatieve successen te melden [17]. En een functionerende zorgondersteuning (w.o. logistiek, afspraken, financiën, case-management, kwaliteit) zonder informatie- en communicatietechnologie is niet meer voorstelbaar. Samen met de hoog-ingeschatte, toekomstige ‘potentie’ van eHealth in brede betekenis, zou de kracht dus kunnen liggen in de ondersteuning van de door velen bepleite verschuiving naar een zorgstelsel waarin voorzorg en zelfmanagement een prominente plaats innemen [18].

Verbeterwetenschap

Technologie helpt ons het leven te veraangenamen. Of het nu om elektrisch licht of

stoomtreinen gaat, nieuwe technologieën hebben eigenlijk altijd tot utopische hoop geïnspireerd. Zeker ook tot angst en weerstand, maar de moderne mens omarmt nieuwe technologieën met doorgaans dezelfde optimistische, uit de Verlichting stammende, vooronderstellingen.

Technologie brengt tenminste universele rijkdom binnen ons bereik, alsook meer vrijheid en gezondheid, gemeenschapszin en ware individuele vervulling. In het geval van informatie- en communicatietechnologie werd dat nog versterkt door de opkomst van een 'virtuele klasse' van jonge, stedelijke, internationaal georiënteerde professionals voor wie deze technologie uiteenlopende (cyberculturele en economische) waarden symboliseerde.

Dit techno-utopisme belemmert ons in eHealth. Te hoge verwachtingen kunnen diepe teleurstelling geven. Er zijn talloze eHealth projecten gesneuveld in de pilot-fase. In eigen land liep het Elektronisch Patiënten Dossier ernstige averij op, onze Britse burens lieten het kostbare 'NHS National Program for IT' vallen, en

ondanks mega-investeringen stagneert de implementatie en zijn er steeds weer twijfels over privacy en veiligheid. En dan blijft ook nog het bewijs voor kwaliteitsverbetering in de zorg achter bij de verwachtingen. Kan eHealth technologie werkelijk helpen bij de oplossing van de grote vraag of we in de nabije toekomst goede zorg met minder middelen aan iedereen kunnen blijven leveren?

Daartoe blijft stimulering van onderzoek nodig, en dat gebeurt ook in Nederland; zie bijvoorbeeld het 'Actieprogramma eHealth' dat ZonMw sinds 2012 uitvoert [19]. We begrijpen ook steeds beter dat eHealth onderzoek een eigen dynamiek heeft, bijvoorbeeld vanwege de hoge 'break-through rate' van technologie die de zinvolheid van RCT's ondergraaft en daarmee de traditionele wetenschappelijke bewijsvoering. Daar worden momenteel nieuwe oplossingen voor bedacht [20]. Belangrijker nog is een accentverschuiving naar implementatie. We weten inmiddels wel aardig wat werkt en waarom. We weten ook wat niet werkt en waarom. De kern-vraag is: hoe krijgen we deze

inzichten overgedragen in de (klinische) praktijk en aan de professionals die er werken.

Sinds een jaar of tien maken we daarvoor gebruik van concepten uit de implementatiewetenschap. Die kunnen behulpzaam zijn bij het begrijpen van wat het betekent een technologie in te bedden in de complexe omgeving van de zorg [21]. Zij helpen bij het ontwerp van eHealth interventies zodat die ook werkelijk gebruikt worden en niet, zoals nog te vaak gebeurt, worden afgewezen door de eindgebruikers [22].



Daarvoor zijn gevalideerde gereedschappen ontwikkeld en beschikbaar gemaakt die de kans op succesvolle implementatie en evaluatie vergroten [23, 24]. Maar deze worden nog te weinig gebruikt en implementatiewetenschap kent bepaalde beperkingen. eHealth is uiteindelijk gewoon: gezondheidszorg. Bewezen verbeteringen moeten in die zorg geïmplementeerd worden. Dat 'landen in de praktijk' is een dynamisch en sociaal proces van verandering waarin mensen, technologie en context interacteren. In dat proces is het nodig om praktische vormen van leren te ontwerpen die van pas komen in het 'echte leven' als professional en als mens. Permanent leren (continuous medical education) is ook in de zorg gewoon geworden en technologie (e-learning) maakt dat mogelijk ongeacht tijd en afstand. Het toegepast karakter van dit onderwijs is essentieel. Het kan op een breed gebied worden benut en aangevuld worden met wetenschappelijke theorieën of juist met lokale inzichten van de werkvloer. Dit is in feite de schets van 'verbeterwetenschap' waarvoor Marshall et al. in The Lancet een lans braken[25].

Verbeterwetenschap - improvement science - combineert een praktische benadering van wetenschap met een wetenschappelijke benadering van de praktijk. Theorie, methodologie, technologie en data verbonden met de morele, fysieke, sociale en organisatorische context van de patiëntenzorg. eHealth implementatie vormt de ideale casus voor deze verbeterwetenschap. In feite is het de actuele kern-opdracht voor de verbetering van kwaliteit in de zorg, ondersteund met informatie- en communicatietechnologie. Verbeterwetenschap en zorginnovatie kunnen niet zonder elkaar.

Referenties

- [1] **Krijgsman, J. & Klein Wolterink, G. (2012)** Ordening in de Wereld van eHealth. Whitepaper 12013. Den Haag: Nictiz.
- [2] www.glossarium.zorginstituutnederland.nl
- [3] **Committee on the Quality of Health Care in America.** Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press; 2001.
- [4] **Nicholas LH, Osborne NH, Birkmeyer JD, Dimick JB.** Hospital process compliance and surgical outcomes in medicare beneficiaries. Arch Surg. 2010 Oct;145(10):999-1004).
- [5] **Rademakers et al. Structure, process or outcome:** which contributes most to patients' overall assessment of healthcare quality? BMJ Qual Saf. 2011 Apr;20(4):326-31
- [6a] **Kamerbrief over eHealth, 07 juni 2012** www.rijksoverheid.nl
- [6b] **NIA Nationale Implementatie Agenda eHealth (Dec. 2011)** Een beleidsdocument uitgegeven door de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). www.rijksoverheid.nl
- [7] **Kamerbrief Gezamenlijke agenda** www.rijksoverheid.nl
- [8] **Kamerbrief VWS, juli 2014** www.rijksoverheid.nl
- [9] **Ossebaard HC & Van Gemert-Pijnen JEWC (2013) Introduction:** The future of health care. In: Van Gemert-Pijnen JEWC , Peters, O

- & Ossebaard HC (2013) Improving eHealth pp. 9-31. The Hague: Eleven international publishing.
- [10] **eHealth Monitor 2013**. Nictiz/Nivel www.nictiz.nl
- [11] **Sheikh, A. et al, (2011)** The Impact of eHealth on the Quality and Safety of Healthcare. An updated systematic overview & synthesis of the literature. Final report for the NHS Connecting for Health Evaluation Programme (NHS CFHEP 001). University of Edinburgh/Imperial College London.
- [12] **Black AD, Car J, Pagliari C, Anandan C, Cresswell K, et al. (2011)** The Impact of eHealth on the Quality and Safety of Health Care: A Systematic Overview. PLoS Med 8(1): e1000387. doi:10.1371/journal.pmed.1000387
- [13] **Ekeland AG, Bowes A, Flottorp S.** Effectiveness of telemedicine: a systematic review of reviews. Int J Med Inform 2010;79(11):736-771.
- [14] **Elbert NJ, van Os-Medendorp H, van Renselaar W, Ekeland AG, Hakkaart-van Roijen L, Raat H, Nijsten TEC, Pasmans SG** Effectiveness and Cost-Effectiveness of eHealth Interventions in Somatic Diseases: A Systematic Review of Systematic Reviews and Meta-Analyses. J Med Internet Res 2014;16(4):e110 URL: www.jmir.org
- [15] **Steventon A, Bardsley M, Billings J, Dixon J, Doll H, Hirani S, Whole System Demonstrator Evaluation Team.** Effect of telehealth on use of secondary care and mortality: findings from the Whole System Demonstrator cluster randomised trial. BMJ 2012;344:e3874
- [16] **Ruwaard, J. (2012).** The efficacy and effectiveness of online CBT. Amsterdam: Dept. of Clinical Psychology, University of Amsterdam.
- [17] **Ossebaard HC & Van Gemert-Pijnen JEWG (2014)** Public Health 2.0 - fresh approaches to old problems. In: Guest G & Namey E (Eds.) Public Health Research Methods pp 649-680. Thousand Oaks CA: SAGE Publications.
- [18] www.nphf.nl
- [19] **ZonMw (2013)** Actieplan eHealth implementatieonderzoek. Den Haag: ZonMw.
- [20] **Baker TB, Gustafson DH, Shah D** How Can Research Keep Up With eHealth? Ten Strategies for Increasing the Timeliness & Usefulness of eHealth Research. J Med Internet Res 2014;16(2):e36 www.jmir.org
- [21] **May, C. (2013)** Agency and implementation: Understanding the embedding of healthcare innovations in practice. Social Science & Medicine, 78 (0): p. 26-33.
- [22] **Glasgow, RE, Phillips, SM & Sanchez MA (2013)** Implementation science approaches for integrating eHealth research into practice and policy. International Journal of Medical Informatics, Vol 83, Issue 7, pp e1-e11
- [23] **Van Gemert-Pijnen JEWG, Nijland N, Van Limburg AHM, Ossebaard HC, Kelders SM, Eysenbach G, Seydel ER.** A holistic framework to improve the uptake and impact of eHealth technologies. J Med Internet Research. 2011;13(4): e111 doi:10.2196/jmir.1672.

- [24] **MacFarlane A, Clerkin P, Murray E, Heaney DJ, Wakeling M, Pesola UM, et al.** The e-Health Implementation Toolkit: qualitative evaluation across four European countries. *Implement Sci* 2011;6:122
- [25] **Marshall M, Pronovost P, Dixon-Woods M.** Promotion of improvement as a science. *Lancet* 2013; 381: 419–21.





E-HEALTH IN EUROPA

EHEALTH IN EUROPA

Merik Seven

In dit artikel wordt stil gestaan bij de gezondheidszorg in de Europese Unie (EU) en de rol van eHealth in Europa. De belangrijkste beleidsmatige en bestuurlijke activiteiten worden geschetst en een aantal relevante (toekomst)beeldbepalende Europese projecten en ontwikkelingen passeren de revue. Dit hoofdstuk sluit af met een korte reflectie over het belang van eHealth in Europa vanuit Nederlands perspectief.

eHealth speelt zowel in Nederland als in het buitenland een belangrijke rol bij het verbeteren van de gezondheidszorg. In dit artikel wordt eHealth op hoofdlijnen in een Europees perspectief geplaatst. Een Europese oriëntatie is relevant, omdat Europa in toenemende mate de randvoorwaarden beïnvloedt voor het beoogde succes van eHealth in Nederland.

Dat eHealth zich niet beperkt tot de eigen landsgrenzen heeft te maken met grofweg drie aanleidingen. Ten eerste reist de moderne burger steeds frequenter over de grens zodat hij of zij al dan niet gepland integrale

grensoverschrijdende zorg kan ontvangen. Deze ontwikkeling wordt ondersteund door de EU Directive on the application of patients' rights in cross-border healthcare. In 2010 hebben reeds zo'n twintig miljoen Europeanen medische behandelingen ondergaan in een ander EU-land. Grensoverschrijdende digitale gegevensuitwisseling kan dan van levensbelang zijn.

Ten tweede beïnvloeden internationaal opererende leveranciers, standaardisatie-organisaties en een Europese wet- en regelgeving in toenemende mate de nationale eHealth. EPD-leveranciers zoals EPIC en Cerner (Siemens) opereren op de Nederlandse markt met internationale productportfolio's, Apple staat bijvoorbeeld met zijn "app" ecosysteem aan de vooravond om het eHealth veld te gaan betreden en de Europese Commissie (EC) werkt met nieuwe wet en regelgeving toe naar één Europese eHealth-markt. eHealth-productontwikkeling internationaliseert.

Ten derde wordt ervaring opgedaan met eHealth in andere Europese landen. Nederland kan veel leren van deze initiatieven. Het delen van en samenwerken aan eHealth-implementaties in Europa biedt onder meer voordelen voor risicospreiding, doelmatigheid en effectiviteit bij beperkte innovatiebudgetten. Bij het implementeren van eHealth lijkt het daarom verstandig het internationale perspectief van eHealth mee te nemen.

Dat vergroot de kans op duurzaam succes, biedt aanvullende financierings- en samenwerkingsmogelijkheden en verkleint de kans op (on)verwachte tegenslagen. Succesvolle eHealth-implementatie kan dankbaar gebruikmaken van het leerrendement dat in Europa wordt opgebouwd.

Gezondheidszorg in Europa

De gezondheidszorgsector in Europa is omvangrijk. Gemiddeld bedragen de uitgaven aan gezondheidszorg in de EU-lidstaten zo'n tien procent van het bruto binnenlands product (BBP) en vijftien procent van de

totale overheidsuitgaven. In 2020 zullen naar verwachting acht miljoen vacatures openstaan in de zorgsector.

De gezondheidszorg in Europa staat voor demografische uitdagingen. Europese burgers worden gemiddeld genomen ouder. Het aantal chronisch zieken neemt toe. In 2009 waren de grootste en chronische aandoeningen samen verantwoordelijk voor 87 procent van alle sterftegevallen in de EU. Ook de ongelijke verdeling van zorg binnen en tussen de lidstaten zal toenemen. Tegen de achtergrond van een beperkt investeringsklimaat als gevolg van een fragiel economisch herstel, komt de betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van de gezondheidszorg in Europa onder druk te staan. Nederland is hierop geen uitzondering.

Vanwege deze ontwikkelingen heeft de Europese Commissie (EC) een pakket maatregelen tot 2020 voor de gezondheidszorg opgesteld. Hierbij staan speerpunten als verbetering van de gezondheidszorg, vermindering van ongelijkheid binnen en tussen lidstaten,

stimulering van vernieuwing en ontwikkeling van duurzame gezondheidszorgsystemen, aandacht voor actuele thema's binnen lidstaten en samenwerking tussen lidstaten centraal.

Deze speerpunten zijn ingebed in de Europa 2020 Strategie, het tienjarenplan voor groei en werkgelegenheid van de EU. De ambities voor de gezondheidszorg in het algemeen en de rol van eHealth in het bijzonder worden via verschillende de beleids-, besturings- en financieringsprogramma's van Europa ondersteund. Dit zorgt voor een complex, maar relevant Europees eHealth-landschap.

Rol van eHealth in Europa

eHealth staat sinds 2004 op de agenda van de Europese Commissie. Om de doelmatigheid te vergroten, kwaliteit te verbeteren en innovatie te stimuleren wil de Europese Unie één 'Europese eHealth-ruimte' creëren. Hierin moeten informatie en gegevens over gezondheidszorg en patiënten makkelijker tussen zorgverleners en ziekenhuizen kunnen worden uitgewisseld.

Dit betekent bijvoorbeeld het verbeteren van het elektronische patiëntendossier, zodat een arts in een andere EU-lidstaat eenvoudig inzicht krijgt in de gezondheidstoestand van een patiënt. Dit betekent ook het coördineren van kennis en onderzoek over gezondheidszorg tussen lidstaten. eHealth kan eveneens worden gebruikt bij het overbruggen van taalbarrières, bij bijvoorbeeld het gebruik van geneesmiddelen, en de burger langer gezond en actief te houden.

Ondanks dat de toepassingen van eHealth nog achter blijven vergeleken met de adoptie van technologie op andere beleidsterreinen, zijn er goede en concrete resultaten geboekt bij eHealth- implementatie en samenwerking. Zo gebruikt in 2013 60 procent van de huisartsen in Europa van eHealth-toepassingen, 50 procent meer dan in 2007. Het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) is de meest gebruikte toepassing.

Koploper Nederland heeft in 83 procent van de gevallen het patiëntendossier gedigitaliseerd. Online consultaties bij huisartsen komen slechts in 10 procent voor. 15 procent van de

zorgprofessionals overlegt digitaal met collega's. In Estland, Kroatië en Zweden sturen bijna alle artsen hun recepten digitaal door. In andere landen ligt dit percentage op 32 procent. Van de ziekenhuizen passen Scandinavische ziekenhuizen eHealth het meest toe (62-66 procent). 48 procent van de ziekenhuizen wisselt elektronische medische gegevens uit met de huisarts. Patiënten hebben evenwel nog maar weinig toegang tot de eigen medische gegevens van ziekenhuizen (9 procent) en minder dan 8 procent van de ziekenhuizen deelt medische informatie met EU-landen.

Nederland

Nederlandse artsen en patiënten maken in vergelijking met het buitenland veel gebruik van eHealth-toepassingen. Ongeveer twee derde van de Nederlanders gebruikt internet om informatie te zoeken over zijn ziekte of behandeling. Vormen van online contact met zorgverleners worden nog weinig gebruikt. Ook in het gebruik van digitale dossiers door huisartsen en medisch specialisten is nog winst te behalen.

Kansen

Bij het gebruik van eHealth in het zorgproces snijdt het mes aan twee kanten. Enerzijds stimuleert eHealth de economische activiteiten en concurrentiepositie. Het creëert nieuwe banen, zakelijke markten en -kansen. Dit resulteert in een eHealth-markt van 10 miljard euro in 2010 naar een markt van 30 miljard euro in 2017. eHealth stimuleert de groei van het aanbod aan welzijn- en gezondheidszorgapplicaties en werkt convergerend tussen draadloze mobiele technologie, sociale media en gezondheidszorg.

Anderzijds draagt eHealth bij aan meer transparantie, toegang tot dienstverlening en informatie en het gebruik van social media in de zorg. Dat resulteert in meer persoonlijke zorg (veiliger, doelmatiger en effectiever), werkt faciliterend in een participerende samenleving en stimuleert het verhogen van de kwaliteit van leven en zelfredzaamheid.

Belemmeringen

Bij het succesvol implementeren van eHealth blijken een aantal structurele belemmeringen

een rol te spelen. Deze belemmeringen hebben een universeel karakter en vragen om een gezamenlijke aanpak van de EU-lidstaten. Niet alleen Europees, maar vooral ook op mondiaal terrein wordt gericht gewerkt aan het wegnemen van de ervaren belemmeringen:

- een gebrek aan vertrouwen in en bekendheid met het gebruik van eHealth;
- een gebrek aan interoperabiliteit;
- nog beperkte bewijs voor meerwaarde;
- teveel onduidelijkheid rondom de verwerking van persoonlijke medische informatie;
- een gebrek aan wettelijke operationeel kader en stimulerende bekostigingssystematiek;
- hoge instapkosten voor nieuwkomers (bijvoorbeeld app-ontwikkelaars);
- regionale verschillen in toegang tot ICT-diensten.

Beleids- en financieringsprogramma's voor eHealth in de EU

Om de belangrijkste belemmeringen rondom eHealth innovatie en adoptie weg te nemen heeft de EC een eHealth beleid opgesteld. De EU hecht veel belang aan

eHealth getuige de verschillende beleids- en financieringsprogramma's. Deze gaan – uitgaande van de EU-Strategie 2020- uit van drie invalshoeken: gezondheidszorg, innovatie (Innovation Union) en digitalisatie (Digital Agenda). De belangrijkste actieprogramma's worden hier kort besproken.

eHealth Action Plan 2020

Het eHealth Action plan 2012-2020 beschrijft de visie op en realisatie van eHealth tot 2020. Het plan is gericht op:

- Het verbeteren van de zorg voor chronisch zieken en patiënten met multimorbiditeit via preventie en gezondheids promotie;
- Het vergroten van duurzaamheid en doelmatigheid van zorgsystemen door het stimuleren van innovatie, persoonlijke zorg, patiëntpositieversterking en organisatieverandering;
- De bevordering van grensoverschrijdende zorg, veiligheid van zorg, solidariteit, universaliteit en gelijkheid;
- Het optimaliseren van de regelruimte en marktcondities voor eHealth-ontwikkeling.

Het eHealth Action Plan 2020 wil deze visie bereiken door:

- Realisatie van bredere interoperabiliteit;
- Ondersteuning van R&D en innovatie voor zorg en welzijn;
- Faciliteren van “uptake” en brede gebruik;
- Promotie van dialoog en samenwerking op een mondiaal niveau.

Active & Assisted Living Joint Action (AAL JP)

Het programma “Active and Assisted Living Joint Program” (AAL JP) is een vervolprogramma het Ambient Assisted Living program (2008-2013). Het ondersteunt toegepast onderzoek en innovatie van ICT-dienstverlening voor de oudere burgers. Voorwaarde is een “time to market” tussen de één en drie jaar ligt. EU-lidstaten besturen het financieringsprogramma en de EC ondersteunt het. De focus ligt op:

- De bevordering van opkomende eHealth-markt voor ouderen in de thuissituatie;
- Het creëren van een kritische massa rondom onderzoek, ontwikkeling en innovatie;

- Het verbeteren van een implementatieklimaat ter vergroten en uitnutten van eHealth.

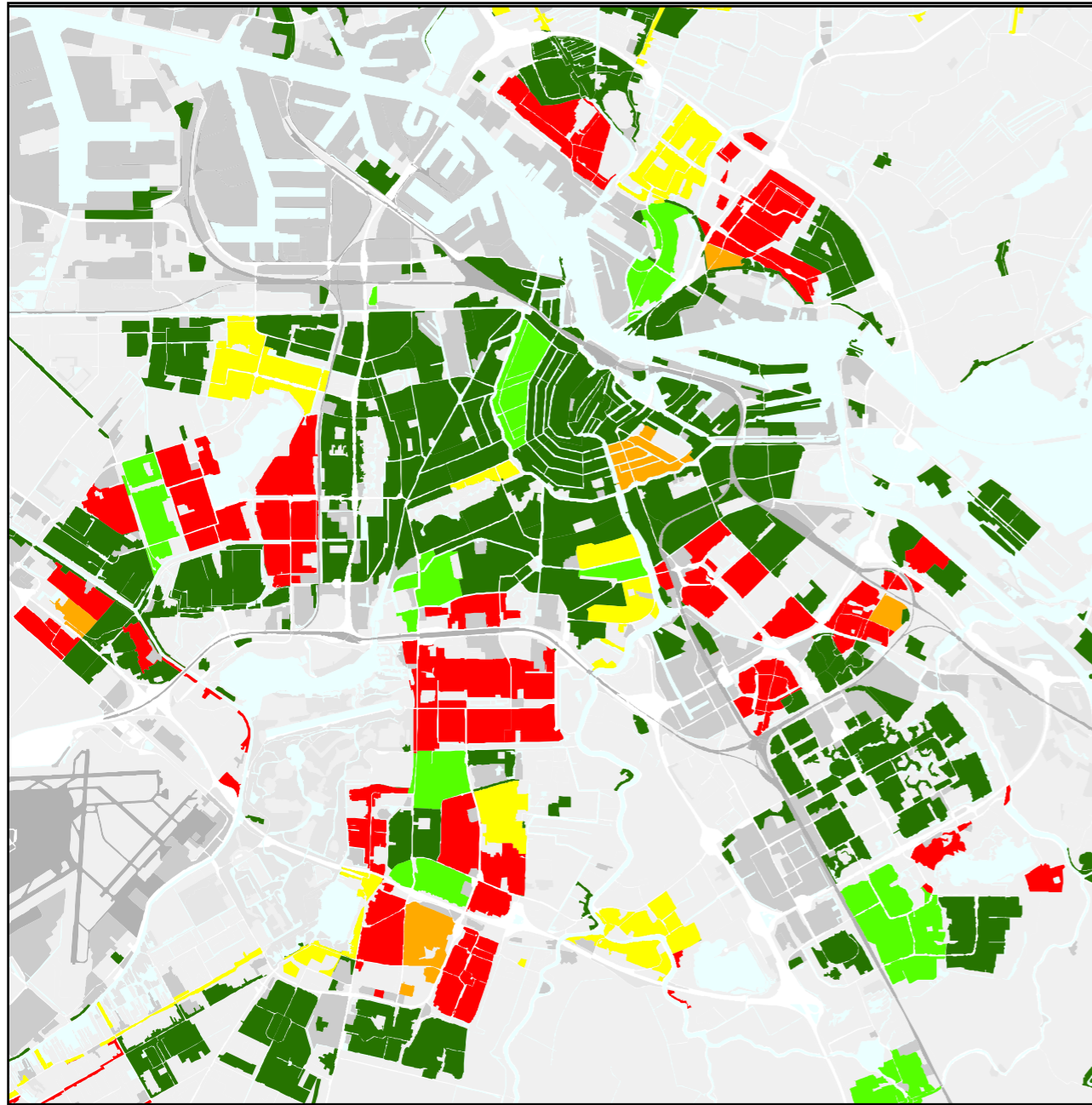
Het programma (budget 60 miljoen euro per jaar) loopt van 2013 tot 2020. AAL JP werkt nauw samen met het Europese Innovatie Partnerschap rondom actief en gezond ouder worden (EIP-AHA). Zowel het eHealth action Plan 2020 als het AAL JP 2020 zijn onderdeel van de Digitale Agenda van de EC.

Connecting Europe Facility

De Connecting Europa facility is een (financiële) voorziening uit de Digitale Agenda van de EC. Het heeft een budget van 1,14 miljard euro. De CEF voorziet in de brede uitrol van breedbandactiviteiten en dienstverlening in de EU. CEF ondersteunt projecten die de concurrentiepositie van de economie versterken, de connectiviteit en interoperabiliteit van nationale, regionale en lokale netwerken promoot en realiseert en de ontwikkeling van één digitale markt stimuleert. De CEF ondersteunt zowel grensoverschrijdende als sectoroverschrijdende dienstverlening tussen

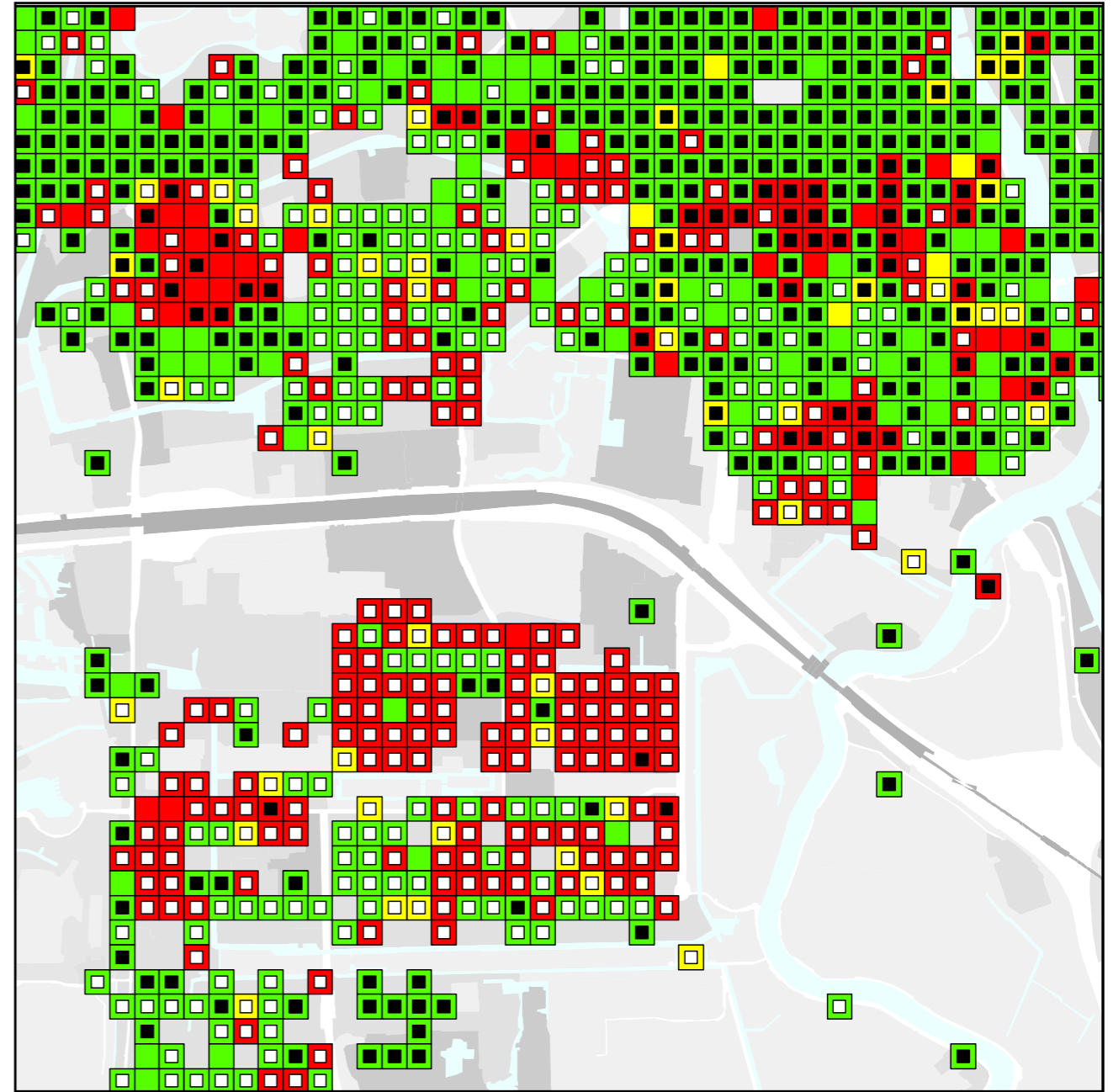
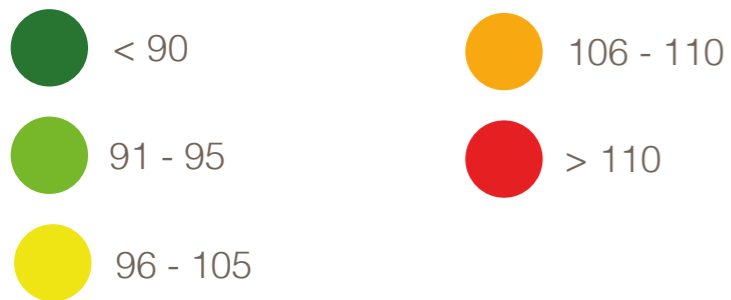
Zorg van boven

Het thema Zorg van Boven is verwerkt door het hele boek en laat een aanzicht zien van de demografie, zorgvraag en zorgcontext in Nederland.



2e lijn Hartfalen

2e lijn: Hartfalen Buurt 2015



2e lijn: Hartfalen 2015 - 2030



2e lijn Hartfalen 30-15 Grid



overheidsinstellingen. Het bouwt daarnaast verder aan bredere beschikbaarheid van digitale dienstverlening voor zowel bedrijven als burgers en voor verschillende domeinen. CEF richt zich op dienstverlening in de laatste fase van de ontwikkeling. De gezondheidszorg wordt via de ontwikkeling van eHealth-dienstverlening één van de belangrijke afnemers van CEF. De implementatie van het CEF-programma verloopt via jaarlijkse werkprogramma's waarin de prioriteiten en activiteiten staan voor het betreffende jaar. Voor 2015 ligt de focus vanuit eHealth op de CEF-ondersteuning van de grensoverschrijdende gegevensuitwisseling gebaseerd op de Patient Summary (PS) usecase en de ePrescription (eP) usecase.

Horizon 2020 ,

Horizon 2020 is het Europese subsidieprogramma voor onderzoek en innovatie met een budget van 80 miljard euro. Het programma richt zich op het versterken van de concurrentiepositie van Europa door het stimuleren van innovatie en wetenschap. Daarnaast heeft het programma aandacht

voor sociaal maatschappelijke vraagstukken en daagt het bedrijfsleven en de academische wereld uit om oplossingen te bedenken. In de beleidspijler “maatschappelijke uitdagingen” is het programma “Gezondheid, demografische verandering en welzijn”. Dit programma heeft als doelstelling kansen te creëren voor doorbraakprojecten en radicale innovaties door de vertaling naar de praktijk te ondersteunen/begeleiden.

De rol van eHealth speelt in dit programma een voorname rol. Voor deze programmaliijn is een budget van 1,2 miljard euro beschikbaar. Via periodieke werkprogramma's, openbare aanbesteding en het verstrekken van subsidieaanvragen wordt invulling gegeven aan de Horizon 2020 doelstellingen.

European Innovatie Partnership on Active and Health Aging (EIP-AHA)

Het organiseren van samenwerking tussen overheid, bedrijfsleven en eindgebruikers in de hele innovatiecirkel (van research tot adoptie) is een prioriteit van de EC. Die samenwerking

kan worden aangevuld met organisaties voor standaardisatie en regulatie. Een partnership richt zich op ondersteuning van Europese, nationale en/of regionale randvoorwaarden rondom:

- De diffusie van innovatie;
- Financiering en investering;
- Coördinatie en harmonisatie van R&D activiteiten.

Een voorbeeld van zo'n partnerschap is het “European Innovation Partnership on Active and Healthy Aging” (EIP AHA). EIP AHA heeft drie doelen voor 2020 gesteld:

- Ondersteunen van de EU-burger bij behouden van een gezond, actief en zelfstandig leven tijdens het ouder worden;
- Het verbeteren van de duurzaamheid en doelmatigheid van sociale en gezondheidszorgsystemen;
- Het verbeteren en versterken van het marktklimaat voor innovatieve producten en dienstverlening voor de vergrijzende bevolkingsgroep.

Gezondheidspreventie en –promotie, care & cure en actief en zelfstandig ouder worden zijn kernwoorden in dit programma. In 2020 moet de gemiddelde levensverwachting in de EU met twee jaar zijn toegenomen. De inzet van eHealth is hierbij belangrijk. De financiering van de programma-activiteiten verloopt grotendeels via het Horizon 2020 programma. De EC roept lidstaten op aan het partnerschap deel te nemen.

Derde EU Health for Growth program 2014 – 2020

Dit EU-programma is gericht op het verduurzamen en innovatiever maken van het gezondheidszorgsysteem. Het moet bijdragen aan de verbetering van de publieke gezondheid en bescherming bieden tegen gezondheidsgevaaren van buitenaf, zoals griepedemieën. Het programma heeft een budget van circa 450 miljoen euro. Via periodieke werkprogramma's, openbare aanbesteding en het verstrekken van subsidieaanvragen wordt invulling gegeven aan deze doelstellingen. (Half)jaarlijks wordt de voortgang gemonitord en gerapporteerd.

Doelen:

- Promotie van en preventie door een gezond klimaat;
- Bescherming van burger bij bedreigingen voor de volksgezondheid;
- Aandacht voor innovatieve, doelmatige en duurzame zorgsystemen;
- Faciliteren van toegang tot betere en veiligere gezondheidszorg.

eHealth valt vooral onder het derde doel.

Dit thema ontwikkelt een brede aanpak voor onder meer Health Technology, eHealth, kennisuitwisseling en -deling, richtlijnen en wetgeving rondom medische technologie, -producten en grensoverschrijdende gegevensuitwisseling.

Aansluiting met Nederlandse beleidsambities en ontwikkelingen

De eHealth-ontwikkelingen in de EU lijken naadloos aan te sluiten op de eHealth-ontwikkelingen en -ambities in Nederland. In Nederland ligt de focus eveneens op onder meer chronisch zieken, patient empowerment,

transparantie in de zorg en de economische impact van de zorg op de maatschappij. eHealth wordt gezien als een belangrijke aanjager voor het duurzaam ontwikkelen van een doelmatige en effectieve zorg en gezonde en actieve burgers.

De aandacht voor interoperabiliteit en het gebruik van standaarden heeft een mondiaal karakter. De eHealth-ambities van de Minister Schippers en staatssecretaris Van Rijn, verwoord in de kamerbrief van 2 juli 2014, zijn als doelstellingen nagenoeg terug te vinden in het actieplan van de EC 2020.

Voor alle partijen in de zorg is het daarom relevant kennis te nemen van de mogelijkheden en ontwikkelingen rondom eHealth-onderzoek, -ontwikkeling en -implementatie in Europa en daarbuiten. In tijden van beperkte innovatiebudgetten, grote maatschappelijke uitdagingen en overeenkomsten is samenwerken en kennisdelen verstandig. Dit geldt zeker voor eHealth.

Het verdient daarom aanbeveling om bij eHealth-toepassingen de internationale ontwikkelingen te blijven volgen. Dit geldt zeker voor het gebruik van internationale standaarden ter bevordering van de randvoorwaardelijke interoperabiliteit van succesvolle eHealth-implementaties.





E-HEALTH in 2025

HEALTHCARE 2025

Jan Willem Faessen, Jack van Gils, Kim Boog

Onze samenleving verandert razendsnel. Waar we in 1999 ons nog niets konden voorstellen bij het gebruik van een mobiele telefoon, is vandaag de dag de smartphone met alle (online) toepassingen niet meer weg te denken uit ons dagelijks leven. Ook de ontwikkelingen in de zorg gaan razendsnel. Dit boek staat vol met online toepassingen die de zorg kunnen verbeteren. Maar wat betekent dit op de lange termijn? De komst van nieuwe technologieën maken het steeds beter mogelijk continu te analyseren hoe het met ons gaat, hierdoor blijven we steeds langer gezond en worden we steeds ouder.

In 2014 kijken en sturen we onze maatschappij voornamelijk vanuit het perspectief van de Homo Economicus. Vanuit dit perspectief kijken we naar de mens als economisch wezen, dat op efficiënte, rationele of logische wijze moet worden voorzien in de behoefte. De ontwikkelingen in de zorgsector worden daarom op dit moment benaderd met enige afstandelijkheid en zakelijkheid. Waar gaat dit naar toe en hoe beïnvloedt dit ons leven

de komende jaren en welke rol spelen (technologische) ontwikkelingen hierin? Laten we een kijkje nemen in het jaar 2025...

De zorg in 2025

In 2025 zal technologie nog meer bepalend zijn in ons leven. Veel van de toekomstbeelden zoals verwoord door de 'singularity university' zijn gerealiseerd. Zo is de technologie zo exponentieel gegroeid, dat we alle grote mondiale problemen ermee oplossen. Ook in de zorg. Een gebrek aan zorgverleners door vergrijzing van de samenleving kennen we bijvoorbeeld niet meer. Technologie neemt deze zorg uit handen. Ook op het niveau van het individu is technologie een grotere rol gaan spelen. Verschillen tussen mens en technologie bestaan bijna niet meer. Technische ontwikkelingen bieden continu inzicht in onze eigen gezondheid en helpen ons gezond te blijven.

De dokter zit als het ware in je lijf. Gartner noemt dit 'continuous-care'. De toenemende versnelling van research, ontwikkelkracht, online activering

en data-opslag faciliteren ons met extreme inzichten in de ultieme hoekjes van het menselijk lichaam. Hierdoor kunnen we veel preciezer en veel sneller kleine afwijkingen constateren en hier actie op ondernemen. Het draait in de zorg voornamelijk om preventie in plaats van genezen. Nanotech, Neurotech, Biotech, 3d printen, Ai, Roboticsnologie en biomedics bieden ons in 2025 dit inzicht en de passende oplossingen.

Als deze technische ontwikkelingen hebben onze samenleving op twee gebieden veranderd. Aan de ene kant zien we de opkomst van robots met steeds meer menselijke trekjes. Deze robots hebben taken en functies van ons overgenomen en kunnen deze efficiënter en beter vervullen. Door de inzet van zorg verlenende robots zijn grote problemen in de zorg opgelost, te weten: kostenverlaging en gebrek aan goede zorgverleners. Daarnaast hebben we onszelf steeds meer voorzien van technologie. Hierdoor hebben we niet alleen veel meer inzicht in hoe het met ons gaat, maar kunnen we ook voorspellen hoe het de komende tijd met ons gaat. In 2025 kunnen we al bij de geboorte

afwijkingen voorspellen omdat we vanuit de klinische genetica het gnom van de mens in kaart hebben kunnen brengen. Zo kunnen we voorspellen welke ziektebeelden en dus zorgkosten een burger in zijn leven gaat krijgen en vragen. Door hier op in te spelen kunnen we kosten minimaliseren en door het aanbrengen van bionic powerpacks kunnen we extreme kosten voorkomen. Bionic powerpacks helpen ons problemen in het lichaam op te lossen of de performance te verbeteren. We worden hierdoor veel ouder en blijven veel langer gezond.

Deze ontwikkelingen en veranderingen hebben invloed op onze samenleving in het geheel. Omdat leven op aarde in 2025 niet vanzelf gaat, wordt de nieuwgeborene onderworpen aan een zogenaamde EULA: de End Users License Agreement (de eindgebruikers licentie overeenkomst). In 2025 ontvangt de nieuwe burger van de overheid vanaf de geboorte een arbeidsloos inkomen. Als tegenprestatie is de burger functioneel & fit beschikbaar voor maatschappelijke dienstverlening voor 800 uur per jaar. In de rest van de tijd staat het de burger

vrij zich te ontwikkelen. Daarin wordt hij actief gestimuleerd om maatschappelijke meerwaarde te ontwikkelen. Natuurlijk ondersteunt de maatschappij de burger pro-actief bij het beheren van zijn leven. Regelmatig wordt de burger met de DNAPK (een samentrekking van dna en apk) actief en nauwgezet geïnformeerd over de daadwerkelijke status van zijn lichaam en geest. Resultaten uit het verleden geven gegarandeerde inzichten in de toekomst. Eventuele geconstateerde gebreken kunnen direct, gepersonaliseerd en op artikelniveau gecorrigeerd worden. Waar (bio)chemische nabehandeling nog noodzakelijk blijkt, wordt gebruik gemaakt van lange termijn, auto-doserende en “targeted delivery” systemen: maatwerk. Natuurlijk wordt dit proces automatisch gevolgd met mobiele devices. Geen wearables meer, maar implants.

Voor het optimaal beheer van het leven krijgt de burger ondersteuning. Goed gebruik van lichaam, geest met voeding en gedrag zorgt voor een langdurige beschikbaarheid in onze samenleving. Een goed mentaal frame-work

zorgt er voor dat de burger zijn plichten op dit front daadwerkelijk leuk blijft vinden en uitvoeren. Activering en stimulering met programma's, events, games, support etc. wordt op de woon- en werkomgeving actief gepromoot door de beheerders van de woon- en eventuele werkomgeving: community en werkgever. Of, waar, wanneer en hoe de 800 uur beschikbaarheid door de community optimaal wordt ingezet wordt bewaakt met het community-platform. Als de gebruiker zijn leven niet optimaal beheert of kan beheren zal de overheid hem hierbij assisteren. Als duurzame verbetering niet mogelijk is en sprake is nalatigheid, vervalt het arbeidsloos inkomen van de burger. Verder doorontwikkeling is dan voor eigen rekening en risico. De maatschappij is niet langer in staat of bereid de kosten en inspanningen te dragen van onverantwoordelijke burgers.

Als het moment daar is dat de burger buiten gebruik gesteld moet worden, ontstaat naar verwachting de moeilijkste gebruiksfase. Eigen inzicht en zelfbeschikking door de burger is in deze niet altijd mogelijk of betrouwbaar

en wordt ook niet makkelijk geaccepteerd door medeburgers en ondersteuners. In de oncologie werd anno 2014 “de buurvrouwfactor” gehanteerd: als de buurvrouw aangaf dat het echt niet meer ging, bleek dat in veel gevallen de meest betrouwbare indicatie te zijn. Partners, artsen, verpleging, familieleden bleken in de praktijk vaak te vroeg of te laat te zijn.

Door de zeer hoge standaard van correctief onderhoud, zullen de meeste burgers hun “end of life” halen door gebrek aan uitdaging en een sociale omgeving. Alleen achter blijven, trots en klaar zijn met je leven en je maatschappelijke bijdrage. De behoefte aan een goed, menswaardig en goed uitvoerbare euthanasie-oplossing die ook inzicht en verlichting kan geven in de opkomende vergrijzing is noodzakelijk. Anders eindigen we toch nog met de “robots met moisturizing skin”.

Discussie

In hoeverre is deze wereld nu werkelijkheid in 2025? Dat weten wij ook niet. Bovenstaande situatie kan ook in het jaar 2030 zijn, of misschien

wel 2070. Wel weten we zeker, dat er een dag komt waarop dit werkelijkheid is. Wat vinden we hiervan? En wat kunnen we hier nu mee? Welke rol speelt het perspectief van de Homo Economicus hier? Het is onze verwachting dat we de komende jaren juist ook de perspectieven van de Homo Ludens (spelen, ontwikkelen), Homo Faber (werken, bijdragen) en Homo Sociologicus (verbinden) nodig gaan hebben. Naast een economie die vooral gericht is op geld: de euronomie, zal behoefte gaan manifesteren in een emonomie: emotie in de zingevende vorm.

Ten aanzien van de ontwikkelingen in het perspectief van de Homo Economicus, wellicht belangrijk om ons in de toekomst meer te focussen op de zingeving van het leven. De mens is de enige diersoort die cognitief met emotie kan omgaan. Moet dat dan niet leidend zijn in ons denken? Ethische dilemma's waar we de komende jaren voor zullen staan zijn de volgende:

1. Levensbeëindiging aan het einde van het (kwalitatieve) leven (niet alleen bij ouderdom, dus ook bij gebrek aan kwaliteit eerder in het leven);
2. Levensbeëindiging voor het begin van het leven;
3. Wat is maatschappelijk aanvaardbaar meetmodel voor kwaliteit van leven;
4. Zelfbeschikking per individu of per “systeem” (gezin);
5. Preventieve ingrepen operaties / gen-mutaties;
6. Techniek in het lichaam, in plaats van in het verlengde;
7. Technieken randvoorwaardelijk of ook prestatie verbeterend, zoals het aansturen van spieren en functies voor het van vergroten spierkracht en bereik;
8. Maatschappelijke basisverantwoordelijkheid voor gezondheid, hoe dragen we deze?





DE INITIATIEFNEMERS & ADVIESRAAD

DE ADVIESRAAD

Het initiatief is door de volgende mensen gevolgd en met raad en daad bijgestaan.

Esther Agterdenbos

RvB ViaReva

Paul Allers

directeur Pontes Medical

Bart Berden

voorzitter RvB Elisabeth Tweesteden Ziekenhuis

Cid Berger

directeur Lentis

Anemone Bogels

directeur Nederlandse Federatie van
Kankerpatientenorganisaties

Joost Bos

directeur verzekerdensbelangen Collectieve
ziektekostenverzekeringen

Lydia Bos

directeur Mentaalbeter

Theo van Brunschot

RvC Pantein

Vincent Buitendijk

RvB Libra Revalidatie en Audiologie

Jolanda Buwalda

voorzitter RvB Stichting Amsterdamse
Gezondheidscentra

Niels Chavannes

Associate Professor

Public Health and Primary Care LUMC

Rob van Damme

directeur Kwaliteit & innovatie VGZ

Oscar Dekker

voorzitter RvB GGZ Oost Brabant

Diana Delnoij

Manager Zorginstituut Nederland

Johan Detering (*In memoriam*)

directeur publieke gezondheidszorg GGD/GHOR
Zaanstreek - Waterland

Chris Doomernik

directeur Health Valley

Huybert van Eck

voorzitter RvB Admiraal de Ruyter Ziekenhuis

Willy van Egdome

bestuurder Bartholomeus Gasthuis

Patricia Esveld

voorzitter RvB Hilverzorg

Jan Willem Faessen

voorzitter Nederlandse Vereniging voor eHealth

Hans Feenstra

voorzitter RvB Martini Ziekenhuis Groningen

Jan Fidler

voorzitter RvB Gelre Ziekenhuizen

Theo Follings

vice president Oost NV

Lisette van Gemert

coördinator eHealth research center UTwente

Lies van Gennip

directeur Nictiz

Ben van Gent

RvB Florence

Hans de Goeij

bestuursadviseur Oude Gracht Groep

Mary Groenewoud

directeur Amphia Ziekenhuis

Joep de Groot

RvB CbusinessZ

Lex de Grunt

RvB Westelijk Noord Brabant

Conny Helder

voorzitter RvB Stichting Gezondheidscentra
Eindhoven

Joop Hendriks voorzitter RvB

Bronovo Ziekenhuis

Dick Herfst

voorzitter RvB ZZG zorggroep

Hans Haveman

projectleider gemeente Enschede, ambtelijk

trekker Zorgende Stad

Marieke Hettinga

Lector eHealth Hogeschool Windesheim

Carina Hilders

Reinier de Graaf Ziekenhuis

Theo Hooghiemstra

algemeen secretaris/directeur Raad voor

Volksgesondheid & Zorg

Robbert Huijsman

Erasmus University Rotterdam/Achmea Zorg

Eric Janson

voorzitter RvB Zorggroep Leveste Middenveld

Zion Jongstra

Algemeen directeur TSN Thuiszorg

Karin Kalverboer

directeur Zorginnovatieforum

Cristian Kamphuis

directeur OZF Achmea

John Kauffeld

RvB Espria

Erno Kleijnenberg

voorzitter RvB ONVZ

Simone Kortbeek

directeur Movisie

Jacques Landman

directeur Nederlandse Federatie van

Universitair Medische Centra

Bas Leerink

voorzitter RvB Medisch Spectrum Twente

Marcel Levi

voorzitter RvB Academisch Medisch Centrum

Barbara van de Linden

stafid implementatie Zonmw

Ellen Maat

directeur Innovatie & ICT Cordaan

Katherina Martin Abello

directeur I.COM Trimbos Instituut

Heleen Miedema

Director of Education Technical Medicine &

Biomedical Technology UTwente

Diana Monissen

voorzitter RvB de Friesland zorgverzekeraar

Guus van Montfort

bestuur Actiz

Martijn van Mourik

vice voorzitter Nederlandse Vereniging voor

Technische Geneeskunde

Harry Nienhuis

bestuurs- en beleidsadviseur Menzis

Henk Nies

bestuurder Vilans

Anna van Popta

directeur Stichting Haagse Gezondheidscentra

Greet Prins

voorzitter RvB Philadelphia

Kim Putters

directeur Sociaal en Cultureel Planbureau

Roel Raatgever

managing director Utrechtinc

Maarten van Rixtel

voorzitter RvB Sensire

Ruurd Jan Roorda

voorzitter RvB Tergooi Ziekenhuis

Paul van Rooij

directeur GGZ Nederland

Sietske Rozie

lid commissie Toekomst en Innovatie van de jonge specialist

Michel van Schaik

directeur Gezondheidszorg Rabobank

Hans Schirmbeck

directeur Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland

Atie Schipaanboord

adjunct directeur ANBO

Margot van der Starre

directeur Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen

Ron Treffers

voorzitter RvB Rijnland Zorggroep

Thijs Veerman

RvB Star-MDC

Mirjam van 't Veld

burgemeester Stichtse Vecht, voorgedragen burgemeester Amstelveen

Janneke van Vliet

RvB Franciscus
Ziekenhuis Roosendaal

Dominique Vijverberg

directeur Stichting IZZ

Laurent de Vries

RvB Viattence

Loek Winter

Hoogleraar Healthcare entrepreneurship Nyenrode Business Universiteit

Ron Wissink

directeur HuisartsenZorg Drenthe

De initiatiefnemers

Remco Hoogendijk (1970) is bedrijfseconoom met een passie voor zorginnovatie. Hij werkt als manager voor de Sint Maartenskliniek, daarvoor was hij werkzaam bij OOSTNV. In zijn loopbaan is hij via tal van projecten betrokken bij de ontwikkeling, organisatie en financiering van zorgvernieuwing. Klik [hier](#) voor meer informatie over Remco.

Co Politiek (1964) is bedrijfskundig informaticus (bachelor) en bestuurlijk informatiekundige (Postdoc)/Master of information Management. Co is zelfstandig ondernemer en heeft diverse grote verandertrajecten uitgevoerd in de zorg en in andere branches. Op dit moment is hij onder andere directeur van AimTrack en Aimpact. Klik [hier](#) voor meer informatie over Co.



DANKWOORD

Een boek maken over eHealth? Dat klinkt op zich al enigszins tegenstrijdig, hoewel we bij de totstandkoming van dit boek ruimschoots gebruik hebben gemaakt van de verworvenheden die internettechnologie ons biedt.

Zonder het internet waren we nooit in staat geweest zoveel mensen te enthousiasmeren om hun projecten en ideeën in te brengen, te discussiëren en te inspireren en een groep van maar liefst 250 co-auteurs te mobiliseren. Bij dezen willen we alle mensen die een inhoudelijke bijdrage geleverd hebben aan het boek heel hartelijk danken. Zonder jullie input hadden we nu een leeg boek.

Het internet heeft ook gezorgd voor een enorm breed draagvlak in de top van de Nederlandse gezondheidszorg voor ons initiatief gezien de maar liefst 78 leden van de adviesraad, we zijn er oprecht beduusd van. Kennelijk leeft het thema eHealth in de bestuurskamers en bleken velen van u bereid ons initiatief te ondersteunen en uit te dragen. Zonder jullie heeft ons boek geen impact. Veel dank voor jullie steun.

Voor de uiteindelijke samenstelling en de productie van het boek, dat geheel via ICT technologie tot stand is gekomen, zijn er een aantal mensen nodig die veel van hun tijd hebben geïnvesteerd in het redigeren van teksten, het zoeken van illustraties en het vormgeven van het boek. Zonder jullie inzet was het boek nooit verwezenlijkt. We zijn meer dan dankbaar voor jullie hulp.

We bedanken Achmea voor haar gastvrijheid met betrekking tot de 1 fysieke co-creatie bijeenkomst op het Achmea conferencecenter op 2 oktober in Zeist. We bedanken VGZ voor haar gastvrijheid voor de 2e fysieke co-creatie bijeenkomst op 26 november. We bedanken Stichting Amsterdamse Gezondheidscentra en De Friesland Participaties voor hun sponsoring.

Wij willen Fritiof Eriksson en Dana Kalfsbeek van GBE communicatie bedanken voor weer een prachtig ontworpen boek (net als bij het vorig zorginnovatieboek).

Laatste woordje van dank gaat uit naar het thuisfront die de ruimte heeft gegeven om dit allemaal mogelijk te maken.

Moge dit boek en de totstandkoming ervan ons allen blijvend inspireren tot het nog beter maken van de gezondheidszorg!

Kranenburg / Houten, december 2014

Remco Hoogendijk & Co Politiek



**DE
SPONSORS**

DE HOOFDSPONSORS AIMTRACK EN AIMPACT

Naast sponsoring vanuit **SAG** en **DFP** zijn **AimTrack** en **Aimpact** de hoofdsponsors van dit initiatief. De dienstverlening van AimTrack en Aimpact sluit naadloos aan op dit boek. Hieronder treft u een bloemlezing van de dienstverlening aan.

AimTrack biedt zorgorganisaties, gemeenten, zorgverzekeraars en andere stakeholders een platform met data, tooling en kennis om de beleidscyclus van situatie- en scenariobepaling, keuze en implementatie van interventies/innovaties en monitoring daarvan te ondersteunen. Uiteraard bepaalt u als afnemende organisatie zelf uw koers.

Het platform is voor u via internet in een geautoriseerde omgeving (met naam en password) beschikbaar. Het Aimtrack platform beschikt over de volgende kernmodules:

Populatie- en zorgdatabase

Om de eigen context voor een organisatie in beeld te brengen beschikt AimTrack over een geografische database.

Paul Reijn, AimTrack directeur:

“Tot op straatniveau zijn gegevens beschikbaar over de populatie en de te verwachten theoretische zorgvraag voor verleden, heden en toekomst. Populatiegegevens zijn bevolkingsopbouw, inkomens, herkomst, maar ook SES en leefbaarometer. De zorgvraag betreft kosten en patiënten naar aandoeningen voor preventie, de 1e lijn, ziekenhuizen, langdurige zorg, medicatie en welzijn, aansluitend op de CBS Nationale zorgrekeningen en de OESO. Gebruikers kunnen eigen data uit de eigen systemen toevoegen en zo de feitelijke zorgvraag afzetten tegen de theoretische norm”.

Innovatiedatabase

Om het zoeken naar de beste innovaties makkelijker te maken beschikt AimTrack daarnaast over een database met circa 12.500 innovaties. Er is ook een Premium database waar de innovaties, een aantal relevante honderden, zijn verrijkt met relevante maturity kenmerken. Innovaties worden als portfolio rondom thema's opgebouwd. Voorbeelden van portfolio's zijn eHealth, langer thuiswonen, preventie, substitutie etc.

Co Politiek, AimTrack directeur:

“De combinatie van de databases maakt het tevens mogelijk om een nulmeting te maken en het effect van het van het gekozen beleid en de gekozen innovaties in de tijd op kwaliteit en kosten te volgen. Diverse gerenommeerde organisaties hebben ons, in een hele korte tijd na introductie van onze dienstverlening, al gevonden”.



**HET GOEDE
DOEL**

STEUN STICHTING STOP PESTEN NU!

Samen kunnen wij pesten bestrijden. Wilt u de stichting Stop Pesten Nu! steunen? Dit kan door een bedrag over te maken op: IBAN NL34 RABO 0162 1333 91 of door contact op te nemen met één van de bestuursleden: Patricia Bolwerk (patricia@stoppestennu.nl) of Anja Engelbertink (anja@stoppestennu.nl).

Stop Pesten Nu (SPN) is gericht op preventie en voorlichting van pesten (verbaal, fysiek, digitaal, cyber etc). In de vorm van campagnes en acties vraagt de stichting aandacht voor het feit dat pesten moet stoppen. De stichting zet zich hard in om iedereen vanuit de eigen IK verantwoordelijkheid te laten nemen om pesten te stoppen. Door het klein te maken, kunnen wij het verschil maken. In plaats van te kijken wat scholen, ouders, het Ministerie of andere partijen zouden moeten doen, richten wij er ons op: Wat doe jij? Wat doe ik?

Dagelijks zorgt de stichting voor nieuwe informatie op sociale media over pesten en de gevolgen daarvan. Om het bewustwordingsproces te vergroten en

te ondersteunen organiseert de stichting verschillende soorten bijeenkomsten (op locatie), zoals:

- Ouderavonden
- Studiemiddagen
- Workshops
- Thema-dagen (op maat in overleg)
- Lezingen
- Gastlessen / Gastdocentschap
- Spreken op business events
- In school (creatieve) projecten (op maat in overleg)

Het is belangrijk om alle partijen die te maken kunnen krijgen met pesten voor te lichten. Allemaal kunnen zij op hun eigen manier Stop! leren zeggen tegen pesten.

Stop Pesten Nu zet zich al jaren in om aandacht te vragen voor pesten en de gevolgen van pesten. Een aantal jaren geleden werd er nauwelijks gesproken of geschreven over pesten of de gevolgen hiervan. Door veel te tweeten, bloggen en mailen naar radio, kranten en tv heeft de stichting bijgedragen om meer

aandacht te krijgen voor allerlei vormen van pesten en hiermee pesten uit de taboe sfeer te halen. Op dit moment is er heel veel aandacht voor pesten in alle mogelijke vormen op de radio, in tv-programma's, krantenartikelen en nog veel meer. Als aanjager zet Stop Pesten Nu zich ieder jaar weer hard in om aandacht te vragen voor de Landelijke Dag tegen Pesten (jaarlijks op 19 april).

Inmiddels kan de stichting spreken van een groot succes. Ieder jaar ziet de stichting weer meer partijen in actie komen tegen pesten op deze dag. Ook op radio, TV en in de kranten is er veel aandacht voor deze dag tegen pesten.

Deze BN'ers en nog veel meer BN'ers zeggen ook, Ik STOP pesten nu!

- **Peter Aerts**
(3-voudig wereld kampioen K-1 fights)
- **Sander Boschker**
(voormalig keeper FC Twente)
- **Edwin Evers** (radio dj, drummer en zanger)
- **Minister Frans Timmermans**
(Minister Buitenlandse Zaken)

- **Peter Reekers** (verdediger Heracles Almelo)
- **Angela Groothuizen**
(zangeres, presentatrice en actrice)
- **Remko Pasveer**
(keeper Heracles Almelo, PSV en Jong Oranje)
- **Bennie Jolink** (zanger Normaal)
- **Maayke Heuver** (FC Twente)
- **Fred Rutten** (Trainer Feyenoord)
- **Theo Janssen**
(oud FC Twente, Ajax, Vitesse speler)
- **Arnold Bruggink** (voormalig voetballen van o.a. FC Twente en PSV, nu voetbalanalist)
- **Bas Nijhuis** (Scheidsrechter)
- **Glenn Helder** (Voormalig voetballer van o.a. Vitesse en Arsenal)
- **Mark Tuitert** (Schaatser)
- **Youri Mulder** (Voormalig voetballer van FC Twente en Schalke '04, nu voetbalanalist)

Voor meer informatie
ga naar www.stoppestennu.nl





COLOFON

In het boek is gebruik gemaakt van foto's van de Beeldbank, Flickr, freerangestock.com, rgbstock.com, freepik.com, publicdomainpictures.net, freeimages.com, littlevisuals.co, picjumbo.com en splitshire.com.

Wij danken de fotografen voor het publiek en zonder winstoogmerk gebruiken van de foto's. Van de volgende fotografen van de Beeldbank zijn foto's opgenomen in het boek:

Barbara Houweling (kranten, menigte mensen, groente en fruit, 55plus beurs, mensen op plein, steiger), Bomboto (zorgstelsel, aandacht thuiszorg), Rubendv (achtbaan), Hans Slegers (trap, domino, burgemeester), Kim Kaminski (klimmen), Ivonne Wierink (witte jassen en de wachtkamer), Juulbaars (vier handen), AvdWolde (verrekijker), Renee Teunis (glazen bol), Nobofoto (trampoline), Wil Tilroe-Otte (handen klappen), Fwart (VWS), Killroy Productions (patient in bed), Rudie Mur (tandwielen), Picturepartners (vitaminecapsule, lamp), Bob Karhof Fotografie (2e kamer), Designpixel (3d pop en lamp), JanKranendonk (menigte),

Stringer (ketting), Hofmeester (nieuw begin), Hugo Vermonde (voorlezen documenten), Joop Hoek Producties (dobbelstenen), Fotoexclusief (vreugdesprong), Palabra (aanwijsborden), Ranidevy (cloudcomputing), SigridKlop (hokken flat), HRGF (microfoon), Koos Busters (brillen), Mirror image photography (doel), Mamopictures (man met rollator)

Voor youtube beeldmateriaal is gebruikt van EhealthNu en digitale zorg 2014 van NPCF.

Auteurs hoofdstukken

- Nienke Beekers
- Nienke Beerlage-de Jong
- Jose van Berkum
- Lianne Bodenstaff
- Geert Klein Breteler
- Jan Willem Faessen
- Lisette van Gemert
- Lies van Gennip
- Charles Gimbrere
- Ingeborg Griffioen
- Jorne Grolleman
- Elles Gyaltzen-Lohuis

- Annemarie Hensen
- Steven Hanekroot
- Evert Jan van Hasselt
- Ruud Jansen
- Willem de Haan
- Timber Haaker
- Sanne van der Hagen
- Marieke Hettinga
- Remco Hoogendijk
- Floor de Jong
- Marinka de Jong
- Yvonne de Jong
- Monique Kemner
- Irene Krediet
- Johan Krijgsman
- Xenia Kuiper
- Sanneke Langendoen
- Mark Lenssen
- Bram van Leeuwen
- Robbert Menko
- Martijn van Mourik
- Wilfrid Opheij
- Hans Ossebaard
- Stefan Ottenheijm
- Co Politiek

- Hilco Prins
- Paul Reijn
- Sietske Rozie
- Merik Seven
- Dick Sietses
- Paul van der Velpen
- Jan Vesseur
- Sikker Visser
- Auke Vlonk
- Denis de Vries
- Brechtje Walburgh Schmidt
- Jobke Wentzel
- Leonard Witkamp
- Maartje Zonderland

Ontwerp en technische realisatie eBook

Dana Kalfsbeek en Fritiof Eriksson,
GBE communicatie

Eindredactie

Remco Hoogendijk
Co Politiek

Contact

Voor contact over de realisatie van dit boek of over contact over de inhoud kunt u een mail sturen naar zorginnovatieboek@gmail.com

Algemene informatie

Voor algemene informatie verwijzen wij u naar:

www.zorginnovatieboek.nl

www.aimtrack.nl

www.aimpact.nl

Linkedingroep

Om lid te worden van de co-creatie zorginnovatie linkedingroep ga naar

www.linkedin.com

