

E-Health: tijd voor doen, KNMG : de dokters bijeen

Deze week congresseert de KNMG over E-Health, alle dokters bijeen! Dat is een kans. In vele gremia, communities, organisaties wordt gesproken over E-Health. Statements als “bedrijven kennen social media niet” circuleren op Twitter. Er is echter nog een groot onderscheid tussen realiseerbare goede ideeën, en de realiteit. Innovaties in Nederland komen in evolutie, niet in revolutie. Twitter wordt zo gebruikt door 5% van de bevolking. Facebook is meer de kroeg van de vrijdagborrel. De ideeën zijn de horizon. Het doen vindt plaats in de realiteit : voeten op de grond (of in de modder).

Dus : think big, but start small. Geloof in de horizon, maar begin waar het moet. De huisarts blijft het beginpunt van alles.



The state of the Union

Er is de ontwikkeling van E-Health, waaronder begrepen “Telecare”, en meer invloed en betrokkenheid, en “bereikbaarheid”, van de patiënt via ook “virtuele” kanalen als sociale media, maar ook gewoon telefonie.

Ik maak een onderscheid tussen:

- Ideeënvorming in allerlei vormen, te

onderscheiden in trends en hypes

- Projecten (vaak gesubsidieerd), waaronder ook clinical trials
- Business development : het doen, opgenomen in de exploitatie.

Het grootste deel van het containerbegrip “E-Health” zit nog in de enthousiaste ideeën fase, een ander deel in Projecten/trials (beperkt door subsidie en een eindmoment), en een kleiner deel in echte exploitaties in de Zorg opgenomen.

De feiten

- sociale media, en breder E-Health oplossingen, staan pas aan het begin van hun invloed, zowel in cijfers, als in feitelijke toepassingen
- er zijn veel kleine goede E-Health projecten/trials rond bv. (thuis) Cardiologie, Camera-inzet (Friesland), die nog subsidiegebonden zijn en geen exploitatiemodel hebben
- er zijn enkele concrete voorbeelden van in exploitatie genomen “E-Health” : het twitterspreekuur, en de Digitale Poli van het Radboud. Voorop loopt de GGZ met veel online diensten en emailconsulten.
- “call of contact centers” als E-Health toegang zijn er niet tot nauwelijks. Webintegratie tussen contact centers en klant is er maar in 3% van de zakelijke markt. De toegangs/ bereikbaarheidspositie van de Zorg voor de patiënt en v.v. is all over matig geregeld. En dit moet in het algemeen de startpositie zijn, ook omdat het “eerste klantcontact” het belangrijkste is.

De aandacht

Als je kijkt naar de aandacht, congres-agenda's en communities zijn daar een afspiegeling van, gaat veel aandacht naar de mogelijkheden van “E-Health” uit, en die zijn schier oneindig. Van het betrokken maken van de patiënt via sociale media, tot op afstand opereren, en alles wat er tussen zit.

En ideeënvorming, met een te maken scheiding tussen trends en hypes, staat aan het begin van alles en is dus heel belangrijk. Er beginnen zich trends te ontwikkelen (sociale media, digitale poli's, meer betrokkenheid van de patiënt met benutting E-Health, telecare met thuismogelijkheden voor de patiënt). Ook hypes : “Domotica” is er één van, zowel in onvoldoende besef

van het “hoe” (kosten, bekostiging, techniek), als in de maakbaarheid : te grootse ideeën over substitutie van personeel [UK: 6-8%, Kings Fund].

Er is nog nauwelijks aandacht, of congressen/communities, voor het strikt gericht zijn van ideeën gekoppeld aan “business-development”: een concreet werkbaar E-Health toepassing, die in de exploitatie van een zorginstelling of professional(s) wordt opgenomen.

De zorgsectoren

Een grof onderscheid kan er gemaakt worden tussen:

- de *professionele nulde/eerste lijn* (GGD, Huisartsen en Verloskunde), primair met professionals werkend.
- De *instellingsgerichte eerstelij*n (Thuiszorg, GGZ).
- En tot slot, zowel instelling als professionals, *de tweede lijn* (Ziekenhuizen/specialisten en intramurale AWBZ).

Het meest “contact” rijk zijn hier de GGD’s, Huisartsen, deels GGZ en Thuiszorg, en de Ziekenhuizen/specialisten.

Beginnende exploitabele toepassingen zouden zich stapsgewijs door die keten moeten ontwikkelen, waarbij ik GGD en Huisarts als effectief startmoment zie, en Ziekenhuizen/specialismen doende dienen te zijn, door op deelgebieden toepassingen te ontwikkelen en uit te voeren.

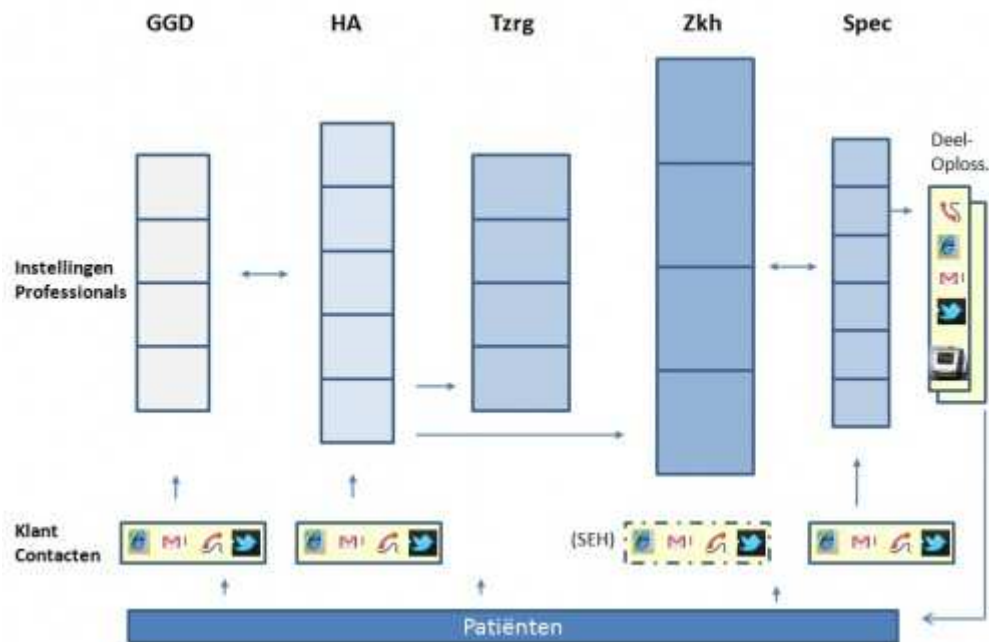
Think big start small

Het denken in de keten (GGD : preventie), Huisarts (behandeling en verwijzing), Ziekenhuis (behandeling) is van belang. Het denken in totaal geïntegreerde oplossingen in de keten is mooi, zelfs nodig, maar met alle belangen en verschillende organisatievormen, niet effectief implementeerbaar op dit moment.

Het “start small” zit in eerste instantie in deeloplossingen binnen elk van de sectoren, later volgt dan stapsgewijze integratie. Kijkend naar de markt zijn de prioriteiten dan niet zo moeilijk te benoemen. Dat zijn immers de knelpunten, die er in de onderdelen van de keten nu zijn.

- GGD en Huisarts : voor GGD en Huisartsen is het simpelweg het eerst oplossen van de contact interactie op basis van E-Health met de klant : van het bellen (alleen) nu naar contactcenters (of –tjes) met E-Health en interactieve (twee-weg) toegang: telefonie, web, email, sociale media . Kenbaar is dat die situatie nu nog zelden zo bestaat.
- Ziekenhuizen kunnen primair “bedachte”, soms toegepaste (Digitale Poli), E-Health op *deelonderdelen*, bij voorkeur nog per specialisme, vormgeven. Dit ook omdat per specialisme de mogelijkheden verschillen.
- Daarnaast en secundair, geldt voor de contact-interactie bij ziekenhuizen in algemene zin, hetzelfde als voor de GGD en Huisartsen is gezegd : E-Health (twee-weg) toegang op basis van contact centers. Ik noem dit hier als “2e” punt bij Ziekenhuizen, omdat dit op zichzelf al een grootse ontwikkeling is, die veel tijd vergt (denk aan een “centrale afspraakregeling”, en integratieproblematiek tussen alle onderdelen van het ziekenhuis).

In schema:



Belemmeringen E-Health en innovatie

Alleen kort benoem ik de belemmeringen met betrekking tot E-Health en de bijbehorende innovatie. Kort, ook omdat het meteen de uitdagingen zijn waarmee van idee tot exploitatie kan worden gekomen.

- De financieringssysteem in de zorg belemmert innovatie (geen tarief, dubbele kosten)
- VWS is geen innovatief “bedrijf”, meer een subsidie-machine, op projecten en niet op exploitatie gericht. Ook de NZa is hier een belemmering in
- De sector wordt meer beheerst door managers (kosten drukken, lijnbeleid) dan door ondernemers (vergroten omzet, innovatie)
- Veel andere lopende veranderingen in de Zorg (ook bezuinigingen) leggen druk op de tijd van mensen, waardoor de tijd voor innovaties belemmerd wordt. Met name bij Huisartsen is de tijdsdruk een belangrijke probleemfactor
- Er wordt soms (vaak?) te groot gedacht. Het aantal partijen/belangen belemmert dan de oplossing. Deelprojecten, exploitatiegericht, hebben meer kansen.

Do's and don'ts

Tot slot. De do's and don'ts volgen uit het voorgaande. Samenvattend korthedshalve :

- Start met kleinere, maakbare deel E-Health toepassingen, schuif integratie naar de toekomst
- E-Health toepassingen moeten op exploitatie gericht zijn. Een test/pilotfase kan ook in zo'n opzet meegenomen worden voor betere meetresultaten
- Creativiteit is gevraagd, eis, om de belemmeringen te “ontwijken”
- Begin met de primaire klantcontacten.

E-Health wordt (en is) belangrijk voor de toekomst van de zorg. Maar de “opbrengsten” voor patiënten en organisaties komen niet per olietanker, maar in roeibootjes.



© ZorgImpact,
Hildebrand van Weerd, 6-2-2011.