



Opschaling telemonitoring zwangeren; do's en dont's van videobellen

In de komende edities van ICT&health staan we stil bij het Citrienprogramma e-health. In dit landelijke programma werken Nederlandse umc's samen aan opschaling van bewezen e-health toepassingen. De NFU-visie op e-health vormt hierbij de leidraad. Er zijn drie telemonitoring projecten, die bij alle umc's worden opgeschaald. Daarnaast zijn er partnerprojecten die bij één of enkele umc's worden opgeschaald. De umc's proberen bij deze initiatieven samen op te trekken met regionale ziekenhuizen en andere partners. In deze editie gaan we dieper in op twee projecten.



OPSCHALING TELEMONITORING ZWANGEREN: SAFE@HOME II

Een te hoge bloeddruk is een van de meest voorkomende complicaties in de zwangerschap. Dit gaat gepaard met risico's voor de moeder, zoals pre-eclampsie (zwangerschapsvergiftiging), en haar ongeboren kind - zoals groeivertraging en vroeggeboorte. Wereldwijd komt een te hoge bloeddruk in één op de 10 zwangerschappen voor¹. Daarom worden zwangere vrouwen met een hoog risico op deze aandoening frequent gecontroleerd op de polikliniek verloskunde. De

bezoeken zijn erg belastend voor de zwangere vrouw en haar partner en/of gezin. Om deze groep vrouwen thuis te monitoren, ontwikkelde prof. dr. Mireille Bekker en haar onderzoeksteam in het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU) in 2017 het SAFE@Home-platform, samen met e-health aanbieder Lusci.

Het telemonitoring-platform bestaat uit een app met ingebouwde klachtenvragenlijst gekoppeld aan een automatische bloeddrukmeter. Daarnaast is voor SAFE@Home een nieuw zorgpad ontworpen met minder poliklinische bezoeken dan in de reguliere zorg. Met dit platform verwachten we de zwangere vrouw meer autonomie en regie te geven én de patiënttevredenheid te vergroten. Daarnaast verwachten we ziekenhuisbezoeken te verlagen en de gezondheidsuitkomsten vergelijkbaar te

houden met die van het reguliere zorgpad.

Alleen de alarmen

In het ziekenhuis controleren de zorgverleners van de polikliniek alarmerende waarden die binnenkomen van de zwangeren die thuis meten met SAFE@Home. Dit kan een te hoge bloeddruk zijn of een hieraan gerelateerde klacht. De doktersassistenten, verpleegkundigen, verloskundigen en artsen zijn getraind in het gebruik van het platform en het afhandelen van de alarmen.

De zorgverlener bekijkt de alarmen via het Lusci Dashboard. Dit kan 'standalone' vanuit een webbrowser of via een koppeling aan het EPD. Dit laatste is voordelig omdat de metingen direct vanuit het dossier ingezien kunnen worden. Op dit moment ervaren we al dat de koppeling van het platform aan het EPD een belangrijke versneller is voor de implementatie en dat

afhankelijkheid van ziekenhuisbrede afspraken met de EPD-leverancier een barrière vormt.

Het prettige is dat de zorgverlener alleen naar afwijkende waarden hoeft te kijken en niet naar de patiënten waar het goed mee gaat. Het programma maakt deze alarmen op basis van vooraf ingestelde grenswaarden. Dit zorgt er voor dat veel vrouwen tegelijk in het programma kunnen deelnemen, maar dat de werkdruk niet in dezelfde mate toeneemt aan de kant van de zorgverlener.

Met een protocol speciaal voor SAFE@Home is het duidelijk welke actie er op een bepaald alarm moet volgen en worden meldingen makkelijk afgehandeld. Door deze tijdsbesparing kunnen zorgverleners meer tijd besteden aan zorg voor andere (complexere) patiënten. De bloeddrukmetingen die op werkdagen worden verricht door de zwangere, worden voor de zorgverlener weergegeven in een overzichtelijke grafiek. In deze grafiek kan de trend van de bloeddruk goed worden gevolgd. Door het beoordelen van de trend kan eerder ingegrepen worden bij bloeddrukstijging. De ambitie is om met SAFE@Home onnodige ziekenhuisbezoeken en diagnostiek te verminderen.

Eerste ervaringen Utrecht

Tijdens de pilotstudie van het SAFE@Home-platform in het UMCU, bleek deze manier van thuismonitoren haalbaar. Er waren minder bezoeken en opnames tijdens de zwangerschap nodig in vergelijking met de groep die het reguliere zorgpad volgde. Verder werd het platform positief beoordeeld door de deelnemende zwangeren.

Daarnaast bleek er een afname te zijn in directe zorgkosten (19,7%, €3616 vs. €4505) en maatschappelijke kosten (18,2%, €7485 vs. €9150) in vergelijking met de reguliere zorg.

Al deze voordelen werden behaald zonder verschillen in uitkomsten voor de gezondheid van moeder en kind tussen beiden groepen². Dit laatste was natuurlijk een belangrijke voorwaarde om het platform op grotere schaal te kunnen implementeren.

Overal op afstand meten

Inmiddels zijn we gestart met de landelijk opschaling: het SAFE@Home II onderzoek. Naast het UMCU zijn nu zeven ziekenhuizen gestart: het EMC, UMCG, MUMC+, Jeroen Bosch Ziekenhuis, St. Antonius Ziekenhuis, Franciscus Gasthuis en Maastricht Ziekenhuis. Daarnaast zijn er momenteel drie perifere centra in de opstartfase.

In het SAFE@Home II-onderzoek is het doel om bij minimaal 750 zwangeren thuis de bloeddruk te monitoren. De resultaten hiervan zullen vergeleken worden met een groep van 750 zwangeren die, voor de implementatie van SAFE@Home, het reguliere zorgpad volgden zonder thuismetingen. Momenteel zijn er al meer dan 300 zwangeren door het hele land die gebruik maken of hebben gemaakt van het telemonitoren met SAFE@Home. Het implementatieproces wordt door onder andere vragenlijsten onderzocht. De kennis die we opdoen, hopen we om te zetten in generieke lessen voor andere e-health toepassingen.

Toekomst telemonitoring

Wij verwachten dat in de toekomst telemonitoring toenemend toepasbaar zal zijn voor andere zwangerschapscomplicaties. Een voorbeeld van doorontwikkeling van SAFE@Home is de SAFE@Home Corona-studie. Zwangeren die onder controle zijn bij het WKZ geboortecentrum (UMCU) en positief getest zijn op COVID-19, kunnen aan deze studie deelnemen. Zij monitoren hun coronaklachten en zuurstofgehalte via een saturatiemeter en smartphone-applicatie

(Lusci) met geïntegreerde klachtenvragenlijst. De metingen komen in het UMCU binnen op het Medisch Regie Centrum (MRC)³. Masterstudenten geneeskunde handelen de binnenkomende meldingen volgens protocol af. Elke alarmerende melding die duidt op een mogelijk ernstiger beloop van COVID-19, wordt overlegd met de superviserend contactpersoon van de verloskunde. De zorg wordt zo efficiënter, waardoor er meer tijd overblijft voor de complexe patiënt.

Met SAFE@Home II en SAFE@Home Corona hopen we de weg naar meer patiëntempowerment via e-health te openen, door vrouwen meer regie en autonomie aan te bieden bij gezondheidsrisico's in de zwangerschap. ■

Referenties

1.  Van den Heuvel JFM. Digital Health in Obstetric Care. Published online 2021.
2. ICT&health. MRC biedt zorg op afstand en meer regie over eigen herstel. 

Aan dit artikel hebben meegewerkt



Drs. Shinta Moes, Dr. Martine Depmann, Prof. Dr. Mireille Bekker, Drs. Jelle Goossens, Dr. Harry Pijl.

VIDEOGO-TRIAL: KUNNEN VIDEOBELLEN, NIET MOETEN

De afgelopen jaren zijn mensen massaal aan het videobellen geslagen. We zijn sinds de covid-pandemie ook experts geworden in video-overleg via Zoom en Microsoft Teams. In de medische spreekkamer liet videobellen nog lang op zich wachten. Dit is sinds maart 2020 eveneens omgeslagen. Videobellen is normaal geworden, maar er zijn kanttekeningen te plaatsen. De VIDEOGO-trial moet deze kanttekeningen aanpakken.

Toen de covid-pandemie in begin 2020

losbarste, kwam het zorgsysteem onder enorme druk te staan. Naast dat de IC's vol liepen en dat de reguliere zorg door moest gaan, drong menig ziekenhuisbestuur erop aan om het fysieke contact met niet-covid-patiënten drastisch af te schalen. De reguliere patiënten moesten zoveel mogelijk buiten het ziekenhuis blijven om de kans op virus-overdracht te minimaliseren. Daarbij kwam de vraag bij veel artsen op hoe de reguliere zorg door kon gaan terwijl zij hun patiënten vrijwel niet meer fysiek konden zien.

Noodimplementatie

Om te zorgen dat het contact tussen patiënten

en artsen desondanks alle strikte maatregelen tóch door kon gaan, heeft het Amsterdam UMC snel geschakeld. In de eerste dagen van de pandemie hebben Dr. Esther Barsom en Prof. Dr. Marlies Schijven er met een sterk team in een zeer korte tijd voor gezorgd dat het Amsterdam UMC ruim de mogelijkheden kreeg om video-connecties op te zetten tussen patiënten en artsen. Hoe deze noodimplementatie in drie dagen succesvol werd doorgevoerd, staat in een publicatie in het wetenschappelijke tijdschrift Nature Medicine. Door deze implementatie kon de reguliere patiëntenzorg doorgaan op zo'n manier dat de covid-maatregelen werden gewaarborgd. ▶



In de VIDEOGO-trial wordt onder meer onderzocht voor welke groepen patiënten videobellen wel of juist niet geschikt is.

Volg de e-learning 'Slimme Zorg van Nu'

Met de e-learning 'Slimme Zorg van Nu' leer je over nieuwe technologie en innovaties in de zorg, hoe je ze gebruikt en word je uitgedaagd deze in je eigen werk toe te passen.

Voor wie is de e-learning?

- De e-learning is geaccrediteerd voor:
- Verpleegkundigen en verzorgenden – V&VN: 8 punten
 - POH's – NvVPO: 7 punten
 - Dietisten en ergotherapeuten – ADAP: 8 punten
 - Doktersassistenten – NVDA: 7 punten

Deze e-learning is ook zeer geschikt voor andere beroepsgroepen en mensen in de zorg. Denk aan managers, studenten, WMO consulenten en mantelzorgers.

Je krijgt antwoord op de vragen:

- Wat is slimme zorg eigenlijk?
- Waarom kan zorgtechnologie voor iedereen in de zorg en welzijn nuttig en leuk zijn?
- Welke zorginnovatie(s) zijn er allemaal?
- Hoe zet je ze in, wanneer en waarvoor?

'Ik vond het echt een superleuke e-learning. Heb er veel collega's op attent gemaakt.'

– verpleegkundige van Rivas wijkverpleging

Schrijf je in via zorgvanu.nl/elearning

Sinds de nood-implementatie is het gebruik van videobellen binnen het Amsterdam UMC in een stroomversnelling terecht gekomen. Het is nu voor veel artsen normaal om kennis te maken met de patiënt, of om een patiënt op controle te laten komen, via een videogesprek. Veel patiënten en artsen zijn tevreden over deze ontwikkeling en zien ook de waarde van het videobellen in buiten de corona-tijd.

Behalve dat het videobellen er namelijk voor zorgt dat de covid-maatregelen worden gewaarborgd, biedt het patiënten voor wie het onhandig is om naar het ziekenhuis te komen een goede optie om toch met hun arts te spreken. Reistijd of -kosten vormen barrières. Vaak moeten patiënten en betrokken vrienden/familieleden ook een groot dagdeel vrij nemen om mee naar het ziekenhuis te gaan. Tot slot zijn er patiënten die zo'n last van hun ziekte hebben dat een fysiek bezoek simpelweg te veel energie kost.

Kanttekeningen

Hoewel videobellen voor veel patiënten een mooie uitkomst is, zijn er kanttekeningen te plaatsen bij de versnelde implementatie ervan. Er is namelijk in strikte zin geen bewijs dat een videogesprek minstens even goed is als een fysiek gesprek. Hierdoor kan het zijn dat patiënten via een videogesprek minder goede zorg krijgen dan met een fysiek gesprek.

Mogelijk voelen patiënten zich via een videoconnectie minder gehoord en kan de gegeven

informatie door de arts tijdens een videogesprek minder goed overkomen. Daarnaast kan het zijn dat een videogesprek voor sommige patiënten wel een goede vervanging is van een fysiek gesprek, maar voor anderen niet. Voor patiënten die onervaren zijn met technologie is videobellen misschien onplezierig.

Om deze vragen te beantwoorden, hebben Citrien-programma's E-health en Regionale Oncologienetwerken de handen ineengeslagen. Vertegenwoordigers van de programma's zullen leiding geven aan de VIDEOGO-trial. Het doel ervan is niet om fysieke spreekkamer-gesprekken te vervangen, maar patiënten de optie geven om op veilige wijze te videobellen, als zij deze voorkeur hebben.

Unieke samenwerking

Het is uniek dat de twee landelijke NFU-programma's e-health en Regionale Oncologienetwerken de handen ineengeslagen hebben. Deze samenwerking heeft een belangrijk voordeel. Het programma e-health heeft de laatste jaren veel expertise ontwikkeld over de ontwikkeling en implementatie van e-health binnen de zorg. Het programma Regionale Oncologienetwerken heeft expertise opgedaan over verbeterde communicatie en organisatie tussen patiënten en zorgverleners, en zorgverleners onderling. Zo vullen de twee programma's elkaar uitstekend aan om de vragen die bij videobellen komen kijken te onderzoeken.

In de VIDEOGO-trial wordt dus onderzocht

of videobellen niet slechter is dan een fysiek gesprek met een arts, en of er groepen van patiënten zijn die juist wel, of juist niet geschikt zijn voor videobellen. Het onderzoek is opgezet volgens de 'randomised controlled trial' (RCT) methodologie. Dit project is de eerste RCT mondiaal over deze onderzoeksvraag, en wordt primair uitgevoerd door onderzoeker Boris Janssen, onder directe leiding van Prof. Dr. Marc Besselink (Stuurgroep lid Citrien Regionale Oncologienetwerken), en Prof. Dr. Marlies Schijven (Programmaleider Citrien E-health).

Deze studie zal in multicenter-verband (LUMC, OLVG, Catharina ziekenhuis, en Amsterdam UMC) de tevredenheid van de patiënt en de kwaliteit van de informatieoverdracht vergelijken tussen beide groepen. Daarnaast wordt er naar de tevredenheid van de deelnemende artsen gekeken. In de VIDEOGO-trial wordt specifiek het gesprek dat voorafgaat aan grote abdominale (in de 'buikholte') operaties onderzocht.

NFU-programma's E-health en Regionale Oncologienetwerken verwachten dat dit onderzoek direct toepassing zal hebben op de patiëntenzorg gedurende de resterende covid-pandemie. Daarnaast wordt verwacht dat dit onderzoek in de verdere gezondheidszorg grote gevolgen zal hebben. De VIDEOGO-trial kan aanleiding geven tot de algemene implementatie, of verwerping, van videobellen als een optioneel alternatief voor het fysieke gesprek in de standaardzorg. ■

Verdere informatie over het VIDEOGO-onderzoek is te vinden op:

De Citrien E-health website:



De Citrien Regionale Oncologienetwerken website:



Kijk op de Opschalingskaart voor meer info over de diverse Citrienprojecten:



Aan dit artikel hebben meegewerkt



Boris Janssen, Marc Besselink, Marlies Schijven