



Vlaams
Parlement

ingediend op **445** (2014-2015) – Nr. 2
25 maart 2016 (2015-2016)

Verslag van de hoorzitting

namens de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
uitgebracht door Björn Anseeuw en Cindy Franssen

over de conceptnota voor nieuwe regelgeving

van Martine Taelman

betreffende mHealth en robotica:
een verdiende plaats in welzijn,
gezondheidszorg, onderwijs en economie

Samenstelling van de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin:

Voorzitter: Bart Van Malderen.

Vaste leden:

Caroline Croo, Danielle Godderis-T'Jonck, Lies Jans, Lorin Parys, Peter Persyn, Tine van der Vloet;
Griet Coppé, Cindy Franssen, Vera Jans, Katrien Schryvers;
Freya Saeys, Martine Taelman;
Freya Van den Bossche, Bart Van Malderen;
Elke Van den Brandt.

Plaatsvervangers:

Björn Anseeuw, Vera Celis, Cathy Coudyser, Koen Daniëls, Ingeborg De Meulemeester,
Manuela Van Werde;
Sonja Claes, Dirk de Kort, Kathleen Helsen, Tinne Rombouts;
Jo De Ro, Emmily Talpe;
Jan Bertels, Ingrid Lieten;
Elisabeth Meuleman.

Toegevoegde leden:

Ortwin Depoortere.

Documenten in het dossier:

445 (2014-2015) – Nr. 1: Conceptnota voor nieuwe regelgeving

INHOUD

I.	Uiteenzetting door Sofie Staelraeve, coördinator Voka Health Community, en Pieter Van Herck, senior adviseur kenniscentrum Voka vzw, Voka Health Community	5
	1. Appreciatie conceptnota	5
	2. Wat is mHealth?	5
	3. Waarom mHealth nodig is in Vlaanderen?	6
	4. Illustratie: cases uit Vlaanderen	6
	5. Illustratie: cases uit het buitenland	6
	6. Evidence mHealth	7
	7. Randvoorwaarden	7
	8. QmHealth-kwaliteitskader	7
	9. Vlaamse beleidsstappen en financiering	7
	10. Besluit	8
II.	Uiteenzetting door Peter Willems, huisarts en medeoprichter van Cubigo	8
	1. Missie	8
	2. Individuele behoeften	8
	3. Gezondheidszorg wordt zelfzorg	8
	4. Eén platform	9
	5. Wat is het probleem?	9
	6. Ecosysteem	9
III.	Vragen van de leden	9
IV.	Uiteenzetting door Remi De Brandt, Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten	13
	1. Definitie mHealth	13
	2. Doelstellingen mHealth	13
	3. Actiepunten mHealth	13
	4. Realisaties mHealth	14
V.	Uiteenzetting door Michiel Callens, directeur Onderzoek en Ontwikkeling, Landsbond van de Christelijke Mutualiteiten en voorzitter van het Kankerregister	15
	1. Steun ontwikkeling mHealth en robotica	15
	2. Ziekenfonds: innovatie	16
	3. Data	16
	4. Kanttekeningen bij de conceptnota	16
VI.	Uiteenzetting door Melanie Peters, directeur, en Marjolijn Heerings, onderzoeker afdeling Technology Assessment, Rathenau Instituut	17

VII. Uiteenzetting door Dominique Dejonckheere, programmamanager ICT, en Wouter De Jonghe, business expert, Vitalink	19
1. Actieplan eGezondheid.....	20
2. Gegevensdeling op Vitalink	20
3. Stappen naar mobile	20
4. Conclusie	21
VIII. Vragen van de leden.....	21
Gebruikte afkortingen.....	24

Op 24 februari 2016 hield de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin een hoorzitting over de conceptnota voor nieuwe regelgeving betreffende mHealth en robotica: een verdiende plaats in welzijn, gezondheidszorg, onderwijs en economie.

De commissie hoorde achtereenvolgens Sofie Staelraeve, coördinator Voka Health Community, en Pieter Van Herck, senior adviseur kenniscentrum Voka vzw, Voka Health Community; Peter Willems, huisarts en medeoprichter van Cubigo; Remi De Brandt, Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten; Michiel Callens, directeur Onderzoek en Ontwikkeling, Landsbond van de Christelijke Mutualiteiten en voorzitter van het Kankerregister; Melanie Peters, directeur, en Marjolijn Heerings, onderzoeker afdeling Technology Assessment, Rathenau Instituut; en ten slotte Dominique Dejonckheere, programmamanager ICT, en Wouter De Jonghe, business expert, Vitalink.

I. Uiteenzetting door Sofie Staelraeve, coördinator Voka Health Community, en Pieter Van Herck, senior adviseur kenniscentrum Voka vzw, Voka Health Community

1. Appreciatie conceptnota

Sofie Staelraeve roemt de meerwaarde van de toekomstgerichte conceptnota, die aandacht heeft voor ondernemerschap, preventie en zorgverstrekkers alsook voor robotica.

Als gezondheidszorg, preventie, mHealth en gezondheidseconomie in een levenscyclus gebracht worden, ontstaat er een geïntegreerd zorgsysteem waarbij zorgbehoefte binnen een langetermijnvisie op de juiste manier, kwaliteitsvol, kostenefficiënt, modern en flexibel gelenigd wordt met voordelen voor de burger, voor de gebruiker, maar ook voor de zorgverstrekker. Dat is het uitgangspunt van Voka Health Community, in 2010 opgericht als een integraal innovatieplatform met een 160-tal organisaties uit Vlaanderen en Brussel: ondernemers uit de volledige waardeketen, zorgprofessionals, kennispartijen, onderzoekers, expertisecentra, hogescholen, universiteiten en patiëntengroepen, die samen een en ander willen realiseren zonder daarvoor onmiddellijk en altijd een beroep te doen op overheidsmiddelen.

Voka Health Community publiceerde een aantal witboeken alsook een boek van de heer Van Herck. Het boek bevat een omvattende toekomstvisie voor gezondheidszorg, nader uitgewerkt in meer specifieke papers over mHealth maar ook over preventie, met nadruk op het belang en de mogelijkheden van technologie.

2. Wat is mHealth?

Bij mHealth zorgt mobiele technologie voor dienstverlening en interactie tussen zorgverstrekker en zorggebruiker, op een plaats en tijd naar hun keuze. mHealth maakt drie koppelingen: met een device/toestel, tussen patiënt en zorgverstrekker en met data. mHealth sluit aan bij de groeiende mobiliteit, niet alleen fysiek maar ook digitaal. De gebruiker van gezondheidszorg die mondiger wordt, is vertrouwd met digitale dienstverlening en verwacht hetzelfde van zijn zorgverstrekker. Hij ziet onder kwalitatieve zorg mede maatwerk op het door hem gewenste moment, bij voorkeur voor hij ziek wordt.

3. Waarom mHealth nodig is in Vlaanderen?

mHealth kan iets betekenen in domeinen waar Vlaanderen beter kan, maar ook in domeinen waar het goed presteert. Uit de analyse van het gezondheidssysteem door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg blijkt dat preventie beter kan en best op een moderne manier gebeurt die de gebruiker actief maakt. Studies wijzen uit dat mHealth zorgt voor activatie van gebruikers in de zin dat het ze bewuster doet omgaan met hun gezondheid. Het is een goede manier om zeker ook de kwetsbare groepen te betrekken bij de gezondheidszorg. mHealth maakt het daarnaast mogelijk zorgkwaliteit te meten over de zorgketen, de zogenaamde valuebased gezondheidszorg. Heel wat zorgorganisaties en sectoren zijn daar al mee bezig. Uiteraard vraagt ook de gebruiker erom.

De tevredenheid van de Belgen over hun gezondheidszorg is relatief groot. Het systeem is goed en levert zorg van hoge kwaliteit. Om dat zo te houden, zal technologie nuttig zijn. De regio telt interessante spelers in dit domein, onder meer bedrijven. Gezondheidszorg levert de op één na grootste groep starters.

4. Illustratie: cases uit Vlaanderen

Er zijn al interessante projecten in Vlaanderen zoals Activ84health, een pas gestart bedrijf dat een tool heeft ontwikkeld om mensen met dementie te laten bewegen terwijl ze beelden zien van de omgeving waar ze ooit woonden. Moodwalk, ook wel geheugenpaleizen genaamd, is een gelijkwaardige applicatie waarbij mensen met dementie verhalen te horen krijgen over plaatsen en voorwerpen die ze tegenkomen in hun eigen woning. Dat onderhoudt het contact met familieleden bij beginnende dementie.

Het platform Beroertecoach.be met begeleiding door neurologen wordt in het voorjaar van 2016 gelanceerd. Fertihome en Sonaura zijn projecten om vrouwen die moeilijk zwanger raken, thuis te volgen. Ikmaakdeklik.be is een platform en chatroom voor kinderen en jongeren met een ouder met psychische problemen. Dat zijn maar enkele van de vele initiatieven, maar het probleem in Vlaanderen en in andere landen is dat slechts enkele op grotere schaal geïmplementeerd worden. Het beleid kan helpen om het zorgsysteem aan te passen aan de nieuwe ontwikkelingen.

5. Illustratie: cases uit het buitenland

Enkele landen kunnen ter inspiratie dienen. Zo is er in Estland heel wat vooruitgang geboekt op het vlak van mHealth en robotica in zorg. Dat land heeft het voordeel dat het later gestart is. Schotland is een interessant voorbeeld voor Vlaanderen omdat beide regio's qua grootte, bevolkingsgroep en politieke constellatie vergelijkbaar zijn. Daar heeft men ingezet op mHealth om de duurzaamheid van het gezondheidssysteem te garanderen, niet omdat het flashy is. Schotland keurde trouwens als eerste een wet op geïntegreerde gezondheidszorg goed, met samenwerking tussen zorgactoren in het hele systeem, ondersteund door technologie.

Ook Duitsland is interessant omdat het zorgsysteem er vergelijkbaar is. Diverse ziekenfondsen, in nauwe samenwerking met het bedrijfsleven, nemen er heel wat initiatieven op het vlak van mHealth. De wetgever heeft implementatiewetten goedgekeurd die ingaan vanaf eind 2017. Voorts worden Denemarken en bepaalde regio's in Spanje vaak tot voorbeeld gesteld.

6. Evidence mHealth

Pieter Van Herck licht de wetenschappelijk vastgestelde effecten van mHealth toe, hoewel uiteraard niet elke applicatie die effecten heeft. mHealth heeft een goede invloed op preventie en levenskwaliteit, en vergroot de therapietrouw aanzienlijk. Als mHealth goed vorm wordt gegeven, kan het ook hospitalisatie en residentiële zorg uitstellen of vermijden. Omdat mHealth de toegang tot het zorgsysteem vergemakkelijkt, heeft het tal van voordelen voor kwetsbare doelgroepen.

7. Randvoorwaarden

Wanneer het gaat over technologie en zorg, moet bewust worden nagedacht over ethische en andere aspecten. Technologie mag de menselijke interactie niet vervangen want beide zijn complementair.

Dat bedrijven niet goed weten wat de beleidsdoelstellingen zijn of waar verbetering mogelijk is, hindert hen bij de ontwikkeling van mHealth. Het federale niveau tracht een nieuw onderzoekskader te ontwikkelen, maar Vlaanderen heeft ook een nieuw systematisch en transparant regelgevend kader nodig.

Databescherming en privacy zijn essentieel voor mHealth, zeker als er een koppeling gemaakt wordt met de patiëntgegevens uit het reguliere zorgsysteem. De puzzelstukken daarvoor liggen klaar, met het eHealth-platform, regels van de Europese Unie en andere, maar moeten nog in elkaar geklikt worden. De aansprakelijkheid wordt momenteel op federaal niveau geregeld, onder andere in de Roadmap 2.0 eGezondheid.

8. QmHealth-kwaliteitskader

Voka, maar ook andere actoren zoals experts en kenniscentra, zijn een gebruiksvriendelijk QmHealth-kwaliteitskader aan het ontwikkelen. Essentiële aandachtspunten zijn de graad van interactie met het zorgsysteem, het veiligheidsrisico, de wetenschappelijke bewijskracht en de zo vrij mogelijke datacirculatie ten voordele van de cliënten, dus niet afgeschermd onder het mom van bedrijfsgeheim.

9. Vlaamse beleidsstappen en financiering

Om mHealth in te voeren, zijn er vooreerst enkele brede testcases nodig. Geen kleine proefprojecten maar eerste stappen naar een brede implementatie.

Het federale niveau hervormt de ziekenhuisfinanciering en de nomenclatuur, maar ook het Vlaamse niveau zou zijn financiering tegen het licht kunnen houden om mHealth kansen te geven. Persoonsgebonden financiering kan een stimulans zijn. Het buitenland experimenteert al met kwaliteitsprikkels, terwijl Vlaanderen daar onterecht huiverachtig tegenover staat. Daarnaast zijn prikkels te overwegen waarmee beleidsmakers de innovatie die op dat moment nuttig is voor de maatschappij, stimuleren. Het buitenland vraagt zorgverstrekkers, organisaties, ziekenhuizen en andere om een bepaald percentage van hun budget aan innovatie te besteden. Ook zorgkassen en ziekenfondsen kunnen een rol spelen in de nieuwe technologieën. Met een Vlaamse healthcluster kunnen de innovatie-inspanningen van de verschillende beleidsdomeinen gebundeld en afgestemd worden.

10. Besluit

mHealth is belangrijk omdat het de verschuiving in de zorgmodellen mee mogelijk zal maken. Het is een katalysator om van een klassiek, hoofdzakelijk acuutgedreven zorgsysteem te evolueren naar een systeem gefocust op preventie, chronische zorg en evidencebased zorgtrajecten. Tot slot raadt de spreker iedereen de lectuur aan van wat Michael Porter in 2015 in de Harvard Business Review schreef. Michael Porter wordt zowel door de industrie als door de zorgsector als een toonaangevende deskundige gezien. Hij ziet 'connected' en 'smart' als de basis van de nieuwe digitale revolutie in alle mogelijke sectoren. mHealth is daar een voorbeeld van. Het is geen geïsoleerde evolutie. Volgens Michael Porter zullen daardoor de diensten beter afgestemd worden op de menselijke behoeften, alsook efficiënter, effectiever, veiliger, betrouwbaarder en beter benut worden.

11. Uiteenzetting door Peter Willems, huisarts en medeoprichter van Cubigo

1. Missie

Peter Willems zegt dat hij binnen Cubigo uitzoekt hoe technologie kan worden geïntegreerd in de gezondheidszorg. Cubigo wil ervoor zorgen dat mensen langer zelfstandig en gezond kunnen blijven door hen te steunen in en te stimuleren tot zelfzorg. Daarvoor ontwikkelde het een gebruiksvriendelijk platform dat toegang geeft tot betrouwbare informatie, producten en diensten. De conceptnota geeft een goed overzicht van de technologie. Het zal zaak zijn die technologie zo in te zetten dat ze praktische voordelen heeft en waarde creëert.

2. Individuele behoeften

Cubigo merkt in zijn lijn van dienstverlening vooral behoefte aan sociaal contact, aan comfortdiensten, aan zorg als telemonitoring en telegeneeskunde, aan betrouwbare informatie, maar ook aan gekwalificeerde en betrouwbare producten en diensten. Vooral om de gevolgen van de vergrijzing te ondervangen is technologie nuttig. Er zijn zelfs studies die uitwijzen dat het goedkoper is iemand een jaar op een cruiseschip te laten leven dan een jaar in een woonzorgcentrum.

3. Gezondheidszorg wordt zelfzorg

Gezondheidszorg is een van de domeinen waar technologie haar volle invloed nog moet ontplooien. Dat klanten hun bankverrichtingen elektronisch doen, heeft vooral voordelen voor de banken. In de gezondheidszorg zal de kwaliteit moeten primeren. In de zorg zit een continuüm met een dalende graad aan zelfzorg: levensstijl, preventie, chronische zorg en geneeskunde. Elke actor volgens eigen competentie inzetten is van belang om efficiënte en kwalitatieve gezondheidszorg te kunnen bieden. Zelfzorg impliceert een actieve houding. Patiënten weten wanneer hun auto aan een onderhoud toe is, maar niet wanneer hun laatste tetanusvaccinatie of bloedafname was. Blijkbaar houdt dat hen pas bezig als ze ziek worden. Technologie kan daar verandering in brengen. Voor de spreker hangen zorg en welzijn samen. Welzijn en comfort zijn voor het individu minstens even belangrijk. De Wereldgezondheidsorganisatie definieert gezondheid als lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden. Wat bij veranderende omstandigheden? En ook wie chronisch ziek is, kan zich goed voelen.

4. Eén platform

Om een individu maximaal digitaal te laten deelnemen, is het belangrijk dat alles op één platform kan worden aangestuurd, zowel overheidsdiensten als eHealth en Vitalink, formele zorgverlening, diensten en producten van commerciële spelers, onlinecoaching, zelfzorg, informele zorg en buurtzorg. Informele zorgvormen functioneren zonder businessmodel, waardoor het meer inspanning vraagt ze te implementeren. De kwestie is niet alleen alles op één platform aan te bieden maar ook om middelen van de ene naar de andere te kunnen verschuiven. De Voka Health Community brengt businesspartners en onderzoeksgroepen samen. Onderzoeksgroepen zijn nodig om kennis te valoriseren. Een ander mankement van de Vlaamse zorgproeftuinen en proefprojecten is het gebrek aan cijfermateriaal over de resultaten en over de extrapolatiemogelijkheden. Nochtans is wat het oplevert, het eerste wat een investeerder interesseert. Het komt er dus op aan te weten welke waarde technologie creëert.

5. Wat is het probleem?

Websites en patiëntenportalen schieten als paddenstoelen uit de grond, elk met een eigen login en wachtwoord, eigen devices, of met gelijkwaardige maar net iets andere dienstverlening. Zeker voor de oudere bevolkingsgroep is het zaak het allemaal toegankelijk te houden. Cubigo wil bestaande diensten toegankelijk maken door alles in één gebruiksvriendelijke en consistente interface te brengen.

6. Ecosysteem

Vlaanderen staat bekend om zijn ideologische verzuiling van de gezondheidszorg. Thans moet erover gewaakt dat het geen technologische verzuiling wordt. Vlaanderen is in zekere zin slachtoffer van de wet van de remmende voorsprong. De rondetafel van eHealth probeert al vijf jaar de vele initiatieven te integreren, terwijl Estland van nul kon starten en voor één geïntegreerd pakket gaat.

Er moet over gewaakt worden dat de patiënt de dupe niet wordt. In het ecosysteem moeten alle onderdelen middelen en ruimte krijgen: de formele zorgverleners, de leveranciers van producten en diensten, maar ook de maatschappij met haar vrijwilligers. Slechts zo kan de zorg echt vermaatschappelijkt worden.

De problemen maar ook de klanten zijn gelijk in België, Nederland en de Verenigde Staten, enkel het financieringssysteem is anders. Nederland heeft meer ingezet op de vermaatschappelijking van de zorg, maar omdat dat bijna gelijkgesteld wordt aan besparingen komt er heel wat tegenkanting. Dat is niet het juiste uitgangspunt. Het komt er net op aan een evenwicht te vinden tussen de burger actief laten deelnemen aan de maatschappij en zorg. Dus niet langer uitgaan van wat iemand niet kan om dan te bepalen wat hij krijgt, maar bepalen wat hij nodig heeft om zelfstandig te blijven. Een competentiedatabank is een handig hulpmiddel om oog te blijven hebben voor de mogelijkheden van elk individu. De gezondheidszorg betaalbaar en kwalitatief houden is de uitdaging die alle partijen samen moeten aangaan. Technologie waarde laten creëren, niet alleen in geld, moet het doel zijn.

III. Vragen van de leden

Martine Taelman vindt het welzijnslandschap uiterst ingewikkeld. Ondanks het brede aanbod, vindt niet iedereen hulp. Daarbij komt nog dat niet iedereen vertrouwd is met ICT en technologie. Het komt erop aan zowel het landschap als de technologie te verduidelijken voor iedereen. Het wettelijke kader waarover de

heer Van Herck sprak, zal allicht ICT-standaarden bepalen zodat systemen compatibel zijn. Aan elk van de sprekers vraagt ze welke regels het Vlaams Parlement moet uitvaardigen om de mogelijkheden van mHealth optimaal te benutten.

Pieter Van Herck heeft contact met bedrijven, ontwikkelaars maar ook zorgorganisaties met goede ideeën, producten en diensten, die niet weten waar ze ermee terecht kunnen in Vlaanderen. Vlaanderen heeft nog geen kader om te beoordelen of dergelijke initiatieven waardevol zijn of passen in het welzijnssysteem. Het is goed dat het Vlaamse en federale niveau samen aan een kader werken voor alle technische voorwaarden van aansprakelijkheid en interoperabiliteit. Ook aan het kwaliteitskader dienen beide niveaus samen te werken.

Volgens *Sofie Staelraeve* kan het Vlaams Parlement in elk decreet of in elk beleidsinitiatief op het vlak van gezondheidszorg bepalen dat technologie zo mogelijk nuttig moet worden aangewend. Zorgactoren hebben allicht financiële stimulansen nodig, bijvoorbeeld een deel van hun middelen afhankelijk maken van innovatie. Dat is belangrijk opdat de bedrijfswereld zijn producten kan opschalen en vermarkten.

Peter Willems weet dat om technologie te implementeren het vaak nodig is zorgprocessen te veranderen. Dat wordt gehinderd door tal van regels en financieringsvoorwaarden. Volgens hem is eerst regelluwte nodig zodat nieuwe initiatieven getest kunnen worden, waarbij ze zeker hun resultaten met cijfers moeten kunnen bewijzen. Vooraf een nieuw kader maken zal experimenten beperken. Hij ziet veel praatbarakken en pleit voor actie, zelfs op kleine schaal.

Op het einde van de regeerperiode 2009-2014 keurde het Vlaams Parlement de resolutie goed betreffende de ontwikkeling van buurtgerichte ondersteuning van zorgafhankelijke mensen (*Parl.St. VI.Parl. 2013-14, nr. 2347/3*), aldus *Katrien Schryvers*. Om mensen zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen, moeten professionele zorg, mantelzorg en vrijwilligerszorg samenwerken. Buurtzorgnetwerken kunnen een meerwaarde betekenen. Er zijn systemen nodig om dergelijk netwerk te vormen.

Zoersel heeft veel geleerd uit de test met Cubigo. Dergelijke systemen hebben toekomst als onderdeel van de zorg, maar kunnen zorg niet vervangen. mHealth zal zorg evenmin betaalbaarder maken. Het zal het klanten en mantelzorgers wel gemakkelijker maken en ook de afstemming van zorg faciliteren. mHealth vergt een goede opleiding van alle betrokkenen, maar vooral van wie zorg nodig heeft. Hoe gebeurt de coördinatie? Wie draagt de eindverantwoordelijkheid? Qua bekendmaking en promotie is er nog werk aan de winkel. Katrien Schryvers vermoedt dat heel wat mensen verlegen zijn om vragen te stellen. mHealth kan nochtans heel wat betekenen voor mantelzorgers, zo kunnen zij zich er tijdens hun vakantie digitaal van vergewissen dat er iemand dagelijks de zorgbehoevende naaste bezoekt. De schaal moet voldoende groot zijn, maar ook niet te groot. Waar ligt het evenwicht? Waar zijn de drempels om de systemen te veralgemenen?

Björn Anseeuw is ervan overtuigd dat mHealth kan bijdragen tot een grotere betrokkenheid van patiënten met meer therapietrouw tot gevolg. Om de juiste toepassingen te selecteren, zijn goede algemene en concrete beleidsdoelstellingen nodig. Voorts informeert hij hoe het effect van mHealth op die beleidsdoelstellingen gemeten kan worden.

Wezenlijk is dat gebruikers het systeem vertrouwen. Daarnaast moeten gegevens vlot toegankelijk zijn voor wie ze nodig heeft, en is het belangrijk dat gebruikers weten wie welke van hun gegevens om welke reden kan inzien. Een burger kan

bij het Rijksregister nakijken wie zijn gegevens de laatste zes maanden heeft ingezien en zo hij dat wil, die organisatie om meer uitleg vragen. Wie kan dat organiseren voor gezondheidszorg? Hoe gebeurt dat best? Wat zijn de criteria om dat zo goed en efficiënt mogelijk te doen? Voka suggereert de ziekenfondsen, alsook dat hun financiering ervan afhankelijk wordt. Ziekenfondsen verzamelen al heel wat gegevens, waar de overheid echter slechts moeizaam toegang toe krijgt.

De spreker acht voorts een minimaal regelgevend kader met onder meer standaarden nodig. Is daar al enige lijn in te trekken?

Jan Bertels ziet twee kernpunten: meerwaarde creëren en de zorgprocessen afstellen. Daarnaast wordt gewaarschuwd dat mHealth geen besparingsoperatie mag en kan zijn. Wat goed functioneert in de proeftuinen, wordt te weinig in het ruimere zorgproces concreet gemaakt. Hij is niet zeker dat een mHealth-clustering dat afdoende zal oplossen, zeker niet de clustering van minister Muyters. Het eHealth-platform is al vijf jaar doende met de integratie van de verschillende pakketten. Hoe gebeurt de digitalisering van de gezondheidsgegevens dan best? mHealth staat of valt immers met goede gegevens in een beveiligde digitale omgeving.

Peter Persyn zegt dat eHealth is vertraagd door inadequaat toebedelen van overheidssubsidies aan een bonte verzameling van spelers. Welke zijn de juiste niveaus om overheidsmiddelen in te zetten? Valt lering te trekken uit het voorbeeld van Estland? Zijn daar enkel het regulerende kader en niet zozeer overheidssubsidies belangrijk geweest? Het komt erop aan te vermijden dat de doorlooptijd van nieuwe technologieën te lang wordt. Wat met de suggestie die al jaren gedaan wordt om de patiënt het stuur in handen te geven door persoonsgebonden financiering? Voor andere mobiele toepassingen heeft de markt de selectie gemaakt, waarom gebeurt dat niet in de gezondheidszorg?

Voor *Pieter Van Herck* is meetbaarheid belangrijk. Heel wat meer is meetbaar dan sommigen doen uitschijnen, ook in Welzijn. mHealth en andere digitale methoden zullen per definitie continu data genereren, wat de meetbaarheid zal opdrijven, onder meer op vlak van levensstijl, wat gegevens voor preventie zal opleveren. Uiteraard moeten die aangevuld worden met kwalitatieve gegevens uit bijvoorbeeld bevestigingen.

Wat interoperabiliteit betreft, hanteert België standaarden die internationaal onbekend zijn. Daarom is een overgang nodig, hoewel die niet abrupt mag zijn omdat de systemen moeten blijven functioneren.

De reden waarom innovatieve toepassingen zo moeilijk ingang vinden in het klassieke zorgsysteem is dat heel wat actoren ze als een bedreiging beschouwen. Net daarom is het belangrijk van innovatie een financieringscriterium te maken. Het is niet nodig meer geld te geven, maar wel zorgactoren te belonen als ze meerwaarde creëren, de toegankelijkheid en de kwaliteit verbeteren of de efficiëntie verhogen met technologie. Als de voortzetting ervan centen oplevert, zullen proefprojecten niet langer uitdoven.

Sofie Staelraeve weet dat de zorgsector de voorbije jaren heel wat technologie zelf ontwikkeld heeft. Daarom is het een amalgaam. Om innovatie in te bedden, is het nodig om het te belonen door de financiering er deels van afhankelijk te maken. De healthcluster gaat in eerste instantie over innovatiesamenwerking tussen aanvullende bedrijven langs de waardeketen. Voka vraagt geen nieuwe subsidies, maar wel een bundeling van de krachten en samenwerking op het vlak van aanvullende competenties tussen verschillende bedrijven. De overheid kan daarnaast testcases lanceren als ze weet waar het beleid heengaat. De

proeftuinen in de ouderenzorg lopen af, maar er is te weinig informatie over wat wel en niet werkt, wat jammer is want het heeft veel overheidsgeld gekost.

Peter Willems zou met zijn huidige kennis niet meer meewerken aan het proefproject te Zoersel. Om mensen online te verbinden, moeten ze eerst offline verbonden zijn. Ze moeten elkaar kennen vooraleer ze elkaar willen helpen. Voor een digitaal platform is 10.000 mensen een minimum, best zelfs 100.000 patiënten. De kleinschaligheid zit dan in de geografische afbakening van enkele gemeenten. Buitenlandse voorbeelden leren dat er een stappenplan nodig is. Het komt er vooreerst op aan dat de burger online vindt wat hij nodig heeft. Vaak is het zaak gemeente en handelaars te laten communiceren op het platform. De buurtwerking is dan gewoon de kers op de taart.

Als trainer bij éénlijn.be geeft hij les aan huisartsen en apothekers. Daar heeft hij geleerd dat de eerste vereiste standaarden zijn. Daarnaast komt het erop aan dat alle zorgverstrekkers gecodeerd wegschrijven en minder in de vrije tekstvelden. Er zijn te veel softwarepakketten voor huisartsen die ook claimen significante cijfergegevens te verzamelen. Vlaanderen is te klein waardoor samenvoeging nodig is. De overheid kan daarin een rol spelen.

Een project zoals de proeftuin in de ouderenzorg loopt drie jaar, terwijl de technologie elke achttien maanden verdubbelt in snelheid. Tegen dat het project afgelopen is en de techniek algemener moeten worden geïmplementeerd, is ze verouderd. De doorlooptijd moet korter. Doelstellingen moeten vooraf bepaald worden om te kunnen meten. De ervaring leert dat het doorgaans na zes of acht maanden duidelijk is of het experiment de juiste richting uitgaat. Hij pleit voor kortere projecten waarbij vooraf de these bepaald is alsook wat er nodig is om die te bevestigen of te ontcrachten. Het communicatie- en integratieplatform Cubigo wil graag integreren met Vitalink maar dat is te ingewikkeld. Vlaanderen sleept te veel technologie mee die verouderd is. Soms is het beter vanaf nul te herbeginnen waarbij iedereen een gelijke standaard hanteert dan voort te bouwen op het bestaande.

Pieter Van Herck acht het fundamenteel dat de eindgebruiker aan het stuur zit. Naast Cubigo zijn er nog vele andere interfaces waar de klant de teugels in handen heeft zoals bij thuisbankieren. Gezondheidsinterfaces zullen de gebruiker aan het roer zetten van het volledige zorg- en welzijnssysteem. Omdat de persoon kan aanklikken wie welke gegevens te zien krijgt, zal dat privacykwes-ties meteen oplossen.

Het klopt dat ziekenfondsen te veel gegevens afschermen. mHealth zal ervoor zorgen dat gegevens niet meer door één actor beheerd worden. In het buitenland hebben de ziekenfondsen een rol in het beheer van het verzekeringssysteem, vergelijkbaar met die van het RIZIV. Zij besteden de digitalisering uit met de vraag meerwaarde te creëren voor het verzekeringssysteem.

Caroline Croo acht het vooreerst noodzakelijk de zorgverstrekkers op de eerste lijn te overtuigen van het belang van gegevensdeling. Dan pas kunnen de programma's verder uitgerold worden. Om efficiëntieredenen moet ook het aantal softwarepakketten dalen.

Björn Anseeuw vraagt of een of meerdere actoren de gegevens moeten verzamelen.

Peter Persyn acht Europese standaarden nodig. Het Europese directoraat-generaal Communicatienetwerken, Inhoud en Technologie heeft daarvoor al heel wat werk verricht, waar Vlaanderen zich best bij aansluit. Wil een interface

rendabel zijn, heeft hij ofwel subsidies nodig ofwel veel klanten. Hij pleit dus voor de Europese schaal.

Pieter Van Herck acht het idee van één actor in tegenspraak met mHealth dat er net voor zal zorgen dat gegevens uit alle mogelijke bronnen worden verzameld en dat de connecties continu heen en weer kunnen stromen. Als de verantwoordelijkheid aan één actor gegeven wordt, is de toepassing binnen de kortste keren verouderd. De gebruiker moet net kunnen kiezen welke interface hem het beste past.

Peter Willems wijst ook op de invloed van de steeds mondigere patiënt die zijn huisarts er zal op aanspreken als bepaalde gegevens niet digitaal ingevuld zijn.

Hilde Deneyer, bezoeker die het woord wordt verleend door de voorzitter, mist aandacht voor gedragsverandering in het debat. De grootste weerstand is dat de zorgactoren geen veranderings-management hebben. De overheid moet zorgactoren de tijd geven om innovatie te implementeren. Eénlijn.be is daar een mooi voorbeeld van, maar staat nog maar in de kinderschoenen. Net als bij ondernemingen moeten gezondheids- en welzijnswerkers een innovatiecyclus doorlopen.

IV. Uiteenzetting door Remi De Brandt, Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten

1. Definitie mHealth

Remi De Brandt zegt dat de eerste nota aan de ministerraad over eHealth is ingediend in december 2003. In 2007 was het het eerste dossier dat de regering-Leterme goedkeurde. eHealth moest gegevensdeling mogelijk maken voor heel België en voor alle sectoren van de gezondheidssector. Sindsdien is er heel wat vooruitgang geboekt. Er zijn bijvoorbeeld al 2,5 miljoen mensen die hun geïnformeerde toestemming gegeven hebben om hun gegevens elektronisch te delen.

Voorts vergelijkt hij de conceptnota met de roadmap eGezondheid. mHealth is volgens die roadmap de benaming voor alle digitale, dus hard- en softwaretoepassingen, die het mogelijk maken voor de patiënt, voor zijn omgeving en voor verschillende verstrekkers en stakeholders, om 24 op 24 uur informatie en gegevens over gezondheid en welzijn te verzamelen, te visualiseren, op te slaan, te delen en verstandig te gebruiken.

De definitie maakt geen onderscheid tussen mobiele en vaste gezondheidszorg, maar heeft het enkel over de beschikbaarheid van de data.

2. Doelstellingen mHealth

De doelstellingen van mHealth zijn betere gezondheid en meer comfort van de burgers. Daarvoor is het nodig een kader te creëren; de eHealth-services mobiel beschikbaar te maken; de kwaliteit en toegankelijkheid te steunen; de gebruiker aan het stuur te plaatsen; een gecoördineerde Belgische aanpak van mHealth met een flexibele en administratief eenvoudige toepassing in alle regio's, met respect voor hun eigenheid, te organiseren.

3. Actiepunten mHealth

Actiepunt 19 van de roadmap behandelt mHealth. Het eerste actiepuntenpunt is een nieuw beleidsmodel met een kader voor afstemming tussen de verschillende

beleidsniveaus met de processen en de technologische implementaties. Het tweede actiepoint is het organiseren van een gegarandeerde mobiele toegang voor alle zorgprofessionals, gebruikers en patiënten. Daarvoor moeten de verantwoordelijkheden gedefinieerd worden. Zorgprofessionals moeten steeds in staat zijn gegevens in te voeren en te raadplegen. Telecomoperatoren moeten zorgen dat hun netwerken de continue gegevenstransmissie aankunnen, wat vooralsnog niet het geval is. In de roadmap worden vijf usecases voorgesteld: beroertezorg, cardiovasculaire zorg, diabetes, geestelijke gezondheidszorg en chronische pijn.

4. Realisaties mHealth

Voor de spreker kan mHealth niet los gezien worden van de actiepunten van de Roadmap eGezondheid 2019. Die actiepunten zijn: toegang van de patiënt tot de gegevens; standaarden en terminologiebeleid; opleiding en ICT-ondersteuning voor zorgverstrekkers; de eHealth-box en de database CoBRHA met de identificatiegegevens van de zorgverstrekkers; gegevensdeling om samen te werken; en incentives voor het gebruik van de devices. Gegevens moeten niet alleen tussen de regio's maar ook internationaal uitwisselbaar zijn. De FOD Volksgezondheid werkt mee aan projecten over de interoperabiliteit van gezondheidsgegevens in Europa.

Daarnaast moet rekening worden gehouden met het technologische kader en zijn bouwstenen, zoals bijvoorbeeld MyCarenet, het derdebetalerssysteem dat tegen 2018 attesten voor verstrekte hulp overbodig zal maken, eHealth, Vitalink of technologieproviders. In de gezondheidssector zijn er heel veel data. Alleen voor de controle op de verzekeraarbaarheid zijn er per dag een paar honderdduizend transacties. Om die hoeveelheid data te verwerken, is een robuust systeem nodig.

Dat brengt hem bij de derde kwestie, namelijk welk beleidsmodel in staat is om mHealth duurzaam te faciliteren. Een en ander is al geregeld. Volgens de eHealth-wetgeving participeren de regio's al in het beheer van het eHealth-platform, wat het meteen geschikt maakt voor gegevensdeling van alle beleidsdomeinen, ook Welzijn en Gezondheid. Daartoe moet de Vlaamse Regering het decreet van 25 april 2014 betreffende de organisatie van het netwerk voor de gegevensdeling tussen de actoren in de zorg uitvoeren. De overheid kan daardoor een coördinerende rol spelen om verder af te stemmen met eHealth.

Technologische oplossingen over de verschillende beleidsniveaus ondersteunen, is omwille van de kostenefficiëntie belangrijk. Niet de processen maar wel de technologische onderbouw moeten opnieuw gebruikt kunnen worden. Dat vergt goede coördinatie en intense communicatie tussen de beleidsniveaus, wat een impact kan hebben op de doorlooptijd van projecten, terwijl de technologie snel evolueert.

Bij de start van eHealth is aan technologieproviders gevraagd met open protocollen te werken. In de ziekenhuissector heeft een speler dat onmiddellijk toegepast wat tot een grote verschuiving heeft geleid.

In tegenstelling tot Nederland zijn de zorgcentrales in België niet sterk uitgebouwd, omdat de regelgeving tekortschiet op vlak van de definitie van opdrachten, doorstroming van gebruikersgegevens, competenties en financiering. De aanbieders van zorgcentrales zijn doorgaans van Nederlandse oorsprong.

Het komt erop aan eerst de processen te definiëren en de keuze van de technologie daaraan aan te passen. De technologie is een facilitator maar geen basis voor veranderingen in de gezondheidszorg. Voorts wijst de spreker op de

wildgroei aan platformen en apps. Datanews verklaart de app trouwens dood omdat er maar enkele courant gebruikt worden. Hij herinnert eraan dat de apps ontwikkeld zijn door grote providers als Google en Apple om hun devices aan de man te brengen.

Technologieaanbieders moeten rekening houden met processen en definities in een sector. Grote commerciële spelers trachten data op hun platformen te krijgen of in ieder geval het usermanagement te bemachtigen, zonder rekening te houden met het eHealth-platform. Technologieaanbieders moeten de gevalideerde bouwstenen gebruiken. Als IMEC en iMinds fuseren, kunnen ze startende innovatieve bedrijven de gepaste ondersteuning bieden. In tegenstelling tot in bankzaken moeten in de gezondheidszorg ook diegenen die niet geneigd zijn digitaal hun gezondheidsgegevens te beheren, gesteund en gestimuleerd worden.

Voor mHealth is het vooral belangrijk om in verandering te investeren zodat de eindgebruiker, de zorgverlener en het middenveld mee is. Momenteel werkt Proximus aan een Long-Range-Low-Power-netwerk, waardoor van een IP-adres korte berichten via het gsm-netwerk kunnen worden verstuurd zonder SIM-kaart. Dat kan een belangrijke impact hebben op de businesscase.

De Socialistische Mutualiteiten hebben in samenwerking met Vitalink een Patient Healthviewer ontwikkeld, die systematisch gevoed wordt met gegevens die de patiënt kan raadplegen. Centraal is beslist om te beginnen met de vaccinatie- en medicatieschema's. De eindgebruiker kan het programma downloaden.

Twee derde van de bevolking beschikt over een smartphone of tablet. In tegenstelling tot in bankzaken moet in gezondheid iedereen mee zijn. Alles alleen mobiel aanbieden, betekent dat een derde van de bevolking er geen toegang tot heeft.

V. Uiteenzetting door Michiel Callens, directeur Onderzoek en Ontwikkeling, Landsbond van de Christelijke Mutualiteiten en voorzitter van het Kankerregister

1. Steun ontwikkeling mHealth en robotica

Michiel Callens is tevreden met de conceptnota die mHealth en robotica een duwtje in de rug geeft. De CM is trendsetter, met de stappenteller en de onlinecoaching. Kiloontjeminder telde 150.000 gebruikers. Uit de evaluatie van professor Annemans blijkt dat het voor heel wat deelnemers na een jaar tot een blijvend gewichtsverlies leidt. De ziekenfondsen hebben daarnaast het grootste marktaandeel van personenalarms. Daaraan worden slimme uitbreidingen gekoppeld: bewegingsdetectoren, valdetectoren, medicatieverdelers, interactieve bedmatten enzovoort.

Voor al die toestellen is een goede koppeling met een professionele alarmcentrale wezenlijk. De ziekenfondsen hebben daarvoor het Mutualistische Alarm- en Zorgcentrale België waaraan trouwens ook het Wit-Gele Kruis deelneemt. De toestellen dienen om mantelzorg te ondersteunen. De thuiszorgwinkels weten wie welk toestel heeft en staan in voor onderhoud en vervanging. Ongeveer 70.000 Belgen hebben een personenalarmsysteem, waaronder 30.000 onder beheer van de CM. Net als de zorgapps worden de toestellen ontwikkeld in samenwerking met de privésector. De CM-zorgapp, Z'app, waarbinnen beeldbellen mogelijk is, wordt samen met Cubigo verbeterd. De CM is ook partner in verschillende zorgproeftuinen. Voor eHealth kan wie geen computer heeft ook aan het loket van het ziekenfonds zijn geïnformeerde toestemming geven.

Door een goede geïntegreerde zorg kan tot 70 percent van de patiënten met een chronische zorgbehoefte zichzelf managen. Daarvoor zijn promotie, vorming en opvolging nodig. mHealth en eHealth moeten net als gsm- en gps-gebruik aangeleerd worden. De CM wil meewerken aan die gezondheidsgeletterdheid met zijn netwerk van 60.000 vrijwilligers en consulenten aan de loketten.

2. Ziekenfonds: innovatie

De ziekenfondsen zijn ook goed geplaatst om druk te zetten om innovaties terugbetaald te krijgen. In Nederland nemen huisartsen foto's van huidproblemen die ze voor advies doorsturen naar een dermatoloog, de zogenaamde teledermatologie. In Vlaanderen lopen proefprojecten.

De kritiek dat ziekenfondsen hun data niet delen, verbaast de spreker. Heel wat data van de IMA-atlas staan online. Ze worden voor tal van projecten gebruikt. De ziekenfondsen nemen ook deel aan het Vlaams Indicatorenproject voor Patiënten en Professionals net om data te delen. De opvolging van de kanker-screeningsprogramma's gebeurt met IMA-data, die gekoppeld zijn aan die van het Kankerregister. In het kader van de staatshervorming boden de ziekenfondsen de gegevens gratis aan de Vlaamse administratie aan. De Franstalige maken al gebruik van dat aanbod. De data staan gratis ter beschikking. Enkel voor verwerking en analyse worden de kosten aangerekend. De data zijn er, maar moeten soms gekoppeld worden aan andere bronnen, waarvoor toestemming nodig is van de Privacycommissie en het Sectoraal Comité Gezondheid, wat enige tijd vergt.

Voorts is het essentieel dat alle partijen meewerken. Als de zorgverstrekkers de gegevens niet opladen, werkt het systeem niet. De patiënten, de leden van de ziekenfondsen, kunnen daar een grote rol in spelen louter door hun arts te vragen om hun Summarized Electronic Health Record op te laden. De ziekenfondsen vragen dat de patiënt die gegevens zelf kan raadplegen, wat in Vitalink nog niet kan. De Federale commissie 'Rechten van de patiënt' behandelt dat momenteel. De spreker vraagt de parlementsleden dat dossier te steunen.

3. Data

Belangrijk is niet de drager maar wel de kwaliteit van de data. Er zijn de data van de patiënt, maar ook van zijn mantelzorgers en familie. Een interoperabel en open platform waar verschillende toestellen aan kunnen worden gekoppeld, is essentieel. Producten mogen van diverse firma's komen, zolang de data op één platform gekoppeld kunnen worden, wat niet het geval is omdat te veel firma's hun producten afschermen op hun eigen platform. De overheid zou dat kunnen verplichten.

IMEC ziet ingenieurs als specialisten in zaken ontwikkelen die mensen eigenlijk niet nodig hebben en was daarom zo verstandig overleg te plegen met de CM. Vraaggestuurd werken zal ook nodig zijn voor mHealth en robotica.

4. Kanttekeningen bij de conceptnota

De spreker vervolgt met enkele kanttekeningen bij de conceptnota, die mHealth en robotica wel bijzonder rooskleurig voorstelt. Zo klopt het niet dat ze sowieso kosten besparen omdat bijvoorbeeld de ligduur verkort. Een programma voor de monitoring van hartfalen bleek een financiële catastrofe voor het Duitse ziekenfonds AOK. Dag en nacht moest een groot team van verpleegkundigen alles volgen, terwijl er heel wat loze alarmen waren. Na een evaluatie bleek dat strengere inclusiecriteria nodig waren. Waar de conceptnota evenmin rekening

mee houdt, zijn de kosten van technici die de toestellen aan huis komen herstellen.

mHealth zou daarnaast de levenskwaliteit verbeteren. Als de patiënt alleen nog maar een robot ziet en geen menselijke hulpverleners, is dat zeer de vraag. mHealth en robotica staan niet op zich, maar dienen een onderdeel te zijn van omvattende zorg.

mHealth kan ook leiden tot onnodige ingrepen zoals algemene cholesterolmetingen of onnodige hartmonitoring. Daarnaast kunnen burgers erdoor ook aangezet worden allerlei toestellen te kopen die ze eigenlijk niet nodig hebben. Jonge sporters zijn in het begin enthousiast over wearables, maar gebruiken ze na enkele maanden niet meer. Een kader en coaching zijn broodnodig.

Andere risico's zijn angstinductie, medicalisering en overdiagnose. Continue monitormogelijkheden dreigen de gezonde mens te reduceren tot een zieke bij wie de diagnose nog niet gesteld is.

De rol van de ziekenfondsen is duidelijk aangeven welke apps en wearables werken en welke niet. Onafhankelijke informatie als op de site www.gezondhedenwetenschap.be en van de ziekenfondsen is nodig. Zullen alle apps en toestellen goedgekeurd moeten worden door de Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek? Wie zal dat alles besturen, Vitalink of het federale eHealth-gebruikerscomité?

Mobiele gezondheidszorg is goed voor therapietrouw van medicijnen met voldoende wetenschappelijke evidentie, bijvoorbeeld tegen diabetes of een hoge bloeddruk. Wat met medicijnen met veel bijwerkingen of waar er nog geen wetenschappelijke evidentie voor is, zoals voor Alzheimermedicatie? Of medicijnen die te gretig worden voorgeschreven zoals antidepressiva? Patiënten worden immers aangemaand om die trouw in te nemen.

Robotchirurgie is veelbelovend, maar vooral bij beoefenaars met veel ervaring. Het is belangrijk de snelle ontwikkeling ervan goed te volgen. Het heeft ook negatieve gevolgen, bijvoorbeeld veel kosten door tal van wegwerpmateriaal.

Om de patiënt tot een actieve partner te maken zou hij zijn persoonlijke gezondheidsdossier elektronisch moeten kunnen raadplegen. Een uniform systeem is nodig voor alle gebruikers, patiënten en artsen. De aanbieder mag geen commerciële firma zijn zoals Microsoft HealthVault, die aan de patiëntgegevens reclameboodschappen laat voorafgaan.

Tot slot vraagt de spreker om bij de afstemming van visie en keuze naast het beleid, kenniscentra, zorgcentra en industrie ook de ziekenfondsen en patiëntenorganisaties te betrekken gezien hun terreinervaring. Dat geldt evenzeer voor de kennispolen.

VI. Uiteenzetting door Melanie Peters, directeur, en Marjolijn Heerings, onderzoeker afdeling Technology Assessment, Rathenau Instituut

Melanie Peters zegt dat het Rathenau Instituut voor het Nederlandse parlement en de Nederlandse burger werkt, maar volgens het instellingsbesluit ook voor andere parlementen. Het instituut kijkt naar ontwikkelingen in wetenschap, technologie en innovatie, en stelt ethische, sociale en praktische vragen waarvan het instituut oordeelt dat parlementariërs weet moeten hebben. Het instituut heeft net een groot project afgerond met als titel 'De meetbare mens'.

Voor het instituut vraagt de opkomst van mHealth om extra maatregelen om de digitale patiënt te beschermen. Patiënten streven naar autonomie en zeggenschap over hun eigen gezondheid. mHealth biedt daar mogelijkheden voor, maar nieuwe partijen betreden het domein van de gezondheidszorg zonder dat ze een behandelrelatie met de patiënt hebben. De relatie tussen arts en patiënt is de meest gereguleerde ter wereld. Net omdat die relatie heel ongelijk is hebben de Verenigde Naties, de Raad van Europa, de Europese Commissie, en elke nationale wetgever zich erover gebogen. De nieuwe toetreders die de eed niet afgelegd hebben, kijken op een heel andere manier naar de zorgmarkt en de zorgrelatie. Om mHealth van de grond te krijgen, is het belangrijk dat patiënten er vertrouwen in hebben.

Ze geeft het voorbeeld van een website waarop diabetespatiënten hun ziekte kunnen managen. Om hun diabetesdagboek te digitaliseren, moeten ze akkoord gaan met de voorwaarden van de bouwer van de website, onder meer dat de gegevens gedeeld worden. Daar wordt een stappenteller en een voedingsapp aan gekoppeld. De diabetesverpleegkundige kan die gegevens raadplegen. Die relatie blijft intact. De website wordt op een bepaald moment echter gratis en overgenomen door een bedrijf dat handelt in medische data, waardoor de patiënt met zijn privacy voor de extra zorg betaalde. Het Rathenau Instituut heeft vergeefs trachten te achterhalen waar de data terecht kwamen, wat niet wegneemt dat ze misschien op een goede manier voor gezondheidsonderzoek gebruikt worden. De patiënt kan bijgevolg niet weten wie zijn data consulteert en wat ermee gebeurt. In Nederland mogen mensen met diabetes niet uitgesloten worden van de basisverzekering. Bij de aanvullende verzekering wordt er wel al gediscrimineerd naar geslacht of opleidingsgraad. Verzekeraars zijn huiverig en misschien terughoudender dan nodig om bepaalde groepen patiënten iets aan te bieden, zoals zorgapparatuur of een korting op de verzekering. Die onzekerheid is er omdat het niet gereguleerd is. Niet alleen bij de verzekeraar, maar ook bij de gebruiker zijn er onduidelijkheden. Hij weet immers niet wat er precies gebeurt met zijn data.

Niet enkel de zorgverlener en de patiënt, maar ook andere spelers als Google en Apple zijn geïnteresseerd. Heel wat van de vorige sprekers vragen om datadeling te stimuleren, maar het Rathenau Instituut is er niet zeker van dat datadeling ten goede zal komen van de patiënt. Personalised medicine is cruciaal, maar de kwestie is of er wel geld is om dat advies persoonlijk te maken. De fabrikant van thyroxine, een middel voor de schildklier, is verhuisd omdat hij Nederland geen interessante markt meer vindt. Patiënten zijn vaak bereid veel gegevens te delen voor betere gezondheidsvoorzieningen, maar de kwestie is of zij er voordeel uit halen, dan wel verzekeraars of databrokers, die geen medische partij zijn. Het komt er dus op aan duidelijk te bepalen hoe de voordelen van het delen van data naar patiënten of toekomstige patiënten terugvloeien.

In de conceptnota wordt privacy by design als oplossing genoemd. Er werd al geopperd om technologie te verplichten, het Rathenau Instituut stelt voor om ook privacy by design van bij het ontwerp van de systemen te verplichten. Dat zou al kunnen door minder data te verzamelen, bijvoorbeeld geen postcodes of huisnummers. In ieder geval zouden patiënten de keuze kunnen krijgen welke data ze afstaan. Voorts kan dataopslag in de soft- of hardware ingebouwd worden. Op dit punt is de sector aan zet. Wie de toepassingen ontwikkelt, dient meteen na te denken over de privacyaspecten.

In Nederland maakt de overheid geld vrij voor de financiering van mHealth, voor zowel startende als grote bedrijven. Philips heeft zich op die markt geworpen. Voor het Rathenau Instituut moet de sector zelf het toezicht op de privacy organiseren. Patiënten moeten ook de keuze krijgen door duidelijke informatie over welke applicaties de zorg verbeteren of zorg dragen voor privacy. De

overheid moet in ieder geval monitoren of er geen profielen van mensen bijgehouden worden waardoor ze later uitgesloten worden van verzekeringen en diensten.

mHealth brengt in de zorgvuldig gereguleerde relatie tussen arts en patiënt heel wat andere spelers van andere domeinen binnen. Toch moeten alle principes van het patiëntenrecht gehandhaafd blijven. Mensen moeten weten wie hun data heeft, keuzemogelijkheden hebben of verhaal kunnen halen. Het instituut pleit ervoor dat mensen ook kunnen meedenken over de inrichting van dergelijk systeem. Bedrijven, ook start-ups, moeten zich ervan bewust zijn dat ze in een domein actief zijn waar ze de patiëntenrechten moeten borgen. Patiënten moeten aan het roer staan, en de overheid moet dat faciliteren. Elke mens moet autonomie hebben, maar de klassieke partijen in de zorg blijven nodig, bijvoorbeeld de arts om data te interpreteren. Patiëntenverenigingen zijn nodig om toe te kijken op welke data verzameld worden, en of ze tot betere zorg leiden.

VII. Uiteenzetting door Dominique Dejonckheere, programmamanager ICT, en Wouter De Jonghe, business expert, Vitalink

Dominique Dejonckheere legt uit dat Vitalink een initiatief is van minister Vandeurzen, maar gebouwd wordt door het Agentschap Zorg en Gezondheid. Het idee komt van de conferentie over de eerstelijnsgezondheidszorg in 2010. Die waardevolle bottom-up aanpak waarbij de zorgsector de evoluties van Vitalink mee stuurt, wordt voortgezet.

Een visie op eHealth is ruimer dan de toestellen op zich, iets waar mHealth op focust. Ze omvat ook het zorgproces en de actor. Daarnaast komt er bij elke stap van de technologie een nieuwe uitdaging bij. Vitalink legde bij aanvang de focus op de dynamiek van de gegevensdeling in het kader van de multidisciplinaire samenwerking, eerder dan op de technologie. Voor Vitalink werkten de actoren in de eerste lijn met eigen software hoewel er wel communicatie was met de ziekenhuizen, maar dan vooral met beveiligde e-mailberichten of door consultatie van medische onderzoeksresultaten. Vitalink is een breder platform voor gegevensdeling. Privacy by design staat voorop van bij het ontwerp.

Van bij het begin is er ingezet op de vorming van de eerstelijnsactoren, wat heel erg nodig gebleken is. De website www.eenlijn.be is een gesmaakt vormingsplatform voor zorgverstrekkers. Vitalink wil een duidelijke waarde hebben voor de zorgverstrekker, maar van bij het begin stond de patiënt centraal. Zorgverstrekkers moeten leren gegevens te delen en te coderen, en pas dan kan de patiënt aan de gegevens. Voorts is het nodig het taalgebruik van de zorgverstrekker te vulgariseren. Het vergt zeker in het begin van de zorgverstrekker heel wat tijd en administratie om de dossiers op punt te stellen. Een zorgverstrekker hield tot nog toe meestal enkel voor zichzelf dossiers bij, vaak door de vrije velden vol te pennen. Coderen is een probleem. De discussie van de impact van technologie op de zorgactoren is overigens niet nieuw. In *The Lancet* werd eind negentiende eeuw gediscuteerd over hoe de zorgverstrekker met telefonie diende om te gaan, of er bijvoorbeeld telefonische consulten mogelijk zouden zijn. De zorgverstrekkers waren tegelijk bij de eersten om de telefonie te omarmen en snel na haar opkomst, nog steeds in de negentiende eeuw, werden consultaties en diagnoses over de telefoon gesteld. Omdat mHealth nog meer de mogelijkheden van de patiënt benadrukt, is de koudwatervrees onder zorgverstrekkers nog wat groter.

Een goede samenwerking tussen overheden is cruciaal voor een actieve gegevensdeling tussen de zorgactoren. De beleidsnota *Welzijn, Volksgezondheid*

en Gezin 2014-2019 (*Parl.St.* VI.Parl. 2014-15, nr. 125/1) heeft het over gegevensdeling en samenwerking met Vitalink en éénlijn. In de beleidsbrief Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2015-2016 (*Parl.St.* VI.Parl. 2015-16, nr. 506/1) zijn de eerste prioriteiten voor mHealth bepaald.

1. Actieplan eGezondheid

De acties van het regeerakkoord, de beleidsnota's en de beleidsbrieven zijn geconcretiseerd in het actieplan eGezondheid. Dat is het kader voor de samenwerking. De gemeenschappelijke visie voor alle overheden is bottom-up opgesteld door de zorgactoren. De projectverantwoordelijke federale overheid coördineert mHealth. Ze dient een financieel en organisatorisch kader te creëren en is verantwoordelijk voor de kwalitatieve ondersteuning. De gebruiker zal aan het stuur komen, zoals in 2010 al is vooropgezet in de Vlaamse eerstelijnsconferentie.

Het eHealth-platform heeft heel wat basisdiensten die veiligheid en privacy garanderen, maar die zijn nog niet mobileready. Op een mobiel toestel kan vooralsnog niet ingelogd worden met een e-ID. Daarnaast moet worden gezorgd voor interoperabiliteit, gegevensdeling en standaarden. Het is aantrekkelijk de internationale standaarden te gebruiken, maar dat mag niet voor vertraging zorgen in gegevensdeling. Tot nog toe waren de softwareleveranciers niet gewoon van gegevens te delen buiten hun pakketten. Het is nog moeilijker die talrijke pakketten op hetzelfde niveau te krijgen en de gegevensdeling gebruiksvriendelijk te maken. In tegenstelling tot Estland is Vlaanderen niet van een wit blad begonnen. Vooralsnog kunnen ouders de gegevens van hun kinderen jonger dan zes jaar niet raadplegen op Vitalink of Vaccinnet. Tot slot benadrukt de spreker dat de overheden samen aan het stuur zitten, zonder concurrentie, noch opbod met premies en incentives.

2. Gegevensdeling op Vitalink

Wouter De Jonghe legt uit dat Vitalink ontstaan is uit de sector zelf, die een platform wou om informatie veilig te delen met respect voor de privacy van de patiënt. Net omdat de zorgverstreker geen nieuwe softwaretoepassing, app of webapplicatie nodig had, is Vitalink een platform, geproduceerd door de overheid, maar de sector doet de adoptie. De overheid zal zich beperken tot faciliteren en ondersteunen, niet enkel technisch, maar ook met changemanagement. Het doel is continue zorg, zoveel mogelijk aan huis, in de beste samenwerking tussen de actoren. In principe moet een patiënt de informatie over zichzelf kunnen raadplegen.

3. Stappen naar mobile

Vitalink kan de transitie naar mobile ondersteunen. Daartoe worden de haalbaarheid en de technische impact van mobile bestudeerd. Daarop moet de ICT-architectuur van Vitalink aangepast worden, zodat gegevensdeling via een smartphone vlot en performant verloopt. De privacy van de patiënt blijft daarbij heilig. Het systeem staat of valt met het vertrouwen van die patiënt. mHealth mag niet louter een hype zijn, maar moet een meerwaarde hebben. Vooraleer mHealth aan te bieden moet de Vlaamse overheid er klaar voor zijn. Vitalink biedt geen software aan, waardoor de software-industrie, de mutualiteiten, en alle andere spelers maximaal ruimte krijgen om eigen toepassingen, producten en diensten te ontwikkelen die compatibel zijn met Vitalink. Vitalink is kosteloos. De technische component wordt open source aangeboden. Uiteraard zijn er spelregels te respecteren.

Ook in deze zal de overheid faciliteren en ondersteunen. Daartoe heeft het Agentschap Zorg en Gezondheid een partner gezocht die al actief is in de software, in proeftuinen en in andere projecten, namelijk iMinds Health. Voor mHealth kan iMinds Health in proeftuinen prototypes en oplossingen testen die gebruikmaken van Vitalink. Daarnaast kan het bedrijf de drempels analyseren en oplossingen zoeken om die te slechten.

4. Conclusie

mHealth betekent sowieso communicatie en gegevensdeling, en in Vlaanderen is Vitalink daarvoor de sluitsteen. Dat platform bestaat en geeft garanties op privacy en veiligheid. Vitalink is al een ijsbreker geweest voor gegevensdeling. Voordien bleef digitale gegevensdeling een theoretische discussie. Het succes van de clusterprojecten en éénlijn.be bewijst dat het enthousiasme groeit.

Het actieplan eGezondheid van alle overheden samen is het referentiekader voor mHealth. De softwaremarkt maakt geen onderscheid tussen de regio's, maar ziet het land als afzetmarkt. In software is er geen taalgrens. Technisch moet alles op punt staan vooraleer mobile te starten, niet alleen Vitalink, maar ook het eHealth-platform. Het proces van digitale gegevensdeling start met de identificatie van de gebruiker, net om de privacy te garanderen. Thans is dat met de e-ID waarvoor een kaartlezer nodig is. Deze belemmering moet worden aangepakt. Het actieplan biedt een perspectief voor een alternatief op korte termijn.

VIII. Vragen van de leden

Martine Taelman ziet privacy by design als wezenlijk. Naast het zelfmanagement door de patiënt blijft de zorgverlener een cruciale rol behouden. Naast de individuele zorgverlener beheren ook voorzieningen patiëntendata. Ze vraagt of die voorzieningen al voldoende meewerken aan Vitalink.

Peter Persyn weet dat gegevens snel misbruikt worden. Zo heeft de openbare omroep mensen kunnen traceren die wearables droegen om ze te ondervragen voor een televisieprogramma. De journalisten gaven zich zelfs geen rekenschap van de transgressie. Dat illustreert het belang van een Europees kader. Aan de vertegenwoordigers van het Rathenau Instituut vraagt hij of ze daar ervaring mee hebben.

Vitalink zorgt samen met het eHealth-platform voor de infrastructuur voor gegevensdeling, waar alle toepassingen en apps op kunnen draaien. Ook dat vergt een Europees kader. Kan de regelgeving de nieuwe technieken bijhouden?

Het is niet omdat de patiënt aan het stuur zit dat de asymmetrie in informatie weg is. Hoe om te gaan met mondige patiënten die zelf informatie vinden op het internet en bepaalde zorgen eisen? De interpretatie van gegevens blijft toch het domein van zorgverstreker, arts of verpleegkundige.

Jan Bertels denkt dat het eHealth-platform aangekondigd heeft andere mogelijkheden voor identificatie dan het e-ID te hebben. Wanneer zal het onderzoek dat bij Vitalink loopt, afgelopen zijn? Privacy speelt voor de patiënt maar ook voor de zorgverstreker. Ook hij informeert naar het Europese kader. Voorts wil hij weten of er afspraken zijn over datadoorstroming in het kader van de federale gezondheidszorgverzekering, voornamelijk met de ziekenfondsen, eventueel het InterMutualistisch Agentschap.

Bart Van Malderen verwijst naar een studie over digitale geletterdheid van het voormalige Instituut Samenleving en Technologie, die bewees dat het loutere bezit van een internetverbinding of smartphone niet betekent dat het oordeelkundig en gepast wordt gebruikt. Heel wat mensen benutten nog geen fractie van de mogelijkheden van de toestellen. Digitale geletterdheid heeft noch met IQ noch met leeftijd te maken. Hoogopgeleide jongeren zijn soms digitaal ongeletterd in bepaalde toepassingen.

mHealth en robotica leiden niet zo maar tot besparingen. Daarenboven is het belangrijk voor wie het profijt is. De abonnementen van internet en mobiele apparaten slorpen immers een almaar groter deel van het gezinsbudget op.

Melanie Peters bevestigt dat er internationale regels komen, hoewel er lang mee getalmd is om ontwikkelingen niet te dwarsbomen. Die regels zullen onder andere verplichtingen voor privacy by design bevatten. Voor elke wet is toezicht belangrijk, maar in een digitale omgeving is dat heel moeilijk. In het Verenigd Koninkrijk heeft een wetsvoorstel om gevangenisstraffen op te leggen aan artsen die gegevens niet goed beschermen, het niet gehaald. Omdat het aantal data en partijen zo groot is, moeten de partijen er zelf ook verantwoordelijkheid voor nemen. De overheid kan dat stimuleren door hen te wijzen op de wettelijke bepalingen en door toezicht op hen te houden. In Nederland werken echter maar negentig mensen bij de autoriteit die toeziet op de bescherming van persoonsgegevens. Zij kunnen enkel op de privacy, maar niet op andere aspecten van persoonsgegevensdeling toezien.

Er vallen winsten te halen uit gegevensdeling en daarom is het noodzakelijk de privacy te waarborgen. Een hacker is vaak in staat gegevens en personen te traceren, maar big data op een zinvolle manier analyseren, is moeilijk.

Voor *Marjolijn Heerings* komt het erop aan de patiënt in te lichten welke applicaties privacy by design hebben en kwaliteitsvol zijn, zodat hij aan de arts de juiste applicaties kan vragen. Tegelijk kan de arts de patiënt eventueel wijzen op betere applicaties. Patiëntenorganisatie, artsenorganisatie of overheid kunnen op een platform een overzicht bieden van goede applicaties per ziektebeeld.

Volgens *Dominique Dejonckheere* moet de industrie eigenlijk op zoek naar een app die gezondheidsgegevens aantrekkelijk voorstelt zodat de patiënt de app graag hanteert. Vitalink is in de eerste plaats een oplossing voor de eerste lijn die geen veilig platform had. Daarnaast zijn er de hub- en metahubstructuren waarop ziekenhuizen gegevens uitwisselen. Aan Waalse kant is er InterMed gekoppeld aan de hub Réseau Santé Wallon. Volgens het actieplan eGezondheid wordt er tot 2018 gestreefd naar een betere koppeling aan de hubs. Sommige hubs kunnen nu al gegevens van Vitalink consulteren, maar het is de bedoeling dat ze ook gegevens kunnen publiceren, bijvoorbeeld medicatieschema's. Het is vooralsnog niet zo dat elk ziekenhuis een volwaardig elektronisch patiëntendossiers heeft, wat de voortgang belemmert. Het Agentschap Zorg en Gezondheid zal daarnaast met het consortium e-Woonzorgcentra van de koepelverenigingen een actieplan opstellen voor gegevensdeling met de woonzorgcentra.

Met Europese Reginaprojecten heeft Vlaanderen al ervaring opgedaan met Europese regels, zoals de ethische richtlijnen voor technologiegebaseerde preventieprogramma's inzake suicide van 2013. Ook het actieplan eGezondheid besteedt aandacht aan Europa. Op de laatste interkabinettenwerkgroep eGezondheid heeft eHealth de opdracht gekregen om de evolutie en conversiemogelijkheden van Health Level Seven, de wereldwijde standaard voor veilige, elektronische informatie-uitwisseling in de zorg, in de eerste lijn te bekijken. Nieuwe standaarden met een lang implementatietraject kunnen een stap terug betekenen voor de software-industrie. Om die reden heeft het Agentschap Zorg

en Gezondheid aan eHealth gevraagd om de translatie van de Belgische standaard te onderzoeken. Het is moeilijk om de internationale standaarden te vertalen naar het Belgische model. Het is ook niet zo dat er een perfect en onmiddellijk integreerbaar Europees kader is. De Belgische gezondheidszorg is daarenboven complex, in tegenstelling tot landen als Estland.

Hoewel het in het resultatenverslag van eHealth staat, is er nog geen veilige, mobiele identificatiemogelijkheid. In het actieplan eGezondheid staat dat als actie voor 2016. Fedict heeft wel een mobiele identificatiemogelijkheid, maar daarvoor moet de patiënt een extra toestel kopen. Dat is niet weggelegd voor het brede publiek.

Peter Persyn vraagt hoe de zorgverstreker best omgaat met de toenemende eisen van een mondige en niet altijd correct geïnformeerde gebruiker. De vertegenwoordigers van Vitalink wijst hij op de komende hackathon. Misschien is een aantrekkelijke app een goed projectstuk? Apps maken is hip onder jongeren. Zij zijn ook helemaal mee met QR-code. Biometrische gegevens zoals irisscans en vingerafdruk zijn veiliger dan e-ID. Die kunnen gewoon gescand worden met de smartphone. Er is geen kaartlezer voor nodig.

Melanie Peters zal opzoeken wat er te vinden is over omgang met mondige patiënten. Je kunt problematiseren dat de patiënt veel weet, maar hem ook laten meedenken, het zogenaamde model van de co-creatie. Artsen kunnen ook hun voordeel doen met inzichten van patiënten. Het zal de relatie veranderen, maar dat is onontkoombaar.

Om privacyredenen, het gaat tenslotte om gezondheidsgegevens, is het vooralsnog moeilijk om van de hackathon gebruik te maken, aldus *Dominique Dejonckheere*. Het agentschap hoopt dat de wet kortelings andere identificatiemogelijkheden dan de e-ID zal toestaan.

Bart VAN MALDEREN,
voorzitter

Björn ANSEEUW
Cindy FRANSSEN,
verslaggevers

Gebruikte afkortingen

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
app	applicatie
CM	Christelijke Mutualiteit
CoBRHa	Common Base Registry for Health Care Actors
e-ID	elektronische identiteitskaart
Fedict	FOD Informatie- en Communicatietechnologie
FOD	Federale Overheidsdienst
gps	global positioning system
gsm	global system mobile
ICT	informatie- en communicatietechnologie
IMA	Intermutualistisch Agentschap
IMEC	Interuniversitair Micro-elektronicacentrum
IP	internetprotocol
QR-code	Quick Response Code
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
SIM	subscriber identification module
Voka	Vlaams netwerk van ondernemingen