

E-health: Face-to-Facebook

Over e-health en zelfredzaamheid van patiënten in de GGZ

Prof.dr. Kim Putters
Maarten Janssen MSc
Thomas van der Wel BSc
Mathijs Kelder BSc

Samenvatting

instituut Beleid & Management Gezondheidszorg



2012.01

Bestuur & Beleid van de Gezondheidszorg (HCG)

Erasmus

ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM
INSTITUUT BELEID & MANAGEMENT
GEZONDHEIDSZORG

|

Introductie

De introductie van e-health in de gezondheidszorg neemt een vlucht, maar de baten worden onvoldoende benut. In de politieke en maatschappelijke discussie over de houdbaarheid van de gezondheidszorg speelt e-health een grote rol omdat wordt aangenomen dat e-health een bijdrage kan leveren aan zowel kostenbesparingen als kwaliteitswinsten. Er zijn echter nog vele onbeantwoorde vragen en onduidelijkheden. Voor het realiseren van veranderingen in de zorg is het cruciaal om de waarde van innovatie voor zowel de patiënt als de professional beter inzichtelijk te maken. Daarvoor is letterlijk een kijkje ‘onder de motorkap’ nodig. In een onderzoek van het iBMG naar e-health is daarom onderzocht wat e-health innovatie nu in de praktijk is, wat het oplevert aan zelfredzaamheid van patiënten en wat het kan betekenen voor de werkwijzen van professionals. Door deze effecten inzichtelijk te maken blijkt dat e-health niet automatisch tot een grotere zelfredzaamheid van cliënten leidt. Het kan de patiënten ook afhankelijker maken als de toepassing niet goed doelgroep specifiek doordacht is. Dit onderzoek laat zien wat e-health vraagt en oplevert; ook buiten de zorg. De toepassingen van e-health zijn in dit rapport onderzocht voor de GGZ sector. De hoofdvraag van het onderzoek naar e-health luidde: *Welke betekenis hebben innovaties in de e-mental health voor de rol van patiënten/ cliënten en voor professionals?*

Het beantwoorden van deze vraag is relevant om de zorginhoudelijke vernieuwing door e-health te kunnen duiden, de implicaties voor (innovatie)beleid hieruit te halen en om ons inzicht in unieke innovatietrajecten te vergroten.

Methoden

In het onderzoek van het BMG zijn verschillende onderzoeksmethoden gebruikt om een zo compleet mogelijk beeld van de onderhevige problematiek te schetsen vanuit verschillende perspectieven. Wij laten de wetenschap, de beroepspraktijk van psychologen en psychiaters, de cliënten en patiënten en de zorgbestuurders spreken via de volgende onderzoeksmethoden:

1. *Documenten- en literatuurstudie*: Internationale literatuur is bestudeerd om te komen tot een specifiekere beschrijving en/of definitie van de begrippen innovatie en zelfredzaamheid.
2. *Casestudie*: De ontwikkeling en het gebruik van een e-health innovatie is in de praktijk onderzocht bij de Parnassia Bavo groep.
3. *Interviews*: Semigestructureerde interviews met wetenschappers geven inzicht in de theoretische, praktische en ethische vragen die spelen in de discussie over e-health.
4. *Expertbijeenkomst*: Ervaringen met e-health in de (top)GGZ zijn besproken in een expertmeeting met behandelaars, cliëntenvertegenwoordigers en managers.
5. *Werkbezoeken*: De betekenis van e-health in de praktijk is onderzocht in werkbezoeken aan de top-GGZ instelling ‘Altrecht’ te Zeist / Den Dolder.
6. *Enquête*: Om het perspectief van een cruciale groep, de zorgbestuurders, te betrekken wordt er op basis van resultaten uit dit onderzoek een enquête ontwikkeld en uitgezet in de loop van 2012.

Bevindingen

De studie naar e-mental health praktijken laat zien dat er, gespecificeerd naar doelgroepen, veel maatschappelijke winst te halen is. Cliënten in de GGZ krijgen een grotere mate van zelfredzaamheid en professionals kunnen hun werk efficiënter en effectiever uitvoeren. Patiënten kunnen beter geïnformeerd raken waardoor een gelijkwaardiger relatie met de hulpverlener ontstaat. Bovendien zijn

er ook winsten te behalen in levensverwachting en arbeidsproductiviteit. E-health veroorzaakt een verschuiving tussen mens en techniek en tussen patiënten en professionals. Uit dit onderzoek bleek dat er vele definities van e-health gehanteerd worden; voor ons is e-health vooral een middel. Een middel om de zorg structureel te verbeteren. Er moet echter wel sprake zijn van passend gebruik: op de situatie afgestemd gebruik van e-health om de potentiële negatieve gevolgen van e-health weerstand te bieden. Dit onderzoek laat zien dat e-health niet alleen van de professional iets vraagt en voor de patiënt iets oplevert, maar dat het net zo goed andersom is. Er is sprake van een wederkerige relatie.

E-health is bij uitstek een voorbeeld van een ontwikkeling die investeringen vraagt in de zorg maar ook positieve effecten sorteert buiten de zorg. Door beter geïnformeerde cliënten is er in de behandelrelatie sneller tot de kern van probleem door te dringen. Hierdoor kan het zorgaanbod anders worden ingericht. Bovendien kan het zorgvolume omlaag als verbindingen worden gemaakt tussen de sectoren werk en zorg. Het zorgvolume kan naar beneden en dat is de beste weg voor kostenbeheersing. Om dit te realiseren moeten ontwikkelingen wel worden beoordeeld op betekenis voor de zorgverlening en moeten wenselijke uitkomsten als gezondheidswinsten en hogere participatie ook financieel gaan lonen. Op basis van het onderzoek zijn er enkele condities te schetsen die nodig zijn om het potentieel van e-health te realiseren. Deze worden hieronder kort toegelicht.

(1) E-health moet doelgroep gericht zijn

De mogelijkheden van e-health lijken oneindig, echter, de positieve effecten zijn zeer doelgroepafhankelijk. Een doelgroepgerichte benadering is nodig om veel gericht afspraken te maken tussen werkgevers, werknemers, zorginstellingen en overheden. Als dat niet gebeurt bestaat het gevaar dat e-health voor het verkeerde type zorgvraag wordt ingezet of dat gebruikers in plaats van meer zelfredzaam enkel afhankelijker worden van professionals en technologie.

(2) E-health vraagt om meer dialoog: 'Face-to-Facebook contact!'

Om optimaal gebruik te maken van de mogelijkheden van e-health is passend gebruik cruciaal. Dat ontstaat in de dialoog tussen professional en cliënt. Enkel deze dialoog kan verkeerde verwachtingen van zelfmanagement, e-health, zorg op afstand en zelfredzaamheid voorkomen. De dialoog zorgt ervoor dat er niet enkel wordt gekeken naar wat in protocollen vastgelegd kan worden of naar wat technisch mogelijk is, maar ook naar wat sociaal en maatschappelijk wenselijk is en in welke vorm.

(3) Voeg ethische dimensie toe

E-health wordt momenteel te weinig doordacht ingevoerd waardoor de wenselijkheid voor patiënten en professionals onbesproken blijft. Er ontbreekt een ethische dimensie en een dialoog over de vraag wat goed of fout is. De dialoog is een wezenlijk onderdeel van de toepassing van e-health omdat het geen neutrale maar een normatieve verandering van het zorgproces met zich meebrengt.

(4) Stem onderzoek en beleid beter op elkaar af

Er is daarnaast ook een kennisprobleem. Er is nog maar beperkt bewijs van de effectiviteit van e-health. Tegelijkertijd wordt er onvoldoende gedaan met de wel beschikbare kennis. In evaluaties is meer aandacht nodig voor zowel praktijkervaringen als effecten op de kosteneffectiviteit. Beleidsbeslissingen moeten beter worden afgestemd op onderzoek en de zorgpraktijk.

(5) Betrek de bestuurder als actief verbinder

Uit dit onderzoek blijkt dat de weerstand tegen e-health deels voortkomt uit het feit dat het allemaal als ‘extra’, bovenop het werk, wordt gezien. E-mental health zou, echter, ‘business as usual’ moeten zijn. In dit proces speelt de bestuurder een cruciale rol. Zorgbestuurders moeten de professionele, maatschappelijke en sociale kaders rondom e-health actief verbinden. Ondanks dat zij niet in de behandelrelatie zelf participeren, kunnen zij wel de noodzakelijke dialoog organiseren waarin de morele en organisatorische dimensie samenkomen. Zorgbestuurders zijn daarmee in de positie om weerstanden te kanaliseren en positieve effecten te genereren.

(6) Ga uit van gedeelde verantwoordelijkheid

Om de positieve effecten van e-health te kunnen realiseren is het van belang dat er een gedeelde verantwoordelijkheid wordt gevoeld door alle betrokkenen. E-health moet als substituut gaan dienen voor huidige handelwijzen. Om de maatschappelijke meerwaarde te creëren zijn nieuwe coalities tussen nodig tussen bijvoorbeeld arbeid & zorg, tussen onderzoek & praktijk en tussen innovatie & maatschappelijke winst. Deze coalities komen alleen tot stand als de verantwoordelijkheid hiervoor breed wordt opgepakt. Het stimuleren van e-health is ook, maar niet enkel, een verantwoordelijkheid van instellingen en professionals. E-health gaat om het ontwikkelen van een andere manier van werken in de zorg en om dat te faciliteren is brede coalitievorming noodzakelijk.

Geachte lezer,

Dit document is een samenvatting van het onderzoeksrapport van BMG: ‘Face-to-Facebook’ – over e-health en zelfredzaamheid van patiënten in de GGZ. Het rapport is te raadplegen op de website van het Instituut Beleid en Management van de Gezondheidszorg (iBMG): www.bmg.eur.nl/onderzoek.

Met vriendelijke Groet,

Prof. dr. Kim Putters
Maarten Janssen MSc

putters@bmg.eur.nl
m.janssen@bmg.eur.nl