

## ***Verslag van de discussiebijeenkomst over Technologie in de Zorg in het kader van de Toekomstverkenning Zorg van Trendbureau Overijssel***

De bijeenkomst vindt plaats op 18 juni 2015 bij Roessingh Research and Development Centre in Enschede, waar veel aan technologie en innovatie in de zorg wordt gedaan.

**Hans Peter Benschop** van Trendbureau Overijssel heet iedereen van harte welkom en schetst kort wat het Trendbureau is: een onafhankelijk bureau, in het leven geroepen door GS op verzoek van Provinciale Staten. De staten realiseerden zich dat zij – evenals gemeenteraden – vaak lange termijnbesluiten neemt, waarvoor soms de onderbouwing niet altijd stevig is. Het Trendbureau voert daarvoor trendverkenningen en studies uit, die voor overheden en volksvertegenwoordigers in de provincie en gemeenten bruikbaar moeten zijn in hun besluitvorming. Het bureau is een netwerkorganisatie, wat betekent dat de verkenningen uitgevoerd worden met tal van organisaties en deskundigen.

Meestal levert een trendverkenning een rapport op, waarmee we discussies organiseren met raden, besturen, maar ook scholen en bedrijven.

In de Toekomstverkenning Zorg formuleren we naast een trendpanorama en een agenda voor de toekomst, een zestal perspectieven die kansrijk zijn. Deze discussiebijeenkomst gaat over zo'n perspectief, namelijk technologie in de zorg.

**Hans Rietman**, directeur van het Roessingh Research and Development Centre, licht aan de hand van een powerpoint-presentatie toe waar het RRD voor staat en waar zij momenteel onderzoek naar verrichten. Het RRD bestaat uit ongeveer 40FTE en de belangrijkste activiteiten zijn: het ontwikkelen van kennis, het ontwikkelen van methodieken en instrumentarium en de toepassing hiervan ter verbetering van diagnostiek en therapeutisch handelen.

Het RRD werkt veel samen met de zorgsector, met kennisinstellingen en het bedrijfsleven. Vaak nemen zij het onderzoeksdeel voor hun rekening. Trends die het RRD ziet zijn: gezond ouder worden, de veranderende zorgvraag, zelfmanagement en verplaatsing van zorg naar de thuissituatie.

Het RRD bestaat uit twee onderzoekscusters:

### *Revalidatietechnologie*

Dit cluster kijkt naar houding en beweging. Binnen dit cluster wordt onderzoek gedaan naar de vraag hoe we actief therapeutische devices (assistive devices) kunnen gebruiken om patiënten te helpen revalideren en hoe we hun zelfstandigheid kunnen bevorderen door middel van technologische middelen.

Er wordt veel samengewerkt met kennisinstellingen voor het ontwikkelen van revalidatiegames. Het instapniveau van de 2e lijn revalidatiegames moet lager zijn en individueel. Vanuit dure technologie maken we de vertalingslag naar goedkopere eenvoudigere middelen, waarmee patiënten goed geholpen kunnen worden. Een voorbeeld hiervan is Virtual Reality, een scootmobiel waarbij patiënten kunnen trainen door middel van een game. Een ander voorbeeld is het Reflexleg project van de UT, waarin we prothesen ontwikkelen met een actieve afzet.

### *Telemedicine:*

Dit cluster focust zich op het gezondheidsdomein en de ouderenzorg. Ondanks dat we veel goed kunnen meten, zeggen deze meetresultaten niet alles over hoe iemand zich thuis gedraagt. Ambulante diagnostiek blijft belangrijk. We gaan niet compleet de mens vervangen, maar wel mensen ondersteunen op gebied van revalidatie. De patiënt moet eerst voldoende vaardigheden aanleren om dingen te kunnen en kan daarna mogelijk door middel van telemedicine zelfstandig thuis verder oefenen.

Binnen telemedicine zijn er 6 domeinen:

- *Service requirement*: aansluiten bij eindgebruiker
- *Service evaluation*: hoe kan ik producten die ik ontwikkeld heb goed testen en ze de plek in de zorg geven die ze toekomt
- *Sensing*: als ik zorg op afstand lever, dan zie ik mijn patiënten niet, maar moet ik toch iets over hen kunnen zeggen. Hoe kan ik informatie van een individu op afstand te we-ten komen (door middel van een multi-sensor + context informatie).
- *Human computer interaction*: als we gegevens hebben, dan moeten we er ook zinvolle berekeningen over kunnen geven en dit terugkoppelen aan individu en patiënt zelf (user interaction + feedback).
- *Motivational training en coaching*: gebruikers leren diensten aan, maar vinden het na een poosje toch minder leuk. We ontwikkelen games en virtual realities om hen te motiveren. Op basis van gedragingen kunnen we het systeem verder uitbouwen.
- *Technical realisation*: daar waar een programma technische systemen realiseert, moet alles geïntegreerd worden tot een technisch prototype

Een voorbeeld van een telemedicine project is het Persilaa project: hierbij wordt een proactief servicemodel ontwikkeld voor de screening en preventie van kwetsbaarheid, ondersteunt door intelligente ICT infrastructuur. Het samenwerkingsverband is gericht op servicemodellen tussen gemeenten en huisartsen. Mensen die kwetsbaar zijn worden door de huisarts opgevangen en van zorg voorzien.

Gezonde mensen kunnen hun gezondheid zelf managen. Het programma voor kwetsbare mensen richt zich op verschillende cognities: een web-based oefenprogramma, voeding, beweging etc. Momenteel implementeren we een Europees project in Enschede, Hengelo, Tubbergen en Twenteland om te werken aan leefbaarheid: [www.langgezonder.nl](http://www.langgezonder.nl).

### **Voorstelronde**

De voorstelronde wordt gedaan aan de hand van een korte introductie, met de vervolgvraag wat men hier verwacht en komt brengen tijdens de sessie:

**Nienke Beekers** (Nictiz en TrendITion): met onze organisatie proberen we in de toekomst te kijken. Recentelijk heeft onze organisatie ons eerste trendboek uitgebracht over e-health en de eerste lijn (<http://www.nictiz.nl/page/eHealth/Trendboek>). Ik voel mij zelf vooral aangetrokken tot de patiëntkant: de patiëntportalen. Er zijn al veel producten ontwikkeld ten behoeve van inzage in gegevens, maar dit ligt rondom de privacy kwestie politiek heel gevoelig. Hierin zijn nog een aantal hindernissen te overwinnen. In het rapport zag ik vooral veel technologie. Als je dit op wilt schalen, dan is een stukje meer bekendheid geven heel belangrijk. Een voorbeeld hiervan is dat je bij een huisarts nu al vaak een e-consult kunt aanvragen, maar dat veel mensen dit niet weten. Hier zit nog een mismatch.

**Hans Rietman** (directeur Roessingh R&D): wat wij zien is dat er voor de patiënt vaak een intensieve revalidatieperiode is om tot een bepaald niveau te leren functioneren en dan zakt het vaak thuis in. Ik vind het belangrijk dat wanneer mensen naar huis gaan, ze actief en enthousiast bezig kunnen blijven met hun gezondheid en dan voornamelijk met hun motoriek (engagement van patiënten).

**Somaya Ben Alouch** (lector technologie, health & care, Saxion Hogeschool): binnen onze vakgroep kijken wij vooral naar de adoptie en het gebruik van technologie. We zijn momenteel bezig met het ontwikkelen van een app voor de verslavingszorg met MST. Daarbij denken we na over de vraag hoe e-health-achtige toepassingen kunnen bijdragen aan bezuinigingen, terwijl patiënten toch goed geholpen blijven worden. Somaya mist de menselijke kant in het rapport. Zij vraagt voor wie het rapport is geschreven.

**Joris Janssen** (Sense-OS): onze organisatie levert sensoren die door middel van informatie van patiënten en coaching ondersteunen bij gedragsverandering. Dit geldt voor zowel een programma gericht op depressie, als ook voor een vitaliteitsprogramma. Het filmpje Scannadoo geeft een beeld van wat er in de toekomst m.b.t. zorgtechnologie mogelijk is.

**Ellen Willemse** (projectleider toekomstverkenning zorgtechnologie, STT): bij het aspect technologie tussen ons bestaan er al verschillende initiatieven, zoals Uber, AirBnb etc. Zou er in de toekomst ook een Uber voor de zorg in beeld komen? Wellicht zijn er steeds minder professionals nodig om goede zorg te kunnen verlenen.

**Lisette van Gemert-Pijnen** (hoogleraar e-health and quality of care, UT): de vraag die bij ons speelt is hoe je technologie verleidelijk kunt maken, zodat mensen geïnteresseerd blijven om ermee aan de slag te gaan. Hiervoor is een visiegerichte aanpak van technologie en een op theorie gebaseerde aanpak nodig gericht op de eindgebruiker. De mens en de eindgebruikers zijn vaak niet hetzelfde. Gebruikersprofielen laten de kenmerken van de gebruiker zien, waarop technologie vervolgens aangepast kan worden. We verrichten veel onderzoek in veldstudies naar implementatiefactoren. Hierbij wordt een holistische aanpak gebruikt op het gebied van technologie. Je spreekt over de gebruiker en de context van het gebruik. Hierbij wordt ook samengewerkt met bedrijven (bijv. waterbedrijven). De vraag die Lisette bij het rapport stelt is wat voor visie je hebt op technologie, wat zijn de wensen en behoeften en wat voor technologie past daarbij?

**Miriam Volenbroek-Hutten** (clustermanager telemedicine Roessingh Research and Development): het is belangrijk om in het tijdsdomein te kijken en de context niet te vergeten. Het is mooi als die pil zo in het lichaam komt, maar er zit ook nog een dokter achter die iets moet doen. We hebben net een onderzoek afgerond met verschillende zorginstellingen en doelgroepen en daar werd alles compleet anders toegepast.

**Renie Heerbaart** (directeur Izit): Wij zijn een portaal voor zorgverleners en patiënten en voor zorgverleners en zorgdragers. Mensen willen graag zelf bepalen wat wanneer beschikbaar is aan informatie, maar dit moet wel goed ontsloten worden. Echt relevante informatie moet vaak nog handmatig bij een thuistest toegevoegd worden. Dit lijkt niet altijd betrouwbaar voor zorgverleners. Hier zal nog een dialoog over moeten plaatsvinden. Als een huisarts bijvoorbeeld niet aangesloten wil worden op de LSP, wordt hij ook niet aangesloten. Hierover worden regionale afspraken gemaakt.

**Henk Snijders** (directeur innovatie Carintreggeland): strategieën bedenken voor implementatie is belangrijk, wat wordt er duurzaam geïmplementeerd. Ook moet er aandacht zijn voor burgers met een lage sociaaleconomische status. Zij moeten ook bereikt worden.

**Michiel van Wel** (Vital Innovators): wij zijn een zorginnovatienetwerk waarin partijen elkaar vinden. We werken in coalities en zijn een echt doe-netwerk. Het lot van innovatie ligt in handen van de gebruikers, namelijk de patiënt en de zorgverlener. Een interessante vraag is of je jezelf als gemeente zo'n belangrijke rol toe moet eigenen, of dat je het bij de gebruiker moet laten liggen.

### **Presentatie Ingrid Geesink**

Ingrid Geesink van het Rathenau Instituut heeft de discussienotitie voor deze bijeenkomst geschreven. Het instituut houdt zich bezig met de ontwikkeling van technologie en ontwikkelingen in de maatschappij.

Tijdens een recente conferentie is de nationale wetenschapsagenda doorgenomen. Burgers konden voor deze agenda vragen indienen. Gezondheid scoorde hoog op de agenda, waarbij er twee vragen uitsprongen:

- Hoe gaat technologische vernieuwing de gezondheidszorg beïnvloeden?

- Hoe kunnen burgers meer regie voeren over hun eigen gezondheid(s data)?

De ontwikkeling van biotechnologie, nanotechnologie en cognitieve technologie leiden tot interessante ontwikkelingen. Kernwoorden zijn: preventiever maken, persoonlijker maken, predicatiever, participatiever en meer portable.

Bij technologie tussen ons kan ook gedacht worden aan het versterken van de relatie tussen zorgverleners en de patiënt door middel van apps (zowel health als funfactor). Technologie over ons gaat over gegevens die worden opgeslagen. Misschien worden deze gegevens ook voor andere doeleinden gebruikt, maar het levert ook extra informatie op. De technologie als ons lijkt niet alleen op ons, maar is als ons.

### **Discussie**

- *Welke technologieën gericht op zorg zijn bereikbaar en behapbaar vanuit lokaal/regionaal niveau?*

Het lijkt erop dat gemeenten het gevoel hebben dat ze zelf het wiel steeds opnieuw uit moeten vinden. Ze kijken minder naar hoe te communiceren met zorginstellingen. De vraag is wat de huidige situatie zo speciaal maakt dat gemeenten moeten gaan investeren. Er is al veel informatie uitwisseling.

Het is belangrijk dat gemeenten goed gaan nadenken over de doelen die zij voor ogen hebben. De gemeente Enschede heeft bijvoorbeeld geld beschikbaar gesteld voor het implementeren van een technisch systeem t.b.v. de WMO, maar ze denken vooral vanuit de technologische infrastructuur. Ze missen een visie op zorg en de rol van technologie daar in.

Als gemeenten aan de gang willen met technologie, moeten ze eerst goed nadenken voordat ze doen. Een voorbeeld is de digitale infrastructuur in Amsterdam om zorg te ontwikkelen. Er wordt gezorgd voor één kanaal waarin alle bestellingen, e-consults en health applicaties te vinden zijn. Er wordt niet alleen gekeken vanuit processen, maar ook vanuit behoeften. Vanuit de patiënt-burgercliënt wordt er gekeken hoe processen vervolgens uitgebreid kunnen worden. Gekeken wordt naar wat er leeft en wat er nodig is in plaats van meteen naar technologie te grijpen. Hierdoor komt de gemeente eigenlijk in een regierol. Samen met bewoners wordt er gekeken wat zij nodig hebben. Vanuit vigerende regelgeving zijn er nog veel drempels om bepaalde dingen in te voeren. De vraag is hoe deze drempels verlaagd kunnen worden om te onderzoeken in hoeverre deze nieuwe aanpak werkt.

Een tweede tip is: pak het niet direct groot aan. Een goede methode is learning-by-doing. Eerst beginnen met een portaal en dan verder kijken, in plaats van alles direct opzetten. Een portaal is een keuze, maar het is interessant om te onderzoeken wat nog meer mogelijk is, zie bijvoorbeeld [www.wehelpen.nl](http://www.wehelpen.nl) en [www.beteroud.nl](http://www.beteroud.nl).

Ten derde: kijk wat je rol is. We zitten momenteel in een ingrijpend veranderingsproces van de zorg. Daarbij dient ook een cultuurverandering plaats te vinden. We moeten naar een transformatie van de zorg, waarbij de burger de regie krijgt. Mensen weten vaak niet waar ze informatie kunnen vinden. Het is belangrijk om te bedenken wat we nu gezamenlijk willen bereiken, ondanks verschillende belangen. De vraag is hoe je partijen zo snel bij elkaar kunt krijgen dat ze met elkaar samen willen werken om tot een gezamenlijke oplossing te komen. Focus en urgentiebesef is belangrijk, waarbij gefocust moet worden op problemen die genoemd worden (bijv. gedragsproblematiek van iemand die op straat komt te staan).

- *Tot nu toe hebben we gesproken over technologieën die in opdracht van gemeenten worden ontwikkeld, maar is het niet veeleer het geval dat er allerlei technologieën op de gemeenten en de zorgsector afkomen – zonder dat wij daar macht over uitoefenen? En hoe reageren we daar dan slim op? Zijn er technologieën die de uitvoering van het zorgbeleid kunnen helpen, bijvoorbeeld doordat zij mensen helpen zelfstandig te leven?*

Er komen zeker technologieën aan, bijvoorbeeld apps, die mensen meer kansen geven om zelfdiagnose toe te passen, en het leven zelf meer in de hand te nemen. Dat hou je niet tegen. Ze kunnen ook disruptief zijn voor de huidige eerstelijnszorg in die zin dat ze het werk van huisartsen anders maken.

Het wordt spannend hoe we alle data die mensen genereren over hun gezondheid gaan gebruiken. Het gaat hierbij gedeeltelijk om privacy discussies. Maar ook over de manier waarop we data gebruiken om mensen gezond te houden. Voorbeeld van een interessante pilot is 'gezonde zorg, gezonde regio' <http://www.rijncoepel.nl/2015/07/innovatief-programma-gezonde-zorg-gezonde-regio/> Hier werkt men met een outcome financiering. De financierer betaalt voor gezondheid en niet voor consulten. Hier speelt participatie en een veranderende verhouding van arts en patiënt een belangrijke rol. Bij de relatie heb je het over een big-data systeem, rolverdeling en medische professie. Dit is al een culturele transitie.

Werkgevers hebben daarnaast een duidelijke incentive om medewerkers gezond te houden. Werkgevers kunnen mogelijk ook preventief de gezondheid van medewerkers stimuleren door technologieën. Zij hebben er een duidelijk belang bij en hier zit ook geld. Dit zijn voorbeelden waar de toepassing van technologieën niet per se emancipatorisch voor het individu werkt.

**Samenvattend:** Er is een ontwikkeling van meer nadruk op de burger en het feit dat de burger steeds meer macht krijgt over zijn elektronische omgeving. Tegelijk is er een beweging naar een meer gebiedsgerichte of populatiegerichte aanpak die vervolgens weer gekoppeld is aan financieringssystemen. Er is hier een spanning tussen het individu en de populatie.

- *Hoe zorg ik dat iedereen toegang heeft tot de zorg die dat nodig heeft?*

De toegang is niet het probleem, maar de vaardigheden van mensen verschillen erg. De digitale kennis loopt erg uiteen. Wellicht tussen ouderen en jongeren – maar zeker tussen hoog- en laagopgeleiden. De digitale revolutie vergroot eerder deze kloof dan dat hij die verkleint. Er komt een grotere groep waarvoor de werkelijkheid te complex is. Hier ligt een klassieke overheidstaak.

Het is de vraag hoe je mensen digitaal vaardig maakt als het om gezondheid gaat. Lager opgeleiden zijn zich vaak niet zo bewust van hun gezondheid en daarom ook minder gemotiveerd om zelf verantwoordelijkheid over hun gezondheid te nemen. Ze hebben vaak veel andere dingen aan hun hoofd, zoals het regelen van hun energie- en telefoonrekening etc. Letten op gezondheid heeft dan een lagere prioriteit. Het is belangrijk je te realiseren in welke context een technologie moet functioneren.

### **Afronding van de bijeenkomst**

Hans Peter Benschop bedankt iedereen voor de inbreng en zegt toe dat de aanwezigen de uitkomsten te lezen zullen krijgen.

