

Brève description des 24 projets retenus

1) Use Case « Stroke »

P16/20 - Beroertecoach.be

Promoteurs : Belgian Stroke Council

De Belgian Stroke Council investeerde de laatste jaren in het ontwikkelen van een geïntegreerd en webgebaseerd zorgtraject om de intra- en extramurale zorg na een beroerte te bevorderen. Centraal in dit zorgtraject staat het online coaching- en consultatieplatform beroertecoach.be, een online tool met beveiligde data-uitwisseling waarmee de beroertecoach van het ziekenhuis de patiënt beter kan begeleiden, opvolgen, inspireren en motiveren. De patiënt krijgt een centrale rol in het sturen van zijn begeleidingstraject.

Door de recente integratie met enkele telemedicine-toepassingen (Zebra Academy) zijn we in staat om de extramurale begeleiding door de beroertecoach interactief te organiseren via telecoaching met participatie van meerdere zorgpartners of mantelzorgers, met beveiligde data-uitwisseling en aangevuld met de mogelijkheid om per contact een medisch rapport te genereren voor alle betrokken zorgpartners.

In een eerste fase zullen we dit project uitrollen in enkele Vlaamse zorgregio's, met name Noord-West-Vlaanderen (AZ St-Lucas Brugge & AZ St-Jan Brugge-Oostende), Zuid-West-Vlaanderen (AZ Groeninge) en Antwerpen (Neurovasculair Referentiecentrum, UZA) en dit met ondersteuning van het Interuniversitair Centrum voor Gezondheidseconomie (VUB) om de financiële impact van het zorgmodel met geïntegreerde mHealth oplossingen op de RIZIV-financiering in kaart te brengen.

P16/35 - In-Ambulance Telestroke

Promoteurs : UZ Brussel - UZA - UCL St Luc - ULB Erasme

Stroke is a rapidly developing loss of brain function which occurs when cerebral blood supply is disturbed. Stroke is the second cause of death world-wide and the second cause of disability-adjusted life years in high-income countries. This condition poses a growing global health problem with major individual and societal impact.

Acute stroke is a time-critical medical emergency requiring immediate specialized treatment. During the acute phase of an ischemic stroke, approximately two million brain cells are irreversibly lost every minute. From a socio-economical point of view, the direct and indirect cost of stroke easily exceed € 300 million per year in Belgium. Most stroke patients require high levels of hospital care, long term extra-mural support, community support and may suffer from extended work disability.

Prompt diagnosis and adequate treatment result in dramatic economic and social savings. Recanalization therapies are increasingly effective but require rapid diagnosis and early patient triage to adequate stroke centres.

Despite evidence of clinical effectiveness and international recommendations, only a minority of stroke patients receive stroke unit care & recanalization therapy.

The major opportunity for acute stroke treatment is to reduce the unacceptable delay between stroke onset and the initiation of therapy. Over the past years, the participating teams have shown that 24/7 in-ambulance telemedicine is a valid, accurate and reliable tool to shorten the onset-to-therapy time. It is broadly accepted that faster treatment leads to better patient outcome in terms of disability and to significant cost reduction because of shorter hospitalisation duration and less need for rehabilitation. Secondary savings may be booked via alternative organisational models, among which a decreased need for interventions by expensive medical emergency (MUG) teams.

This project aims to demonstrate that 24/7 in-ambulance telestroke care is cost effective in real-life situations and that the social security savings exceed its operational costs.

2) Use Case – « Geestelijke gezondheidszorg »

P16/11 – Beeldbellen (aussi Use Case “ Teleconsult”)

Promoteurs : Netwerk geestelijke gezondheidszorg midden West-Vlaanderen (PRIT) en Zuid West - Vlaanderen

Integratie van beeldbellen in de werking van de mobiele teams voor acute en langdurige psychiatrische zorg.

Hoofddoel van het project is de kwalitatieve werking van de mobiele teams op een zodanige manier versterken dat zij hun opdracht, i.c. opnamevermijdend en opnameverkortend werken, op een performantere manier kunnen vervullen.

We zien hiervoor heel wat kansen en opportuniteiten die via het mobile health project – in concreto via het “beeldbellen” kunnen gerealiseerd worden:

Hulpverleners van de mobiele teams die een therapeutische relatie hebben met de patiënt kunnen het “beeldbellen” -eventueel op afspraak- opstarten met de patiënt , familieleden, mantelzorgers, huisarts en andere betrokken hulpverleners. Dit beeldbellen verloopt via CoZo en kan opgestart worden vanuit het zorgdossier Obasi.

P16/12 - Blended ACT

Promoteurs : Psychologisch praktijk De Braam

Blended ACT staat voor evidence-based blended mental health care voor voor milde tot matige psychische klachten en problemen: psychologische hulpverlening wordt hier ‘gemixt’ met een mobiele applicatie die Learn2ACT noemt.

Het is dus een vorm van *blended therapie*. ACT staat voor *Acceptance and Commitment Therapy* en behoort tot de zogenaamde derde generatie gedragstherapieën. ACT combineert een aantal acceptatie- en mindfulnesstechnieken met gedragsmatige interventies en heeft zijn waarde bewezen in uitgebreid wetenschappelijk onderzoek (A-Tjak, J. et al, 2015, A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and psychophysical health problems).

Doel van de app is opvolging en ondersteuning bieden buiten de contactmomenten met de psycholoog. Dit biedt niet alleen continuïteit van zorg. Zorg kan ook meer efficiënt ingezet worden. Consultaties worden enkel ingepland op die momenten waarop de patiënt de zorg het meest nodig heeft. Hierdoor hopen we het aantal contactmomenten met de psycholoog in te perken en bijgevolg meer mensen in nood te helpen.

P16/15 - e-Mental-Health: zelf aan de slag!**Promoteurs** : LM Oost-vlaanderen

Wie te lang psychologische beslommeringen met zich meezeult, komt vroeg of laat in de problemen. Slechts 1 op 3 personen zoekt professionele hulp. Psychische stoornissen staan met 34 % op nummer één als oorzaak van invaliditeit. Wachtlijsten tussen een maand en een jaar zijn geen uitzondering.

Deze feiten duiden de problematiek die vandaag bestaat rond geestelijke gezondheidszorg. De Liberale Mutualiteit Oost-Vlaanderen wil daar iets aan doen. Als ziekenfonds is het onze taak om de maatschappij te helpen deze problemen aan te pakken.

Daarom wil LM Oost-Vlaanderen, in samenwerking met Minddistrict mensen op een laagdrempelige manier effectieve zelfhulp aanbieden via een online hulpverleningsprogramma.

In een eerste luik kunnen cliënten van thuis of via hun smartphone online een zelftest invullen die hen zal leiden naar de juiste hulpverlening. In een volgende fase kunnen ze aan de slag met specifieke zelfhulpprogramma's, zoals minder piekeren, beter slapen, fluitend naar je werk, pak je somberheid aan, enzovoort. Komen de beschikbare programma's niet tegemoet aan de noden van de cliënt of is het zelfhulpprogramma niet voldoende, dan worden ze doorverwezen naar gespecialiseerde hulp. Binnen de werking van LM Oost-Vlaanderen kan dat bij de eigen psychologe of bij psychologen met specifieke expertise.

Recent onderzoek wees uit dat 88% van patiënten die beroep doen op toegankelijke eerstelijnszorg geholpen zouden zijn. Dit cijfer is vandaag een utopie. Laten we daarom samen de drempel verlagen, zodat psychologische problemen aangepakt kunnen worden in een vroeg stadium. Niet als het al te laat is omdat het financiële plaatje van deze zo belangrijke zorg niet klopt of de weg naar hulp onbereikbaar is.

3) Use Case « Diabète »

P16/16 - 3S HOMECARE (aussi Usecase “ Cardio”)

Promoteurs : CSD Namur - Fédération CSD - CHR Namur

Il s’agit d’une plateforme numérique d’échange d’information, socialement innovante, installée au domicile des personnes qui souffrent de maladies chroniques susceptibles de générer des événements critiques auxquels il est nécessaire de répondre rapidement. Elle favorise la complémentarité entre le bénéficiaire, son entourage et les prestataires en renforçant la communication entre ceux-ci. Elle accompagne quotidiennement le bénéficiaire via diverses fonctionnalités: planning des services, télévigilance, prise de paramètres médicaux, partage pertinent et sécurisé d’information via le Réseau Santé Wallon et/ou un site sécurisé. Elle contribue à une meilleure qualité de vie du bénéficiaire et de son entourage, permet un suivi en temps réel des paramètres de santé et simplifie le travail des prestataires.

Le projet vise à tester les différentes dimensions de cette plateforme en conditions réelles, sur un territoire défini : la Province de Namur. Il s’agira de tester l’applicabilité, l’acceptabilité du dispositif et d’évaluer son utilité en matière de confort et état de santé du patient, de son entourage et de ses prestataires et donc d’en appréhender son intérêt en matière de santé publique. Une des plus-values de ce projet consiste en un couplage avec un système de télévigilance existant qui offre la possibilité d’un contact humain 24h/24.

#

P16/86 - SU IN LINE (Self user in line) (aussi Use Case “ Cardio”)

Pormoteurs : Hop. Jolimont-Lobbes - Hop. Tubize-Nivelles - CHR Mons-Hainaut

Application de support au patient diabétique, visant à améliorer le contrôle glycémique et l'autonomisation du patient au moyen d’une convergence de technologies et d’une démarche de “patient empowerment”. Croisement des dosages de la glycémie (avec une fréquence d’échantillonnage importante: 1 par minute) et de l’activité physique.

Sur le plan technologique: application (adaptation d’Andaman7) permettant une communication bidirectionnelle optimale entre le système informatique hospitalier, les plateformes de synchronisation peer to peer d’Andaman7, automatisation de l’enregistrement des glycémies grâce au système FreeStyle Libre d’Abbott, suivi d’activité via smartphone, saisie des doses d’insuline injectées

P16/22 - INTERPRET-DIA - (Intensive Tele-monitoring of Pediatric patients with Real Time – Continuous Glucose Monitoring use in Type 1 Diabetes)

Promoteurs : UZ Brussel

Dit project heeft als doel de continue glucose monitoring (CGM) data van pediatrische type 1 diabetes mellitus (T1DM) patienten op een geautomatiseerde wijze in het elektronisch medisch dossier van het multidisciplinaire diabetes team te integreren, en twee-wekelijkse analyse van de CGM data door het medisch team terug te koppelen naar de patient, teneinde de metabole controle van de ziekte te verbeteren. Daarenboven zullen de geïntegreerde data beschikbaar zijn voor alle gekoppelde zorgverstrekkers van de patient (betere communicatie en integratie van eerste lijn in T1DM zorg).

#

Teneinde het gebruik van CGM toestellen (alsmede de investering van het RIZIV in de terugbetaling van deze toestellen) zo optimaal mogelijk te benutten, wordt volgend model voorgesteld:

- CGM data van pediatrische T1DM patienten worden via de device Guardian Connect (Medtronic) geïncorporeerd in het elektronisch medisch dossier (EMD) van het ziekenhuis, en worden geuniformiseerd voorgesteld. Dit gebeurt near real time (RT-CGM) zodat de data kunnen opgevolgd worden door het multidisciplinair team.
- Een kinderdiabetoloog en diabetes educator worden ingezet om op 2 wekelijkse basis de CGM data van de patient te analyseren, en feedback aan de patient te bezorgen per telefoon.
- Alarm systemen worden geïntegreerd via het EMD waarbij de gekoppelde zorgverlener verwittigd wordt wanneer CGM data bepaalde drempels overschrijden (aantal hypoglycemies, verhoogde gemiddelde bloedsuiker,...)

#

#

P16/03 - MyGlycMon

Promoteurs : CoZo

Verbetering van de communicatie tussen patiënt en betrokken zorgverleners betreffende glycemie monitoring via Cozo en eHealth. Glycemiegegevens afkomstig van glucometers van diabetespatiënten worden thuis door de patiënt zelf opgeladen vanuit zijn/haar meter, met gebruik van de vaste en mobiele applicaties van de leveranciers, en worden real-time verwerkt en als gestandaardiseerde overzichten ter beschikking gesteld van de patiënt zelf en alle zorgverstrekkers begaan met zijn behandeling via eHealth. Dit gebeurt door integratie met het CoZo webportaal voor zorgverstrekkers en patiënten, deling via HUB/metaHUB en de CoZo mobiele zorgverstrekker en patiënt app (naast en geïntegreerd met alle andere HUB resultaten).

#

Metergegevens van glucometers van patiënten met diabetes worden thuis door de patiënt zelf opgeladen vanuit zijn/haar meter, met gebruik van de vaste en mobiele applicaties van de leveranciers, en worden real-time verwerkt en als overzichten ter beschikking gesteld van de patiënt zelf en alle zorgverstrekkers begaan met zijn behandeling via eHealth. Dit gebeurt door integratie met het CoZo webportaal voor zorgverstrekkers en patiënten, deling via HUB/metaHUB en de CoZo mobiele zorgverstrekker en patiënt app (naast en geïntegreerd met alle andere HUB resultaten). Hierdoor kan er een snellere en meer adequate communicatie gebeuren tussen de betrokken zorgverstrekkers onderling en tussen zorgverstrekker en patiënt om zo te komen tot een betere zelfsturing en zorg op maat.

#

P16/13 - Diabetes On The Run**Promoteurs** : Thuisverzorging in solidariteit vzw - Sovervlag vzw - Bond Moyson/de voorzorg - MLOZ

Intensieve telemonitoring van diabetes type 2 patiënten, via geconnecteerde devices en de “Healthlook” app, met daaraan gekoppeld gepersonaliseerde telecoaching (door gespecialiseerde diabeteseducatoren) en zelfmanagement door de patiënt.

De diabeteseducatoren van Solidariteit voor het Gezin bouwden hierbij al expertise op met telecoaching. Gedurende 6 maanden werden de (574) patiënten 1x per maand telefonisch begeleid door een diabeteseducator gedurende 30 minuten. De methodiek was gebaseerd op het Australische “COACH”-programma (Melbourne), dat focust op gedragsveranderingen door doelwaarden na te streven. Uit de studie bleek zeer duidelijk dat de patiënten die via dit telefonische telecoaching programma begeleid werden significant beter scoorden dan een controlegroep. De patiënten waren ook uitermate tevreden over de telefonische begeleiding.

Door de recente technologische evoluties is het niet alleen mogelijk om de begeleiding vanop afstand te doen, maar ook de opvolging van de diverse meetwaarden. Zo zijn er reeds diverse (medische) apps die gemeten waarden van connected devices kunnen inlezen en zelfs verwerken en interpreteren. Deze info kan zowel door patiënten als zorgverleners geraadpleegd worden.

Hierop wensen we dan ook verder te bouwen met dit proefproject, waarbij we gebruik maken van de nieuwste technologische mogelijkheden op vlak van monitoring en digitale interactie met de patiënt. We kunnen hierbij ook korter op de bal spelen, door de quasi onmiddellijke interpretatie van de meetgegevens via de app. In het vorige project gebeurde dit via (labo)metingen en werden deze slechts om de maand of 3 maanden geanalyseerd.

Opzet van het proefproject is de nauwgezette opvolging van 100 diabetes patiënten type 2 die recht hebben op het jaarlijkse educatie. 50 van hen worden begeleid door de diabeteseducatoren van Solidariteit voor het Gezin en 50 door de educatoren van Bond Moyson / De VoorZorg. We maken hierbij gebruik van de telemonitoring en telecoaching app “Healthlook” en “Healthlook PRO”. Dit is een product van Inter Partner Assistance dat al in diverse andere landen gebruikt wordt.

4) Use Case « Chronische Pijn »

P16/29 - Dolora@home

Promoteurs : AZ Groeninge - HAK zuid West-Vlaanderen - Witgeelkruis West-Vl. - Bond Moyson, Solidariteit vr het gezin

Continue evaluatie en bijsturing van het zorgtraject en een tevredenheidsmeting van patiënten met chronische pijn die een interventionele pijnbehandeling hebben ondergaan.

Via E-healthservices zullen patiënten worden bevraagd over hun tevredenheid met:

1. Het effect van de interventionele pijnbehandelingen (= een behandeling waarbij een naald, lead of katheter door de huid heen wordt gebracht) op 5 uitkomstmaten:

- pijnintensiteit
- symptomen en klachten
- dagelijks functioneren
- stemming
- kwaliteit van leven (kvl)

2. De toegediende zorg

Daarnaast wordt er d.m.v. teleconsulting dieper ingegaan door een verpleegkundig specialist/consulent pijn op alarmsignalen en aandachtspunten. Aanvullend ondersteunt deze ook de patiënt i.h.k.v. adequaat zelfmanagement met pijn en de beperkingen die pijn met zich meebrengt.

P16/31 – moveUP

Promoteurs : ZH: AZ Maria Middelaes - Revalidatiecentrum: AZ Maria Middelaes - Jan Yperman ZH - Medisch Centrum: Latem - UGent

moveUP biedt patiënten na een orthopedische ingreep (Knie, Wervel, Heup ...) een gepersonaliseerd tele-revalidatieprogramma. Op basis van het (medisch) profiel van de patiënt, gemeten objectieve data (o.a. activiteitsniveau, slaapkwaliteit, medicatie) en subjectieve data (pijn, gemoed) past moveUP het revalidatieprogramma dagelijks aan om de evolutie van pijn nauwkeurig op te volgen en chronische pijn vermijden. moveUP betreft zo de patiënt, de zorgverstrekkers (ziekenhuis, chirurg, huisdokter, kine) via een platform dat flexibelere en gepersonaliseerde revalidatie mogelijk maakt, maar vooral ook een continue opvolging verzekert om korte en lange termijn uitkomst te verzekeren. Zo focust moveUP op de klinische uitkomsten (pijn, range of Motion, functionaliteit), uitkomsten voor de patiënt (pijn, tevredenheid, onafhankelijkheid, verwezenlijkte doelen) en economische uitkomsten (totale kost).

5) Use Case “ Cardio”

P16/65 – POTUS + P16/84 – MoTIVatie (aussi Use Case “ stroke”)

Promoteurs : AZ Delta ZH - Jan Yperman ZH – ZH Oost-Limburg – WGKA - AZSM

Korte beschrijving P16/65:

Voorkamerfibrillatie (VKF) is de meest voorkomende hartritmestoornis (50 miljoen mensen in EU en USA) en is geassocieerd met verhoogde mortaliteit, transiente cerebrovasculaire accidenten en dementie. *De novo* VKF is in veel gevallen asymptomatisch en paroxysmaal, waardoor dat de diagnose vaak ofwel toevallig ofwel laattijdig wordt gesteld naar aanleiding van een incident, met een drastische impact op de kwaliteit van leven van de patiënt en een grote socio-economisch kost. Richtlijnen tonen aan dat het anticoaguleren van patiënten met VKF kosteneffectief is in het vermijden van beroertes.

De huidige technologie is beperkt in de tijdige identificatie van patiënten die een hoog risico lopen voor (intermittente) VKF. FibriCheck is een mobiele smartphone oplossing die toelaat om zonder bijkomende hardware het hartritme van de patiënt te meten in de thuisomgeving en deze gegevens te classificeren en te communiceren met de behandelende arts. De doelstelling van dit project is de organisatorische en financiële evaluatie van de mobiele monitoringtoepassing in 3 klinische settings, namelijk de cardiologie-, neurologie- en huisartsenpraktijken, met een duidelijk afgelijnde doelgroep van hoogrisicopatiënten.

Korte beschrijving P16/84 :

Voorkamerfibrillatie is de aritmie met de hoogste incidentie en heeft impact op mortaliteit en op de morbiditeit met verhoogd risico op hersenembolie en hartfalen. De levenskwaliteit wordt zowel bij jongere als oudere patiënten aangetast. Deze patiënten vereisen een strikte opvolging.

Therapeutische interventies zijn gericht op de preventie van embolie en controle van hartritme en -frequentie. We stellen vast dat consultaties ter evaluatie van deze interventies vaak geruststellend zijn en kunnen worden vermeden op voorwaarde dat het hartritme van de patiënt kan worden opgevolgd. FibriCheck is een medisch gevalideerde applicatie, te gebruiken met een smartphone en zonder extra hardware, die dagelijkse metingen en analyse van het hartritme in de thuisomgeving verzekert. De opvolging van de patiënten blijft aangestuurd door de behandelende arts(en) en de data worden aangeleverd aan het elektronisch medisch dossier.

Binnen het project MoTIVatie zal het gebruik van FibriCheck in de klinische praktijk geëvalueerd worden in het ziekenhuisnetwerk E17 bij een afgelijnde patiëntenpopulatie, namelijk patiënten die een cardioversie of pulmonale vene isolatie door ablatie hebben ondergaan. Medisch contact met follow-up consultatie wordt pas gepland na vaststellen van een recidief voorkamerfibrillatie door middel van de FibriCheck applicatie. Het toekomstig gebruik van deze applicatie is uit te breiden naar opvolging van alle patiënten met voorkamerfibrillatie, mits correct proces management.

P16/72 – PREMOM - Prenatal Remote Monitoring for High-Risk Pregnancies (aussi Usecase “Autres”)**Promoteurs** : ZOL–Jessa -Sint Franciskus ZH-Heilig Hart ZH-ZH Maas en Kempen-Sint Trudo-AZ Vesalius

Vijf tot acht procent van alle zwangeren ontwikkelt een gestationele hypertensieve aandoening (GHA). Zwangeren met GHA worden frequent opgenomen op de Maternal Intensive Care (MIC) afdeling ter observatie van de maternale & foetale parameters. Ze hebben meer kans op vroegtijdige beëindiging van de zwangerschap en hun neonaat heeft meer kans om op de Neonatal Intensive Care te belanden. Bovendien krijgen deze vrouwen vaak meer prenatale consultaties en technische onderzoeken dan de ongecompliceerde zwangerschap, waarvoor richtlijnen bestaan (KCE).

Telemonitoring (TM) biedt de mogelijkheid om zwangeren in hun thuissituatie op te volgen, met een bloeddruk- en activiteitsmeter die vitale parameters van de zwangere naar de vroedvrouw in het ziekenhuis stuurt. Deze kan telefonisch of digitaal gepaste interventies adviseren indien nodig.

Preliminair resultaten (ZOL-pilootstudie, 2015) toonden aan dat een groep GHA zwangeren, gevolgd met TM, minder nood had aan prenatale consultaties en ambulante monitoring, minder vaak werd opgenomen op de MIC-afdeling, en een korter bevallingsverblijf had door minder kans op inductie. Het projectteam is overtuigd dat een verdere rationale reductie van het aantal prenatale consultaties en monitors mogelijk is, en dat de MIC-opnames kunnen worden beperkt tot de zuiver medische indicaties, i.e. ernstig zieke zwangeren. Dit impliceert dus medische én economische voordelen.

De TM, zoals hier besproken, is onderdeel van het in april 2016 gestarte LimPrOn-project, dat een samenwerking is tussen ZOL, Jessa, UHasselt en Hospilim. In LimPrOn wordt vroeg in de zwangerschap met niet-ingrijpende testen bepaald welke zwangeren effectief een verhoogd risico hebben op hypertensie en gebaat zijn met TM. Al 60 zwangeren werden verwezen vanuit alle Limburgse materniteiten. Bij abnormale observaties wordt de verwijzende gynaecoloog gecontacteerd om de patiënte te instrueren. De MIC-afdeling van het ZOL staat in voor permanentie en back-up indien de TM een ernstige complicatie doet vermoeden in een vroegtijdig zwangerschapsstadium.

P16/10 - Cardio@home**Promoteurs** : AZ Groninge

Coachingstraject van hoogrisicopatiënten met hartfalen tijdens de transitiefase.

Dit project richt zich op patiënten die een episode hebben doorgemaakt met hartfalen en ontslagklaar zijn in het ziekenhuis. D.m.v. het coachingstraject is het de bedoeling deze patiënten ook na het ontslag door de eerstelijnspartners en de dienst cardiologie verder thuis te monitoren en te coachen. Hiervoor zal telemonitoring gehanteerd worden in combinatie met teleconsulten en de reguliere eerstelijnszorg.

In de regio zuid en midden West-Vlaanderen is men dan ook een extramuraal zorgpad en coachingstraject aan het uitwerken voor patiënten met chronisch hartfalen. Hierbij ligt vooral de nadruk op een eenvormige klinische aanpak van patiënten met hartfalen.

Dit project wil hierop aanvullend zijn en zal zich focussen op het coachingstraject en de monitoring van de patiënten tijdens de transitiefase. In deze periode is het belangrijk dat de patiënt zeer nauw opgevolgd wordt en daarnaast ook gecoacht wordt bij het aanleren van een nieuwe gezonde leefstijl.

Hiervoor zal tijdens de transitiefase de patiënt via telemonitoring dagelijks thuis gevolgd worden door de cardioverpleegkundige in het ziekenhuis voor bloeddruk, hartslag, gewicht en activiteit. De patiënt voert hiervoor zelf de metingen uit thuis, om vervolgens de parameterwaarden automatisch naar het elektronisch patiëntendossier in het ziekenhuis door te sturen.

Daarnaast zal de patiënt d.m.v. regelmatige teleconsulting ook gemotiveerd worden tot een gezonde levensstijl.

P16/30 - Digitaal Transmuraal Zorgpad Hartfalen Ronse + P16/85 - CARDIOCOACH HARTFALEN

Promoteurs : AZG Ronse - OLVA - (CHU Charleroi)

Korte beschrijving P16/30 :

Het project wil de mhealth – toepassing integreren in een transmuraal zorgpad hartfalen . Na educatie en stabilisatie van een aantal parameters bij de patiënt zal de opvolging / begeleiding van de patiënt ondersteund worden door een app . De streefwaarden zijn parametrizeerbaar op het niveau van de patiënt. De meetwaarden worden opgevolgd op een zorgcentrale 24 uur op 24 bemand door verpleegkundigen met een aangepaste opleiding rond mhealth en hartfalen , die volgens de afspraken gekoppeld aan de streefwaarden interventies doen. Alle betrokken hulpverleners en de patiënt hebben toegang tot de meetwaarden van de patiënt .

Korte beschrijving P16/85 :

Het tijdelijk opvolgen van en online coachen over vitale parameters (bloeddruk, hartslag en lichaamsgewicht), therapietrouw en symptomen bij patiënten met chronisch hartfalen (HF) thuis, na een eerste decompensatie-opname in het ziekenhuis om snelle wederopnames te vermijden.

Met dit project beogen we de 180 dagen heropname te reduceren door gebruik te maken van **een HF-verpleegkundige als zorgcoördinator** die de contacten legt met de verschillende actoren die betrokken zijn bij de opvang van de patiënt en de educatie van de actoren van de 1e lijn, de patiënt en zijn omgeving verzorgt door gebruik te maken van een **digitaal platform**. Dit alles volgens voorafgaandelijk afgesproken zorgpaden en zorgplannen (Transmuraal zorgpad HF, vide infra).

Voorts zal gebruik gemaakt worden van telemonitoring (TM). In dit specifieke project zal de patiënt worden uitgerust met een **smartphone applicatie, samen met een bluetooth(BT)-weegschaal en BT-bloeddrukmeter** waardoor hij/zij op het juiste moment herinnerd wordt welke medicatie ingenomen dient te worden. Ook zal de patiënt dagelijks gevraagd worden om de vitale parameters op te meten. Deze registraties en meetgegevens worden automatisch verzonden naar het back-end

P16/39 - Télé-assistance de patients insuffisants cardiaques sévères**Promoteurs** : CHU Liège - CHR Citadelle

Suivi à domicile de patients insuffisants cardiaques via un système de télémonitoring. Un programme d'éducation thérapeutique du patient permet l'information et la formation du patient et de son entourage pour la surveillance des signes cliniques de sa pathologie. L'objectif est de diminuer le nombre et/ou la durée des hospitalisations du patient insuffisant cardiaque, grâce à un suivi rapproché de l'évolution de ses paramètres au domicile, par l'équipe pluridisciplinaire en collaboration avec le médecin généraliste.

Notre projet propose un suivi rapproché de l'évolution des paramètres cliniques du patient insuffisant cardiaque, via un système de télémonitoring à domicile et un programme d'éducation thérapeutique du patient et de sa famille. L'objectif est de détecter précocement les modifications de l'état clinique du patient afin de pouvoir en adapter le traitement médicamenteux au plus tôt, avant toute évolution dommageable de la pathologie.

Cette approche se fera en collaboration avec le médecin généraliste. La communication sera facilitée par une plateforme de suivi.

P16/54 - TOC-mhealth**Promoteurs** : Wit Gele kruis Antwerpen – AZ Sint-Maarten

Ons project zet een intensieve samenwerking op tussen thuisverpleging, huisarts, arts specialist, apotheker, mantelzorger en patiënt met als doel de patiënt op afstand te begeleiden naar een beter, veiliger en efficiënter geneesmiddelengebruik (in lijn met Triple AIM). Dit project richt zich voornamelijk tot patiënten met een cardiovasculaire aandoening die dagelijks meer dan 5 verschillende geneesmiddelen innemen op 2 of meer innamemomenten en een risico op therapieontrouw vertonen alsook patiënten die niet zelfstandig hun medicatie innemen kunnen beheren. Door een multidisciplinaire aanpak willen we komen tot een verbetering van de therapietrouw, een vermindering van de geneesmiddelen gebonden problemen met als uiteindelijke doel een verbetering van de levenskwaliteit, de zelfredzaamheid van patiënten en het voorkomen van complicaties.

De interventie is gebaseerd op:

- de monitoring van innamemomenten via mHealth (draagbare slimme medicatiedispenser)
- farmaceutische telezorg om bij te sturen waar nodig op basis van het medicatieschema (Vitalink)
- ondersteuning van de therapietrouw van de patiënt op basis van voortdurende feedback.
- aansluitend op recip-e en met terugkoppeling naar huisarts en/of specialist

Het volledige proces van het systeem is conform de bestaande telegezondheidsplatformen (eHealth) dankzij zijn interoperabiliteit met de bestaande systemen (recip-e, vitalink en umo – verklizan).

P16/78 - Nefrocare**Promoteurs** : UZ Leuven

Het nefrocare project bestaat uit het gebruik van een mobiele applicatie en telemonitoring ter ondersteuning van de opvolging van patiënten met chronisch nierlijden. Het bestaat uit zowel cardiovasculaire zorg met opvolging bloeddruk, gewicht met daarnaast ook ondersteuning van gedragsverandering (stappenteller), symptoomcontrole, medicatiemanagement ...

Via een mobiele applicatie of via online toegang tot zijn patiëntendossier zal de patiënt(e) gegevens ingeven en kunnen consulteren. Deze gegevens worden ingevoerd door de patiënt of rechtstreeks doorgestuurd worden via bluetooth verbinding met het device bv bloeddrukmeter, weegschaal, stappenteller. Er zal dus bloeddruk-, gewichts- en bewegingstelemonitoring gebeuren. Met deze app worden de therapeutische en gedragstherapeutische doelen opgevolgd en teruggekoppeld naar de gebruiker(patiënt). Dit gebeurt volgens het samen met de patiënt en zijn of haar huisarts opgestelde behandelplan. In tweede fase zullen de volgende functionaliteiten nog toegevoegd worden: zichtbaar maken van laboresultaten, medicatiemanagement en symptoomcontrole. Via het clinical decision support systeem zal patiënt ook verwittigd worden bij het overschrijden van bepaalde waardes, met verwijzing naar de huisarts en dit laat een snellere interventie door de huisarts toe. Daarnaast is de app rechtstreeks geconnecteerd met het elektronische patiëntendossier (EPD) van de patiënt. De arts raadpleegt de ingevoerde of gecapteerde data rechtstreeks in het dossier. Al deze gegevens zijn dan ook in het dossier van de patiënt ter beschikking op het moment van consultatie wat de efficaciteit van de consultatie bevordert. De huisarts ontvangt hiervan ook een maandelijks tussentijds rapport en wordt ook verwittigd van extreme interpretaties van de data via ons clinical decision support.

P16/43 - 24/7 monitoring van vitale lichaamsfuncties in de thuiszorg**Promoteurs** : WGKA

Via dit project willen de betrokken partners telemonitoring van vitale waarden (ECG, SpO₂, temperatuur, ademhaling, bloeddruk) aanbieden via een patch die 3 tot 7 dagen op het lichaam gedragen wordt.

Het monitoren van deze relevante parameters geeft inzicht in de gezondheidsstatus en -risico's van de patiënt. Het is in de zorg gangbaar om driemaal dagelijks de vitale functies te meten. Dit is echter slechts 3% op 24 uur verblijf dat een patiënt wordt gemonitord. Een groot aantal internationale studies tonen aan dat het continu monitoren van vitale functies in plaats van incidenteel handmatig meten het aantal complicaties, het gemiddelde aantal ligdagen, het aantal heropnames op de intensive care en ook de zorgkosten significant reduceert.

De patch stuurt dergelijke data continu naar een centrale server en de zorgcentrale. De zorgcentrale zal deze gegevens ontvangen, verwerken en hierop ageren volgens afgesproken procedures. Zo onderzoeken we de mogelijkheden tot telemonitoring bij de patiënt thuis.

P16/66 - mHartslag + P16/88 - Heart-On-Track I**Promoteurs** : AZ St Jan Brugge - Thuiszorg - HAK - UZA - Virga Jesse Hasselt - ZOL Genk - (Europe)**Korte beschrijving P16/66 + P16/88 :**

Binnen dit mHealth project willen we een eHealth oplossing neerzetten die de ziekenhuisopnames vermindert, de multidisciplinaire aanpak ondersteunt en de kwaliteit en effectiviteit van de behandeling kan bewaken. Gebruik makend van de eLion Motiva oplossing van Philips worden de door het multidisciplinaire hartfalenteam zorgpaden voor 1^e en 2^e lijn in het systeem geconfigureerd en in het systeem geïmplementeerd. De oplossing biedt voor elke patiënt een tablet met de mobiele eCareCompanion toepassing, waar ook metingen vanuit wearables of vaste devices kunnen mee ingelezen worden (bloeddruk, gewicht en andere ...). Deze is verbonden met de eCareCoordinator toepassing binnen de dienst hartfalen van het ziekenhuis, die door de Binnen dit mHealth project willen we een eHealth oplossing neerzetten die de ziekenhuisopnames vermindert, de multidisciplinaire aanpak ondersteunt en de kwaliteit en effectiviteit van de behandeling kan bewaken. Gebruik makend van de eLion Motiva oplossing van Philips worden de door het multidisciplinaire hartfalenteam zorgpaden voor 1^e en 2^e lijn in het systeem geconfigureerd en in het systeem geïmplementeerd. De oplossing biedt voor elke patiënt een tablet met de mobiele eCareCompanion toepassing, waar ook metingen vanuit wearables of vaste devices kunnen mee ingelezen worden (bloeddruk, gewicht en andere ...). Deze is verbonden met de eCareCoordinator toepassing binnen de dienst hartfalen van het ziekenhuis, die door de hartfalenverpleegkundigen gemonitord worden en waardoor alerts en alarmen aan de zorgactoren doorgegeven worden.

In dit project zijn de cardiologen en verpleegkundigen van de hartfalendienst betrokken, alsook de patiënt zelf en zijn huisarts. Via een in het zorgplan gedefinieerd acceptatiecriteria voor telemonitoring worden de hartfalenpatiënten geselecteerd om in dit zorgpad in te treden.

6) Autres

P16/52 - Stay on track

Promoteurs : AZ Maria Middelaers - UZA

Het Stay on Track project wil de kankerpatiënt tijdens en na zijn kankerbehandeling intensief en prospectief volgen met als doel een vroegtijdige symptoomcontrole, een betere therapie-uitkomst, een vermindering van de lange termijns-sequellen en een betere re-integratie in de maatschappij. De focus hierbij ligt op de 'outcome' parameters die door de patiënt als essentieel naar voor geschoven worden. Deze parameters werden internationaal en ziekte-specifiek volgens een set van standaardmetingen vastgelegd door ICHOM (International Consortium for Health Outcomes Measurement).

Dit doel dient zich uiteindelijk te vertalen in een beter fysisch en psychisch welbevinden van de patiënt, zowel op korte als lange termijn, en een verlaging van de socio-economische zwaarte die de zorg van een kankerpatiënt met zich meebrengt. Via een project van home-monitoring kunnen we dit doel bereiken.

P16/37 - Télé-assistance des patients BPCO sévères

Promoteurs : CHULiège

Suivi à domicile de patients souffrant de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) avec insuffisance respiratoire chronique via un système de télé-monitoring. Un programme d'éducation thérapeutique du patient permet l'information et la formation du patient et de son entourage pour la surveillance des signes cliniques de la pathologie.

L'objectif est de diminuer le nombre et/ou la durée des hospitalisations du patient BPCO insuffisant respiratoire grâce à un suivi rapproché de l'évolution de ces paramètres à domicile par le pneumologue et son équipe en collaboration avec le médecin généraliste.

P16/40 - Sleep Cloud

Promoteurs : CHU Liège – CHR Namur

Introduction de la télémétrie dans la prise en charge de patients présentant un syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS) avec pour buts primaires :

Diminution du coût de mise au point du traitement: titration hospitalière (nuit d'hospitalisation avec Polysomnographie complète) remplacée par titration à distance (adaptation de la pression en fonction de l'indice AHI résiduel).

Diminution des coûts d'initiation du traitement: réduction des visites destinées à l'adaptation du traitement (changement pression..), suppression des visites de re prolongation (lorsque le seuil d'observance n'est pas atteint). Une consultation téléphonique pourra être effectuée pour garder le contact avec le patient.

Diminution des coûts du suivi : Suppression des visites de reconduction annuelle systématique pour les patients ne souhaitant pas de contact avec l'hôpital. Une consultation téléphonique pourra être effectuée pour garder le contact avec le patient.

Amélioration des soins par le professionnel de la santé: Suivi plus régulier (jour après jour) /rapidité /meilleur focus sur patients problématiques (*Airview*).

Amélioration de la prise en charge du traitement par l'implication active du patient : solution de coaching accessible au patient. (*My Air feedback*).