

Inleiding “Digitale Zorg” Webinar november 2021 19:30 u. – 21:30 u.

De kosten van de zorg rijzen de pan uit, voor de COVID crisis zijn meerdere ziekenhuizen gesloten. In 2018 waren 14 en in 2019 al 20 ziekenhuizen geregistreerd als kwetsbaar en dit aantal is alleen gegroeid door de toegenomen vraag aan zorg. De zorginstellingen zelf ervaren hoge werkdruk en hebben behoefte aan erkenning. Daarnaast legt de automatisering en het veranderingsmanagement een hoge druk op personeel - net als de zorgverlener gewend is aan een nieuw systeem wordt er al weer een nieuwe grote systeemwijziging ingeluid en begint alles van voren af aan.

Ondanks het vele nieuws dat de digitalisering van de zorg tegenspreekt lijkt de trend ontegenzeggelijk ingezet. Zou het u verbazen als uit onderzoek blijkt dat 75% van de Amerikanen bereid zijn om digitale horloges of andere digitale hulpmiddelen zoals Philips' slimme pleisters te gebruiken om het herstelproces na een ziekte te ondersteunen? Ziet u parallel met de mobiele telefoon die niemand nodig had en toch binnen afzienbare tijd succes had?

Alhoewel de plannen voor het terugbrengen van de zorgkosten voorlopig in de ijskast liggen, zullen ze vast de komende jaren weer worden afgestoft om gezondheid voor iedereen betaalbaar te houden. Het belang van zorg op afstand is door het sluiten van ziekenhuizen vandaag de dag al een noodzaak. Sommige regio's zien de aanreistijd naar een ziekenhuis vandaag de dag rond de 40 minuten liggen. De concentratie van zorg (op afstand) is een trend die onvermijdelijk lijkt. De individuele benadering in zorg blijft een onveranderde constante en u zult allen dagelijks hierover in het nieuws lezen.

De jongere generatie gaat nu al voorbij aan de bestaande structuren en zoekt direct buiten de zorgverzekering om e - contact met applicaties die specifiek ontwikkeld zijn bijvoorbeeld voor COVID-19, MS, diabetes of reuma en misschien nog wel meer voor applicaties die algemene gezondheidsaspecten vertegenwoordigen zoals voeding en beweging. Zij creëren andere verdienmodellen waarbij verzekering op basis van persoonlijk nut worden afgesloten en niet langer op basis van pakketten.

Daarbij staat de individuele behoeften van een patiënt vooraan en is ook de uitdaging om fysieke zorg met zorg op afstand een belangrijke factor. Alps die gedurende elke levensfase je individuele gezondheid in beeld kunnen brengen zullen naast gespecialiseerde applicaties een plaats krijgen. De zorg gaat uiteindelijk om meer; het helen van de patiënt en niet (alleen) van het meetbaar maken van het stadium van een ziekte maar dat neemt niet weg dat het heel veel administratie kan overnemen en daarmee een nuttige toepassing is naast fysieke zorg.

Zorg is in eerste instantie een mensenberoep is en geen machineberoep. Er werken meer vrouwen dan mannen, zij kijken anders naar hun werk. Een verpleger, verpleegster staat in principe alleen voor de patiënt. Er zijn wel momenten tussen de bezoeken door waar je hulp kan vragen maar tijdens het bezoek is het vreemd om met iemand aan de telefoon te praten terwijl de patiënt tegenover je zit. Allemaal drempels.. die overkom je niet zonder communicatie, introductie en begeleiding.

Er is de evaluatie voor de verzekering en onverhoopte legale afhandeling. Daarmee is via de rapportage en analyse het continu leren ingebouwd. Maar daar worden technische problemen niet standaard uitgefilterd om te verbeteren; het is niet een aspect naast de verzekering of de zelfanalyse. Tenzij het heeft bijgedragen tot de doodsoorzaak maar dan is het te laat.

De technische cyclus ontbreekt. Techniek is niet geïntegreerd voor thuisverpleging naast het leren van botjes, spieren en geneesmiddelen uit de apotheek.

Thuiszorg is ook, zeker de laatste 18 maanden een zaak van leven en dood - wat ook wel iets aan de voorwaarden van de technisch kunnen vraagt en aan de functionaliteit van de apparatuur. Het hoort altijd te werken. Je kunt niet met een lege accu staan halverwege de dag. Het team werkt de code niet bij of past de code aan wanneer ze bij de patiënt zijn; iets wat je in andere takken zeker wel meemaakt en wat het ook laagdrempeliger maakt.

Ook de feitelijke technische integratie vraagt tijd. Dat maakt de implementatie een marathon en geen sprint. Al denk ik dat met het gebruik van een apparaat zoals Defensie heeft ontwikkeld de insteek naar deze integratie zo goed als voltooid is; het apparaat kan nog kleiner totdat het bij wijze van spreken als een chip in de slimme pleister past dat vanuit een lokale omgeving of remote kan worden uitgelezen.

De huidige zorg werkt als een druppel die in het water valt. De meeste gegevens worden alleen gedeeld tussen patiënt en arts / patiënt en thuiszorg. Het verslag blijft in principe binnen de zorgorganisatie.

Terwijl techniek geen protocol heeft om data te delen. Dat is en blijft een groot gemis. Ten aanzien van de veiligheid zou je het liefst via airdrop je gegevens doorgeven en anonimiseren. Er zijn Europese initiatieven zoals EDPS die toelaten dat je kan checken wie jouw informatie in kan zien. Maar dat is controle achteraf. En de basis zou autoriseren vooraf moeten zijn. Die autorisatie zonder technische middelen vraagt vandaag de dag al heel veel van thuiszorg medewerkers en artsen. Het is ook zonder techniek een moeilijk onderwerp.

En misschien in het algemeen; veel initiatieven stranden; niet alleen in de zorg. Specifiek over dit VR artikel; hiervoor is 5G realtime een conditie en dit wordt het laatst uitgerold in de landelijke gebieden waar ziekenhuizen gesloten worden..5G Edge is er nog niet. Zeker niet in de landelijke gebieden waar toepassing de eerste noodzaak is. De hele technische keten moet werken niet alleen een stukje van de techniek.

Je praat voor succes over lokale 5G frequenties en installaties die dit soort technieken mogelijk maken. Een soort burgerinitiatief. Dat zal frictie geven met operators die verplicht zijn grote investeringen te doen om zoiets te faciliteren Een belangrijk aspect voor succes.