

Succesvolle innovatie in de gezondheids- en welzijnszorg: evenwichtsoefening tussen technologieaanbod en noden van de patiënt.



Eigenlijk is het heel eenvoudig, zei moderator Guy Tegenbos en hij verwees naar de toespraak van Liselotte Højgaard (zie interview in dit nummer): "Het uitgangspunt van dit colloquium is dat we moeten investeren in onderzoek voor de gezondheids- en welzijnszorg. In de eerste plaats omdat er nog zoveel vooruitgang wenselijk, nodig en mogelijk is. Ten tweede omdat er door de vergrijzing in de nabije toekomst niet genoeg personeel zal zijn om de zorgverlening die we wensen te garanderen en dus de technologie een handje moet toesteken. En ten derde, door doelgericht te investeren in innovatie in de gezondheids- en welzijnssector kan Vlaanderen zich binnen de globale kenniseconomie positioneren als een koploper. Die technologie kunnen we dan verzilveren en dat maakt de gezondheidszorg betaalbaarder".

"Maar hoe moeten we dat doen?", vroeg Guy Tegenbos aan de drie partijen die rechtstreeks betrokken zijn in het hele debat over innovatie in gezondheids- en welzijnszorg: de technologieaanbieders, de gebruikers en de overheid. Wil het invoeren van innovatie in gezondheids- en welzijnszorg succesvol zijn, dan moeten we in de eerste plaats naar elkaar luisteren.

INVESTEREN IN MEDISCH ONDERZOEK

Professor Liselotte Højgaard stelt dat Europa dubbel zoveel moet investeren in medisch onderzoek als vandaag om op internationaal vlak mee te kunnen. Ook Vlaanderen zal aan die Europese oproep niet ontsnappen.

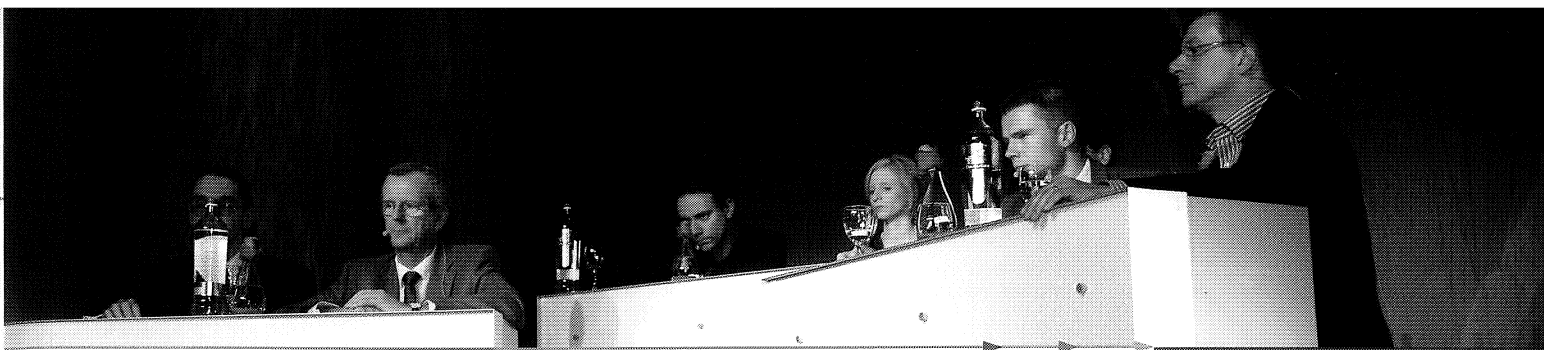
Wim Coumans vindt dat Vlaanderen inderdaad meer moet investeren in fundamenteel medisch onderzoek. "Maar dat vergt internationale samenwerking. Daarnaast moeten we ook investeren in toegepast

wetenschappelijk onderzoek met het oog op de valorisatie in de context van de internationale concurrentie. En tot slot moeten we ook investeren in efficiënte zorg. We moeten de mogelijkheden ernstig nemen om arbeid voor een stuk te vervangen door technologie. Maar we moeten er ons ook van bewust zijn dat daardoor spanningen kunnen ontstaan op het vlak van de gebruiksvriendelijkheid en de klanttevredenheid. Want de anonimisering van de zorg vandaag leidt vaak tot vereenzaming van patiënten. Die menselijke toets door technologie vervangen, dat zie ik niet zo zitten".

Olivier Remy beaamt. "Zorg zal hoe dan ook door mensen blijven gebeuren, door allerlei zorgverstrekkers, verpleegkundigen, verzorgenden, maar ook door telefoonbedienden in een alarmcentrale. Technologie is belangrijk om toekomstige uitdagingen op te vangen. Maar we moeten ons ook geen illusies maken: investeren in mensen om de vergrijzing op te vangen moet er in ieder geval gebeuren. Technologie zal dat nooit volledig kunnen invullen".

De stelling van Koen Verlaeckt is dat de Vlaamse overheid onderzoek maximaal wil faciliteren en excellentie maximale kansen geven. "Biomedisch onderzoek is goed voor ongeveer 40% van het budget dat door het FWO verdeeld wordt. Meer investeren betekent dat er misschien andere bronnen zijn die we moeten aanboren", zegt hij. Verlaeckt denkt concreet aan het mecenaat en verwijst naar de Wellcome Trust in het Verenigd Koninkrijk. Mecenaat is in België onontgonnen terrein omwille van de gebrekkige federale fiscale wetgeving. "Daar zouden we echt werk van moeten maken. Kijk naar de Vlaamse Kankerliga. Die slaagde er recent in om in korte tijd een fonds op te bouwen van zo'n drie miljoen euro voor kankeronderzoek. Het kan dus wel".





AANBODGESTUURDE TECHNOLOGIE

De drijfveer achter innovatie is resultaten boeken. Het is de missie van bedrijven en onderzoekscentra om nieuwe technologieën te ontwikkelen en op de markt te brengen. In de gezondheidssector is dat niet anders.

“Vlaanderen heeft een sterke concentratie van uitmuntende academische onderzoekscentra, een gezondheidszorg van wereldklasse die voor iedereen toegankelijk is en een goed aantal farmaceutische bedrijven”, onderstreept Stef Heylen. “Die drie factoren samen kunnen zorgen dat Vlaanderen zeker op het vlak van innovatie, vooral rond translationeel onderzoek, een leidende rol kan spelen, ondanks onze beperkte schaalgrootte. Maar, willen we echt vooruitgang boeken, dan moeten we beter samenwerken. Een uitgelezen instrument daarvoor zijn de ‘centers of excellence’ waar partners kunnen samenwerken rond goed gedefinieerde doelstellingen, bijvoorbeeld rond medische toepassingen van micro-elektronica of nanotechnologie of rond een meer curatieve aanpak van ziektebeelden”.

“Wij kijken naar wat de patiënt vraagt en hoe wij hem kunnen verder helpen via technologie”, voegt Bert Gyselinx toe. “Dat is een continue zoektocht. Bijvoorbeeld hoe kunnen wij gebruiksvriendelijke monitoringtoepassingen ontwikkelen voor patiënten en zorgverstrekkers. Maar dat heb je niet altijd in de hand, want onderzoek gebeurt en groeit in het laboratorium en vaak resulteert dat in dingen waarvan we in het begin geen enkel vermoeden hadden. We moeten ook keuzes maken. In welke domeinen willen we investeren? In robots zoals in Japan? In systemen om mensen de trap op te helpen of zich te verplaatsen? In geneesmiddelen voor hersenaandoeningen of bepaalde genetische afwijkingen? In ziekten van het centraal zenuwstelsel? We moeten een keuze maken tussen enerzijds producten en systemen die we willen ontwikkelen en waarmee we kunnen excelleren in het kader van publiek-private samenwerking en anderzijds zaken waarin we niet willen investeren en die we dus gewoon aankopen”.

STURING VANUIT DE VRAAG

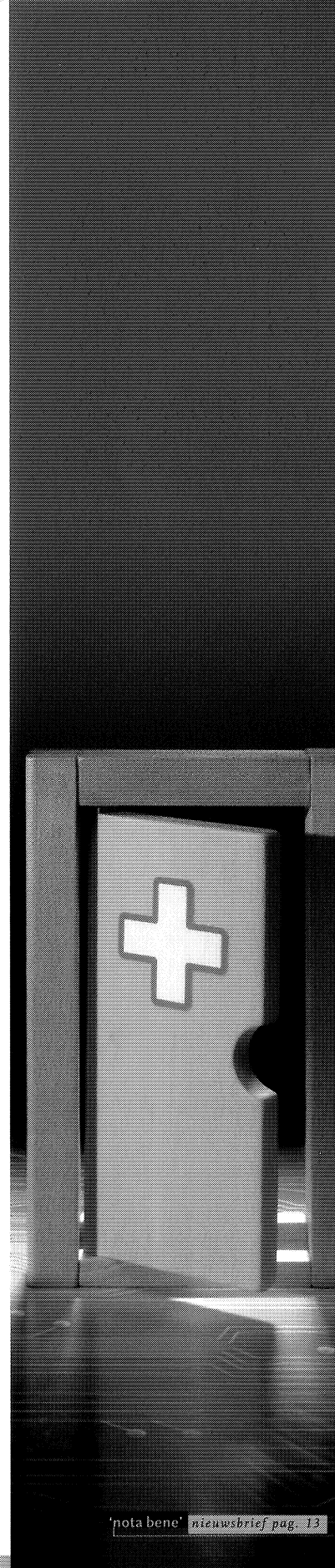
Producten of innovaties aangeboden door grote onderzoeksinstituten of farmaceutische groepen lenigen dus lang niet alle noden van patiënten. Heeft de overheid hierin dan geen sturende rol te vervullen?

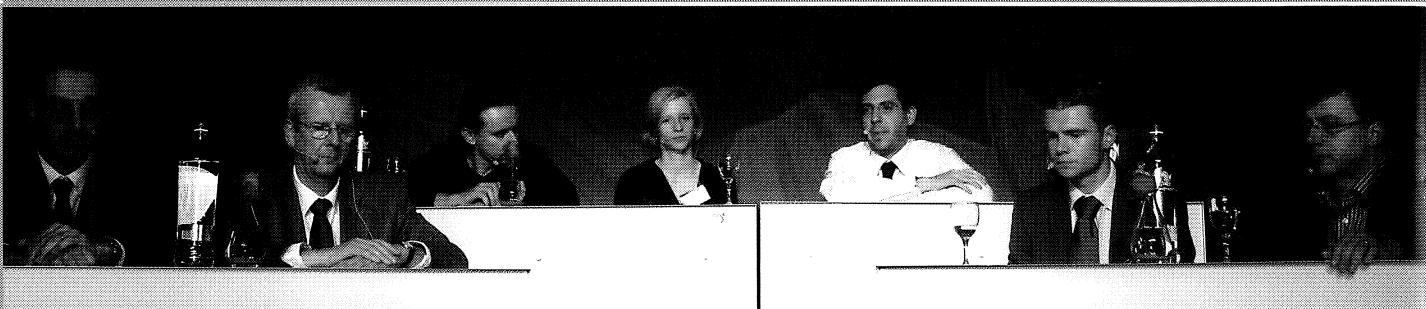
Ilse Weeghman vindt van wel. “Innovatie moet leiden tot kwaliteitsverbetering. Daarin moet de patiënt centraal staan. In de gezondheids- en welzijnssector zijn

veel nieuwe technologieën in opmars. Ik stel vast dat dat nog steeds hoofdzakelijk aanbodgestuurd gebeurt en nog veel te weinig vraaggestuurd, laat staan behoeftegestuurd. Maar het gaat niet alleen om spijstechnologische producten, maar ook om het ontwikkelen van geneesmiddelen, behandelingen, e-healthtoepassingen, processen. Er zijn al veelbelovende initiatieven, bijvoorbeeld in de thuiszorg en de gehandicaptenzorg, waar men kijkt naar wat een patiënt in de thuissituatie echt nodig heeft. Ik denk ook aan het concept van de ‘klinische paden’, een enorm goed instrument waar ook de eerste lijn bij betrokken is. Dat moet verder aangemoedigd worden. De overheid moet de voorwaarden scheppen zodat patiënten en zorgverstrekkers mee op de kar kunnen springen van die nieuwe innovatieve processen. Een domein waar nog enorm veel werk aan de winkel is zijn de zogenoemde weesgeneesmiddelen. Dat zijn behandelingen voor heel beperkte aantallen chronische patiënten met zeldzame ziekten op wie geen grootschalige tests kunnen worden uitgevoerd en waar de return on investment totaal niet gegarandeerd is. Daar is het noodzakelijk dat onderzoekscentra, industriële partners en alle actoren binnen de gezondheidszorg samen met de overheid de handen in mekaar slaan om een sturend beleid uit de grond te stampen. Zo'n beleid uitwerken hoeft echt niet zoveel geld te kosten, maar is wel heel belangrijk voor patiënten die dit echt nodig hebben”.

“De ruimte voor vraagsturing moeten we vooral zoeken in processen die technologie gebruiken om op een efficiënte, veilige en klantvriendelijke manier te communiceren met een brede waaier van betrokken actoren”, vindt Wim Coumans. “Dat moet gebeuren op basis van overleg en via onderzoeksprogramma's die van een andere aard zijn dan het fundamenteel wetenschappelijk onderzoek. Ik denk heel concreet aan het ‘welzijnsinformatiesysteem’ voor geïnformateerde uitwisseling van basisgegevens tijdens de verschillende fasen van het zorgtraject en aan een zestal lopende projecten gericht op het gebruik van GPS-technologie om matig dementerenden de mogelijkheid te bieden om toch thuis te kunnen blijven. Dat is echte sturing vanuit de noden en behoeften van de patiënt. Daarmee tonen we aan dat er wel degelijk nieuwe ontwikkelingen mogelijk zijn eens de kinderziekten overwonnen zijn. Als zo'n projecten lukken, dan kunnen we meer mensen bedienen binnen dezelfde budgettaire ruimte, zeker kwetsbare groepen die nu minder of geen zorg krijgen, terwijl ze er wel behoefte aan hebben”.

Bart Sijnave haalt het voorbeeld aan van een pas gestart pilootproject waarbij de vier grote ziekenhuizen en in het Gentse samenwerken met thuiszorgorganisaties,





PANELLEDEN

v.l.n.r.: *Koen Verlaeckt* (adjunct-kabinetschef van minister Patricia Ceysens), *Wim Coumans* (kabinetschef van minister Steven Vanackere), *Olivier Remy* (secretaris LBC-NVK, rusthuissector), *Ilse Weeghmans* (coördinator Vlaams Patiëntenplatform), *Bart Sijnave* (ICT-manager van het UZ Gent), *Bert Gyselinckx* (programmadirecteur van het Human++ programma binnen IMEC) en *Stef Heylen* (chief medical officer voor Johnson&Johnson Pharmaceutical R&D, Research and Early Development, Europa).

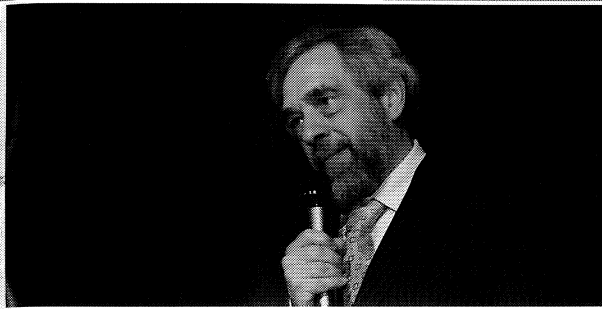
artsen, specialisten en waarbij de patiënt centraal staat. Via een terminal thuis kan de patiënt zelf afspraken maken, online betalingen doen, vragen stellen, medische basisgegevens invoeren of de alarmknop indrukken. Hij kan zelfs beslissen aan wie hij de toelating geeft om zijn dossier geheel of gedeeltelijk in te zien. Probleem is dat de regelgeving nog niet op punt staat. Als er met name iets fout loopt, wie is dan verantwoordelijk, de patiënt die verkeerde informatie doorgeeft, de zorgverstrekker of de technologieaanbieder?”

Een domein waar die confrontatie tussen aanbod en vraag centraal staat is het translationeel onderzoek. Voor Koen Verlaeckt is translationeel onderzoek een van de grote uitdagingen voor de toekomst. “Daar treffen vraag en aanbod mekaar en kunnen nieuwe ideeën gegenereerd worden. De meer theoretische kennis uit de onderzoekswereld wordt geconfronteerd met de typische gebruikersomgeving van de patiënt. De resultaten van die confrontatie worden dan teruggekoppeld naar het onderzoek. Translationeel onderzoek staat in Vlaanderen nog in de kinderschoenen. Minister Patricia Ceysens heeft de VRWB de opdracht gegeven om dat conceptuele kader verder uit te werken”.

Stef Heylen ziet hier interessante mogelijkheden. “Een van de doelstellingen van translationeel onderzoek is niet alleen de oorzaken te ontrafelen van ziektebeelden, maar ook om bijvoorbeeld biomerkers te ontwikkelen om te kijken hoe een patiënt reageert op een therapie. Op die manier kunnen we heel doelgerichte behandelingen afstemmen op de concrete noden van de patiënt. Nu worden allerlei behandelingsmethodologieën in het wilde weg gebruikt omdat we niet voldoende inzicht hebben in het reactiepatroon van een patiënt op toegediende geneesmiddelen”.

VALKUILEN

Invoering van technologie in de gezondheidszorg is lovenswaardig, maar kan ook valkuilen creëren. Hoogtechnologische apparaten of processen genereren allerlei nieuwe taken waar de betrokken actoren weliswaar voordeel bij hebben, maar ten koste van wat?



“Bij de invoering van IT-technologie moeten we rekening houden met de 20/80-regel” zegt Bart Sijnave. “20% is het aandeel van de technologie en 80% gaat naar alles wat daarrond hangt: nadenken over het nieuwe proces alvorens het te implementeren, sensibiliseren, opleidingen organiseren. Als men niet nadenkt over het ganse zorgtraject en over wat het teweeg brengt in de praktijk, op de werkvloer, dan vraagt men om problemen. In tegenstelling tot vroeger moeten zorgverstrekkers gegevens meer en meer digitaal invoeren. Dat zorgt voor een verschuiving in de werklust. Daar moet men over nadenken”.

Stef Heylen is het daarmee eens, maar is optimistisch. “Ik zie ook hier mogelijkheden tot convergentie”, beweert hij. “Neem het Elektronisch Medisch Dossier. Als dat goed opgesteld is, zorgt dat voor een betere zorg van de patiënt. Zorgtrajecten kunnen beter op elkaar worden afgestemd, mogelijke fouten bij registratie of toediening van geneesmiddelen worden vermeden, de kwaliteit van de zorg en de communicatie binnen de zorgteams verbeteren. Dit soort informatie kan de industrie gebruiken om nieuwe behandelingsmodaliteiten uit te werken”.

Een andere valkuil van nieuwe technologieën is de toegankelijkheid. Ilse Weeghmans onderscheidt een aantal facetten. In de eerste plaats zijn er de mensen die met nieuwe technologieën moeten leren omgaan. Daarnaast zijn er mensen die niet in staat zijn om een oordeel te vellen over het voorgeschotelde technologieaanbod. Maar minstens even belangrijk vindt zij de financiële toegankelijkheid. “Wij pleiten ervoor om nieuwe behandelingen en geneesmiddelen zoveel mogelijk op te nemen in de verplichte ziekteverzekering”, stelt ze. “Iedereen moet toegang krijgen tot nieuwe medische en zorgtechnologie en de overheid heeft de taak om daarvoor de nodige ondersteuning te geven”.

Ook Olivier Remy vindt dat de overheid de middelen moet voorzien om die toegankelijkheid te garanderen. Als dat, rekening houdend met de uitdagingen waar onze maatschappij voor staat, niet kan, dan rijzen er grote problemen, aldus Remy. “Innovatie heeft hoe dan ook een effect op de werkvloer. Personeel moet opgeleid worden, niet alleen in nieuwe techno-

logieën, maar ook in nieuwe processen en werkmethoden, zeker in het zorgtraject vanaf de thuiszorg via het ziekenhuis naar rusthuis of psychiatrie. Als je dat op grote schaal wil organiseren, moet dat ook goed gebeuren”.

Wim Coumans waarschuwt echter om alles in de schoenen van de overheid te schuiven. “De basis van kwaliteitsbescherming”, zo stelt hij, “is de technologie- en zorgaanbieders te confronteren met vragen die hen doen nadenken over waar ze mee bezig zijn. Dat is veel meer dan een set van gedetailleerde regelingen die door een inspecteur afgepunt worden. We moeten dat doen door de basisspelers in het veld, zowel de technologieaanbieders als de zorgaanbieders, te responsabiliseren en informeren, ondersteunen en sturen waar nodig”.

