

JAN KIMPEN: VAN KINDERARTS NAAR CHIEF MEDICAL OFFICER

‘Ik probeer me altijd voor te stellen wat een arts nodig heeft’

Voormalig hoogleraar kindergeneeskunde

Jan Kimpen maakte anderhalf jaar geleden de overstap van het UMCU naar de internationale corporate wereld van Philips. ‘Mijn taak is om de verbinding met de buitenwereld te maken.’

Ten tijde van het interview in de Amsterdamse Breitnertoren, Philips’ hoofdkantoor, is Jan Kimpen net terug van een congres in Chicago. Daar maakte Philips nieuwe samenwerkingsverbanden bekend met een aantal grote ziekenhuizen in Utah en New York op het gebied van ‘digitale oplossingen’ in de oncologie.

Het beursgenoteerde bedrijf is vanaf vorig jaar voornamelijk actief in medische technologie. Bij die transformatie horen ook veranderingen in de organisatiestructuur. Zo zit er nu een chief medical officer met korte lijntjes naar de boardroom. Het is Jan Kimpen, voormalig kinderarts, hoogleraar kindergeneeskunde en UMCU-bestuurder, die sinds anderhalf jaar zijn ervaring en klinische blik inbrengt bij Philips. Hij zorgt ervoor dat medische

kennis en gebruiksgemak vooropstaan bij ontwikkeling van nieuwe technologie. Kimpen spreekt geestdriftig over e-health en nieuwe vindingen die het leven van artsen en patiënten veranderen – zijn betoog doorspekt met Engelse termen. Bij multinational Philips is Engels namelijk de voertaal.

Jan Kimpen (1958) vertelt over een nieuw apparaat op het gebied van digitale pathologie dat Philips in Chicago heeft gepresenteerd. ‘Daarmee helpt het systeem de patholoog om direct naar het juiste segment van het biopt te kijken: wat wijkt af? Het apparaat maakt keuzes op basis van algoritmes. Je kunt je voorstellen dat de machine voortaan de *routine cases* kan analyseren, waarbij de patholoog alleen nog maar de *sign-off* hoeft te doen.’

Maar de dokter blijft de baas?

‘Ja. De patholoog blijft de baas. Het apparaat helpt hem met contextuele informatie om dat vaker in één keer goed te doen. Het is helemaal niet onze *goal* om de arts te vervangen, de patholoog, of de radioloog.’

Hoe vaak moet u dat uitleggen?

‘Altijd. Artsen stellen tamelijk *blunt* de vraag of onze apparaten worden ontwikkeld om hen te vervangen. Maar dat is niet de bedoeling. Wij zijn erop uit om hen een betere *job* te laten doen. En om hen te helpen met dezelfde groep mensen méér patiënten te zien.

Als je even teruggaat in de geschiedenis, dan snap je waarom dat nodig is. In 1950 was de wereldpopulatie 2,5 miljard, in 2050 zal dat 11,5 tot 12 miljard zijn. Stel dat ik 100 jaar mag worden, dan zie ik tijdens mijn leven de wereldbevolking verviervoudigen. Bovendien vindt deze groei vooral plaats in *low and mid income*-landen. Daar zijn onvoldoende pathologen en radiologen. Wat enorme mogelijkheden biedt digitalisering dan.’

Vervangen wordt de arts niet, maar zijn rol verandert drastisch.

‘Absoluut, dat hoor ik vaak. Ik sprak onlangs de Amerikaan Kevin Dellsperger, cardioloog en chief medical officer bij Augusta University Health, waarmee we samenwerken. Vroeger, zei hij, als hij als cardioloog honderd ecg’s las, dan waren vijftig ervan nor-



In elk van de vier zomerse dubbelnummers van Medisch Contact leest u een uitgebreid portret van een interessante spraakmakende persoonlijkheid in de geneeskunde.

In het volgende nummer een interview met neurowetenschapper Jeroen Geurts.

Jan Kimpfen zorgt
voor medische kennis
en gebruiksgemak bij
nieuwe technologie





JAN KIMPEN (BELGIË, 1958)

1976 - 1983	Universiteit Hasselt / KU Leuven opleiding geneeskunde
1983 - 1987	verschillende aanstellingen als aios
1989 - 1991	PhD-onderzoek Buffalo, VS
1991 - 1997	kinderarts UMCG
1997 - 2007	kinderarts UMCU (Wilhelmina Kinderziekenhuis)
1998 - 2016	hoogleraar kindergeneeskunde UMCU
2007 - 2009	decaan geneeskundefaculteit UMCU
2009 - 2015	voorzitter raad van bestuur UMCU

Vanaf januari 2016 is Jan Kimpfen chief medical officer bij Philips. Hij geeft leiding aan het Medisch Leiderschapsteam – een intern adviesteam dat samen met medisch deskundigen, klanten en onderzoeksteams werkt aan medische innovaties gericht op het helpen verbeteren van de patiëntervaring, behandeluitkomsten en kostenefficiëntie van de zorg.

male ecg's. Om dat te zien, op basis van patroonherkenning, kostte hem drie tot vier seconden. Dan waren er dertig tot veertig waarvoor hij gemiddeld negen seconden nodig had om te zien wat er aan de hand was: een hartinfarct of iets anders. En dan waren er de ecg's waar hij echt op moest studeren. Dellsperger zei dat hij zo geholpen zou zijn met een automatische ecg-lezer, om die eerste zeventig à tachtig eruit te halen. Zodat hij zich zou kunnen richten op de moeilijke gevallen.'

Wat zijn volgens u de obstakels bij de verdere digitalisering in de medische wereld? Is het huiver voor privacyschending?

'Onzekerheid over *security* speelt overal. Maar misschien wordt privacy in de Nederlandse samenleving en cultuur iets belangrijker gevonden. Kijk naar de recente discussie in de Kamer over de toegang tot patiëntendata, die verliep moeizaam. Over privacy wordt in verschillende markten anders gedacht. Daar moeten we ons aan aanpassen. Belangrijkste is dat de patiënt eigenaar is van de data. Westerse landen hebben een gezondheidssysteem dat in honderden jaren langzaam is opgebouwd. Maar neem Qatar, daar worden nu ziekenhuizen opgebouwd van de grond af, zoals het ultramoderne Sidra. Alles erop en eraan. Het zijn juist de landen die weinig tot geen bestaande infrastructuur hebben, die makkelijk digitaal innoveren omdat er geen *legacy* is die omgevormd moet worden. Zij *leapfroggen* naar voorsprong. Bij ons moet er veranderd worden – en verandering is niet makkelijk.'

Bent u zelf anders over privacy- en veiligheidskwesties gaan denken?

'Als bestuurder in het UMCU was ik er heel erg van overtuigd dat patiëntendata, dossiers *on-premise*, dus in huis moesten blijven, altijd. Ik ben nu in een andere wereld gekomen, leer er meer over en denk nu – gebaseerd op de input van mensen die daar meer over weten, dat het niet zo is. Een cloud-oplossing en *sharing* buiten de muren van het ziekenhuis is op z'n minst even veilig. Dat is de evolutie die ik heb doorgemaakt. Het gaat om meer kennis opdoen, meer comfort voelen bij de digitale wereld. Het is voor ons allemaal een volstrekt nieuwe wereld.'

Kent de digitalisering van de Nederlandse zorg nog meer hindernissen?

'In Nederland hebben we een kwalitatief goed, maar verzuild systeem in de zorg; daarmee zeg ik niets nieuws. De huisarts, ziekenhuizen, revalidatiecentra, verzorgingshuizen – eigenlijk hoort dit allemaal bij elkaar, maar het is buitengewoon moeilijk om die silovorming te doorbreken. De overheid kan dat niet – dat wil zeggen: zij wil dat niet, omdat ten tijde van VWS-minister Hoogervorst is besloten om dat aan de markt over te gaan laten. In Amerika is het in zekere zin makkelijker om die onderlinge samenwerking tot stand te brengen. We werken samen met Banner Health in Arizona, dat is een geïntegreerd zorgecosysteem met 28 ziekenhuizen in zes staten. Alle zorgverleners zitten in één zorgorganisatie. Ze zijn tegelijkertijd *payer* en *provider*. Je neemt een verzekering bij ze, en zij zorgen ervoor dat je van zorg wordt voorzien. Je kunt alleen naar een zorgverlener buiten het systeem als Banner Health je doorverwijst.'

Dat klinkt radicaal.

‘Weliswaar neem je een stuk van de vrije keuze weg, maar je hebt wél een geïntegreerd systeem. Wij zijn ingestapt op het moment dat Banner de kosten moest drukken en tegelijkertijd de kwaliteit moest handhaven. De bejaarden met comorbiditeit bleken de duurste patiënten, ze liepen de SEH plat, gingen weer naar huis, vielen daar uit hun bed, kwamen weer terug naar het ziekenhuis. Samen met Banner hebben we een digitaal systeem opgezet, waarbij de mensen wearables dragen, die meten bloeddruk, fitness, gewicht – afhankelijk van wat nodig is. Via het *internet of things* is het verbonden met een dossier in Banner Health. Met hun tablet kunnen ze realtime een vraag stellen aan een zorgverlener. Het ziekenhuis is ermee verbonden – het is een gesloten systeem. Als iemands bloedsuiker uit de pas loopt, kun je *preemptive* ingrijpen.

Dit alles heeft gezorgd voor 75 procent minder heropnames, 50 procent reductie van gemiddelde ligduur, 34 procent reductie van de kosten per patiënt. Op dit moment kun je iets dergelijks eigenlijk niet verplaatsen naar Nederland. Het lukt namelijk alleen als je erg goed met elkaar samenwerkt en ook allemaal kunt delen in de voordelen ervan.’

Zien we voldoende de voordelen van digitale zorg?

‘Een fors deel van de burgers (24%) voelt zich geen eigenaar van hun eigen medische data, blijkt uit ons onderzoek Future Health Index, en in Nederland ligt dat getal hoger (35%) dan elders (zie *kader*). Dat zijn zorgelijke elementen. Ook één op de vijf artsen kan de data niet interpreteren.

Je kunt concluderen dat er een discrepantie zit tussen wat artsen doen en wat ze vinden dat ze zouden moeten doen. Het is ongeloflijk. De artsen in alle negentien onderzochte landen vinden dat ze 50 procent van de tijd zouden moeten besteden aan preventieve zorg. De helft! Tegelijkertijd weten ze niet goed hoe ze digitale data moeten gebruiken in combinatie met hun eigen gegevens.’

Heeft u enig idee hoe dit op te lossen?

‘De bewustwording van artsen vindt nu plaats en daar ben ik heel optimistisch over. Daarbij moet ik zeggen: ik zit aan de kant die de artsen van de middelen moet voorzien. Philips kán de artsen een hoop bieden. Mijn taak is om de verbinding met de buitenwereld te maken. Om zoveel mogelijk te praten met zorg-

FUTURE HEALTH INDEX

Future Health Index is een jaarlijks onderzoek, vorig jaar voor het eerst, in opdracht van Philips naar de toekomstige uitdagingen in de zorg. De index is samengesteld aan de hand van gegevens van 33.000 zorgprofessionals, verzekeraars en burgers in negentien landen en adviezen van wetenschappers en non-profitorganisaties. Markt-onderzoeksbureaus Ipsos, Schlesinger en Braun voeren het onderzoek uit.

bestuurders over heel de wereld. Wat zijn hun *unmet needs*?

Ik denk aan Azurion, een informatiedashboard voor cardiologen in de interventiekamer. We hebben aan zestig cardiologen gevraagd waar ze behoefte aan zouden hebben. Dat is dit: één scherm, te bedienen met vingertoppen – zelfs met handschoenen aan. Alle data kunnen naar boven worden gehaald, terwijl de cardioloog bezig is. En hij kan ook meekijken in de ok in de kamer ernaast. Fantastisch, een *splash*, cardiologen vinden het heerlijk.’

Waren dit soort ontwikkelingen de oorzaak van uw overstap naar een groot bedrijf? Dat er hier meer mogelijk is dan bij een medisch centrum?

‘Het was minder idealistisch dan dat. Ik blijf niet graag heel lang op één en dezelfde plek. Ik ben opgeleid als kinderarts, en ben tien jaar hoogleraar kindergeneeskunde geweest. Ik weet van mezelf, na zeven, acht jaar...’

...begint het te kriebelen.

‘Ja. Dan wil ik iets anders. Het is mijn streven om de ontwikkeling van de organisatie parallel te laten lopen met die van het individu, ook mijzelf dus. Ik heb daar nooit een geheim van gemaakt. Er is een tijd dat je als individu enorm kunt bijdragen aan de ontwikkeling van de organisatie. Ik groei dan zelf ook. Ik word slimmer, beter, wijzer, ik krijg littekens. Maar dat stopt ergens. En dan merk ik: ik kan niet zoveel bijdragen als in het begin, ik maak minder het verschil en ik groei zelf ook minder. Tot nu toe heb ik die momenten in mijn loopbaan telkens gevoeld. Ook toen ik bestuurder werd bij het UMCU meldde ik bij aanvang: dit ga ik zeven à negen jaar doen en dan stop ik. Eind 2014 was het zover en ben ik op zoek gegaan. Ik ben nagegaan: wat zou ik nog kunnen doen, wat kan ik nog bijdragen met mijn ervaring en kennis? Kan ik dat in dienst stellen van een volledig ander ecosysteem? Het werd, lang verhaal kort, chief medical officer, een functie op *executive* niveau, een geheel nieuwe functie bij Philips.’

In hoeverre denkt u nog als een arts?

‘Mijn overstap is in het geheel geen breuk met de medische wereld, al is mijn registratie als kinderarts verlopen. Ik praat met artsen, kom in ziekenhuizen en voel me ermee verbonden.

Er zit een discrepantie tussen wat artsen doen en wat ze vinden dat ze zouden moeten doen

Mijn voeten in de klei zijn van groot belang om die verhalen en ervaringen te vertalen naar betere producties van Philips. Ik probeer me altijd voor te stellen wat een arts nodig heeft.'

Wat hebben de artsen dan nodig?

'Neem de oncologie. De meeste mensen met kanker, 80 procent, hebben huis-, tuin- en keukenkanker. Dat klinkt cru, zo bedoel ik het niet. Het betekent dat de meeste patiënten behandeld worden in reguliere ziekenhuizen, en dus niet in de hoog-gespecialiseerde centra zoals het Antoni van Leeuwenhoek. Ze komen terecht in een Diakonessenziekenhuis, in ziekenhuizen in Amersfoort, Nieuwegein – dat zijn ziekenhuizen die ik zelf ook ken, en die uitstekende zorg aan patiënten met kanker kunnen bieden.

'Dit ga ik zeven à negen jaar doen en dan stop ik'

Dat moeten we ons realiseren. En juist dit heeft te maken met de transformatie waar we mee bezig zijn. Philips heeft zich altijd gefocust op het *high end*; en dat is natuurlijk belangrijk als het gaat om innovatie en ondernemerschap. Maar als je dat vertaalt naar een land als China, dan is dat een andere situatie die om andere middelen vraagt. Ik bezocht er ziekenhuizen – het leek wel Schiphol. Mensen staan in de rij voor een CT-scan. De familie tilt de patiënt op de tafel, terwijl de volgende patiënt al in de deuropening klaarstaat. Niet in de wachtkamer hoor, in de kamer zelf. Zo doen ze tien keer meer scans dan bij ons. Dat eist dus ook iets anders van de apparatuur, dat vereist apparaten die makkelijk bedienbaar zijn, robuust, goedkoper. Dat is de weg die Philips moet bewandelen. Enerzijds *high end*-producten – en we willen blijven samenwerken met gespecialiseerde centra zoals AVL en in de VS met bijvoorbeeld het Memorial. Natuurlijk. Maar we willen ook de centra bedienen waar de bulk van de patiënten komt, met heel goede apparaten, die data delen.' ■

web

Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.

VELDWERK

DE AIOS



LEWAR BEKAS is in opleiding tot internist

Zo word ik dus nooit

Ik liep tijdens mijn coschap interne mee met een assistent die duidelijk niet op mij zat te wachten. De helft van de dag rende ik achter haar aan, de andere helft deed ik de administratie. Mijn uitstapjes waren bloedbuisjes wegbrengen en koffie halen. Het dieptepunt was toen iemand mijn naam noemde en zei dat ze geen idee had over wie het ging. Ik zei tegen mezelf 'Zo word ik nooit'. Nu heb ik elke week een andere coassistent onder mijn hoede. Vandaag een meisje van begin 20 met blondbruin haar en bruine laarsjes. Ze loopt mee met de zaalvisite en zelfs als ik naar het toilet ga blijft ze buiten op me wachten. 'Zal ik de aantekeningen maken in de status?' vraagt ze. Handig, want de visite met een bomvolle zaal gaat zo een stuk sneller. Even later heb ik een zieke patiënt en het bloedgas moet direct worden afgeleverd op het laboratorium. Alle verpleegkundigen staan vast en ik kan mijn patiënt nu niet achterlaten. Gelukkig is daar de co-assistent. 'Zou je dit alsjeblieft kunnen wegbrengen?' In de middag zijn er twee opnames en moet ik vijf ontslagbrieven schrijven. Ook daar is ze weer een enorme hulp. Met gemak typt ze alle brieven weg en voorkomt dat ik uitdroog door een kan thee te zetten.

VOORDAT ZE
VERTREKT ZEGT ZE:
'IK HEET TROUWENS
ELIZE'

De rest van de week is ze mijn rechterhand. Op haar laatste dag moet ik een beoordelingsformulier over haar invullen maar ik kan me niet meer herinneren hoe ze heet en laat het vakje 'Naam coassistent' open. Bij het afscheid dank ik haar voor haar hulp. Voordat ze vertrekt zegt ze: 'Ik heet trouwens Elize'. Ik krijg het warm van schaamte. 'Dat wist ik wel hoor'. Ze kijkt me bedenkelijk aan en in haar ogen lees ik: zo word ik dus nooit.