

De deskundige aan het woord: Stephanie Jansen-Kosterink

Technologie voor kwetsbare ouderen

Tekst: Shanty Sterke

Innovaties in de zorg gaan over het algemeen langzaam. Soms worden ontwikkelingen zelfs helemaal niet opgepikt. Omdat de technologie toch niet zo goed werkt of omdat de gebruikers er niet aan willen. Maar wanneer de urgentie omhoogschiet, zoals tijdens de coronacrisis, worden innovaties versneld gemeengoed in de zorg. Stephanie Jansen, onderzoeker bij Roessingh Research and Development (RRD) viel bijna van haar stoel toen ze zag dat elke huisarts opeens ging beeldbellen. Met beeldbellen, wat men nu ziet als innovatie, waren ze bij RRD jaren geleden al bezig. En zo'n tien jaar geleden ontwikkelde het bedrijf het online trainingsprogramma *telerevalidatie.nl*. Sinds maart dit jaar is het aantal revalidatiecentra, eerstelijnspraktijken en ziekenhuizen dat hiervan gebruikmaakt, om toch de nodige zorg te kunnen bieden ondanks de coronamaatregelen, fors gestegen. De onderzoekers en ontwikkelaars bij RRD lopen intussen alweer een stap voor op de innovaties die we nu in de zorg zien landen.

Jansen is bewegingswetenschapper en houdt zich een groot deel van haar werkdag bezig met technologie voor kwetsbare ouderen. 'Wij doen onderzoeken in een vroege fase van de ontwikkeling. We kijken welke innovaties over drie, vier jaar een mogelijkheid kunnen zijn om de zorg te verbeteren of om te zorg te ondersteunen. Wij kijken welke meerwaarde een nieuw product heeft voor de gebruiker, de oudere, de patiënt of voor de zorg. Ik kijk dan vooral op het klinische vlak, naar kwaliteit van leven bijvoorbeeld. Maar ik probeer ook naar de sociale impact te kijken'.

Hoe mooi en vernuftig een technologische ontwikkeling ook is, als mensen er niet goed mee kunnen omgaan, dan zullen ze het niet gaan gebruiken. 'Wij hebben daarom een onderzoekspanel opgezet. Wij



nodigen mensen in het panel uit en proberen samen met hen de technologie zo goed mogelijk te ontwikkelen. Technologie moet zo gebruiksvriendelijk zijn dat het geen moeite mag kosten om het te gebruiken'.

Technologie zal niet voor iedereen geschikt zijn, weet Jansen. Als je aan een groep van tien ouderen vraagt wat ze willen om van de pijn af te komen, dan zullen acht van de tien zeggen: geef me maar een therapeut of een dokter. 'Het is niet zo dat wij proberen voor al die tien mensen technologie te ontwikkelen, maar wij proberen voor zes, zeven mensen passende technologie te ontwikkelen. Zodat voor die drie, vier mensen die niet met technologie kunnen werken, de zorg als het ware wordt vrijgespeeld'.

Niet elke ontwikkeling landt uiteindelijk in de praktijk. 'Ik heb ook wel meegewerkt aan ontwikkelingen die eigenlijk heel positief waren, maar die nu nog gewoon

in de kast liggen omdat de markt er niet klaar voor is of omdat de beroepsgroep er niet klaar voor is'. Dat heeft onder andere te maken met de manier waarop we interventies in de zorg evalueren en aanpassen. 'Technologie kun je niet ontwikkelen als een medicijn. Dat kan ook een van de redenen zijn dat technologie niet echt landt. Vooral in ziekenhuizen en universitaire ziekenhuizen merk je dat. Een medicijn kun je in een randomized controlled trial op effectiviteit en veiligheid onderzoeken. Maar tijdens de ontwikkeling van technologie past dat minder goed. Je kunt technologie niet bevriezen en zeggen: we hebben het af, we doen er niets meer aan. Technologie is altijd in ontwikkeling. Je ziet daarom dat sommige technologieën wel geaccepteerd worden door gebruikers, maar niet door zorgprofessionals. Iemand met hartklachten die zelf een sensor gaat dragen om zijn hartritme te monitoren, maar een cardioloog heeft die er eigenlijk nog helemaal niet aan toe is om de patiënt op die manier te behandelen'.

'Onze studies zijn deels daarom meer gericht op preventie. Technologie past gewoon beter bij preventie in de nuldelijn. Omdat je dan een veel grotere en meer variabele groep hebt met betrekking tot het willen gebruiken van technologie'. Een van de veelbelovende ontwikkelingen waar RRD zich mee bezighoudt is het coachen met behulp van avatars. Om een voorbeeld te noemen, als je gezonder wilt gaan eten dan kun je naar een diëtist gaan. 'Maar niet voor iedereen in Nederland is er een diëtist. Je kunt van die diëtist ook een virtueel persoon maken. Je kan dan het virtuele personage zo programmeren dat die gesprekken kan voeren over wat iemand eet en wat gezondere keuzes zijn. Op die manier probeer je het gedrag te beïnvloeden'.

'We zien ook dat heel veel mensen een zittend bestaan hebben of weinig bewegen. Dan kun je mensen een sensor geven om te meten hoeveel ze bewegen. Die sensor kan feedback geven. Maar die feedback kan ook gegeven worden door een virtuele coach, die je dan vertelt wat je goed of niet goed hebt gedaan of die je tips geeft om meer te bewegen. We hebben verschillende interessante projecten lopen. Bijvoorbeeld het *counsel of coaches* project. Een combinatie van virtuele coaches, coacht de gebruikers op meerdere domeinen, op een veel meer holistische benadering. We kijken naar verschillende facetten die met kwaliteit van leven of met het leven an sich te maken hebben.

In het onderzoek dat nu loopt, kijken we wat mensen vinden van een groep van virtuele coaches die helpen om gezonder te gaan leven. De eerste vijftig mensen die er nu gebruik van hebben gemaakt, waren best positief. Ze waren kritisch, maar ze zagen ook voordelen. We zijn altijd op zoek naar mensen die ons willen helpen en die deel willen nemen aan het panel'.

Een andere nieuwe ontwikkeling is het gebruik van data en de voorspellende kracht van data. Kun je door data van een persoon, of van een heel grote groep personen, voorspellen wat voor effect een bepaalde behandeling zal hebben? Jansen werkt nu aan het Back-Up-project, dit is een project over pijn. 'Er is echt heel weinig bekend over wat een goeie interventie is bij musculoskeletale pijn. Je ziet dat de doelgroep heel erg aan het hopen en shoppen is. Van de ene interventie naar de andere interventie, totdat ze eindelijk iets gevonden hebben dat past'. Met behulp van alle beschikbare data op het gebied van pijnpatiënten en interventies, kun je ervoor zorgen dat die ene patiënt veel eerder op de goeie plek zit. Nu zien we vaak in de zorg een soort trial and error. Je probeert maar wat en je kijkt wat het effect van de interventie is. In plaats daarvan wil je al vooraf weten wat de kans op succes is. Modellen, gebaseerd op big data kunnen daarbij helpen.

Simpel gezegd: een patiënt gaat naar de huisarts. De huisarts vult een vragenlijstje in en zet dat in het systeem. Uit het systeem rolt dan een voorspelling. Bijvoorbeeld over hoe het beloop van de pijn naar verwachting over drie maanden zal zijn bij een bepaalde interventie, of over het beloop van de beperkingen over een aantal weken. 'Op die manier probeer je om de behandelaar daar een soort van dashboard voor te geven om beter te kunnen anticiperen op die patiënt. Het idee van dit soort systemen is niet om het klinisch redeneren over te nemen maar om veel rijkere informatie te geven'.

Meer weten?

Voor meer informatie over het project council of coaches en om een idee te krijgen wat verschillende virtuele coaches doen, kun je de website van [Council of Coaches](#) raadplegen.

Meer informatie over het RRD-onderzoekspanel is te vinden op www.RRD.nl/panel