

Bevallen met Virtual Reality en de ontwikkeling van BirthVR

drs. A. Musters *aios gynaecologie*
dr. M.M.L.H. Wassen *gynaecoloog*
beiden Zuyderland MC

Jaarlijks bevallen er ongeveer 160.000 vrouwen in Nederland. In 2020 ontving volgens Perined-cijfers 23% van de vrouwen epidurale analgesie tijdens de bevalling en was in 28,3% een pijnstillingsverzoek de reden van overdracht van eerste naar tweede lijn. Dat leidt tot vele verwijzingen tijdens de bevalling, met verminderde tevredenheid en hogere kosten. Virtual Reality (VR) is een techniek waarbij gebruik wordt gemaakt van een computer gegenereerd beeld, waardoor een virtuele wereld ontstaat. VR is effectief in het reduceren van angst en pijn. De inzet van VR als alternatieve methode van pijnbestrijding in de verloskunde heeft binnen onze studiegroep geresulteerd in de ontwikkeling van BirthVR.

Virtual reality (VR) is een opkomende technologie binnen de gezondheidszorg en maakt gebruik van het principe van afleiding.¹ Eerder onderzoek toonde aan dat VR effectief is in het reduceren van angst, acute pijn en chronische pijn.^{2,3} Het principe van pijnonderdrukking door afleiding is gebaseerd op twee theorieën: de Gate Control Theorie (poorttheorie) en de beperkte capaciteit van aandacht. Het basisprincipe hierbij is dat de aandacht wordt weggenomen van de onaangename stimuli en de aandacht in plaats daarvan uitgaat naar meer aangename stimuli.^{4,5} Door de aandacht te verleggen tijdens de bevalling van de pijnlijke contracties naar andere zintuiglijke prikkels wordt de pijnbeleving vermindert. Je zorgt op deze manier voor afleiding van de pijn.

VR is een veelbelovende methode om angst- en baringspijn te voorkomen en te behandelen, en zodoende het aantal verzoeken tot medicamenteuze pijnstilling te reduceren. VR als e-Health-applicatie biedt verschillende voordelen ten opzichte van traditionele pijnstilling.

Ten eerste sluit het gebruik van VR goed aan bij hedendaagse uitdagingen in de zorg om het gebruik van medicamenteuze pijnstilling te verminderen. De huidige vormen van pijnstilling hebben een verhoogd risico op maternale bijwerkingen en doen een groeiend beroep op de beschikbare capaciteit voor acute geboortezorg in de Nederlandse ziekenhuizen. Rekening houdend met de veiligheid en mogelijke nadelige effecten van de huidige medicamenteuze pijnstilling tijdens de bevalling, is er de behoefte om alternatieve non-medicamenteuze methoden voor pijnstilling zoals VR tijdens de bevalling te onderzoeken.

Ten tweede kan VR onder eigen regie door de patiënt worden toegepast. Een patiënt kan zelf het moment en de 'dosering' van deze methode van non-medicamenteuze pijnstilling bepalen. Het gevoel van autonomie en regie zal resulteren in

een hogere tevredenheid ten aanzien van de beleving van de bevalling.

Ten derde kan VR als digitale zorgapplicatie de Juiste Zorg op de Juiste Plek geven. Het is mogelijk om gebruik te maken van VR in het ziekenhuis maar ook in de thuissituatie. Ook kan VR, na het volgen van een training, door iedere zorgprofessional worden aangeboden.

In potentie heeft VR dus vele voordelen. Een randomised clinical trial (RCT) in 2017 liet in een groep van zestig vrouwen een significante pijnreductie zien in de VR-groep in vergelijking met de standaardgroep tijdens de bevalling.⁶ De VR-IL-pilotstudie (n=27) in 2019 toont dat VR-gebruik tijdens de bevalling resulteert in een significante daling in zowel pijn als ook angst.⁷ Behoudens deze kleine studies is weinig bekend over het gebruik van VR tijdens de baring partu. Dit heeft geresulteerd in de opzet van een aantal onderzoeken in het Zuyderland MC en de ontwikkeling van BirthVR.

Onderzoek

De **Virtual Reality Experience during Labour (VIREL)**-studie is het eerste kwalitatief uitgevoerde onderzoek waarin het gebruik van VR tijdens de bevalling werd onderzocht. In de VIREL-studie is de tevredenheid en ervaring ten aanzien van het gebruik van VR, de voorkeur voor het type VR en het effect op pijn onderzocht. In dit kwalitatieve onderzoek werden pijnscores pre- en post-VR-interventie (NRS-score van 0 tot 10) geregistreerd, werd na de VR-interventie een korte vragenlijst ingevuld en binnen een week postpartum werd een diepte-interview met semigestructureerd vragenlijsten afgenomen. Alle vrouwen kregen tijdens het onderzoek twee verschillende VR-apps te zien; respectievelijk een meditatie-app en een interactieve game. In het onderzoek werden 24 vrouwen geïncludeerd zwanger van een eenling, in hoofdligging met een geplande inleiding waarvan 14 nullipara en 10 multipara. Zodra een patiënte in partu werd verklaard, gedefinieerd als een verstreken cervix, minimaal 2-3 centimeter ontsluiting en regelmatige contracties, werd de eerste VR-interventie gedurende 10 minuten aangeboden. Gemiddeld 45-60 minuten na de eerste VR-interventie werd de andere VR-app aangeboden en de voor- en napijnscore gemeten. Nadien had de vrouw zelf de keuze om extra perioden VR te gebruiken tijdens de baring. Er werd een diepte-interview gehouden met de deelnemers vijf dagen postpartum. Na twaalf diepte-interviews werd saturatie bereikt op de verschillende thema's.

Er werd een afname van pijn gezien op de NRS-score van 1,8 na gebruik van de meditatie app en 1,3 na gebruik van de



interactieve game. In de interviews rapporteerden vrouwen minder pijnbeleving, meer ontspanning en 71% (n=17) had een voorkeur voor de meditatie VR-app. De verschillende natuurbeelden en daarnaast continue stembegeleiding werd door deze vrouwen als zeer prettig ervaren. 96% (n=23) van de vrouwen zou opnieuw in een volgende bevalling VR willen gebruiken. Dit is vergelijkbaar met een recente publicatie waarbij een tevredenheid van 87,7 op een schaal van 0-100 werd gerapporteerd en 95% van de vrouwen opnieuw voor VR zou kiezen tijdens de bevalling.⁸ Alle vrouwen (n=24) rapporteerden daarentegen dat de gebruikte VR-apps niet gericht waren op zwangerschap en bevallen. Uit de interviews en vragenlijsten kwamen specifieke voorkeuren en wensen naar voren die vrouwen graag zouden willen zien in een app. Deze studie heeft laten zien dat VR in de verloskunde een veelbelovende techniek is om bevallingspijn te verminderen, dat het haalbaar is om VR te gebruiken tijdens de bevalling en dat vrouwen een hoge mate van tevredenheid rapporteren. Met de informatie uit dit kwalitatief onderzoek zijn we gestart met de ontwikkeling van BirthVR.

BirthVR

BirthVR is een VR-applicatie met mediatie, ontspannings- en ademhalingsoefeningen die tijdens de zwangerschap en bevalling gebruikt kan worden. BirthVR bestaat uit twee delen; enerzijds 'ik ben zwanger' en anderzijds 'ik ga bevallen'. In de module 'ik ben zwanger' hebben zwangeren de keuze uit verschillende meditaties en ademhalingsoefeningen die specifiek zijn ontwikkeld voor de zwangerschap. Onderzoek laat zien dat langdurig en herhaaldelijk mediteren ervoor zorgt dat cortisolwaarden in je lichaam dalen, je sneller kunt ontspannen, je minder angst ervaart en je beter kunt focussen op bijvoorbeeld je ademhaling.⁹ Daarnaast is het toepassen van ademhalingsoefeningen tijdens de bevalling een effectieve methode om pijn te reduceren en angst te verminderen.¹⁰ Met behulp van deze verschillende typen oefeningen kunnen zwangeren al in de zwangerschap mediteren en oefenen met hun ademhaling. Het onderdeel 'ik ga bevallen' bestaat uit drie modules. Deze verschillende modules zijn afgestemd op de verschillende fases van de bevalling. In elke fase is er een andere behoefte ten aanzien van ademhaling en stembegeleiding. Er bestaat tevens de mogelijkheid om je eigen omgeving te kiezen; strand, onderwater of een bergomgeving en de virtuele

wereld zo op je eigen behoefte en wensen af te stemmen. Daarnaast is er een specifieke luchtbel animatie ontwikkeld, deze luchtbel visualiseert de ademhaling die de ademhalingsoefeningen ondersteunt.

Lopende onderzoeken en toekomst

In het Zuyderland MC wordt tevens de VIREV (**Virtual Reality; The effect on pain reduction during an External Version, a randomised controlled trial**)-trial uitgevoerd. In deze studie wordt het effect van VR op pijn en het succespercentage geslaagde uitwendige versies onderzocht. Recent is de VIREV (Investigating the implementation of Virtual Reality and the effect of virtual reality on Labour Analgesia Request in first line midwifery care), een pilotstudie gestart in drie eerste-lijnsverloskundigenpraktijken. Het doel van deze prospectieve pilotstudie is het bestuderen van het effect van BirthVR op het verzoek tot medicamenteuze pijnbestrijding en het verwijspercentage naar de tweede lijn bij laag-risico zwangeren. Tevens zal het effect op tevredenheid van de bevalling en de tevredenheid van de obstetrische zorgverlener worden onderzocht. Middels focusgroepen zal de implementatie van BirthVR in de geboortezorg worden geëvalueerd. Tevens is er vanuit de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) met subsidie van ZonMw een pilot gestart in tien verloskundigen praktijken met de focus op implementatie van VR.

De ontwikkeling van BirthVR staat niet stil. Op basis van de feedback van zowel zorgverleners als ook patiënten zal BirthVR worden aangepast en zullen meerdere taalopties en stemopties worden toegevoegd. Daarnaast zal een mobiele applicatie worden ontwikkeld die zich specifiek richt op de zwangerschap en individueel gebruik voor de zwangere thuis.

Samenvattend, is BirthVR de eerste softwareapplicatie voor zwangeren. Met de inzet van BirthVR behoudt de vrouw haar eigen regie ten aanzien van het gebruik van pijnstilling en wordt zij continu ondersteund tijdens haar bevalling. De inzet van VR tijdens de bevalling heeft de potentie om pijn tijdens de bevalling te verminderen. De vraag naar medicamenteuze pijnstilling kan verlaagd worden, waardoor eventuele bijwerkingen voorkomen kunnen worden en indirect de zorgkosten dalen, mogelijk een sneller herstel en een hogere patiënttevredenheid. Echter grootschalig onderzoek zal meer evidence en resultaten moeten leveren alvorens we definitief deze conclusies mogen trekken.

Referenties

1. Indovina P, Barone D, Gallo L, Chirico A, De Pietro G, Giordano A. Virtual Reality as a Distraction Intervention to Relieve Pain and Distress During Medical Procedures: A Comprehensive Literature Review. *Clin J Pain*. 2018;34(9):858-77.
2. Botella C, Palacios AG, Banos R, Quero S, Breton-Lopez J. Virtual reality in the treatment of pain. *Journal of CyberTherapy and Rehabilitation*. 2008;1:93-100
3. Mallari B, Spaeth EK, Goh H, Boyd BS. Virtual reality as an analgesic for acute and chronic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. *J Pain Res*. 2019;12: p. 2053-2085.
4. McCaul KD, Malott JM. Distraction and coping with pain. *Psychol Bull*. 1984;95(3):516-33.
5. Katz J, Rosenbloom BN. The golden anniversary of Melzack and Wall's gate control theory of pain: Celebrating 50 years of pain research and management. *Pain Res Manag*. 2015;20(6):285-6.

6. Intan Gumilang Pratiw, Farid Husin, Ahmad Rizal Ganiem, Hadi Susarno, Achmad Arifin, Firman Wirahkusuma. The Effect of Virtual Reality on Pain in Primiparity Women. *International Journal of Nursing and Health Science*. 2017; 4:46-50.
7. Frey DP, Bauer ME, Bell CL, Low LK, Hassett AL, Cassidy RB, et al. Virtual Reality Analgesia in Labor: The VRAIL Pilot Study-A Preliminary Randomized Controlled Trial Suggesting Benefit of Immersive Virtual Reality Analgesia in Unmedicated Laboring Women. *Anesth Analg*. 2019;128(6):e93-e6.
8. Carus, E.G., Albayrak, N., Bildirici, H.M. et al. Immersive virtual reality on childbirth experience for women: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth* 22. 2022; 354. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04598-y>
9. Marzouk T. Effectiveness of Breathing Exercise on Reducing Pain Perception and State Anxiety among Primi Parturients. *OSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)*. 2019; 8(2): 2320-1959.
10. Zeidan F. Mindfulness meditation-based pain relief: a mechanistic account. *Ann N Y Acad Sci*. 2016; 1373(1): 114-127. doi:10.1111/nyas.13153.

Trefwoorden

virtual reality, pijnbestrijding, geboortezorg, innovatie

Contact

a.musters@zuyderland.nl

Verklaring belangenverstrengeling

A. Musters en M.M.L.H. Wassen zijn mede-ontwikkelaar van BirthVR

Het WOMEN-UP-project: van innovatie naar implementatie

dr. A.W. Kastelein *aios gynaecologie, Amsterdam UMC*
 prof. dr. J.P. Roovers *urogynaecoloog, Amsterdam UMC*

Gefinancierd door het Horizon 2020 onderzoeks- en innovatieprogramma van de Europese Commissie werd tussen 2015 en 2020 het WOMEN-UP-project verricht. Het WOMEN-UP-consortium, bestaande uit acht partners uit zes verschillende Europese landen, had tot doel een geïntegreerd self-management e-Health/m-Health-oplossing te ontwikkelen voor vrouwen met stress-urine-incontinentie (SUI). Het doel van dit project was om met innovatieve technologie de afhankelijkheid van zorgverleners te reduceren, zodat de behandeling van vrouwen met SUI toegankelijker wordt en er betere zorg geboden wordt zonder dat de kosten toenemen. Een ambitieus project waarbij de gehele cyclus, van innovatie naar implementatie inclusief klinische validatie, doorlopen zou worden. Een dergelijk project, zeker met een e-Health interventie, kent meerdere uitdagingen.

Het probleem

Urine-incontinentie is een veelvoorkomend probleem, met een prevalentie tussen de 25 en 51%. De meerderheid van deze vrouwen heeft veel hinder van stress-urine-incontinentie (SUI), waarbij in de meeste gevallen sprake is van milde tot matige SUI. Juist in deze groep is bekkenfysiotherapie een effectieve behandeling, waarbij gesuperviseerde bekkenfysiotherapie waarschijnlijk het meest effectief is.^{1,2} Echter, therapietrouw is vaak matig en wekelijks gesuperviseerde therapie is duur en niet toegankelijk voor alle vrouwen in Europa.³

De oplossing

Er is een innovatief self-management systeem ontwikkeld om het opvolgen van bekkenfysiotherapie aantrekkelijker, inzichtelijker en toegankelijker te maken. Het WOMEN-UP-



systeem bestaat uit een draadloos vaginaal en abdominaal biofeedback-apparaat, die EMG-activiteit van de bekkenbodem- en buikspieren meten. De apparaten zijn draadloos via Bluetooth verbonden met een smartphone, waarop *serious games* gespeeld kunnen worden: met het aanspannen en ontspannen van de bekkenbodem wordt zo een spel gespeeld op de smartphone. De resultaten van de training worden geüpload naar een web-platform, toegankelijk voor zowel patiënt als zorgverlener (in principe bekkenfysiotherapeut), zodat gesuperviseerde en volledig geïndividualiseerde therapie mogelijk is.

De resultaten

Binnen het project zijn meerdere (klinische) studies verricht. Een enquête onder Europese gynaecologen en fysiotherapeuten liet zien dat er weinig ervaring was met maar grote interesse voor het bevorderen van uitkomsten van bekkenfysiotherapie door middel van biofeedback en serious gaming.⁴ Na een *usability*-⁵ en een pilotstudie met een prototype van de interventie is er een multicenter gerandomiseerd onderzoek verricht in drie Europese landen: Finland, Nederland en Spanje. In deze studie werd gerandomiseerd tussen twaalf weken *usual care*-bekkenfysiotherapie en behandeling gedurende twaalf weken met de nieuwe WOMEN-UP-interventie. Bij de WOMEN-UP-behandeling kreeg iedereen minstens één *face-to-face*-afspraak (aan het begin van de behandeling), waarna verdere behandeling en begeleiding op afstand plaatsvond. De resultaten lieten zien dat de behandeling effectief en non-inferieur is aan *usual care*-bekkenfysiotherapie op alle primaire en secundaire uitkomsten (onder andere *subjective improvement*, *patient reported improvement*, *quality of life* en *satisfaction*). De resultaten zijn gepresenteerd op het IUGA-congres in den Haag waar het abstract de prijs won voor het meest-innovatieve abstract van het congres.⁶ De resultaten van de kosteneffectiviteitsanalyse zijn binnenkort beschikbaar.

De potentiële voordelen

Juist in coronatijd hebben we kunnen zien hoe belangrijk het is dat bepaalde zaken op afstand geregeld kunnen worden. In geval van zorg is dat bovendien (potentieel) patiëntvriendelijker, goedkoper en duurzamer. Maar *live* patiëntcontact en interactie kunnen soms niet worden gemist. De WOMEN-UP-interventie combineert het beste van deze werelden: geïndividualiseerde behandeling en supervisie op afstand

waarbij een-op-een-contact met een zorgverlener mogelijk is zonder de noodzaak deze wekelijks te bezoeken. Van tevoren werd gedacht dat er mogelijk problemen zouden zijn bij het includeren van oudere proefpersonen, waarbij innovatieve technologie gebruikersproblemen geeft bij deze groep. In de trial bleek dit geen probleem: oudere patiënten waren net zo tevreden als jongere patiënten. Uiteraard kan er wel enige bias zijn opgetreden, waarbij alleen enthousiaste oudere patiënten zich hebben laten randomiseren. Van de deelnemende centra hebben we echter begrepen dat juist ook bij de oudere patiënt er veel enthousiasme bestaat voor de WOMEN-UP-interventie.

De uitdagingen van e-Health/mHealth onderzoek

Onderzoek naar e-Health brengt uitdagingen met zich mee. Naast onderzoeker, arts en proefpersoon zijn er nog meer essentiële partijen. In het geval van WOMEN-UP bestaat het consortium uit acht partners uit zes verschillende Europese landen. Er zijn technische partners voor de ontwikkeling van het webplatform, de serious games en de biofeedback apparaten, klinische partners en medische psychologen voor de (para)medische input en de uiteindelijke klinische evaluatie. Dit betekent samenwerking tussen veel verschillende mensen, waarbij mogelijk verschillende belangen bestaan. Het feit dat de gehele cyclus - van innovatie tot implementatie - doorlopen wordt in een relatief korte periode van vier jaar, betekent dat alle stappen vloeiend in elkaar over moeten gaan. Vertraging bij één van de partners op een bepaald moment brengt de realisatie van het gehele project in gevaar. Een internationale multicenter RCT-plannen terwijl de interventie nog ontwikkeld moet worden is risicovol - zeker als er technische uitdagingen bestaan. In het geval van WOMEN-UP kwamen we er in de pilotfase achter dat de Bluetooth-verbinding niet stabiel was. Dit probleem moest uiteraard eerst opgelost worden, voordat naar de RCT overgegaan kon worden. Goede samenwerking en vertrouwen tussen partners met verschillende achtergronden is dan cruciaal maar ook uitdagend. Vervolgens, als een nieuwe interventie bewezen effectief is, en nog goedkoper ook, zou je denken dat niets implementatie nog in de weg staat. In het geval van een e-Health-systeem betekent dit echter dat het product klaar moet worden gemaakt voor de markt, en dit is wat anders dan klaar voor een trial. Daar is vertrouwen in een goed business model voor nodig en aanvullende financiering voor doorontwikkeling van de interventie. Momenteel

wordt er gezocht naar investeerders voor deze volgende stappen. We hopen uiteraard dat dit op korte termijn gebeurt, zodat vrouwen in Europa toegang kunnen krijgen tot deze veelbelovende innovatieve interventie.

Voor vragen over het WOMEN-UP-project kunt u contact opnemen met Arnoud Kastelein, voormalig arts-onderzoeker betrokken bij het WOMEN-UP project via a.w.kastelein@amsterdamumc.nl.

Referenties

1. Labrie, J., et al., Surgery versus Physiotherapy for Stress Urinary Incontinence. *New England Journal of Medicine*, 2013. 369(12): p. 1124-1133.
2. Hay-Smith, J., et al., Comparisons of approaches to pelvic floor muscle

- training for urinary incontinence in women: an abridged Cochrane systematic review. *Eur J Phys Rehabil Med*, 2012. 48(4): p. 689-705.
3. Borello-France, D., et al., Adherence to behavioral interventions for stress incontinence: rates, barriers, and predictors. *Phys Ther*, 2013. 93(6): p. 757-73.
4. Kastelein, A.W., et al., Innovative treatment modalities for urinary incontinence: a European survey identifying experience and attitude of healthcare providers. *Int Urogynecol J*, 2017. 28(11): p. 1725-1731.
5. Anglés-Acedo, S., et al., The WOMEN-UP Solution, a Patient-Centered Innovative e-Health Tool for Pelvic Floor Muscle Training: Qualitative and Usability Study during Early-Stage Development. *Int J Environ Res Public Health*, 2021. 18(15).
6. Kastelein, A., et al., Serious game-enhanced biofeedback-supported remotely supervised self-management versus pelvic physiotherapy for stress urinary incontinence—a multinational randomized controlled trial. *International urogynecology journal*, 2020. 31(SUPPL 1): p. S5 S6.

Interview met prof. dr. Marlies Schijven Het maakt niet uit waarmee je oefent, als je oefent word je beter

dr. C.H.J.R. Jansen *aios gynaecologie, Amsterdam UMC*

Prof. dr. Marlies Schijven is hoogleraar Simulatie, Serious Gaming en Applied Mobile Healthcare aan de Universiteit van Amsterdam. Daarnaast is zij chirurg (gastro-intestinale laparoscopische chirurgie) in het Amsterdam Universitair Medisch Centrum en Chief Medical Information Officer bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Wie dan beter te interviewen over E-health en hoe we technologie en digitale innovaties optimaal kunnen inzetten in de patiëntenzorg en in de opleiding van de assistenten.

U bent ongeveer 22 jaar geleden begonnen met publiceren, waarbij vanaf 2002 (naast twee publicaties in de gynaecologie, leuk) de focus ligt op onderwijs en het gebruik van simulatoren in performance. Hierbij heeft u veel onderzoek gedaan naar het gebruik van simulatietraining, virtual reality en serious gaming voor de verbetering van de opleiding chirurgie. Ook bent u bezig geweest met e-health in de spreekkamer waarbij u bijvoorbeeld het proces om beeldbellen in het AMC mogelijk te maken startte.

Wat vindt u de mooiste stappen die u heeft gemaakt in het opleiden van assistenten?

'Het is mooi om te zien hoe tijden veranderen. Toen ik destijds begon was er nog geen 'body of evidence' wat betreft de effec-



ten van virtual reality-simulatoren in de chirurgie. We waren met een klein groepje in Europa en ontdekten dat waarmee je oefent eigenlijk niet zoveel uitmaakt, als je maar oefent. Dan word je gewoon beter. Wat ik mooi vind is dat bijvoorbeeld virtual reality (VR) een veel bredere lading heeft gekregen. Daarbij denkt men nu eerder aan VR-brillen en de software daarvoor. Die waren er toen nog helemaal niet. De generatie waarvoor we het nu doen, vindt VR - of we daarmee nu een simulator of een oefenomgeving met een VR-bril bedoelen - helemaal niet zo nieuw meer. Daarmee komen we ook meteen bij het struikelpunt. We onderzoeken VR al twintig jaar en hebben veel ontdekt, maar het is ons nog altijd niet gelukt om het goed in de opleiding te integreren. Bij de chirurgie niet en volgens mij bij de gynaecologie ook nog niet.'

Wat is dan het probleem?

'Er spelen verschillende factoren. Zowel vanuit de omgeving waarin mensen werken zoals de ziekenhuizen, als ook de opleidingsgremia, de opleiders en degenen die worden opgeleid. VR is vaak niet goedkoop om aan te schaffen. Je hebt te maken met verschillende meningen over wie dat moet

betalen en ook hoe dit vervolgens het beste is in te zetten. Zorg je ervoor dat assistenten kunnen oefenen in 'dedicated' opleidingstijd of moeten ze dat in eigen tijd doen bijvoorbeeld. Er zijn allerlei scenario's denkbaar. Je kunt assistenten in staat stellen naar een training te gaan, VR en simulatoren dichtbij de werkplek beschikbaar stellen of zulke systemen mee naar huis geven. Hoe je het ook inricht, primair moet de assistent er echt zelf mee aan de slag willen gaan. Zonder een intrinsieke motivatie om beter te willen worden door simulatietraining met VR gebeurt er natuurlijk vrij weinig. Helaas blijkt uit onderzoek dat - ook al stel je mensen in staat om te oefenen - de meerderheid dit om allerlei redenen niet spontaan en zeker niet voldoende doet - en daarmee dus ook niet op het gewenste niveau komt. Dat betekent dat je als opleider of ziekenhuis niet alleen moet nadenken over welke middelen er zijn en of zou willen en kunnen aanschaffen, maar ook over hoe je ervoor zorgt dat de middelen daadwerkelijk gebruikt worden. En hoe handhaaf je dat dan en welke consequenties verbind je eraan als iemand er geen gebruik van maakt of dat wel doet maar niet het gewenste niveau bereikt?

Idealiter ligt het 'eigenaarschap' om er goed in te worden en dit te laten zien bij de assistenten. Maar klaarblijkelijk voelt niet iedereen, ook al is er materiaal voorhanden, dit eigenaarschap of vraagt om hulp om er beter in te worden en daar vaak mee 'wegkomt', omdat er meestal er geen consequentie aan hangt.'

Wat zouden we kunnen doen om het wel geïntegreerd te krijgen in de opleiding?

'De enige manier die feitelijk werkt is verplichten, zoals dat ook werkt met de BLS-training, hierover heldere afspraken maken en die handhaven. Aantonen dat je een bepaald niveau middels simulatie hebt behaald, voordat je echt verder mag. Daarvoor is deels die intrinsieke motivatie van de assistent nodig, maar als die onverhoopt onvoldoende is - wat in de praktijk vaak het geval is - en de assistent wil toch verder, heb je het zo dus wel afgedekt. Het is vervelend om te zeggen, natuurlijk zijn er mensen die wel over voldoende motivatie beschikken om spontaan te trainen tot een goed niveau en dit ook bijhouden, maar in de praktijk van alledag vormen zij helaas de minderheid en dat kun je maar beter reliseren. Het verplicht stellen en controleren of iemand op niveau is via een portfolio vergt wel controlewerk, waar opleiders vaak geen zin in hebben.

Ik denk dat het zeker helpt als we beter inventariseren wat er allemaal is en werkt, en dit beter met elkaar delen. In het ene deel van het land weet men niet wat er elders beschikbaar is. Een van mijn onderzoekers is op dit moment bezig om daarvan een overzicht te maken en dit vervolgens breed te gaan delen.

Concluderend: we weten dat oefenen mensen beter maakt, als ze het maar doen. Het helpt als we een overzicht hebben wat er allemaal beschikbaar is. Als we dit overzicht hebben kunnen we beter kiezen wat breder te gebruiken is, heldere afspraken daarover maken en deze naleven. Dat zal zeker voor verbetering van de opleiding en dus de assistent zorgen.'

U bent zelf opgeleid in een tijd waarin technologie en e-health veel minder speelde. Zoals u al zei is de nieuwigheid voor de arts in opleiding van nu er wel vanaf en is zij steeds bedrevener in het toepassen van dit soort technologie ('de playstation generation').

Maar is de technologische vooruitgang in de spreekkamer wel te rijmen met de oudere patiënt, de digibee of de patiënt zonder toegang tot technologie?

'Dan denk ik als eerste aan beeldbellen. Oudere patiënten kunnen dit echt prima als ze eenmaal weten hoe dat moet. Soms hebben ze wat hulp nodig, maar dit gebeurt vaak door familie. Soms is er wat koudwatervrees, maar dat wordt steeds minder. Ze zien ook de voordelen, zitten lekker thuis op de bank en de hele familie kan erbij zijn. Digitale ontwikkelingen zijn mooi, maar het moet wel passen. Het kan niet zo zijn dat er geen fysiek contact meer mogelijk is voor de behandelaar met de patiënt als deze dat wenst of als dat gewoon nodig is. Hierin speelt de huisarts ook een belangrijke rol. Deze kan prima inschatten of een belletje, een videoconsult of een fysiek consult nodig is. Dit proces moeten we nu echt gaan opstarten om een nog passender consult te kunnen gaan aanbieden, ook bij het eerste consult.'

Wat is denkt u het grootste nadeel aan de ontwikkeling van technologie en e-health in de spreekkamer, zoals beeldbellen waar u ook veel aan heeft meegewerkt?

'De meesten van ons zijn natuurlijk in de zorg gaan werken, omdat we graag met mensen werken. Sommige artsen vinden het vak gewoon veel leuker als er iemand fysiek voor hen zit, en dat kan ik me ook helemaal voorstellen. Als je dat weghaalt, neem je ook werkplezier weg en daar moet je dus zorgvuldig over blijven nadenken. Als voorbeeld: omdat ik tijdens de pandemie maar ook daarna bijna mijn hele poli virtueel had ingericht, was mijn polikamer op een gegeven moment ineens ook weg. Dat is natuurlijk geen motiverend verhaal voor collega's die je aanmoedigt om ook te gaan beeldbellen...'

Wat is de belangrijkste tip die u de gynaecologie mee wil geven ten aanzien van e-health in de opleiding en in de spreekkamer?

'E-health is geen doel op zich, en dat zou het ook niet moeten worden. Het is niet meer dan zorg met een e-ervoor. Het gaat erom hoe je technologie in de zorg nou goed inzet en waar het patiënt of zorgverlener écht steunt. Ten aanzien van de opleiding: blijf je verwonderen waarom je iets nog niet kan en hoe je beter kan worden. Leg daarin de verantwoordelijkheid primair bij jezelf. En vind het normaal om hier ook verantwoordelijkheid voor te nemen. Tenslotte is het een voorrecht dat je aan patiënten mag zitten, dat voorrecht verdien je door je zo goed mogelijk voor te bereiden. Kijk of er oplossingen zijn, technologisch of niet, die je daarin kunnen helpen. Vraag hulp waar nodig. En begin eens na te denken over hoe wat je wél tot je beschikking hebt, slim kunt inzetten of delen.'