

Healthcare Innovation Platform

Zorg op afstand:
de nieuwe standaard?



THE HEALTHCARE
INNOVATION PLATFORM

POWERED BY GOOGLE CLOUD, ML6 AND PFIZER



Zorg op afstand: de nieuwe standaard?

Webinar 30 juni 2020

Inhoud

Inleiding

Wordt zorg op afstand de nieuwe standaard?	6
Komt structurele implementatie van zorg op afstand, mede door de COVID-19 pandemie, nu in een stroomversnelling en wordt dit de nieuwe standaard?	

Visie vanuit het ziekenhuis

Van behandelen naar preventie door digitale innovatie	10
Marieke Pierik, maag-darm-leverarts van het Maastricht UMC+	
Start met herinrichten van het zorgpad	16
Jan Gerard Maring, ziekenhuisapotheker en programma-directeur van het Connected Care Center Isala	

Visie vanuit de zorgverzekeraar

Zorgsector staat pas aan het begin van digitalisering	22
Jan Christiaan Huijsman, strategisch adviseur digitale zorg van Zilveren Kruis	

Visie vanuit de wetgeving

Juridische kant van digitalisering zorg	28
Theo Hooghiemstra, directeur van Hooghiemstra & Partners en MedMij bestuurder	

Wordt Zorg op afstand de nieuwe standaard?

Komt structurele implementatie van zorg op afstand, mede door de COVID-19 pandemie, nu in een stroomversnelling en wordt dit de nieuwe standaard? Deze vraag stond onlangs centraal in een webinar van het Healthcare Innovation Platform. Pfizer, Google Cloud en ML6 hebben dit platform in 2019 opgericht om zorgpartijen kennis en ervaringen te laten delen en samen te laten werken op het gebied van datagedreven gezondheidszorg.



In dit webinar worden de ervaringen met het opzetten en opschalen van zorg op afstand in de medisch specialistische zorg vanuit verschillende perspectieven gedeeld: vanuit de behandelaar, de patiënt, de zorgverzekeraar en de jurist. Zorg op afstand is geen nieuw onderwerp. Het is al langer een belangrijk onderdeel van de digitaliseringsslag die in de zorgsector gemaakt moet worden en waarvan alle partijen de nut en de noodzaak van inzien om passende zorg op de juiste plek en op het juiste moment te kunnen geven.

Zorg op afstand biedt vele voordelen voor patiënten en zorgverleners

Als 'patiënt op afstand' krijg je zorg op het moment dat het jou het beste uitkomt, bijvoorbeeld via een videoconsult of via een app met digitale begeleiding van je zorgverlener. Dit biedt grote voordelen. De agenda van de zorgverlener is niet meer leidend en overvolle wachtkamers behoren tot de verleden tijd. Je hoeft als patiënt alleen nog maar naar het ziekenhuis te komen als het echt nodig is. Dit scheelt veel tijd en in veel gevallen reiskosten.



Ook voor zorgverleners biedt zorg op afstand diverse voordelen. Patiënten kunnen zelf gezondheidsdata verzamelen, zoals het meten van de bloeddruk of door een hartfilmpje te maken, en deze data digitaal delen met hun zorgverlener. Door het structureel meten en analyseren van data kan er veel specifiekere worden ingespeeld op de behandeling en behoeften van patiënten. Ook is het vaak efficiënter omdat er in kortere tijd meer patiënten kunnen worden gezien. Zorg op afstand biedt diverse voordelen. Patiënten kunnen zelf gezondheidsdata verzamelen en deze data digitaal delen met hun zorgverlener.

Zorgkosten verlagen en antwoord op personeelstekort

Er moet echter nog veel gebeuren om zorg op afstand structureel in de ziekenhuiszorg in te bedden. Dit is van cruciaal belang onder meer vanwege de alomtegenwoordige zorgkosten en het toenemende personeelstekort.

Ook is het vaak efficiënter omdat er in kortere tijd meer patiënten kunnen worden gezien.

Want door nieuwe medische technologieën, bevolkingsgroei, vergrijzing en welvaartstijging groeit het zorgvolume volgens het trendscenario van het RIVM de komende twintig jaar jaarlijks bijna 3%.¹ Nog voor de uitbraak van de COVID-19 pandemie werd al ingeschat dat de uitgaven aan medisch-specialistische zorg in 2040 ruim 70% hoger uitvallen dan in 2018.¹

Door de toenemende zorgvraag zullen er bij voortzetting van de productiviteitstrend van de afgelopen vijf jaar in 2040 bijna 170.000 ziekenhuismedewerkers extra nodig zijn.¹ Personeel dat nu al moeilijk te vinden is.

Terugval in oude patronen voorkomen

Door de pandemie nam het gevoel van urgentie om zorg op afstand te leveren aan die patiënten bij wie dat kan, sterk toe. Want door de 'anderhalvemetersamenleving' kan nog maar dertig procent van het 'oude' aantal patiënten fysiek in het ziekenhuis terecht.

Inmiddels komen er steeds meer signalen dat zorgverleners en patiënten dreigen terug te vallen in het oude logistieke patroon. Op zich is terugval wel begrijpelijk omdat er nog vele hobbels te nemen zijn. Zo schort het in ziekenhuizen vaak aan tijd en personeel om de implementatie van digitalisering op te starten of te versnellen. Verder zijn de meeste zorgprofessionals, die de lead moeten nemen in deze verandering, hier niet voor opgeleid. Ook schort het in de meeste ziekenhuizen aan financiële middelen om de digitalisering en zorginnovatie structureel door te voeren. En verder speelt de relatieve onbekendheid met de wetgeving op digitaal gebied een rol, evenals het feit dat de interoperabiliteit tussen de verschillende databronnen niet op orde is.

Toch is het van groot belang om de urgentie vast te houden en door te gaan met het inrichten van een zorgsysteem waarin de zorg primair digitaal geleverd gaat worden en alleen fysiek als het echt moet.

Gupta strategists berekenden in hun rapport 'Corona katalysator of struikelblok voor groenere ziekenhuiszorg' onlangs dat het na de pandemie mogelijk is om 25 procent van de polibezoeken structureel op afstand te blijven doen.²

Mede in het licht van bovengenoemde uitdagingen heeft de Federatie Medisch Specialisten³ een aantal adviezen uitgebracht in verband met de Tweede Kamerverkiezingen in 2021, waaronder:

- Stimuleer de juiste zorg op de juiste plek door structurele bekostiging en financiering van onder andere netwerkgeneskunde en zorgevaluatie.
- Maak ruim baan voor e-health toepassingen en vernieuwende vormen van zorg op afstand. De versnelde implementatie van e-health toepassingen tijdens de COVID-19 crisis moeten we vasthouden.
- Verbeter de gegevensuitwisseling zodat patiënten en zorgverleners op het juiste moment op de juiste plek over alle relevante patiënteninformatie beschikken.

Benut elkaars kennis

Ondanks alle hobbels die genomen moeten worden zijn er in Nederland toch ook steeds meer goede initiatieven op dit gebied gaande. Belangrijk dat zorgprofessionals elkaar weten op te zoeken en leren van elkaars ervaringen, en als het kan hierin samenwerken, zodat niet iedere keer het wiel hoeft te worden uitgevonden en de zeer noodzakelijke digitaliseringsslag daadwerkelijk gemaakt kan worden. Vanuit het Healthcare Innovation Platform dragen we hier graag een steentje aan bij.



Best practices

Pfizer, Google Cloud en ML6 zijn er als oprichters van het Healthcare Innovation Platform van overtuigd dat samenwerking tussen alle betrokken zorgpartijen dé crux is om de ontwikkeling van datagedreven gezondheidszorg een blijvende boost te geven. Om die reden werd onlangs het webinar 'Zorg op afstand, de nieuwe standaard?' gehouden. Tijdens het webinar deelden deskundigen best practices over het opzetten en het opschalen van zorg op afstand. Ze spraken over het inrichten van zorg op afstand op verschillende manieren, van videoconsulten tot geïntegreerde e-health platforms waarmee je patiënten op afstand kan monitoren en data kan verzamelen en analyseren. Daarnaast bespraken de experts de uitdagingen die er zijn op het gebied van de financiering en op juridisch vlak. Zo werd het onderwerp zorg op afstand tijdens het webinar vanuit verschillende perspectieven belicht: vanuit de patiënt, het ziekenhuis, de zorgverzekeraar en de wetgeving.

In dit dossier vind je een samenvatting van de presentaties van alle experts.

Eind dit jaar is er weer een HIP-symposium over een actueel onderwerp met andere experts en waarin betrokken zorgpartijen met elkaar opnieuw ervaringen en kennis uitwisselen en mogelijkheden tot samenwerking onderzoeken.

Bronnen

1. https://www.ing.nl/media/ING_EBZ_digitaal-ziekenhuiszorg_tcm162-180669.pdf
2. <https://gupta-strategists.nl/storage/files/200528-Corona-als-katalysator-voor-groenere-ziekenhuiszorg.pdf>
3. <https://www.nvr.nl/agenda-medisch-specialisten-tweede-kamerverkiezingen-2021/>

Van behandelen naar preventie door digitale innovatie

Het e-healthprogramma MijnIBDcoach zorgt voor halvering van het aantal ziekenhuisopnames en bijna veertig procent minder controle afspraken. Patiënten die meedoen zijn therapietrouwer en ervaren een hogere kwaliteit van zorg¹. Bovendien dalen de gemiddelde zorgkosten met 554 euro per patiënt per jaar². Volgens dr. Marieke Pierik, maag-darm-leverarts van het Maastricht UMC+ bewijst dit dat e-health een waardevol hulpmiddel is om de zorg anders te organiseren.

Deze resultaten werden in 2017 in het vooraanstaande medische tijdschrift The Lancet gepubliceerd¹ na gerandomiseerd onderzoek onder ruim 900 appgebruikers. "Een app alleen kan natuurlijk nooit een doel op zich zijn", nuanceert ze. "Je wilt binnen de zorg een aantal dingen bereiken en daarbij heb je soms een e-health toepassing nodig", stelt Pierik tijdens haar verhaal aan collega-medisch specialisten, ziekenhuisapothekers, vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties en andere deelnemers aan het webinar van het Healthcare Innovation Platform (HIP) over datagedreven gezondheidszorg.

Perceptiekloof gewenste uitkomsten

MijnIBDcoach is een aantal jaren geleden opgezet door een multidisciplinair team van artsen en IBD-verpleegkundigen van verschillende academische en perifere ziekenhuizen en patiëntenvereniging CCUVN. IBD is de Engelse verzamelnaam voor de chronische darmontstekingsaandoeningen Colitis Ulcerosa en de Ziekte van Crohn.

MijnIBDcoach geeft artsen en verpleegkundigen een beter beeld van hoe het écht met IBD-patiënten gaat. En dat is belangrijk, want er bestaat een duidelijke perceptiekloof tussen artsen en patiënten, vervolgt Pierik haar verhaal.

De gewenste uitkomsten zijn verschillend voor verschillende betrokkenen. "Voor een arts is het belangrijk dat de ontstekingswaarden van mensen met de ziekte van Crohn en Colitis Ulcerosa onder controle zijn. Anders krijg je complicaties op lange termijn. Maar een patiënt wil niet elke zes maanden een colonoscopie ondergaan, om te onderzoeken of zijn darmen er normaal uitzien. Die wil gewoon een normaal leven leiden."

'Je wilt binnen de zorg een aantal dingen bereiken en daarbij heb je soms een e-health toepassing nodig'

Marieke Pierik

In Europa heeft bijna de helft van de mensen minstens één chronische aandoening.

Nieuwe definitie van gezondheid

Maar wat is gezondheidszorg nu eigenlijk, resumeert de MDL-arts. “Dat zijn alle inspanningen, van diagnose, preventie tot behandeling om iemands gezondheid te verbeteren of te behouden.” Vroeger ging gezondheid vooral over ‘compleet gezond’ zijn. Nu is de definitie gezondheid een brede combinatie van subjectief fysiek, mentaal en sociaal welzijn. De WHO is tot deze nieuwe definitie gekomen omdat het aantal mensen met een chronische ziekte enorm stijgt en steeds minder mensen honderd procent ‘gezond’ zijn. In Europa heeft bijna de helft van de mensen minstens één chronische aandoening.

Streven naar totale gezondheid heeft geen zin, wel kun je streven naar een zo goed mogelijk subjectief welbevinden op fysiek, mentaal en sociaal vlak. Bovendien worden chronische aandoeningen vaak veroorzaakt of sterk beïnvloed door leefstijlfactoren zoals roken, drinken, zwaar overgewicht, te weinig bewegen en psychische co-morbiditeit. “Dat betekent dat je deze factoren ook moet meten”, benadrukt de MDL-arts.

Centraal in de zorg zou de patiënt moeten staan met zijn voorkeuren en wensen. Rond die patiënt staat het interdisciplinaire zorgteam met de artsen, verpleegkundigen en de

diëtiste. “Wat we vaak vergeten is dat in de tweede cirkel ook het sociale netwerk van de patiënt staat. In de derde cirkel staan de zorginstelling en het regionaal zorgnetwerk waar die is ingebed. En de grootste cirkel is de politieke en economische zorgomgeving met vergoeding en regelgeving.”

Dashboard

De kwaliteit van zorg is de mate waarin geleverde zorg de gewenste uitkomsten verbetert. De gewenste uitkomsten van zorg zijn verschillend voor verschillende betrokkenen. Marieke Pierik stelt dat voor de patiënt, de patiëntgerapporteerde uitkomstmaten (hoe zij het effect van de behandeling zelf ervaren) belangrijk zijn en dat een arts vooral kijkt naar de klassieke uitkomsten (de ontstekingswaarden). Terwijl de ‘maatschappij’ kijkt naar de balans tussen de zorgkosten en de opbrengsten: hoeveel kost een behandeling en wat levert het op als een patiënt in de maatschappij kan blijven participeren. “Daarnaast moeten we alle psychosociale en leefstijlfactoren meten die een ziekte beïnvloeden.”

Binnen het MUMC+ is een dashboard ontwikkeld waarin al deze data met elkaar in verband kunnen worden gebracht. “Ons streven is om al zoveel mogelijk informatie te hebben over een patiënt voordat deze bij het ziekenhuis komt. Zo kunnen we hem of haar zo snel mogelijk naar het



juiste zorgpad verwijzen.” Daarom worden bij elk polibezoek van een patiënt direct alle klassieke uitkomsten in het ziekenhuisinformatiesysteem ingevoerd. “Tegelijkertijd hebben we een e-health toepassing gemaakt om direct primair in het zorgproces de patiëntgerapporteerde uitkomsten en psychosociale en leefstijlfactoren te kunnen vastleggen”, vertelt Marieke Pierik over MijnIBDcoach.

“In MijnIBDcoach vragen we patiënten vragenlijsten in te vullen. Bij rode vlaggen (alerts bij bepaalde antwoorden) krijgen verpleegkundigen een signaal en kan een arts worden

ingeschakeld. Ook zitten er veel e-learningmodules in MijnIBDcoach over thema’s, zoals IBD en zwangerschap en stoppen met roken. Dit doen we om patiënten meer kennis, vaardigheden en zelfmanagement op het gebied van hun eigen ziekte te bieden. “En ze kunnen via een beveiligde omgeving berichten sturen naar hun behandelaar.”

Terugkoppelen aan de patiënt

Ze vervolgt: “Wat we ook doen met patiëntgerapporteerde uitkomsten en psychosociale en leefstijl uitkomsten, is dat we die direct terugkoppelen aan de patiënt. Zodat we die ook veel

‘Het streven is om alle patiëntendata die deze digitale innovatie oplevert, steeds beter te analyseren en aan elkaar te verbinden.’

vaker in de spreekkamer bespreken. Dit draagt bij aan *shared decision making*.”

Tegelijkertijd wordt alle data die uiteindelijk in het centrale dashboard terechtkomt, vertaald en gecodeerd in de taal van bijvoorbeeld zorginformatiebouwstenen, vertelt Marieke Pierik. “Zodat we ze kunnen gebruiken om onze stratificatie nog veel beter te maken. En om per zorgpad te kijken of de uitkomsten die we belangrijk vinden en de kosten wel in balans zijn.”

Het streven is om op die manier alle patiëntendata die deze digitale innovatie oplevert, steeds beter te analyseren en aan elkaar te verbinden, vervolgt ze haar verhaal. Zodat je allerlei mogelijke vragen kunt beantwoorden en kunt zien of betere behandeluitkomsten zorgen voor lagere zorgkosten en of dat je patiënten misschien overbehandelt. “Gaat het slecht met patiënten, dan moet je natuurlijk je zorg verbeteren. Maar gaat het heel goed en is de geboden zorg duur, kun je ook dingen in het zorgpad aanpassen.”

Marieke Pierik en haar collega's hopen dat deze manier van slimme registratie en het veelvuldig hergebruik van uitkomsten en risicofactoren door digitale innovaties er toe kan bijdragen dat binnen de IBD-zorg meer de verschuiving van behandeling naar

preventie kan worden gemaakt. “Wat nog mooier is dat uit nieuw onderzoek^{3,4} blijkt dat psychosociale en leefstijlfactoren helpen voorspellen welke patiënten de komende drie maanden opvlammingen krijgen,” aldus Pierik. “We gaan kijken of je in plaats van het meten van ziekte-activiteit opvlamming puur op basis van zulke data kunt voorspellen. En of je daardoor tegelijkertijd meer aan preventie kunt doen en aandacht kunt creëren voor psychosociale en leefstijlfactoren.”

Implementatie en opschaling

Programma's zoals MijnIBDcoach vergen wel de nodige inzet van ziekenhuizen en patiënten om succesvol te kunnen worden geïmplementeerd en opgeschaald. Zo is er nog geen structurele financiering door verzekeraars en is er risico op overconsumptie oftewel dubbele zorg als je het zorgpad niet hierop aanpast. Er kan sprake zijn dat de arts bang is dat de relatie met de patiënt wordt aangetast. Er kunnen juridische aspecten meespelen of sociale issues zoals mindergeletterdheid.

Als je patiënten zover wil krijgen dat ze meedoen aan zorgprogramma's op afstand, moet je een *Engagement Capacity Framework* opbouwen. Ofwel een structuur waarbij je zorgt voor een dynamische interactie met de zorgomgeving. Ook moet je een



patiënt kennis en vaardigheden bieden, waardoor hij er vertrouwen in krijgt dat hij succesvol kan meedoen aan een programma.

Zorgpaden ontwikkelen op basis van psychosociale en leefstijlfactoren

Marieke Pierik is trots op het succes van MijnIBDcoach. Het wordt inmiddels in veertien ziekenhuizen gebruikt. “Binnen het SMART-IBD netwerk proberen we van elkaar te leren en zorgpaden te ontwikkelen op basis van psychosociale en leefstijlfactoren en deze te implementeren en te delen om daar gedegen bewijs voor te vinden. Op die manier denken we de transitie te kunnen maken van preventie van progressie van de ziekte door monitoren van inflammatie naar meten van gezondheid vanuit het perspectief van de patiënt.”

Bronnen

1. <https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2817%2931327-2/fulltext?elsca1=tlxpr>
2. [https://www.cghjournal.org/article/S1542-3565\(20\)30535-8/fulltext](https://www.cghjournal.org/article/S1542-3565(20)30535-8/fulltext)
3. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30371776/>
4. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31213405/>

Start met herinrichten van het zorgpad

Om zorg op afstand efficiënt te kunnen inzetten, is het volgens dr. Jan Gerard Maring, ziekenhuisapotheker en programmadirecteur van het Connected Care Center Isala, van groot belang dat de zorgpaden anders worden ingericht. De juiste zorg moet op de juiste plek worden aangeboden.

'We moeten transformeren naar een nieuwe manier van zorg leveren, willen we de zorg blijven leveren en betaalbaar houden.'

Jan Gerard Maring

Transformeren naar nieuwe zorg

Binnen het ziekenhuis Isala in Zwolle is in 2018 begonnen met een digitaliseringsprogramma. "Dit zijn we gaan doen vanuit onze visie dat de zorg fundamenteel anders moet worden ingericht", zegt Maring tijdens het webinar Zorg op afstand van het Healthcare Innovation Platform. "Het is *Do or Die!* We moeten transformeren naar een nieuwe manier van zorg leveren, willen we de zorg blijven leveren en betaalbaar houden. Dat betekent naar ons idee dat een deel van de zorg naar de patiënt thuis moet worden verplaatst."

Volgens Maring is dat een logische stap, want de wereld is al enorm gedigitaliseerd. "We kunnen hotels boeken, eten bestellen en bankieren. De bedrijven die dit nu aanbieden, zijn hiermee al heel lang bezig. Zo begon in de bankwereld in 1987 voor het eerst Girotel. Dat is de start geweest van de transformatie naar de huidige volledige virtuele manier van werken. Daar hebben de banken ongeveer dertig jaar over gedaan. Er is dus voor ons nog een hele weg te bewandelen."

Turbo op verdere digitalisering

De zorgsector neemt wat betreft digitalisering op dit moment een heel andere positie in. "We stonden tot voor kort nog steeds in de rij bij de apotheek, zaten in volle wachtkamers en zelf afspraken maken met onze zorgverlener zit er nog niet in. Pas sinds oktober 2019 is het mogelijk om vanuit het ziekenhuis digitaal recepten te versturen naar stadsapotheken."

Isala heeft in aansluiting op het hoofdlijnenakkoord in 2018 de ambitie geuit om voor het einde van 2021 tenminste 10 procent van de ziekenhuiszorg thuis te laten plaatsvinden.

‘Dit zijn we gaan doen vanuit onze visie dat de zorg fundamenteel anders moet worden ingericht.’

Om dit doel te bereiken is per 1 januari 2019 het Connected Care Center opgericht. Binnen Isala zijn ze nu sinds twee jaar bezig om zorg op afstand te realiseren. “De coronacrisis heeft de turbo op deze verdere digitalisering gezet. We hebben onze ambitie al naar boven bijgesteld: in plaats van 10 procent willen we nu 25 procent van alle patiëntcontacten in de ambulante zorg eind 2021 laten plaatsvinden via connected care oplossingen.”

Triage aan de voorkant

Binnen Isala is vanaf januari 2020 een adviestraject met KPMG doorlopen om het Connected Care Center Isala verder te professionaliseren en te versnellen. Daarin zijn drie golven van verandering te zien: verbeteren (2020-2021), veranderen (2021-2024) en transformeren (vanaf 2024).

“We denken nu vooral vanuit één zorginstelling om de zorg aan huis te verlenen. We doen dat vaak met één ziektebeeld en een bepaalde oplossing in gedachten. We moeten vanuit het ziekenhuis fundamenteel anders gaan werken. Je ziet in Israël en in Finland al goede voorbeelden van transformatie. Daar worden patiënten mede op basis van populatiedata en kunstmatige intelligentie getrieerd naar de juiste zorgprofessional. De poort voor verwijzing is niet meer standaard vanuit de huisarts, maar vanuit een digitale hub waarin je je symptomen aangeeft waarna je vervolgens wordt

doorverwezen naar de juiste zorgprofessional. Je krijgt digitale triage aan de voorkant.”

Verbetering gezondheidszorg

Het digitaliseringprogramma van Isala moet op vier manieren bijdragen aan de verdere verbetering van de gezondheidszorg. “We willen dat het in elk geval gaat leiden tot minimaal dezelfde kwaliteit van zorg, maar dan thuis, dat leidt tot een betere ervaring bij de patiënt.”

Ook de zorguitkomsten moeten volgens Maring beter worden. “Wij denken dat met een groot aantal oplossingen te kunnen realiseren, bijvoorbeeld de inzet van e-coaches, maar ook de laagdrempelige toegang tot zorgprofessionals. We kunnen daardoor eerder interveniëren wanneer iemand een exacerbatie van zijn ziekte krijgt.”

De verwachting is dat het Connected Care Center Isala ook zorgt voor een demping in de stijging van zorgkosten. “En *last but not least* gaat het ons ook om het betrokken houden van onze zorgverleners. Als we niets doen en we blijven op dezelfde manier werken, dan is er in 2040 een enorm tekort aan zorgpersoneel en neemt de werkdruk nog meer toe. Door het slimmer koppelen van de juiste zorgverlener aan de juiste patiënt denken wij dit te kunnen voorkomen.”

Connected Care Services

Binnen Isala zijn inmiddels drie Connected Care Services opgericht rondom de zorgpaden:

- Educatie en Zelfmanagement: hierbij worden e-coaches en



portalen ingezet om de patiënt actief aan zijn ziekte te laten werken.

- Telemonitoring en Zelf meten: waarbij de patiënt zelf metingen uitvoert dan wel wordt voorzien van een medisch hulpmiddel (bijvoorbeeld een slimme pleister) waarmee vitale waarden op afstand kunnen worden gemonitord.
- Mobiel Medisch team (Isala@home): dat wordt ingezet op momenten dat de patiënt thuis moet worden bezocht.

Om een klinische opname thuis veilig te kunnen realiseren is een goed e-health platform nodig en een Medisch Service Center dat 24/7 bereikbaar is.

Zorgpad is het startpunt

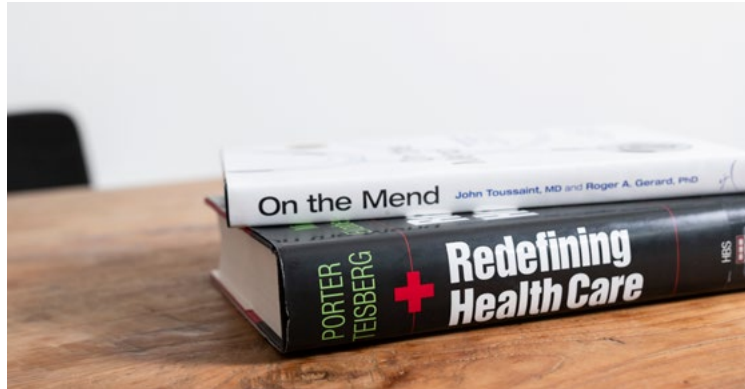
Bij zorg op afstand is volgens Maring het zorgpad altijd het startpunt. “Het gesprek begint bij de zorgprofessionals. Het is belangrijk om naar het bestaande zorgpad te kijken en hoe deze kan worden aangepast. Vrijwel altijd zal er sprake blijven van een hybride vorm. Bepaalde zorg blijft fysiek in het ziekenhuis (bijvoorbeeld beeldvormende technieken), maar een deel kan thuis, bijvoorbeeld met zelftesten.”

De vernieuwde zorgpaden van Isala zijn onder meer gebaseerd op het Value Based HealthCare-model van Michael Porter en Elizabeth Teisberg uit 2007. Wij onderscheiden binnen een zorgpad de onderdelen: monitoren/preventie, diagnose, voorbereiding, interventie, herstel en nazorg.

“Per onderdeel bekijken we wat er te digitaliseren is. Op bepaalde momenten kunnen we bijvoorbeeld instructiefilmpjes inzetten of de ziektelast uitvragen in ons zorgportaal. Daarmee voorkomen we dat de patiënt de gang naar het ziekenhuis hoeft te maken. Ook educatie en management, monitoren en het inzetten van een mobiel team hebben we opgenomen in het zorgpad.”

Van push- naar pullmodel

Het interessante volgens Maring is dat je daarmee ziet dat wordt overgaan op een heel andere manier van zorg verlenen. “In de oude wereld zijn we gewend dat de zorgverlener bepaalt wanneer de patiënt weer wordt gezien op een vervolgconsult. Het is een pushmodel. Dat is min of meer de standaard geworden: we volgen de agenda en het ritme van de zorgverlener.”



In de nieuwe wereld, het nieuwe hybride en virtuele zorgpad, gaan we veel meer naar een pullmodel. “We zien daarbij in de eerste periode de patiënt, maar hij krijgt middelen waarmee het mogelijk is om zichzelf te managen en bij achteruitgang contact op te nemen met een e-coach. Hierbij zijn de patiënt en de ontwikkeling van de ziekte leidend voor het vullen van de agenda van de polikliniek.”

Er wordt overgaan op een heel andere manier van zorg verlenen.

Organisatorisch vraagstuk

De nieuwe zorgpaden vormen volgens Maring wel een groot organisatorisch vraagstuk. “Wij hebben ervaren dat diverse afdelingen met ongeveer vijftig tot honderd patiënten bezig waren en dat we door de digitalisering konden opschalen naar vijfhonderd. Voor verdere opschaling waren we organisatorisch nog niet klaar. Het herinrichten van het zorgpad vraagt ook om herinrichting van bijvoorbeeld capaciteitsplanning en agendabeheer. “Het gaat echt om een heel andere manier van werken.”

Metten van uitkomsten is uiterst belangrijk. “Op die manier kun je zien wat wel en wat niet werkt. We bepalen samen met de zorgverleners wat relevante KPI's zijn. Wij hebben al

goede dashboards kunnen inrichten die we kunnen filteren naar specifieke ziektebeelden. We kunnen daardoor zien wat de andere manier van werken betekent voor het aantal polikliniekbezoeken, het volume klinische opnames, de acute opnames en de geneesmiddelenkosten.”

Uitgangspunt is patiënt centraal

“Transformatie doe je er niet zomaar even bij. Als je de digitalisering groot aanpakt, is het betrekken van de ICT-afdeling echt noodzakelijk”, aldus Maring. “De patiënt moet centraal staan. De ICT-ers moeten in nauwe afstemming met de zorgverleners de technologische infrastructuur opbouwen. Belangrijk aandachtspunt is herbruikbaarheid van gegenereerde data, bijvoorbeeld om algoritmes te ontwikkelen en om machine learning te kunnen toepassen.”

Regionale transmurale zorgcoördinatie

“Onze visie is dat binnen de komende tien jaar veel van onze patiënten thuis zorg verleend krijgen maar dat er ook nog steeds allerlei interventies moeten plaatsvinden in stenen gebouwen. Samenwerking tussen diverse zorgaanbieders zal steeds belangrijker worden. Een goed ‘dashboard’ waarop alle relevante informatie van een patiënt beschikbaar is voor samenwerkende zorgaanbieders gaat hierbij helpen. Er is een soort virtuele ‘zorgverkeers-toren’ nodig.

Daarmee komt er volgens Maring een digitaal verkeersknooppunt waar alle datastromen aan elkaar worden

geknoopt. “Een deel van die data wordt gemonitord door mensen in een fysiek medisch servicecentrum. Dan gaat het vooral om de kritische patiënten en om een alternatief voor de verpleegkundige post. Maar voor een heel groot deel van de andere data zal die ook gerouteerd moeten worden naar de juiste zorgverlener. Het liefst zonder tussenkomst van allerlei personen die daar nog handelingen in moeten verrichten.”

Isala is inmiddels een ‘Hix huis’ waarbij beeldbellen integraal wordt aangeboden en er zijn verschillende e-coaches operationeel. “Omdat Isala als ziekenhuis niet de centrale spil in de regio moet zijn maar de patiënt, zoeken we nog naar een platform dat het dashboard kan leveren. Daarop moet alle data van een patiënt zijn terug te vinden, ook onder meer die van de huisarts, de apotheek en de verpleeghuizen en thuiszorg. Dat is een hele uitdaging die we nog willen realiseren.”

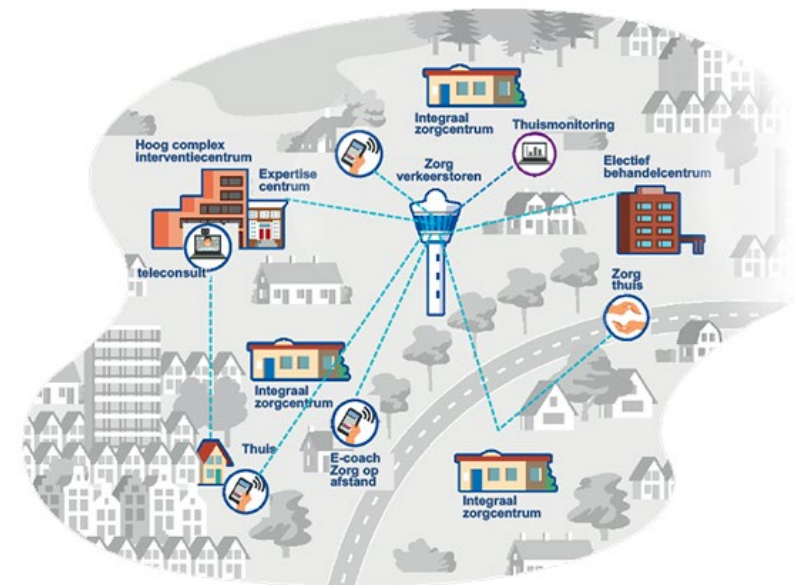
Slimmere manier van werken

Isala hoopt in 2022 de stap te hebben gemaakt naar de nieuwe manier van zorg verlenen. “We denken met beperkte financiële groei veel meer te kunnen doen, op een slimmere manier. We maken nadrukkelijk de beweging naar zorg thuis: daar is intensieve samenwerking met de zorgverzekeraar voor nodig. En ook zijn er goede betaaltitels nodig voor deze manier van zorgverlening.”

Maar de kern van alles in eerste instantie is de herinrichting van het zorgpad. En dat is complex, herhaalt Maring nog maar eens. “Dat vraagt om nauwe samenwerking tussen de zorgprofessionals en ICT, een herontwerp van de polikliniek, en ook management, finance en control moeten aanhaken. Je maakt deze strategische overstap niet zomaar. Je moet hiervoor echt een apart team inrichten en een programma opstarten.”

Bronnen

1. KPMG rapport *Wie doet het met wie 2019*
<https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/nl/pdf/2019/advisory/wie-doet-het-met-wie-2019.pdf>



Afbeelding gebaseerd op KPMG rapport ¹ met enkele modificaties van Isala

Er wordt overgaan op een heel andere manier van zorg verlenen.

Zorgsector staat pas aan het begin van digitalisering

Beeldbellen met patiënten betekent nog geen digitalisering van de zorg. In vergelijking met het bedrijfsleven staan zorginstellingen nog in de kinderschoenen. Dat stelt Jan Christiaan Huijsman, strategisch adviseur digitale zorg van Zilveren Kruis tijdens het webinar Zorg op afstand van het Healthcare Innovation Platform. “De COVID-crisis is bijzonder, maar ook een kans om meer duiding en versnelling te geven aan deze ontwikkeling.”

‘De COVID-crisis is bijzonder, maar ook een kans om meer duiding en versnelling te geven aan deze ontwikkeling.’

Jan Christiaan Huijsman

Zorg op afstand is volgens Huijsman al drie jaar strategisch speerpunt van Zilveren Kruis. “Onder de noemer Zorg Veilig Thuis houden we ons bezig met implementatie van e-health, m(obile)-health, digitale zorgprogramma's en ook met fysieke zorg thuis, zoals dialyse of chemotherapie.”

Jan Christiaan Huijsman vertelt dat zijn werkgever al 'avant la lettre' bezig was met het thema 'de juiste zorg op de juiste plek'. Dat is ook de titel van het befaamde rapport van de gelijknamige taskforce dat vertaald is in de Hoofdpijnen-akkoorden, waaronder die van de medisch specialistische zorg.

Speerpunten van dat rapport

De speerpunten van dat rapport zijn zoals Huijsman ze noemt 'de drie V's: voorkomen van (duurdere) zorg, verplaatsen van zorg vanuit het ziekenhuis naar huisartsen en zorginstellingen dichterbij huis en vervangen van zorg door onder meer e-health.

“Met name in de GGZ zijn al lang positieve ervaringen met digitale behandelingen.” Naast dat deze vorm van behandelen effectief blijkt, zijn er nog meer voordelen. “Je kunt op deze manier 24/7 zorg bieden, op het moment dat het mensen zelf uitkomt. Daarnaast is deze zorg redelijk anoniem en dat kan voor mensen heel prettig zijn. Van deze manier van werken kunnen wij veel leren.”

Huijsman gaat verder en pleit voor een 'vijf-V-model'. “De vierde 'V' is het verbeteren van zorg met een datagedreven aanpak: data-analytics, om algoritmes te ontwikkelen en niet *evidence-based* maar *practice-based* te werken. We weten hoelang het duurt voordat een medische richtlijn tot stand komt: gemiddeld vijftien jaar. Dan gaat hij '5,7' jaar mee en vernieuwen we hem.”



Verlagen van bedrijfskosten door transformatie

De vijfde 'V' staat voor verlagen van bedrijfskosten door transformatie. "Mijn stelling is altijd: nieuwe technologie met oude processen zorgt voor dure processen. Als je innoveert, moet je mentaal voorbereid zijn en je huiswerk doen om verouderde structuren, faciliteiten en ook fte's te reduceren, of een andere plek te geven."

Dat wordt vaak vergeten en dan wordt de zorg niet goedkoper maar duurder door invoering van e-health. "Als iedere dokter in zijn of haar spreekkamer digitale zorg bedrijft, wordt dat hoogstwaarschijnlijk duurder. Maar als je denkt aan bijvoorbeeld controlecentra, zoals je in sommige grote Amerikaanse en Chinese ziekenhuizen ziet, kun je dat anders en efficiënter organiseren."

Van Diabeter tot Hartwacht

Hij vervolgt: "Wij financieren via Zorgverzekeraars Nederland (ZN) al jarenlang platforms en initiatieven waardoor artsen en patiënten data kunnen delen zoals het LSP (Landelijk Schakelpunt), het MedMij- en TWIIN-

programma. Dat doen we in nauwe samenwerking met het ministerie van VWS die daar ook VIPP-programma's (stimuleringsregelingen) op zet."

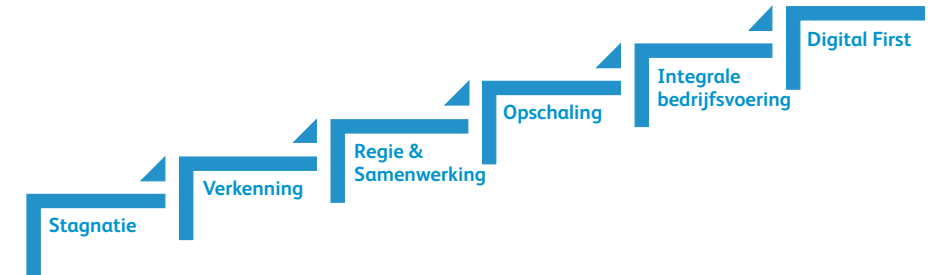
Wat volgens hem 'misschien ook niet heel bekend is', is dat Zilveren Kruis ook met innoverende partijen, ziekenhuizen en consortia werkt aan de vernieuwing van zorg en dus digitale zorg. "Denk aan Diabeter voor mensen met diabetes, waarmee we een tienjarige overeenkomst hebben gesloten. En de app Hartwacht, waarmee je thuis veilig je hart kunt monitoren. Hierbij werken we samen met Focus Cura, Luscii en de Cardiologie Centra Nederland van cardioloog Igor Tulevski."

Maar ook werkt Zilveren Kruis nauw samen met het Isala Connected Care Center, dat zich als doel heeft gesteld om minstens een kwart van de zorg die de vier ziekenhuizen van de Isalagroep leveren, op afstand te gaan verzorgen.

Virtueel ziekenhuis

In hetzelfde rijtje past de samenwerking met Tergooi dat gaat verhuizen naar nieuwbouw die dertig procent kleiner is dan de huidige bouw. "Dat betekent dat je heel specifiek moet nadenken over wat je levert aan de patiënt: welke zorg je houdt, wat je afstoot en hoe je zorg inricht."

Weer een ander voorbeeld is de samenwerking in het kader van de Virtual Ward, een technologisch platform voor een deel van de zorg in Amsterdam, samen met Cordaan, het OLVG en de ROHA (huisartsengroep Amsterdam), somt Huijsman verder op.



"En in het noorden zijn we met De Friesland en veertig coalitiegenoten bezig om een sociaal medisch PGO-netwerk op te zetten voor burgers en patiënten."

De zorgverzekeraar werkt ook op internationaal vlak samen, stelt de strategisch adviseur. "We doen bijvoorbeeld mee aan het samenwerkingsverband rond het virtuele ziekenhuis New SkyCare met Erasmus MC, het Karolinska Instituut en Eurocross om te komen tot nieuwe hybride zorgpaden rond hartfalen en COPD."

'Je moet heel specifiek nadenken over wat je levert aan de patiënt: welke zorg je houdt, wat je afstoot en hoe je zorg inricht.'

Coachen en adviseren

De verzekeraar ontwikkelt architectuur van digitale zorg en screent de leveranciers van e-health. "We hebben een dik boekwerk van alle relevante leveranciers voor e-health, telemonitoring, zorgnetwerken en digital therapeutics. Die toetsen we op werking, doelmatigheid, interoperabiliteit, compliance en wet- en regelgeving. Daar coachen en adviseren we onze zorgaanbieders op."

Model met traptreden

Volgens Huijsman staat de zorgsector pas aan het prille begin van de digitalisering. Hij wijst op een model met traptreden met de woorden stagnatie, verkennen, regie en samenwerking, integrale bedrijfsvoering en *digital first*, die staan voor de weg die moet worden afgelegd. "Stagnatie

staat voor het ziekenhuis dat in zijn gebouw blijft zitten en zegt 'wij wachten het af totdat alles *evidence-based* is,' stelt hij. "Verkenning is wat we het meeste zien: ziekenhuizen die bezig zijn met kleinschalige pilots bij een paar vakgroepen." Echte digitalisering verlangt volgens hem regie, samenwerking, governance en een leidende coalitie. "Anders kun je niet duurzaam opschalen naar het volgende niveau. Je moet vakgroepeverstijgend bezig zijn en je moet aan de slag met bijvoorbeeld brede digitale triage voor de patiënten die je ziekenhuis benaderen. De volgende stap is dat je aan de gang gaat met integrale bedrijfsvoering met een *backend* strategie, met ook de link naar personeelszaken, logistiek en met inkoop." *Digital first* is de hoogste digitale traptrede. "Denk aan het virtuele ziekenhuis Mercy Virtual. Buitengewoon relevant wat we daarvan kunnen leren."

Een ontwikkeling die Huijsman en collega's daarnaast 'zeer zinvol' achten, is het gebruik van de onbenutte ruimte tussen de nulde, eerste en tweede lijn. Hij schetst het beeld van een patiënt die maandagochtend de huisarts belt en vervolgens lang in de wachtkamer wacht totdat hij aan de beurt is.

"Natuurlijk heb je thuisarts.nl en dr. Google en dat zijn hele mooie initiatieven, maar dat is toch internet 1.0. Wij kijken naar de onbenutte ruimte tussen de nulde en eerste en tussen de eerste en tweede lijn. Ruimte waarin de burger niet meteen patiënt wordt en die niet meteen een formeel consult nodig heeft, maar door hulp van goede triage en *artificial intelligence* wordt voorzien van relevante persoonlijke informatie en pas daarna desgewenst doorgestuurd naar de juiste zorgprofessional."

Hij geeft wel aan dat dit niet voor iedereen is weggelegd en dat je digitale zorg 'persona-based' moet aanbieden. Maar deze manier van werken scheelt volgens de strategisch adviseur een derde aan patiënten in de wachtkamer, die op deze manier ook effectief en passend worden geholpen.

Op dit gebied zijn al talloze initiatieven, stelt hij. Babylon Health (virtuele dokter), spreekuur.nu, CRI (voor mensen met reuma) en Livi (medische beeldconsultaties), geeft hij daar als voorbeelden van. "Deze ontwikkelingen gaan razendsnel. Daarom is mijn boodschap: we kunnen hier maar beter proactief naar kijken. Ook vanuit de traditionele zorginstellingen. Anders gaat het je mogelijk overkomen."

Aanbevelingen voor verdere digitalisering zorginstellingen

- Benut en participeer in de VIPP's, de versnelling en informatie-programma's van VWS, benut de transformatiegelden, de SET-gelden, benut de kansen voor grote informatiestandaardprogramma's als TWIIN, MedMij en PROVES, om gegevens uit te wisselen tussen zorgverleners en met de patiënt.
- Digitale zorg is ontwikkeling en opbouw, maar ook afbouw van verouderde processen en middelen. Durf daar aan te denken en te werken als je vernieuwt, anders loop je vast in oude zorgpaden met nieuwe techniek.
- Leveranciersmanagement is 'key'. Kies je partners met zorg, check of je daar goed mee kan samenwerken en co-creëer.
- Onderscheid digitale zorg en digitalisering. Digitalisering gaat óók over competenties, over integratie, *backend* integratie, *connectivity* en infrastructuur. Wat heb je nodig en wat heb je in huis? Daarop kun je duurzame digitale zorg ontwikkelen.
- Focus je niet alleen op care, maar kijk ook goed naar health c.q. preventie en benut die onbenutte ruimtes tussen de nulde, eerste en tweede lijn.

Bronnen

1. <https://www-nature-com.eu1.proxy.openathens.net/articles/s41551-018-0195-0>
2. <https://www.nictiz.nl/standaarden/xds/>



Juridische kant van digitalisering zorg

“Bij het leveren van digitale zorg moet rekening worden gehouden met een groot aantal juridische aspecten.” Dat zegt Mr. Dr. Theo Hooghiemstra, bestuurskundige en jurist, directeur van Hooghiemstra & Partners en gepromoveerd in het recht. Daarnaast is Hooghiemstra bestuurder van MedMij, het afsprakenstelsel voor het veilig uitwisselen van gezondheidsgegevens tussen patiënten en gezondheidsprofessionals. “Er is meer dan de AVG om rekening mee te houden.”

Hooghiemstra vertelt hierover tijdens het webinar Zorg op afstand van het Healthcare Innovation Platform dat is opgericht door Pfizer, Google Cloud en ML6 voor stakeholders in de zorg om kennis en ervaringen over datagedreven gezondheidszorg te delen.

Recht van patiënt en plicht van zorgverlener

Een van de belangrijke juridische aspecten om mee rekening te houden bij het leveren van digitale zorg is volgens hem het medisch beroepsgeheim dat is opgenomen in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst - WGBO. Dat is een wet uit 1995 die van belang is bij levering van zorg op afstand. Het medisch beroepsgeheim gaat zelfs terug naar de eed van Hippocrates.

Data en medische teams

“Het medisch beroepsgeheim is een recht van de patiënt en een plicht van de zorgverlener”, legt Hooghiemstra uit. “Alles wat de zorgverlener van de patiënt weet, is hiermee vertrouwelijk en wordt geheimgehouden. Dat heeft een individueel belang, maar ook een algemeen belang. Zo hebben we allemaal toegang tot de zorg zonder dat we bang hoeven te zijn dat onze medische situatie en dat wat wij vertellen, zomaar op straat komen te liggen.”

‘Bij het leveren van digitale zorg moet rekening worden gehouden met een groot aantal juridische aspecten.’

Theo Hooghiemstra

Vertrouwensrelatie garanderen

Die fysieke vertrouwensrelatie die er nu is, moet volgens Hooghiemstra ook bij digitale zorg worden gegarandeerd. "En daar heb je autorisaties voor nodig, zodat je weet wie waarvoor bevoegd is. Daarnaast is authenticatie noodzakelijk, zodat je zeker weet dat iemand is, wie hij zegt dat hij is. En natuurlijk is het vastleggen van gegevens belangrijk. Dat zijn allemaal zaken die op dit moment in de zorg helaas nog niet goed zijn geregeld."

'De focus ligt daarmee dus echt op de dialoog tussen arts en patiënt.'

In de WGBO is verder het recht van de patiënt geregeld. Daarbij gaat het om inzage en afschrift, vernietiging en informatie. Ook belangrijk bij de digitalisering van de zorg is het recht op Informed Consent uit de WGBO. Hiermee wordt de patiënt op een zo'n begrijpelijk en volledig mogelijke wijze geïnformeerd over de voorgestelde behandeling.

Samen beslissen opgenomen in WGBO

Binnen de WGBO is er nog een nieuwe bepaling bijgekomen: *shared decision making*, het gezamenlijk nemen van beslissingen. De informatieplicht van de zorgverlener is hiermee aangevuld met de verplichting overleg te voeren met de patiënt over de situatie en behoeften van de patiënt. De zorgverlener

nodigt de patiënt uit tot het stellen van vragen en verstrekt desgevraagd schriftelijk of elektronisch informatie.

"De focus ligt daarmee dus echt op de dialoog tussen arts en patiënt", aldus Hooghiemstra. "Dit biedt risico's en kansen. Het medisch beroepsgeheim is alleen gericht op medische dossiers, maar niet op de persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO), ook niet op die van MedMij en gezondheidsapps. Juridisch gezien is vanuit de WGBO niets geregeld rondom het patiëntgeheim en het verbod op handelen in gezondheidsgegevens. Hiervoor houdt je alleen de AVG over, die dit met toestemming kan toestaan."

Zorgverlener als verwerkingsverantwoordelijke

De AVG is een Europese verordening uit 2018. "De AVG is niet specifiek voor de zorg bedoeld," aldus Hooghiemstra. "Het is een wet die heel breed is en geldt voor alles wat we doen, zowel publiek als privaat. De AVG is vooral een reactie op technologische ontwikkelingen zoals social media en kunstmatige intelligentie."

Bij de AVG is de zorgverlener de verwerkingsverantwoordelijke en zijn zorg-ICT leveranciers de verwerkers. Die samenwerking en verantwoordelijkheid kunnen worden geregeld in een verwerkersovereenkomst. "Bij zorg- en ICT-projecten moeten DPIA's worden gehouden. Dit zijn *data protection impact assessments*, die eerst moeten worden voorgelegd aan de Functionaris Gegevensbescherming die elke zorginstelling volgens de AVG verplicht moet hebben aangesteld."

Duidelijk doel met effectieve oplossing

De betrokkene is hier de patiënt die allerlei digitale rechten heeft. Een interessant recht bij het leveren van digitale zorg is die van gegevensoverdracht. "Die lijkt alleen mooier dan die voor de patiënt daadwerkelijk is", zegt Hooghiemstra.

"Het recht gaat namelijk alleen over gegevens die de patiënt zelf heeft aangeleverd voor het medisch dossier. Het gaat dus niet over de gegevens van de zorgaanbieder. Wel zit er nog een bepaling in over het recht op een 'menselijke blik' bij geautomatiseerde besluiten en profilering (kunstmatige intelligentie)."

De kern van de AVG is volgens Hooghiemstra dat duidelijk moet zijn welk doel wordt nagestreefd en of de gekozen oplossing, bijvoorbeeld een app, het meest effectieve middel is voor dat doel. "Een app is bij de AVG niet een doel op zich. De AVG zet verder in op dataminimalisatie: niet meer dan noodzakelijk, en op '*data protection by-design*': het meenemen van de regels bij het vormgeven van de digitalisering van de zorg."

Per 1 juli 2020 recht op elektronische inzage dossier

De Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg (Wabvpz) stamt uit 2017. Deze wet gaat in op het zorgvuldig omgaan met medische persoonsgegevens, zeker wanneer deze elektronisch worden uitgewisseld. Daarbij gaat het onder meer om veilig mailen en chatten, de bewaartermijn van data en het veilig



uitwisselen van informatie volgens specifieke normeringen. Zorgaanbieders mogen op basis van de Wabvpz alleen gegevens beschikbaar stellen in een elektronisch uitwisselingssysteem als de patiënt daar uitdrukkelijk toestemming voor geeft. Op 1 juli 2020 is er in deze wet een recht bijgekomen voor de patiënt: de elektronische inzage en afschrift. Patiënten hebben recht op kosteloze elektronische inzage in hun dossier. Daarnaast moet de patiënt op verzoek een elektronisch overzicht ontvangen van de login gegevens van zijn medisch dossier.

Er is ook een nieuwe wet in de maak: de Elektronische Gegevensuitwisseling in de Zorg (eGIZ; www.internetconsultatie.nl/gegevensuitwisseling). Het ministerie van VWS neemt hierin de regie. Het nieuwe wetsvoorstel moet bijdragen aan een functionerende elektronische gegevensuitwisseling



tussen zorgverleners, door verplichtingen op te leggen aan zorgaanbieders en eisen te stellen aan IT-producten of -diensten. “De verwachting is dat deze wet volgend jaar in werking treedt”, aldus Hooghiemstra.

Interessante gegevens-uitwisseling

Het wetsvoorstel ziet toe op het elektronisch delen en benaderen van gegevens tussen zorgverleners in aangewezen gegevensuitwisselingen binnen de zorgdomeinen. Door te regelen hoe gegevens moeten worden uitgewisseld, kunnen randvoorwaarden worden gesteld voor goede zorg. “Denk bij de gegevensuitwisseling aan medicatieverstrekking en digitaal receptenverkeer, ambulanceoverdracht, ketenzorg rondom diabetes en beelduitwisseling tussen ziekenhuizen”, geeft Hooghiemstra aan. “Dat is interessante gegevensuitwisseling die kan bijdragen aan goede zorg.”

Door te regelen hoe gegevens moeten worden uitgewisseld, kunnen randvoorwaarden worden gesteld voor goede zorg.

Huiswerk voor wetgever

Volgens Hooghiemstra is er tot slot ook huiswerk voor de wetgever. “Er moeten meer garanties worden geboden aan zorgaanbieders en patiënten. Er moet een hoog betrouwbaarheidsniveau worden geregeld, gefaciliteerd en gefinancierd.”

Want zorgverleners zijn volgens Hooghiemstra door de verwaarloosde gegevensbescherming onvoldoende in staat om op een hoog betrouwbaarheidsniveau gegevens uit te wisselen. “Dat belemmert veilige innovatie en de zorg op afstand. Dat is de echte belemmering en niet de AVG.”

Tips voor verdere digitalisering van de zorg

- Als patiënt krijg je steeds meer rechten, maar het is een illusie om te denken dat je daarmee ook de regie in handen hebt over alles. Het is verstandig om zelf alert te blijven.
- Als zorgaanbieder ben je de verwerkingsverantwoordelijke en moet je het medisch beroepsgeheim beschermen. Daarnaast moet je voldoen aan de AVG en overige wetgeving. Dat kun je deels doen door dit neer te leggen bij de ICT-leverancier en deels aan *shared decision making* te doen. Zo handel je in de geest van de wetgeving.
- Het is goed voor zorgkoepels en ICT-partijen om betrokken te zijn bij de verdere ontwikkeling van het Wetsvoorstel Elektronische Gegevensuitwisseling in de Zorg. En om deel te nemen aan de NEN-commissies die over die specifieke gegevensuitwisseling gaan.
- ICT-leveranciers doen er verstandig aan om voor ‘*data protection by-design*’ te gaan. Neem alle regeltjes die er zijn direct mee in je ontwerp.



**U vindt deze informatie ook op
pfizer.nl/datagedreven-gezondheidszorg**

Kijk voor andere actuele zorgthema's op
www.pfizer.nl





*‘We moeten transformeren naar
een nieuwe manier van zorg leveren,
willen we de zorg blijven leveren
en betaalbaar houden.’*

Jan Gerard Maring, ziekenhuisapotheker en programma-
directeur van het Connected Care Center Isala