MST-80433 MSC THESIS MANAGEMENT STUDIES

Entrepreneurship in Healthcare

CSF's for successful e-health innovation adoption by general practitioners

Improving the quality of healthcare

Student:	Matthijs Machielsen (911114-539-010)
Study group:	MSc. Management, Innovation and Life Science
Department:	Management Studies
Date:	05-01-2015 until 14-10-2015
ECTS:	33
First Thesis Supervisor:	Herman Kok
Second Thesis Supervisor:	Johan van Ophem
Thesis Advisor:	Onno Omta
Version:	1.0



WAGENINGEN UNIVERSITY

WAGENINGEN UR

Abstract

Healthcare plays a crucial role in modern society; economically, financially and socially (Thakur, 2012). The demand for E-innovations, to improve healthcare practices, is currently increasing and of vital importance. But due to its complexity of stakeholders and interactions the rate of implementing new ways of working is low, and healthcare is seen as a laggard in modern economics (Aase et al., 2013). First line healthcare, i.e. general practitioners, plays a significant role in this lag of adopting new E-health innovations (Durcan, 2014; Boonstra & Broekhuis, 2010). If entrepreneurs were to change the adoption rate of general practitioners it could significantly improve the quality of healthcare. Therefore, this research seeked for the critical success factors for e-health entrepreneurs in order to do so. From literature eight adoption factors; Financial, Technical, Time, Psychological, Social, Organizational, Legal and Change process, were determined to have an influence on the adoption of e-health innovations by general practitioners (Boonstra & Broekhuis, 2010). The eight adoption factors were used as a guideline to perform 25 semi-structured interviews with general practitioners, e-health experts and entrepreneurs. The interview results show that there is a division in how influential the factors are. This level of influence was measured using word count per adoption factor during an interview. Clearly, the adoption factors 'Change Process' – The processing of changes that are linked to adopting new innovations, for example changes working methods and information flows - and 'Psychological' – The psychological incentives of a general practitioner towards his daily practices and future perspective - came forth as most influential adoption factors for entrepreneurs to have a better innovation adoption by general practitioners. In combination with a new adoption factor, which was found throughout the interviews: 'Entrepreneurial characteristics', these three adoption factors are regarded the critical success factors for the adoption of e-health innovations by general practitioners. By the use of this knowledge, good communication and empathy entrepreneurs should be able to change healthcare from the inside out in the coming years.

Executive Summary

Economic wealth and quality improvement start with innovation. In contrast with most industries healthcare remains a laggard amongst the improving industries. Where the rate of innovation in second line healthcare, hospital and specialist care, is currently increasing, that of primary care lacks behind. This is due to those who delegate it: General practitioners. E-health is a form of new technology that helps to increase efficiency, effectivity and quality in healthcare. Still, by looking at the rate of innovation it seems that something is preventing general practitioners from adopting these new e-health technologies in their daily practice. Adjacently, this creates a barrier for primary healthcare to gain quality and efficiency.

According to literature there are eight factors that play a central role in the adoption of innovation by general practitioners. Nevertheless, none of these studies has focused on the search for critical success factors for entrepreneurs to overcome this problem, and which of these factors are most influential in the adoption process. When the entrepreneurs would be able to overcome the problem, that is created throughout the adoption of innovation, this could significantly improve the rate of quality development in first line healthcare and cause a large reduction in costs. Therefor the objective of this research is to find the critical success factors for e-health entrepreneurs to have a successful adoption of innovation by general practitioners.

In order to determine the critical success factors for innovation adoption by general practitioners, fifteen comparable studies on e-health innovations in healthcare were analyzed. The eight adoption factors that have an influence on the innovation adoption process by general practitioners are: Financial, Technical, Time, Psychological, Social, Organizational, Legal, Change process. With these eight adoption factors a semi-structured interview was set up to interview by triangulation the three groups that are directly related to the adoption process. Ten random chosen general practitioners and eight e-health experts and four e-health entrepreneurs from the ICT&ZORG fair were selected and were interviewed in-depth to find answers to the research questions and objective.

The 120 pages counting interview results show that indeed all eight factors, suggested by literature, play a role in the adoption process. The influence of the adoption factor was measured in quote counts. Since this research gave a lot of information with multiple statements and reasons on the why and what of the adoption factors, the researcher chose to link keywords to each of the eight adoption factors. In this way it became possible to analyze the results and to order the large amount of qualitative data. Because this delivered over 500 adoption factor quotes, the researcher narrowed down the amount of data by choosing (three) most representative quotes per interview per adoption factor group and saved “juicy quotes” for further analysis. A relevant quote needed to contain soft keywords linked to an adoption factor, work as a mean for all other quotes made on that adoption factor in that specific interview, give a full and representative explanation of that adoption factor and give

a connection between the adoption factor and the process of innovation adoption. This approach gave enough possibilities to go deeper into the results.

By counting all quotes it became directly clear that all eight adoption factors mentioned by literature have a certain level of influence on the adoption process. Nevertheless, the results also showed that certain adoption factors were mentioned more frequently than other factors. By quantitative count and qualitative analysis it can be most likely be concluded that these factors do have a higher level of influence on the adoption of new e-health innovations. The three different interview groups stated the following two adoption factors were most influential: Change Process and Psychological. It seems that general practitioners want to be involved in these phases of product development to be able to adjust the practice's daily working methods to the product and vice versa. In almost all interviews the general practitioners said that every general practitioners has developed its own working style over the years, which makes it difficult and disruptive when innovations are to be adopted. Psychology is something that runs along with the adoption factor Change process. Namely, there should be a match between the entrepreneur's mindset and that of the general practitioner. The mission and vision behind adopting the innovation should match between the personal preferences of both parties, which is essential to this adoption factor. A match would cause a seemingly more open mindset/attitude of the general practitioner towards adopting the innovation an entrepreneur has to offer. From this research it can be concluded that these adoption factors are critical for entrepreneurial success in the adoption of innovation by general practitioners.

Within the remaining group of adoption factors a distinction between less and least influential could be made, by the count of quotes and the qualitative argumentation. Less influential adoption factors are 'Technical', 'Social' and 'Financial'. From the 'Technical' perspective an e-health innovation should be working flawless because there is no room for trial and error. Socially it seems that general practitioners rely on their own knowledge and intuition in making decisions instead of being influenced by others, and financially the general practitioners want to see that an innovation has a return on investment either through costs or efficiency. These factors can be seen as something a general practitioner seems to assume as something standard in adopting an e-health innovation. Least influential were the factors 'Organization', 'Time' and 'Legal' – the influence of external parties, time and security/privacy -. General practitioners see these factors that come last in line.

From the qualitative data also a new critical success factor was derived: 'Entrepreneurial characteristics'. This success factor was indicated by all three interview groups to be highly influential and represents the effect an entrepreneur can have on the adoption process throughout its personal characteristics. Examples of these characteristics are knowledge on operations, speaking the jargon, experience and helpfulness. According to all three interview groups these characteristics can cause the difference between failure and success. Assumed is that these characteristics produce trust, goodwill and control between the entrepreneur

and general practitioner. Eventually this should change the psychological approach and attitude of a general practitioner towards adopting new innovations and be the start of a successful E-health innovation adoption.

All and all this research has defined the critical success factor for entrepreneurs in the adoption of innovation by general practitioners. The process of change and psychology is something you can change by doing, but mostly by communicating. From a broader perspective it seems that communication is where most innovations are to be stranded. Creating transparency by communicating and having an in-line mindset, i.e. overlapping incentives, strategy, vision and mission and personal preferences, between the entrepreneur and general practitioner are the key components for a successful innovation adoption. If we look at it from a different angle, it is exactly the same as what a patient wants from a general practitioners when he goes to the general practitioner for consultancy...

Nevertheless there is still a lot of room for discussion and further research. Since this research was qualitative in nature, it would be good to see what quantitative research gives as result. Secondly, further research on the communicative problem between the entrepreneur and the general practitioner would probably give interesting insights. Still this research has given revealing insights for entrepreneurs to increase their chances of success in the primary healthcare sector and possibly also for increasing the quality of healthcare.

Acknowledgements

When I started this thesis I thought it was going to be a piece of cake to perform this social research. Still, I was afraid that my background in beta science would cause some trouble along the line. Now when I look back at my research and analysing period, it has been a much harder job than I expected. Nevertheless by the help of many friends, family and the guidance of my professors I was able to finally succeed and finish this project. I want to express my gratitude to a selective number of people who I am indebted with.

First of all I want to thank Prof. Dr. Omta for helping me to find a proper research subject and guiding me through the steps I needed to take to find the most suitable supervisors. I also want to show my gratitude to Prof. Dr. Johan van Ophem, with whom I always had never-ending discussions about new technologies and (E-health) developments. Next to that he gave me a loads of positive guidance throughout the stages of research, where I often found myself struggling.

At last I owe my greatest gratitude to Dr. Herman Kok, who regardless of the fact that he was finishing a PhD and had to compensate for the departure of another professor in two courses, was always ready to answer all my questions, deliver feedback and to give me a push in the back where I needed it. Even in the weekends!

Table of Contents

Entrepreneurship in Healthcare 1
Abstract 2
Executive Summary 3
Acknowledgements 6
Introduction to this report 9
Box 1 Rotterdam Eye Hospital 10
Chapter 1 Introduction and research overview 11
1.1 The Researcher 11
1.2 Concepts and definitions 11
1.3 Problem Statement 11
1.4 Research Objective 12
1.5 Research Framework 13
1.6 Research Questions 14
Chapter 2 Literature 15
Methodology 15
2.1 Healthcare 15
2.1.1 History 15
2.1.2 Healthcare Systems 16
2.1.3 Segmentation of care 18
2.2 Innovation in Healthcare 19
2.2.1 Stakeholders 20
2.2.2 Information and Communication Technology Innovation 20
2.2.3 Information and Communication Technologies: E-health 22
2.3 Innovation Adoption 24
2.3.1 Innovation Adoption in Healthcare 24
2.3.2 Factors on Innovation Adoption by general practitioners 27
2.4 Entrepreneurship in Healthcare 31
2.4.1 Definition of an Entrepreneur 31
2.4.2 E-health New Venture Market Environment 32
Analysis of the E-health/Software market 34
2.4.4 Market Entry and Grow Strategies 37
Chapter 3 Empirical Research 43
3.1 Research Methodology 43
3.1.1 Part A 43

3.1.2 Part B 44
3.1.3 Part C & D 45
3.2 Results 47
3.2.1 General 47
3.2.2 Phase 1 48
3.2.3 Phase 2 49
3.3.3 Phase 3 50
Chapter 4 Conclusion and discussion 58
4.1 General 58
4.2 Increasing level of influence 59
4.3 External influences 60
4.4 Product, Process and Psychology 61
4.5 Summary Discussion and Conclusion 63
Limitations 67
Recommendations 67
References 68
Appendix A 74
Appendix B 89

Introduction to this report

This master thesis research on the critical success factors for ICT entrepreneurs to succeed in healthcare business is based on the books “Designing a Research Project” by Verschuren & Doorewaard (2010), ''Research Methodology'' by Kumar (2005) and ''Research Design in Social Design” by David de Vaus (2001). The books are guidelines to improve the academic value of the proposal and to help the researcher through the process of writing a well-structured research design and final report. For the ease of the reader this research report consists of three parts. Every chapter ends with a summary.

Part I: Literature Research

In Part I, Literature Research, an elaborative literature study will be conducted to give a good overview on the subject, the problem statement, how the researcher has come to its research questions and how the researcher tends to deliver a solution or recommendation to the stated problem.

Part II: Empirical Research

Part II, Empirical research, goes into depth on the methodology of the empirical part of this research and gives an overview of the results which were gained from this empirical research.

Part III: Concluding Remarks

Part III, the Concluding remarks, integrates the literature study with the empirical research to come up with a discussion, conclusions, limitations and recommendations.

Part I: Literature study

The literature study creates a steering wheel for the empirical research by gathering information on the research object, its environment and eventual elements affecting the environment of the object. (Verschuren & Doorewaard, 2010). This part of the report will give an elaborated view on innovation E-health in healthcare. The Research Overview gives a brief introduction of the researcher, why and what this research beholds and the research questions. Chapter 1 elaborates widely on literature available about healthcare, innovation, innovation adoption and entrepreneurship, and ends a summary.

Box 1 Rotterdam Eye Hospital

The Rotterdam Eye Hospital

In 1874 the only eyedoctor in Rotterdam founded his own hospital specialised in eye health care. On daily basis he received over 100 patients in his hospital with only 24 beds for possible recovery. By the time his son took over in 1901, the hospital already counted over 69 beds and still increasing. More eyedoctors had been employed, also expanding the capacity of treating patients. Until 1999 there were almost no reforms within the management and technology structure of the hospital, while the number of patients were so excessive that the hospital needed to send on patients to the (competitive) eyehospital in Utrecht.

It has only been since the last ten years that the Rotterdam Eye Hospital has been transforming to the great success it is at the moment. Thehospital board of management decided to look from the end customer perspective instead of trying to improve theirown practices. The hospital started, together with its employees, to change their information- and communication technologies, to become more transparant to customers and to decrease the time to treatment. Adjacently this caused a decrease in costs and lead to a high perceived customer value. Nowheredays the eyehospital delivers care to over 140.000 patients a year and has become one of the most succesful medical institutions in the Netherlands having received many prices for innovation (Sol et al., 2013)

The example of the Rotterdam eye hospital demonstrates that if one wants to introduce an innovation successfully, it is crucial to have a clear understanding of the working conditions, standards and values but also the issues involved in implementing new innovations. Simply innovating does not exist. For every type of company there is a huge underlying chain of actors which will all be influenced by changes. Therefore this research wants to show one of the most promising but at the same time most retained innovation in healthcare: E-health. If this research is able to find the critical succes factors to E-health innovation adoption in HC by general practitioners, entrepreneurs can not only increase the quantity but also the quality of healthcare.

Chapter 1 Introduction and research overview

The Research overview should give a good view on what this research is about. In this Section the researcher wants gives a quick overview on who is performing this research, which problem statement is treated in this research, what the Research Objective is, the set up for this research in a Research Framework and the Research Questions that need to be answered to accomplish the Research Objective.

1.1 The Researcher

The researcher, Matthijs Machielsen, is an MSc Management, Innovation and Life Science Student at the Management studies group of the Wageningen University. Matthijs has a bachelor degree in Plant Science and experience in entrepreneurship, entry barrier strategies, sustainability and management. The researcher is currently performing in two entrepreneurial projects, where he derived his interests for entrepreneurship in the healthcare sector.

1.2 Concepts and definitions

For the ease of the reader, the researcher has put the most important concepts and definition in Table 1 here below.

Table 1 Used concepts and definitions

Concept	Definition
Healthcare	''The diagnosis and treatment of health affecting complications in human beings, including all elements that are involved in and by delivering this care'' (Boehme et al., 2014).
Innovation	Innovation in healthcare is referred to as new medicines, diagnostics, health technologies, new ideas, practices, objects or institutional arrangements perceived as novel by an individual or a unit of adoption (Atun, 2012).
E-health	E-health is an emerging field in the intersection of medical informatics, public health and business, referring to health services and information delivered or enhanced through the Internet and related technologies. (Eysenbach, 2001).
General practitioner	A medical practitioner whose practice is not limited to any specific branch of medicine or class of diseases (Oxford dictionary, 2014).
Entrepreneur	An entrepreneur is an individual who establishes and manages a business for the principal purposes of profit and growth. The entrepreneur is characterized principally by innovative behaviour and will employ strategic management practices in the business (Gartner, 1989)

1.3 Problem Statement

In regions, varying from poor to rich, healthcare is the engine for economic wealth. Where in poor countries improving healthcare systems cause more people to be able to work, rich countries invest in healthcare creating more jobs and injecting the economy with an

innovative mind-set (Martin et al., 2012). Thus healthcare should not only be considered as aid and cure, but also in monetary terms.

Like every other business, in order to grow and to improve healthcare requires innovation as a vital component (Thakur, 2012). Healthcare exist out of a myriad of components which all require product, service and communicative improvements. The economic crisis of 2008, nowadays demands healthcare businesses to become more sustainable and cost effective, as that the healthcare market is becoming more and more competitive, aching for best quality delivery (Archibugi et al., 2013). An often used topic in improving healthcare quality is innovating in e-health technologies (ICT) (Kaplan et al., 2009). From the management of medical institutions to the real patients, there is a need for better and more efficient communication technologies, but according to literature healthcare is a laggard in innovating in this segment (Boonstra & Broekhuis, 2010; Nicolini, 2008).

Nonetheless the total of healthcare covers a great proportion of knowledge and possesses a large amount of financial goods, but in comparison to other business segments it is immersed in inefficiencies (Prada, 2008). This is mainly caused by the fact that the big number of actors within the health care supply chain still work with technologies that could have been improved much further. E-health is one of those initiatives that tries to drastically change the quality of healthcare in multiple ways. Example are virtual hospitals, online consultancy and diagnostics via apps.

The adoption of e-health innovations goes through four phases; The Dissemination, the Adoption, the Implementation and the Continuation (Fleuren et al., 2004). The prospective of the E-health innovations are rose-tinted, but the complexity of healthcare's myriad of stakeholders and interactions cause obstructions in the adoption process of innovations (Fleuren et al., 2004). According to literature this obstruction mainly takes place in the Adoption and Implementation phase of the innovation adoption, and that the board of management and general practitioners are playing an important role in the decision. Especially general practitioners can shed a dim on the adoption of a new innovation (Herzlinger, 2006). This can either be due to the general practitioners' individual characteristics like the perceived value of the innovation, or the threats (i.e. a substitute for their job) that come along with adopting these innovations. But not only that, also the entrepreneurs often make mistakes in how they implement their innovations, for example the late involvement of these specialist in developing E-health innovations (Gagnon, 2012). Often there the wants from the general practitioners do not seem align with what the entrepreneur tries to offer, causing the failure or slow adoption of new innovations.

1.4 Research Objective

Researchers have done extensive research on the barriers and facilitators of innovation adoption in healthcare, but none have researched which of these success factors weigh most in the decision for adopting E-health innovations. **Therefore, this research seeks, by performing in-depth semi structured interviews on general practitioners and innovation**

specialists and entrepreneurs, to find the critical success factors and give an insight on how E-health innovation entrepreneurs can cause a successful adoption by general practitioners. Such insights could not only improve the successes of innovation in healthcare but would also improve healthcare itself, its quality and its effectiveness. Since E-health is one of the key factors to better healthcare, this research is more than needed from a professional, business and theoretical point of view.

1.5 Research Framework

The research framework (RF) visualizes the research project in an overview of the four different phases, respectively (a), (b), (c) and (d). The RF gives the researcher and the reader the opportunity to get a quick glance of what theories are studied, which research objects are studied and how solutions are driven to finally produce the end product: Critical Success Factors in HC ICT. The Research framework is shown in Figure 1.

Phase (a) is a literature research on the different subjects of the research objective. Theories on why innovation in Healthcare is so important, E-health innovations, the Innovation Adoption in Healthcare and theory on which factors plays a role in the adoption of innovation in HC will be used. The information gained from the different theories will be combined to formulate a conceptual model. Thereafter (b), the conceptual model is tested, by triangulation, through semi-structured interviews of general practitioners, e-health entrepreneurs and e-health experts.

The third Phase (c), is the analysis of the information and data obtained in phase (b). By analysing each case individually, the differences and similarities of the interview groups are brought to light. The entrepreneurs will shed a light on how innovators think and what their drivers are. The general practitioners will give a good overview of the barriers between them and new e-health innovations, but also of opportunities. And the experts on innovation adoption may add extra information on innovation adoption. All the findings will be combined in Phase (d), which gives an overview of the critical success factors and recommendations.

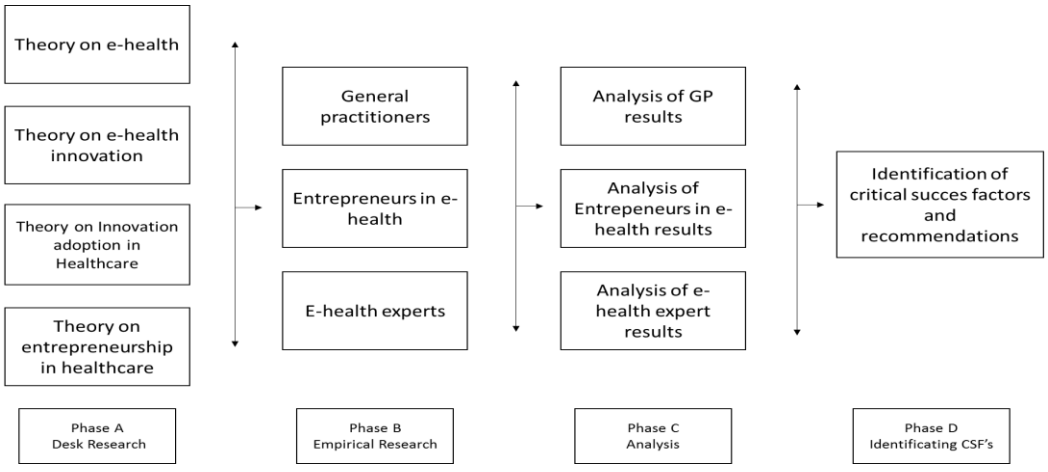


Figure 1 Research Framework including the four phases (a), (b), (c) and (d)

1.6 Research Questions

In order to determine the Research Questions for this research the Research Framework is used. To formulate the correct questions the research worked in reverse, first formulating the Central Research Question, which should be answered by Phase (d), and working up to Phase (a). The result of a list of Critical Success Factors for entrepreneurs in E-health innovation adoption by general practitioner is the answer to the CRQ:

''What are the critical success factors for adoption of E-health innovation's by general practitioners in the healthcare ?''

The CRQ is answered after carrying out the case studies on entrepreneurs, general practitioners and innovation experts.

In order to get the answers for Phase (d) the following Sub Research questions are determined from the different Phases (a), (b) and (c):

Phase (a) sub research questions:

1. What is, according to literature, e-health and how does the market environment affect the production of new e-health innovations ?

2. What are, according to literature, relevant factors influencing the chances of successful e-health innovation adoption by general practitioners ?

3. How do, according to literature, new e-health entrepreneurs enter and grow in the e-health market environment ?

Phase (b) sub research questions:

1. What different factors play a role in the adoption of new e-health innovation by general practitioners ?

2. What are factors that play a role in the implementation of e-health innovations according to entrepreneurs, and by which matters do entrepreneurs try to reach successful adoption of their innovations, with respect to general practitioners ?

3. What are, according to innovation experts, the criteria that make a successful bridge between e-health innovations in healthcare and the adoption by healthcare actors ?

Phase (c) sub research questions:

1. What can be learned from the analysis of the results of the different studied actors in order to arrive at a list of critical success factors and recommendations to future entrepreneurs in healthcare ?

Chapter 2 Literature

In this Chapter, the Research Literature, the researcher gives a well-defined overview of the research area, its concepts, the problem statement and finally justifies the reasons for research based on existing literature. First, a short introduction will be given introducing the research's methodology and the most used concepts and definitions. Secondly, Section 2.1 starts with background information on healthcare, Section 2.2 dives into the aspects of innovation for healthcare with a focus on E-health, where Section 2.3 gives insights on the adoption of these innovations by the different E-health stakeholders. Finally, Section 2.4 gives a description of E-health entrepreneurs, their history, market environment and strategies. At the end of every section there is a summary.

Methodology

The fact that the words ''healthcare AND innovation'' deliver over 90.000 hits on Google scholar, 19.000 on Scopus and 5000 on PubMed, indicates that there is a wide array of literature published on healthcare innovation. Therefore, the researcher chose, in order to make this research more readable and easier to understand, to select fifteen articles that fundamentally support this research. The fifteen articles are all focussed on either E-health, innovation in healthcare or barriers and facilitators for healthcare innovations. Five of the articles focus on the literature reviews, which cover most of the published research articles on healthcare innovations and ten ''more comparable to this research'' empirical research articles on healthcare innovation adoption. Although, to gather enough information to deal with the other areas this research covers, the researcher also used other articles on entrepreneurship, entry and growth strategies, healthcare systems, care segment, healthcare stakeholders and innovation adoption. An overview of the fifteen fundamental articles can be found in Appendix A, Table 1a and 1b.

2.1 Healthcare

Section 1.1 elaborates on the history of healthcare in 1.1.1, describes the different healthcare systems that are currently used in practice in section 1.1.2 and the healthcare segmentation that has taken place in the last decades in section 1.1.3. At the end a short summary is given.

2.1.1 History

From the historical point of view healthcare was a simple form of industry, a doctor was a person that was expected to be able to solve every type of complication and deliver care on the spot; at home, in the church or on the streets. Though healthcare was a good where the rich could pay for, and where the poor could only dream of. It was referred to as everything but a common and mostly not even reliable good. But with time healthcare's quality improved; street doctors started to specialize and also the access points to healthcare increased causing more people to have access to care. The knowledge of the doctors and general practitioners increased and healthcare also became more reliable. Within the 1850's the first hospital was opened delivering care to everybody who needed it (Loker, 2011).

Healthcare's development was not to be stopped; for every complication care developed and its supply chain broadened, absorbing more and more key players. Where it began with the development of new technologies like diagnostic and surgery tools, robotics, new internet technologies and even diagnostics via apps sketch today's healthcare. The consequence of these ''big jump'' improvements is the myriad of actors that got involved (Loker, 2011). Where the old healthcare only existed from individual doctors delivering care, at this moment actors like patients, managers, general practitioners, specialists, suppliers and general practitioners are involved in healthcare, being connected through a complicated pattern of relations and interactions with multiple flows of information, planning and process (Bittle, 2015).

Not surprisingly, the complexity of healthcare's network key players makes it as concept hard to define. Over dozens of literature reviews tried to define healthcare. According to the Oxford dictionary healthcare is defined as: *''The organized provision of medical care to individuals or a community''*. The definition the Oxford Dictionary ties to healthcare still seems unspecific, wherefore Boehme et al. defined healthcare more specifically as: *''The diagnosis and treatment of health affecting complications in human beings, including all elements that are involved in and by delivering this care''* (Boehme et al., 2014). Overall this seems an accepted definition for healthcare, still many researchers think that all healthcare's (dynamic) characteristics and elements can impossibly be fit into one concept.

The increasing complexity of healthcare, also caused fragmentation of health care delivery. Where cities had an increasing amount of care providers (i.e. general practitioners, general practitioners and specialist), the smaller towns sometimes did not have any of those. The diversification and fragmentation of care providers caused healthcare to become uncontrollable. To bring order to the HC the governments were forced to develop systems to centralize healthcare, or at least with the rationale to make sure that as much people are able to access healthcare while dynamically improving the quality of it (Loker, 2011).

2.1.2 Healthcare Systems

The federal healthcare system can be distinguish into different types build from non-medical factors like the access or equity efficacy, the quality outcomes and the cost efficiency to achieve the outcomes. Based on these factors Lameire (1999) put the different systems into three basic model, respectively The Beveridge model, the Private Insurance and the Bismarck Model, displayed in Figure 2 (Lameire et al., 1999). Where most of the research on innovation adoption has been done in the American on profit based healthcare system the Private Insurance model, this research focuses on the Dutch healthcare system, the non-profit Bismarck model. Where this study will investigate the adoption of new innovations, it is important to understand the fundamentals of the Bismarck model, since its model characteristics could have influence on the supply and demand side actors.

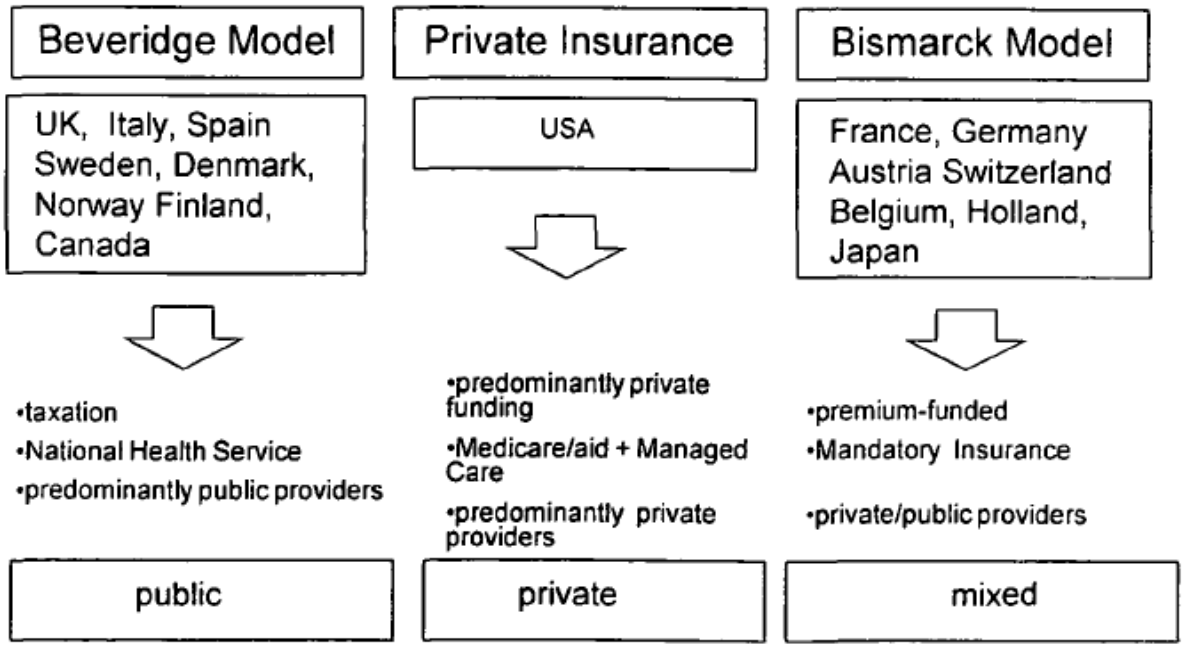


Figure 2 Healthcare models defined by Lameire et al., 1999.

Healthcare, in the Bismarck model, is funded by the state which mainly covers the costs by a premium financed state-controlled mandatory insurance and taxation (Boot et al., 2005). Yearly the Dutch government spends over a quarter (73 billion) of its federal budget to maintain and invest in healthcare (Dijsselbloem, 2014). The Dutch healthcare system contains a mix of private and public providers and therefore allows its government more flexibility in investment and expenses. The second advantage of having a mix of private and public providers is the high level of access for the public to healthcare, and the diversity of choice for care. The Bismarck reaches a practically 100% coverage of healthcare for the public. In contrast the American system, the Private Insurance, only covers 40% of the population. Next to this, governments applying the Bismarck model, spend factors less of the Gross National Product on healthcare than for the Private Insurance and Beveridge model, which is a determinant for the efficiency of the healthcare system: provision of access and the quality of care.

The high level of coverage and efficiency make the Bismarck model look like the perfect model but the appearances are deceiving, the Bismarck model also has its downsides. The model is non-profit, causing a low level of competitiveness. This low level of competitiveness and the regulated funding for healthcare from out the government decreases the rate of innovation. The RVZ described the Dutch healthcare system as: A Non-profit healthcare system for all insured citizens, outside of the direct influence of politics. In countries applying model different than the Bismarck model, like the Private Insurance model, the innovation rate is significantly higher due to the profit base minded, although this does not directly reflect in an increase of healthcare quality. The competitiveness and funding characteristics of the healthcare system might influence the mind-set of new entrepreneurs and the adoption of new innovations by healthcare providers.

Despite the fact that healthcare systems have a big influence on the delivery of care and the increasing quality of care, their influence on the adoption of new innovations is limited. Only a few studies have laid a focus on the influence of the three different systems on the adoption of innovations by healthcare institutions. Nevertheless, there is an influence of the system type thus it should be considered and revised since it could affect the innovation adoption decision (Lameire, 1999). According to Thakur, most of the innovation adoption decisions, indirectly the decision of healthcare quality increase, are made within the healthcare institutions themselves, which is why the global influence of the health system is lesser than expected (Thakur, 2012). The stakeholders of the healthcare institutions, which differ per type of care, have a diverse level of influence on the innovation adoption decisions (Mayers, 2005). In order to see which stakeholders and what factors affects the decisions in the adoption of healthcare innovation in the Dutch healthcare system, a distinction must be made among the different types of care that are delivered.

2.1.3 Segmentation of care

The evolution of technology of the last fifty years has caused the development of new technologies and care services in the urge to develop care and train specialists for the simplest to even the most difficult complications in care. The various specialisations in care have endeavoured a segmentation in the types of care. Each of these healthcare providing segments has its own specific focus on care, own way of delivering care, specialists and specializations. Where, in the past, patients could easily end up at the wrong specialist, the transparency and structured segmentation of healthcare nowhere days makes sure the chance to this is minimal.

Medline, the medical literature analysis and retrieval system online, one of America's biggest online library for academic journals on healthcare, have segmented healthcare provider services in four: Primary care, Nursing Care, Drug Therapy and Specialist Care.

Primary care, often referred to as the generalist care or first-line healthcare, is often the first care provider a patient runs into. General practitioners (or family general practitioners), general practitioner assistants, and nurse practitioners work in this care and are often specialized in diagnosing and minor health complications. Within the health care chain this element is most important for the quality and the quantity of patient throughput (Chen et al., 2014).

Nursing care, is the care a patient gets inn hospitals and medical institutions/clinics (Vorvick et al., 2014). Clinical nurse specialists, certified nurse midwives and nurse anaesthetists work in this care segment. They are trained to deliver care in different fields and have mainly been trained for aiding instead of curing (Vorvick et al., 2014).

Specialist Care, is care in which specialists in Cardiology, Hematology, Immunology, deliver and are only specialized in only one type of care. This care type often the second step of the patient's process and followed by Nursing Care. General practitioners, Specialist, surgeons and other professionals work in this field (Vorvick et al., 2012). This element is important for the quality output for patients (Chen et al., 2014).

In Dutch healthcare the use of care has continuously increased over the last thirty years. Although the biggest increases were seen in specialist care, the primary care stands out with head and shoulders. Almost three quarter of the Dutch population either have been in contact with or have used primary care (Hupkens, 2014). Primary care is perceived as the gatekeeper to further healthcare, due to the high degree of general healthcare knowledge (less specialized than other segments) by primary healthcare specialists and its accessibility in comparison with the other care segments, which makes it a vitally important component of healthcare (Starfield, 1994).

Despite the big number of people that make use of primary care on a yearly basis, the number of primary care providers; general practitioners, family general practitioners and other, is decreasing, creating a problem for the future (Ludwick & Doucette, 2009). Primary care is indispensable for a well working healthcare system, and this is where innovations can make a big difference (Thakur, 2012; Starfield 1994). From research over one third of the visits to the general practitioner, due to common symptoms like coughing, higher body temperatures and stomach aching, are unnecessary. The inefficiencies in time and money that come along with these unnecessary visits are a big concern to the stakeholders in the primary care environment (Thakur, 2012). To solve the problems of cost increase, increasing patients and the too slow increasing level of quality, healthcare require favourable innovations, which could increase the quality of healthcare, reduce costs and increase efficiency.

Summary Section 2.1

From literature it can be said that healthcare has been and will always be an important industry for humankind. The fact that healthcare's wide stretching arms cover tons of other industries and its high level of importance causes healthcare to have many different stakeholders and changes to go slowly. Healthcare systems have only yet been determined and also the segmentation is slowly taking form. Although most processes seem to go slow, with the coming of internet processes have been speeding up and healthcare is becoming more transparent. Still, where the industry is willing to develop and the patients seem to be waiting for this to happen, medical specialists and general practitioners are sceptical towards healthcare innovations.

2.2 Innovation in Healthcare

Section 2.2, Innovation in Healthcare gives an overview of the different stakeholders that influence or are influenced by innovations in healthcare in 2.2.1, the different types of

healthcare innovations and a more detailed description of E-health innovations in 2.2.3. At the end of this section a summary will be given.

2.2.1 Stakeholders

Since change is so desperately needed in primary care, governments invest largely in healthcare, in monetary terms but also in knowledge. But despite the large sum investments and the high level of intellect in healthcare, the rate of innovation in healthcare still goes slower than for other industries. The main reason behind this is the multiple stakeholders that are involved in healthcare and are all connected through a complex network of information, communication and process flows, creating different barriers and factors influencing the level of innovation (Murray, 2011; Anderson, 2007; Herzlinger, 2006).

A stakeholder analysis, presented in Appendix A, Figure 1 shows that there a four types of stakeholders in the primary care segment. The interface stakeholders -the board of management and umbrella organisations- which are the stakeholders that are internally, and externally related to the organisation. Internal stakeholders -general practitioners, GP's, employees, nurses and hospital managers- are the people that operate entirely within the boundaries of the healthcare institution (i.e. organisation), where the external stakeholder -community, suppliers, medical advocates, patients, insurance companies and the government -work from the outside of the boundaries of the organisation. Other stakeholders -entrepreneurs-, are stakeholders that will have an influence on stakes, but have not be identified as one of the three other types of stakeholders (Mayers, 2005).

The stakeholders that influence the adoption of new innovations in primary care are the board of management and the general practitioners. According to research the board of management even perceive the specialists in their organisation, the general practitioners or general practitioners, to have most power in the end decision of adopting a new innovations (Daake & William, 2000). This because the general practitioners do not only have a high level of influence within the organisations but also on the end customer, the patient.

2.2.2 Information and Communication Technology Innovation

Yet, to keep up with the growing demand for quality healthcare continuous innovation is a must. Therefore not only the government but also managers and insurance companies invest in research and development, and often attract new entrepreneurial initiatives from the market. One of the biggest problems, as stated before, is the complexity of the stakeholder network in primary care. The large amount of information and communication data that is processed in healthcare is extraordinary but still remains inefficient and unstandardized. In order to solve this problem and to have an effective and easy use of technology enabling more innovation in healthcare, innovating in information and communication technology (ICT) or E-health is a widely discussed subject (Kaplan et al., 2009). From the management of medical institutions to the real patients, there is a need for better and more efficient communication

technologies, but according to literature healthcare remains a laggard in innovating in this segment (Boonstra &and Broekhuis, 2010; Nicolini, 2008)

Since the late 1990's the ICT of healthcare, most often referred to as E-health, has been a quickly developing industry. The use of ICT incentives span from robotics, online prescriptions and consulting, to the electronic medical records. The fact that ICT covers a wide array of products and services in healthcare its products have been categorized in to four ICT health domains each serving their own purpose, but are not totally orthogonal/existentially independent, and are briefly described here and displayed in Figure 3 (Bashshur et al., 2011). All the ICT domains are aimed to either diagnose, consult, monitor or mentor.

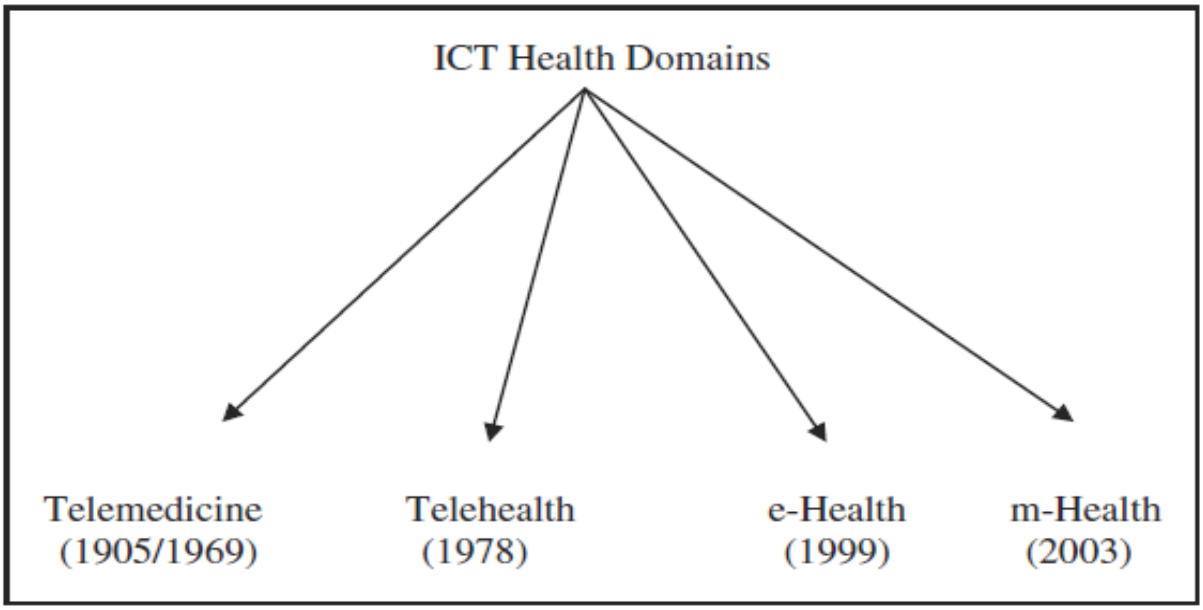


Figure 3 ICT Health Domains (Bashshur et al., 2011)

Domain Telemedicine: Exists out of explicitly medical care '' without the direct need or use of patient-general practitioner phase''. Though the word telemedicine involves multiple subdomains, irrespective of the specific technology or functionality: Medical Speciality, Disease Entity, Site of Care and Treatment Modality, also shown in Appendix A, Figure 2 (Bashshur et al., 2011).

Domain of Telehealth: Is the disease surveillance of the population and environmental monitoring that can be effectively accomplished via electronic devices. The Telehealth domain exist out of four sub domains: Health Behaviour/Health Education, Health &Disease Epidemiology, Environmental/Industrial Health and Health Management & Policy, as shown in Appendix A, Figure 3 (Bashshur et al., 2011).

Domain of E-health: An ICT/Internet-driven set of applications in support of health and health-related fields also for surveillance, decision-making, literature, education and research. It contains four sub domains: Electronic Health Record, Health Information, Clinical Decision

Support Systems and General practitioner Order Entry, displayed in Appendix A, Figure 4 (Bashshur et al., 2011).

Domain of m-health: Is person centred mobile phone technology involving the transmission, storage and receipt of voice, still images, data and video. The m-health domain contains five sub domains: Clinical Support, Health Worker Support, Remote Data Collection and Helpline, displayed in Appendix A, Figure 5 (Bashshur et al., 2011).

In order to have a successful adoption of Telemedicine, Telehealth or m-health innovations, an ICT basis or platform is a must have for healthcare institutions. Many studies have been performed on innovations in E-health, but still many barriers to implementation of these E-health innovations remain, even while there is such a demand for these type of innovations (Boonstra & Broekhuis, 2012; Egea 2011; Herzlinger, 2006). In order to understand what factors and barriers play a role in the adoption of E-health innovations by general practitioners, first E-health itself must be defined and elaborated on.

2.2.3 Information and Communication Technologies: E-health

A vast array of new developments have linked the worlds of patients, doctors, suppliers and managers. The biggest influence on the connecting of actors has come from the diffusion of the internet. The internet increased the efficiency of ICT processes lowering costs, increasing the rate of decision making and a better resource allocation. Healthcare's ICT domain E-health accomplished to become the most influential domain of ICT improvements. Although, entrepreneurs and developers have put through many new innovations, still inefficiencies remain that can be solved by new E-health improvements and innovations.

The domain of E-health covers a vast amount of different product lines and services, which is why some experts say there is no real common accepted definition. Over hundreds of articles contain the term E-health in their title or abstract which shows the interest of the academics but also the necessity of E-health for healthcare itself (Eysenbach, 2001). For the purpose of this research E-health is defined as:

E-health is an emerging field in the intersection of medical informatics, public health and business, referring to health services and information delivered or enhanced through the Internet and related technologies. In a broader sense, the term characterizes not only a technical development, but also a state-of-mind, a way of thinking, an attitude and a commitment for networked, global thinking, to improve health care locally, regionally and worldwide by using information and communication technology (Eysenbach, 2001).

E-health can thus be seen as all the electronic services and products that are used to increase the efficiency, quality or reliability of healthcare. As described in the previous section, the E-health ICT domain contains four sub domains: Electronic Health Record, Health Information, Clinical Decision Support Systems and General practitioner Order Entry. But to give a more

specific insight in the e-health applications, the researcher has listed examples of how new e-health products, which are currently used in Dutch healthcare, increase the efficiency, quality or reliability of care:

1. E-health applications that increase the efficiency of care: LEP (Landelijk elektronisch patientendossier). The LEP is the same as the electronic health record. The Dutch healthcare has actually not one database where these records are stored, but have made an exchange point called the National exchange point, where medical institutions and organizations retrieve the medical info about a patient. Another example like this is the PHR, the personal health record, which can be used and managed by the patient him/herself. With the help of these records all medical institutions can quickly exchange patient information and thus deliver more aimed care increasing the efficiency of care.

2. E-health applications that increase the quality of care: Healthapps like eHospitality and Constamed: Small applications with big influence. These apps both increase the quality of care and help to either mentor or monitor in care. EHospitality is an app which focuses on the older segment of patients and helps scheduling appointments, getting to these appointments and getting back home. Constamed, the winner of the 2014 Dutch e-health app contest, helps general practitioners and general practitioners to mentor and monitor their patients online.

3. E-health applications that increase the reliability and speed of care: Initiatives that help in making clinical decisions like SkinVision. Skinvision is an application created to help general practitioners, but also general practitioners and even patients to make a quick diagnosis on skin cancer by simply making a picture of it. Medical professionals still make a lot of mistakes in their diagnosis, where new e-health applications can give a more secure diagnosis, increasing the reliability of healthcare drastically.

These examples sketch why it is so important that new innovations of e-health are being developed and that new e-health entrepreneurs get a change to implement their products. E-health applications can deliver greater change to healthcare and can improve healthcare for professionals as for the patient. But in order to succeed, innovation must be adopted and implemented.

Summary Section 2.2

The invention of ICT healthcare domains has caused many changes in all different types of industries, as it did for healthcare. Where healthcare, as can be seen from section 2.1 and the stakeholder analysis, includes many different groups involved it requires a good level of information and communication technology. These systems improve communication, production and delivery processes, consequently reducing costs, increase efficiency and improve the quality of healthcare. Bashshur (2011), subdivided the ICT of healthcare into four different domains: the older Telemedicine and Telehealth domains, and the younger E-health and m-health. In special, E-health - an emerging field in the intersection of medical

informatics, public health and business, referring to health services and information delivered or enhanced through the Internet and related technologies - has become a widely discussed topic over the last few years because it initiated disruptive changes in modern healthcare. Although E-health has been changing and improving healthcare practice still, specialists and researchers are convinced that it has not yet reached its full potential.

2.3 Innovation Adoption

Section 2.3, Innovation Adoption, elaborates on the innovation adoption process of products and services by their users. Subsection 2.3.1 reviews background information of healthcare innovation adoption, models to adoption and the different stages of the adoption process. Subsection 2.3.2 investigates the factors influencing the adoption/implementation process of new E-health innovations by its users. At the end of this section a summary will be given.

2.3.1 Innovation Adoption in Healthcare

From the previous section it is evident that the need for innovations and new entrepreneurs in the healthcare is high. But while many innovations are developed, the rate of adopting new innovations in healthcare lacks behind in comparison to other businesses. The lacking of adoption of new innovation is not in favour of new entrepreneurs, neither for professionals and patients. Figure 4 shows the annual productivity growth by industry between 1995 and 2005. With the high level of efficiency, increasing costs and low level of innovation adoption, this creates problems for the future (Josh et al., 2011). The factors to success in the adoption of innovations in E-health could offer a solution to the range of this problem.

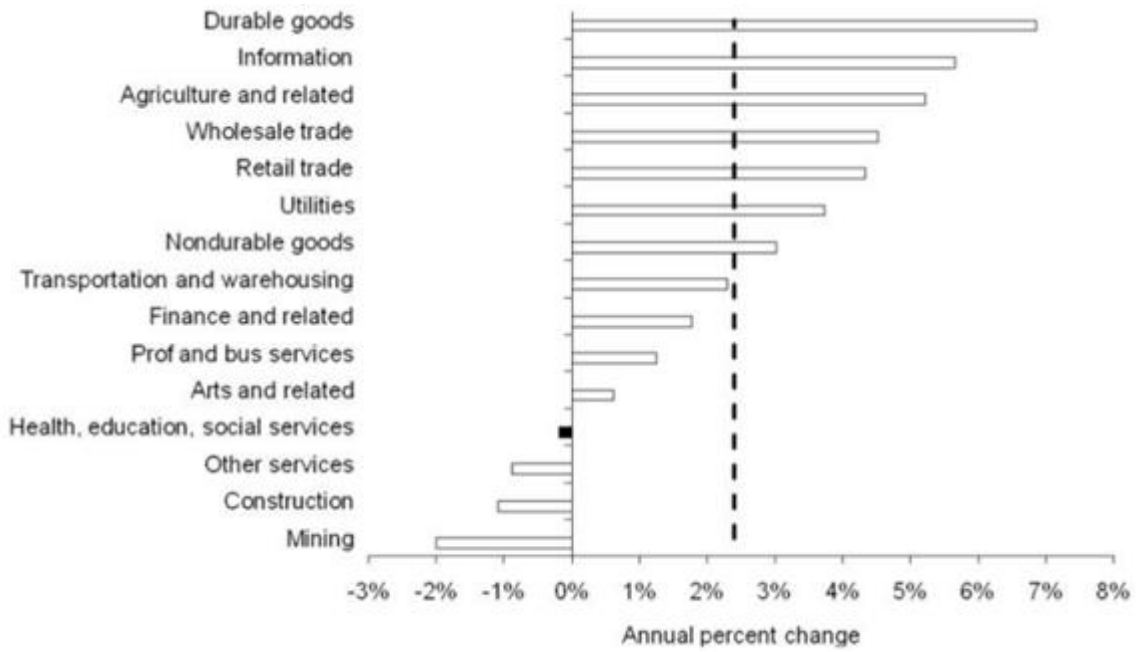


Figure 4 The productivity growth by industry, 1995-2005 (Oliner et al., 2007)

The adoption of innovations in healthcare (by general practitioners/general practitioners) has already been extensively researched in, mainly, the US. Many scholars have dedicated their researches to come up with models for which represent the adoption of innovations by

healthcare organisations in the US. Many studies mention the technology acceptance model (TAM), Figure 5, created by Davis et al. (1989), that posits two fundamental beliefs: The perceived usefulness - The extent to which a person or organisation believes that using the system will enhance his, her or their job performance - and the perceived ease of use - The extent to which a person or organisation believes that using the system will be free of effort - , to determine an individual's or organisational attitude towards the adoption and usage of new innovations (Hameed et al., 2012; Thakur 2012; Gagnon 2012). The TAM model has also been used in researches on information systems, marketing, social psychology, management and healthcare. Also the adoption of healthcare ICT, healthcare systems, e-health applications and other information systems have not been retained in the use of this model.

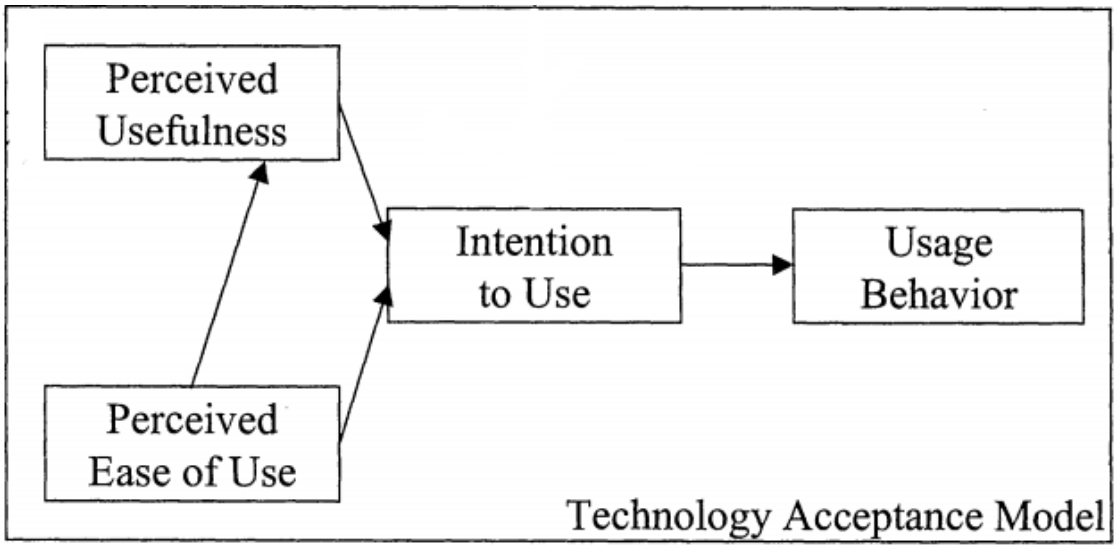


Figure 5 Technology Acceptance Model (TAM) by Rogers (1995)

The technology acceptance model was designed to explain computer usage behaviour. Its theoretical grounding comes from the model by Fishbein and Ajzens theory of reasoned action (TRA) (Alkhateeb, 2009). According to the TRA, Figure 6, the beliefs influences the attitudes and in turn led to certain intentions which guide or generate behaviour. The TAM adjusts this belief-attitude-intention behaviour into the acceptance of IT use acceptance. The perceived ease of use affects not only the intention to use, but also the perceived usefulness, since when something is perceived easy to use, it becomes more useful. With time the model underwent many changes and simplification. In brief, it was designed to understand the implementation of IT. The model covers more factors that influence the eventual intention to use, or for this research the readiness to adopt (Egea et al., 2010; Alkhateed, 2009).

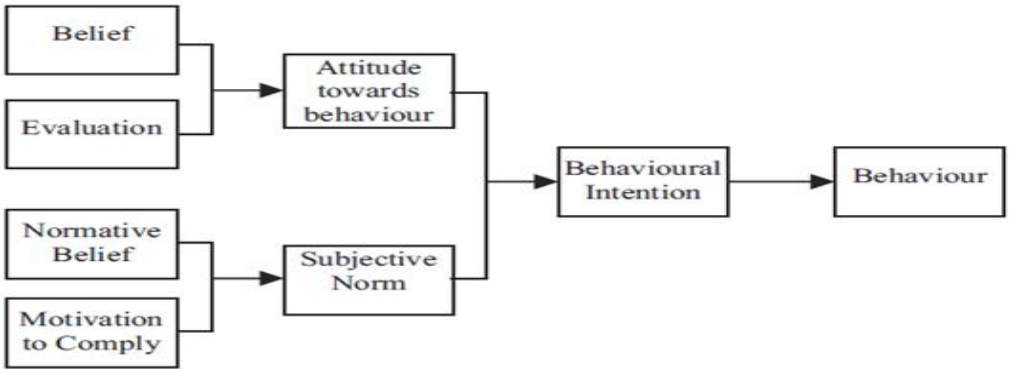


Figure 6 Theory of Reasoned Action (TRA) model by Fishbein & Ajzen (Hameed et al., 2012)

Other articles mention the Diffusion of Innovation theory (DOI), a theory developed by Rogers in 1983, and revised in 1995. Rogers defined diffusion as a process by which an innovation runs through an organisation, often via communication. That makes DOI more of a communication theory used to study the adoption of IT in healthcare. Also this model was initially constructed to observe individual choices in the adoption of IT innovations, but now also the organisational level has been included (Hameed, 2012; Egea et al., 2010; Rogers 1995).

Within DOI Rogers conceptualized factors/attributes which were perceived to affected the adoption of ICT innovations. The five key attributes in the adoption of innovation are relative advantage, compatibility, complexity, triability and observability of the innovation. When the innovation possess these five characteristics in a positive way, the diffusion and acceptance of new innovations would drastically increase (Hameed et al., 2012; Egea et al., 2010; Rogers, 1995).

Hameed et al. (2012), reviewed the literature on the combinations of the various innovation adoption models in IT, almost all including the TAM or DOI model, with more recent models in innovation adoption. From this they produced a new conceptual model for the process of IT innovation adoption which separates the adoption of innovation into three phases: The initiation, adoption decision and the implementation. This process towards adopting innovations is influenced by different external characteristics: Innovation, organisational, environmental, CEO and user acceptance characteristics (Hameed et al., 2012). The model is visualized in Figure 7.

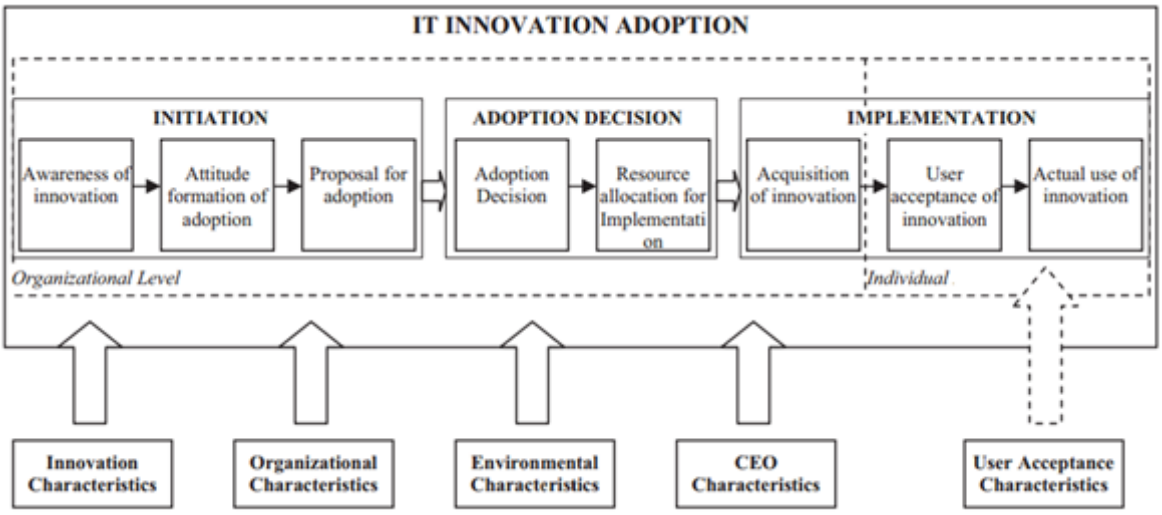


Figure 7 IT Innovation Adoption process model by Hameed et al. (2012).

The IT Innovation Adoption Model goes more into depth on the attributes that actually influence the adoption decisions. The characteristics are a sum of factors that influence the adoption of IT. For example innovation characteristics cover the five attributes mentioned by Rogers in his DOI model, where the user acceptance characteristics are based on the TAM model determinants of user IT acceptance (perceived usefulness and perceived ease of use) (Hameed et al., 2012). Although the researcher mainly puts an emphasis on the innovation characteristics and the user acceptance characteristics, since the organizational/environmental and CEO characteristics seem to be of lesser influence on the adoption of new innovations by general practitioners, the innovation adoption model does give a good impression on what characteristics should be kept in mind.

In the end, these theoretically accepted models only give a superficial look on what factors affect the adoption of IT/ICT innovations in healthcare but show that the attitude of a buyer towards its products is crucial in the adoption of innovations (Rogers, 1995; Egea et al., 2010; Hameed, 2012). Since this attitude is affected by more factors that just the ease of use and the perceived value, these models are used to find more specific barriers, facilitators and determinants, that will be described in the next section.

2.3.2 Factors on Innovation Adoption by general practitioners

With the use of the DOI, TRA, TAM and Innovation Adoption model researchers have determined factors that affect the adoption of innovations in healthcare. Jha et al. (2009), conducted a research on clinical barriers to be lack of time to acquire certain system, financial costs and privacy to be major components in the adoption of innovation (Jha et al., 2009). Whereas Randeree lays a finger on the trust and experience with the vendor of the product. Also many studies mention technical problem, how long does it take for a general practitioner to learn and work with the product, how easily is the product to be adapted to the problem

environment and how skilled is the general practitioner with new technologies and how much is he/she willing to adopt new innovations.

Boonstra and Broekhuis have summarized the huge variety of the adoption determinants in their systematic review on barriers to the acceptance of electronic medical records, an E-health product, by general practitioners and have been cited over 200 times. They included 22 articles which are specifically focussed on the adoption determinants, extracted them and finally categorized them in to eight groups. Financial, Technical, Time, Psychological, Social, Organizational, Legal, Change process (Boonstra & Broekhuis, 2010).

After reviewing the fifteen articles that fundamentally support this research, listed in Appendix A Table 1a and 1b, and reading literature citing Boonstra and Broekhuis, it seems that this categorization gives a good framework to work with in the study on the adoption of innovation by general practitioners. The categories Boonstra and Broekhuis describe include a wider range of factors then they initially seem to. In order to get a more comprehensive understanding on what each of this adoption factor withholds here below a description per category is given:

1. Financial: The financial adoption factor concept includes factors that are related to monetary issues involved in the adoption of E-health innovations. Determinants like the start-up costs, implementation costs, subsidies, return on investments or other monetary issues that play a role in the decision to adopt a new innovation (Boonstra & Broekhuis, 2010).

2. Technical: Most of the e-health technology is highly advanced technology including complex hardware and software. Therefore it is important for professionals like general practitioners and their organisation to have a certain level of technical skills. But also the innovation should not be to complex and be able to customizable so that it can be adjust to the needs of the customer or current working systems. Also the limitations in systems are something that fall under the technical category. Technical determinants can be considered factors that influence either the performance of the innovation as the performance of the GP due to skills, limitations and systematic constructions (Boonstra & Broekhuis, 2010).

3. Time: General practitioners are, due to their busy schedules, limited in time. The fluency of workflow is therefore a major component in their work. The introduction of new innovations can help to improve this fluency, but could also hinder it. The time to select, to implement, learn and to work with new technologies all play a part in the decision to adopt an innovation. Reductions in time can help general practitioners to increase the quality of their work but could also cause cost reduction. Secondly, it conveys the time at which the entrepreneur wants to implement the innovation. This can be the time in terms of recession or boom, or the moment in the life cycle of a general practitioner (experienced or just started) (Boonstra & Broekhuis, 2010).

4. Psychological: General practitioners have concerns regarding the use of new technologies. These concerns can be personal issues, knowledge deficiencies and perception (Boonstra & Broekhuis, 2010).

5. Social: A general practitioner works together with many parties which are not directly related to his working methods in the medical practice. Patients, politics, other first line care practices and many more all have a certain influence on the decision making in adopting new innovations (Boonstra & Broekhuis, 2010).

6. Legal: Security and privacy play a major role in modern society. As for this, it also becomes increasingly important for patients to be assured of a private and confidential treatment. Though the increasing need for fluency between and within medical practices, information safety remains very important. A lack in such could cause problems for either general practitioner or patient (Boonstra & Broekhuis, 2010).

7. Organizational: Another factor that influences the adoption of an innovation are the parties that are directly related to the general practitioner's medical practice. Employees, general practice managers, healthcare insurance companies and other involved healthcare parties, play a direct role in the working methods of the general practitioner. All these involved organizations have their own characteristics like standards, mission and vision, culture and beliefs which might affect the attitude of the general practitioner in his decision making for new e-health innovations (Boonstra & Broekhuis, 2010).

8. Change Process: Where none of the other factors actually pursues the adoption process, change process does this comprehensively. The implementation of new innovation in medical practices could cause major changes for general practitioners, which often have tried to build their own working style. The process to change can therefore be very difficult and problems that could occur are lack of incentives, individual/local resistance, and lack of community or patient participation, failing leadership. Thus, like for the organizational factor, this factor is not only determined by the general practitioner but also by external parties (Boonstra & Broekhuis, 2010).

To confirm that Boonstra and Broekhuis indeed found the adoption factors for innovation adoption by general practitioners, the researcher reviewed fourteen articles written on barriers and factors of innovation adoption in healthcare. The researcher used the factors mentioned in Boonstra and Broekhuis to see which of the categories are mentioned in the articles. To give an overview of the different determinants mentioned in the articles the researcher produced Appendix A Table 1a and 1b.

The fifteen selected articles did not provide any extra factors that could not be subdivided into one of the categories brought up by Boonstra and Broekhuis, see Appendix A Table 1a and 1b. Therefore, the categorisation performed by Boonstra and Broekhuis can be considered well executed. But when reading through the lines it seems that there is a factor still missing and that the level of influence by each of this factors is still unknown. E-health is quite a new concept and its development is thereby led through innovations. These innovations are often brought up by entrepreneurs in form of a new venture. The researcher assumes that entrepreneurial characteristics like inexperience and risk taking, stand in contrast with those of healthcare specialists - experience and conservative - and could be a possible reason for a general practitioner to have a certain attitude towards an innovation, possibly through the eight factors, visualized in Figure 8.

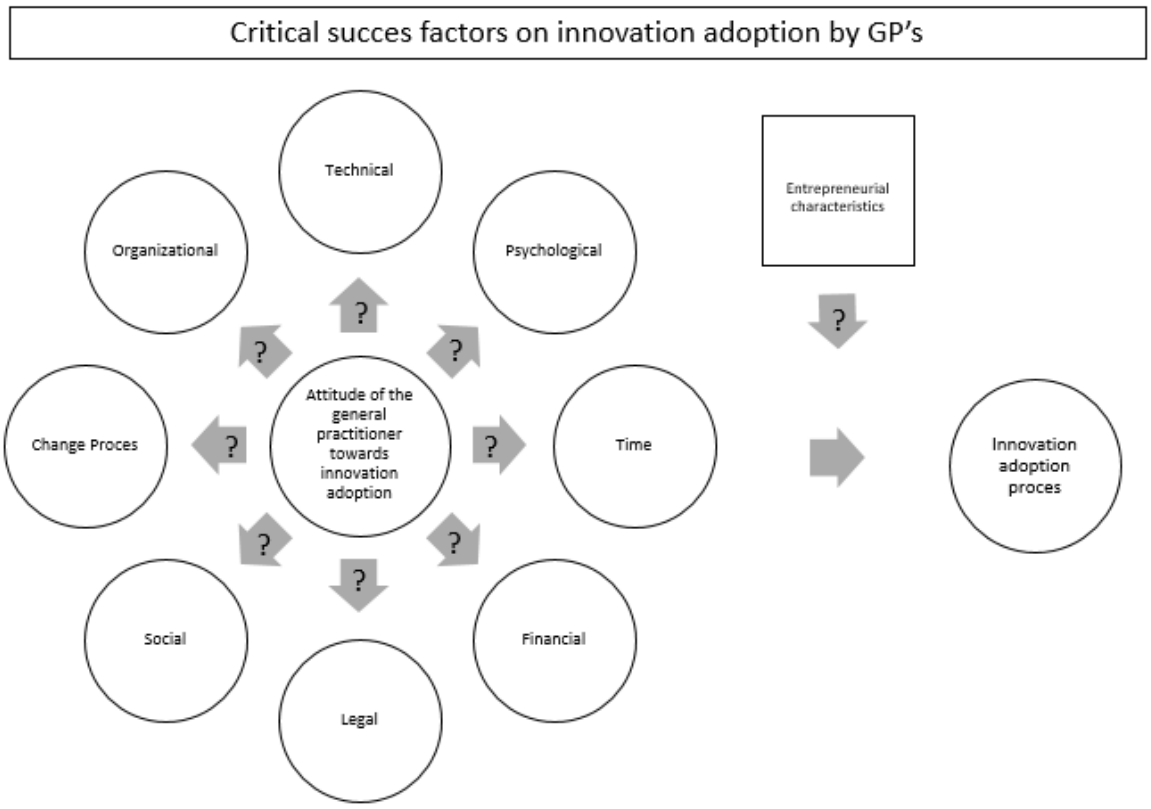


Figure 8 Factors affecting the attitude of a general practitioner towards the adoption of new innovations

Summary Section 2.3

The need for innovation is high in every industry, as it is for healthcare. Still, when speaking in terms of productive improvements healthcare remains a laggard. It even seems so bad that relatively compared to other industries healthcare has a negative level of productivity growth. E-health innovations could make a big difference for healthcare, but the level of innovation adoption must therefore increase drastically. The adoption and implementation of these new technologies in healthcare has been researched in depth. Models like TAM, TRA and DOI all give a detailed vision on what influences the adoption of innovation. Altogether the models come down to the fact that the attitude of the buyer towards innovations is most important.

The attitude of the buyer is formed in three stages Initiation, Adoption Decision and Implementation, and affected by eight factors - Financial, Technical, Time, Psychological, Social, Legal, Organizational and Change Process. Though, from literature, it seems that there is more to it. The researcher hypothesizes that the entrepreneurial characteristics of the entrepreneur or the innovation can make a difference in the attitude of the general practitioner towards an innovation and that not all eight factors but only some of them are critical success factors in the adoption of innovations by general practitioners.

2.4 Entrepreneurship in Healthcare

Research and development departments of healthcare organisations develop improvements and implement these, but these departments are not the only one offering solutions to the inefficiencies of healthcare. Therefore the healthcare system requires new innovations from entrepreneurs; fresh-thinking competitive based initiatives which are driven to improve the business processes. This section elaborates on what E-health entrepreneurs are in subsection 2.4.1, the healthcare market environment in subsection 2.4.2 and the choice for an entry and growth strategy in section 2.4.3. At the end of this section a summary will be given.

2.4.1 Definition of an Entrepreneur

An entrepreneur is known as someone who exercises initiatives by organizing a new venture to take benefit of an opportunity and, as the decision maker, decides what, how and how much of a good or service will be produced. In every business these initiatives are crucial to growth, or to have a competitive advantage and can be aggressive catalysts for economic wealth. Entrepreneurs, with their new ventures, break barriers, create new possibilities and dare to dive into the risk that comes along with this. As quoted by Kuratko: *''Anyone (can be an entrepreneur), who wants to experience the deep, canyons of uncertainty and ambiguity; and who wants to walk the breath-taking highlands of success. But I caution, do not plan to walk the latter, until you have experience the former''* (Kuratko, 2012).

For the creation of new ventures there are two types of entrepreneurship: Social and commercial entrepreneurship, which can in some way be distinguished from one another by their fundamental thoughts. Commercial entrepreneurship, which already showed its importance for wealth creation, can be found in the forefront of most business research. Commercial entrepreneurship is competitive based and tries to reach for success in a short amount of time. This type of entrepreneurship in healthcare is mainly seen in the American healthcare system (Estrin, 2013).

Social entrepreneurship is upcoming and has often been praised for alleviating social problems like poverty, healthcare or discrimination. Social entrepreneurship often needs more time until a successful implementation can be established. Both concepts seem independent, but there is a line that connects both. The process by which the entrepreneurs go to work are similar thought the wanted outcomes differ. Entrepreneurship of the social kind can be found more in the Beveridge and Bismarck model (Estrin, 2013).

Altogether an entrepreneur can either choose what kind of entrepreneur he wants to become which eventually will have an influence on the way the venture's operations are carried out. With the kick start of such a new venture - a business enterprise that contains risk with the expectation of financial gain - knowing the market environment can be the difference between failure and success (Zahra, 2002). The market environment affects the way an entrepreneur chooses for the venture's entry strategy and market strategy but also the decision making in the growth process of the company (Zahra, 2002).

2.4.2 E-health New Venture Market Environment

Before an entrepreneur can capture as much market demand as possible with his/her new venture, prior to launching a venture the entrepreneur should perform a market environment analysis (Zahra, 2002; Forlani, 2000). This, not only to determine the competition, but also to sketch the industry's characteristics like politics, the economic situation and the level of technological development, where this can differ for every country and region. In the end, this will help the entrepreneur to obtain evidence to which extent the market is ready to accept the new venture service or product (Forlani, 2000). To cite a research on E-health strategy development, by the WHO together with the International Telecommunication Union (ITU):

''For at least the period 1960-2000, the "traditional cycle of telemedicine projects" was disappointing, and they noted that thousands of pilot sites, trials, tests, etc., took place but few of the initiatives survived beyond the end of their initial funding period. They concluded that, during the 20th century, perhaps fewer than 10% of projects in developing countries were successful, with 45% faltering after just 1 year and the remaining 45% after 3 years''.

The statement of WHO and ITU shows that the entrepreneur or new venture should beware of the fact that a suitable strategy for a new initiative is crucial to succeed. In the dynamic environment of new ventures, a company that lacks strategy could be compared with a real loose cannon (Howell et al., 2011). Though E-health has been recognized to be a continuously evolving market, the turbulence of the early days have faded away (Scott et al., 2013). More and more research is currently focussing on the understanding of how and where to apply E-health. Where the environmental turbulence is decreasing and the present knowledge increases, it is time for entrepreneurs to apply strategic planning.

To increase the chance of success, the E-health strategy must be solidly based in an understanding of the broader market context (region, industry, direct market environment) and the challenges, like the general practitioner factors, and opportunities that exist in these. Next to that, it must offer clarity on what needs must be fulfilled and the solutions it intends to apply. The strategy must work as a compass for the firm, which is constant and directional for the company itself, but also for (potential) buyers. Furthermore the strategy, which the

new venture holds onto, might have an influence on the buyer's perspective and thus affects the chances of success for an entrepreneur (Lockett et al., 2012; Pan et al., 2000).

Models that are normally used by new venture's that want to develop a suitable strategy for their market, but also by established enterprises that want to expand to or enter new markets, are the PESTEL analysis and Porter's Five forces (Porter, 2008). Porter and others describe the industry's (environmental) and market (direct) factors that eventually will be fundamental for the entrepreneur's choice of market entry and growth strategy (Porter, 2008; Adner, 2006). Most E-health firms are still SME's or start-ups for which success can depend on the type of entry or growth strategy it chooses, therefore well performed market environment analyses is crucial (Pinho et al., 2007).

In this section the PESTEL -Political, Environmental, Social, Technological, Economical and Legal- analysis will be performed on the Dutch Healthcare industry. The Porter's Five forces, a model that goes into depth about the market environment, will be performed on E-health businesses in the Netherlands, but will also be compared, due to the newness of this market, with service and tech businesses.

PESTEL Analysis of the Dutch Healthcare Industry

The Netherlands has a stable political situation and a healthy economy, there is financially and an inner willingness for innovation, also in healthcare (NZA, 2010; Alpay et al., 2010). From the technological point of view the Netherlands has a progressive environment and currently focuses increasingly on the sustainability of all its industries, this also count for healthcare. Nowadays the Dutch government invest almost 30% of its federal budget in the maintenance and development of healthcare practices (Hupkens, 2014). Altogether this makes the Netherlands a good and stable environment for entrepreneur's new venture creation in E-health, which can also been seen from the efficiency increase of the last 30 years of healthcare practices (van Montfort, 2011).

On the contrary, the factor ''Legal'' could cause difficulties for new e-health venture in Dutch healthcare. The Netherlands is a well-organised country and with this comes the presences of many regulations and laws to maintain this. With the demand for a high level of reliability and validity in healthcare, this creates a whole gamut of legal aspects which the entrepreneur, new venture and product or service should apply to, leading to high initial investment costs or even deter entrepreneurs from the market (Cassar, 2014; Levie, 2010).

Porter's Five Forces

Porter's five forces is a model that concentrates on the threats that represent one of the most critical environmental dimensions for new ventures. These threats can cause a new venture to succeed in business, or to fail drastically, and are often referred to the liabilities of newness (Porter et al., 2008). Not all threats are the same, they come in different forms from different environmental perspectives. The ability of a new venture to manage these threats increases

the survivability of the new venture. The threats are created because new ventures often lack industry, product and environmental knowledge as well of not having strong relationships with customers and suppliers (Cassar, 2014; Bailetti, 2012).

Porter's Five Forces describes market threats comprehensively. For a product/service there are two main threats that come from the market: The threat of new Entrants and the Threat of Substitutes, which could replace the innovation. Next to this the supplier and buyer power of the product can be a threat to the new venture plus the fact that direct competitive rivalry, copy cats and ventures that want to deliver the same product. All the forces together create the environmental hostility (Porter, 2008). The forces that create the degree of environmental hostility have a strong influence on what type of strategy the management of the new venture uses to enter a new market and by which strategy it will continue further practice. By the use of this model the researcher briefly analyses the industry environment of entrepreneurs in E-health.

Analysis of the E-health/Software market

The relatively new market of E-health with large number of stakeholders that threat the new venture's performance, makes a start-up in this market environment risky and vulnerable (Pinho et al., 2007; Herzlinger, 2006). The challenge for a new venture in this market environment is to minimize the threats and to obtain a strong position within the marketplace (Varvasovszky & Brugha, 2000)

Not many articles have been written on E-health market practice and the market environment, but since most products that E-health delivers are high-tech or software related it can be said that E-health is closely related with software/tech businesses. Therefore, the researcher chooses to draw parallels between the E-health market and that of new software and tech ventures. This section will, step by step, elaborate on the market environment for software/IT entrepreneurs according to the five forces of Porter:

Force 1: Competitive rivalry

The software (new venture) market, like for E-health, is incredible wide. To cover all the products neatly under one heading is very difficult. Secondly, the diversity of products and services that are offered on the software/IT market makes that new ventures compete with a high level of competitive rivalry. The direct competition competes in their different information processing capabilities, experiences, and resource endowments (Bailetti et al., 2012; Kaplan et al., 2009). Where the E-health market is still young, on the software market bigger players like Google, Microsoft, Orcale have already captured major parts of the market share and can now easily outcompete new ventures or force them to merge. The trends in software are closely related to that of E-health, and it can be expected that this will be same thing for the E-health segment (Cresswell & Sheikh,2013).

Force 2 and 3: Threat of New entrants and Substitutes

For software/IT new ventures it is essential that they build leverage with the products they create (Bessant, 2013; Herzlinger, 2006). Therefore, software new ventures often try to capture premium market segments, or pre-empt competitor's entry (Murray, 2011). The effect is a proactive and aggressive market in which the edge of technological frontier is constantly pushed forward (E. Josh et al., 2011). Due to the technology characteristics of this market, like lowering initial investment costs and the increasing level of technology knowledge, repeatedly new ventures pop up (Bailette, 2012). Today every technical geek can start his own software business, increasing the threat of new entrants.

IT products and services have many different properties which makes it difficult for new ventures to put a patent on their product, so that others cannot or find it more difficult to copy the products or create almost similar substitutes (Spinelli, 2011; Herzlinger, 2006). Despite that patents give solid protection to copying, due to the high amount of different (often replaceable) properties the protection of the IT innovation is once again hampered. This might make that followers, in form of substitutes or copy cats, follow quickly after the market entry of a new venture. Causing innovators to lose the first mover advantages.

Thus, the diffusion and adoption of the new innovation should be rapid enough to capture enough market demand/share to establish and create leverage and loyalty of the customer (Leyden, 2014). Else wise followers and copycats will produce the same or comparable products against lower prices, taking over buyers (Thakur, 2012; Spinelli, 2011). The other possibility is that large and well-established firms, which compared to new ventures tend to have relatively more access resources (including managerial and financial ones) and legitimacy, will force the new venture to either merge or be copied by them (Spinelli, 2011).

Force 4: Buyer Power

The rapid rate of technological change and rising speed of diffusion of new ideas and technologies, causes multiple threats that pose serious challenges to IT ventures. For a new venture, it is necessary to keep up with the technological evolution to keep their head above the water and still to remain unique from others (Bailetti, 2012). The increasing amount of IT new ventures with IT solutions gives the buyer more products to select from, increasing the buyer power. Though when a company starts adopting a software innovation it is likely, when fully implemented, to stay loyal (Murray, 2012). This because the switching costs are high and it takes a lot of time for a company to change its IT practices. However the buyers maintain their strong position before the implementation and can easily force down prices, something that makes it even more difficult for new ventures to grow (Cassar, 2014).

New entrepreneurs should take the increasing strength of buyer power in to account. A clear vision on what the buyer wants and by which way a successful adoption/implementation of products can be achieved, should be integrated with the choice for a certain market strategy. For that reason a new venture and it's innovation adoption will become successful, mainly

depending on the attitude of the buyer towards the supplier and the type of innovation. For entrepreneurs this is even more difficult where they do not have the leverage and legitimacy (i.e. trust and knowledge) of the more established companies (Bailetti, 2012; Murray, 2011).

Force 5: Supplier power

In the IT market environment the supplier power seems to be less than for most industries, where IT engineers often create their own type of software and are not depending on a supplier of their technology (i.e. their practice does not require raw materials). Though, some engineers/new ventures make use of platform software, which is a standardized type of software which is used as a base for the construction of their unique product/service.

E-health products and services do not only exist out of software and IT construction. Yet, E-health ventures also offer tangible products which operate through the internet, for example diagnostic measuring material. In that case the supplier has a stronger position like in the retail industry. The raw materials for healthcare products, which are high-tech and produced under regulations, are only offered by a small number of suppliers, where they require high investments and a slower rate of investment. Since the number of possible suppliers is limited, the supplier that offers resources has a stronger bargaining position.

All and all, in the dynamic environment of the IT and E-health market, new ventures should repeatedly develop and introduce radically new products matching the needs and wants of the buyer, in this case the general practitioner, as any gains will quickly be diffused to rivals and its advantages lost (Bailetti, 2012). The venture's management should therefore choose for a well thought-out and clear market (entry) strategy that also fits the expectations of the general practitioner, to secure its position on the market.

To give an example of the difficulties E-health ventures have to cooperate with, even for more establish companies, Box 2 gives an example of Google Health.

Box 2: Google health

Since the great successes of Google, in 2008 they launched a new initiative called Google Health. With this diversification they wanted to capture a new market segment with a new product. The idea was that Google Health would become a personal health information service. The service allowed Google members to manage their own health information. Additionally centralizing the personal health care records and thus making healthcare more accessible and transparent for the customer while increasing the efficiency for the supplier (medical institutions).

Though already in January 2012, Google pulled the plugs from the innovation. Why? Google says it was due to financial problems, but researchers think else wise. For example David Chase, A CEO of Avado.com, a health technology company state: '' As much as there's a massive consumer-empowerment movement, in order to get ongoing and broad adoption of something in healthcare, one needs to lead with the clinicians'', something Google did not do.

Other arguments of the failure of Google health are: the level of trustworthiness, the involvement of specialist and insurance companies, a poor marketing campaign, the bad construction of technicalities and the weak perceived usefulness of the customers (also due to the level of public ignorance).

In short, it is clear that even for big companies like Google which already possess the leverage, loyalty and knowledge that is needed for successful innovation in new market segment, it is still no guarantee for being successful in healthcare practices, and that the choice for a well-thought entry and growth strategy could have prevented this failure.

2.4.4 Market Entry and Grow Strategies

As can be seen from Box 2, the choice for a proper strategy to enter, capture and expand in a market of e-health product, plays an integral role in the success of the firm's operations. The entry strategy of a new venture does not directly link to the market strategy of the firm. An entry strategy is a way to deliver the services or goods to the market. Where the market strategy or growth strategy is more on how a companies want gain a larger market share even at the expense of short-term earnings (Pan et al., 2000). Both categories have different types of strategies which will briefly be discussed in this section. The importance of a well-chosen strategy comes forward when the choice of a strategy might affect the general practitioner's thoughts on adopting an innovation.

Market Entry strategy

The entry strategy of a company or new venture, depends on how the management wants to deliver the product to the customer and by which speed this will be made possible (Janssen, 2013). In order to see how E-health companies do this, first the different type of entry strategies will be discussed to see which of the strategies fit for new ventures. The choice for an entry depends not only on what the management wants (individual), but also what is possible for them to achieve (industry), and by which they will be able to survive (macro environment) (Pan et al, 2000).

According to Pan and Tse in 2000, there are two types of entry modes, Equity and non-equity, which distinguish themselves by the degree of risk they involve, the control they require and the investment it needs. Equity entry modes require a high level of control and cost of investment. A joint venture and a wholly owned subsidiary are examples of this entry mode, involving a sole owned company taking full risk, or two companies that take stakes into each other. What remains is a high level of risk - financially – for the owner(s) who remain to have a high level of control within the company. In contrast, non-equity entry modes require a low level of control and resource investment. Examples are export, licensing and contractual agreements, which often involves a cooperation of two or more companies and the spread of risk. What type of entry mode an investor or entrepreneur chooses relies on the market environment characteristics and the investors' incentives.

In the choice of entry mode established companies have an easier choice to make, because they can endure failure without suffering major financial damage. For entrepreneurs this is a different case. First of all, the entrepreneur should revise the structural barriers and entry gateways in order to see if the venture has a chance for success. Secondly, does the new venture has the level of resources necessary for survival, or does it need partners to do so, and how is it planning to grow in further stages. Third, the market environment will predetermine the characteristics of the venture as for its entry and growth strategy. All together affecting the venture's probability of survival (Estrin, 2013; Chrisman, 1998).

It is hard to say which type of the entry strategies IT new ventures use, because it depends on what type of product the venture wants to deliver. According to literature most SME's prefer more non-equity modes of entry since this decreases the level of risk. New ventures that require high amounts of resource supplies, the division of risk, like a joint venture, would therefore be a wise thing to do (Nakos, 2002). When the venture does not require much resources, like many IT ventures, it could either choose to set up a wholly owned subsidiary to maximize profit, or to be aided by another established company in a non-equity contractual agreement (alliance) to create foundation for further expansion.

Where IT ventures are sure to start off alone as wholly owned subsidiaries, this might lead to future problems. Delivering products to a small target market is one, but to enter the bigger market and capture a large market share, these ventures require resources and an already established brand name. Therefore choosing entry modes via a joint venture or alliance would be a wiser thing to do. Export, the last type of entry strategy, is mostly used by more established companies or ventures that produce tangible products (Woodcock et al., 1994). In the end the general practitioner has to choose to either cooperate with new initiatives that either stand on their own or with ventures that are integrated or work together with other companies that are also new or more familiar with the E-health market.

Market Growth Strategy

Where the entry strategy only looks at the possibilities for a new venture in which form it is to enter and survive the initial market entry, the growth strategy looks at ways to survive/establish after the initial entry, and more important how to grow in a new or competitive environment by specializing in a certain strategy (Cassar, 2014). The choice for a growth strategy, chances the whole of company practices, from operation to mission and vision (Ansoff, 1957). Therefore, these strategies could affect the mind-set of a customer towards the company. An example of this is Ryanair, that first tried to enter the “same old market” with a new product, but was outcompeted by the bigger established players. After this Ryanair went for a market penetration strategy, to deliver the same service as other carriers, but for minimum costs, completely resetting the mind-set of the company from a Full Service Conventional airline to a Biggest Low Fare Airline (Connell, 2005). The growth strategy thus creates certain expectations and reasons for a customer to go into business with these

companies. The same for general practitioners, but in which magnitude it has an influence on their decision main has yet not been clearly investigated.

Already in 1957 Ansoff constructed a matrix which describes the four possible market growth strategies. The Ansoff matrix shows that there are actually two factors that play a role, the product and the market. Whether one of these factors is present or new, will make the type of growth strategy (Ansoff, 1957) The product-market strategies can be seen as a joint statement of a product line and the corresponding set of missions which the products are designed to fulfil (Hako, 1972). A new venture can choose which of these four different strategies to follow; respectively Market Penetration, Product Development, Market Development and Diversification. Anshoff made a sharp distinguish between the different strategies, but in practice they often overlap. Here below a short description of the four strategies and why this might affect a general practitioner's decision to buy from the company:

1. *Market Penetration*
This strategy lays a focus on producing a product that is already on an existing market. The company tries to sell more of their products by capture more market demand or to sell more products to the current buyers (Ansoff, 1957). An example of this is Ryanair, MacDonald's or Action, which try to sell more products by lower the costs. These firms focus mainly on sales and marketing. It is an advantage to follow this strategy when the company has a small market share. For E-health this type of strategy is often implemented by bigger companies that copy products from SME's and entrepreneurs. An example is Google, which copied the EMD's from SME's and deliver this against no price.

2. *Product Development*
The venture develops new products, but for an already existing market. This can either be by delivering one new product to the market, but also by cross selling, where the company delivers extra products to the customer when it buys the first (Ansoff, 1957) . In the IT market many new ventures follow this type of strategy. Developers of software often sell newly developed products to their customers and additionally offer extra services to increase the workability of the product. Examples are big enterprises like Philips and Planet Medica who deliver multiple kinds of products for healthcare but also small enterprises like Directlabs who develop and deliver new E-health products for the customer and additionally offer other products and services as well (Blood tests and health checks via internet).

3. *Market Development*
When the product already exists, but it seems that there is no market for the product, the entrepreneur should look for new markets to gain sales. This can either be by lowering the price of the product, or to simply try and sell the product to a different customer segment (Ansoff, 1957). For intangible products this is easier than for tangible products. A good example of market development in E-health is m-health. The majority of E-health users come

from well-developed countries like USA or Western Europe. Though a big market still awaits the entry of E-health products like low- and middle-income countries (Lewis et al., 2012). A new initiative called M-health Africa, which delivers an already existing product to a new customers segment, shows a good example of a market development strategy in E-health.

4. *Diversification*
Maybe the most risky, but also the relatively most rewarding strategy, is the strategy of diversification. A company tries to deliver a new product to a new segment of customers, which is seen a lot in the portfolio of E-health products (Ansoff, 1957). Big companies like Nintendo have adopted this market strategy. The risky part of this strategy can be that the product does not get across, or that it will be copied. In addition this strategy demands for a simultaneous departure of new innovations in the product line. E-health-watch a new initiative from Ireland, is a good example of developing a new product (personalized healthcare watch) for a new market (Elders).

Each of the above strategies describes a distinct path which a business can take toward future growth. However, it must be emphasized that in most real-life situations a business would follow several of these paths at the same time. As a matter of fact, a simultaneous pursuit these strategies is usually a sign of a progressive, well-run business and may be essential to survival in the face of economic competition (Ansoff, 1957).

When looking at the current market practices for E-health ventures the strategy of diversification is predominantly present, which is normal for a young market segment. Also the strategy of Product Development is something that often applied in new venture practices. Mostly big companies, like Google and Apple try to use the strategy of Market Penetration, using the ideas and innovations of others to capture new customer segment and more market share. But as said, there is not a clear distinguish to be made, which strategies give the key to success in E-health.

In summary, before setting up a new venture in E-health, it is important for an entrepreneur to consider what barriers he/she will encounter. The entrepreneur should ask him/herself questions like what does the general practitioner want as a customer, does he want a product that is cheap, a product that he was already familiar with, or does the general practitioner want a new innovation and in to which extent does he want work and develop this product ? And when having solved these problems analyse the market in order to determine how to outcompete the rivalry and to overcome threats. In order to find solutions to these questions a well-chosen entry and growth strategy gives a beginning but still the real success factors remain unknown. Therefore, this research combines the customer line of thought and its barriers, the market properties and the new venture's characteristics to find whether there are specific success factors for the adoption of e-health innovations by general practitioners.

To do so, experts, general practitioners and entrepreneurs will be studied extensively to find the answer to the one main research question:

''What are the entrepreneur's critical success factors for adoption of ICT innovation's by general practitioners in the healthcare ?''

Summary Section 2.4

Being an entrepreneur in healthcare is not an easy job. The field in which E-health works, is becoming more known and the market environment seems to be stabilizing. The Dutch government supports new technological initiatives in healthcare and with an environment of high level of resource availability and technological development, it is a suitable environment for new E-health start-ups. Still, it is important for every new entrepreneur to put up a market and strategic analysis before kicking off. The E-health market itself contains many competitors, both big and small sized. Where the environment is suitable for new initiatives the threat for new entrants is high as is for the bargaining power of suppliers and buyers. Both aspects make the E-health market a risky market to invest in but with a rapid and strong diffusion of innovations success can be achieved.

A rapid innovation diffusion can be made possible by choosing the correct market entry and growth strategy. New ventures often choose to start off in a wholly owned subsidiary but it seems that for healthcare it would be a wiser to start off as in non-equity setting like a strategic alliance or a joint venture since this helps building leverage and increase the resource availability. Together with the entry strategy, the growth strategy must be carefully chosen. Like for Google, in Box 2, their market entry strategy was chosen wisely, but what they did not think of well enough was their market growth strategy, causing the failure of Google Health. For E-health ventures it is almost impossible to go by only one type of growth strategy because most of them overlap. Market and Product development strategies are often used by E-health new ventures, but pre-dominantly Diversification is the common practice. Once again, these strategies overlap in different ways, this is why it is difficult to say which of the strategies the best to choose is.

In the end, a new venture should wisely consider and selects a specific customer segment, suitable strategies for market entry and growth, and an environment it will be able to grow in. Since general practitioners play such a big in the success of E-health ventures in healthcare, knowing and utilizing their perceived factors of success for adopting new innovations would be the key to success.

Part II: Empirical research

The second part of this research, the Empirical research, uses the knowledge gained from the Literature Study and combines this with a research strategy to reach the Research Objective. This part of the report will shed a light on how the researcher wants to reach the objective, by which method he wants to achieve this and in what way the researcher wants to use the obtained data to produce recommendation and conclusions. Section 3.1 elaborates on the methodology used in this research. Section 3.2 goes into depth on the results.

Chapter 3 Empirical Research

3.1 Research Methodology

To give a quick overview of what this section beholds Figure 9 was made. The Research Methodology gives an overview of the underpinning thoughts to the chosen research methods, research units and research analysis. The researcher chose to divide the methodology in four parts. Part A is the preliminary research and the selection of research units (I.e. interview groups). Part B uses the information of Part A to formulate interviews that were used as empirical research. Next to this in Part B decisions were made on the research methods as well. Part C is a follow-up of Part B which is the transcribing of recorded interviews and the selection of analysis methods. In this part the large amount of data is converted into useful results. At last, in Part D, the results were analyzed.

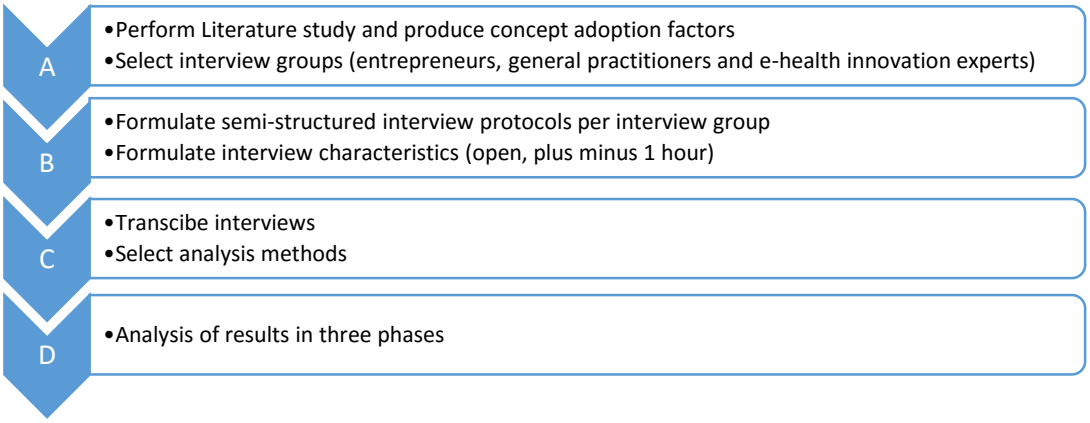


Figure 9 Overview of the research methodology parts (Part A, B, C and D)

3.1.1 Part A

To answer the main- and sub research questions empirical research was conducted. Prior to this, a literature study was done on the specific characteristics, i.e. factors, of entrepreneurs and general practitioners influencing the adoption of innovation in healthcare. These were either personal, environmental or market factors that play a role in the adaptation of new innovations by general practitioners. The different literature components, elaborated on in the Literature Study, together with the adoption factors function as the backbone of the conceptual model and the empirical research.

Further in Part A the research units were selected. To overcome weaknesses or intrinsic biases/problems, the researcher chose to look at the adoption process of E-health innovations from different perspectives. This way of researching is often referred to as triangulation - The concept of triangulation is borrowed from navigational and land surveying techniques that determine a single point in space with the convergence of measurements taken from two other distinct points - (Bryman, 2003). Where this research is about the suspected mismatch between the thoughts of e-health entrepreneurs and general practitioners, these are the two groups that are to be investigated. In order make it a triangulation research a third party was added, the E-health experts. These experts were expected to have knowledge on innovation adoption in the e-health sector.

On beforehand, multiple requests for interviews were send out to select Dutch general practitioners (89), e-health entrepreneurs (21) and e-health experts (37). These requests were to gather:

1. Dutch entrepreneurs in e-health (3) selected from the entrepreneur section at the Zorg & ICT fair in Utrecht. Information gathered by interviewing this research unit should be to answer the sub research question: What are determinants for successful implementation of E-health innovations according to entrepreneurs, and by which matters do entrepreneurs try to reach successful adoption of their innovations, with respect to general practitioners?

2. Dutch General practitioners (10) currently active in healthcare. General practitioners were found through the internet website Zorgkaartnederland.nl. First practitioners active in the neighborhood of the researcher were selected and secondly cities with a large number of practitioners were used to select practitioners. From the total of 89 requests 25 were sent to general practitioners in the region of Ede-Wageningen, 25 to the region of Den Haag, 19 Amsterdam, 12 to Utrecht and 8 to Rotterdam. All practitioners were selected randomly from the list which can be found per city at Zorgkaartnederland.nl.

   The interview group of general practitioners was to give 'customer' information on e-health innovations. Further information gathered from the interviews should answer the questions: What are the considerations made by general practitioners to adopt new healthcare ICT innovations?

3. Dutch e-health innovation experts (5) were selected from Zorg & ICT fair in Utrecht, March 2015. The information delivered by the experts should cover the supposed mismatch between the entrepreneurs and the general practitioners, answering the question: What are, according to innovation experts, the criteria that make a successful bridge between e-health innovation in HC and the adoption of these by HC actors?

Out of the 147 requests a total of 22 respondents granted an interview, which is 15 % response rate (four e-health entrepreneurs, ten general practitioners and eight e-health experts).

3.1.2 Part B

After Part A the researcher used the conceptual model to formulate a research interview which was fit to each interview group. The main guidelines throughout the interview were similar for all groups. The more specific sub research questions were integrated throughout the interview protocol questions so that answers could be found on the specific research questions per interview group.

The interview protocol exist out of four topics with open questions related to general information, background information, influences on the attitude of the general practitioner towards adopting e-health innovations, the general practitioner's attitude towards e-health innovation, entrepreneurs and a concluding question that summarized the total of this research. Where general practitioners are hard to reach, see the responding results of Part A, and have limited time the interview protocol formulated exists out of six general questions, three questions per topic and one concluding question.

While putting up the interview protocol the researcher made sure the questions used would deliver results to answer the research questions by specifying the questions used per topic to the interview groups. Although the amount of interview questions is limited, the open questions give space for the interviewee to answer with more in-depth explanations. Next to that the interviewer had the space

and opportunity to go deeper into questions or topics. When, in the eyes of the interviewer, a question was answered incomplete he would have the chance to ask follow-up questions to increase the level of understandability. In this way it the researcher tried to make sure that the information derived from the interviews would be more than sufficient to answers the research questions.

The interviews conducted are semi-structured whereas the researcher and interviewee were able to ask questions outside of the interview protocol. To increase the level of interaction the interviews were only done in person or via Skype. The protocol's open character, together with direct contact with the interviewee, led to more in depth information and to better understanding of answers and questions. The interviews lasted between 45 and 90 minutes and were recorded.

3.1.3 Part C & D

After conducting the interviews the recordings were stored on a computer. To analyze all the obtained data the interviews were transcribed using InqScribe, resulting into 126 pages of text, which can be found in Appendix B. Meanwhile methods were chosen to analyze the results. The researcher chose to analyze the results in four different phases.

In the first phase the interviews were scanned to find similarities within and between the answers of the different interview groups. The researcher summarized information given per topic per interviewee on paper and compared these within and between interview groups to see which result section would be most useful for further investigation. Thereafter the interviews were read in-detail to find sentences or paragraphs that could be linked to one of the eight adoption factors. Within these sentences and paragraphs several recurring words were found. These recurring words became the keywords of the adoption factors. The keywords in their turn gave the opportunity to link interviewee's quotes with an adoption factor. Every quote made on an adoption factor was counted and analyzed. Since this analysis led to a big quantity of useful quotes the researcher decided, for Phase 2, to take only one representative quote for every interview group per adoption factor and save other 'juicy' quotes that are relevant for this research. In order to select one representative quote, the quote needed fulfill the following:

1. Contain soft keywords
2. Work as a mean for all the other quotes (comparability)
3. Give a full and representative explanation of the specific factor
4. Should give a connection between the adoption factor and the adoption of innovation.

Altogether this would give a representative view on where matches and mismatches between the thoughts of interview groups can be found. Eventually the results were elaborated on in the last phase, Phase 3.

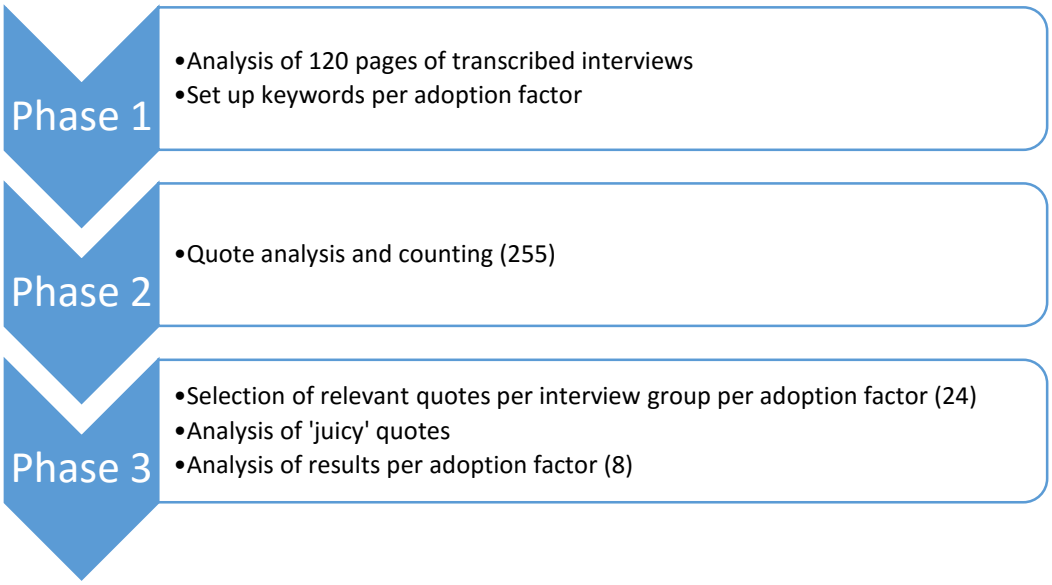


Figure 10 Three phase method of analysing results

3.2 Results

The Results section of this thesis shows the results that were obtained throughout the empirical research. First, a general introduction is given elaborating on the research and interviewees. Secondly the results will be presented in three chronological analytical phases. Phase 1 is the determination of the keywords, followed by Phase 2 were the interviews are analyzed and Phase 3 that goes into depth on adoption factor results.

3.2.1 General

After sending out 89 interview requests to general practitioners, 21 to entrepreneurs and 37 to E-health specialists, the researcher was able to get interviews with 10 general practitioners, four E-health entrepreneurs and eight E-health experts. All were, as noted in Methodology, selected from internet or the Zorg & ICT fair. Due to the more or less random selection the background characteristics, as the current characteristics, of the respondents differ. The interview protocol helped to derive background information on the respondents with respect to Function, Professional background and years of experience. Table 2 gives an overview of background characteristics. For the integrity of the respondents no further information on demographics or personal information was given in Table 2.

All general practitioners are actual general practitioners in function and hold a master degree in medicine. Most of them were assistant doctors before become general practitioners, where others were hospital interns, doctors of any kind, or active in the pharmaceutical industry. What jumps out is the years of experience in healthcare, which is high (average of almost 20 years) for all general practitioners, except for one (five years of experience). The second interviewee group exist out of four E-health entrepreneurs and are either founders or chief executive officers of their first new venture in E-health. Their backgrounds differ as their do their companies' products, video consulting, integrating platforms and avatars, but all have a connection with general practitioners. The entrepreneurs are less experienced (average of 1.5 years). The last group, E-health experts, are all persons with a management position at their company. Five of the experts can be considered mature E-health entrepreneurs with an average of 11.6 years of experience in healthcare. Either one of them has experience in setting up one or more new ventures in E-health. The remainder of three E-health experts are also involved in E-health innovation projects but are not the companies' founders.

Each respondent was interviewed in Dutch by the guiding lines of the interview protocol of the designated group of respondents and recorded. An interview lasted between 45 minutes and 1.5 hours and were all semi-structured. Both the interviewer and interviewee were able to ask questions outside the protocol questions to either gain more depth information or to seek for further explanation. After recording and transcribing all interviews were send back to the interviewees for verification before the researcher started analyzing. The analysis was done in three different phases. In Phase 1 keywords were analyzed and adoption factors coded, Phase 2 exists out of putting key words to use and selecting, counting and organizing the adoption factor quotes, were in Phase 3 the most relevant and representative quotes per factor per interview group were selected.

Table 2 Respondent characteristics on Respondent, Function, Professional background and years of experience in healthcare. * GP (General practitioner), ENT (Entrepreneur), DPM (Daily practice manager), CEO (Chief Executive Officer), PLM (Product Line Manager), R&D M (Research and Development Manager), GM (General Manager)

Respondent	Function*	Professional background	Expercience
General Practitioner			
General Practitioner	GP	MSc. Medicine, Hospital internist	19 years
General Practitioner	GP	MSc. Medicine, Assistant doctor, cardiologist	22 years
General Practitioner	GP	MSc. Medicine, Hospital internist	21 years
General Practitioner	GP	MSc. Medicine, Hospital internist, palliative doctor	22 years
General Practitioner	GP	MSc. Medicine, Assistant doctor, Tropics doctor	20 years
General Practitioner	GP + ENT	MSc. Medicine, Assistant doctor, NHG	11 years
General Practitioner	GP + DPM	MSc. Medicine, PM pharmaceutical industry	12 years
General Practitioner	GP + DPM	MSc. Medicine, Hospital internist	25 years
General Practitioner	GP + DPM	MSc. Medicine, Assistant doctor	25 years
General Practitioner	GP + DPM	MSc. Medicine, Assistant doctor, Dutch Marine Medic	5 years
E-health Entrepreneur			
E-health Entrepreneur	CEO + ENT	Applied science, TNO, Business consultant	0,5 year
E-health Entrepreneur	CEO + ENT	MBA, Philips R&D	2 years
E-health Entrepreneur	CEO + ENT	MSc. Medicine	0,5 year
E-health Entrepreneur	CEO, GP + ENT	MSc. Medicine, Consultancy, Administration, GP	3 years
E-health Expert			
E-health Expert	CEO + ENT	MBA, Nursery, Informatics	8 years
E-health Expert	CEO + ENT	Pharmacist, Consultant	20 years
E-health Expert	CEO + ENT	MBA, Management, Marketing, Consultancy	6 years
E-health Expert	CEO + ENT	Applied Science, Healthcare, Nursery	10 years
E-health Expert	CEO + ENT	Consultancy, management	14 years
E-health Expert	PLM	BA, Consultancy	11 years
E-health Expert	R&D M	MSc. Psychology and BA, Nursery	2 years
E-health Expert	GM	MSc. International business, HRM ABN AMRO	4 years

3.2.2 Phase 1

The interviews were read superficially first to give the researcher a general feeling on the results. Second, the interviews were analyzed per interviewee group with the help of the adoption factors from literature study. Sentences and recurring words were highlighted per interview. These highlighted sentences and words, in combination with the adoption factor background information, were coded to soft keywords. In this way every adoption factor was linked to certain keywords by which the interviews could be analyzed. Since the interviews were in Dutch, the soft keywords were also made in Dutch. Table 3, gives an overview of the adoption factor, its abbreviation and the relevant keywords in Dutch. Because the readers of this report might not be Dutch, the keywords are also translated to English to give an impression.

As presented in Table 3, the researcher linked not more than six soft keywords to every adoption factor, in order to give space for interpretation of the interview sentences. Sometimes it was the case

that a sentence could belong to more than one adoption factor. In this situation the researcher chose to select the adoption factor of which keywords came forth most.

Table 3 Soft keywords per adoption factor in Dutch and English

Adoption factor	Abbreviation	Soft Keywords (Dutch)	Soft Keywords (English)
Change Proces	*CP*	Verandering, werkstijl, ondersteuning, implementatie, ontwikkeling	Change, working style/methods/operations, support, implementation, development
Technical	*TC*	Technologie, integratie, gebruikersvriendelijkheid, complexiteit, compatibiliteit	Technology, integration, user-friendliness, complex(ity), compatibility
Time	*TI*	Tijd, timing	Time, timing
Psychological	*PS*	Psychologie, persoonlijke redenen, persoonlijke voorkeuren, controle, vetrouwen	Psychology, personal reasons, personal preferences control, trust
Financial	*FI*	Geld, kosten, financieel en investering	Money, costs, financial, investment
Legal	*LE*	Veilig, veiligheid, privacy, regels,wetten, betrouwbaar	Safe, safety, privacy, rules, laws, reliable
Social	*SO*	Patiënt, concurrentie, politiek, praktijken	Patient, rivalry, politics, practices
Organizational	*OR*	Bedrijf, organisatie, medewerkers, zorgverzekeraar, zorg partijen	Company, organization, employees, (health) insurance company, involved health parties

3.2.3 Phase 2

The results of phase one, codes and soft keywords, were then used to analyze the interviews. By the help of soft keywords quotes or paragraphs referring to either one of the eight adoption factors were identified within the interviews. Also when synonyms of soft keywords were used by an interviewee these quotes were picked out to be used for further analysis. Repetitions, stating an adoption factor multiple times with the same arguments, within one interview were left out for further research were they have no additional value to the research.

Since this research exist out of 22 interviews, counting 120 pages of interview text, the researcher decided to put a max on the useful adoption factor quotes per factor by four. If more than four quotes on one adoption factor were brought up in an interview the quotes that had a high level of similarity with other quotes within one interview or quotes that were already mentioned multiples time by other groups of interviewees were left out for research. The method was applied to all three interview groups and resulted in three adoption factor quotes tables which can be found in Appendix A Table 2, 3 and 4. When an interviewee did not mention an adoption factor no count was noted. The tables were not included in the result section where they are large and complex (i.e. 22 interviews x 8 factors x 4 possible quotes). These tables were again used to narrow down the amount of qualitative information. An alternative to represent these tables is table 4, which shows the count of adoption factor quotes per interview.

From the total counts, quantitatively seen, it is directly visible that some of the adoption factors were mentioned more than others. From the colors we can see that the three different interview groups stated the following three adoption factors the most: CP, TC and PS. With a score of 54 the adoption factor 'Change Process' (CP) is mentioned most, followed up by 'Psychological' (PS) with 51 and 'Technical' (TC) with 38 counts. Whether these factors are most important cannot be said from the results, though these adoption factors should be consulted when delivering an E-health innovation that is to be adopted by a general practitioner.

Adoption factors that were mentioned least are more divergent throughout the interview groups. The interview group of General Practitioners show least of their interest to the adoption factor 'Time' (TI), with a count of six, followed by 10 counts of 'Legal' (LE) quotes and 12 of 'Financial' (FI). The group of Entrepreneurs also had lesser interest in these three factors only 'Legal' was least interesting for them with only one quote made on this adoption factor. Followed by 'Financial' with three and 'Time' with four. The experts thought a little different from the others, 'Time' with a count of one also seemed less important in the adoption of E-health innovation by general practitioners. In contrast with the other groups the experts did not see too much interest in 'Organization', counted four quotes. At last number three in the row is Legal with a count of six.

In the middle of these two groups, most and least quoted adoption factors, remain 'Social' with a count of 33 quotes and 'Financial' with 26. Both of these factors should not be forgotten where are to be mentioned almost by every expert and general practitioner.

Something noticeable from Table 4 is that the general practitioners and experts lay a focus upon the process of change that comes with the innovation adoption, whereas entrepreneurs do not. As for 'Financial' where only three statements were made by two entrepreneurs were almost all practitioners and experts mentioned this adoption factor. The factor 'Organizational' also shows something interesting. Where most general practitioners show to have a high interest in this factor in terms of innovation adoption, the other two groups do not.

Table 4 Count of quotes per adoption factor per interviewee, totals included. Below the table the legend.

Interviewee	CP	TC	TI	PS	FI	LE	SO	OR
GP 1	4	1	2			1	1	2
GP 2	2	3		4	3	1		3
GP 3	3	1	1	2	1	3	1	
GP 4	3	1	1	2	1		1	2
GP 5	2	2	1	2	2	1	2	2
GP 6	3	3	1	2	1	2	1	2
GP 7	4	1		3	2		2	2
GP 8	3	1		3	1		2	1
GP 9	1	3		2		2	2	1
GP 10	2	2		3	1		3	1
Total count	27	18	6	23	12	10	15	16
ENT 1	1			3	1		1	2
ENT 2	1	2		1	2		1	3
ENT 3	3	2	1	3			2	
ENT 4	4	3	3	4		1	3	
Total count	9	7	4	11	3	1	7	5
EXP 1	2	3		2	1		2	1
EXP 2		2		4	2	1	2	
EXP 3	2	1		2	1	1	1	1
EXP 4	3			3	2	2	2	1
EXP 5	1	1		2	1	2	3	
EXP 6	4	1	1	1				
EXP 7	3	2		1	3		1	
EXP 8	3	3		2	1			1
Total count	18	13	1	17	11	6	11	4
Overall total	54	38	11	51	26	17	33	25

High Medium Low

3.3.3 Phase 3

All in all it seems reasonable to assume that the factors mentioned most by the interview groups have a high level of interest with respect to the adoption of E-health innovations by general practitioners, where less interest is for the adoption factors that are quoted least. Though Table 4 only gives quote counts and no in-depth information, which might be misleading. Therefor the researcher decided to produce Table 5 which give more qualitative information. In order to do so the amount of qualitative data had to be narrowed down and selected one representative quote per interview group per adoption factor, shown in Table 5.

In contrast with ''quantitative'' Table 4, Table 5 gives more in depth information on quotes that represent the specific thoughts about a specific adoption factor per interview group. The column with keywords directly gives away that for the adoption factors CP, TC, PS, FI and LE there is a match in ideas and opinions between the interview groups, which is positive for innovation adoption. These adoption

factors should therefore not be the factors that cause the barriers general practitioners have against adopting new E-health innovations. Between the other adoption factors not a direct match in thoughts can be observed. The results of Phase 3 are discussed here below, beginning with most quoted factor (CP) and ending with the least quoted factor (TI):

Table 5 Representative quotes per factor per interview group (Nr. of interviewee (#))

Factor	Interview group	#	Soft keywords	Quote
CP	GP	7	Development and implementation	''Dan hebben we ... Van het product''.
	ENT	4	Implementation, change in operations	''Ik denk dat ... Anders gaan werken.''
	EXP	4	Change process, uniformity of language	''Hm... Voornamelijk de ... Elkaar niet begrijpen.''
TC	GP	3	No switch, hang-in, integration	''Echter zijn al ... is met alles.''
	ENT	2	Overall integration, possibilities	''We proberen merk ... Daarvoor nodig zijn.''
	EXP	2	Integration with existing systems	''Ze zullen altijd ... Ik dat vervelend.''
TI	GP	1	Implementation time	''Dit hebben we ... Gewoon geen tijd.''
	ENT	3	Timing, early adopters	''Nou ik denk ... dit essentieel zijn..''
	EXP	6	Timing	''Ja als ik ... Meer aan joh.''
PS	GP	2	Personal preferences, mission and vision	''Het zal dan ... Zijn ze daarin.''
	ENT	1	Mission and vision	''Maar ook dat .... te halen valt.''
	EXP	1	Shared mission and vision	''Het belangrijkste is ... Een visie deelt.''
FI	GP	6	Cost reduction, stimulation E-health use	''Ja zeker, dat ... prikkelen zijn, geld''
	ENT	2	Costs	''Medische technologie is ... Zijn voor hun.''
	EXP	5	Finance, hidden thought	''Nou ja en ... Achterliggende gedachte is.''
LE	GP	2	Expected safety and privacy	''Daar moet wel ... Bewaard moet blijven.''
	ENT	4	Safety of the product, safety	''Ja, ik denk ... veiligheid te bieden.''
	EXP	3	Calibration, fundamentalization	''In de gewone consumentenmarkt ...vertaald moet worden.''
SO	GP	8	External party influence	''Kijk, de zorgverzekeraar ... Om heen kunt.''
	ENT	2	Patient wants	''Het is een ... Nu langzaam aan.''
	EXP	1	Multiple stakeholders	''Je probeert met ... Daar mogelijk is.''
OR	GP	4	Selective innovation choice, unanimity	''Ja, ik begrijp ...binnen onze praktijk.''
	ENT	4	Internal network, organisational mindset	''Je begint vaak ... Ouderen en conservatievelingen.''
	EXP	4	Employees, resistance	''Bij aanvang is ... Zou kunnen bieden.''

For the ease of reading, the researcher has translated the quotes in to English.

Change process (54): The general practitioners have the general opinion they want to be involved in developing and implementing the innovation, in order to adopt the innovation. The quote made by general practitioner 7:

''Dan hebben we nu liever zelf de investering in de hand waarin we lekker kleinschalig beginnen zodat de mensen ook beter erop worden voorbereid en we zelf ook mee betrokken zijn bij het ontwikkelen en implementeren van het product.''

''Than I would rather keep the investment in own hands, in which we start off small so that people can be prepared for change and we, as general practitioner, remain involved in the process of development and implementation.''

The general practitioners want to be involved in these phases of product development to be able to adjust the practice's operations to the product and vice versa. In almost all interviews the general practitioners said that every general practitioners have developed their own working style over the years, which makes it difficult and disruptive when innovations are to be adopted.

This is in line with thoughts of the entrepreneurs. According to Entrepreneur 4:

''Ik denk dat iedereen van ons ondernemers problemen heeft omdat zorgverleners ieder een bepaalde manier van werken hebben. Hiervoor moeten de nieuwe systemen van tegenwoordig allemaal op een hele andere manier gaan werken. We moeten gewoon anders gaan denken en voornamelijk die zorgverlener moet anders gaan werken.''

''I think that every entrepreneur is currently dealing with problems because the general practitioners all have their own way of working. Therefor in the development of new systems we have to start working in a different matter. We have to change our thoughts and, in my opinion, the general practitioners have to change their way of working.''

As the quote states, there are many hurdles that come on a path with implementing new innovations, therefor it is necessary to have general practitioner's help in implementation of a new innovation. Not only to overcome the implementation hurdles but also to make sure that the change in the general practitioner's operations is developed in such a manner that they can accept them. Experts also say this must be the case, but still there is a mismatch due to a lack of uniformity in the language of innovation and operations between the two parties. A quote made by Expert 4 represents these thought which is shared through the group of Experts:

''Hmm.. voornamelijk de aansluiting bij de huisarts en dan bedoel ik voornamelijk dat de huisartsen niet ervan op de hoogte zijn dat deze innovaties bestaan maar ook dat ze niet dezelfde taal, om het maar even zo te zeggen, als de ondernemers spreken. Hierdoor krijg je al vroeg in het broodnodige implementatie/adoptie verhaal een mismatch waardoor beide partijen niet met elkaar door de deur kunnen omdat ze gewoonweg elkaar niet begrijpen.''

''Hmm, mainly the connection at the general practitioners, and by this I aim for the fact that general practitioners are not up to date if it comes to innovations. Next to that they do not speak the same jargon, as to say, like the entrepreneurs. In the early phases of implementation this causes a mismatch which is an early indication to failure, due to the fact that the entrepreneur and general practitioner simply do not speak the same jargon.''

Psychological (51): General practitioners, entrepreneurs and experts think the same about the psychological adoption factor: There should be a match between the entrepreneur's mindset and that of the general practitioner. The mission and vision behind adopting the innovation should match between the personal preferences of both parties, which is essential to this adoption factor. A match would cause a seemingly more open mindset/attitude of the general practitioner towards adopting the innovation an entrepreneur has to offer.

Comparing the representative quotes made by the different interview groups shows the result:

Quote General practitioner 2:

''Het zal dan ook een beetje het gevoel bij het bedrijf zelf zijn. Voel ik me thuis bij hun missie en visie en hoe erg willen ze met mij samenwerken en hoe flexibel zijn ze daarin.''

''It is also the feeling I get with the company. Do I feel aligned with their mission and vision and how sincerely do they want to cooperate with me and how flexible are their way of working.''

Quote Entrepreneur 1:

''*Maar ook dat het erg belangrijk is om te kijken als ondernemer deel ik dezelfde visie en missie als de huisarts, ik denk dat daar de meeste winst al te halen valt.*''

''As an entrepreneur it is very important to see whether I share the same mission and vision as the general practitioner, I think this is where most ground can be gained.''

Quote Expert 1:

''Het belangrijkste is natuurlijk dat het je gegund wordt en het vertrouwen wekken dat je een goed product hebt en dat werkt, dat je samen gelooft in een bepaalde missie en dat je een visie deelt.''

''It is most important to have the goodwill and trust of the general practitioner, that your product works and to share the same mission and vision.''

Technical (38): Like for the factor psychology, the adoption factor technical is mentioned in the same way by all three parties. As the keywords denounce, integration is the key to success. When there is a possibility for the innovation to be integrated with the current systems, which makes that the general practitioner does not have to switch from his daily ways of working, and the possibility for further innovation, this adoption factor would not hinder the adoption of E-health innovations. A quote made by General practitioner 3, here below, covers the subject. The general practitioner stated that there are so many innovative possibilities and so many systems to work with. General practitioner 3 compares all the E-health innovations with buying a Christmas tree which are all filled with their own Christmas tree baubles, but he what he wants is one product that is integrated with everything (i.e. platform).

Quote by General practitioner 3:

''Echter zijn al die 27 verschillende mogelijkheden voor mij een soort van kerstboom om in mijn eigen kerstboom te hangen. Waarin elke kerstboom dan weer zijn eigen kerstballetjes heeft (E-health toepassingen). Ik wil gewoon een product dat geïntegreerd is met alles. ''

''Al those 27 possibilities of innovating, work like a Christmas tree to be hung in my own Christmas tree. And within those trees every one of them has its own baubles (e-health applications). I would prefer one product that can be integrated with everything at once.''

Social (33): Social is a factor that comes with more diversity. The general practitioners, in general, say that they want to avoid as many external parties, like health insurance companies, where they influence their operations through finance. Besides that the practitioners are afraid that the health insurance companies cause market forces and competitions within their business. E-health apps that contain advertisements are the first examples of the problem. A quote that matches with this result from General practitioner 2:

''Uh, daar zijn we een beetje huiverig voor, want de zorgverzekeraar heeft ook zo een app systeem waarin de patiënt kan zien hoeveel een huisarts uitloopt met zijn consulten en hoe zijn spoed bezoeken zijn. Dat kan je ook laten sponsoren door een zorgverzekeraar maar dan krijg je allemaal reclame van de zorgverzekeraar en dan mogen zij alle dingen bepalen in hoe onze systemen gaan werken. Je verliest als arts dan heel erg de controle en daarnaast zal de patiënt dat ook allemaal niet begrijpen. ''

''Uh, we are still undecided about that, because the healthcare insurance also has an app system like that, in which patients can see how a general practitioner performs. This applications can be funded by the healthcare insurance company but as compensation they remain in charge of the application and are allowed to place advertisements. By doing this a general practitioner loses control and the patient will be confused.''

On the other hand, the practitioners also admit that it is very hard to do so. In the end the health insurance companies provide financial support to the general practitioners operations, thus being influential in the adoption of their (E-health) innovations. In contrast the patient is not a big player in the adoption of innovation, they are unskilled and should therefore not be the key driver in this adoption factor for the adoption of an innovation. The entrepreneur thinks differently. They think that the patient is the end customer and so their needs and wants are need to be met in E-health innovations. Experts try to mediate between these two opinions. As Expert 1 quotes:

''Je probeert met zoveel mogelijk stakeholders samen te werken, huisartsen, zorgverzekeraars, medische centra, ICT leveranciers en de patiënten zelf. De mensen hoeven niet met nieuwe systemen te gaan werken maar er moet natuurlijk wel gekoppeld worden dus we moeten met al die partijen, welke allen hun eigen invloed hebben, om de tafel om te kijken wat daar mogelijk is. ''

''As an entrepreneur, you try to work with as many stakeholders as possible; general practitioners, healthcare insurance companies, ICT suppliers and patients. The stakeholders do not have to work with new systems, but still they want to be of influence in the project. Therefor hearing their voices is important to see what is possible to achieve.''

According to the experts the adoption factor social exists out of all different stakeholders, patients, health insurance companies, all with their own level of influence and all having their own needs and wants to be met.

Financial (26): This adoption factor was reflected on as expected from the literature study. Every E-health innovation is there to either create more value to a company or, as stated in all three quotes of the three interviewed groups, to reduce costs or to maximize profits. In addition, experts gave some extra insights on the adoption factor ''Financial'', as to Expert 5:

''Nou ja en natuurlijk wordt er aan de buitenkant geroepen ja maar het gaat toch om kwaliteit het gaat toch over hoe goed is het voor de patiënt maar dat is natuurlijk een meer idealistisch beeld en situatie wat vaak gebruikt werd is dat uiteindelijk dat de financiële component de achterliggende gedachte is.''

''Yes and of course from the outside it will be said that quality and the patient are top priority but this is more a visionary image and situation. In the end the financial component is the foundation of it all.''

Financing or finance is a hidden thought behind the adopting of E-health innovations. It remains a hidden thought, or unspoken topic, where making profit in healthcare is not something general practitioners and entrepreneurs are likely to talk about. Healthcare is there to help patients not to make profit off.

Organizational (25): The three interview groups complement each other with their quotes on adoption factor 'organizational'. The general practitioners say innovations are selected exclusively by general practitioners and are only adopted when there is unanimity within the organization. As to General practitioner 4:

''Ja, ik begrijp de vraag, lastig om te zeggen maar ik denk alleen door de andere huisartsen uit het centrum en er worden alleen innovaties gekozen als er unanimiteit heerst binnen onze praktijk.''

''Yes, I understand your question, it is difficult to say but I think only by general practitioners and only when everybody approves it within our medical health centre.''

The entrepreneurs have similar thoughts but have a more selective perspective on what is really affecting the adoption of innovation, as to Entrepreneur 4:

''Je begint vaak vanaf het centrale punt, en dan gaan we op zoek naar de readopters, mensen die er mee willen werken, liever niet bij de oudere en conservatievelingen.''

''Normally you start from one point onward. From there on we search for readopters, people who want to cooperate, preferably not older employees or conservativists.''

They think making unanimous decisions within a general practice center is a side issue to innovation adoption, it is the organizational mindset that is to be changed. Entrepreneurs search for innovative types within the General practitioners practice to open up a backdoor for creating an innovative mindset. According to the entrepreneurs, younger general practitioners seem to have a slightly more open attitude towards adopting new E-health innovations than older general practitioners.

In addition to the entrepreneurs and general practitioners' thoughts on 'Organizational', the experts think the employees play a key role in a positive organizational attitude towards adoption E-health innovations. According to the experts, employees that work within the general practitioner centers are the ones to deliver the resistance against innovating in operations. They are said to be the first group to deal with the innovative changes.

Legal (17): General practitioners expect new e-health innovations to have a certain level of reliability. Legal characteristics of e-health innovations, like safety, privacy, validity and reliability, are expected to fulfill standards. When there is only a slight chance of not fulfilling these, not yet defined, standards general practitioners will not have an attitude to accept the innovation into their ways of working. General practitioner 2 said something which shows that general practitioners have certain expectations when they take on new innovations:

''Daar moet wel bij nagedacht worden dat het verwacht wordt dat iets veilig is en dat de privacy bewaard moet blijven.''

''By doing this, it should be thought of that products are expected to be safe and guarantee privacy.''

But according to Table 4, only one of the entrepreneurs mentioned this adoption factor. The entrepreneur mentioned that the safety of the product is important with regard to adoption but no further comments were made on ''Legal'', which is conspicuous.

The experts, similar for the general practitioners, mention that safety and privacy of the product are expected characteristics of an E-health product. What raised concern under general practitioners, is the fact that still no institution has created a hallmark to test these characteristics. General practitioners expect scientific backing on E-health products but are uncertain about the reliability of the variety of tests that are used to scientifically back the E-health innovations. A central test-institution with a trustable hallmark is something all three groups mentioned to be waiting for. To quote General practitioner 6:

''Dat wanneer je product klaar is je een keurmerk kan vastplakken aan je product of dat je je kan aansluiten bij een grotere speler welke goed bekend staat in de markt. Je kunt je dus voorstellen dat wanneer de ondernemingen

de handen in één slaan voor zo een keurmerk en dat ze dat zelf gaan ontwikkelen, dat dit positief zou zijn voor elke partij.''

''That your product, when finished, can be qualified by a hallmark or that you can merge with a bigger player in the market. You could imagine that if all initiatives would work together and found such a hallmark (institution), it would be positive for every party involved.''

Time (11): The factor time is stated least of all eight factors. Time is interpreted as time of implementation by general practitioners. From the interviews it became clear that most general practitioner care more about the quality improvement than the time it takes to make the innovations work. Though there is still a minority of the general practitioners that say not to have time for a trial and error period, or large quantities of time to implement innovations, as General practitioner 6:

''Dit hebben we eerder ook al gezien en toen waren we echt onwijs lang bezig met het implementeren van een innovatie maar heeft het ons uiteindelijk niet gebracht van waar we wilden zijn, en dat is problematisch voor ons, want voor dat soort grappen heb je eigenlijk als huisarts gewoon geen tijd.''

''We have seen this before and there it took an enormous amount of time to implement the innovation, and it did not even bring us where we wanted to be. That is some problematic for us, because we don't have time for such things.''

Entrepreneurs and Experts think of ''Time'' in matters of timing to launch or adoption innovations. Where the majority of general practitioners indicate to have a scarcity of time to implement new innovations, they also indicate that today's market is longing for E-health innovations. This way of thinking directly links to how entrepreneurs and experts see 'Time': The moment an entrepreneur chooses to introduce its innovation to the market, time specific market characteristics, the work cycle stage of a general practitioner at which the innovation is introduced at and other. To quote Expert 6 and Entrepreneur 3:

''Ja, als ik de huisartsen dan af en toe hoor: ''Ik ben erbij en ik wil veranderen en innoveren!''. Daaropvolgend zeggen ze dan: ''Ik moet nog maar tien jaar, ik heb al zo lang zo gewerkt en er zijn zoveel veranderingen geweest, ik wil daar niet meer aan joh.''

''General practitioners say: ''I want to be a part of it, it want change and innovation!''. Followed by: ''I only have to work for 10 more years and this has been my way of working since the beginning, I do not want any more change.''

''Nou ik denk dat onze competitive advantage is dat we de eerste zullen zijn en er rolt heel veel op dit gebied hoor. Het is gewoon heel erg aan het rommelen en de kosten zijn heel hoog, daarom zijn er zo veel verliezers. Het is heel moeilijk om innovaties van de grond te laten komen. Toch als je de innovatie op een goed moment de markt op duwt kan dit essentieel zijn.''

''Well, I think our competitive advantage is to be a first mover. Still a lot of new entries are made, but due to the fact that start-up costs are high, there are a lot of losers in this segment. It is very difficult to create a working start-up. Timing, when putting your venture into the market, is essential.''

Besides timing both the entrepreneurs and experts say that innovating in E-health always takes more time than first expected. E-health innovation is always on the edge of what is technically possible and to change operations that have been in use for long.

Part III: Conclusion and discussion

Part 3 of this research goes into depth in combining literature, research and results to formulate a discussion and conclusion. The research questions and research objective are answered in this part, and at the end limitations and recommendations for this and further research are given.

Chapter 4 Conclusion and discussion

This chapter highlights a discussion founded on the analysis and results. In this chapter the initial conceptual model will be evaluated through the outcomes of this research. The research objective of this research was to examine the critical success factors for e-health entrepreneurs in de adoption of innovation by general practitioners. In the conceptual model formulated on beforehand, there were eight adoption factors mentioned, and tested within the empirical research.

4.1 General

Literature studies show that healthcare is one of the slowest innovating industries. Also in the first line of healthcare, the general practitioners centres, a low level of increasing productivity is present (Cutler, 2011). Nevertheless a large group of e-health entrepreneurs is currently offering new products to the first-line healthcare market. Yet, seemingly there is a low level of adopting these innovations. Researchers have indicated multiple adoption factors influencing the problematically low level of innovation adoption by general practitioners. The researcher has selected eight of the most stated adoption factors in literature to indicate the critical success factors for entrepreneurs in order to have a successful adoption of their innovation. Eventually this should help increase the quality of healthcare.

Literature depicted eight factors to influence innovation adoption by general practitioners. Based on our findings, it seems that all eight factors are influencing the process of innovation adoption. Next to that the results show that there is also a difference in how important certain adoption factors are supposed to be. The amount of quotes made per factor indicates this. Factors like ‘Change process’ and ‘Psychological’ are quoted over 50 times, thus to be more influential. Least influential are ‘Time’ and ‘Legal’, they are quoted 11 and 17 times respectively.

However, these results might be a bit misleading. Where one quote might be positive on the influence of a factor, others could sometimes be negatively but still be counted as one. Especially the expert group often shed a light on reasons why certain adoption factors are influential and others not. In most cases entrepreneurs and general practitioners were to give more subjective opinions. Whereas in contrast, experts tend to be more objective, giving revealing insights on quotes made by the other two interview groups. Examples of them being more objective are factors like ‘Time’ and ‘Financial’. Entrepreneurs and general practitioners say these factors are important, but expected to be fulfilled and are thus not mentioned quite often. A new innovation should create value, be reliable and validated, as that it should not take much time to be implemented. Nevertheless ‘Time’ is said to be least influential by all three parties, where a quote of General practitioner 1 summarizes the opinions of all groups:

‘’Kijk uiteindelijk staat voor mij kwaliteit voorop, dus daar is geen speld tussen te krijgen. Dan mag het innovatie proces van mij ook best wel ietwat langer duren hoor. ‘’

''For me quality it the highest priority nothing else. If the implementation of such an innovation takes some more time, I would take that for granted.''

The healthcare industry is not an industry were missteps can be made, there for all healthcare actors are to maintain quality above quantity. General practitioners in particular would rather invest more time than having an innovation adopted earlier, of course if this creates extra value.

The level of researchers' objectivity comes clear from the factor 'Legal'. Although this factor is one of the least influential factors, still it plays an important role in the acceptance of new innovations. In general, general practitioners house skepticism towards e-health innovations. Namely, the innovations are either said to be tested by unknown institutions or to be substantiated by scientific research of which it is hard to check on reliability. This creates a problem for both entrepreneur and general practitioner. What would be beneficial for both parties is an independent institution that is able to put a hallmark onto the innovations, as to General practitioner 6:

''Dat wanneer je product klaar is je een keurmerk kan vastplakken aan je product of dat je je kan bij een grotere speler welke goed bekend staat in de markt. Je kunt je dus voorstellen dat wanneer de ondernemingen de handen in één slaan voor zo een keurmerk en dat ze dat zelf gaan ontwikkelen, dat dit positief zou zijn voor elke partij. ''

''That your product, when finished, can be qualified by a hallmark or that you can merge with a bigger player in the market. You could imagine that if all initiatives would work together and found such a hallmark (institution), it would be positive for every party involved.''

Since this is not the case it becomes hard for entrepreneurs to show the product's true value and remains general practitioners to constantly doubt the product's quality. If the entrepreneurs would be to throw up one's hand to create such an institution and produce a hallmark, this would strongly increase the level of innovation adoptions by general practitioners.

4.2 Increasing level of influence

For general practitioners finance is more of a concern compared to 'Time' and 'Legal'. If it comes to money, this is always a difficult subject to talk about in healthcare where making money is not the primary intention of healthcare actors. Nevertheless general practitioners are to maintain their own profits and investments but are paid by an intermediate, healthcare insurance companies, instead of the end customer. Making the general practitioner center dependent on the financing done by the healthcare insurance companies in all matters. Often this creates a serious conflict of interests where general practitioners want to stay independent, but are now depending on a more commercial company.

So, it can be implied that the general practitioners are against their will depending on other actors, where they try to remain independent to follow their own mission and vision. Instead this is difficult when you are depending financially on another institutions with their own

mission and vision. Also entrepreneurs are struggling with this problem. For them it is hard to indicate which actor they should try and sell their products to and who is actually paying for it. In contrast to the general practitioner, they and experts remain certain that if the general practitioner is to earn a subsidy for using the innovation they would no longer resign from adopting it. Which is in contrast with the rigid attitude of the general practitioner towards healthcare insurance companies, still they admit that with a subsidy it would lower the threshold value of innovating.

4.3 External influences

From up top it seems that even a bigger problem is playing; politics. General practitioners are trying to follow their own mission and vision. By innovating they try to increase the healthcare's quality. Finance are not limitless and investments that are to be done are often expensive. This is why they need the support from, as said earlier, the healthcare insurance companies which makes them dependent, something the general practitioners do not prefer. The problem is that contracts between the healthcare insurance companies and general practitioners are made on yearly basis and are subject to politics. So it turns out that receiving subsidy on one innovation in year 1 does not guarantee subsidy in year 2. Due to this General practitioners are less likely to invest in new innovations. Like both general practitioners and experts say, the general practitioner thinks on the long term, where politics do this on short term, creating another conflict.

But it seems that general practitioners make the problem look worse than it really is. For both parties subsidy should only be seen as something extra not as something necessary to adopt new innovations. According to research, the Dutch general practitioner centers are profitable and have the financial space to innovate (CBS, 2014). So on, a subsidy should not be of crucial importance to them. Although for entrepreneurs this is different where it could increase the willingness of general practitioners to adopt an innovation.

If we look at findings of the direct environment influence on the general practitioners, the adoption factor 'Organizational', (i.e. patients, employees or co-workers) the results show that it is mentioned 16 times by the general practitioners. Suggesting from the results discussed earlier this would mean that 'Organizational' has a higher level of influence on the adoption of innovations than Time, Social and Finance. However this is not the case. According to the general practitioners this direct environment has almost no influence on choice or process of adopting new products. They indicate that it would be better for an entrepreneur to stick to the general practitioner himself instead of trying to create push demand via the direct environment. This is different from what the entrepreneurs think. The entrepreneur thinks that when the direct environment creates an organizational push demand for their product, general practitioners will have finally give into it. Clearly both parties look at it from a slightly different angle. Nevertheless if we look at the results and knowing that the end decision lays at the general practitioners, it can be implied that this factor only indicates a nuance but cannot be seen as a critical success factor.

4.4 Product, Process and Psychology

From the results an adoption factor that is more influential than the previous once mentioned is 'Technical'. The general practitioners indicate that they expect technicalities to be working flawless, but less is true. The majority of products still lack easy integration with the current operating systems, something the general practitioners are looking for. General practitioners are in search of e-health innovations that increase the level of operating efficiency, which can be integrated in the way they work and gives the opportunity for further add-in innovations/improvements. Ideally a platform that can be used like a Christmas tree which can be decorated with new applications would do the trick. Not surprisingly entrepreneurs are trying to answer this demand but for them it is hard to deliver a standardized product which works for all systems and at the same time customizing it to the needs of the general practitioner.

Customization demands a certain space for trial and error, something that is only possible to a small degree in the healthcare sector. Consequently entrepreneurs are obliged to invest large sums of money and time to develop the products outside the healthcare industry without even knowing if it would suit the wants and needs of healthcare. Still the most of the general practitioners hold on to the fact that they deliver special treatments to every patient and also expect the entrepreneurs to do the same to them. And otherwise seems impossible, where every general practitioner has its own working methods and systems. This reflects the inflexibility of the general practitioner's psychology and hampers the process of adopting new innovations.

Not surprisingly literature and this research show that 'Psychological' is one of the critical success factors for E-health entrepreneurs. In every interview, except for General practitioner 1, psychology came forth as a factor that every entrepreneur should take into account. Where most entrepreneurs still fear that their commercialized attitude affects the psychological matching with general practitioners, this is not the case. General practitioners are, as they say, entrepreneurs but balance making profit and quality improvements in line with their mission and vision. Moreover, trust and control come forth as a bigger hurdle than a psychological mismatch. General practitioners and experts indicate, between the lines, that general practitioners are afraid to lose control due to new E-health innovations. They harbor the feeling of being replaced by new e-health innovations and are convinced that a general practitioner cannot be substituted. It seems that the general practitioners are therefor so skeptical about new innovations and are to distrust either innovation or innovator. This sounds like a paradox; general practitioners find it hard to accept changes and to be told what to do, where this is what they do for a living. If entrepreneurs could change this mindset, or create the feeling that a product is not replacing but helping a general practitioner this would definitely aid the process of innovation adoption. Subsequently this would change the attitude of the general practitioner towards adopting new innovations. Entrepreneurs having a

demonstrable background in healthcare, speaking healthcare's working language or operating with an insider would counteract the problem of distrust.

Onwards, it can be assumed that changing the psychology of a general practitioner should open up new doors for adopting innovations. Something that is closely related to this psychological aspect is the factor ''Change process''. This success factor is quoted most of all success factors respectively 53 times. Nevertheless it must be considered that this might be the result of the wide perspective it covers. The factor ''Change process'' covers everything from the implementation of the product to the changes the innovation brings along. The results tell us that general practitioners are not in search of disruptive innovations that change current operations, but are to find innovations that cause incremental changes which can be implemented with small steps. This is probably a follow up from the general practitioner's inflexible attitude towards innovation and the fact that they can hardly change their methods of current operations.

Thus the size of steps taken in changing healthcare by e-health innovation is one of the biggest problems entrepreneurs encounter. Seemingly the general practitioner can only change their operations by incremental steps which are smaller than the steps technology itself is making, causing the technology the general practitioners use to fall back in technological matter even more. The opposite happens with the entrepreneurs; they bring up new innovations, which might not even be a disruptive change for the normal market, but are likely to be very progressive changes for the falling-back general practitioners. Moreover, with every single e-health innovation the entrepreneurs are resolutely moving away from what general practitioners are able to understand, causing innovations to become even disruptive and less user-friendly over time. According to the general practitioners this problem can be tackled, and this is why ''Change Process'' is so important in combination with psychology, to involve the general practitioners in the early stages of E-health innovation development, giving them a feeling of control to produce an end-product that suits.

Where 'Change Process' and 'Psychological' seem to be the most influential success factors for entrepreneurs in healthcare, the experts bring up a new subjects for discussion. According to the experts changing a general practitioners' mindset and their operations is like fulfilling the job of Sisyphos (i.e. impossible). To overcome the barriers to new E-health innovations entrepreneurs should start innovating from university onward instead of trying to cure the current systems.

It should be recommended to entrepreneurs to shift the starting phase of implementation to the newest set of general practitioners, or even earlier at university level. These general practitioners are more experienced and committed to new technologies and do not yet work in between established lines. With years inflexibility arises and general practitioners start to demand more customized, directly implementable and perfectly working e-health products

which match with their ways of operating. Though working with university's and students brings along its own problems. Not surprisingly most entrepreneurs still choose for the current market of general practitioners. From the results it seems that general practitioners require transparency and a responsive helpdesk during the process of change, once again referring back to the necessity of a general practitioner to stay in control.

4.5 Summary Discussion and Conclusion

Within the discussion the results together with the literature study are elaborated. The researcher aims to compare, discuss and conclude findings from the literature and empirical research. To summarize this chapter the three research framework questions of phase b will be answered briefly and a final conclusion is given:

What different factors play a role in the adoption of new E-health innovation by general practitioners?

All eight factors, extracted from literature, play a role in the innovation adoption by general practitioners. Nevertheless to which extent the factors play a role can be determined by the amount of quotes made and the arguments given per factor. Still there are differences in what way the factors influence the innovation adoption according to the results.

What are factors that play a role in the implementation of E-health innovations according to entrepreneurs, and by which matters do entrepreneurs try to reach successful adoption of their innovations, with respect to general practitioners?

Entrepreneurs put an emphasis on the 'Psychological' and 'Change process' factors as most influential factors followed by 'Social' and 'Technical'. Nowadays entrepreneurs try to focus on how to integrate the general practitioner into the development of the product. By doing this they try to overcome the barriers formed by 'Psychological' and ''Change process''. By involving general practitioners in the process of innovation development this will make them more acquainted and conversant with the product. Second, it will create a higher level of understandability and a feeling of control. All together the effects of involving the general practitioner in the development of the innovation will cause an easier integration and implementation process.

What are, according to innovation experts, the criteria that make a successful bridge between ICT innovations in HC and the adoption of these by HC actors?

Experts say there are multiple things to take in account as an entrepreneur in this industry. General practitioners are very inflexible in their ways of working. Secondly, they are unlikely to invest time nor money in innovations. And third that goodwill and trust coming from the general practitioner is likely to be one of the most important things to have. Therefore, the experts advise new entrepreneurs to involve the general practitioner in the development of

the innovation as early as possible. To do this in a correct way the entrepreneur needs to have insiders who speak the same jargon as the general practitioners or have experience in the healthcare industry to be on the same level as the general practitioners. According to the experts this is often where things go wrong. Entrepreneurs who either have one of these characteristics is more likely to break the first barriers and to have their innovation adopted. All other problems encountered throughout innovation adoption will thereby be reduced, where the general practitioner will feel more connected to the innovation.

The answers of the three research framework questions are to aid the main aim of this paper: To examine the adoption factors that would have to help entrepreneurs to become more successful in launching e-health innovations to general practitioners, as previously mentioned. Literature study indicated that there are respectively eight factors that make or break the adoption of innovation: Change process, Technical, Time, Psychological, Finance, Legal, Social and Organization. The outcome of this research is used to answer the problem statement of this research, formulated in Chapter 1, and will be elaborated on briefly in this chapter. The problem statement of this research is:

''What are the entrepreneur's critical success factors for adoption of e-health innovation's by (family) general practitioners in the healthcare?''

Research showed that all eight assumed adoption factors, being Change process, Technical, Time, Psychological, Finance, Legal, Social and Organization, have an influence on the success of adopting new e-health innovations by general practitioners. Nevertheless it can be concluded that the factors 'Psychological' and 'Change Process' are the critical success factors for innovation adoption by general practitioners. The numerous quotations and arguments back this conclusion. Furthermore changing the psychology of the general practitioner, which is closely related to the process of change, is of major importance. The success of innovation adoption falls or breaks with the initial phase of adoption acceptance/attitude of general practitioner which is linked to psychology. The remainder of factors all have a certain influence but can be considered a sort of a side note.

Furthermore there were also new insights. A new critical success factor was opted from the results. According to the interview groups an entrepreneur should have certain personal characteristics that can influence the psychology/attitude of the general practitioner in order to have successful adoption of innovation. Characteristics like knowledge of daily operations, speaking the working language, experience and helpfulness helps the process of changing the general practitioner's psychology and positively influence its attitude towards adopting innovations. The positive influence is a result of trust, goodwill and the feeling of control between the general practitioner and entrepreneur, which is start to a successful E-health innovation adoption and better healthcare.

By combining literature, empirical research and discussion results, Figure 11 shows the critical success factors for innovation adoption in healthcare. All eight adoption factors, derived from literature study, are given a place in this figure, since all factors do have influence on the adoption process. Nevertheless, the success factors differ in level of influence on the adoption process. Factors 'Change process' and 'Psychological', were quoted most and by the underlying argumentation can be assumed to be the most influential success factors in innovation adoption by general practitioners. Followed by less influential 'Technical', 'Social' and 'Financial' factors. The least influential factors are 'Organization', 'Time' and 'Legal'. The success factor ''Legal'' was put between the least influential factors because it has almost no influence on the adopting process of new innovations, except when a hallmark would be established to indicate the quality of e-health innovations. Still assumptions are based on qualitative research. In order to confirm this figure it would be wise to configure a quantitative research which would give more insights by number.

From the qualitative data also a new critical success factor was derived: 'Entrepreneurial characteristics'. This success factor was indicated by all three interview groups to be highly influential and represents the effect an entrepreneur can make throughout its personal characteristics. Examples of these characteristics are knowledge on operations, speaking the jargon, experience and helpfulness. According to all three interview groups these characteristics can cause the difference between failure and success. Assumed is that these characteristics produce trust, goodwill and control between the entrepreneur and general practitioner. Eventually this should change the psychological approach and attitude of a general practitioner towards adopting new innovations and be the start of a successful E-health innovation adoption, which is in line with the assumptions the researcher made in Chapter 1.

To conclude this research, Figure 11 shows the level of influence each adoption factor has for an entrepreneur to have successful adoption of e-health innovation by general practitioners. Three levels could be distinguished from this research: Low level of influence; factors that are of minor importance for a general practitioner to adopt innovation, Influential; adoption factors that play a significant role in the adoption of innovation and are always in consideration of the general practitioner to adopt a new innovation, and High level of influence; factors that should be applied to in order to overcome barriers and change the attitude of the general practitioners towards adopting new e-health innovations.

From this research it became clear that organizational, legal and time are factors that should be fulfilled in the end, but do not immediately play a role in de adoption or implementation process of new e-health innovations. General practitioners decide for themselves what innovations they want to implement irrespective of time and organization. Legal is something that should be fulfilled in the end, but is definitely not the first thing on mind when choosing to adopt an e-health innovation. More influential are the technical, social and financial aspects

of the e-health innovation. When applying for a new e-health innovation these factors will be considered early in the adoption process. Does the innovation work like it is supposed to, can it be built into current systems, is this what the customer – patient – wants and is it financially possible and feasible to adopt this innovation, are some questions that play in the general practitioner's mind. At last, there are factors of High influence; factors that are critical for a successful adoption and on top of mind before and during the adoption process. 'Change process' – The processing of changes that are linked to adopting new innovations, for example changes working methods and information flows - and 'Psychological' – The psychological incentives of a general practitioner towards his daily practices and future perspective -. In combination with a new adoption factor, which was found throughout the interviews: 'Entrepreneurial characteristics', these three adoption factors are regarded the critical success factors for the adoption of e-health innovations by general practitioners.

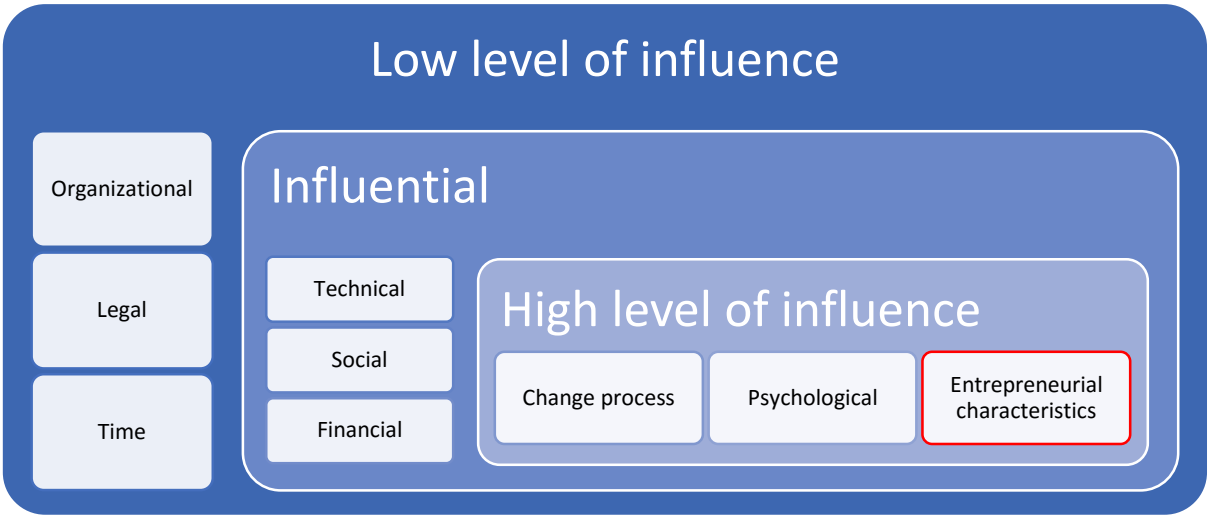


Figure 11 Level of influence of each adoption factor for entrepreneurs to have a successful adoption of e-health innovation by general practitioners.

Still this research has not reached the end of the line, and further research should continue to optimize this model. From this model it would be interesting to see how communication could influence the innovation adoption process. Or to produce a research that compares entrepreneurial case studies with establish companies. Nevertheless this research has given some useful and most interesting insights in the difficult world of healthcare innovation.

Limitations

Although the research has found the critical success factors for e-health innovation adoption by general practitioner, there were some limitations encountered. First, access to respondents was much harder than thought on forehand. General practitioners, entrepreneurs and e-health experts are groups of busy and hardworking people. The majority of requests were already rejected by the secretary before reaching the actual person. Still, the researcher accomplished to have a 15% response rate whom granted interviews, which were complete and gave new insights. Nevertheless a larger amount of interviews could possibly give an even better view on what barriers play a role in the adoption of innovation.

Secondly, it is hard to say whether the results of qualitative data can be put under one umbrella. The data set obtained from research is large and with a high level of heterogeneity. Therefor this research gives a good overview of factors and argumentations but as a side effect it could be that important information is overlooked. This limitation became clear in the analysis of the data. The size of the data set made it difficult to narrow down. The researcher had to make a distinction between useful and replication results. A selection was made, which could have caused a loss of useful data.

Recommendations

For further research it is recommended to narrow down the field of research regarding e-health on beforehand. The world of e-health as for entrepreneurship is a world that covers a broad field of interests and variables (i.e. factors) that affect processes within it. Focussing on specific cases, one or two entrepreneurs, would be better to see which of the adoption factors play a role for general practitioners.

As a follow up from this research the researcher recommends to include a quantitative part as well. Although the underlying thoughts lead to new insights, an addition of quantitative research next the qualitative part would strengthen the validity and reliability of this research.

One of biggest problems researcher will run into is gathering respondents, in particular general practitioners are hard to reach. In further research it is an advantage if the researcher is familiar or has personal connections with the market/research population to gain access to respondents.

References

Aase, L., & Timimi, F. K. (2013). Health care social media: engagement and health care in the digital era. Clin Obstet Gynecol, 56(3), 471–476. doi:10.1097/GRF.0b013e31829d6058

Adner, R. (2006). Match Your Innovation Strategy to Your Innovation Ecosystem Match Your Innovation Strategy to Your Innovation Ecosystem. Harvard Business Review.

Alkhateeb, F. M., Khanfar, N. M., & Loudon, D. (2009). Physicians' Adoption of Pharmaceutical E-Detailing: Application of Rogers' Innovation-Diffusion Model. Services Marketing Quarterly, 31(February 2015), 116–132. doi:10.1080/15332960903408575

Alpay, L. L., Henkemans, O. B., Otten, W., Rövekamp, T. a J. M., & Dumay, A. C. M. (2010). E-health applications and services for patient empowerment: directions for best practices in The Netherlands. Telemedicine Journal and E-Health : The Official Journal of the American Telemedicine Association, 16(7), 787–791. doi:10.1089/tmj.2009.0156

Anderson, J. G. (2007). Social, ethical and legal barriers to E-health. International Journal of Medical Informatics, 76, 480–483. doi:10.1016/j.ijmedinf.2006.09.016

Ansoff, H. I. (1957). Strategies for diversification. Harvard business review, 35(5), 113-124.

Archibugi, D., Filippetti, A., & Frenz, M. (2013). The impact of the economic crisis on innovation: Evidence from Europe. Technological Forecasting and Social Change, 80(7), 1247–1260. doi:10.1016/j.techfore.2013.05.005

Atun, R. (2012). Health systems, systems thinking and innovation. Health Policy and Planning, 27(Hsiao 2003), 4–8. doi:10.1093/heapol/czs088

Author, V., Josh, E., Stern, S., Author, C., & Cutler, D. M. (2011). Publication Date : March 2011 Chapter Title : Where are the Health Care Entrepreneurs ? The Failure of Organizational Innovation in Health Care Where Are the Health Care Entrepreneurs ? The Failure of Organizational Innovation in Health Care, 11(March), 1–28.

Bailetti, T. (2012). Technology Entreprenuership: Overview, Definition, and Distinctive Aspects. Technology Innovation Management Review, (February), 5–12.

Bashshur, R., Shannon, G., Krupinski, E., & Grigsby, J. (2011). The taxonomy of telemedicine. Telemedicine Journal and E-Health : The Official Journal of the American Telemedicine Association, 17(3), 484–494. doi:10.1089/tmj.2011.0103

Beek, M. "Ruimte Voor Innovatie." , Https://www.nza.nl/1048076/1048181/Rapport_Ruimte_voor_innovatie.pdf. Nederlandse Zorg Authoriteit, 1 Feb. 2010. Web. 8 Dec. 2015.

Bessant, J., Kunne, C., & Moslein, K. (2013). Opening up healthcare innovtion, 1–28. Retrieved from www.aimresearch.org

Bittle, M. J. (2015). A New Vision and Leadership Challenge. Journal of Public Health Management and Practice, 21, 59–61. doi:10.1097/PHH.0000000000000136

Boehme, T., et al. (2014). "Squaring the circle of healthcare supplies." Journal of Health Organization and Management 28(2): 8-8.

Boonstra, A., & Broekhuis, M. (2010). Barriers to the acceptance of electronic medical records by physicians from systematic review to taxonomy and interventions. BMC Health Services Research, 10, 231. doi:10.1186/1472-6963-10-231

Boot, J. and M. H. Knapen (2005). De Nederlandse gezondheidszorg/druk 8/ING, BohnStafleu van Loghum.

Bryman, A. (2003). Quantity and quality in social research. Routledge.

Cassar, G. (2014). Industry and startup experience on entrepreneur forecast performance in new firms. Journal of Business Venturing, 29(1), 137–151. doi:10.1016/j.jbusvent.2012.10.002

Chen, P. G.-C., Mehrotra, A., & Auerbach, D. I. (2014). Do we really need more physicians? Responses to predicted primary care physician shortages. Medical Care, 52(2), 95–6. doi:10.1097/MLR.0000000000000046

Chrisman, J., Bauerschmidt, A., & Hofer, C. (1998). The Determinants of New Venture Performance: An Extended Model. Entrepreneurship Theory and Practice, 23(1987), 5–29. doi:10.3905/jpe.2003.38

Cresswell, K., & Sheikh, A. (2013). Organizational issues in the implementation and adoption of health information technology innovations: An interpretative review. International Journal of Medical Informatics, 82(5), e73–e86. doi:10.1016/j.ijmedinf.2012.10.007

Culture, N., & Nollen, S. D. (1975). Journal of International Business Studies. Maritime Studies and Management, 3(2), 128–128. doi:10.1080/03088837500000054

Daake D. & William P. (2000), Understanding Stakeholder Power and Influence Gaps in a Health Care Organization: An Empirical Study, Health Care Management Review. 25(3):94-107, July 2000.

Devaraj, S., & Rajiv, K. (2000). Information Technology Payoff in the Health-Care Industry: A Longitudinal Study. Journal of Management Information Systems, 16(4), 41–67. doi:Article

De Vaus, D. A. (2001). Research design in social research, Sage.

Dijsselbloem, J. (2014). "Miljoenennota 2015.", Rijksoverheid, 1(1): 194.

Estrin, S., Mickiewicz, T., & Stephan, U. (2013). Entrepreneurship, Social Capital, and Institutions: Social and Commercial Entrepreneurship Across Nations. Entrepreneurship: Theory and Practice, 37, 479–504. doi:10.1111/etap.12019

Eysenbach G (2001), What is e-health?, J Med Internet Res 2001;3(2):e20, URL: http://www.jmir.org/2001/2/e20, DOI: 10.2196/jmir.3.2.e20, PMID: 11720962

Fleuren, M., Wiefferink, K., & Paulussen, T. (2004). Determinants of innovation within health care organizations. Literature review and Delphi study. International Journal for Quality in Health Care, 16(2), 107–123. doi:10.1093/intqhc/mzh030

Forlani, D., & Mullins, J. W. (2000). Perceived risks and choices in entrepreneurs' new venture decisions. Journal of Business Venturing, 15(303), 305–322. doi:10.1016/S0883-9026(98)00017-2

Gagnon, M. P., Orruño, E., Asua, J., Abdeljelil, A. Ben, & Emparanza, J. (2012). Using a Modified Technology Acceptance Model to Evaluate Healthcare Professionals' Adoption of a New Telemonitoring System. Telemedicine and E-Health, 18, 54–59. doi:10.1089/tmj.2011.0066

Gagnon, M.-P., Desmartis, M., Labrecque, M., Car, J., Pagliari, C., Pluye, P., Légaré, F. (2012). Systematic Review of Factors Influencing the Adoption of Information and Communication Technologies by Healthcare Professionals. Journal of Medical Systems, 36, 241–277. doi:10.1007/s10916-010-9473-4

Gartner, W. B. (1989). Is an Entrepreneur ?" Is the Wrong Question. Entrepreneurship: Theory and Practice, 12, 47–67. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=bth&AN=5331834&site=ehost-live

Hameed, M. A., Counsell, S., & Swift, S. (2012). A conceptual model for the process of IT innovation adoption in organizations. Journal of Engineering and Technology Management, 29(3), 358-390.

Hako, B. (1972). Strategies for diversification. Long Range Planning, 5, 65–69. doi:10.1016/0024-6301(72)90048-9

Herzlinger, R. E. (2006). Why innovation in health care is so hard, 1–11. Retrieved from papers3://publication/uuid/617A0FFD-1094-467D-8347-9426CE02B4B6

Howell, J. M., & Higgins, C. a. (2011). Technological Innovation. Science, 35(2), 317–341.

Hupkens, C. (2014), "Ongeveer Drie Kwart Bezoekt Jaarlijks Huisarts En Tandarts." CBS. Centraal Bureau Van De Statistiek, 2 July 2013. Web. 8 Dec. 2015. <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2013/2013-3854-wm.htm>.

Oxford Dictionary. Oxford, 2014. Web. 8 Dec. 2015. "Definition of General Practitioner in English.", http://www.oxforddictionaries.com/definition/english/general-practitioner?q=general practitioner.

Janssen, R., Hettinga, M., Visser, S., Menko, R., Prins, H., Krediet, I., Bodenstaff, L. (2013). Innovation routes and evidence guidelines for ehealth small and medium-sized enterprises: Towards feasible yet convincing evidence. International Journal on Advances in Life Sciences, 5(3), 188–203.

Jha, A. K., Bates, D. W., Jenter, C., Orav, E. J., Zheng, J., Cleary, P., & Simon, S. R. (2009). Electronic health records: Use, barriers and satisfaction among physicians who care for black and Hispanic patients. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 15, 158–163. doi:10.1111/j.1365-2753.2008.00975.x

Kaplan, B., & Harris-Salamone, K. D. (2009). Health IT success and failure: recommendations from literature and an AMIA workshop. Journal of the American Medical Informatics Association, 16(3), 291-299.

Kumar, S. and P. Phrommathed (2005). Research methodology, Springer.

Kurathowello, Donald. Entrepreneurship: Theory, process, and practice. Cengage Learning, 2013.

Lameire, N., Joffe, P., & Wiedemann, M. (1999). IMephrology Dialysis Transplantation Healthcare systems — an international review : an overview, 3–9.

Levie, J. (2010). Global Entrepreneurship Monitor 2009 Global Report. Retrieved from http://strathprints.strath.ac.uk/28208/

Lewis, T., Synowiec, C., Lagomarsino, G., & Schweitzer, J. (2012). E-health in low- and middle-income countries: findings from the Center for Health Market Innovations. Bulletin of the World Health Organization, 90(5), 332–340. doi:10.2471/BLT.11.099820

Leyden, D. P., & Link, A. N. (2014). Toward a theory of the entrepreneurial process, (August). doi:10.1007/s11187-014-9606-0

Li, H. (2001). How does new venture strategy matter in the environment-performance relationship? Journal of High Technology Management Research, 12, 183–204. doi:10.1016/S1047-8310(01)00036-0

Lockett, A., Currie, G., Waring, J., Finn, R., & Martin, G. (2012). The role of institutional entrepreneurs in reforming healthcare. Social Science and Medicine, 74(3), 356–363. doi:10.1016/j.socscimed.2011.02.031

Loker T. (2011), The history and evolution of healthcare in America, ISBN: 978-1-47590-074-3, 4/16/2012

Ludwick, D. a., & Doucette, J. (2009). Adopting electronic medical records in primary care: Lessons learned from health information systems implementation experience in seven countries. International Journal of Medical Informatics, 78, 22–31. doi:10.1016/j.ijmedinf.2008.06.005

Mair, F. S., May, C., O'Donnell, C., Finch, T., Sullivan, F., & Murray, E. (2012). Factors that promote or inhibit the implementation of e-health systems: an explanatory systematic review. Bulletin of the World Health Organization, 90(5), 357-364.

Martin, G., Grant, A., & D'Agostino, M. (2012). Global health funding and economic development. Globalization and Health, 8(1), 8. doi:10.1186/1744-8603-8-8

Martins, I., & Rialp, A. (2013). Orientacion emprendedora, hostilidad del entorno y la rentabilidad de la Pyme: Una propuesta de contingencias. Cuadernos de Gestion, 13, 67–88. doi:10.5295/cdg.110297iz

Mayers, J. (2005). Stakeholder power analysis. Power Tools. International Institute for Environment and Development., (March), 24. Retrieved from http://www.policy-powertools.org/Tools/Understanding/docs/stakeholder_power_tool_english.pdf

Murray, E., Burns, J., May, C., Finch, T., O'Donnell, C., Wallace, P., & Mair, F. (2011). Why is it difficult to implement e-health initiatives? A qualitative study. Implementation Science : IS, 6(1), 6. doi:10.1186/1748-5908-6-6

Nakos, G., & Brouthers, K. (2002). Entry Mode Choice of SMEs in Central and Eastern Europe. Entrepreneurship Theory and Practice, 26(2), 47–63. doi:10.1111/1540-8520.271003

Nicolini, D., Powell, J., Conville, P., & Martinez-Solano, L. (2008). Managing knowledge in the healthcare sector. A review. International Journal of Management Reviews, 10(3), 245–263. doi:10.1111/j.1468-2370.2007.00219.x

O'Connell, J., & Williams, G. (2005). Passengers' perceptions of low cost airlines and full service carriers: A case study involving Ryanair, Aer Lingus, Air Asia and Malaysia Airline. Journal of Air Transport Management, 11, 259–272.

Oliner, S. D., Sichel, D. E., & Stiroh, K. J. (2008). Explaining a productive decade. Journal of Policy Modeling, 30, 633–673. doi:10.1016/j.jpolmod.2008.04.007

Ortega Egea, J. M., & Román González, M. V. (2011). Explaining physicians' acceptance of EHCR systems: An extension of TAM with trust and risk factors. Computers in Human Behavior, 27, 319–332. doi:10.1016/j.chb.2010.08.010

Pan, Y., & Tse, D. K. (2000). The Hierarchical Model of Market Entry Modes. Journal of International Business Studies, 31(4), 535–554. doi:10.1057/palgrave.jibs.8490921

Paper, W. (2009). Health IT Success and Failure Recommendations from, 16(3), 291–299. doi:10.1197/jamia.M2997.Introduction.

Pinho, José. "The impact of ownership: Location-specific advantages and managerial characteristics on SME foreign entry mode choices. "International Marketing Review 24.6 (2007): 715-734.

Porter, M. E. (2008). The five competitive forces that shape strategy. Harvard Business Review, 86, 78–93, 137. doi:Article

Prada, Gabriela. "Exploring technological innovation in health systems: Is Canada measuring up?" Journal of Management.

Appendix A

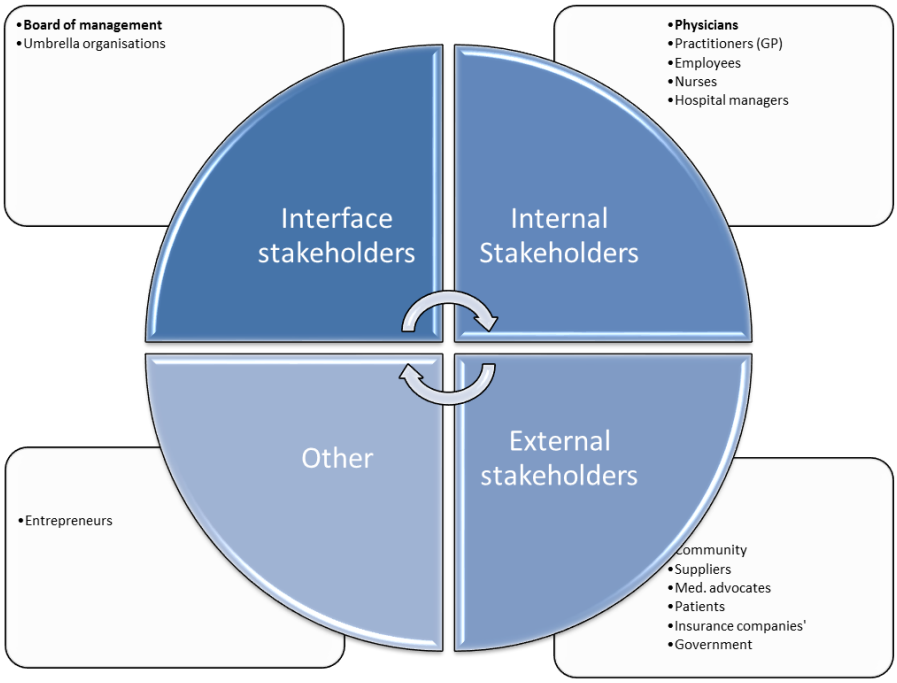


Figure 1 Stakeholder analysis based on literature research (Varvasocszky and Brugha, 2000)

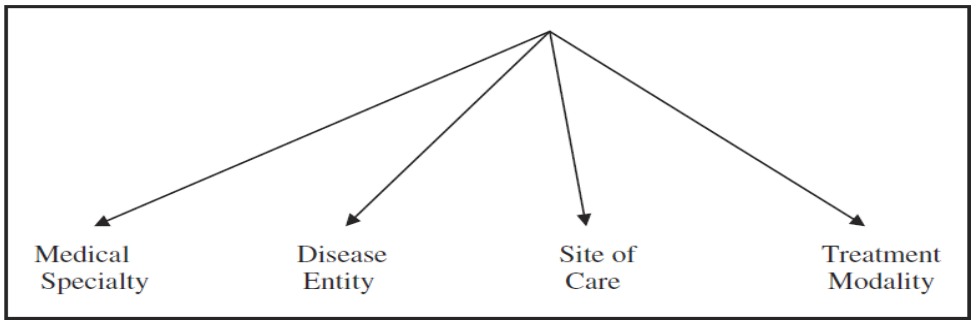


Figure 2 ICT Domains of Telemedicine (Bashshur et al., 2011)

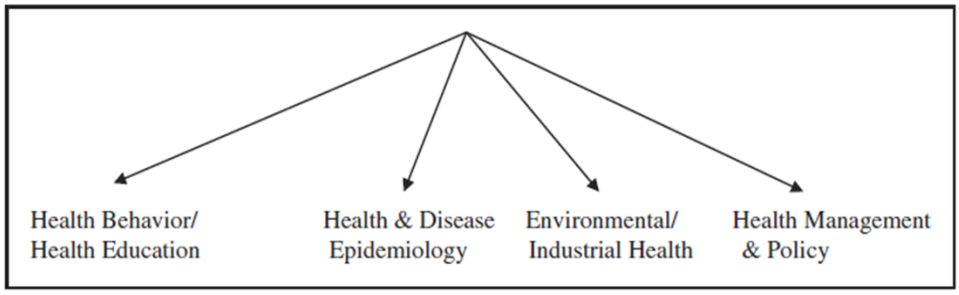


Figure 3 ICT Domains of Telehealth

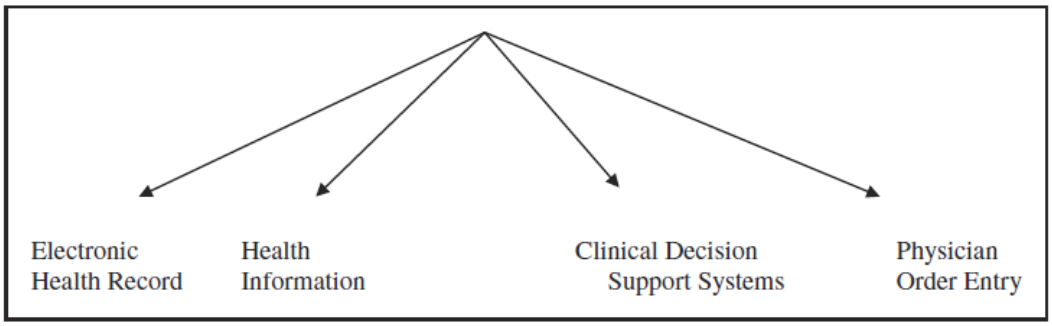


Figure 4 ICT domains of e-health

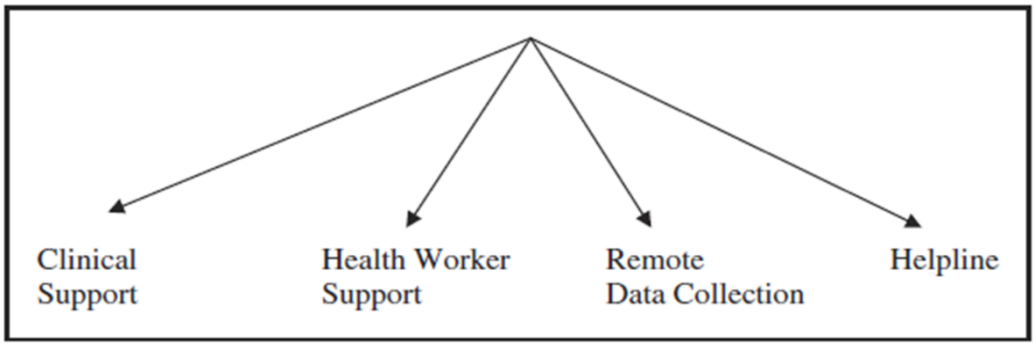


Figure 5 ICT domains of m-health

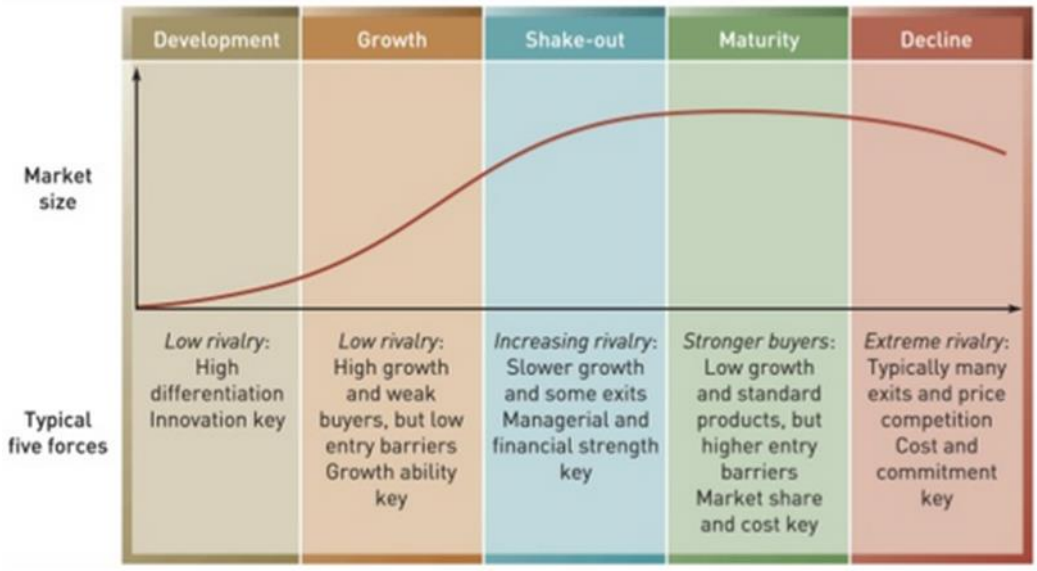


Figure 6 The industry, business or product life cycle (Johnson et al., 2011)

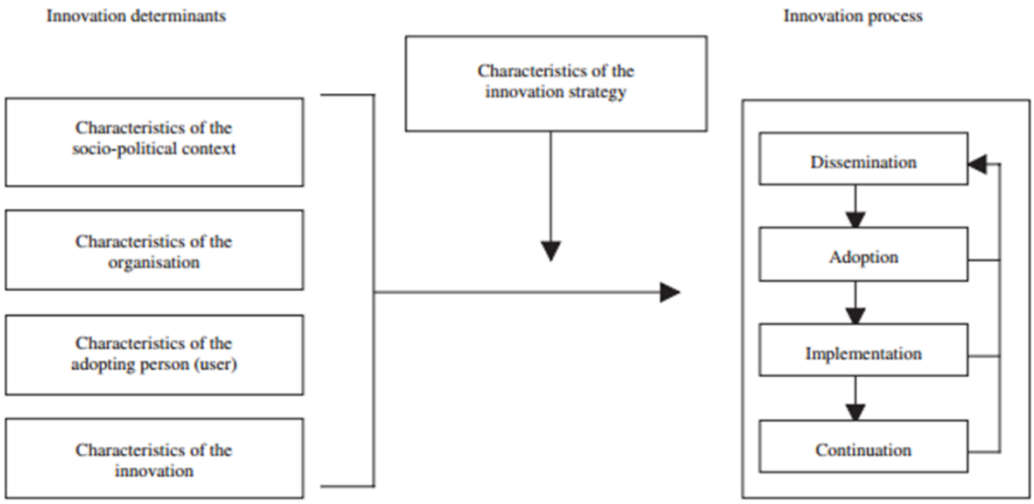


Figure 7 Determinants in the adoption of ICT innovations

Table 1a List of literature used to find the verify the innovation adoption factors

Nr.	Author	Year	Article title	Country of data collection	Clinical area	Type of research
1	Yarbrough	2007	A new take on TAM	US	All fields	Empirical
2	Mair et al.	2012	Factors that promote or inhibit the implementation of e-health systems: An explanatory systematic review	UK	All fields	Literature Review
3	Alkhateed et al.	2009	Physicians' Adoption of Pharmaceutical E-Detailing: Application of Rogers' Innovation-Diffusion Model	USA	All fields	Empirical
4	Boonstra and Broekhuis	2010	Barriers to the acceptance of electronic medical records by general practitioners from systematic review to taxonomy and interventions	USA	All fields	Literature review
5	Jha et al.	2009	Electronic health records: Use, barriers and satisfaction among physicians who care for black and Hispanic patients	USA	Physicians	Empirical
6	Kaplan et al.	2009	Health IT Success and Failure Recommendations from literature and an AMIA workshop	USA	Medical specialists	Empirical
7	Thakur et al.	2012	Innovation in healthcare: Issues and future trends	USA	All fields	Empirical
8	Gagnon et al.	2012	Using a modified technology acceptance model to evaluate healthcare professionals adoption of a new telemonitoring system	Canada/ USA	All fields	Empirical
9	Hameed et al.	2012	A conceptual model for the process of IT innovation adoption in organizations	UK	All fields	Empirical
10	Murray et al.	2011	Why is it difficult to implement e-health initiatives ?	UK	All fields	Empirical
11	Ludwick and Doucette	2009	Adopting EMR in primary care: Lessons learned from health information systems implementation experience in seven countries	Canada	Primary care	Empirical
12	Herzlinger	2007	Why Innovation in Health Care Is So Hard	USA	All fields	Empirical
13	Anderson	2006	Social, ethical and legal barriers to E-health	USA	All fields	Empirical
14	Fleuren et al.	2004	Determinants of innovation within health care organizations	Netherlands	All fields	Empirical
15	Schaper	2007	ICT and OTs: a model of information and communication technology acceptance and utilisation by occupational therapists	US	All fields	Empirical

Table 1b List of literature used to find the verify the innovation adoption factors

Research	Mentioned adoption determinants
Schaper et al.	Technical, Social, Organizational, Legal, Change Process.
Mair et al.	Technical, Social, Organizational, Change Process.
Yarbrough et al.	Technical, Time, Psychological, Social, Legal, Change Process
Jha et al.	Financial, Technical, Time, Psychological, Social, Legal, Change Process
Alkhateeb et al.	Financial, Technical, Time, Psychological, Social, Legal, Change Process
Thakur et al.	Financial, Technical, Organizational, Change Process
Gagnon et al.	Financial, Technical, Time, Psychological, Social, Organizational, Legal, Change Process
Hameed et al.	Financial, Technical, Time, Psychological, Social, Organizational, Legal, Change Process
Murray et al.	Technical, Organizational, Change Process
Ludwick and Doucette	Technical, Time, Organizational, Change Process
Herzlinger	Financial, Technical, Social, Organizational
Anderson	Financial, Technical, Time, Social, Legal, Change Process
Fleuren et al.	Financial, Technical, Time, Psychological, Social, Organizational, Legal, Change Process
Pare et al.	Psychological, Social, Organizational
Egea, et al.	Financial, Technical, Psychological, Social, Organizational, Legal

Table 2 Quotes general practitioners

Interviewee	Factor	Keywords	Phrases
GP1			
	CP	1. Change, ways of operating, no replacement but addition	1. '' E-health zou dus ... Simpel E-health programma.''
		2. Implementation, no errors, all over support	2. ''HierVoor hebben we ... zoveel makkelijker maakte.''
		3. Increasing efficiency and quality of care	3. ''Nou die veiligheid ... Natuurlijk, wordt verhoogt.''
		4. Support	4. ''Vragen als: Hoe ... Van de ondernemers.''
	TC	1. Workability on patient group	1. '' Wat bij ons ... Moet effectief zijn''
	TI	1. Implementation time	1. ''Dit hebben we ... Gewoon geen tijd.''
		2. Quality above time	2. ''Kijk uiteindelijk staat ... En fantastisch werken.''
	LE	1. Safety and privacy	1.'' Zo een innovatie ... De zorgverlener blijven.''
	SO	1. Usefulness for patients healthcare	1. ''Dat het product ... Van moet hebben.''
	OR	1. Link to other parties	1. ''Ja precies, dat .... Is echt fantastisch''
		2. Independent decision making apart from other parties	2. '' Ze kunnen een ... Zo zal zijn''
GP2			
	CP	1. Customer friendly, quick implementation	1.'' Als het makkelijk ... In het systeem.''
		2. Cooperation in implementation, development	2. ''Het is echt ... Het implementeren bespoedigen.''
	TC	1. Integration of parties	1. ''De software en ... Integreren en functioneren''
		2. Integrated communication, incomplete	2. ''Ja, dat is ... Te moeten communiceren.''
		3. Service to patient	3. ''Ik denk het ... Aan de klanten.''
	PS	1. Time till retirement, new technologies	1. ''Je ziet dat ... En zijn rompeslomp.''
		2. E-health as extension	2. ''Nee, daar ben ... Gaten te houden.''
		3. Match with personal preferences, mission and vision	3. ''Het zal dan ... Zijn ze daarin.''
		4. Personal treatment	4. ''We houden als ... Ook constant leveren.''
	FI	1. Cost-profit	1. ''Om het kort ... Ook niet aan.''
		2. Willing, financial aid	2. ''Als dat voor ... Het gaan aanschaffen.''
		3. Profit maximization	3. ''Zo weinig mogelijk ... Geliktheid en service.''
	LE	1. Expected safety and privacy	1. ''Daar moet wel ... Bewaard moet blijven.''

	OR	1. Employees, mind-set, unskilled	1. ''Het probleem wat ... Op de rails.''
		2. Pro and against employees	2. ''Binnen de praktijk ... Simpelweg niet doorheen.''
		3. Health insurance influence, commercialization	3. ''Aan de ene ... Er op aankomt.''
GP3			
	CP	1. Problematic integration	1.'' Maar daarnaast is ... Aan elkaar hangen.''
		2. No switch, hang-in application, integration	2. ''Nou ik zou ... Is met alles.''
		3. Ease of implementation, user-friendliness	3. ''Het product moet ... Openheid erg belangrijk.''
	TC	1. Flexibility	1. ''Promedico was toen ... In de achterban.''
	TI	1. Time	1. ''En tijd is ... Geïmplemeneteerd kunnen worden.''
	PS	1. Danger of rivalry in healthcare	1. ''Dat klopt en ... Hele slechte situatie.''
		2. Brand name	2. ''Ik denk niet ... Dus dat wel.''
	FI	1. Costs versus profit	1. ''Financieel, je moet ... Tijd in steken.''
	LE	1. Questionable reliability	1. ''Het lastige is ... Iets betrouwbaar is.''
		2. Hallmark possibilities	2. ''Ja, ze hebben ... Goed idee zijn.''
		3. Privacy	3. ''Privacy is iets ... Al aanwezig zijn.''
	SO	1. Politics misconception, patient unskilled	1. '' Als er iets ... Niet, grof gezegd.''
GP4			
	CP	1. Time of implementation	1. ''Als we dan ... Gemaakt kunnen worden.''
		2. Process of implementation	2. ''E-health heeft een ... Het perfect werkt.''
		3. Maintain old functionalities, expand	3. ''Ja, nou dat ... De factor technologisch.''
	TC	1. Value to company, effect	1. ''Voor mij zal ... Dat andere huisartsen.''
	TI	1. Behavioural obstacle, time consuming	1. ''Eigenlijk misschien een ... Totaal niet bezighoudt.''
	PS	1. Personal preferences, innovative mentality	1. ''Huisartsen kennen hun ... Of strubbelingen oplevert.''
		2. Security, trust	2. ''Ik zou daarom ... Staat bij ons.''
	FI	1. Reduction of costs, increase revenue	1. ''Er moet gewoon ... Meer kan verdienen''
	SO	1. Validity, other general practitioners	1. ''De validatie van ... Van het product.''
	OR	1. Parties	1. '' Nu is het ... De doorgevoerde innovaties.''
		2. Selective innovation choice, unanimity decision making	2. ''Ja, ik begrijp ... Er unanimiteit heerst.''
GP5			

	CP	1. Implementation, Improvement through organisation	1. ''Het is niet ... Niet echt zinvol.''
		2. Development, implementation, independency	2. '' Als een E-health ... Van slagen heeft.''
	TC	1. Inefficiencies	1. '' Daarom denk ik ... Bij de ander.''
		2. Overall integration	2. '' Ik zou het ... Wordt één ding.''
	TI	1. Time	1. ''We hebben het ... Tijd en energie.''
	PS	1. Personal preference	1. ''Daarnaast vind ik ... Een huisarts zijn.''
		2. Over hours GP, multitasking	2. ''Ja dat zie ... De patiëntenzorg toekomt.''
	FI	1. Money, subsidy, investment	1. ''Nu zijn er ... Voor te gaan.''
		2. Uncertainty of subsidy	2.''Maar ja goed ... Soort risico's lopen.''
	LE	1. Security of information	1. ''Verder is het ... Over de mail.''
	SO	1. Effect of external parties, politics, planning	1. ''En nou ja ... Planning te maken.''
		2. Decrease parties, independency	2. ''Als huisarts wil ... Manier aansluiting zoeken.''
	OR	1. Decision making, internal	1. ''Wij maken eigenlijk ... Als de maatschap.''
		2. Help of Insurance companies, certainty	2. ''Voornamelijk omdat er ... De langere termijn.''
GP6			
	CP	1. Focus op zaken (efficientie), verbeterende zorg (kwaliteit)	1. ''Dit heeft als ... Zorg kan leveren''
		2. Implementation, product developement, involvement	2. ''Dat betekent dat ... Eerder worden ingeschakeld''
		3. Helpdesk, change process	3. ''Wat is er ...met het product''
	TC	1. Loose platform, integration	1. ''Om een voorbeeld ... Altijd even makkelijk''
		2. Mismatch wants and needs	2. ''Niet alleen dat..... De zorg zelf''
		3. Complexity, unfinished	3. ''Een goede handleiding ... Een hoop gebeuren''
	TI	1. Less patients, more time, quality care, results	1. ''En dan het ... Resultaat kan bereiken''
	PS	1. Knowledge and experience	1. ''Ik heb inmiddels .... Te laten zetten''
		2. Intrinsic motivation, worries	2. ''Wat ik zelf ... Probleem te omzeilen''
	FI	1. Cost reduction, stimulation E-health use	1. ''Ja zeker, dat ... prikkelen zijn, geld''
	LE	1. Reliability and usefulness	1. ''Dus apparaten die ... Zorg erom vraagt''
		2. Reliability, support	2. ''Ja, maar ik ... Heel goeds doen''
	SO	1. Insiders	1. '' Artsenbezoeker, de farmaceuten ... de insiders komen''

	OR	1. Internal support	1. ''Er zijn natuurlijk ... ook bij ons''
		2. Colleagues, space and support	2. ''Er zitten wel ... Zou kunnen verhogen''
GP7			
	CP	1. Involvement of development and implementation	1. ''Dan hebben we ... Van het product''.
		2. Level of helpfulness to operations	2. ''Nou van die ... Er beter van.''
		3. Support level during implementation	3. '' Je moet gewoon ... Hoop gewonnen worden.''
		4. Level of change, smaller implementations	4. ''Heel basaal gezegd ... Trail and error.''
	TC	1. Bad integration, limited usefulness	1. ''Ik merk wel ... Systeem zou willen.''
	PS	1. Commercialization of E-health, mismatch needs	1. '' Ik vind het ... echte zorg vraag.''
		2. Quality versus profit maximisation	2.'' Het zou een ... Van de mensen.''
		3. Security, space for further innovation	3.''Wanneer een bedrijf ... Opgezadeld zeg maar.''
	FI	1. Initiate subsidy, implementation costs	1. ''De startsubsidie is ... Ingewikkeld en duur.''
		2. Subsidy	2. '' Nee in principe ... Dus constant verandert.''
	SO	1. Patient need, underdeveloped skills	1. '' Echter is er ... Wat aan hebben.''
		2. Other users	2. ''Oei, lastige, nou ... een bepaald product.''
	OR	1. Organisation improvement and support	1. ''Ja, ik denk ... Innovatie wordt doorgevoerd.''
		2. Level of change, different parties	2. '' Ik noem maar ... In de zorgsector.''
GP8			
	CP	1. Change of operations	1. '' Ik voel het ... En zin in.''
		2. Support level, improvement of healthcare	2. '' Echter is de ... Zich problemen voordoen.''
		3. Customer friendly, degree of growth potential, symbiosis	3. '' Ze hebben een ... Uit kunnen halen.''
	TC	1. Inflexibility, time consuming	1. ''Als ik een ... Dus weinig flexibel.''
	PS	1. Person to Person, physical work	1. ''Eigenlijk denk ik ... Veel zou toevoegen.''
		2. Connection to general practitioner psychology	2. '' Het grappige is ... Het er wel.''
		3. Improvement of digital care, no replacement for GP	3. ''Ik geloof best ... Te vervangen zijn.''
	FI	1. Governmental financing	1. '' Terwijl als je ... Een succesvolle implementatie.''
	SO	1. External acceptance and finance	1. '' Dat mensen dus ... Ik heel belangrijk.''
		2. External party influence	2. '' Kijk, de zorgverzekeraar ... Om heen kunt.''
	OR	1. Internal support	1. '' Ik denk dat ... Belangrijk voor mij.''

GP9			
	CP	1. Implementation, usefulness	1. ''Ja waarom, het ... Blijven met elkaar.''
	TC	1. Value and efficiency	1. '' Ik denk iets ... Onze efficiëntie verhogen.''
		2. Errors	2. '' Die dingen blijven ... Een andere manier.''
		3. Integration	3. ''Kijk wij doen ... Stuk sneller gegaan.''
	PS	1. Continuous change	1. ''Ik heb ook ... Redelijk klaar mee.''
		2. Mind-set	2. '' Waarom kom je ... Haast voor innovatie.''
	LE	1. Reliability product	1. '' Echt een goed ... Ook heel belangrijk.''
		2. Privacy	2. '' De privacy moet ... Voldaan moet worden.''
	SO	1. No patients interest	1. ''Het is gewoon ... Veel mee heeft.''
		2. No external party influence	2. ''Zou de zorgverzekeraar ... Doen we dat.''
	OR	1. Organisational influence	1. '' Jawel, maar als ... Wel invloed, jazeker.''
GP10			
	CP	1. Quick implementation	1. '' Daarnaast natuurlijk de ... Van het integreren.''
		2. Early implementation, development	2. ''Ja, er moet ... De universiteiten zelfs.''
	TC	1. Quality improvement, high level of efficiency	1. ''Ik denk dat ... Efficiëntie verhoging zoek.''
		2. Integration in current operations	2. ''Hoe het geheel ... Efficiëntie en toekomstgerichtheid.''
	PS	1. Maintain control	1. ''Ja precies, dat ... De patiënt komt.''
		2. Years of work, inflexibility	2.''Omdat je er ... Hele HIS gegaan.''
		3. Willingness to innovation	3.'' Nee, dat zijn ... Allemaal buren joh.''
	FI	1. Finances	1.''De toepasbaarheid is ... Het financiele plaatje.''
	SO	1. Patient wants, attractive	1.''Het is wel ... Niemand gebruikt het.''
		2. Time set, competitive market	2.''Omdat ik denk ... In de tijd.''
		3. Other general practitioners	3.''Ja dat klopt ... Weer gaat mailen.''
	OR	1. Colleagues, slow down	

Table 3 Quotes entrepreneurs

Interviewee	Factor	Keywords	Phrases
ENT1			
	CP	1. Trust, perseverance, implementation	1.'' Het geduld en ... De ondernemer zijn.''
	PS	1. Big company versus new venture	1. ''Nou daarin is ... Zou kunnen komen.''
		2. Psychology mismatch	2. ''Kijk wij werken ... Toch wel betaald.''
		3. GP mind-set	3. ''En dat is ... Dus voornamelijk psychologisch.''
	FI	1. Cost reduction	1. '' Dat is dus ... Minder te komen.''
	SO	1. Patient thoughts	1. ''Ja je moet ... Is het eigenlijk.''
	OR	1. Via Health insurance/state	1.'' Het zal echt ... Ook gaat oppikken.''
		2. Time consuming decision making,	2.''Nou ja, er ... Onwijs lang duren.''
ENT 2			
	CP	1. No standard product, Customization	1.''Dan proberen we ... Producten gaan ontwikkelen.''
	TC	1. Overall integration, expansion possibilities	1. ''We proberen merk ... Daarvoor nodig zijn.''
		2. Flexibility, possibilities	2.''Nou een standaard ... Artsen willen hebben.''
	PS	1. Timing, psychology, healthcare mind-set	1.''Je komt pas ... Ook gaan doen.''
	FI	1. Finance	1.''Deze mochten niet ... Te gaan gebruiken.''
		2. Costs	2.''Medische technologie is ... Zijn voor hun.''
	SO	1. Patient wants	1.''Het is een ... Nu langzaam aan.''
	OR	1. Cooperation's, health insurance companies	1.'' Dat moet gewoon ... In ons product.''
		2. Internal, decision making	2.'' Het duurt nu ... Bijna onmogelijk wordt.''
		3. Internal network, organisational mind-set	3.''Je begint vaak ... Ouderen en conservatievelingen.''
ENT 3			
	CP	1. Implementation time, trial and error	1.''De innovaties zijn ... Is vrij lastig.''
		2. Initiative, link old and new generations	2.''E-health is nu ... Met de oude generatie.''
		3. Joint development, improvements	3.''We moeten als ... Efficiënter gaan enzo.''
	TC	1. User friendliness, misconception	1.''We proberen ook ... Voornamelijk de gebruikersvriendelijkheid.''
		2. Focus on healthcare, efficiency, task division	2.''De administratie moet ... In de zorg.''

	TI	1. Timing, early adopters	1.''Nou ik denk ... Dit gebied hoor.''
	PS	1. Mind-set, replacement feeling	1.''Ze zijn heel ... Huisarts te brengen.''
		2. Knowledge	2.''Het scheelt dat ... Het beter kan.''
		3. New generation	3.''En wat ik ... Generatie gaat komen.''
	SO	1. Development with external parties	1.'' We proberen ook ... Voornamelijk de gebruikersvriendelijkheid.''
		2. Healthcare parties	2.''We hebben nu ... Totaal niet efficiënt.''
ENT 4			
	CP	1. Implementation hurdle, change in operations	1.''Ik denk dat ... Anders gaan werken.''
		2. Working style	2.''Daarnaast heeft elke ... Andere manieren verbetert.''
		3. User friendliness	3.''Daar wordt niet ... Hoeven moeten denken.''
		4. Help during implementation, total package	4.''Wij bieden dus ... Huisarts zelf heeft.''
	TC	1. Efficiency improvement	1.'' Maar om het ... Efficiency beter wordt.''
		2. Quality of care, efficiency	2.''Ons product zorgt ... Echt te verbeteren.''
		3. Integration with working systems	3.''Maar wat wij ... Die zij al gebruiken.''
	TI	1. Timing, early adopters	1.''Allereerst moeten we ... Zover te krijgen.''
		2. Time saving	2.''Ja ook om ... Tijd te besparen.''
		3. No time, E-health products	3.''Gewoonweg omdat de ... Grotere plaatje kijken.''
	PS	1. Knowledge entrepreneur	1.''Nou, ik denk ... Het werkproces kennen.''
		2. Personal interest	2.''De huisartsen doen ... Zouden gaan doen.''
		3. Preference to keep out external parties, conservative	3.''Ik denk dat ... Hier te slagen.''
		4. Disbelief	4. ''Huisartsen zijn namelijk .. Bij de huisartsen.''
	LE	1. Safety of the product, safety of unforeseen things	1.''Ja, ik denk dat .. De kleine bedrijfjes.''
	SO	1. Hospitals	1.''We proberen ook ... De chronische zorg.''
		2. Importance of insurance company	2.''De zorverzekeraar is ... Maar niet alles.''
		3. HIS-corporation	3.''Een andere prikkel ... Te laten innoveren.''

Table 4 Quotes e-health experts

Interviewee	Factor	Keywords	Phrases
EXP1			
	CP	1. Physician as customer and developer	1.''Daarbij werden eigen ... Te weinig joh.''
		2. User-friendliness	2.''Ik denk dus ... Het voordeel zien.''
	TC	1. Integration, parties	1.''Maar daar komt ... Voor de specialisten.''
		2. Standardization, uniformity of product	2.''Wij gingen met ... Het raken zijn.''
		3. Maintain working methods, integration	3.''Dat is een ... Gaan samen werken.''
	PS	1. Trust, goodwill	1.''Maar ik denk ... Is anders onmogelijk.''
		2. Shared mission and vision	2.''Het belangrijkste is ... Een visie deelt.''
	FI	1. Profitability	1.''Daarvan wordt die ... Is geld opleveren.''
	SO	1. Patient	1.''In de zorg ... Voor de huisarts.''
		2. Multiple stakeholders	2.''Je probeert met ... Daar mogelijk is.''
	OR	1. Decision making, time consuming	1.''Het is zo ... Besluit te komen.''
EXP2			
	TC	1. Integration with existing systems	1.''Ze zullen altijd ... Ik dat vervelend.''
		2. Standardization	2.''Er moeten voor ... Drie de bewijslast.''
	PS	1. Holding off	1.''Je ziet met ... Vragen over stelt.''
		2. Decision making	2.''Ik weet niet ... Berhoolijk handig in.''
		3. Age and mentality	3.''Het gaan gewoon ... De jonge huisartsen.''
		4. Knowledge and insiders	4.''Je moet gewoon ... Je het niet.''
	FI	1. Cost reduction, profit maximization	1.'' Het eerste is ... Tweede dingetje is.''
		2. Income	2.''Maar elke huisarts ... Van de maand.''
	LE	1. Reliability, subscriptions	1.''Je kunt natuurlijk ... Over heeft geschreven.''
	SO	1. Separation healthcare insurance companies	1.''Nou wij maken ... Mee vandoor gaan.''
		2.Social pressure, patient	2.''Dus de huisarts ... Het op staat.''
EXP3			
	CP	1. Starting point of change	1.''Nee, even een ... Never nooit vinden.''

		2. Level of change	2.''Kleine stapjes voorwaarts ... Verandert er niets.''
	TC	1. Technicalities, problem solving	1.''Het moet een ... Gewenste resultaat biedt.''
	PS	1. Physician role, redesign, mentality	1.''De huisartsen willen ... Van de zorg.''
		2. Psychology, translation	2.''Luister die huisarts ... Zou kunnen zijn.''
	FI	1. Entrepreneurial finance	1.''Ten tweede wil ... Dat is heel lastig.''
	LE	1. Calibration, fundamentalization	1.''In de gewone consumentenmarkt ...vertaald moet worden.''
	SO	1. External stakeholders	1.''En dan moet ... Systeem vind ik.''
	OR	1. Key players	1.''Dan is het ... Zijn daarbij involved.''
EXP4			
	CP	1. Change process, uniformity of language	1.''Hm... Voornamelijk de ... Elkaar niet begrijpen.''
		2.No change, adding value, extending possibilities	2.''Ik bedoel daarmee ... Sceptisch over zijn.''
		3. Involvement, change process clarity	3.''Daarnaast moet de ...klaar zal zijn.''
	PS	1. Sceptical	1.''Kijk je ziet ... Sceptisch en terugehoudend.''
		2. Age and experience	2.''Oudere huisartsen slecht ... Jong maakt bekend.''
		3. Own product	3.'' Wanneer je er ... Ook graag gebruikt.''
	FI	1. Efficiency, cost reduction	1.''Haha, dat kan ... Praktijk worden gemaakt.''
		2.Innovation costs	2.''Het enige verschil ... Door te voeren.''
	LE	1. Acknowledged products, scientific prove	1.''Kijk maar naar ... Fundamentatie achter zit.''
		2. Safety, reliability	2.''Het product moet ... De onderneming zijn.''
	SO	1. Low level of influence external parties	1.''Als het wordt ... Modules wordt gedaan.''
		2. High level stakeholder's influence	2.'' Waar ik al ... In zullen geven.''
	OR	1. Employees, resistance	1.''Bij aanvang is ... Zou kunnen bieden.''
EXP5			
	CP	1. Stuck in daily operations, disruption	1.''Je moet echt ... Moeilijke mindset switch.''
	TC	1. Integration	1.''Toen kwamen er ... Het gecombineerde systeem.''
	PS	1. Change in mind-set	1.''Nou ja heel ... Kan gaan overnemen.''
		2. Trust	2.''Ik denk het ... Risico neemt natuurlijk.''
	FI	1. Finance, hidden thought	1.'' Nou ja en ... Achterliggende gedachte is.''
	LE	1. Safety, validation	1.''Het kan ook ... De jonge bedrijven.''

		2. Privacy	2.''Dat is wat ... Veiligheid aspecten ondermijnt.''
	SO	1. Health insurance, market focus	1.''Er wordt wel ... Centra/ziekenhuizen etcetera.''
		2. Patient wants	2.''Ik denk iteindelijk ... Het werkt goed.''
		3. Influence of politics	3.''De politiek is ... Voor gesubsidieerd worden.''
EXP6			
	CP	1. Flexibility	1.''Met name als ... Leveren wij hen.''
		2.Userfriendliness	2.''Wij hebben dat ... Wilt komen verdienen.''
		3. Teamwork	3.''Nou de innovatiekracht ... Fijn te zijn.''
		4. Healthcare for healthcare	4.''Ah oke, het ... Een huisarts van de huisarts zijn.''
	TC	1. Integration, efficiency	1.'' Puur op efficiëntie ... En de efficiëntie.''
	TI	1. Timing	1.''Ja als ik ... Meer aan joh.''
	PS	1. Age, mind-set	1.''Ah dat verschilt ... Toe geneigd zijn.''
EXP7			
	CP	1. Change	1.''Ja nou ik ... Is de financiering.''
		2.Maintain standard operations	2.''Ja, ze gaan ... Mogelijk te doen.''
		3. Development	3.'Dus als jij ... Vroeg mogelijk stadium.''
	TC	1. Extension	1.''Een huisarts wilt ... In zijn spreekkamer.''
		2. Integration	2.''Ik denk voornamelijk ... Ik wel onderschat.''
	PS	1. Trust	1.''Ja het is ... Het vetrouwen erin.''
	FI	1. Financial space	1.''Ook omdat ze ... Dingen te doen.''
		2. Financial motive	2.''Kijk nu is ... Rare prikkel op.''
		3. Cost minimization	3.''Ik denk dat ... Naar eventuele potentie.''
	SO	1. External parties	1.''Ja zeker, dat ... Vaak worden tegengehouden.''
EXP8			
	CP	1. Implementation process, continuation process	1.''Communicatie zou je ... Te kunnen pukken.''
		2. Implementation process	2.''Moet de verkopende ... Maar bij neerleggen.''
		3. Speed of change	3.''Zo een grote ... Niet happig op.''
	TC	1. Quality and efficiency	1.'' Zeker de efficiëntie ... Op de toekomst.''
		2. Want and needs of physician	2.''Nou ik denk ... Al snel misgaan.''

		3. Extension	3.''Ze willen niet ... Zo lekker verloopt.''
	PS	1.Psychology	1.''Hm, dat is ... Wat minder worden.''
		2. Goodwill	2.''De gunfactor is ... Aan kunnen kijken.''
	FI	1. Financial space	1.''Het proces vooraf ... Het gewoon doen.''
	OR	1. Employees	1.'' Daarnaast hebben we ...van de praktijkhouder!''

Appendix B

Contents

Interview protocol general practitioner 1 92
Interview protocol general practitioner 2 97
Interview protocol general practitioner 3 103
Interview protocol general practitioner 4 109
Interview protocol general practitioner 5 114
Interview protocol general practitioner 6 120
Interview protocol general practitioner 7 126
Interview protocol general practitioner 8 131
Interview protocol general practitioner 9 135
Interview protocol general practitioner 10 139
Interview protocol entrepreneur 1 145
Interview protocol entrepreneur 2 150
Interview protocol entrepreneur 3 154
Interview protocol entrepreneur 4 160
Interview protocol expert 1 166
Interview protocol expert 2 171
Interview protocol expert 3 177
Interview protocol expert 4 182
Interview protocol expert 5 187
Interview protocol expert 6 194
Interview protocol expert 7 199
Interview protocol expert 8 205

General practitioners

Interview protocol general practitioner 1

Als ik als allereerst zou mogen vragen hoe lang bent u al actief als huisarts?

Uh, nou ik ben sinds 1996 huisarts. Daarvoor heb ik als internist assistente in een ziekenhuis gewerkt. Daarvoor heb ik natuurlijk coschappen gelopen en geneeskunde gestudeerd. Eigenlijk heb ik daarnaast geen andere dingen gedaan. Dus je zou kunnen zeggen dat ik echt een pure huisarts.

Aha, en zou u kunnen vertellen hoe uw praktijk in elkaar zit met betrekking tot medewerkers, besluitvormingen en uw patiënten?

Het is een duopraktijk met 2800 patiënten op dit moment en ik werk dus met een collega nu allebei 2,5 dag. We zijn behoorlijk zelfstandig dus hebben ook weinig ondersteuners. We hebben een assistente van 4,5 dag, 1 praktijkondersteuner voor 5 uur voor diabetes en een praktijk ondersteuner GGZ een hele dag per week.

En betrekt u die dan ook allemaal in de besluitvorming van uw praktijk?

Uhm, zeker de diabetes verpleegkundig is eigenlijk vrij zelfstandig. Die doet de diabetes zorg van 150 patiënten. Ik zie dan die mensen een keer per jaar dus dat bespaart een hele hoop tijd. Uiteraard heb ik wel veel contact met haar om haar te ondersteunen en bij te sturen waar nodig. Maar als je dat een beetje uitbesteedt heb je daar onwijs veel aan als huisarts. Ook hebben we een HGGZ welke nu hier is sinds een jaartje, dat heeft ook steeds meer uren en zit daardoor dus constant afgeladen. Het voordeel daarvan is wel dat ik echt veel minder patiënten hoef te verwijzen naar de GGZ of andere huisartspraktijken. Ik dacht eerst dat het niet heel praktisch zou zijn nog iemand in mijn praktijk, maar ik zie nu dat het wel echt heel verstandig is geweest dat we die stap hebben genomen. Aan de ene kant denk ik, maar dat moeten de cijfers laten zien, dat het een hoop kosten bespaart maar het helpt ook de patiënt omdat het gewoon een stuk laagdrempeliger wordt om een afspraak te maken bij de huisarts, deze ondersteuners zijn toch een soort van voorportaal. Dat is zo fijn voor de patiënt en dan zie je dat je de zorg kwaliteit omhoog kan gooien evenals de service en kwaliteit. Het is toch zelfs lastig voor mensen om naar de GGZ te gaan maar dit is schijnbaar echt drempelverlagend hoor voor hen. *Ja, ik denk ook vaak dat het probleem bij de patiënt ligt hoor, het zit hen vaak tussen de oren.* Alleen de kwaliteit van die GGZ ondersteuners verschilt wel heel erg en het concept staat ook nog een beetje in de kinderschoenen op het moment. Dus daar moet nog wel goed naar gekeken worden. Ons mannetje is wel redelijk sterk en heeft ook de goede achtergrondkennis maar bij velen schijnt het soms ook meer een blok aan te zijn dan dat het zorgt voor een innovatieve verbetering of een service verbetering, dat is heel belangrijk.

Maar als ik mag vragen wat verstaat u onder E-health en hoe kijkt u daar tegenaan?

Over het algemeen zijn wij huisartspraktijk waar persoonlijk contact heel hoog staat, want we hebben een redelijke grote groep en die mensen houden we graag dicht bij ons. En dat de kwaliteit van de huisarts verpakt zit in het contact met de mensen zelf. E-health zou dus echt als een ondersteuning moeten functioneren in plaats van een vervanging van. Ons vak is zo breed dat we ontzettend veel dingen leren gaandeweg en dat we ook heel veel dingen zien wat niet te vervangen is door een simpel E-health programma. Maar er zijn toch een hoop problemen die een kleine groep mensen heeft. Dan is toch een arts de manier om te helpen en daar kan de E-health niet het probleem verhelpen. Daarnaast is de gemiddelde mens niet in staat om zich inde E-health te interesseren en er vervolgens ook nog ervoor te zorgen dat het allemaal gaat volgens de regels. Patiëntenzorg gaat toch ook over 1-op-1 contact, kijken en samen denken. Ik zie wel dat ik straks een van de weinige huisartsen ga zijn die wel er voor openstaat in vergelijking met andere huisartsen.

Maar hebt u binnen uw praktijk E-health innovaties doorgevoerd?

Niet veel, maar we hebben wel een EPD. Daarnaast zijn we ook aangesloten bij Thuisarts dat ook helpt om het gros van de mensen te helpen en te informeren om advies te geven in veel situaties.

Dat is die NHG website toch?

Ja, dat is de website van Thuisarts van de NHG. Daarop kan je direct, wanneer er een probleem is geconstateerd door middel van een code gemakkelijk advies krijgt wat te doen. Het vertelt je dan niet alleen wat je waarschijnlijk hebt maar ook de vervolg stappen. Het is dus voornamelijk om de patiënt te begeleiden in het proces en om een beetje transparantie te bieden. *Ja, die e-health is natuurlijk ongelofelijk hard gegroeid en het is daardoor ook wel een beetje een container begrip geworden, waar dat vroeger een stuk minder was.* Precies, ik vind het een heel compleet begrip en mensen zijn nog steeds hard aan het

zoeken naar wat het nou precies is maar doordat het zo groot is geworden weet men niet meer waar er gezocht moet worden zoeken. Dit geldt dus voor mij als arts ook een beetje. Ik ken het begrip maar ik zou je niet heel gemakkelijk kunnen vertellen wat het nou is.

Ah, dat is geen probleem, geen antwoord is ook een antwoord! Bent u dan, toen dat EPD in uw praktijk werd doorgevoerd aanwezig geweest bij het implementatieproces.

Zeker, maar dat is wel een hele tijd geleden hoor! Het is echt een fantastisch dossier dat we toen hebben ingevoerd.

Is het Medicon?

Ja precies, dat is toen heel goed gekoppeld met de apotheek en de ziekenhuisspecialisten en dat is echt fantastisch. Je ziet bijvoorbeeld met de cardioloog en het voorschrijven van recepten, dat het allemaal veel gemakkelijker en sneller gaat. Hiervoor hebben we nu een aantal computersystemen die dat alles ondersteunen, en ik heb nog maar weinig fouten kunnen ontdekken. Het mooie is dat de apotheker er ook vaak mee werkt wat het implementeren zoveel makkelijker maakte. Maar voor mij moet het voornamelijk ervoor zorgen dat de partijen samen goed kunnen communiceren. Eerst was het voor ons ook alleen voor de communicatie daarna werd het pas voor de medicatie.

Stel, u komt nu nog met een nieuwer EPD wat nog beter is dan die u nu heeft en waarbij iedereen met elkaar kan communiceren. Als u dat zou willen implementeren, waar ziet u barrières ontstaan?

Nou ik zou heel duidelijk willen weten naar welke partijen de informatie kan gaan en welke we moeten betrekken bij het implementatie proces, want dat is nu nog niet goed gedefinieerd. Ook voor de patiënten is het heel belangrijk en natuurlijk waar het de huisarts zal brengen. Dit hebben we eerder ook al gezien en toen waren we echt onwijs lang bezig met het implementeren van een innovatie maar heeft het ons uiteindelijk niet gebracht van waar we wilden zijn, en dat is problematisch voor ons, want voor dat soort grappen heb je eigenlijk als huisarts gewoon geen tijd. Ik had laatst iemand en die gaf wel een goed voorbeeld, voor de verduidelijking, dat was gewoon in vriendschappelijke kring. Ja, als je bij de huisarts komt moet je nooit zeggen dat je rookt, want stel de zorgverzekeraar krijgt er met die EPD's etc. lucht van dat je rookt dan zal dit ervoor zorgen dat je premie verhoogd wordt of dat er dingen niet meer vergoed zullen worden. Dus daar schuilt ook een gevaar, en dat is ook een barrière voor ons omdat we dan constant het gevoel hebben dat er iemand over de schouder mee aan het kijken is met ons. Plus het feit dat het ook is hoe de patiënt erover denkt. Zo een innovatie moet ongelofelijk veilig zijn en daarnaast moeten de veranderingen dicht bij de zorgverlener blijven. Want anders ga ik me ook zo afvragen wat wil ik nog wel doen met dit soort systemen met betrekking tot mijn patiënten en wat is het nog wel eerlijk naar mijn patiënten toe.

Dat klinkt duidelijk en helder, maar stel u wilt een nieuwe innovatie doorvoeren wat voor factoren spelen dan voor u een belangrijke rol, of beter gezegd waar moet de innovatie aan voldoen om er bij u voor te zorgen dat u het waardig vind om daarin te gaan investeren

Kijk uiteindelijk staat voor mij kwaliteit voorop, dus daar is geen speld tussen te krijgen. Dan mag het innovatie proces van mij ook eigenlijk wel ietwat langer duren hoor. Maar we moeten daarin erg selectief zijn, want we zijn als huisarts voor zoveel dingen verantwoordelijk en er komt ook steeds meer bij. Het hangt dus een beetje af wat het product te bieden heeft voor ons en daarnaast moet het natuurlijk gewoon direct en fantastisch werken. *Ja, en terecht natuurlijk, dat zou met elk product moeten zijn, of het nou van in de zorg of in de commerciële sector is.* Vroeger overlegde ik wel heel veel hoor met verschillende partijen en dan duurde het soms heel erg lang die overleggen. Niet te vergeten dat het doorvoeren van de verschillende innovaties daardoor ook werd bemoeilijkt. Echter nu, is het meer ik neem de beslissingen in de praktijk en dat zorgt ervoor dat de boodschappenlijst die ik opstel, dat we die dan ook krijgen op de praktijk. Maar het is minder simpel dan het lijkt hoor.

Als ik u zo aan hoor, hoe kijkt u dan aan tegen E-health?

Positief hoor! Ik ben nog steeds een hele sterke voorstander van E-health hoor.

Maar naar wat voor charateristieken zoekt u dan in een product?

Nou die veiligheid, de eenvoud van het product, de integratie van het producten met andere systemen. En het moet daarnaast ook goed werken en uiteindelijk ervoor zorgen dat de complete efficiëntie binnen de praktijk, of daar buiten natuurlijk, wordt verhoogd. We moeten er gewoon makkelijk in kunnen werken en ervoor kunnen zorgen dat de patiënt uiteindelijk bij de goede specialist terecht komt. Neem iemand met een voet probleem die moet eigenlijk zo snel mogelijk doorgesluisd worden

naar de fysiotherapeut en dan moeten we daarvoor snelle en effectieve communicatie kunnen hebben die niet alleen ons maar ook de patiënt ten goede komt. *Dus het is voornamelijk gericht op efficiëntie verhoging en kwaliteitsverbetering.* Ja, zeker inhoudelijke kwaliteit. Ik ben nu zeker drie keer per dag met iemand bezig die ook gewoon naar de specialist had kunnen gaan. En ik vind dat mensen dat zelf ook zouden moeten kunnen uitvinden maar dat gaat nooit gebeuren dus moeten we binnen ons bedrijf de gang van zaken verbeteren.

Zou u dan kunnen vertellen welke partijen (als voorbeeld de maatschappen, patiënten en zorgverzekeraars) u allemaal betrekt in de keuze voor het adopteren van een nieuw E-health toepassing, zoals als de EPD, en op wat voor manier beïnvloeden deze verschillende partijen uw keuze?

Zorgverzekeraars niet heel erg maar voornamelijk binnen mijn eigen praktijk de mensen.

Waarom zorgverzekeraar dus een stuk minder?

Ja, dat zijn op dit moment, zoals je misschien wel weet, niet echt onze beste vrienden. Ze kunnen een sterke rol spelen hoor maar als ik zo op dit moment kijk, dan is het bij het doorvoeren of überhaupt bij het kijken naar nieuwe innovaties niet zo dat wij er als duopraktijk er veel waarde aan hechten wat de zorgverzekeraar denkt. Het gekke is natuurlijk wel hé, dat we eigenlijk automatisch verbonden zijn aan de zorgverzekeraar doordat iedereen een zorgverzekering heeft. Dus dat direct betekent dat je wel afhankelijk bent van een zorgverzekeraar als het draait om geld. Toch proberen we onze onafhankelijkheid te bewaren door niet altijd met beide oren naar de zorgverzekeraar te luisteren maar ook onze eigen praktijk te blijven voeren. Het is dus als we het hebben over een besluitvorming voornamelijk de twee bovenstaande huisartsen die de beslissingen nemen maar het overleg is met iedereen die in de praktijk werkt.

En op wat voor manier heeft u professionele omgeving invloed hebben op uw innovatiebereidheid?

Als mijn collega's dat heel graag zouden willen ben ik wel bereid me erin te gaan verdiepen maar ik denk niet zo zeer dat als andere huisartsen iets willen dat het niet voor mij ook zo zal zijn. Ik weet dat de huisartsen over het algemeen erg achterliggen maar als ik kijk naar onze praktijk in vergelijking met ziekenhuizen liggen we juist weer heel erg voor.

Dus er zijn nog sprongen te maken voor de zorg denkt u zo?

Ja, er is nog heel veel terrein te winnen maar het gaat allemaal extreem langzaam, niet alleen omdat wij er niet dagelijks mee in contact staan, maar ook om het feit dat wij er niet altijd tijd voor hebben om alles maar bij te gaan houden wat er verandert op de markt. Die markt die er nu is met nieuwe toepassingen die veranderd zo ongelofelijk snel en dat is voor ons huisarts die misschien een halfuurtje in de week over heeft te snel om bij te houden.

Maar wat zou u dan bijvoorbeeld willen doorvoeren in uw bedrijf en wat brengt u daar toe?

Ik denk dat het merendeels gefocust is op het verbeteren van de communicatie tussen onszelf en de specialisten. Dat ze bijvoorbeeld via een beeld kunnen mee kijken tijdens een consult.

Dus een beetje de snelheid van de processen van de zorg?

Ja, en de medische kwaliteit eigenlijk ook verhogen.

En zou u dan eerder voor een nieuwe ondernemer gaan of zou u dan eerder aan voor een ouder bekender bedrijf?

Oei, lastig, nou ik zou proberen eerst te kijken of er andere partijen of praktijken al gebruik maken van een bepaald product. Dat zou wel voor mij uitmaken. Ik ben geen voorligger op de huisartsenmarkt maar ik houd mijn ogen wel open.

Maar zou u dan liever een bekender bedrijf nemen dat gewoon al beter weet waar de problemen liggen?

Dat is natuurlijk altijd aan de orde, maar dat geldt een beetje voor ander dan E-health producten. Wanneer een bedrijf meer ervaring heeft kan het ook meer betekenen voor een praktijk als die van mij. Je wilt gewoon zekerheid hebben als huisarts en daar kan zo een bedrijf alleen gehoor aan geven. Een bedrijf dat niet alleen de basics heeft maar ook meer; om in uit te breiden. Daar wordt namelijk vaak vergeten dat het heel moeilijk is om verschillende innovaties samen te brengen dan heb ik dus liever een groot bedrijf dat gewoon weet waar het mee bezig is en er voor kan zorgen dat het zelf innoveert en het dan eenvoudig kan inpassen in hetgeen waar hij ons al mee heeft opgezadeld zeg maar.

En het feit dat een ondernemer een commerciële doelstelling heeft met zijn product, en u als huisarts (waarschijnlijk) eerder een sociaal-maatschappelijke gedachte, hoe kan dit een rol spelen in de adoptie van een innovatie?

Het zou in principe wel een rol kunnen spelen bij mij, want de patiënt ligt altijd voorop en er moet niet vanuit het commerciële belang gedacht worden. Dus als een bedrijf te commercieel denkt dan zal mij dat afschrikken maar een bedrijf mag van mij in principe gewoon een boterham verdienen dat doen wij ook. Maar mocht het teveel zijn gericht op percentages halen dan hebben we het al gauw over ethisch onverantwoord te werk gaan. Als het bedrijf gewoon een normale bedrijfsvoering voert die met de gedachtegang over een komt met die van de huisarts dan zie ik echt geen enkel probleem hierin.

De literatuur schrijft acht factoren voor, hierop tafel zichtbaar, die de beslissing van huisartsen beïnvloedt in de keuze om een innovatie op te nemen binnen hun praktijk. Zou u voor uzelf deze van belangrijk tot minder belangrijk kunnen leggen en uit kunnen leggen waarom dit zo is?

Nou van die factoren die je daar noemt denk ik vooral de het bij mij voornamelijk gaat om hoe wordt de patiënt er beter van en hoe wordt mijn bedrijfsvoering in mijn praktijk er beter van. Daarnaast komt natuurlijk kijken hoe kan zo een ondernemer in spelen op mijn behoeftes, dit kan zoals je al zei sociaal, psychologisch maar natuurlijk ook via de patiënten of mijn collega's gaan. Als ik zou moeten kiezen welke het belangrijkste is zijn dat er wel meerdere evenals voor de factoren die ik minder belangrijk vindt.

Maar als u nou echt zou moeten kiezen van deze factoren?

Ja, ik denk dat het dan wordt de organisatie met de kijk op hoe wordt mijn organisatie er beter op en staat mijn hele praktijk er achter dat deze innovatie wordt doorgevoerd. D*at is wel anders dan u aan het begin zei omdat u daar juist te kennen gaf dat u natuurlijk de beslissingen neemt!* Ja, dat is zo, maar ik wil natuurlijk wel als een soort van praktijkmanager hebben dat mijn collega's het zelf willen en zien als ik zelf doe. He, kijk je gaat ook geen restaurant op richten met daarin innovaties die je werknemers zelf ook niet zouden willen. *Haha, nee dat klopt.*

Hoe zou een E-health ondernemer ervoor kunnen zorgen dat u zijn product wil hebben i.p.v. dat van andere al gevestigde bedrijven? Waarin kan hij ondersteuning bieden in de adoptie van een nieuwe innovatie?

Heel goed luisteren naar de zorgverlener en daarop in spelen maar ook door nog andere partijen te raadplegen. Daarnaast is het ook belangrijk dat je de arts kan overtuigen van de meerwaarde van je product. Kan het betere diagnoses stellen, kan je beter behandelen want dat zijn natuurlijk constante doelen voor zo een huisarts.

En waar kan hij dan ondersteuning bieden?

Je moet gewoon heel communicatief zijn, want daar zit vaak het grootste probleem in. Dat mensen niet goed communiceren en er moet eigenlijk zoveel mogelijk iemand paraat staan om ervoor te zorgen dat er wanneer er iets is dat er ook constant veranderd kan worden. Zo een innovatie en het leren van zo een innovatie kost veel tijd en daar kan dus nog een hoop gewonnen worden. Kijk zoveel tijd erin steken geeft wel aan dat zo een huisarts het wil maar dat hij wel denkt hè, als er iets aan de hand is dan moet er wel wat aangedaan kunnen worden door de ondernemer. Er moeten duidelijke afspraken gemaakt worden hoe gaat de implementatie plaatsvinden en in wat voor stadia dat gaat gebeuren zodat er duidelijkheid is voor iedereen.

Als u succes factoren zou moeten noemen voor een ondernemer in E-health innovatie om de adoptie/implementatie van zijn/haar innovatie door huisartsen te doen slagen, welke factoren zou u dan noemen en waarom?

Nou, super makkelijk toepasbaar moet het (te implementeren) zijn. Zoals ik al zei we hebben weinig tijd en weinig zin om dingen door te voeren als het er op aan komt. Dan moet je daar als ondernemer op inspelen. Heel basaal gezegd probeer ook als ondernemer en innovator niet te grote veranderingen door te voeren daar kunnen de meeste huisartsen niet tegen het is beter om kleine veranderingen door te voeren die ervoor zorgen dat we langzamerhand naar een hoger niveau gaan met onze manier van werken. Het is ook bijna onmogelijk in de zorg om iets helemaal om te gooien, want er is heel weinig ruimte voor trial and error.

Maar waarom denkt u dan liever kleine dan grote veranderingen?

Het is niet alleen voor ons hè, ook voor de patiënten die kunnen ook slecht tegen veranderingen. Als we kijken op het gebied van communicatie. Ik noem maar de communicatie met ziekenhuizen daar zie je al als we iets geheel nieuws doen dan krijg

je dus dat er zoveel partijen alles moeten veranderen en daar komen dan al de eerste problemen. Daarnaast wekt het ook frictie op tussen de partijen omdat het dan snel lijkt of mensen elkaar niet begrijpen maar waar dit voornamelijk komt doordat ze de systemen waarin ze werken niet begrijpen en dat wil je te allen tijde voorkomen in de zorgsector.

Interview protocol general practitioner 2

Als ik als eerst zou mogen vragen, hoe lang bent u al actief als huisarts?

Ik eerst dertien jaar cardioloog geweest. Daarvoor heb ik coschappen gevolgd en geneeskunde gestudeerd. Sindsdien ben ik altijd een huisarts geweest.

Bevalt het nog steeds na zo lang in dienst te zijn geweest van de wetenschap?

Ja, het is nog steeds een vak waarin je elke dag te maken krijgt met nieuwe dingen wat het in mijn optiek zo interessant maakt.

Hebt u nog een ander beroep gehad dan huisarts?

Nee, ik ben direct doorgestroomd in het vak dus ik heb niets anders gedaan.

Zou u kunnen vertellen hoe uw praktijk in elkaar zit met betrekking tot medewerkers, besluitvormingen en uw patiënten?

Eerst was dit een solopraktijk waarin ik functioneerde met een assistente en een praktijkondersteuner. Al snel kwam ik erachter dat het niet meer ging werken, omdat het zo druk was aan klanten. Toen heb ik besloten om maar een duopraktijk op te richten met een andere huisarts maar zelfs toen kwamen we erachter dat er alsnog teveel klanten waren om voor te zorgen. Vandaar dat ik de krachten wilde bundelen en ik al functioneer in een medisch centrum waar meerdere huisartsen onder een dak werken, een HOED.

Wat verstaat u onder E-health en hoe kijkt u daar tegenaan?

Ik sta zeer positief tegenover E-health. Op dit moment veranderd de wereld en het zorgt ervoor dat mensen ook meer zelflerend en –leerzaam worden. Daardoor leren ze ook beter de waarde van hun gezondheid kennen. Desalniettemin heeft deze natuurlijk een grens. Kijk, waar nu steeds meer mensen hun eigen gezondheid gaan bijhouden, zie je ook dat er steeds meer fouten gemaakt worden. Mensen weten niet wat de bepaalde waardes die de apps en apparatuur aangeven betekenen en gaan ook steeds meer naar de leidraden van deze apparatuur werken.

Maar E-health zelf, de definitie an sich, wat betekent die voor u?

E-health is voor mij alles wat met internet gerelateerd is. Het is een heel breed begrip maar ik denk dat het vooral de binding is tussen verschillende partijen via het internet of netwerken.

Maakt uw huisartspraktijk gebruik van een Elektronisch Patiënten Dossier of een andere E-health innovatie en zo ja, zou u hier iets meer over kunnen vertellen?

Wij gebruiken al jaren Medico en zijn hierover erg tevreden. De software en het systeem werken gewoon goed en het integreert de meeste onderdelen en afdelingen van ons medisch centrum en boven alles ook met onze patiënten zelf.

Maar ondervindt ook nog problemen met dit systeem?

Ja zeker, je ziet heel erg dat de verschillende systemen en EPD's nog steeds niet met elkaar kunnen integreren en functioneren.

Dus de integratie is het grootste probleem bij u?

Ja, dat is vooral ook het vervelende op dit moment. Dus dan moet je weer andere zorgontwikkelaars hebben die iets hebben die dat kan combineren. Maar dat is dan weer vaak een systeem dat weer naast het normale systeem staat. Al die systemen hebben wel toekomst maar het is voor ons als praktijken erg vervelend om met al die verschillende systemen naast elkaar te moeten communiceren.

En de nieuwste innovatie die jullie hebben doorgevoerd binnen de praktijk, zijn jullie daarin tegen obstakels en barrières aangelopen?

Nou ja, het is een mooi systeem want je kunt er allemaal in. Het probleem wat dan als snel naar voren komt is dat sommige verpleegkundigen niet digitaal zijn ingesteld en die vergeten dan tijdens hun werk weer een hele hoop dingen in te voeren of in te loggen en dan krijg je toch weer allemaal probleem later op de rails. Doordat die mensen niet zo ingesteld hebt, krijg je al snel weer dat het systeem op de ouderwetse manier gebruik wordt. Om een voorbeeld te noemen als je nu een lijst uitprint wordt hij vaak ellenlang, want ja er zijn zoveel gegevens die dit systeem mee neemt terwijl bij Excel dat redelijk simpel gaat. Echter kan dit bij het nieuwe systeem niet meer, en dan moet je weer helemaal een nieuwe lijst per keer aan maken. Kortom niet ideaal.

Ik hoor veel problemen met het oog op integratie, maar is het financieel ook een probleem?

Voor ons niet, maar ja, het is wel dat het bij de HIS leveranciers gaat om geld. Bij Medico zelf kun je wel een soort module aanschaffen voor E-consulten maar dat schijnt echt heel duur te zijn en hoe vaak je het ook doet, het vergoedt vaak niet. Een zorgverzekeraar vergoedt bijvoorbeeld maar 4,25 per consult en dat doe je dan ongeveer 1 of 2 keer per maand maar dat weegt niet op tegen de kosten van bijna 100 euro per maand. Om het kort te zeggen dan levert het niets op en dan schaf je het, ook als ondernemend huisarts, natuurlijk ook niet aan.

Dus het is ook een beetje dat het voor de huisarts financieel wat moet opleveren. JE moet dus wel je boterham eraan kunnen verdienen.

Ja, ja, alleen maar kosten hebben wij niets aan. Als het echt heel service verhogend is á la. We hebben ook wel de gedachte hoor om zo een interactieve agenda te nemen waar patiënten dan kunnen inloggen en afspraken kunnen maken. Net zoals je nu ook kan doen bij een autogarage. Dan kan je als patiënt gewoon midden in de nacht een afspraak maken wanneer je dat wilt. Dat is echt service verhogend en daarvoor willen we best wat centen neertellen.

Misschien een gekke vraag maar waarom hebben jullie dat nog niet dan?

Dat komt omdat huisartsen eigenheimers zijn. Binnen de praktijk heb je trekkers en medewerkers die juist ver achterover hangen en daarmee ook de boel tegenhouden. Bij ons in de praktijk is de helft voor en de helft tegen en dan komt het er simpelweg niet doorheen.

Bij het centrum bijvoorbeeld?

Ja precies in het centrum.

Was dat anders geweest als u in een duopraktijk was blijven werken?

Ja, dan hadden we het zeker al doorgevoerd die innovatie.

Ah oké, dus het is echt welke partijen u betrekt in die besluitvorming. Welke partijen betrekt u nu in de doorvoering van innovaties?

Eigenlijk betrekken we niet veel van onze medewerkers maar we doen het gewoon met de huisartsen. Wij bepalen wat er gaat gebeuren, klinkt heel gek maar het is echt zo. Het zou anders veelte lang duren om innovaties door te voeren en je zult altijd partijen vergeten als je iedereen zou moeten betrekken.

En een zorgverzekeraar zou u die betrekken?

Uh, daar zijn we een beetje huiverig voor, want de zorgverzekeraar heeft ook zo een app systeem waarin de patiënt kan zien hoeveel een huisarts uitloopt met zijn consulten en hoe zijn spoed bezoeken zijn. Dat kan je ook laten sponsoren door een zorgverzekeraar maar dan krijg je allemaal reclame van de zorgverzekeraar en dan mogen zijn alle dingen bepalen in hoe onze systemen gaan werken. Je verliest als arts dan heel erg de controle en daarnaast zal de patiënt dat ook allemaal niet begrijpen. En je begrijpt dit tezamen met dat we niet op de goede voet staan met de zorgverzekeraar dat het dus liever niet hebben.

Is het een probleem dat ze commercieel ingesteld zijn?

Ja, en daarnaast zijn wij ook redelijk groot als ik kijk naar de keten die we voor ons hebben. Wij zijn een gestructureerde eerstelijns zorg praktijk wat betekent dat je mee doet met de zorgverzekeraar met indicatoren. Als je dan een beperkt aantal

indicatoren haalt dan krijg je daar een extra subsidie voor. Het is een beetje als het Engelse systeem. Goede getallen aanleveren betekent meer geld. Eigenlijk is dat ook weer slecht, want hoe kan je bepaalde waardes aan elkaar koppelen, hoe kan je bepalen wat een goed getal is. Is een diabeet die langer leeft direct een koppeling voor een positief getal? Het is nu nog allemaal wat krom omdat het nog niet fantastisch werkt. Het is keihard getallen genereren. Hoelang zit men in de wachtkamers, hoe lang duren consulten en hoeveel impact hebben die consulten op de gezondheid van die mensen, etc., en hoe meer punten je hebt, volgens wat de zorgverzekeraar goed vindt krijg je subsidie geld.

Dat is interessant, hoe komt het denkt u dat ik dat nog niet vaker heb gehoord?

Ja, het is op zich wel bekend maar ik denk dat huisartsen er niet zo open over zijn. Naast dat we dus verbonden zijn aan de zorgverzekeraar zijn we ook nog een academische praktijk en zijn verbonden aan de VU. We zitten in een database waar dan weer promotieonderzoeken worden gedaan. Een voordeel van die indicatoren is dat je wel jouw praktijk qua getallen, waar ze dus die extracties op kunnen uitvoeren, piekfijn in orde is. Dat is een voordeel voor de praktijk, die controle, maar het is ook een nadeel, want die praktijkondersteuner zitten dan constant die stomme Excel in te vullen terwijl ze daar natuurlijk niet voor getekend hebben.

Maar met innovaties zijn de huisartsen dan degene die de innovaties opzoeken en doorvoeren?

Aan de ene kant is het iets dat vanuit de zorgverzekeraar komt. Aan de andere kant is het ook wel eens iets dat we zelf hebben opgezocht en waar we zelf achteraan gegaan zijn. Echter levert het maar weinig verbetering op. We willen een kwalitatief sterke praktijk zijn en die zorg is qua cijfers en klanttevredenheid wel verbeterd, maar wij hebben Achmea als referentie punt. Die schieten af en toe een beetje door als het er op aankomt.

En die praktijk waar u dan eerst in werkte was dat een innovatieve praktijk en waarom?

Het is nog steeds dezelfde duo praktijk hé, het was een aparte ruimte en zijn toen in de nieuwbouw getrokken. Ja, dat was aan het begin zeker een behouden praktijk, dus niet per se vooruitstrevend. Maar dat kwam door degene die meeging met mij (huisarts) en die ging toen al bijna met pensioen. Je ziet dat wanneer artsen bijna met pensioen gaan dat ze niet echt meer mee willen gaan met nieuwe technologieën en zijn rompslomp.

Zou u door uw ervaring met het EPD en mening over hedendaagse technologie juist sneller E-health innovaties adopteren of niet? Wat zijn hierin uw redenen om wel of niet nieuwe innovaties te adopteren?

Ja, ik denk het wel. Wat er nu allemaal mogelijk wordt gemaakt via Medico, maar let op mijn woorden binnenkort kan dit ook allemaal via de Iphone, het wordt allemaal steeds gemakkelijker. Het lijkt mij ook ideaal hoor dat ik gewoon voor een bezoek even snel kan kijken wat een patiënt heeft. Daarnaast kan je het dan ook snel invullen als je klaar bent met een bezoek, nu zit je de hele dag papiertjes vol te schrijven en formulieren in te vullen. *Oudbollig.* Ja, dat is heel oubollig ja, haha. Je hebt huisartsenshifts in de weekenden, avonden en nachten hé. Toevallig had ik nachtdienst dit weekend daarvoor heb je met de huisartsen post weer een andere EPD waar alles moet worden ingevoerd. Gelukkig hebben we wel dat het zit geïntegreerd met de HIS maar als de patiënt dan niet zijn vinkje in het systeem heeft aangeklikt kunnen we de documenten weer niet zien via die EPD. Echter hebben we die gegevens op dat soort shifts wel nodig, dus het is een goed systeem maar de stabiliteit van het systeem is nog ver te vinden. In Haarlem werkt bijvoorbeeld het systeem prima via internet, maar ga je meer naar Zaltbommel en dan is de 4g ver te zoeken en knal je zo uit het systeem. Dus dan heb je weer een probleem. *Nou ik hoor in ieder geval dat er ruimte is voor verbetering.* Vooral dat al die dossiers via de systemen met elkaar zouden moeten kunnen communiceren, dat zou fijn en nodig zijn maar je ziet dat ze daar in de innovatie erg op vastlopen binnen de ketenzorg.

Wanneer u op zoek bent naar innovaties om de efficiëntie en/of effectiviteit van uw praktijk te verhogen, zou u dan ook naar E-health toepassingen zoeken? Zo ja, naar wat voor eigenschappen bent u op zoek binnen dit type innovatie? Zo niet, waar en naar wat zou u dan zoeken en waarom?

Ik denk dat het vooral voor de service verlening aan de klanten moet zijn. We werken namelijk ook heel veel met KSYOS. ken je dat systeem?*Ik heb het wel ergens eerder gehoord maar niet precies.* KSYOS is een soort communicatie systeem waarmee we via foto's kunnen helpen, het is echte E-health.

Oh, teledermatologie?

Ja, teledermatologie en –cardiologie, ze hebben van alles en binnenkort ga ik er doorheen drukken dat het er moet gaan komen. Ook de 24-uurs monitoring voor hartritmes etc. gaan we doen. Dit helpt de patiënt maar ook de huisarts, want hij

hoeft niet meer naar de patiënt toe wat fijn is, want het bespaart tijd en ook is er vaak niet echt iets aan de hand. Dat bespaart dus heel veel kosten voor de tweede lijn. Daarnaast bespaart het ook nog is kosten voor de patiënt, het consult en het eigen risico dus het is vier vliegen in één klap! En voor ons is het weer makkelijker, want je hebt alles in eigen beheer!

Maar hoe kijkt u dan aan tegen al die nieuwe E-health innovaties, het zijn er namelijk heel veel aan het worden, wat vindt u daarvan?

Ja, het ligt er aan op welk gebied, qua die deelonderzoeken is alleen KSYOS aan de macht. Dus dat is lastig om te zeggen, want ik ken er niet zo veel. Ik zou wel eerder bij een groter bedrijf kijken dan bij een nieuwe ondernemer, als je het zo zou stellen.

Hoe zo dat?

Meer de ervaring, kijk naar KSYOS die zijn ook vroeg begonnen en hebben zich goed op de markt gezet. Een klein bedrijf is eigenlijk wel goed maar hij moet wel kunnen communiceren met alle ziekenhuizen in de omgeving. Stel je hebt een mooi initiatief maar het systeem kan niet communiceren met de verschillende HIS leveranciers, dan heb ik er gewoon niets aan. Het mooist zou zijn als er over heel Nederland maar een patiëntendossier zou zijn. In de ziekenhuizen heb je nu Epic, dus het zou mooi zijn dat alles één zou worden; huisarts- ziekenhuis- specialist.

Bent u bang voor E-health omdat het misschien zou kunnen betekenen dat u uw baan verliest als huisarts?

Nee, daar ben ik niet bang voor, want het heeft zich al bewezen dat dit niet het geval zal zijn. Neem bijvoorbeeld die app waarmee je een diagnose kan stellen op een melanoom. Daar kan je een begin mee maken maar voor het echte werk is specialisme en deskundigheid nodig. Daarom ben ik er niet bang voor het moet alleen zijn voor monitoring niet voor diagnostiek. Die apps zijn er vooral om dingen in de gaten te houden. Ik waslaatst bij een patiënt die had een enorme Apple TV waar hij zelf zijn hartfalen mee in de gaten hield. Daarop kon je heel overzichtelijk een diagram zien van zijn gewicht, het zuurstofapparaat en ook waarmee hij online kon communiceren met specialisten online. Dan wordt zo een programma weer heel erg praktisch, want je kunt het met zo een consult er dan eenvoudig over hebben maar je ziet dat het dan meer monitoring is dan diagnoses stellen.

Ja, en de bereidheid van de mensen om meer te investeren om hun gezondheid beter te maken. Wat zou de eerste innovatie zijn die u zo willen doorvoeren binnen uw praktijk als u nu mocht kiezen?

Ik denk dat we graag dat ritme diagnostiek in ons eigen beheer zouden kunnen hebben. Oh ja, en die online agenda wil ik heel graag hebben.

Is dat dan voor kwaliteitsverbetering of service of iets anders?

Service verbetering denk ik, niet de kwaliteit in ieder geval. Wij weten namelijk dat de assistentes er tussen zitten, omdat de patiënt vaak wel kan wachten op de eerstelijns hulp. Online kan je daar geen rekening mee houden dus het is niet dat je de kwaliteit verbeterd, maar wel de service.

En stel die monitoring u ziet voor die online agenda verschillende aanbieders, waar selecteert u dan op om met deze ondernemer in zee te gaan?

Als het makkelijk werkbaar is voor patiënt. Ik werk namelijk in een achterstandsgebied dus het IQ is niet zo heel hoog. Daarom moet het dus makkelijk zijn voor mij om mee te werken en dat het communiceert met een HIS en dat het aansluitbaar is op je PC zodat je snel alle gegevens kan doorvoeren in het systeem.

Maar stel dat er een aantal aanbieders zijn, alle kwaliteiten zijn goed, de patiënten willen het en het werkt fantastisch maar het duurt wel heel lang om het door te voeren en er is veel bijscholing nodig om het systeem te leren kennen. Wat zou u dan kiezen, makkelijk of dit bedrijf?

Enige scholing is niet zo erg maar het ligt er een beetje aan wat het verschil is tussen beide. Het zal dan ook een beetje het gevoel bij het bedrijf zelf zijn. Voel ik me thuis bij hun missie en visie en hoe erg willen ze met mij samen werken en hoe flexibel zijn ze daar in.

En de commerciële instelling van de ondernemer zou dat botsten met uw instelling om mensen te helpen?

Nee, want wij denken ook aan de centen hoor!

Maar is dat met de jaren veranderd dan?

Ja, heel erg, omdat er daar nu financiële consequenties aan vast zitten die er vroeger niet aan vast zaten. Dat is gekomen door de zorgverzekeraar, want vroeger was het anders. Dertien jaar geleden had de ziekenfonds patiënt en de particuliere patiënt. Daarvoor kreeg je als huisarts een lumpsum van het fonds en de particulieren betaalde per consult. Nu is het heel anders, nu is alles een geworden en betaal je een klein bedrag per consult en een groter bedrag voor inschrijving maar ben je dus gekort. Daarom doen we er dus allemaal dingen bij om op hetzelfde inkomen uit te komen. We doen veel meer dan toen, toen deed ik alleen maar consulten en bezoeken en had ik maar een praktijkondersteuner en twee assistentes. Nu zijn dat drie praktijkondersteuners, drie praktijkondersteuners GGZ en naast de normale taak van de huisarts doe ik nu ook ECG's, ingrepen en longfuncties. Van alles dus.

Dat klinkt als een redelijke breed scala. Denkt u dan dat, doordat er steeds meer aandeelhouders komen, dat ook de ICT en E-health hierin helpt mee te verbeteren?

Je wordt steeds meer een hulpverlener wordt van de patiënt en dat bijna niemand meer fulltime werkt. Daarin is het dan wel zo handig dat E-health mee ontwikkeld. Deze ontwikkeling kan dan met de tijd mee weer helpen de vele aandeelhouders tevreden te houden en de patiënt betere en gerichte zorg te bieden.

Waarin kan de ondernemer dan ondersteuning bieden in de adoptie van een nieuwe innovatie en hoe kan hij u stimuleren? Laat ik het zo stellen, hoe kan hij ervoor zorgen dat u denkt dit is een fantastische innovatie en dit is de manier waarop ik een innovatie wil adopteren zonder veel moeite?

Het is echt een pre als de innovatie met het HIS systeem van ons geïntegreerd kan worden. Het zou ook heel fijn zijn als de ondernemer ons de ruimte zou geven wanneer wij nieuwe ideeën hebben dat die doorgevoerd kunnen worden binnen hun product. Daardoor hebben wij het idee dat we wanneer we een idee hebben, dat we kunnen helpen en samen een product kunnen maken dat perfect aansluit bij wat wij nodig hebben. Dit zou ook het te implementeren bespoedigen.

Dus om gezamenlijk tot het eindproduct te komen. Maar met wat zou u dan liever werken een gestandaardiseerd product van een kostwinnaar dat wat goedkoper is, of met een duurder bedrijf dat maatwerk levert?

Liever maatwerk! We houden als huisartsen erg van de special treatment, omdat we die zelf ook constant leveren. Het kan ook bijna niet anders, elke huisarts heeft namelijk bijna een ander systeem. Uiteraard moet er dan wel aan gedacht worden dat ons systeem geïntegreerd kan worden met andere partijen.

Maar u betaalt dan waarschijnlijk wel meer?

Als dat voor de patiënt enorme service- en kwaliteitsverbetering oplevert dan vind ik dat echt niet erg. Maar ook de zorgverzekeraar moet daarbij helpen, die hebben wij nodig, want die betaalt natuurlijk ons inkomen. Als wij een product hebben gevonden waar wij positief achterstaan maar de zorgverzekeraar vindt van niet, dan moet het wel heel veel toevoegen willen wij het gaan aanschaffen.

E*en subsidie zou dus wel gewenst zijn?*

Ja zeker, de zorgverzekeraar geeft altijd aan dat ze een potje hebben voor innovatie, maar in de praktijk is dat potje volgens mij even groot als een pindakaas pot gevuld met vijf centen. Maar over het algemeen zou dat een huisarts makkelijker doen instappen, wanneer de E-health ontwikkelaar al contact heeft gehad met de zorgverzekeraar en dat hij die al achter zich zou hebben staan.

Denkt u dat er hier dus fouten worden gemaakt? Dus bij wie de ondernemer aanklopt?

Gedeeltelijk wel ja. Je kunt beter hebben dat je via de zorgverzekeraar komt, want de huisartsen hebben een zonnebril op om door alle onzin heen te kijken.

Dus stiekem moeten ze de innovatie maken met de huisarts maar moeten implementeren via de zorgverzekeraar?

Ja, eigenlijk wel ja, klinkt wel heel lastig zo, haha.

Ook de zorgverzekeraar gaf aan niet de beste vrienden te zijn met de huisartsen, dus ik ben benieuwd!

Aan de ene kant wil je ze buiten de deur houden maar ze betalen wel je boterham dus je kunt die deur niet dichthouden. Je hebt ze nou eenmaal nodig. *Ja, dat is een probleem.* Eigenlijk zou iedereen zijn eigen ontwikkelgroep moeten hebben met een zorgverzekeraar, de E-health ontwikkelaars en de huisartsen.

En een beetje patiënt?

Ja, dat zou ook goed zijn ja, niet meeste belangrijk hoor. Het zou dan voornamelijk zijn voor de gebruikerseenvoud.

Als u succes factoren zou moeten noemen voor een ondernemer in E-health innovatie om de adoptie/implementatie van zijn/haar innovatie door huisartsen te doen slagen, welke factoren zou u dan noemen en waarom?

Pfoe, zo weinig mogelijk kosten met zo veel mogelijk winst voor de patiënt qua geliktheid en service. Dan stapt de huisarts wel in, denk ik.

En moet het hightech zijn?

Het hoeft voor ons echt niet hightech te zijn, zelfs liever niet. Lekker simpel is beter in de huisartsenzorg. Het moet voornamelijk tijd en kosten besparen. Daar moet wel bij nagedacht worden dat het verwacht wordt dat iets veilig is en dat de privacy bewaard moet blijven. Een groot dossier waar iedereen bij kan, dan komt dat puntje veiligheid zeker boven aan. *Meerdere factoren hoor ik zo.* Ja, en dat is natuurlijk veel werk wanneer je ook nog eens al die HISen met elkaar wilt laten communiceren. Het klinkt bijna onmogelijk maar ik denk dat het slim is om klein te beginnen, bij bijvoorbeeld de apps.

Interview protocol general practitioner 3

Allereerst zou ik aan u mogen vragen hoe lang u al actief bent als huisarts?

Op dit moment ben ik nu 21 jaar huisarts.

En hebt u hiervoor ook nog een ander beroep gehad?

Ik heb altijd als arts gewerkt, ik ben 4 jaar uitgeloot en heb ik als arts in een ziekenhuis gewerkt maar daarna ben ik inderdaad doorgestoomd tot huisarts. Ik heb uiteraard daarvoor de opleiding geneeskunde gedaan en daarna de opleiding tot huisarts genoten.

Zou u kunnen vertellen hoe uw praktijk in elkaar zit met betrekking tot medewerkers, besluitvormingen en uw patiënten?

Onze praktijk heeft twee eigenaren waarvan ik er een ben, wij zijn dus een duo praktijk. En we zijn ondergebracht in een maatschap. De praktijk is niet zo heel erg groot; twee eigenaren als huisarts en een huisarts in dienst verband voor door de week.

Wat verstaat u onder E-health en hoe kijkt u daar tegenaan?

Ja, dat zegt mij zeker wat, wat me wel op viel is dat je er vanuit gaat dat E-health en EDP in elkaars verlengde liggen. Ik denk dat je er vanuit kan gaan dat 95 % van de huisartsen dagelijks voortdurend bezig is in zijn EDP. Ik doe niet anders dan alles in mijn computer noteren en dat is een EPD. Maar daarnaast is het probleem van E-health toepassingen dat E-health toepassingen aan elkaar hangen.

Maar waar denkt u zelf aan als u E-health ziet, het houdt dus meer in dan alleen die EPD waar ik het over heb?

EPD is voor mij eigenlijk helemaal geen E-health. E-health begint bij mij vanaf; kunnen mijn patiënten bij mij inloggen in het systeem om afspraken te maken, kunnen ze hun bloeddrukwaardes op een of andere manier met mij communiceren, kan ik met zorggroepen als thuiszorg en verpleegkundigen kan ik daar ook met patiënten over communiceren, kan ik in de tweede lijn specialisten bereiken... Dat is E-health voor mij.

En hoe kijkt u daar tegen aan?

Ik denk dat het et wel gaat komen maar dat de hobbels op het pad nog erg groot zijn, laat ik dat voorzichtig zeggen. Ik zie al heel veel dingen die eerst niet konden. Ik zie mijn EPD maar je hebt als huisartsen vijf EPD's. Ik heb Promedico, zo heet dat, die maakt al mogelijk dat een patiënt bijvoorbeeld inzage heeft in het rooster van de huisarts, en daar dan ook een afspraak in kan maken Dat is een vorm van E-health. Ik heb al een site waar mijn patiënten kunnen doorklikken en dat ze met mij om een consult kunnen vragen. Dat soort E-health toepassingen zijn natuurlijk geweldig, het enige is dat de koppeling via Promedico loopt, wat als bottleneck functioneert.

Dus tussen u en de ondernemer?

Ja juist, dat is waar je in iedere vraag tegen aanloopt. Het kost voor mij als huisarts meer tijd en ik moet dubbel werk doen om iets van het ene systeem nog een keer over te typen voor het nieuwe systeem. In mijn visie is dat volstrekt onlogisch en is dubbelop. Ik heb 10 minuten per patiënt, zo moet je het voor mij bekijken. Dus het moet voor mij zo soepel mogelijk lopen, want anders haak ik af. *Dat begrijp ik, een huisarts is druk bezet en gaat al tien jaar met hetzelfde systeem aan de om en wanneer je dan over moet stappen is dat een heel gedoe.* Nou ik zo liever niet willen overstappen maar er zou iets naast moeten komen. Ik zie niet alleen vanuit de patiëntenverenigingen die mogelijkheden ontstaan maar ook van ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties. Echter zijn al die 27 verschillende mogelijkheden voor mij een soort van kerstboom om in mijn eigen kerstboom te hangen. Waarin elke kerstboom dan weer zijn eigen kerstballetjes heeft (E-health toepassingen). Ik wil gewoon een product dat geïntegreerd is met alles.

Maar bent u toen in het begin ook betrokken geweest in het implementatie proces van uw EPD? En waarom hebt u voor toen voor Promedico gekozen?

Ja, toen ik startte hadden we alleen nog de groene kaart, zoals wij dat noemden. Er was nog geen computer in zicht maar toen werd het al snel duidelijk dat er meer met computers gewerkt zou worden. We hebben het nu over 18 jaar geleden hé.

Toen is die PDF functie van Promedico ontworpen en is ook als eerste in het gat van de zorgmarkt gesprongen. Daarom hebben wij de keuze gemaakt voor Promedico, gewoonweg omdat ze de eerste waren.

Maar er moet toch wel een reden zijn waarom u zo snel voor Promedico koos?

Promedico was toe een systeem dat goed bekend stond. Het programma leek te werken maar bevatte ook een zekere vorm van flexibiliteit in de achterband.

En in de implementatie tijd zijn jullie toen tegen veel dingen aangelopen?

Nou je hoefde toen niet zoveel te implementeren, want er was nog niet zoveel communicatie, dat is er allemaal bij gekomen hé. Alles wat je daarvoor deed waren namelijk dingen opschrijven en een brief printen. Dat was al heel wat, een brief printen, zelfs een recept printen was al iets heel bijzonders. Er was toen natuurlijk ook nog geen verbinding online, waar we nu dagelijks in verbinding staan met ziekenhuizen, apotheken en andere instanties. Alles gaat nu online.

Maar hebt u ook kortere tijd geleden te maken gehad met een innovatie?

Wat je ziet, wat echt een vlucht neemt en dagelijks nog toe neemt, is de applicatie van Zorgdomein. Zij draaien echt op heel veel plaatsen in Nederland. Het is iets waar ik bijvoorbeeld heel veel aan heb, een voorbeeld is dat je online de verwijzingen kon regelen. Ik tik hier mijn brieven uit en direct daarna kan ik het doorsturen naar de infobalie bij het ziekenhuis. Wanneer mijn patiënt dan belt heb ik zijn nummertje en informatie klaarliggen en kan ik ook eenvoudig een afspraak maken. Al het papier is aan het verdwijnen.

Dus een soort van platform?

Ja, een beveiligd platform, en zo komen ook alle uitslagen uit de laboratoria binnen. De röntgenuitslagen bijvoorbeeld komen hier allemaal online binnen en worden zonder papier ingevangen. Iets wat ook heel recent is, we hebben natuurlijk patiënten die verhuizen en zich dan bij een andere huisarts inschrijven. Sommigen mensen hebben werkelijk stapels aan voorgeschiedenis in hun dossier zitten maar dat kan sinds kort allemaal online doorgestuurd worden. Zo kunnen we er voor zorgen dat we een papierloos dossier hebben van de patiënt maar wel zodat iedereen, ook andere huisartsen, op de hoogte is van wat er met die patiënt aan de hand is.

En wat is uw mening over hedendaagse E-health ontwikkelingen met als voorbeeld de vele gezondheidsapps die worden geproduceerd of bijvoorbeeld het initiatief Thuisarts.nl?

Thuisarts is niet echt een gezondheidsinitiatief maar een initiatief van de NHG, de Nederlandse huisartsen gemeenschap. Wat Thuisarts doet is een soort van een internet review geven van alles waar wij als huisartsen al jaren lang mee bezig zijn in de voorlichting. Voordat Thuisarts ontstond hadden wij alles op papier, in die vorm is het innovatief en ik verwijs er dagelijks naar, maar het is niet echt een buitenstaander die erbij gekomen is het is meer een soort toelichting.

Dus het is meer een soort van Wikipedia voor de patiënt?

Ja, maar dan wel onder de supervisie van het NHG, want langzamerhand wordt alles geïnfiltreerd door diegene die het pilletje verkoopt. In die farmaceutische industrie zit heel veel marketing en dan krijg je al snel een fictieve manier van voorlichting geven. Thuisarts doet dit niet. Thuisarts biedt de betrouwbare informatie van ons aan voor patiënten. Sinds een aantal jaar maken we daar dus gebruik van.

Maar hoe kijkt u dan aan tegen die apps waar ik het net over had?

De app is er nog niet zo lang hé misschien pas een aantal jaar. Ik heb daar nog niet veel van ervaring mee gehoord maar ik verwacht dat het in de toekomst nog wel meer gaat leven dan het op dit moment doet. Ik sta er wel positief tegenover.

En wat vindt u dan van andere apps zoals de apps die bloeddruk meten of verzint u maar iets moois? Vindt u het goed dat deze er zijn of dat er nu zoveel initiatieven zijn, waarvan de kwaliteit heel erg uit een loopt?

Het lastige is natuurlijk dat je niet kan checken of iets betrouwbaar is. Kijk als het een app is waarbij iemand gewoon zijn eigen bloeddruk waardes invult, dan is dat hetzelfde wanneer ik dit op een papiertje op schrijf, dus daarin zou het goed kunnen helpen. Echter als daar nog een applicatie aan vast zou zitten voor een behandeling of iets, dan wordt het gevaarlijk.

Ik las ook iets over een app die automatisch je temperatuur zou kunnen meten, maar dan wil ik graag weten hoe zo iets gevalideerd is, anders heeft het voor mij geen waarde.

Een beetje septisch dus, maar het zou dus voornamelijk goed onderbouwd moeten zijn die apps, betrouwbaar?

Ja, ze hebben het wel is over een keurmerk, een soort van commissie die de verschillende apps een beoordeling geeft. Dat zou een goed idee zijn. Ik kan en heb er geen tijd voor de app, wanneer ik deze aanschaf, te beoordelen.

Zou u door uw ervaring met innovaties en mening over hedendaagse technologie juist sneller E-health innovaties adopteren of niet? Wat zijn hierin uw redenen om wel of niet nieuwe innovaties te adopteren?

Nee, ik wil op zich wel mee gaan met de hedendaagse verandering maar nog steeds ga ik niet twee systemen naast mijn systeem implementeren, want dat is dubbel werk. Er moet dus een of andere manier komen waarin er een koppeling wordt gemaakt met hetgeen waarin ik al bezig ben.

Wanneer u op zoek bent naar innovaties om de efficiëntie en/of effectiviteit van uw praktijk te verhogen, zou u dan ook naar E-health toepassingen zoeken? Zo ja, naar wat voor eigenschappen bent u op zoek binnen dit type innovatie? Zo niet, waar en naar wat zou u dan zoeken en waarom?

In de toekomst zal daar zeker bij mij ook een inhaalslag gemaakt worden maar dat heeft er ook mee te maken dat ik overweeg om op korte termijn van locatie te veranderen en dan moet in ieder geval alles op de schop. Wanneer dit gaat gebeuren gaan we kijken hoe we de toegankelijkheid voor de patiënt kunnen verbeteren, voornamelijk met de hulp van E-health.

Maar wilt u dan juist u efficiëntie verhogen of zijn er juist andere motieven om nieuwe innovaties te adopteren?

Ik denk dat een stukje kwaliteitsverbetering ook erg belangrijk is en als je bijvoorbeeld nu al ziet is dat de hele gezondheidszorg op de schop wordt genomen. Hierdoor wordt het nu belangrijk dat er vanuit de wijk gericht gewerkt gaat worden door de diverse zorgverleners en dat er wordt gekeken of er al systemen zijn waarin die zorgverleners opereren samen online kunnen samenwerken met de patiënt erbij. Ik denk dat de toekomst gaat hebben maar ook dat de toekomst dat nodig heeft. Er zijn al diverse aanbieders op de markt, maar die zullen elkaar wel gaan uitkwalificeren. De versnippering van de verschillende systemen is op dit moment het lastigst, maar geloof mij, over een tijd gaat er iets naar boven drijven dat de leider gaat worden in deze markt.

En zou u kunnen vertellen welke partijen (als voorbeeld de maatschappen, patiënten en zorgverzekeraars) u allemaal betrekt in de keuze voor het adopteren van een nieuw E-health toepassing, zoals als de EPD, en op wat voor manier beïnvloeden deze verschillende partijen uw keuze?

Dat is een lastige, individueel doen die patijen dat namelijk niet. Voor mij zijn de beroepsverenigingen erg belangrijk, zoals ik al eerder noemde die NHG, want daar zit mijn kwalitatieve onderbouwing bij. Zorgdomein wordt echter gedragen door de ziekenhuizen waarin ze ook nog aan het uitbreiden zijn vanuit de eerstelijns zorgwerkers zoals verpleegkundigen en dergelijk, dus ik denk dat het een hele grote gaat worden; die zie je als een olievlek uitbreiden. Maar ook de gemeentes moeten meer zorg gaan faciliteren of wat dacht je van de grote thuiszorgorganisaties, die zouden moeten kunnen indiceren wanneer iemand zorg nodig heeft. Je zou kunnen zeggen dat die in principe de basis zijn van waar iedereen zijn zorg vandaan mag halen en die hebben dan ook de power en het geld om nieuwe initiatieven op te zetten. *Oh, ik hoorde juist bij andere huisartsen en E-health experts dat dit initiatief juist bij de zorgverzekeraar moet liggen omdat zij het geld hebben. De huisartsen zelf, zoals u, zitten natuurlijk vast aan een vast budget, waar de zorgverzekeraar kan spelen met miljoenen.* Ja, ik ben blij dat zij dat een logisch idee vinden maar de zorgverzekeraars zelf vinden dit in de praktijk niet. Wat je nu ziet is dat de zorgverzekeraars, misschien ben ik daar niet geheel accuraat in als ik dit zeg, maar de zorgverzekeraars hebben een grote pot met geld. Deze wordt voor de huisartsen in drieën gedeeld waarvan een gedeelte, het derde segment noemen wij dat, de ruimte geeft innovatieve ideeën naar voren te brengen, en dan kan het natuurlijk zijn dat daar iets goeds uit voort komt. Echter zijn het in 90% van de gevallen teleurstellingen op dit gebeid. Bij collega's van mij die het wel hebben geprobeerd in samenwerkingsverband met de zorgverzekeraar werden vaak al tijdig in de steek gelaten. Wat de zorgverzekeraar wel doet is met sommige modules een verplichting stellen en ook om daarin dus meer internet based technologie te gaan gebruiken. Zij willen namelijk alles registreren; hoeveel van medicijn schrijft u voor, etc. Daarin zit een beetje de kronkel, ze hebben eigenlijk het liefst dat de huisarts alleen doorvoert wat zij willen en dan verdwijnt eigenlijk het nu van het derde segment in mijn ogen.

En als de patiënt het zegt: ''Deze applicatie zou ik graag bij u in de praktijk geïmplementeerd te zien worden''. Zou u daar dan gehoor aangeven?

En dit is een nieuwe toepassing bedoel je?

Ja, laat ik als voorbeeld noemen: Ik zou graag willen dat u aan E-consulting gaat doen.

Ah oké, maar ja ik doe het natuurlijk al. Als er iets extra's zou zijn, zou ik er zeker naar luisteren en bekijken. Dat zou ik kunnen toezeggen. Ik ben zeker bereid daar zeker naar te kijken en iets anders, er wordt door het kabinet er vanuit gegaan dat de mensen ontzettend zelfredzaam zijn, hun eigen gezondheid kunnen sturen en hun eigen behandelplan weten te communiceren. Maar het spijt me zeer maar dat kunnen ze gewoon niet. Nee, dat kan driekwart van de mensen niet, grof gezegd.

Komt dat door gebrek aan kennis?

Nou het is ene beetje dubbel en ik praat misschien een beetje gekleurd, want ik zit hier met de praktijk ook in een achterstandswijk. Maar je ziet heel veel iliteracy, mensen hebben en kunnen geen goed overzicht maken over wat er moet gebeuren wanneer er iets mis met hun gezondheid. Simpele dingen als het lezen van de instructies die een medicijn voor schrijft, of als je ze een medische term voorschrijft, dan is de schatting, dat een kwart van de Nederlanders, en dat zijn dan gewoon Hollanders, hebben daar al problemen mee. Dus dat betekent dat dit veel te hoog gegrepen is voor mensen, daar moet je je niet in vergissen. Ook als ze zeggen dat mensen goed kunnen zoeken naar wat er mis is en dat ze weten wat kwaliteit is en welk ziekenhuis ze daarvoor moeten hebben, allemaal onzin. Maar zoals ik al zei het is een beetje een gekleurd verhaal, wat een beetje komt uit het koken van de mensen die het wel kunnen. Een deel van de mensen zegt: ''U bent de dokter!'' Waar een ander deel zegt: '' Ik kan het niet zelf'' En het laatste gedeelte die heeft niet de interesse om te leren wat de nieuwe toepassingen te bieden heeft. Het kleinste gedeelte van de patiënten hebben wel die interesse en de benodigde kunnen maar die groep dus valt in het niet bij de rest. Niets kan dus een honderd procent plan worden. Het probleem blijft dat E-health niet voor iedereen van toepassing is en dat dit dus problemen kan opleveren.

Wat voor invloed heeft uw professionele omgeving (andere huisartsen en zorgaanbieders) op de innovatiebereidheid van u en uw praktijk?

Misschien nu wat meer dan vroeger omdat het begrip concurrentie natuurlijk is ingevoerd. Soms zal dat mee spelen als je je mooi wilt presenteren. Dus als jij een gelikte website heb waarin je kunt zeggen wat de afspraken zijn en hoe de implementatie van een innovatie zal zijn, dan is dat misschien een beter binnenkomer dan wanneer je helemaal niet te bieden hebt. Of wanneer je een stoffig papiertje op de deur hebt. Je hebt praktijken waarbij de concurrentie met collega's wat groter is dan bij anderen water zeker ervoor kan zorgen dat de innovatiebereidheid van die praktijken hoger zal zijn.

Maar bij u valt dat mee?

Bij ons wel, ook omdat we met minder huisartsen hier zijn.

Ah oké, want ik heb een beetje het gevoel dat huisartsen gewoon steeds commerciëler moeten gaan denken omdat ze ook gewoon hun geld moeten verdienen.

Ja, dat klopt en het begrip concurrentie in de eerste lijn is natuurlijk verschrikkelijk. Wij werken veel beter met samenwerking, dus ik vind dat een hele slechte situatie.

Klinkt heel Amerikaans hé?

Ja, maar ik denk dat er een tegendraai komt in de toekomst. Echter is de onderhandelingspositie van de huisarts daar wel heel anders dan hier. De zorgverzekeraar staat ook onder de curatele van de overheid, terwijl dat daar in Amerika niet het geval is.

De literatuur schrijft acht factoren voor, hierop tafel zichtbaar, die de beslissing van huisartsen beïnvloedt in de keuze om een innovatie op te nemen binnen hun praktijk. Zou u voor uzelf deze van belangrijk tot minder belangrijk kunnen leggen en uit kunnen leggen waarom dit zo is?

Nou het lastige is, ik kan hier geen rijtje van een tot acht van maken omdat het allemaal belangrijk is. Technologisch(Hoe makkelijker hoe beter), verandering proces, in de tijd mee veranderen. Je moet gewoon mee met de tijd, je ziet het nu zelf al: Er zijn heel veel E-health toepassingen en de huisarts is daar zonder dat hij het weet ook in mee aan het veranderen. Psychologisch kan je ook zien dat de jongeren al een stuk verder zijn dan de ouderen, je ziet die al veel meer werken met apps, ook onder de huisartsen. Legaal, de voorwaarden dat wanneer je een ondernemer bent, is dat je legaal bent, en ook je app, maar als huisarts denk ik dat je altijd legaal wilt werken. Sociaal, weet ik niet helemaal hoe je dit wilt invullen? *Dat is meer van dit is wat de patiënt wil en dit is wat de medewerkers willen of wat de samenleving wil, en daarom doe ik dat dus als huisarts zijnde.* Dat niet zo zeer, maar wat ik noemde, dat wijkgericht werken zou daar wel in kunnen werken. Organisatie: ik organiseer het in ieder geval niet, maar als een bepaalde beroepsgroep dit als een voorwaarde zou geven om bijvoorbeeld een gecertificeerde praktijk te worden, want praktijken zijn gecertificeerd, en een extra kwaliteit kenmerk dan zou ik kunnen begrijpen dat het een enorme boost zou geeft.

U zou dus zeggen dat dat wel een belangrijke factor is?

Ja, dan neem je het serieus in overweging. Dat hebben ze toen ook gedaan met het verbeteren van de toegankelijkheid en de telefonische beschikbaarheid van de huisarts. Misschien heb jij wel gemerkt dat het nog steeds niet optimaal is maar dat het door die verbetering wel een stuk beter gaat op het moment. En tijd, is natuurlijk wel essentieel, want dat hebben we als huisarts altijd te kort dus het moet in hapklare brokken klaar liggen en snel geïmplementeerd kunnen worden. Financieel, je moet bedenken ik krijg 9 euro per 10 min per patiënt, dus je moet wel met een toepassing komen welke echt interessant is, wil ik daar veel meer moeite en tijd in steken. Daar kunnen natuurlijk wel wat verschillende golven in zijn maar het zou leuk zijn als E-health ook door een zorgverzekeraar ook erkend word. Dan is het voor ons ook gratis.

Dus als het financiële plaatje goed is dan bent u veel meer geneigd een E-health oplossing door te voeren?

Ja, en dat zie je ook nu steeds meer om mij heen gebeuren hoor.

En als u nou eens stiekem een van deze factoren zou moeten opnoemen als belangrijkste, welke zou u dan kiezen?

En dan de belangrijkste factor om een innovatie te gaan adopteren?

Ja, waarom zou u deze innovatie doorvoeren?

Dan denk ik voor ‘‘organisatie’’ zou kiezen omdat het de organisatie uiteindelijk moet gaan verbeteren in kwaliteit. Pure kwaliteitsverbetering.

Wat zou de eerste soort innovatie zijn die u vandaag de dag zou willen doorvoeren in uw praktijk, en wat brengt u ertoe/wat spoort u aan dat u deze innovatie wilt implementeren?

Ik vind het platform erg interessant, want daar krijg ik zeker nog mee te maken maar sommigen zijn er al, maar nog steeds heb ik het nog niet gedaan. Dus bijvoorbeeld dat patiënten zelf een afspraak kunnen maken, dat kan bij mij nog niet maar dat zou ik zo kunnen implementeren. Ook vind ik het uitbreiden van Zorgdomein erg belangrijk, want daar heb je contact met andere zorgverleners.

Waar denkt u dat het nog ontbeert bij E-health innovaties en/of nieuwe E-health product ondernemers voor huisartsen die graag willen innoveren?

Ik denk dat je altijd met een voet in huidige praktijk en een voet in de innovatie moet staan, want anders blijf je zweven. Dus ik denk dat de maker goed moet nadenken bij het product gaat komen en het geïmplementeerd gaat worden.

Moet de huisarts dan denken vanuit de huisarts of vanuit de patiënt?

Dat hangt er dus heel erg af van de doelgroep, maar ik weet wel als een patiënt zegt dat hij een leuke appje en ik heb 3500 patiënten, ja, dan is er maar een limiet aan wat ik kan bekijken. Dus het is handig om met wat grotere groepen samen te werken als bijvoorbeeld een NHG dan heb je meteen 8000 huisartsen die eenzelfde kant op kunnen kijken. *Dus een ondernemer zou meer moeten samenwerken met dat soort grote initiatieven in plaats zich te richten op de individuele huisarts.* Ja, dat ook misschien maar misschien is het ook een beetje een sparringpartner zoeken. Zo van, dit zijn we aan het bedenken hoe zou dat toepasbaar zijn, hoe heb je er wat aan en hoe kan je het gebruiken. Een voortdurende feedback om de innovatie bij te schaven en dan uiteindelijk met een mooi nieuw product te komen. Zeker in de ontwikkeling er van.

In het geval van het implementeren van een innovatie, gaat dan uw voorkeur uit naar een nieuwe ondernemer of een wat meer ervaren en bekender bedrif? Welke factoren beïnvloeden deze keuze?

Ik denk niet dat het me veel zou uitmaken, wel voor zo iets groots als een EPD maar als ik denk daar zit een goed product achter, maar ik moet wel zeggen als ik zie dat het meer gebruikt wordt, geeft dat mee vertrouwen, dus dat wel. Daarin hebben de grotere bedrijven dan wel een voordeel, maar ik moet gewoon zien dat ik met de innovatie wat kan dan maakt het niet uit of het een groot oud of een nieuw klein bedrijf is.

En waar zou u dan zelf zoeken als huisarts, kijkt u op beurzen of bij andere artsen?

Ja, ik noem maar wat. Wij hadden een nascholing over dat wijkgerichte gebeuren en wat voor overleggen daar straks bij komen kijken. Daar werd direct een van de mogelijkheden gepresenteerd. Dan valt het meteen samen met het onderwerp en wordt het dus voor ons als huisarts logisch om daar wat mee te gaan doen.

Het feit dat een ondernemer een commerciële doelstelling heeft met zijn product, en u als huisarts (waarschijnlijk) eerder een sociaal-maatschappelijke gedachte, hoe kan dit een rol spelen in de adoptie van een innovatie?

Voor mij hoeft niet alles gratis te wezen, ik schaf nu ook voor veel geld het systeem van Promedico aan als het betekent dat mijn patiënt per keer hun beurs moeten trekken. Dan zou ik daarin een stuk kritischer zijn en ze adviseren om iets te doen met toegevoegde waarde en de groep die je wilt bereiken.

Hoe zou een E-health ondernemer ervoor kunnen zorgen dat u zijn product wil hebben i.p.v. dat van andere al gevestigde bedrijven? Waarin kan hij ondersteuning bieden in de adoptie van een nieuwe innovatie?

Eigenlijk kom ik dan terug op wat ik eerst zei. Het product moet makkelijk te doorgronden zijn en het moet op een simpele manier in te hangen zijn of toe te passen zijn in het geen waar ik al mee bezig ben. Dus er moet een soort link zijn; een helpdesk of iemand die ik altijd zou kunnen bereiken zou handig zijn en daarin is openheid erg belangrijk. Ze mogen er vanuit gaan dat we de knoppen kunnen bedienen maar dat we absoluut niet kunnen programmeren.

We zouden het kunnen vergelijken met de patiënten en zelfvoorzienend zijn?

Ja precies, het moet makkelijk zijn en bijna intuïtief.

Als u succes factoren zou moeten noemen voor een ondernemer in E-health innovatie om de adoptie/implementatie van zijn/haar innovatie door huisartsen te doen slagen, welke factoren zou u dan noemen en waarom?

Ik denk als je dat doet moet er een heel duidelijk doel zijn, voor welke groep maar ook welke groepen betrokken zijn in de adoptie.

Over welke groepen heeft u het dan, uzelf als huisarts of juist echt patiëntgroepen?

Maakt eigenlijk niet uit. Het mogen alle patiënten zijn, wijkverpleger of anderen maar je moet niet proberen de hele wereld te vangen in je appje. Je moet schetsen dat het is voor deze situatie is en daarvoor moet je het doen. Het moet financieel haalbaar zijn voor de patiënt als voor mezelf en het moet voornamelijk super eenvoudig in te passen zijn in de huidige systemen. Privacy is iets voor zichzelf sprekends zijn en moet eigenlijk al aanwezig zijn.

Interview protocol general practitioner 4

Mag ik als eerst vraag van u weten hoe lang u al actief bent als huisarts?

Ik ben nu al 22 jaar actief in de huisarts functie maar heb hiervoor nog gewerkt als palliatief arts in een hospice, in een ziekenhuis.

Wat is precies een palliatief arts?

Haha, ja dat kennen maar weinig mensen maar dat is ook niet heel raar. Een palliatief arts is een arts die zich bezighoudt met patiënten waar genezing niet meer mogelijk is. Je kunt het hier dus hebben over kanker patiënten, mensen met een heftig chronische ziekte en dergelijke. Als palliatief arts wil je ervoor zorgen dat mensen met zo min mogelijk klachten nog van hun leven kunnen genieten. Het is dus niet zoals veel mensen denken voor de laatste levensfase maar juist gericht op het feit dat mensen kunnen genieten van het leven dat ze hebben.

Oh dat klinkt inderdaad als een interessant beroep, maken jullie daarin ook veel gebruik van nieuwe innovaties?

Nee, eigenlijk niet heel veel, er wordt voornamelijk gebruik gemaakt van de materialen die we al hebben, en er wordt heel veel aan advies gedaan. Ik heb er persoonlijk niet veel van innovatie in gezien zover ik weet.

Dus u bent daarna door gestroomd naar de huisartsen praktijk, waarom gestopt als palliatief arts?

Dat is moeilijk te zeggen, de ene palliatief arts stopt omdat het beroep heel erg zwaar is en de ander stopt omdat het veel energie kost en je na een tijdje gewoon weer is wat anders moet gaan doen. Ik denk dat ik wat dat betreft in de tweede categorie val. Ik wilde wat anders en huisarts zijn leek mij gewoon weer een mooie nieuwe uitdaging.

Duidelijk, en hoe zit die huisartspraktijk waar u nu zit in elkaar, zijn jullie een onderdeel van een maatschap of anders?

Onze praktijk zit in een Medisch Centrum met drie huisartspraktijken, een vervangend huisarts in dienst, een huisarts in opleiding en vier parttimerassistentes en vijf praktijkondersteuners.

Dat zijn er een hele hoop, is het dan makkelijk als er nieuwe innovaties worden doorgevoerd of gaan jullie dan met ze allen om de tafel.

Je bedoelt als zijnde een ICT innovatie of een nieuw product dat we willen gebruiken?

Ik heb het hier voornamelijk over ICT/E-health innovaties inderdaad.

Nou wat dat betreft klopt het wat je zegt, hiervoor moet je wel met zijn allen om de tafel. Zeker in een medisch centrum moet je met zijn allen goed samenwerken, wat alleen kan met een perfect communicatie. Zoals jij misschien wel weet is ICT daar het fundament voor dus moet dit zeker perfect werken. Toen hier nog minder huisartsen zaten hoefden we ons hier minder druk over te maken, het was een bestuurscentrum waar eigenlijk de huisarts bepaalde wat er ging veranderen. Nu is dat anders, we moeten rekening houden met de NHG, we moeten rekening houden met de patiëntenbonden, we moeten rekening houden met de werknemers, het is een hele wirwar van wie wel en wie niet. Al met al zou je kunnen zeggen dat iedereen in ieder geval binnen mijn praktijk zeker invloed heeft op de doorgevoerde innovaties. Als we dan kijken naar de ICT waar we het net over hadden, dan zullen we dat toch niet snel meer veranderen, het werkt gewoon goed en ik ben bang dat als er iets nieuws komt, dan zal het ongetwijfeld beter zijn maar het duurt zo ongelofelijk lang voor dat je iets helemaal in de smiezen hebt. Dus houden wij liever het oude systeem en proberen te kijken naar extra verbeteringen die hierin gemaakt kunnen worden.

Dat is een heel verhaal, maar als ik u nu vraag: Wat verstaat u onder E-health en hoe kijkt u daar tegenaan, wat zegt u dan?

E-health is voor mij een heel breed begrip, het is denk ik alle digitale vormen van communicatie met patiënten en andere zorgverleners. En voornamelijk ontworpen en ontdekt om de efficiency van de meeste processen te verhogen. Dit is ook heel erg nodig binnen de huisartszorg, je zit dat met al kleine verbeteringen. Ik noem zo iets als het online afspraken maken, wat bij ons helaas nog niet kan, dat zou ervoor zorgen dat er al een hele hoop moeite voor de huisarts wegvalt. Toch komen er met die nieuwe hoeveelheid efficiency ook weer nieuwe problemen om de hoek kijken, kijk naar zoiets als die online afspraken dat maakt dat mensen vaak niet langskomen wat weer tot kosten voor de huisarts kan leiden.

Dus u vindt E-health wel goed maar erg lastig in te bouwen om er toch voor te zorgen dat de huidige werkwijze goed blijft functioneren?

Ja, dat is min of meer wat ik bedoel. E-health heeft een hele hoop te bieden maar er zijn nog veel haken en ogen. Kijk, als je als huisarts amper de tijd hebt om je lunch op te eten, dan heb je al helemaal geen tijd om een nieuwe verbetering in je bedrijf zo door te voeren dat het perfect werkt. Het moet gewoon in een keer goed werken zodat de huisarts er geen last van heeft.

Ja precies, maar maakt uw huisartspraktijk op dit moment gebruik van een EPD of een andere E-health innovatie en kunt u hier iets meer over vertellen?

Ja, in ons medische centrum en onze praktijk maken we gebruik van MIRA en we maken gebruik van Zorgdomein. MIRA is een wat nieuwer initiatief waarbij elektronische file transfer mogelijk gemaakt wordt bij overgang van patiënt van of naar een andere praktijk daarnaast kan het ook gebruikt worden als een elektronische postbus voor laboratorium- en specialistenbrieven.

Dat MIRA wat is dat precies?

MIRA is eigenlijk ons hoofdsysteem, hiermee wordt alles binnen onze praktijk eigenlijk geregeld. De financiën, de afspraken, de patiënt informatie, etc. Je zou kunnen zeggen dat MIRA intern bij ons het werk doet en Zorgdomein extern.

U maakt dus eigenlijk gebruik van twee verschillende ICT-systemen, waarbij Zorgdomein later kwam dan MIRA of andersom?

MIRA hebben we eerder geïntegreerd dan Zorgdomein, omdat we eerst de interne processen aan de slag wilden hebben. Toen we hier goed mee om leerden gaan kwamen we er achter dat er tussen de huisartsen nog een slechte communicatie was, hiervoor hebben Zorgdomein aangetrokken.

Hoe zo precies Zorgdomein?

Vooral omdat veel andere huisartsen hier ook al gebruik van maakten en omdat het makkelijk te integreren was met MIRA. Hierdoor waren we weinig tijd kwijt als praktijk, de kosten laag en de efficiency van de praktijk ging hierdoor klaarblijkelijk omhoog. Maar ik was nog niet klaar over de systemen die wij gebruiken. We hebben hiernaast namelijk ook een website van praktijkinfo, waar patiënten beveiligd hun elektronische herhaalrecepten kunnen aanvragen en een e-consult kunnen voeren met hun huisarts. Als laatste maken we ook nog gebruik van teledermatologie waarbij de dermatoloog in het ziekenhuis kan blijven en de patiënt op een afstand kan helpen via visuele beelden.

Wauw, dat is echt een stuk meer dan veel andere praktijken te bieden hebben. Hoe denkt u dat het komt dat jullie praktijk zoveel voor lijkt te liggen op dit gebied?

Ik denk dat dit komt omdat de mindset van de meeste huisartsen hier anders is dan bij andere. Ook de gemeente en de klanten stimuleren het innoveren binnen onze praktijk en sinds onze eerste twee innovaties, Zorgdomein en MIRA, hebben deze lijn eigenlijk doorgezet met positieve resultaten. We verbeteren onze kwaliteit, verhogen onze efficiency door kleine aan en toepassingen op ons huidige systeem, dat is voor zowel de klant als voor ons iets goeds.

Krijgen jullie ook financiële steun om te innoveren en beïnvloedt dit jullie keuzes?

Nee, eigenlijk niet, we voeren wel de innovaties vaak samen door met de andere huisartsen hier in het gebouw maar geen extra financiering. Het is wel dat we met vier huisartsen meer geld te besteden hebben dan bijvoorbeeld huisartsen die alleen functioneren.

Indien de huisarts gebruik maakt van het EPD: Waarom heeft u gekozen om de EPD door te voeren binnen uw organisatie? Wat waren in de adoptie van deze innovatie eventueel de obstakels en hoe heeft dit uw algehele attitude jegens andere E-health innovaties beïnvloed?

Zoals ik al eerder zei we werken al meer dan 20 jaar met het EPD via MIRA, je kunt dan als praktijk bijna niet meer zonder.

De praktijk is een soort van verslaafd aan het MIRA product?

Ja, haha, daar heb je een goede maar ik denk dat in tegenstelling tot verslaafden wij nog wel van product zouden kunnen switchen, ondanks dat we niet meer zonder kunnen. Je zou kunnen zeggen dat bij je eerste keuze als praktijk voor een systeem dat je daar direct mee trouwt. Daarnaast is de koppeling met zorgverleners mogelijk via LSP, het landelijke schakelpunt, waardoor communicatie een stuk eenvoudiger is. Echter moet ik wel zeggen dat het redelijk omslachtig is dat er nog gebruik gemaakt wordt van UZI passen, unieke zorgleverancier Identificatie, en dat dit zorgt voor veel vertraging in het systeem wanneer we het hebben over voorschrijven van medicatie en het checken via LSP, hierin is dus nog veel vernieuwing mogelijk en ik hoop ook dat die er gaat komen. Het is dus voor ons als praktijk ook belangrijk dat dit gaat gebeuren.

En wat is uw mening, misschien mede door de doorvoering van het EPD, over hedendaagse E-health ontwikkelingen met als voorbeeld de vele gezondheidsapps die worden geproduceerd of bijvoorbeeld het initiatief Thuisarts.nl?

Thuisarts is natuurlijk niet een echte E-health ontwikkeling, het is meer een samenvatting van wat huisartsen weten om mensen gemakkelijk te kunnen informeren, de informatie is dan ook betrouwbaar en neutraal, iets wat ik heel belangrijk acht. Hier tegenover staan de apps die jij noemt. Deze zijn vaak geïnitieerd door farmaceutische firma's en dus ook niet neutraal zijn. Dit betekent dat ze het volledig doen vanuit het feit dat zij graag geld willen verdienen, ik vind dat zoiets niet kan tenzij een huisartsenbond hierin heeft meegewerkt en ervoor heeft gezorgd dat het product betrouwbaar is. Innovatie is dus goed, zolang het met de goede intentie is gebouwd.

Zou u door uw ervaring met het EPD en mening over hedendaagse technologie juist sneller E-health innovaties adopteren of niet? Wat zijn hierin uw redenen om wel of niet nieuwe innovaties te adopteren?

Uiteraard, maar dat hangt helemaal af van over welke innovaties we het hebben, wat het gemak van gebruik is, hoe betrouwbaar zijn de innovaties, hoe betrouwbaar is de organisatie waar je dan mee in zee gaat.

Wat maakt het voor u bepalend of u dan in zee gaat met een organisatie?

Betrouwbaarheid op de eerste plek, ten tweede dat ze al eerder gevalideerd zijn door andere betrouwbare instelling als bijvoorbeeld de NHG of patiëntenvakbonden. Als laatste komt eigenlijk pas de toepasbaarheid van de innovatie maar die is natuurlijk ook erg belangrijk. Ja, ik denk toch dat de betrouwbaarheid van het product het belangrijkste is voor mij, veiligheid en privacy staan toch voorop bij de klant en daardoor ook direct bij mij.

Dus een klant speelt voor u een belangrijke rol?

Ja, bij welke organisatie niet, elke huisarts kan toch echt alleen zijn klanten behouden door goed werk te leveren.

Haha, ja uiteraard, dat is met meeste bedrijven wel zo. Maar wanneer u op zoek bent naar innovaties om de efficiëntie en/of effectiviteit van uw praktijk te verhogen, zou u dan ook naar E-health toepassingen zoeken? Zo ja, naar wat voor eigenschappen bent u op zoek binnen dit type innovatie? Zo niet, waar en naar wat zou u dan zoeken en waarom?

Ik ben wat dat betreft best een luie huisarts, ik zoek namelijk niet zelf, zeker niet actief. Ik laat mij voornamelijk adviseren door andere huisartsen of op bijeenkomsten en bijscholingen. Ook binnen ons MC wordt er niet echt actief gezocht maar blijven we door de vele bijscholingen goed op de hoogte van vorderingen binnen ons vakgebeid.

U laat zich dus adviseren, ook door bedrijven?

Nee, niet door bedrijven. Ik vind dat zij vaak een verkeerd motief hebben bij het ontwikkelingen van innovatie. Hierin bedoel ik dus de winst die ze willen maken in plaats van de kwaliteitsverbetering.

Zou u kunnen vertellen welke partijen (als voorbeeld de maatschappen, patiënten en zorgverzekeraars) u allemaal betrekt in de keuze voor het adopteren van een nieuw E-health toepassing, zoals als de EPD, en op wat voor manier beïnvloeden deze verschillende partijen uw keuze?

Ja, ik begrijp de vraag, lastig om te zeggen maar ik denk alleen door de andere huisartsen uit het centrum en er worden alleen innovaties gekozen als er unanimiteit heerst binnen onze praktijk.

Dus niet door zorgverzekeraars of andere?

Nee, echt de andere huisartsen. De zorgverzekeraar kan natuurlijk wel adviezen leveren, welke ook zeker worden meegenomen in het beslissingspatroon maar toch ligt de uiteindelijke beslissing bij de huisartsen en de maatschappen.

De literatuur schrijft acht factoren voor, hierop tafel zichtbaar, die de beslissing van huisartsen beïnvloedt in de keuze om een innovatie op te nemen binnen hun praktijk. Zou u voor uzelf deze van belangrijk tot minder belangrijk kunnen leggen en uit kunnen leggen waarom dit zo is?

Ik denk persoonlijk niet dat je deze acht factoren kan rangschikken. Het probleem is dat alle dingen een rol spelen, op hun eigen manier binnen het innoveren. Kijk als je als huisarts kijkt naar nieuwe oplossingen, wat al weinig gebeurt, kijk je natuurlijk ook uit een commercieel perspectief. Er moet gewoon brood op de plank komen en dat kan alleen als je minder kosten maakt, of dat als je meer kan verdienen. Dit klinkt misschien wat cru om dat zo hard te zeggen maar zo is het nou eenmaal voor de huisarts. Het is niet voor niets dat we allemaal assistentes aan nemen, dit is puur omdat we ervoor willen zorgen dat we zelf meer draagvlak creëren en meer van de vraag kunnen vervullen. Technologisch en tijdsgewijs moet je er gewoon voor zorgen,

Net als voor dat change proces?

Ik neem aan dat je hiermee het verander proces tijdens het implementeren van de innovatie bedoelt?

Ja, dat klopt.

Ja, nou dat moet allemaal zo geleidelijk mogelijk verlopen en eigenlijk moet de huisarts er zelfs niet van merken, dus lekker door laten werken met het oude systeem om vervolgens door te stromen in een nieuwe. Al met al zou ik dus zeggen dan financieel heel erg belangrijk is voor mij, en de factor technologisch.

Maar waarom zou psychologie of sociale druk geen rol spelen voor u?

Hm, dat is lastig om te zeggen. Als de patiënten zeggen dat ze iets graag zouden willen hebben, dan begrijp ik dat en dan zou ik ook genegen zijn dit soort dingen door te voeren, ook is mijn instelling behoorlijk innovatie gericht, ik deins niet terug voor nieuwe initiatieven of veranderingen, maar ik denk dat dit wel zo werkt voor ander huisartsen. Huisartsen kennen hun gang van zaken gewoon goed, zijn voornamelijk ook erg eigenwijs en zullen dus niet snel iets willen veranderen als hun dat problemen of strubbelingen op levert. Als anders huisartsen bepaalde producten gaan gebruiken en hier positief over zijn, dan zijn wij, bijvoorbeeld als online afspraken maken en E-consulting ook genegen om hier in te duiken en ervoor te zorgen dat alle processen ook voor patiënten gemakkelijker verlopen.

Wat zou de eerste soort innovatie zijn die u vandaag de dag zou willen doorvoeren in uw praktijk, en wat brengt u ertoe/wat spoort u aan dat u deze innovatie wilt implementeren?

De mogelijkheid voor patiënten om digitaal afspraken te maken zou dat echt de eerste zijn. Gewoonweg, omdat we hierin nog redelijk oubollig zijn en andere huisartsen hier heel veel profijt van hebben.

Oh ja, en waarom hebt u het zelf nog niet gedaan dan?

Eigenlijk misschien een beetje laksheid van onze kant, maar ja, als huisarts ben je zo erg in de weer dat je met dit soort dingen eigenlijk totaal niet bezighoudt. Het was bij een bijscholing dat ik erachter kwam dat behoorlijk wat van de huisartsen dit concept wel al gebruiken en hier redelijk wat van de huisartsen ook positief over was.

Waar denkt u dat het nog ontbeert bij E-health innovaties en/of nieuwe E-health product ondernemers voor huisartsen die graag willen innoveren?

Hier heb ik geen mening over.

En in het geval van het implementeren van een innovatie, gaat dan uw voorkeur uit naar een nieuwe ondernemer of een wat meer ervaren en bekender bedrijf? Welke factoren beïnvloeden deze keuze?

Nou als huisarts kies je altijd liever voor zekerheid. De validatie van het materiaal is daarbij erg belangrijk en het liefste ook dat er al andere huisartsen gebruik maken van het product. Dit zie je heel veel in de huisartsensector. Het is echt mond-op-

mond reclame. Daarnaast zie je dat wij zelfs het slechte product, eentje waarvan ik de naam niet ga noemen, hebben oorgevoerd alleen maar door het feit dat er al andere huisartsen waren die dit product ook hadden en zeiden dat het prima werkte. Toen wij erachter kwamen dat het product helemaal niet zo goed werkte als werd gezegd, hebben we het direct uit de bedrijfsvoering gegooid. Ik zou daarom liever kiezen voor een ervaren bedrijf, omdat die zeker- en betrouwbaarheid bieden aan hun klant, en dat is iets wat voor op staat bij ons.

Hoe zou u dus nu voor dat online afspraken systeem gaan zoeken?

Haha, ja lastige vraag. Ik denk dat we daar een mannetje op zouden zetten maar dat we hier ons zelf niet echt mee bezig gaan houden. Wel wil ik de naam weten van het bedrijf zodat ik ze na kan zoeken als de ICT een keuze heeft gemaakt.

Het feit dat een ondernemer een commerciële doelstelling heeft met zijn product, en u als huisarts (waarschijnlijk) eerder een sociaal-maatschappelijke gedachte, hoe kan dit een rol spelen in de adoptie van een innovatie?

Zolang de prijs-kwaliteit en kosten-baten ratio goed is, dan is het eigenlijk al snel goed voor mij. Voor de rest speelt het voor mij geen rol. Een ondernemer kan los gezien worden van een huisarts door de achterliggende motivatie, maar uiteindelijk komt het er op neer dat de meeste huisartsen op dit moment ook gewoon commercieel zijn. Je wilt als huisarts ook gewoon je boterham kunnen verdienen en als een ondernemer met zijn innovatie hierbij kan helpen waarom dan niet.

Maar hoe zou een E-health ondernemer ervoor kunnen zorgen dat u zijn product wil hebben i.p.v. dat van andere al gevestigde bedrijven? Waarin kan hij ondersteuning bieden in de adoptie van een nieuwe innovatie?

Voor mij zal de voornamelijke drijfveer liggen bij het aantonen van meerwaarde. Visueel, materieel dat maakt me niet uit.

En patiënten?

Ja, en misschien ook wel patiënten dat zij allen kunnen aantonen, van hé kijk dit product werkt en dit is dus waarom u als huisarts dit zou moeten gebruiken. Meerwaarde is essentieel en ik denk wel voor elke huisarts.

Als u succes factoren zou moeten noemen voor een ondernemer in E-health innovatie om de adoptie/implementatie van zijn/haar innovatie door huisartsen te doen slagen, welke factoren zou u dan noemen en waarom?

Dan zou ik zeggen op nummer één betrouwbaarheid en daaropvolgend de onafhankelijkheid van beide partijen.

Hoe bedoelt u?

Ik bedoel met onafhankelijkheid dat de ondernemer niet afhankelijk is van mij bij het doorvoeren van zijn innovatie en de verbetering van zijn innovatie en daarnaast dat ik als huisarts niet constant aan de bel hoef te trekken om er voor te zorgen dat de innovatie goed werkt en dat ik mijn dagelijkse functioneren daar dus niet door hoef te laten beïnvloeden.

Interview protocol general practitioner 5

Mag ik als eerste aan u vragen hoe lang u al actief bent als huisarts en wat u eventueel daarvoor hebt gedaan?

Ik ben, dan moet ik even denken hoor, ik ben afgestudeerd van de huisartsenopleiding in 1996 dus dat is bijna 20 jaar geleden. Dus dan ben ik al bijna 20 jaar huisarts. Ja, dat is het wel ongeveer. Ik ben eerst tropenarts geweest dus daarvoor ben ik in 1989 afgestudeerd als arts en heb toen twee jaar assistentschap genoten. Vervolgens ben ik twee jaren de tropen in gegaan in Zambia. Waarna ik ben teruggekomen en van 1994 tot 1996 heb ik mijn huisartsen opleiding gedaan dat was toen nog twee jaar. Toen in 1998 heb ik mij gevestigd op de plek waar ik nu nog steeds zit. Uiteraard heb ik voor mijn artsen opleiding ook nog coschappen gedaan, maar ben daarna altijd op dezelfde plek gebleven eigenlijk.

Zou u kunnen vertellen hoe uw praktijk in elkaar zit met betrekking tot medewerkers, besluitvormingen en uw patiënten?

Het is een HOED praktijk en we zijn met vier huisartsen. Binnenkort komt er daar nog eentje bij. We hebben daarnaast nog drie praktijkondersteuners en, ik moet het uit me hoofd doen hoor, iets van zeven assistentes en een schoonmaker.

Hoe groot is uw patiëntengroep dan wel niet? 8000?

Op dit moment 7600, dus je hebt een redelijke gok gedaan.

Een flink aantal in ieder geval, en als u dingen door voert binnen uw praktijk neemt u dan al deze mensen mee in de beslissing of u een innovatie wilt doorvoeren ja of nee. Dit verschilt namelijk heel erg per praktijk wat ze ermee doen, maar hoe zit dat bij jullie?

Wij maken eigenlijk de belangrijkste beslissingen met de maatschap, dat is eigenlijk waar we de beslissing nemen. Natuurlijk hebben we wel interne vergaderingen maar op hoofdlijnen doen wij en de belangrijkste beslissingen als de maatschap.

Dat is dus met de HOED van vier huisartsen?

Ja, nu nog drie maar daar komt dan die vierde nog bij inderdaad.

En wat verstaat u onder E-health en hoe kijkt u daar tegenaan?

E-health. Dat is wel heel breed begrip geworden de afgelopen jaren. Ik kijk er wel positief tegenaan hoor. Ik vind het een uitdaging en mooi maar de vraag is wat je er allemaal onder verstaat, het is namelijk zo breed. We willen ons er op dit moment wel in gooien maar dat hebben we nog niet gedaan. Er is zoveel E-health, al die verschillende producten. Sommige van die dingen als bijvoorbeeld het HIS waar we wel gebruik van maken. We werken via Zorgdomein en verwijzen er ook mee. We ontvangen brieven via EDIVACT en ja wat we doen is bijvoorbeeld ook Teledermatologie foto's opsturen naar de dermatoloog, dus we zitten er wel in hoor. We maken gebruik van een KIS om onze patiënten die TBC en diabetes hebben te delen met de andere huisartspraktijken en met de zorggroep om de cijfers te laten bepalen. Dus wat dat betreft zijn we redelijk veel bezig met E-health op dit moment.

Ja, jullie zijn er hard mee bezig als ik het zo hoor, maar mag ik dan vragen waarom jullie Teleconsulting nog niet hebben geïmplementeerd?

Je bedoelt die... e-mail consulten enz.?

Ja precies

Ja. uhm, ik vind dat lastig, omdat je alles moet vastleggen. Daarnaast, ik vind eigenlijk het gesprek in de huisartspraktijk en het zien van de patiënt wel een van de essenties van een huisarts zijn. Daarom denk ik dat zo iets als e-mail consulten soms erg inefficiënt kan zijn. Dat de antwoorden die ik lever weer vragen op kan roepen bij de ander. Verder is het eigenlijk zo dat het allemaal in een veilige omgeving moet plaatsvinden en dat vind ik ook nog wel lastig. Je kunt niet zo maar alles zeggen over de mail. Het is niet zo van, ik stuur een mailtje waar de patiënt simpelweg weer op kan reageren en terug, dat is het gewoon niet. Wij hebben een bepaald HIS, Medicon, daar heb je bepaalde modules voor waarin een heel traject waar je veel meer van dat soort dingen kan gaan doen. Bijvoorbeeld patiënten kunnen daar hun eigen labuitslagen zien en ze kunnen er ook online afspraken kunnen maken. Maar een module was bijvoorbeeld ook dat de patiënten vragen aan ons konden stellen. We hebben het overwogen te implementeren maar dit hele traject kostte te veel tijd en energie. Zoals ik al zei dat implementeren is echt een heel karwei dat moet dan via Medicon, wat weer verbonden zit aan DigID en dan vragen wij ons

af wat het voor meerwaarde biedt voor onze praktijk. Dan denk je: Ik gebruik van dat DigID en ik heb ook wel van andere collega's gehoord die wel met die Medicon module werken. Ja, en dat er uiteindelijk toch weinig gebruik van gemaakt wordt met daarnaast dat ik het nogal een opgave vond om dat te gaan starten. Overigens hebben we dit wel in ons meerjaren plan opgenomen, omdat we toch moeten gaan onderzoeken hoe we met dat soort E-consulting aan de slag moeten. Wij zien ook dat we er in de toekomst wel aan moeten. Maar nu is de visie op het E-consulting nog niet positief.

Ah, u bent zeker niet alleen wat dat betreft hoor genoeg praktijken hebben ook hun twijfels bij de producten. Ik hoorde laatst ook van een andere huisarts dat hij ook een e-consult module had geadopteerd maar dat niemand er nog gebruik van maakte op het moment terwijl ze het al bijna een half jaar aanbieden.

Ja, zo is het ook, ik denk ook niet, de afweging voor nu is eigenlijk dat het een hele hoop werk is en energie kost. Het is niet alleen maar een paar poorten en programma's aanschaffen. Je moet ook iedereen gaan inlichten over de gang van zaken. En al die energie erin stoppen voor zo een klein beetje verbetering, ja dat vinden we nu nog niet echt zinvol. En ik denk dat het heel veel energie kost voor het weinige dat je er voor terug krijgt.

En als al die tijd door de ondernemer wordt vervuld, zo van hé wij zorgen dat uw klanten het te weten komen en wij zorgen voor de implementatie, maakt dat het interessanter?

Ja, dat maakt het wel interessanter maar de vraag is altijd van wat kost het en wat levert het op. Wat je ziet is dat wanneer je Medicon moet aanschaffen of van die modules, dat daar de zorgverzekeraars bepaalde modules wel vergoeden maar dan is dat niet of nauwelijks kostendekkend. Wanneer er dan nog een implementatieplan moet komen met een derde partij die dat nog moet komen implementeren en de kosten daarvoor in rekening brengt, dan denk ik dat je daar alleen maar op inlevert. Dat kostenplaatje heb ik nog niet gemaakt. Ik weet ook niet of er partijen op de markt zijn die dat doen hoor. Dus wat dat betreft is het echt een open end.

En dan een brutale vraag, als het mag, denkt een huisarts op de korte of op de lange termijn? Ik heb namelijk het gevoel alsof het dat eerste is. Op de korte termijn wordt er gekeken naar effectiviteit en er wordt wel over de lange termijn nagedacht maar dan snap ik nooit waarom het doorvoeren daardoor zo lastig gemaakt kan worden. Hoe ziet u dat?

Ja, ... hm... Ja, op zich zou dat best kunnen denk ik, dat kan best. Naja, weet je, het blijft een beetje het op zich een beetje gokken en dat is het lastige van wat wordt er in de toekomst van je verreisd. En nou ja, het verandert nog wel eens wat je zorgverzekeraar van je wilt en wat de politieke wil. Daardoor kun je als huisarts ook geen lange termijn plannen maken en dat maakt het natuurlijk ook lastig om ook als huisarts te ondernemen en om een lange termijn planning te maken.

Dus door de politiek wordt dat proces bemoeilijkt?

Wat je ziet is dat het hele stelsel van bekostiging van de huisarts is dus op de schop gegaan. En ze hebben heel veel protesten gehad en nou gaat het volgend jaar weer op de schop. De vraag die dan altijd blijft is wat wordt er deze keer vergoed. Nu zijn er modules die vergoed worden in de E-health, maar de vraag blijft hoe lang blijft dit en halen we de kosten eruit. Je kunt natuurlijk zeggen: Ik ga voor de lange termijn daarin investeren, dat kan. Maar je zou ook voor de lange termijn daarin afspraken kunnen maken met zorgverzekeraars. Zo van kunnen jullie op de lange termijn ervoor garant staan dat er een vergoeding tegenover staat. Dat is nu heel lastig, omdat je met jaar contracten werkt. Het ene jaar is het dit en het andere jaar dat en dat maakt het heel lastig ook voor ons. Nu praat ik natuurlijk over geld, daar gaat het natuurlijk ook wel om. Aan de ander kant, ja als je echt wilt hoeft het niet altijd om geld te gaan, maar het is wel een heel belangrijk deel van de beslissing om ergens voor te gaan.

Ah, dat is iets nieuws, die politieke slag die om de vier jaar eigenlijk geslagen wordt, die kan heel veel invloed hebben op wat een zorgverzekeraar wil en kan. Wat dus op zijn manier weer invloed heeft op wat wil een huisarts en dat heeft dan weer invloed op de ondernemer. En als om de vier jaar Rutte of Balkenende zegt ik wil dit en de zorgverzekeraar wil daar gelijk aan toegeven waar jullie nog vast zitten aan de jaarcontracten... Lastig voor iedereen.

Ja, eigenlijk is het pas sinds twee jaar zo opgezet hoor. Het is niet om de vier jaar anders, maar echt om het jaar.

Ja, omdat die zorgverzekeraars daar mee werken?

Ja, die werken gewoon met jaarcontracten en daar is nu die hele discussie over. We hebben, als huisartsen, weinig invloed over de zorgverzekeraars. Ook met de beleidsvorming zouden we heel graag lange contracten met de zorgverzekeraars hebben hoor. Maar dat komt gewoon bijna niet van de grond, op zich zijn er wel vernieuwingen zoals praktijkondersteuners

en zorggroepen die voor nieuwe dingen zorgen. Die zijn bijvoorbeeld dan wel van de grond gekomen. Maar ja goed, in het begin tijd was het ook nog allemaal vrij zeker, je neemt wat nieuwe mensen aan terwijl je niet weet of het volgend jaar nog vergoed wordt. Dat soort onzekerheden moet je wel nemen. Daar nemen we eigenlijk wel het initiatief in en dat houden we wel. Maarja je kunt niet te veel van dat soort risico's lopen.

Als de zorgverzekeraar in die lange termijn projecten mee zouden gaan, zou dat de zorg ten goede komen?

Ja, dat denk ik zeker ja. Voornamelijk omdat er meer zekerheid is voor de huisarts zelf. Als je een project of een nieuwe innovatie wilt starten en het is een lang termijnproject, en dat wil je voor 5 of 10 jaar doen, dan wil ik natuurlijk wel die jaren ondersteuning krijgen. Dan moet het niet zijn van ja we houden er mee op na 2 jaar. Dan kan je ten eerste je ondernemingsplan opgeven en ook een berg mensen ontslaan, twee keer verliezen dus. Het zou dus een goede zijn om meer contracten te hebben op de langere termijn.

En wat is uw mening, misschien mede door de doorvoering van het EPD, over hedendaagse E-health ontwikkelingen met als voorbeeld de vele gezondheidsapps die worden geproduceerd of bijvoorbeeld die bloeddrukmeters. Eigenlijk wordt er met die nieuwe producten steeds meer verwacht van de patiënt zelf, hoe kijkt u daar tegen aan?

Nee, ik vind het wat dat betreft gewoon prima hoor. Ik bedoel als er in de bloeddrukmeter aan hun telefoon kunnen koppelen en daarmee dan de uitslagen kunnen doorgeven vind ik dat uitstekend. Mensen kunnen in mijn optiek prima zelf hun suikerniveau opmeten thuis en dan met uitslagen naar mij toekomen, prima! Als er met beeldtelefonie gewerkt zou kunnen worden waardoor ik misschien toch, ja, een aantal consulten kan afwerken zonder dat je er fysiek naar toe moet, ja, dat is wel een heel nieuw traject maar ik zou het wel willen proberen. Ik zie er zeker toekomst in! *Goed om te horen van een huisarts die al langer in het vak zit.* Ja, ja, ik ben wel positief en ik denk eigenlijk wel dat ik ervoor in ben om te zien wat er allemaal mogelijk is.

Maar waar bent u dan precies naar op zoek? Naar wat voor eigenschappen bent u op zoek binnen dit type innovatie?

Nou wat ik, nou wat er bijvoorbeeld gaat komen binnenkort en wat ik heel mooi zou vinden, is dat er een connectie zou kunnen komen tussen onze HIS en onze telefooncentrale. Als er dus bijvoorbeeld iemand belt, dat je dan aan de hand van het telefoonnummer direct kan zien via de HIS wat de patiëntgegevens zijn. Dit is dus een direct link tussen het nummer, de HIS en het dossier waarmee we een enorme efficiëntie slag zouden kunnen maken. Dat zou ik echt wel! Het zou voor elke huisarts eigenlijk wel mooi zijn als dat zou kunnen. Uhm, en ook vice versa als je met een HIS iets kan verbeteren dat je bijvoorbeeld direct mensen kan aanklikken in plaats van dat je het nummer van diegene nog moet in toetsen op de telefoon. Dat zijn echt een paar verbeteringen waar ik als huisarts op zit te wachten.

I*k hoorde u ook iets zeggen over kosten aan het begin van een innovatie doorvoeren? Subsidie staat mij bij? Hoe kijkt u daar tegen aan?*

Ja, dat zijn zeker belangrijke factoren om de E-health en de artsen dichter bij elkaar te krijgen. Wat je nu bijvoorbeeld veel ziet en wat heel aardig is, is dat je bijvoorbeeld een foto kan maken van je netvlies, waar nu nog alle diabeten elk jaar naar het ziekenhuis moeten om een foto te laten maken van hun iris. Maar je kunt tegenwoordig een adapter zetten op je telefoon en dan kan een assistente ook zo een foto maken welke dan beoordeeld kan worden door de oogarts. Dus dan zie je wat voor efficiëntie slag daar gemaakt kan worden en dan hoeft het niet helemaal via zoiets als een laboratorium. Dus voornamelijk op zoek naar een efficiëntie verbetering

Maar stel nou u hebt zo een innovatie gevonden zou u kunnen vertellen welke partijen (als voorbeeld de maatschappen, patiënten en zorgverzekeraars) u allemaal betrekt in de keuze voor het adopteren van deze nieuw E-health toepassing, zoals als de EPD, en op wat voor manier beïnvloeden deze verschillende partijen uw keuze?

Patiënten zeker, maar lastig soms hoor, niet iedereen wil het ook. Je hebt heel veel verschillende ploegen die mee zouden kunnen denken in die ontwikkeling hoor. Wat tegenwoordig wel heel belangrijk is, is bijvoorbeeld de gemeentes die ook heel veel met zorgverbetering bezig zijn. Ook met het ziekenhuis, dat gaat ook steeds meer zich wenden tot verbeteringen van binnen uit. Dat zijn wel partijen die een rol spelen. Maar bij ons is het voornamelijk de organisatie zelf. Hoe ga je jouw praktijk uitrusten en hoe zorg je er voor dat iedereen gekoppeld blijft, daar zie je ook duidelijk wel verandering in.

En welke van deze partijen, als hij begint te schreeuwen, geeft u dan het snelste toe en bent u bereid om te gaan innoveren. Stel een van die partijen die u net noemde begint te schreeuwen; wij willen dat deze innovatie dat bij u doorgevoerd wordt, bij wie geeft u dan het snelste toe?

Ja, dat kan ik eigenlijk niet heel goed zeggen. Dat is heel moeilijk en hangt ook van het idee af. Kijk, als ik denk dat daar veel efficiëntie valt te halen, dan gaan we daarmee akkoord. Kijk wat bijvoorbeeld op 1 januari is doorgevoerd. Wij hebben allemaal betaal- en factuursystemen via het web geïmplementeerd en nu kan het allemaal digitaal. Er komt geen papier meer aan te pas, maar ook al die laboratorium dingen worden nu via Zorgdomein geregeld. Dat is een innovatie waarvan wij het idee hadden dat er een kwaliteit- en efficiëntie slag mee gemaakt kon worden daarnaast had ook de zorgverzekeraar een vergoeding hiervoor, dus toen waren we helemaal verkocht. Het is een beetje een combinatie van verschillende partijen die om de zorgverzekeraar heen liggen en om onszelf. Als ik zo kijken denk ik ja, dat de zorggroep wel heel belangrijk is, die druk ook heel veel innovaties door bij de huisartsen. Dat is toch wel een groep die onafhankelijk is en waar je stiekem als huisarts ook nog onafhankelijk van bent. Maar op het moment dat zij beginnen te kletsen over een goede innovatie luisteren wij maar als te graag mee.

Ah, goed om te horen welke partijen dus zo belangrijk zijn voor u als huisarts. Maar wat is bijvoorbeeld de laatste innovatie die jullie hebben doorgevoerd binnen de praktijk, weet u dat toevallig?

Ik denk dat het laatste wat ik genoemd hebt dat is. Ja, wat wij ook recentelijk aan innovatie gedaan hebben dat is dat we eigenlijk in half december, toen hebben we de telefooncentrale Voice Over IP gemaakt. Dat is wel een grote innovatie voor een praktijk als de onze maar uiteindelijk een grote kostenbesparing. Maar we hebben ook op de lange termijn gedacht om te kijken hoe het ook aan PC gebonden kan worden enzovoorts. Het was een leverancier die ook zei ja dit soort voor de lange termijn ontwikkeld moeten worden, jullie zullen uiteindelijk de investering terugkrijgen via de telefoonkosten. Het is ook fijn dat nu de internet- en telefoonconnectie sterker is, het is sneller en daarnaast ook een stuk goedkoper.

En hebt u daarin veel obstakels ondervonden tijdens deze implementatie?

Nou de grootste obstakels was de kwaliteit van de apparatuur zelf. En daar zitten we nu nog steeds mee te hannesen en dat komt eigenlijk doordat onze bandbreedte niet sterk genoeg was voor de telefoongesprekken die wij wilde gaan voeren met de verschillende mensen. De telefoonmaatschappij dacht wel dat het kon hoor met wat we wilden maar de bandbreedte scheen toch te klein te zijn. En uiteindelijk moest die bandbreedte weer groter, maar daar hadden we weer geen mogelijkheid toe hier waar we zitten, lees hier glasvezel. En nu is het geüpgrade en zelfs nu vinden we het nog niet eens geweldig. En dat soort kleine dingen, daar loop je wel tegen aan en dan denk je; dat had toch wel beter gekund.

Ja, dan verwacht je van zo een ondernemer dat hij dat allemaal op een rijtje heeft.

Ja, in feite wel, en ze hadden ons ook niet geheel goed ingelicht dat we eigenlijk wel hadden kunnen weten dat de bandbreedte te klein was en dan hadden ze ons daarin moeten adviseren om het niet te doen. Maar voor hen is het natuurlijk ook gaan met de banaan en geld maken. Dus ik vind het ook niet raar maar wel vervelend voor ons zeg maar, want we hebben u een extra investering moeten doen om onze bandbreedte te moeten vergroten. Het is niet echt netjes zeg maar je zit er na de eerste stappen gewoon aan vast en dan moet je verder. Dus dan ga je zoeken naar andere opties om het probleem te omzeilen. *Ja, dat hoor je ook wel ja, al die systemen en HIS je hebt er duizend en één van en daardoor is het ook allemaal erg lastig aan elkaar af te passen.* Ja, zo is het ook, maar ik zit toevallig in de ledenraad van een van de HIS-en dus wij vergaderen een keer of vijf en dan halen we de problemen eruit en de vernieuwingen van Medicon beoordelen we, en we spreken uiteindelijk ook een advies uit over het systeem. Maar ik vind dat er en ik moet zeggen dat het niet heel soepel gaat op het moment hoor. Daar kan Medicon zeker nog wat leren als je ziet wat voor een rompslomp is en hoelang het allemaal duurt. Daar kunnen ze nog een hele hoop aan doen. Alle dingen die wij ook voorstellen duren ook allemaal veel te lang.

Dat zou je niet verwachten met zo een grote speler als Medicon?

Ja precies, dat klopt en dat vinden wij dus ook. Nou ja, het is gewoon zo, ze hebben veel beloofd en ze maken helaas maar weinig waar. Dat vind ik eigenlijk wel jammer. Het is allemaal niet geweldig bij dat bedrijf. *Niet veel soeps zo te horen.* Ze zijn zelf ook met een grote reorganisatie bezig hoor en ze hebben dat ook doorgecommuniceerd dat ze dit jaar daar mee bezig zijn en er daarom ook dat niet veel nieuwe dingen doorgevoerd gaan worden. Het grote probleem is eigenlijk ook dat zij met heel veel regelgeving te maken hebben en aan veel eisen moeten voldoen. We hebben nu bijvoorbeeld dat per 1 januari de vergoeding voor Medicon is aangepast en daar moeten wij als huisartsen, maar ook zijzelf, rekening mee houden. En ja, dat zorgt natuurlijk dat alle kosten op de innovatie zelf komen en dan moeten we weer op een andere manier gesponsord

worden, wat allemaal weer extra tijd kost en dat is eigenlijk heel jammer. Uiteindelijk gaat dit ten koste van de dingen en praktijk die je wilt moderniseren.

Wat zou de eerste soort innovatie zijn die u vandaag de dag zou willen doorvoeren in uw praktijk, en wat brengt u ertoe/wat spoort u aan dat u deze innovatie wilt implementeren?

Pfoe, een lastige... Er zijn zoveel mogelijkheden. Maar echte vernieuwingen bedoel je hé?

Ja! Maar als u niets heeft dan kan dat natuurlijk ook.

Ja, ik weet het niet echt zo goed.

Misschien anders gesteld: Wat zou u willen verbeteren aan de praktijk met de hoogste prioriteit.

Nou waar wij bijvoorbeeld mee bezig zijn is dat we alles aan het leanen zijn binnen de praktijk. Alles moet veel meer gestroomlijnd er zijn zoveel procedures die in de praktijk plaatsvinden en dat verloopt nu heel stroperig en dat kan eigenlijk veel makkelijker. Op dit moment zijn we dus aan het kijken waar dit alles verbeterd kan worden, want geloof me er zijn een hoop projecten waarin het proces een stuk verbeterd kan worden. Waar ik echt tegen aanloop is, nou ja goed dat is misschien meer voor onszelf, maar wat ik heel fijn zou vinden is als de hele ICT uit onze handen genomen zou worden. Wat ik bedoel is eigenlijk is als huisartspraktijk ben je er om zorg te leveren en we zijn geen computer bedrijf. Ik heb er wel verstand van en ik kan er wel mee omgaan maar het probleem is dat we eigenlijk continu tegen dingen aanlopen die niet werken dingen of die verbeterd moeten worden; dingen die te traag lopen, of dingen die misschien anders gedaan kunnen worden. Ook net als die verschillende systemen als Apple en Microsoft. Nou hebben we tegenwoordig lokale partijen die ons helpen met dit soort dingen maar we zien steeds meer dat er connectie is met software wordt gelegd met project. Desondanks is het wel zo dat die dingen steeds ingewikkelder worden en dan wordt het lokaal eigenlijk onmogelijk om die grote veranderingen allemaal bij te houden. Uiteindelijk is het dus, ik moet vanuit de HIS kunnen werken maar ik vind dat ik daar echt heel veel tijd in kwijt ben. Dus we zijn nu eigenlijk op zoek naar iemand die verstand van zaken heeft en het ons uit handen neemt.

U wilt eigenlijk doen waar u goed in bent en waar u voor gestudeerd heeft.

Ja, zo is het precies. Vroeger zag je dat het makkelijk was om het er bij te doen was maar tegenwoordig is dat bijna onmogelijk. Het is bijna niet meer te doen om al die veranderingen bij te houden en zeker niet voor lokale partijen die er wel verstand van hebben maar niet van alle HIS-en en alle aangrenzende partijen en verbindingen.

En zou u dan eerder voor een grote partij kiezen of een kleine ondernemer als u zo een innovatie zou willen doorvoeren. Waar zou u voor kiezen en waarom?

Nou eigenlijk maakt me dat niet zo veel uit. Ik hoef niet de grote partij te hebben. Het moet voornamelijk zijn dat net als met dit soort HIS-en, we hebben ook wel een grote partijen die doen echt niet veel beter dan de kleine. Die grote organisaties zijn ook heel erg stroperig en die hebben last van bureaucratie. De een geeft weer een ander contact in de trend van hij lost het op, dan duurt het weer een dag en dan krijgen we weer een nieuw persoon aan de telefoon en dan slijten de dagen langzaam weg. Het moet gewoon zijn in één dag is het opgelost en als een klein bedrijf dat kan waarmaken, dan heeft hij mijn stem.

Binnen een dergelijke organisatie moeten ze daar dus rekening mee houden, beloven is waarmaken?

Ja, daar ben ik naar op zoek binnen een dergelijk bedrijf en dat schijnbaar is heel moeilijk in dezer dagen gewoon om de juiste persoon te vinden. Er zijn ongelofelijk veel beloftes net als met de telefooncentrale. Het klinkt alsof iemand het voor je gaat oplossen maar ondertussen zitten we toch al weer bijna drie maanden te sukkelen en dat is zo frustrerend. En ik vind dat wel cru hoor. Kijk je hebt ook grotere praktijken met een manager die alles regelt. Maar dat is ook weer een kostenplaatje hé. Hoe groot moet je zijn voor dat je dat gaat doen en waar ga je dan op zoek naar ondersteuning. Hetzelfde geldt voor de ICT en voor ons personeelsbereik dat zijn ook maten waar je mee meet. Die zijn daar ook constant mee bezig. Je krijgt dan de vraag na een tijdje is een praktijkmanager geen goede want al dit soort probleem zaken zouden door een praktijkmanager geregeld kunnen worden. *Ja, ik denk dat het in veel gevallen een goede oplossing zou zijn, net als met jullie je begint steeds minder een huisarts te worden en meer een manager.* Ja, dat zie je ook. Ik doe de administratie, het ondernemingsplan, de toekomstvisie, de jaarverslagen, noem het maar op joh. Het zit allemaal in mijn pakket. Het is gewoon een grote administratieve toestand die we er bij doen, ik vind het wel leuk hoor maar het wordt langzamerhand zo een grote kluif dat je eigenlijk minder aan je patiëntenzorg toekomt.

Hm, dat is een slechte zaak en dan het feit dat een ondernemer een commerciële doelstelling heeft met zijn product, en u als huisarts (waarschijnlijk) eerder een sociaal-maatschappelijke gedachte, hoe kan dit een rol spelen in de adoptie van een innovatie?

Je hebt hier ook met een commerciële partij te maken hoor, dat zijn wij namelijk ook. Ik heb daar zelf niet zo veel moeite mee. Wij als huisartsen zijn sociaal maar we willen natuurlijk ook ondernemen natuurlijk. Wij kijken ook waar liggen er mogelijkheden om zelf een beter boterham te kunnen verdienen met de innovaties. Enerzijds is het wel sociaal maatschappelijk, want of onze patiënten er beter van worden, daar kijken we het eerst naar. Daarnaast moet het ook iets zijn waarmee we de kwaliteit van onze praktijk en de zorg kunnen verbeteren. Aan de andere kant kijken we ook vrij scherp naar wat kost het ons en wat levert het op. Dus ik heb daar geen probleem mee en ik denk veel van mijn collega's met mij. Mensen moeten nou eenmaal hun geld verdienen, ook in de zorg. Als er een goede innovatie is ben ik ook best geneigd om zoiets door te voeren.

Ah, dat zou voor heel veel ondernemers fijn vinden om te horen, want daar vrezen ze af en toe best voor. Als u succes factoren zou moeten noemen een ondernemer in E-health innovatie om de adoptie/implementatie van zijn/haar innovatie door huisartsen te doen slagen, welke factoren zou u dan noemen en waarom?

Als een E-health ondernemer het hele veld overziet, en dan bedoel ik echt het hele E-health veld overzien en daar verstand van zaken hebben. En dat de ondernemer de hele E-health uit handen neemt van de huisarts en dat de huisarts daar wel inspraak kan hebben. Dat het technische gedeelte door de E-health man uitgevoerd wordt dan denk ik dat hij wel veel kan van slagen heeft.

Dus niet meer het proberen producten bij de huisarts te implementeren maar juist er voor proberen te zorgen dat het product bij de ondernemer zelf blijft maar dat de huisarts er wel makkelijk gebruik van gemaakt kan maken?

Ja, maar waar ik en wij als huisartsen wel een beetje moeite mee gaan krijgen is dat we met steeds meer partijen te doen hebben. Dus als er dan nog een partij komt die zegt ik heb iets nieuws. Ik ben een klein partijtje maar ik wil het wel bij jullie neerleggen en implementeren daar ben ik heel huiverig voor. Ik zou het veel mooier vinden als alle partijen geïntegreerd worden of dat er iemand is die opstaat en gaat zeggen ik gooi alles op een hoop en dat wordt één ding. Je moet je voorstellen we hebben een HIS, een KIS, een connectie met de huisartspost, de apotheek, we hebben Zorgdomein waarin we doorverwijzen en dan komen er ook nog EDIFACT berichten binnen. Ik heb een beveiliging voor alles en we hebben verschillende soorten hardware weetje en het zijn allemaal aparte partijen. Allemaal apart en als dat nou eens door een overkoepelende gedaan zou kunnen worden en die zegt van joh, ik neem het hele pakket bij jullie uit handen en dit moeten jullie daarvoor doen en dan dit, dat zou echt fantastisch zijn. Net als zo een Zorgdomein dat is wel een partij die zich er tussen gewrongen heeft en die nu eigenlijk gewoon voor Medicon is gestift. Die had allang geïntegreerd kunnen zijn en dan was Zorgdomein niet eens nodig geweest en dat zijn nou echt van die dingen waarvan je zegt van ja kom op zeg ondernemers daar heb je als bedrijf echt kansen laten liggen. Als huisarts wil je gewoon het liefst met zo min mogelijk partijen te maken hebben dan nu al die verschillende partijen die op verschillende manier aansluiting zoeken.

Een platform?

Ja, dat zou fantastisch zijn en precies iets waar we met de hele huisartsen branche naar op zoek zijn.

Nou jullie zijn zeker niet de enige dus no worries, nu maar wachten tot er zo een speler komt die zo een gigantische investering durft te doen!

Interview protocol general practitioner 6

Allereerst mag ik vragen hoe lang bent u al actief als huisarts en wat u voor beroepsleven voordat u huisarts werd heeft vervuld?

Ja, even kijken. Een beroepsleven voor de huisarts zijn heb ik eigenlijk niet. Ik ben 1987 geneeskunde gaan studeren waar ik in 1995 mijn artsexamen heb afgerond en een tijdje gewerkt. Dit heb ik gedaan op verschillende plaatsen; in een asielzoekerscentrum en ook een jaar als arts-assistent in Wageningen, in het Pieter Pauw ziekenhuis Gelderse vallei. Na dit ben ik in 1998 met de huisartsopleiding begonnen, welke ik in 2001 heb afgerond. Hierna ben ik in 2003 gaan werken als huisarts, in eerste instantie als waarnemend huisarts in de praktijk waar ik nu nog steeds werk en sindsdien ik waarnemend huisarts af ben ik hier parttime huisarts geweest. Eerst deed ik 2,5 en nu drie dagen in de week. Ik heb aanvankelijk dat werk gecombineerd met het werken bij de NHG. Die maken onder andere de huisarts richtlijnen bekend voor het behandelen van kwalen, klachten, ziektes en aandoeningen in de huispraktijken van Nederland. Van hartinfarct tot acne en van wratten tot een keelontsteking, dus een heel breed scala. Aan het opzetten van deze richtlijnen heb ik dus meegewerkt. Echter ben ik daar in 2008 mee gestopt om dat ik daar van een beetje genoeg had. Toen had ik dus opeens twee dagen per week vrij in mijn werk. Naast de praktijk ben ik toen eerst een tijdje muziek gaan maken ik dacht dat ik sing and song writer zou kunnen worden. Ik heb dus toen een gitaar gekocht en ben liedjes gaan schrijven. Ik heb gitaar leren spelen want dat kon ik nog niet. Daar heb ik me dus van 2008 tot 2009 mee vermaakt maar op een gegeven moment bereik je een grens met je muzikale vaardigheden. Toen ik dit punt bereikt ben ik me weer wat weer gaan bemoeien in de rand van de zorg en heb ik daar ook weer een grotere rol. Ik was op de middelbare school een van de vroegere jongens die met de PC aan de slag ging. Dit was in de jaren ’80 en toen waren dat in vergelijking met nu nog hele primitieve computers, maar toch heb ik daar wat liefde opgebouwd voor programmeren en de verschillende mogelijkheden die de computer biedt. Het was eigenlijk zonde dat ik daar een hele tijd niks meer mee gedaan en dus ben ik dat weer een beetje gaan oppakken, althans die liefde voor het programmeren en ben ik me gaan bemoeien met de interface van applicaties in de zorg. Zijn ze praktisch in gebruik maar waarom worden ze niet gebruikt en hoe zouden ze verbeterd kunnen worden. Ik ben me dus wat gaan verdiepen en toen ontdekte ik dat er een braakliggend terrein was binnen E-health en in de ICT van de zorg. Dat hoeft niet perse gerelateerd te zijn aan huisartsen of die zich daar mee bezighouden maar over het algemeen in de zorg-ICT. Ik zag dat er vooral een vertaling nodig was tussen de praktijk, de zorg en de ICT, want die brug was er niet. Deze hiaat moest in mijn ogen dus zo snel mogelijk worden opgevuld waarvoor ik me dus ben gaan verdiepen in de ICT en de E-health. Ik ben hiervoor een netwerk gaan opbouwen en gaan helpen bij het ontwikkelen en het implementeren van deze producten. Om dit proces te bespoedigen ben ik workshops gaan geven en vervolgens een half jaar met mijn gezin naar Los Angeles verhuist als een soort van sybattical - om daar een half jaar van vrije tijd te genieten en voornamelijk om daar te leren over webdesign en digitaal design, user interfaces -.

Dat klinkt als een heel levens verhaal maar ook als een behoorlijk project. Het lijkt er op alsof u op zoek was naar rust maar toch ook dat u als een druk bijtje in de weer wilde blijven. Desalniettemin een leven vol met inspirerende momenten en dingen. Ja, dat heb je goed door. Het waren eigenlijk allemaal leuke dingen maar ik heb dus ook een hoop obstakels gehad in mijn leven. *Laat ik het zo zeggen, ik heb een stuk minder enerverende verhalen mogen aanhoren. Wellicht een rare vraag maar bent u nu dan nog steeds actief als huisarts?*

Ja zeker! Toen ik weer terug kwam uit Los Angeles heb ik gewoon weer het werk opgepakt, dus je zou kunnen zeggen dat ik eigenlijk nooit huisarts geweest. Echter zie ik nu wel dat de verschillende werkzaamheden -het helpen en bouwen in de E-health zorg- die ik verricht steeds meer tijd gaan kosten. Gelukkig krijg ik wel steeds meer betaalde opdrachten met de helaas daarbij komende verplichtingen. De agenda is daardoor vaak zo druk dat ik afhoudende kan zijn voor onderzoeken zoals die van jou. Ik word heel veel benaderd voor de interviews en ik ben dus een beetje selectief aan het worden wat betreft al die interviews want anders word ik gek denk ik. Ik werd laatst zelfs gebeld door een leraar die belde voor een middelbare scholier. Of ik misschien een stageproject wilde gaan begeleiden. Nou ik zal het je eerlijk vertellen voor dat soort dingen heb ik gewoon weg geen tijd meer en dat gaat me dus wel te ver, ik heb hem dan ook vriendelijke verzocht een ander slachtoffer te vinden.

Begrijpelijk als wat, veel mensen hebben al snel de neiging meer op hun vork te nemen dan ze eigenlijk aan kunnen. Als ik het zo hoor dan bent u wel dé huisarts bent waar de e-health ondernemer normaliter naar op zoek is, terwijl u op hetzelfde moment die ondernemer ook zelf bent. Zou u kunnen vertellen hoe uw praktijk in elkaar zit met betrekking tot medewerkers, besluitvormingen en uw patiënten?

Haha, tja, het klinkt een beetje dubbelop zo maar eigenlijk haal ik daar alleen maar voordeel uit! Om je vraag te beantwoorden, wij zijn een groepspraktijk, dat is eigenlijk een volledige maatschap. We verdelen dus alle inkomsten en de aantallen dagen die er gewerkt dient te worden. Dus de kosten en baten worden ook over de volledige maatschap verdeeld

met acht huisartsen, nu zeven maar nummer acht komt er aan. *Dat zijn behoorlijk wat huisartsen binnen een maatschap!* Ja, we hebben dan ook een grote praktijk met 11.000 patiënten en we werken allemaal parttime, wat het ook makkelijker voor mij maakt om het te combineren met wat ik er naast doe. In principe werken we allemaal drie dagen behalve een collega die doet er vier. Laatst is er ook een van de huisartsen hoogleraar geworden dus die werkt nu nog maar een dag.

Maar hebt u dan ook binnen deze grote praktijk wel eens E-health innovaties doorgevoerd?

Ja zeker! Dat is ook een beetje de rol die mij is toegewezen, wat ik mezelf ook wel een beetje heb toegeëigend hoor. Er zijn natuurlijk in elke praktijk altijd mensen die voorop willen lopen en mensen die liever volgen en zelf die hun hakken het liefst in het zand zetten en zo is het ook bij ons. Binnen de maatschap zijn er een aantal collega's innovatie gericht, welke graag constant nieuwe dingen willen uitproberen en er zijn er ook een paar die zeggen ik doe graag mee als iedereen mee doet. De laatste categorie kan je ook overal vinden, die zeggen het liefste bij alles wat geopperd wordt nee. Gelukkig krijg ik binnen mijn praktijk op zich alle ruimte om met nieuwe plannetjes te komen. Dat is misschien ook wel wat ik zo mooi vind aan het huisartsenvak, wij zijn echt nog helemaal autonoom. Als ik vandaag van jou, bij wijze van spreken, een mooie applicatie voorgeschoteld krijg kan ik daarmee morgen aan de slag in de praktijk. Bij een ziekenhuis is dat wel anders daar moet het langs the board of management.

Dat geloof ik ja, daar komen nog meer keyplayers aan bod dan binnen de praktijken, maar als ik mag vragen wat is de laatste succesvolle innovatie die u hebt doorgevoerd binnen de praktijk en wat voor problemen heeft u in het implementatieproces van deze innovatie ondervonden? We hebben hier vrij recent, ik zit er midden in eigenlijk, de helpcommunicator aangeschaft. Dat is een softwarepakket waarmee en waarbij ik patiënten het spreekuur kan helpen/laten voorbereiden. Ik kan ze thuis een vragenlijst sturen die zij alvorens de afspraak kunnen invullen en beantwoorden. En een van de bijzonderheden van dit systeem is dat de antwoorden via een beveiligde zorg mail gaat waarna hij beantwoord is rechtstreeks terug wordt geschreven in het persoonlijke patiëntendossier. Dus al die antwoorden komen als meetbare waardes in de database terecht. Dit wordt dan voornamelijk gebruikt voor de chronische zorg zoals diabetes, COPD, en medische aandoeningen als hart-, long-, of suikerziekte. Het is heel handig want daar zitten onze praktijkondersteuners welke normaliter hele lange vragenlijsten moeten doornemen om bepaalde problemen te ontdekken. Op deze manier kan je dus al die vragen als; Houdt u zich aan een dieet? Hoe gaat het met bewegen? Rookt u nog?, in principe allemaal thuis al doen. Vervolgens komen die vragen en antwoorden allemaal in de database terecht waarna de praktijkondersteuner dus al voor dat de patiënt op het spreekuur komt kan zien er allemaal normaal is en wat afwijkt van het normale. Dit heeft als voordeel dat de zorgverlener zich tijdens het spreekuur kan focussen op afwijkende zaken en zo meer gerichte zorg kan leveren. Het programma is daarnaast compatible voor alle talen en zelfs voor analfabeten waarvoor het met kleurcodes werkt.

Maar hoe denkt u dan dat huisartsen naar opzoek zijn in hun zoektocht naar innovaties?

Ik denk voornamelijk dat de huisarts op zoek is naar efficiëntie verhoging en natuurlijk een verbetering in kwaliteit. Wat ik in mijn workshops vaak zeg is dat er drie redenen zijn om E-health door te voeren binnen praktijken of andere instelling. Dat is een, de kwaliteit van de zorg moet echt omhoog, ten tweede, de zorg moet een stuk efficiënter worden en ten derde dat de autonomie van de patiënt verhoogd moet worden. Mensen moeten meer zelfredzaam worden en meer bewust van hun eigen lichaamsproblemen en de oplossingen voor deze problemen. Echter is dit laatste maar een hoger doel maar een huisarts zelf zal dit niet zo prikkelen. De kwaliteitsverbetering zal de huisartsen zeker gedeeltelijk prikkelen maar efficiëntie staat bij hun toch echt het hoogste in het vaandel.

En is die efficiëntie dan voornamelijk uit het oogpunt van een kostenreductie, hoe ziet u dit?

Ja zeker, dat is uiteindelijk waar mensen en ook zeker huisartsen natuurlijk het makkelijkste mee te prikkelen zijn, geld. *Ja precies.* En dat het systeem claimt dat je veel efficiënter kan gaan werken dus dat de praktijkondersteuners minder vaak patiënten hoeven te zien of dat de praktijkondersteuner in de tijd die hij of zij heeft veel efficiënter de patiënten door de poorten kan helpen en dus sneller en gerichter een beter resultaat kan bereiken.

Want de eerste barrières waar u tegen aan bent gelopen met het implementeren van dit systeem bij de huisartsen waren?

Om een voorbeeld te noemen ik heb nu wat technische problemen met software, want het systeem waarmee gewerkt wordt maakt gebruikt van de NAW gegevens van onze patiënten. Het systeem zelf is een los platform waardoor ik dus in feiten een uitspoel maken van alle NAW gegevens uit het elektronische patiënten dossier die op hun beurt weer moeten worden ingelezen in het platform en dat lukt niet altijd even makkelijk. Daarvoor ben ik toevallig dinsdag met de bouwer van het platform een uur aan het heen en weer mailen geweest. Van waarom lukt dit niet en hoe moet het dan wel? Dus vaak is het

de technische barrière die roet in het eten gooit voor nieuwe innovatie. De daaropvolgende barrière is dat wanneer de innovatie werkt, de collega's het moeten gaan gebruiken. Wat er vaak gebeurd bij dit soort nieuwe applicaties is dat het wordt aangeschaft door een enthousiasteling of aangeboden wordt door een voorgroep maar in het vervolg staat er een applicatie te draaien waarvan niemand weet hoe hij het moet gebruiken en hoe hij het moet gaan inpassen in zijn dagelijkse workflow met als uitkomst dat er niks mee gebeurd. Dus dat wordt nu de komende uitdaging. Hiervoor hebben we voor de praktijkondersteuners een soort van introductie cursus georganiseerd. Je moet er als ondernemer ook niet naar streven om direct alle acht mijn collega's hiermee direct mee aan het werk te krijgen, want voor hen in het wat minder interessant. Vandaar dat we het eerst gaan uitproberen op de praktijkondersteuners, de diabeten (patiënten) en long deskundigen. We willen die eerst updaten en op kennis brengen om vervolgens dat het op de lange termijn ook door gevoerd wordt naar de huisartsen zelf. Er moet een goed implementatieplan liggen, want anders kom, zeker in huisartsenland echt niets van de grond.

En welke partijen betrekt u daar dan in om zoiets in te gaan voeren?

Ja, kijk er moet natuurlijk eerst besloten worden door de praktijk gaan we hiermee werken wat beslist wordt door mijzelf of de praktijkmanager. Er wordt dan gekeken of het een goede toepassing lijkt voor de praktijk en hoe groot de potentie is dat het een succes zou kunnen worden. Vervolgens ga ik dan als eerst met mijn maatschappen in conclaaf, want daar zit het beslissende vermogen zeg maar, of hoe zeg je dat, de power om een beslissing te nemen. Dus ik moet hen zie te overtuigen in een van de maatschapvergadering. Hierin geef ik dan een korte demo van het programma en vertel wat over de kosten. Hierna ga ik dan opzoek naar financiering; Of we zoiets bijvoorbeeld kunnen financieren met een achterstandfonds omdat het een link heeft met anderstaligen, daar hebben we jaarlijks een klein potje voor. Mochten ze dan zeggen ga je gang, doe maar is wat leuks, dan ligt de bal weer bij mij. Vervolgens stap ik dan weer naar de software leverancier waar ik dan weer mee moet overleggen, want die zijn dit dan natuurlijk ook nog aan het uithollen hè. Bij leveranciers die producten bieden die nog niet overal gebruikt worden sta je in een sterke onderhandelingspositie en zal je vaak zien dat ze dan ook wel geneigd zijn om wat extra te steunen en wat meer in te leveren bij het implementeren van hun product. Als ik natuurlijk straks ik enthousiast ben en ga rondbazuinen dan het een fantastisch product is, dan is dat ook voor hun business weer goed. Het werkt dus allemaal twee kanten op. Die ondernemers nodig ik dan is een keertje uit om een introcursus te geven en dan zorg ik ervoor dat ze de mensen voor zich krijgen die er het eerste mee moeten gaan werken maar ook de mensen die graag betrokken willen worden in het implementatieproces, dit bevorderd de communicatie. *Dus als ik het zo hoor eigenlijk maar weinig externe partijen.* Ja, eigenlijk nauwelijks tot niet. Het werkt ook niet zo goed hoor in zo een huisartsenpraktijk.

Waarom niet?

Het kan zorgen voor belangenverstrengelingen, en ook hebben we van oudsher het liefst dat vertegenwoordigers en dat soort types zoveel mogelijk buiten de deur gehouden worden. Artsenbezoeker, de farmaceuten en verkopers komen al jaren niet meer binnen bij ons, dus het moet via de insiders komen. Je moet niet vergeten, het zijn geavanceerde producten die je koopt in plaats van zo een pilletje dat je inslikt, voor dit soort dingen heb je gewoon goede begeleiding bij nodig.

Hebt u professionele omgeving dan ook invloed dan op uw innovatiebereidheid of die van uw praktijk? Ik noem als voorbeeld de mensen die in uw HOED zitten, hebben die daar bijvoorbeeld invloed op?

Uh... Nou, die zouden het kunnen beïnvloeden. Ze doen dit natuurlijk onbewust wel door mij ruimte te geven om dit soort dingen te doen maar, als zij, kijk, je kunt te maken hebben met meedenkers en doeners. Eigenlijk heb ik vooral met die meedenkers te maken maar ook die leveren niet wat ik je nu voor idee geef. Er zitten wel een paar collega's tussen die het heel leuk vinden en mij stimuleren door te zeggen dat ze iets gaaf vinden, of dat ze graag mee doen met het project dat ik ze aanbied maar uiteindelijk moet ik gewoon de vrijheid nemen om zo iets te gaan doen. Gelukkig voor mij heb ik niet echt van die cynische collega's van dit kost geld en dit kost tijd, dus ik heb daar wel een soort van voordeel aan. Daarnaast heb ik ook nog een groot deel aan collega's die in alle stilte de nieuwe innovaties accepteren van; Ik vind het prima en doe maar. Om terug te komen op je vraag denk ik wel dat mijn omgeving me kan stimuleren en dat het de innovatiebereidheid in al zijn facetten zou kunnen verhogen

U zit kennelijk echt tussen de twee werelden maar door uw kennis en ervaring die u hebt opgedaan door de jaren heen, denkt u dan dat u huisartsen sneller innovaties kan laten adopteren van bijvoorbeeld een ondernemer?

Ja, in onze lokale praktijk zou dat bijvoorbeeld heel veel uitmaken ja, zeker. Ik heb inmiddels wel een beetje een naam op gebouwd op dat gebied en dan is het makkelijker voor mijzelf maar ook om de artsen een stap richting de nieuwe innovatie te laten zetten.

En hoe helpt u ook buiten uw praktijk daarin?

Kijk, ik ben altijd bereid om vragen te beantwoorden maar echt on the spot te helpen bij implementeren en een traject begeleiden, dat doe ik niet en daar heb ik ook gewoon geen tijd voor. Echter in de toekomst zou het wel een business voor mij kunnen zijn om zoiets te gaan doen maar dat is nu nog zeker niet aan de orde.

Wat is dan uw mening over al die nieuwe E-health ontwikkelingen zoals de vele gezondheid apps die de zelfredzaamheid zouden moeten verhogen, hoe kijkt u hier tegen aan?

Ik denk zeker dat er op dit moment een soort van wildgroei aan het ontstaan is. Ik zit toevallig ook in de jury van de E-health app award, die jaarlijks wordt uitgereikt door een organisatie tijdens een congres. We hebben daar nu 55 apps voor die we moeten beoordelen en reduceren tot 20. Daar moeten we dan ook nog is een top 5 van maken waar uiteindelijk de beste Health app van Nederland uit gekozen. Maar dit soort congressen wordt ook gebruikt om het kaf van het koren te scheiden. Vandaag de dag wordt er voornamelijk ook nagedacht om er een soort keurmerk aan al die apps te gaan geven zodat het niet alleen voor de gebruiker maar ook voor de kiezer duidelijk wordt van wat voor kwaliteit de producten zijn die worden aangeboden. Wat ik zelf vooral belangrijk vind en waar ik me ook zorgen over maak zijn twee dingen: Ten eerste, dat er straks een soort nieuwe tweedeling ontstaat in de samenleving van mensen die heel goed met digitale middelen uit de voeten kunnen en mensen die dat niet kunnen, want die zijn er natuurlijk ook en geloof me dat zijn niet per se alleen maar oude mensen of alleen allochtonen. Dat is namelijk een grote nieuwe groep van mensen met een achterstand op dit gebied. Ten tweede maak ik me dus ook zorgen, en ik vermoed, dat de zorgverzekeraars op een gegeven moment zeggen van een deel van de zorg die je nu bij de dokter haalt, die kan je ook uit een computer halen. Ik heb het hier dan over bijvoorbeeld uitleg over ziektes, controles, monitoring en meer. Er kan natuurlijk al een heleboel digitaal en automatisch, wat ook waar en mooi is maar ik denk dat het een uitdaging is om ervoor te zorgen dat we niet die ene groep in de steek laten. Samen zijn dat de twee grootste zorgen die ik heb. Dat maakt dat ik denk dat er een belangrijke rol ligt voor zorgverleners zelf om zich meer met dit soort applicaties te gaan bemoeien om zo dit probleem te omzeilen. Niet alleen dat hoor maar ik zie ook dat er heel veel innovatie bedrijfjes, mensen uit de software wereld en uit de designwereld, die van alles en nog wat aan het ontwerpen zijn maar dat er nog wat weinig wordt aangesloten bij de behoefte van de zorg zelf.

Dus u bedoelt dat de innovatie niet goed aansluit op hoe de zorg aansluit met betrekking tot de patiënt?

Ja, wat je zegt, de zorg naar de patiënt toe. Er wordt natuurlijk vanuit de bedrijven naar de patiënt gekeken als een klant en hoe ze die kunnen bedienen en verleiden. Dat zit denk ik wel goed hoor alleen patiënten zijn wel een anders lag dan de normale bedrijfsklant, zie zijn namelijk op een gegeven moment een stuk kwetsbaarder en ja, die weten niet goed wat ze moeten en hoe ze om moeten met hun problemen. Daar heb je dan weer de zorgverleners voor maar nu de zorgverzekeraar direct met de patiënten gaan communiceren en de applicaties aan hen verkocht worden. Worden er producten aan de klant gebracht die een leek zijn op dit gebied en ik ben daarin bezorgd over het feit dat ze in een soort van commercieel luik gelokt worden. Je kunt je voorstellen dat er een heleboel apps metingen afnemen bij mensen, hartslag bloeddruk en stappentellers noem het maar op! Hier vanuit krijgen de gebruikers dan vaak een signaaltje uit van dit is niet helemaal goed en je zou dit moeten bijsturen door dit en dat te doen. Er zullen dan al snel op die app geïnitieerd worden als de van fitnessapparaten en gezondheidspakketten. Uiteindelijk zal er zich dan een commerciële wereld achter gaan zitten waarvan de vraag is hoe wetenschappelijk dat allemaal nog onderbouwd wordt. *Dan zou dat keurmerk waar u het eerder over had natuurlijk fantastisch zijn.* Vandaar dat ik vind dat zorgverleners zich meer moeten bemoeien met die ontwikkelingen. Er zijn E-health ontwikkelaars en zorgverleners maar ik denk dat daar tussen een hele goede rol ligt voor mensen die die vertaalslag kunnen bouwen. Dus apparaten die ondersteund zijn met onderzoeken en dat ze ook echt werken zoals de zorg erom vraagt.

Maar die commerciële doelstelling van de ondernemer die is anders dan het gedachtegoed van de huisarts (sociaal-maatschappelijk) zou dat een rol kunnen spelen van de adoptie van de innovatie en op wat voor manier denkt u?

Ja, dat denk ik wel ja, huisartsen zijn ook echt geen engeltjes hoor en willen graag een goede boterham verdienen. Maar we hebben een vak waarvoor impliciet is vastgelegd dat het belang van de patiënt altijd voorop staat en daar kan je ons dus op afrekenen. Bij die applicatie bouwers kan dit niet en die willen dus gewoon een applicatie verkopen. Dan heb je het dus over een hele andere branche. Ik ben huiverig dat de dokters er met de tijd tussen uitvallen, of wat dacht je van de zorgverleners, de verpleegkundigen of al die randdokters, dat die allemaal langzaamaan gaan verdwijnen! Dan komt er dus direct verkeer tussen de patiënt en de ondernemers, dat vind ik riskant. Ik zag laatst ook een eigen thuislaboratorium waar mensen heel makkelijk zelf hun vitamine D kunnen en testosteron spiegel kunnen bereken of dat ze daarmee kunnen kijken of ze infecties hebben. Vijf of zes meetwaarden die ze zo uit hun bloed kunnen bepalen en daarvan weet ik dat de helft gewoon flauwekul is om te weten. Het heeft bij veel van die waardes echt geen zin om het te gaan meten. Dat creëert ongerustheid en ook een

soort van nieuwe ziektes. Mensen gaan namelijk denken, oh deze waarde is te laag die moet dus omhoog, terwijl dit per persoon maar ook per waarde best een beetje kan schommelen, dat is heel normaal. Dat zijn uit de losse pols wat voorbeelden.

Maar die ondernemer zijn doelstelling die eventueel zou botsen met de huisarts zijn sociaal-maatschappelijke gedachte?

Ja, dat zou kunnen maar niet per definitie. Het zou zo moeten zijn dat ook wij als huisartsen en zorgverleners er voor moeten zorgen dat het in de pas en lijn loopt met elkaar en dat het dus niet gaat botsen. Maar daar moet je als ondernemer ook goed over nadenken in de adoptie van die producten. *Ik snap dat het heel vervelend zou kunnen zijn als huisarts dat tijdens die implementatie die ondernemer alleen maar wilt cashen terwijl u wilt verbeteren.* Dat betekent dat er bij de ontwikkeling van het product zorgverleners en patiënten bij betrokken zijn of dat die in het gehele traject veel eerder worden ingeschakeld.

En hoe kijkt u dan aan tegen nieuwe of oudere bekende ondernemingen, en welke factoren beïnvloeden dat en waar zou u dan voor kiezen om zaken mee te doen?

Oh dat is een lastige... *Ja, u bent niet de eerste die dat zegt hoor, ik heb het wel eerder gehoord. Er zijn een hele hoop verschillen tussen de huisartsen wat dit betreft vandaar dat ik ook u het vuur aan de schenen leg. W*eet je die wereld is nog zo nieuwe en er zijn nog niet zo heel veel oude en bekendere bedrijven om het maar zo even te zeggen. *Google en Microsoft?* Hm, dat is ook waar maar ik probeer ze toch voornamelijk op hun product te beoordelen en of er een solide en zinvolle meerwaarde aan het product gekoppeld zit en voor mijn praktijk. Maar die grote bedrijven hebben dat nog niet echt hoor, dus de focus ligt nog heel breed. Daarnaast ben ik ook eigenlijk wel gevoelig voor hoe het product verpakt is zeg maar. Ik krijg hier ook mensen die hebben iets bedacht bijvoorbeeld een bepaalde applicatie. Die komen ze dan demonstreren en ik dan heb soms wel eens hele geavanceerde dingen zien langskomen maar zo knullig in elkaar gezet dat ik denk dit gaat het gewoon echt niet worden, hoe ze het ook willen dus. Dat staat dus ook eigenlijk los van de grote en de ervaring van zo een bedrijf. *Dus voornamelijk op het product gefocust.* Ja, ik kijk voornamelijk naar het product en probeer een schatting te maken van de kansen van het product.

Hoe zou een E-health ondernemer ervoor kunnen zorgen dat u zijn product wilt hebben i.p.v. dat van andere al gevestigde bedrijven? Waarin kan hij ondersteuning bieden in de adoptie van een nieuwe innovatie? Ik ben zelf heel erg zeg maar webgeoriënteerd dus ik ga als mensen met informatie komen op internet zoeken naar wat achtergrondinformatie en wat verdieping van het desbetreffende product. Dus mij helpt het daarbij als er een hele mooie, strakke maar vooral duidelijke website is waar ik alles op kan na lezen en het product goed in de etalage wordt gezet. En waar ook in eenvoudige bewoording wordt uitgelegd wat het product doet. Het is zo vaak dat die E-health ontwikkelaars zo enthousiast zijn over hun eigen bedenksel dat ze proberen mogelijkheden en eigenschappen van het product proberen uit te leggen dat ik eigenlijk na vijf minuten er al geen touw meer aan kan vastknopen en dat vind ik eigenlijk zonde maar ook heel dom. Dat zijn gewoon geen sterke verkopers maar ontwikkelaars. En omdat het kleine bedrijfjes zijn doen ze het vaak allemaal te gelijk. Financiële zaken, de verkoop en ontwikkelen maar daar moet je onderscheid in maken, want dat werkt gewoon niet goed. Ik wil een heldere en duidelijke instructie over het product en niet over alle mogelijkheden van het product, maar gewoon wat is het wat doet het. Een helder product dat goed gepresenteerd wordt dat helpt mij zal ervoor zorgen dat ik voor een bepaald product kies. *En het liefst ook nog met een keurmerk?* Ja, maar ik realiseer me dat niet altijd kan. Een nieuw product dat moet zich vaak nog bewijzen en daarom is en heeft het nog geen keurmerk. Als het een stempel zou hebben van dit product is medeontwikkeld door of dat er staat van in medeweten van of goedgekeurd door, dat zou voor innovatie bereidheid van huisartsen echt iets heel goeds doen.

Dus zo een instituut dat keurmerken zou kunnen leveren, da zou dus een goed initiatief zijn?

Ja, dat zou ongelofelijk helpen denk ik hoor. Ik ben zelf ook bezig met het ontwikkelen met twee software ontwikkelaars om iets te bouwen. Het eerst wat wij hebben gedaan is contact zoeken met NHG om te kijken of ze op een of andere manier met ons willen meeliften, want als we die niet mee hebben dan wordt het een zware dobber, financieel gezien, in de huisartsenwereld maar goed we hebben een bepaalde doelstelling die voor kleinere bedrijfjes niet helemaal op gaat.

En waar we het net over hadden u wilt dus uiteindelijk het product van die ondernemer, maar hoe moet hij ondersteuning bieden in de adoptie van die innovatie, wat moet hij doet feedback looping/service noemt u het maar?

Een goede handleiding of instructie hoe je het product kan installeren en aan de praat kan krijgen is heel belangrijk, want ik ben ook inderdaad met wat andere producten bezig die vaak heel complex zijn en onder de motorkap moet er vaak nog een hoop gebeuren. Als ik nu even terug denk aan de laatste drie nieuwe applicaties die we hebben aangeschaft was dat echt een

gehannes en ik denk dat de minder fanatieke huisartsen en collega's daarin absoluut zouden zijn afgehaakt. Wat is er dan nodig?Een zeer effectieve helpdesk die tijdens de kantorenuren heel snel reageert en ondersteuning kan bieden, het zou eigenlijk niet eens nodig moeten zijn maar toch. Daarnaast denk ik dat het heel belangrijk is dat, wat ik nu zelf ook probeer te doen, dat zo een bedrijf eigenlijk een implementatie plan meelevert met het product. Dus zeg maar dit is ons product maar ga er niet aan beginnen zonder dit implementatie plan mee te leveren, want anders gaat het project gewoon falen.

Ah, die heb ik nog niet eerder gehoord. Dan mijn laatste vraag: Als u succes factoren zou moeten noemen een ondernemer in E-health innovatie om de adoptie/implementatie van zijn/haar innovatie door huisartsen te doen slagen, welke factoren zou u dan noemen en waarom?

Nou het allerbelangrijkste is denk ik in een heel vroeg stadium een verbinding opzoeken met een zorgverlener zelf. Die actief is in het terrein waar jij wilt opereren en waar jij je product wilt afzetten en dat je die het liefst ook wil betrekken bij het verkopen en maken van je product. Dat wanneer je product klaar is, dat je er een keurmerk aan vast kan plakken of dat je bij een grotere speler welke goed bekend staat in de markt. Je kunt je dus voorstellen dat wanneer de ondernemingen de handen in één slaan voor zo een keurmerk en dat ze dat zelf gaan ontwikkelen, dat dit positief zou zijn voor elke partij. Hier moeten ze dan om de tafel gaan met artsen, aangezien zij de uiteindelijke gebruikers gaan worden. En waar we het net ook al over hadden, het laten zien dat je niet alleen een product aflevert maar ook dat je met de implementatie wilt mee denken. Je zou eigenlijk moeten proberen dat je pilots moet gaan draaien samen met voorlopers en innovators in de wereld/markt waarin jij aan de slag wilt straks, en ja die moeten er dan eigenlijk voor openstaan om te gaan proefdraaien en tegelijkertijd ook dat ze ambassadeurs creëren eigenlijk.

Zou het bijvoorbeeld moeten zijn dat de patiënt ook het product heel graag wilt?

Ja, dat is lastig. Ik denk zelf dat het als je de patiënten het willen dat er via de patiënten to patiënten markt, net zoals ze in Amerika doen met medicijnen, het in Nederland nog niet werkt maar het kan wel dat er in de toekomst een moment komt waarin dit wel gaat gebeuren. Maar in Nederland zie ik dat het met die nieuwe applicaties en sociale druk niet gaat gebeuren.

Interview protocol general practitioner 7

Aller eerst zou ik u graag willen vragen hoe lang bent u al actief als huisarts?

Ik ben praktijkmanager en huisarts bij huisartspraktijk X, dat wil zeggen dat ik veel van de contacten met de verzekeraars doe en met de huisartsen in onze HOED. Daarnaast heb ik ook het ICT van de huisartspraktijk op mijn schouders. Hieronder valt ook het winnen van informatie over de huisartsenmarkt en het nakomen van de indicatoren van de huisartspraktijken voor de verzekeraars en ander soort vragen die je uit de data van je praktijk kunt halen. Ik doe ook de uitvoering van het personeelsbeleid en ik ben eigenlijk een belangrijk contactpersoon naar het gezondheidscentrum waarin wij zitten als praktijk.

En wat hebt u hiervoor gedaan?

Ik heb een aantal jaren aan de universiteit gewerkt en een aantal jaren in de farmaceutische industrie als product manager en informatie manager.

Ah een redelijk breed scala zo. Zou u kunnen vertellen hoe uw praktijk in elkaar zit met betrekking tot medewerkers, besluitvormingen en uw patiënten?

Mijn echtgenote is de praktijkhouder er zijn drie collega huisartsen naast haar in de praktijk. Daarnaast zijn er twee praktijkondersteuners, twee praktijkondersteuners GGZ en vier assistenten, welke allemaal parttime werken. Hierdoor is er af en toe nog wel eens wat gedoe om af en toe genoeg mensen te hebben om aan de patiëntenzorg toe te komen. Het is dus een hoop werken voor iedereen. Als praktijk zitten we in het samenwerkingsverband met een andere praktijk, een fysiotherapeut, een GGZ instelling en een brasheidsorganisatie dat een samenwerkingsverband vormt met stichting X en samen zitten we eigenlijk in een pand. Naast dat vaste samenwerkingverband zijn er nog wat andere grote instellingen waaraan wij zorg verlenen en die zitten ook in het pand. Dit om iedereen direct en complete hulp/zorg te kunnen verlenen aan patiënten van het centrum. Dan moet je denken aan er zitten twee kamers met huisartsen en daarnaast een sociaal juridische afdeling van de gemeente een aantal mensen in de voetzorg, een paar in de schuldhulp verlening, mensen van bureau HALT, opvoedsteunpunt, een stichting die voorlichting geeft aan allochtonen patiënten over oncologie al met al dus een heel breed scala aan werkers. Dat komt zo allemaal bij elkaar en we zitten gevestigd in de schilderswijk van X wat betekent dat onze patiëntencoöperatie voor 90 % uit mensen van buitenlandse afkomst bestaat. Dat zijn voornamelijk Turken en Marokkanen en daarnaast en iets minder grote groep Hindoestanen, Oost-Europeanen en mensen uit Azië. Je zou kunnen zeggen dat we een wereldpraktijk zijn wat voornamelijk, voor Nederland, de onderkant van de samenleving bedient. *Bijna iedereen als ik het zo hoor, haha.* Ja, maar het specifieke van de schilderswijk is toch dat er een grote sociale achterstand is. Als we dan kijken naar ons eigen centrum dan trekt het centrum met zijn instelling juist die onderkant aan. Het inkomsten van onze praktijk komen dan ook voornamelijk uit de armere en lagere sociale lagen, als ik het vergelijk met andere praktijken. Toch moet ik een kanttekening plaatsen dat onze patiëntendossier nog vrij jong is. Wat wel anders dan vele praktijken, waar juist de oudere rijke sociale laag wordt bediend.

Ziet u daar dan ook andere behoeftes als we het hebben over E-health, omdat we te maken hebben met een publiek dat wel van het digitale tijdperk is?

Dat is heel ingewikkeld, want ik denk dat je moet zeggen dat twintig procent van de patiënten eerste graad immigranten is waarvan de meesten niet of nauwelijks kunnen lezen of schrijven. Die hebben dus aan al het digitale werk helemaal niets en zijn aangewezen op hun sociale netwerk om daar wat mee te kunnen. De tweede groep is laag geletterd en spreekt slecht Nederlands waardoor communiceren nog redelijk lastig is. En dan hebben we nog een verbeterde groep die door de geboorte hier in Nederland of door een vroege komst naar Nederland, veel van de Nederlandse opvoeding heeft meegemaakt en daarin ook heeft kunnen leren omgaan met de meeste technologieën. Echter is er dus wel een hele grote groep patiënten waar we eigenlijk erg weinig mee kunnen. Wat we wel met E-health kunnen doen, is mensen helpen door het adopteren van standaard technologieën en dus gebruik maken van dingen als Teledermatologie, Telecardiologie en die soort dingen. Ook hebben we een vertaal computer waarin vragenlijsten zitten die afgenomen kunnen worden door de mensen, thuis met een familielid of kennis. Op die manier kunnen we er voor zorgen dat ook die mensen wat hebben aan E-health en dat wij er zelf ook wat aan hebben. Die data kunnen we dan weer in dossiers gebruiken maar dat zijn echt hele specifieke toepassingen. Zelf maken we ook heel veel gebruik van voorlichtingsfilmpjes op het net. We maken gebruik van verschillende soort films zelf gemaakte of eenvoudige medische filmpjes voor chronisch zieken en over hoe het hier werkt in de praktijk. Een voorbeeld hier van is dat we in de wachtkamer video's afspelen om mensen voor te bereiden of de handelingen uit te leggen.

Maar die toepassingen heeft u die genomen omdat uw doelgroep dit van u wenste of is het gekomen omdat u het werk binnen de praktijk efficiënter wilde maken? Hoe moet ik dat zien?

Je merkt dat je op andere manieren moet communiceren met je patiënt en daarmee probeer je zowel dingen aan te leren bij de patiënt wat ingewikkeld is en erg lang duurt, omdat de groep niet heel erg leervaardig is. Dus ik denk eerder dat het vanuit ons is gekomen, omdat wij tegen problemen aan liepen.

Ah duidelijk, maar wel een heel diverse praktijk als ik het zo hoor, in de meeste facetten wel. Iets heel anders dan de meeste huisartsen die ik heb gesproken dus dat maakt het voor mij heel interessant. Wat is ongeveer de laatste innovatie die jullie hebben doorgevoerd?

Het laatste wat we gedaan hebben, maar dat gaat dus niet heel makkelijk was, we hebben ons aangesloten bij het LSP voor het patiëntendossier zal ik maar even zeggen. En dat verreist een enorme inspanning om dat binnen de praktijken door te voeren. Voornamelijk komt dit door de lage maatschappelijk positie die onze patiëntgroep heeft, en de steeds verhardende maatschappij. Die mensen krijgen bijna dagelijks te maken met vragen als: Waarom ben je hier eigenlijk, tot wanneer blijf je, enzovoorts. Hierdoor wordt die groep mensen heel erg angstig tegenover alles wat maar enigszins ruikt naar de overheid en is men daarom dus niet snel geneigd om toestemming te geven tot de aansluiting van hun patiëntendossier waarin een hoop mensen inzage hebben in jouw gegevens. Je weet namelijk nooit wie die anders is en wat hij met jouw data gaat doen. Dus dat is ingewikkeld om dat duidelijker te kunnen communiceren naar hen. We hebben toen die club van ontwikkelaars en mensen die bij het LSP werken is aangesproken van jongens jullie maken allemaal van die vorderingsmaterialen maar het is allemaal erg tekstueel. Daar hebben wij als praktijk niet zo veel aan, we hebben meer aan als het visueel wordt. Daarnaast moet er ook rekening meegehouden worden een zin van twaalf woorden bij onze patiënt al te lastig is om te begrijpen. Dus er moet met eenvoudige woorden en zinnen gewerkt worden. Daar hebben ze toen opgereageerd en zijn ze ook mee bezig geweest en daar zie je toch dat er beetje bij beetje meer aandacht komt voor deze vergeten groep. Om een beeld te schetsen voor jou; Tien procent van de Nederlandse bevolking is laaggeletterd dat is meer dan twee miljoen mensen en daar neemt de oude groep migranten een hele grote plek in!

Nou dat is inderdaad behoorlijk wat en uiteraard is het ook belangrijk dat die mensen ook de eerstelijns hulp kunnen krijgen. Maar die adoptie van die innovatie, bijvoorbeeld dat schakelpunt waar u het over had, bent u daar - bij de implementatie - binnen de praktijk nog tegen obstakels aangelopen? Ik hoor dat er wel veel obstakels zijn met de patiënt maar bij uw praktijk zelf?

Nou eigenlijk niet heel veel, dat wil zeggen dat wij heel weinig gebruik maken van het LSP, omdat de patiënten een aparte groep is. Kijk ze wonen in Den Haag en zitten in de vakantie in Turkije of het land van herkomst, en daar werkt zoiets als het LSP natuurlijk niet echt voor. Doordat ze ook zoveel weg zijn consumeren onze patiënten maar heel weinig zorg. Ik merk wel dat er van de mogelijkheden die het systeem biedt via de huisartsenpost meer gebruik gemaakt kan worden, maar dat het nog niet top werkt, omdat niet iedereen in Den Haag in dat systeem zit. Dit maakt het dus heel onhandig als je informatie via het systeem zou willen. Er moet wel meer gebruik van gemaakt gaan worden en wij vragen dat dus ook, als medisch centrum, aan andere centra.

Maar waarom wilt u dan bij het Schakelpunt horen?

Wij denken dat het nodig is om ook in die avond- en nachtdiensten waarin anderen dan toch informatie van jou nodig hebben, ik noem bijvoorbeeld ambulances. Wat je bij ons ziet als een groeiende beweging is dat de kinderen van de allochtonen, die hier geboren zijn, dat die op een gegeven moment weg verhuizen uit deze wijk en gewone Nederlandse burgers worden. Dus er zal voor ons ook nog wel een moment komen dat dit een rol gaat spelen. Dan kan je aan het einde van de rit als praktijk wel zeggen dat je mee hebt gedaan aan het maatschappelijke verkeer wat nodig is en was.

Maar als u dan innovaties zoekt voor uw praktijk, want u zei dat u de ICT op uw schouders heeft, naar wat voor karakteristieken bent u dan op zoek met die innovatie?

Oei, dat is een pittige vraag. Wat we wel heel veel doen met innovaties is dat we iets in gedachten hebben. Hiervoor maken we gebruik van een business informatie tool waarmee er heel gemakkelijk gekeken kan worden naar de informatie die we hebben in de praktijk. Dat gebruiken we dan weer om zorg inhoudelijke projecten vorm te geven of om te evalueren en te kijken naar waar we bijvoorbeeld en wij kijken wel naar waar we efficiëncies kunnen creëren maar dat is ingewikkelder dan gezegd. Dit komt omdat wij met heel veel mensen te maken hebben die eigenlijk gewoon de dokter in de ogen willen zien. Om een voorbeeld te noemen we hebben een tijdje gedacht aan online betaling ook voor de GGZ, we hebben gedacht om

een webcamconsult omgeving te implementeren maar uiteindelijk werkt dat gewoon allemaal niet, want dat betekent dat er aan de andere kant van de lijn niet alleen een patiënt kan zitten maar ook nog twee of drie anderen die moeten meekijken of helpen. Dan hebben ze toch ook zelf liever die dokter en dat hij naar het probleem kijkt en je beoordeelt. Die mensen praten gewoon liever even over hun probleem en zien je graag onder ogen. Wat mij opvalt in de huidige E-health dingen is dat het is allemaal heel erg gericht is op de hoger opgeleiden Nederlandse zorg consument. *Ja, dat denk ik ook, maar dat is ook niet zo raar aangezien dat vaak ook meer geld hebben. Echter wat mij wel verbaast is dat u praktijk dan toch ook al zo diep in die E-health wereld is gedoken met bijvoorbeeld die tele-dermatologie enz.* Maar dat heeft ook te maken met het feit dat je nu niet iedereen meer kan doorsturen naar de ziekenhuizen. Zoiets als die taalbarrière is veel gecompliceerder voor zo een grote organisatie als een ziekenhuis. Daar werken allemaal top specialisten en kan je niet tijd verspillen aan iemand die zich niet verstaanbaar kan maken. Door dit soort dingen naar de eerstelijns zorg te trekken besparen we een hele hoop zorg kosten en helpen we de patiënten ook verder. Het helpt veel beter dan dat je zegt van hup daarvoor moet je naar het ziekenhuis en hier is je verwijzing en je regelt het maar. Dan weet je ook dat 40 % van de mensen die bij ons vertrek niet aankomt waar hij zou moeten aankomen.

Maar welke partijen betrekt u dan allemaal in het adopteren van die E-health innovaties betrekt u daar huisartsen bij of zorgverzekeraars of misschien andere onbekende partijen?

Het meeste de huisartsen eigenlijk. Veel van die dingen komen aan de orde of stellen we aan de orde in de praktijkoverleggen waarin de assistenten en huisartsen zitten. Dan praten we er over en denken er over na. Vervolgens lezen er het een en ander over en als een van die mensen het voldoende interessant vindt om het op te pakken dan is daar de ruimte voor.

En de zorgverzekeraars spelen die een rol?

Eigenlijk maar zelden.

Maar een subsidie?

Nee in principe niet maar misschien wel interessant om over een eerste kostendrempel te komen. Het probleem met subsidies is dat die maar tijdelijk zijn en dat het eigenlijk niet mogelijk of in ieder geval heel moeilijk is om vanuit de subsidieregeling na te denken omdat deze regeling dus constant verandert. Daarnaast is het ook nog is heel moeilijk om voor dit soort producten dan een regulier tarief voor vinden of creëren. Kijk je kunt wel met een innovatie beginnen maar die innovatie wil je hem door zetten, wat ook behoorlijk wat kosten met zich mee brengt en dat betekent dat je vooraf ook moet bedenken hoe gaat we dat soort kosten borg. De startsubsidie is altijd mooi mee genomen maar het gaat voornamelijk om de kosten die je dus maakt met het implementeren van een innovatie in een reguliere praktijk, dat is namelijk heel ingewikkeld en veel! Dus wij zijn er niet zo heel erg op toegespitst om vanuit een subsidie een nieuwe innovatie te adopteren. Zeker omdat we al zoveel problemen hebben ervaren vanuit dat gebied. Dan hebben we nu liever zelf de investering in de hand waarin we lekker kleinschalig beginnen zodat de mensen ook beter erop worden voorbereid en we zelf ook meer betrokken zijn bij het ontwikkelen en implementeren van het product.

Laat u uzelf dan beïnvloeden door uw professionele omgeving?

Ja zekers, maar ook buiten de praktijk en de contacten met hen. We proberen te zien wat er gebeurd in de wereld. Niet alle huisartsen hoor maar de jongere lichtingen wel.

Wat zou u willen zien op de markt met betrekking tot E-health?

Ik zou als ik kijk naar de huidige HIS-en denk ik dat die eigenlijk allemaal op een oubollige manier werken en de oude ook nog steeds. Het basis gebeuren van een HIS is geënt op de groene kaart en de kaarten bak, allemaal dingen van de vorige eeuw. Ik zou daar graag heel veel innovatie in willen brengen. Iedereen kan zien dat het systeem veel meer intellect zou kunnen bevatten waardoor het de zorgverlener zou helpen en problemen zou kunnen signaleren voor patiënten die in een zorgprogramma zitten en er dreigen uit te vallen. Er zou veel meer intellect moeten zijn om richtlijnen beter geïmplementeerd te kunnen krijgen en er zou veel meer binnen het systeem als het ware geautomatiseerd verbonden moeten worden. De patiënt komt vaak voor een probleem maar vaak komt hij ook nog voor probleem 2 en 3. Er zou ook veel meer gewerkt kunnen worden met testbordjes. Zit de patiënt bijvoorbeeld in een bepaald zorgprogramma, hoe zitten zijn verschillende waardes dan en waar zou ik als zorgverlener dan aandacht aan moeten geven. Dus daarin zie ik voor de markt nog heel veel mogelijkheid innovatie te plegen, maar die innovatie vind ik heel erg traag verlopen op het moment. Ik denk omdat de

bekostiging erg slecht is en er te veel systemen zijn in Nederland waardoor nieuwe initiatieven eigenlijk worden tegengehouden

Zou u dan liever zien dat het uit een groot ervaren bedrijf komt zo een innovatie of misschien juist een kleine ondernemer?

Nou het gaat mij niet om de grootte of wat dan ook. Ik vind het prima veel ideeën en variatie maar het moet niet zijn dat een ondernemer duidelijk zijn slag probeert te slaan uit mij als huisarts. Als ik nu kijk naar alle verschillende apps, dan vind ik dat er veel wordt gekeken naar de makkelijke dingen op de eenvoudige problemen in de zorg en veel te weinig op de echte zorg vraag.

Het is eigenlijk een soort van kleine vervangers maar niet dingen die echt het verschil zullen gaan maken? En het feit dat de ondernemer een commerciële doelstelling heeft maar de huisarts een sociaal-maatschappelijke gedachte zou dat een rol kunnen spelen voor u in de adoptie van een innovatie?

Het zou een rol kunnen spelen in de zin dat ik zelf ook een ondernemer ben en dus niets tegen commercie heb, maar wel tegen de commercie waar het op een verkeerde manier gaat over kwaliteit versus winst maximalisatie. Ik denk namelijk dat een eerlijke winst prima gemaakt mag worden maar ik vind niet dat er bovenmatig verdiend hoeft te worden aan de zorg, en dus een beetje het leed van de mensen.

En als het voor uw praktijk dan ook zo zou zijn, dat beide partijen goed zouden verdienen hieraan? Misschien een beetje een brutale vraag...

Ja, en nee, ik denk dat ik niet echt zou weten eigenlijk. Kijk als ik zie dat zeg maar de... Ik zal het zo zeggen als de winst die we maken in de praktijk omdat wij onze hulp efficiënter organiseren of beter voor elkaar hebben dan brengen we die toch wel weer terug in de praktijk zelf. Deze winst zou dan voornamelijk komen uit het feit dat er meer tijd over blijft en we dus weer meer kunnen innoveren en mensen beter kunnen opleiden. Echter gaat het voor ons er meer om dat we er kwalitatief wat aan hebben hé, kunnen we onze mensen beter opleiden, hebben we meer tijd om de klant goed te kunnen bedienen. Dat spreekt ons veel meer aan dan het geld wat we kunnen verdienen eraan. Als je het geld dat je zou verdienen met de praktijk zou gaan gebruiken voor eigen consumptie, dan zou dat niet echt in het stramien zijn van onze praktijk. Maar stel je zou het heel concreet maken, voor huisartsen zijn voor alle aanstellingen die we hebben, zijn er normen in de eerstelijns zorg. Met onze praktijk zitten over verschillende van deze normen. Bij de meeste van de normen zitten we er al eigenlijk boven, dus we zouden graag wat speelruimte krijgen als dat zou kunnen door middel van een nieuwe innovatie en die kan toch echt en alleen komen door dat we wat meer geld zouden verdienen.

Het was misschien een brutale vraag maar ik was benieuwd hoe u daar naar kijkt. Hoe zou een E-health ondernemer ervoor kunnen zorgen dat u zijn product wilt? Hoe gaan jullie op zoek naar nieuw product, of is er een manier waarop je als E-health ondernemer eruit zou kunnen springen voor u?

Wat bij ons uit de situatie rolt is dat de eerste de beste vraag is: Werkt dit voor laag geletterden > Dus hij moet kunnen aantonen met een nieuw product en/of idee dat het in onze patiënten populatie gaat werken. Hij mag best kijken naar een subpopulatie daarin of specifieke groepen maar een product moet effectief zijn. In die zin moet het dus wat toevoegen aan hoe de praktijk normaliter functioneert en anders denk ik niet dat wij er naar zouden kijken.

En waar hebt u bijvoorbeeld, in innovaties die doorgevoerd zijn binnen uw praktijk, ondersteuning gemist? Had een product bijvoorbeeld bij sommige producten liever in de ontwikkeling van die producten gezeten of was er te weinig feedback, of wat zouden ze moeten aanbieden?

Ik denk als ik kijk naar dat vertaal draad met die vragenlijsten en healthcommunicator wat we daarin gemist. Dat we daar veel hebben meegepraat in pilot fases maar toch bij de implementatie van het product kregen we te weinig ondersteuning in het leren omgaan met zijn apparaat. Vragen als: Hoe gaat een E-health innovatie geïmplementeerd worden, hoe verandert het jouw huidige werkprocessen en wat voor een effect gaat dat hebben op de manier waarop je in die praktijk staat en functioneert. Ik vind dat we daarin te weinig ondersteuning en begrip hebben gekregen van de ondernemers. En een ander iets wat ik veel zie is dat de innovatie op een soort van gadgetachtige manier gebracht. Maar in gadgets zit vaak maar heel weinig diepgang over wat het zou toevoegen aan het arsenaal van de huisarts.

Dus u zou zeggen maak het allemaal wat minder fancy en laat gewoon zien wat het doet in plaats van hoe het eruit ziet?

Ja, precies wat ik bedoel ja.

En wat verstaat u onder E-health en hoe kijkt u daar tegenaan?

Dan denk ik aan heel veel verschillende dingen enerzijds over dingen als tele-dermatologie en op afstand de patiënt laten zien aan iemand anders. Je praat er over het internet met elkaar over en dat je ook via deze weg samen tot er een advies kan komen. Dus het visuele en communicatieve op een lange afstand dat maakt het voornamelijk voor mij. Ook E-health programma's die wij gebruiken op het moment voor de GGZ. Ik noem dingen als dat diabeten hun eigen bloedwaardes kunnen berekenen en dat ze het allemaal kunnen opslaan om vervolgens aan het einde van de periode met die data naar ons toe kunnen komen. Dat we er dan samen met de patiënt naar kijken en tot een advies en oordeel komen zodat ook de patiënt meer betrokken wordt in dit proces. Effectieve amneses! Het is een giga breed producten scala, maar ik zie het als producten die voor verbeteringen willen zorgen in de zorg via telecommunicatie.

Als u succes factoren zou moeten noemen een ondernemer in E-health innovatie om de adoptie/implementatie van zijn/haar innovatie door huisartsen te doen slagen, welke factoren zou u dan noemen en waarom?

Ik denk dat hij heel goed moet kijken naar, enerzijds dat het product moet een meerwaarde hebben en iets toevoegen. Dat het product niet een vervanger moet zijn van iets, of een betere vervanging zijn voor de huisarts maar het moet wat toevoegen voor de patiënt, want je verschuift natuurlijk een hoop dingen naar de patiënt waar hij dus ook profijt van moet hebben. Daarnaast moet je erg goed zicht hebben op hoe de implementatie plaatst, vindt en hoe je daarover met de verschillende doelgroepen moet communiceren. Als laatst zou hij dus ook moeten vermelden op wat voor manier dit werkprocessen binnen de praktijk zal veranderen en wat daarin verwacht wordt van de koper van het product. En uiteindelijk moet het natuurlijk wel redelijk geprijsd zijn en makkelijk bereikbaar.

Interview protocol general practitioner 8

Als ik als allereerst aan u mogen vragen, hoe lang bent u al actief als huisarts?

Ik ben al 25 jaar huisarts en ik heb geen andere beroepen vervuld hiervoor. Ik ben direct doorgestroomd uit de opleiding het huisartsschap in.

Oké, en zou u kunnen vertellen hoe uw praktijk in elkaar zit met betrekking tot medewerkers, besluitvormingen en uw patiënten?

Het is een solo praktijk met een huisarts in dienst van de huisarts voor 1 dag per week. Maar dat is voornamelijk om zelf ook is een dagje vrij te hebben

Wat verstaat u onder E-health en hoe kijkt u daar tegenaan?

Nou, ik weet dat het bestaat maar het is niet echt iets wat mijn grote aandacht heeft.

Kijkt u bijvoorbeeld af en toe, wanneer u een momentje over heeft, wel is op het internet naar dit soort initiatieven?

Nee, eigenlijk niet, ik ben hierin redelijk nuchter maar het interesseert me eigenlijk maar weinig.

Toch is het wel iets dat nodig gaat zijn in de toekomende tijd? Hoe kijkt u hier tegenaan?

Eigenlijk denk ik van niet, een arts doet voornamelijk fysiek zijn werk en dat daar leuke tools voor ontworpen worden, fijn, maar ik denk niet dat het voor mijn baan heel veel zou toevoegen.

Maakt uw huisartspraktijk gebruik van een Elektronisch Patiënten Dossier of een andere E-health innovatie en zo ja, zou u hier iets meer over kunnen vertellen?

Ja, maar weet je wat het is, een EPD is verplicht dus dat is weer iets geheel anders. Je hebt een HIS en daar registreer je op een bepaalde manier in en dan is het vervolgens maar de vraag of je met de HIS aangesloten bij het LSP, want dat ben ik zelf niet.

Maar maakt uw el gebruik van zorgdomein?

Ja

Maar dat is wel redelijk nieuw, bent u toen tegen obstakels aangelopen bij het doorvoeren van die innovatie?

Uh, dat valt eigenlijk wel mee. Nee, dat ging toch wel tamelijk vlot. Nee, dat liep wel erg vlot eigenlijk.

Toen men van het groene boekje naar het EPD ging heeft dat tot problemen geleid? Je bedoelt van het papieren dossier voering naar de HIS? *Ja.* Of dat problemen heeft gehad, nee eigenlijk, Anja achteraf valt alles wel mee natuurlijk. Het is natuurlijk even wennen maar het heeft zijn voor en zijn tegens.

Wat voor voordelen en nadelen dan?

Als ik een tegen zou moeten noemen, je moet op een heel gestructureerde manier aantekeningen maken, want doe je dat niet dan ben je in een computer alles kwijt terwijl als je dingen op een groene kaart hebt, dan kun je het altijd makkelijk terug vinden, het is dus weinig flexibel. Als je dat bij Pc's doet dan moet je eindeloos terugscrollen, terwijl je in je hoofd hebt wat je nog hebt opgeschreven. Dat is eigenlijk schandalig natuurlijk. In een systeem moet je van je oude systeem af stappen en dat is even wennen.

Maar aangezien het dus wel voor wat problemen heeft gezorgd die verandering waarom dan toch ervoor gekozen?

Ja, omdat dingen natuurlijk een stuk efficiënter gaan nu we dit systeem hebben en dat je veel meer informatie kan opslaan dan als je alles maar weer op papier moet zetten. Houd er hierbij wel rekening mee dat je voor de groene kaart gewoon standaard protocollen had, dus die werkte eigenlijk ook wel fijn ondanks de slechte flexibiliteit.

Dus integratie en flexibiliteit acht u belangrijk?

Precies

Maar wat vindt u dan van al die nieuwe E-health apps en al die nieuwe ontwikkelingen zoals ook voor u in de praktijk.

Ik zit zeker niet in de voorhoede!

Bent u dan tegen?

Nee, niet echt, het is geen principe kwestie maar het is gewoon iets wat ik niet vanzelfsprekend integreer en dat geldt voor een jongere arts veel minder. Die zijn veel meer gewend dan ik om alles met de telefoon te doen. Daarnaast zie ik nog steeds een telefoon als een telefoon en al het andere als extra hindernis. Vandaar dat ik niet in de voorhoede zit. Ik denk ook dat het innoveren op dit gebied voor veel mensen meer is gewenning en gemakzucht. Ik voel het meer van, je moet van je eigen gewoontes af en daar heb ik als huisarts weinig tijd en zin in.

Ja precies, maar hoe denkt u dat dit de implementatie van nieuwe innovaties van ondernemers bij u beïnvloedt?

Nou het moet heel erg goed zijn als het bij mij doorgevoerd gaat worden. Dat klinkt misschien ook wat ruim en lullig maar zo is het nou eenmaal. Om je een voorbeeld te geven wij moeten altijd nota's sturen naar patiënten en hiervoor was er een elektronische ondersteuning maar die sloot zo slecht aan en functioneerde zo slecht dat je daardoor alleen maar gehinderd voelde. Toen was er een huisarts en haar man zat in ICT, welke toen zei dit kan toch allemaal veel beter en die heeft toe een programma ontwikkeld vanuit die praktijkervaring van zijn vrouw en hij heeft nu gewoon de markt. Die heeft gewoon een heel goed programma ontwikkeld waarvan elke huisarts zei dit is precies hoe ik denk en wat ik zoek in een programma. Dat is lastig uit te leggen waarom dat zo is maar de logica van hoe je eigen manier van redeneren is van, oké ik stuur een nota -> de nota wordt afgewezen -> waarom wordt hij afgewezen etc. Nu zit daar gewoon meteen een code aanvast waarmee hij laat zien, wanneer hij is ingevoerd, waarom hij is afgewezen, met welke reden en uiteindelijk ook hoe hij opnieuw ingediend moet worden. Het gehele programma zat gewoon waterdicht in elkaar. Het is en was erg makkelijk om mee te werken. Ik heb het nu over VIP-Calculus en dat mag een schoolvoorbeeld zijn van hoe het zou moeten zijn. Ondanks dat er vooraf vier verschillende soorten ICT software beschikbaar waren, heeft deze man met zijn programma de markt weten te veroveren voornamelijk omdat de andere initiatieven gewoon niet goed werkten.

Is die ook zelf huisarts geweest?

Nee, alleen zijn vrouw. Hijzelf heeft altijd in de ICT gezeten en de combinatie met zijn vrouw heeft er toe geleid dat hij met een goed programma op de proppen is gekomen. *Die man had dus ervaring en insiders informatie.* Het grappige is ook dat wanneer zo een programma gewoon goed aansluit bij de psychologie van de huisarts dan komt het er wel. Het mag wel wat meer werk zijn maar als de huisarts ziet dat het een goede oplossing is dan zijn ze best genegen om van koers te veranderen.

Ik hoor hier verbetering van proces maar waar bent u met zo een product dan naar opzoek?

Kijk, als je naar zorgdomein kijkt zie je dat vroeger zo was je verwees een patiënt naar de volgende specialist. Nu is dat anders neem bijvoorbeeld iemand met een te grote prostaat waardoor hij teveel moet plassen. Vandaag de dag kun je een patiënt verwijzen waarbij ze via Zorgdomein ervoor zorgen dat er een directe echo wordt ingepland, een plasonderzoek en ook nog is een bezoek aan de uroloog. Vroeger kreeg de dokter de patiënt voor zijn bureau met een brief met wat hij voor probleem had. Dan zei de dokter: ‘Gaat u maar een plasonderzoek doen en afspraken maken met die en die en kom over 14 dagen terug’. Dat was voor de patiënt als voor de dokter erg inefficiënt. Nu weten ze van tevoren waar de patiënt voor komt en dan plannen ze alles wat er moet gebeuren alvast in. Hierdoor hoeft de patiënt minder onderzoek te doen naar wat er moet gebeuren in zijn geval en hoeft hij ook maar een keer langs de dokter, in plaats van 10 keer naar de praktijk te moeten bellen om de vervolgstappen te leren kennen. Dat is echt een kwaliteitsverbetering voor patiënt en dokter. En we hebben daar zeker veel tijd in moeten investeren en gelukkig hebben we daar ook onze verdiende subsidie voor gekregen. Dus kwaliteit, efficiëntie en de acceptatie van buiten af dat het voor veel huisartsen tijd kost om van een gewoonte af te stappen en te veranderen door middel van een stimulans. Dat mensen dus van hogerwal ook zien van oké dit kost meer tijd en hier moet de huisarts zich echt in gaan verdiepen om een verbetering te kunnen verzorgen; dat willen wij wel vergoeden of hierin willen we als overheidsinstantie de huisartsen tegemoet komen. De combinatie van die drie dingen is denk ik heel belangrijk.

Goed om te horen, weer nieuwe dingen waarover ik andere artsen nog niet over heb gehoord. En als u een nieuwe innovatie door voert welke partijen betrekt u daar dan in? Ik hoorde bijvoorbeeld al die financiële stimulans vanuit de overheid.

Nou ja, weet je het is een stukje erkenning van dat het ook gewoon echt werk is. Ik vind zeer zeker niet dat wij zo verschrikkelijk zielig moeten doen over geld maar als je gewoon zegt van de patiënt, het ziekenhuis en ook de overheid wordt er beter van maar de dokter moet het doen, dan strijk je ons tegen de haren in. Terwijl als je zou zeggen dat er een benodigde kwaliteitsverbetering moet komen en daarin snappen we dat dit tijd kost, willen we daar wel een stimulans op zetten door bijvoorbeeld bij het eerste jaar van de doorvoering 1500 euro gesubsidieerd wordt, het ging echt niet over mega bedragen hoor, dan erken je dat er ook een inspanning van uit de huisarts moet worden gegeven voor een succesvolle implementatie.

Maar welke partijen betrekt u daar dan in?

Kijk, de zorgverzekeraar (ZV) dat is op dit moment een hot item, want we voelen ons allemaal toch heel makkelijk gemanipuleerd door de ZV daar hoeft niet meteen van mij het initiatief vandaan te komen. En patiënten, ja dat speelt zeker mee. Kijk als alle patiënten zouden gaan zeggen het zou zo handig zijn om online afspraken te kunnen beheren en plannen met dat het daarnaast ook nog is alle assistentes ontlast, dan denk ik dat je er toch langzamerhand niet meer om heen kunt. Maar zo kijk je er wel een beetje tegenaan als het straks allemaal is doorgevoerd. Eerst moet die stap maar eens genomen worden. Mijn instelling ten opzichte van dit soort dingen was niet altijd zo hoor, ik denk dat vier jaar geleden mijn instelling heel anders was maar als ik nu zo kijk, denk ik toch het zou toch wel heel praktisch zijn deze veranderingen. Toch blijft het aanpassen van systemen als het HIS een grote investering in zowel geld als tijd.

Hoe voelt u met het innoveren van nieuwe dingen binnen de huisartsen kringen competitiviteit?

Nou dat valt allemaal wel mee maar het zal eigenlijk wel eens voorkomen. Kijk over het algemeen denk ik dat de meeste patiënten genegen zijn om het allemaal rustig te doen maar er komt natuurlijk zeker wel een tijd aan dat iedereen gaat klagen. Zo een praktijk waar je s'avonds kan invullen dat je de volgende dag langs kan komen dat is natuurlijk fantastisch voor elke patiënt. Maar nu is dat nog niet zo; nu moeten ze vroeg bellen om langs te kunnen komen.

Wat zou u nu echt graag innoveren binnen uw praktijk?

Nou de tijd is er langzamerhand, in mijn visie, wel rijp voor. Een voorbeeld wat ik graag zou willen doorvoeren is die Teledermatologie, dat is echt handig. Voor jouw idee, ik stam nog uit de tijd dat een foto maken van een huidafwijking en daarop een diagnose stellen, dat dat onbegonnen werk was. Terwijl de camera's van vandaag van zulke hoge kwaliteit zijn dat je er ook echt wel vanuit kan gaan dat de dermatoloog goed kan zien wat er aan de hand is. Daarnaast levert het voor beide partijen, de patiënt en de zorgverlener, een enorme tijdswinst. Voor de dokter blijft het natuurlijk eenvoudig, want die hoefde in principe alleen maar zijn patiënt door te verwijzen, maar voor de dermatoloog en de patiënt wordt het super eenvoudig. De dermatoloog controleert de foto en zorgt via een beveiligde verbinding voor een diagnose en opvolgprocedure. Het is niet iets dat een hobby van mij is, mensen door sturen en op deze manier –met foto's en internet-communiceren, maar als mijn HIO dat op wil pakken dan ben ik wel genegen om daarover na te gaan denken. En ik zie ook langzamerhand wel dat het beter zou zijn voor iedereen als dit soort verbeteringen er gaan komen. Echter is het dus wel voor ons als huisartsen weer een klus eerbij, waar het voor de specialist en de patiënt louter een verbetering is.

Ja, dat is het ook, patiënten en zo zien alleen al de processen naar buiten toe, niet wat er binnen de praktijk allemaal gebeurt. Voor wat voor bedrijf zou u dan kiezen om een innovatie door te voeren groot, klein, oud of nieuw?

Dat is een hele goede vraag. Ik denk dat er ervoor beide wat te zeggen is. We hebben nu een HIS van een klein bedrijf wat destijds een echte voorloper was op dat gebied. Het was en is een mooi HIS die dingen kon wat geen andere HIS had, maar die nu wel allemaal op hetzelfde niveau zitten Vervolgens werd dat bedrijf overgenomen door een ander groter bedrijf en war voor hen heel aantrekkelijk was maar wij waren de lul, want dan krijg je opeens de boodschap: 'Uw systeem wordt veranderd en u wordt nu nog ondersteund maar binnenkort niet meer. Toen moesten we dus weer van systeem veranderen wat heel erg vervelend was, zeker omdat we het systeem nog geen 10 jaar hadden. Maar ik denk bijvoorbeeld wel dat als we een groot bedrijf hadden gekozen om een innovatie door te voeren binnen onze praktijk, dan hadden de huisartsen zo erg geprotesteerd dat we wel twee keer hadden nagedacht om deze verandering door te voeren. Het feit dat het bedrijf wat wij hebben gekozen zo klein was, heeft dus in hun voordeel, maar ook een beetje in ons voordeel gewerkt. Echter is de uiteindelijke uitwerking niet zo positief. Uiteindelijk zijn we toen bij de dat bedrijf weggegaan en hebben we een spotgoedkoop bedrijf gevonden, ook omdat er niet zo veel geld meer was om weer nieuwe innovaties door te voeren. Dit waren wat jonge spelers van TetraHIS uit Limburg. Die jongens zijn echt bezig met het verbeteren van het product dat ze je verkopen en die je altijd kunt bellen. Ze zijn niet al te ingewikkeld en die willen ons tegemoet komen waar nodig. We hebben daarvoor kort getwijfeld maar uiteindelijk besloten het toch nog maar een keertje te proberen. Want als je kiest voor kleinere marktpartijen dan kan je meer gewicht in de schaal leggen als er zich problemen voor doen.

En het feit dat die jonge ondernemers een meer commerciële doelstelling hebben met hun product, en u als huisarts (waarschijnlijk) eerder een sociaal-maatschappelijke gedachte, hoe kan dit een rol spelen in de adoptie van een innovatie?

Ja, maar aan de andere kant ze moesten ook wel echt de markt veroveren waardoor ze zo een laag tarief aanhielden. Ze hebben een hele sterke vorm van klantvriendelijkheid en ze maakte aan iedereen duidelijk dat ze er iets voor over hebben om deze huisartsenmarkt te veroveren. Dat is wellicht commercieel maar dat leidt wel tot een symbiose tussen beide partijen, wij moeten er ook wat uit kunnen halen. Je mag van mij best commercieel zijn zolang je jouw werk maar goed doet. Ik denk dat ik bij uitstek dat de zorg aan het veranderen is in de richting van de echte marktwerking dus geld verdienen op kwaliteit.

Maar hoe kijkt u naar dingen als de Watson computer enz.?

Ik ben er niet bang voor gelukkig, en ik heb er een enorm vertrouwen in dat als er aan het einde aan de patiënt gevraagd wat hij wil, dan kiest hij voor de dokter, die hem kent. Dus ik denk wel dat er opgelet moet gaan worden dat je iets met badwater aan het weggooien bent met zulke initiatieven. Ik geloof best dat er bepaalde dingen elektronische beter gedaan kunnen worden dan via de huisarts maar ik denk ik niet dat wij zo een, twee, drie te vervangen zijn.

Als u succes factoren zou moeten noemen voor een ondernemer in E-health innovatie om de adoptie/implementatie van zijn/haar innovatie door huisartsen te doen slagen, welke factoren zou u dan noemen en waarom?

Ik denk als ik kijk naar het voorbeeld wat ik daarstraks gaf, ze moeten gewoon echt goed marktonderzoek doen. Ze moeten heel goed weten, hoe zit de markt in elkaar en welk problemen ben ik hierin aan het oplossen en hoe ziet het proces dat ik graag wil verbeteren. Eigenlijk allemaal in een vraag: Hoe ga ik het leven van de huisarts en de patiënt makkelijker maken. Er is dus genoeg om over na te denken voor die ondernemer, ik denk dat het plannen en inventariseren hierin heel belangrijk is. Ik heb dus nu ook een HIS maar ik denk dat ik de kracht van het systeem gewoon niet gebruik. En waarom? Gewoon omdat het niet goed is uitgelegd is of omdat het niet in de behoeftes die ik heb voorziet of omdat ik een ander manier heb gevonden waarop ik ook het gewenste resultaat kan bereiken. Het zou misschien niet de manier zijn waarop het moet, maar na een tijdje ontdek je gewoon dingen en dan blijf je die zo doen. Communicatie is dus een hele belangrijke. De ondernemer moet heel goed luisteren naar alle details die de huisarts hem verteld, en hoe hij zich hier dan ook weer dienbaar in kan opstellen. Zo kan diegene er achter komen welke problemen er opgelost kunnen worden met de ICT innovatie. Die VIP-calculus bijvoorbeeld heeft dat zo onwijs goed gedaan, hij wist precies aan te sluiten bij de oude processen en systemen die gebruikt werden en daarnaast kostte het alleen maar wat internet plek, een redelijke som aan geld en maar weinig tijd. Het is eigenlijk zonde dat zoveel van die goede tools op de markt verdwijnen gewoon omdat ze niet op een goede manier transparant zijn in het verkopen of het implementeren van hun producten. Dat is gewoon waarom deze man het dus wel goed heeft gedaan! Je merkt dat hoe beter je op de hoogte bent van hoe het binnen een praktijk werkt, je ook beter de mensen tegemoet kan komen en kan sturen. Aan het einde van de rit heb jij toch de kennis die de praktijkmedewerkers allemaal niet hebben, iets wat je moet uitbuiten en kunnen gebruiken op de lange termijn.

Maar wie neemt er dan bij u de uiteindelijke beslissing?

Ik denk dat binnen mijn solopraktijk de uiteindelijke beslissing ligt bij mij maar dat dit altijd in overleg zal zijn met de rest van de werknemers. Ik ben voornamelijk genegen om te innoveren wanneer de rest van de organisatie dat ook is, dat is echt heel belangrijk voor mij.

Interview protocol general practitioner 9

Hoe lang bent u al actief als huisarts?

Per 1 mei ben ik 25 jaar huisarts in Zeewolde en daarvoor deed ik de huisartsen opleiding dus als je vraagt hoelang ik al in dit beroep bezig ben dan denk ik zo een 30 jaar. Daarvoor heb ik eigenlijk niets anders geks gedaan.

Zou u kunnen vertellen hoe uw praktijk in elkaar zit met betrekking tot medewerkers, besluitvormingen en u?

Wij hebben een groepspraktijk van vijf huisartsen een plattelands praktijk met 2400 en. Ik denk dat ik een relatief jonge populatie heb onder mijn hoede dat is eigenlijk wat ik je er zoal over kan vertellen.

Wat bedoelt u precies met een plattelands praktijk?

Je hebt de huisartsen in de stad en je hebt ook gewoon een plattelandspraktijk waar meer verwacht wordt waar de mens zelf wat meer doet. Ik verwacht dat wat minder is in de steden. Maar we zijn hier ook veel minder met die snelle communicatie middelen bezig, dus dat is wel een groot verschil.

Nee, dat vind ik juist interessant want ik heb voornamelijk met stadse huisartsen gesproken wat dit betreft. Wat verstaat u onder E-health en hoe kijkt u daar tegenaan?

Uh, niet zo veel eigenlijk haha. Het klinkt wat plat maar zo is het. Ik heb er weinig associatie mee. Ik ben echt een minimalist wat betreft technologieën. Ik heb wel een computer dus soms ben ik ook verplicht om hem te gebruiken, we hebben ook geen groene kaart meer. Hierdoor werken we in onze pc maar we hebben geen elektronisch patiënten dossier of iets in die richting ook andere toepassingen gebruiken wij amper. Wij hebben onze eigen service, we hebben wel is gedacht over nieuwe dingen en ik merk ook met de nieuwe assistentes dat ze met online dingen bezig zijn zoals vaccinaties dat je online de vragenlijsten kan invullen etc. maar wij zijn voor de rest echt down to earth zou je kunnen zeggen. Wij maken geen afspraken via de computer of iets in die richting, daar doen we gewoon niet aan.

Is daar een specifieke reden voor?

Het is gewoon dat wij, net als onze patiëntengroep, er niet veel mee heeft. We maken dus wel gebruik van een EPD maar die blijft gewoon binnen onze praktijk, we zijn niet gekoppeld aan andere partijen. Wij hebben geen uitwisseling met ziekenhuizen bijvoorbeeld.

Geen interactie met andere specialisten?

Nee, nee, we sturen wel elektronisch brieven en wij krijgen die ook elektronisch binnen maar we houden het wel een beetje bij ons. Ik heb ook wel eens de mogelijkheid om in de gegevens van het ziekenhuis te kijken maar die dingen veranderen weer constant en die systemen ook daarom ben ik er wel redelijk klaar mee. Ik ben een echte digibeet zou je kunnen zeggen.

Haha, juist interessant dat is heel anders dan huisartsen die ik heb gesproken. Maar hoe kijkt u dan aan tegen de E-health ontwikkelingen?

Nou, wij hebben nooit echt computerlessen of iets gehad op school dus ik ben daar ook helemaal niet van. De nieuwe lichtingen en werknemers zijn wel steeds meer daar van. Maar de mensen hier in de buurt die doen daar helemaal niet aan joh, dat online afspraak maken enzovoorts. Ik vind je moet gewoon een gesprek hebben met elkaar en als je echt wilt komen dan bel je maar gewoon. Je ziet gewoon dat er anders steeds meer onzin aanvragen komen. Waarom kom je en wat heb je, dan heb je kennelijk ook echt dringend hulp nodig, want dan ga je niet voor alles en nog niets een belletje plegen. We hebben dus gewoon nog het liefst dat alles telefonisch gaat en dan is er nog geen haast voor innovatie.

Maar denkt u wel dat het met de tijd gaat komen?

Nou ik verwacht het wel hoor, we moeten gehoor gaan geven in de toekomst maar ik weet niet of ik dat nog de komende 10 jaar mee ga maken. Ik ben nu 57 dus dan is het ook wel mooi geweest.

Zou u zich er tegen verzetten

Ja ja zeker!

En waarom dan?

Ja waarom, het is gewoon een hele hoop gehannes joh dat doorvoeren. Dat online afspraak maken vind ik bijvoorbeeld al onzin en veel van die toepassingen zijn gewoon grote onzin. Mensen moeten gewoon langs de praktijk komen door te bellen. Op die manier kunnen we ook in gesprek blijven met elkaar

Maar u zegt dat u best een jonge patiëntengroep heeft. Zijn die dan nu niet van, ik zou dat wel graag willen dat online verhaal?

Nee, dat horen we eigenlijk nooit. We hebben wel eens dat we een evaluatie eruit gooien naar iedereen maar er is kennelijk bijna geen belangstelling voor, want anders hadden we dat wel al een keertje gehoord van onze patiënten.

Oh dat is best bijzonder denk ik.

Ja, ik denk dat het een beetje plattelands eigen is.

Maar stel er is een innovatie die u wel zou kunnen gebruiken, waar bent u dan naar op zoek als u innovaties wilt doorvoeren binnen uw praktijk?

Ik denk iets met een aantoonbare meerwaarde en onze efficiëntie verhogen.

Hoe wilt u zien dat het aantoonbaar beter is?

Ik denk door in persoon te laten zien en een goed verhaal erom heen te vertellen. Het moet echt een goede meerwaarde bieden.

En als u een innovatie doorvoert, het is toch wel eens gebeurd, wie betrekt u dan allemaal in het beslissingsproces?

Het is een wisselwerking tussen de verschillende partijen; de assistentes de praktijkondersteuners en ook andere huisartsen daar sta ik mee in contact. Maar de meesten zijn redelijk terughoudend met dit soort dingen. Ze vragen zich af kunnen ons hiermee om gaan, kost het ons niet te veel tijd, je hebt het waarschijnlijk wel al eerder mogen aanhoren. Dus de aanstelling ligt wel bij mij als het er op neer komt maar het zal niet snel gebeuren in de groepen.

Is de angst?

Nee, het is ook gewoon, heeft zo een ICT-innovatie echt nut ja of nee. En dan kijken we heel basaal hè. Je kunt ook e-mail consulting doen dan vraag je wat en dan lossen ze het op via de e-mail maar je moet een patiënt echt kunnen zien. Ik wil hem aanraken, ik wil direct met zo een patiënt kunnen overleggen in plaats van een e-mail verhaal. Het wordt anders allemaal heel oppervlakkig en dat kan ook voor problemen zorgen.

Een diepte relatie met uw patiënten, maar wilt u dan ook dat mensen zelf dingen gaan bijhouden met de nieuwe ontwikkelingen.

Nou, we hebben nu bijvoorbeeld iets wat we hebben stop gezet, want dat werkte niet. Een cardioloog had dan de mogelijkheid om dan dagelijks alle meetwaardes bij te houden van zijn patiënten maar daar werden de mensen zelf en wij ook helemaal gek van. Want zij dachten dat het van de dokter moest, en dat willen we natuurlijk niet. Het is ook nooit aangetoond dat het goed werkt; ja of nee. Het doet wel veel met mensen hoor die technologieën ze gaan vaak dingen denken die niet eens aan de orde zijn.

Maar het is dus niet vanuit de dokter gekomen maar vanuit de mensen zelf?

Ja, ze hadden er heel veel moeite mee. De cardioloog vermeldde wel van hou het bij maar uiteindelijk lag de moeite bij de mensen zelf.

En die huisartsen om u heen, wat voor mensen zijn dat?

De oudste huisarts is 59 dan kom ik dan een collega van 55, een van 48, nog een van 48 en dan nog eentje van 40.

Kan die omgeving ook invloed op u hebben met betrekken tot innovatie gericht zijn?

Jawel, maar als we iets doen, dan doen we het met ze allen en natuurlijk niet zonder goede argumenten. Die professionele omgeving heeft wel invloed, jazeker.

En een zorgverzekeraar als die zegt het moet?

Nee, dan doen we alsnog wat we zelf willen. Wij zijn de baas in onze eigen onderneming we moeten alles ook zelf betalen. Van de zorgverzekeraar moesten we laatst ook een beeldscherm in de wachtkamer plaatsen. Nou dan moeten we veel geld neertellen. Nou dan piekeren wij er niet over als we dat moeten betalen dus doen we dat lekker niet.

Haha, het verschil tussen plattelands en stadshuisarts is echt heel groot wat dit betreft. Wat zou de eerste innovatie zijn die u graag zou willen doorvoeren met betrekking tot ICT of E-health?

Uhm, nou wat het eerst wat ik zou willen doorvoeren, dat zou ik niet echt weten. Het schiet me niet zo te binnen, de bedrijfsvoering gaat best goed. Ik denk wel dat ik het leuk zou vinden dat ik veel mogelijkheden heb voor huisartsen in op leiding om hen dingen te laten zien maar ook om zelf gewoon beter te functioneren daar zou E-health mij kunnen helpen. Verder zijn er niet echt dingen die ik nu zo snel zou willen door voeren. Het is dan zoveel mogelijk om de kwaliteit te verbeteren van de praktijk. Ja zeker.

Waar denkt u dat het ontbreekt op de E-health markt, of op de innovatie markt, aangezien u er beetje sceptisch over bent?

Kijk dat je het handig is om mee te werken, dat ik het nut er van in zie, dat zou belangrijk zijn, want het gaat allemaal heel snel die ontwikkelingen. Ik denk dat wel een beetje mijn visie is op die soort dingen. I*k hoor dus ook een beetje dat het allemaal een beetje te snel gaat die technologische ontwikkelingen.* Je hebt te maken met dingen die heel snel ontwikkelen en dat mensen en apparaten antwoorden voor zichzelf gaan bedenken of dingen gaan veronderstellen.

Is het dan een beetje controle verlies ook?

Nee, dat denk ik niet. In die dingen zit niet het controle verlies voor mij. Ik heb er ook geen bezwaar tegen dat dat soort apparaten aan de slag gaan maar wel als ze daar heilig in gaan geloven terwijl het maar apparaten zijn hè. Die dingen blijven toch fouten maken net als wij alleen op een andere manier.

Gaat u bij nieuwe innovaties liever naar een ondernemer of een bekend bedrijf?

Nee, ik ben niet echt bekend met groot of klein. Als ik iets wil ga ik op zoek en van wie heeft dat in de aanbieding en dan maakt niet echt veel uit of dat bedrijf groot of klein is. Het onderzoek doe ik zelf niet eens maar een van mijn collega's die is heel goed met computers en die vogelt dat dan allemaal uit. Maar het maakt ons daar dan echt niet uit wat voor bedrijf dat is. Groot, klein, dik, dun alles is prima.

En het feit dat een ondernemer een commerciële instelling heeft met zijn producten ook buiten E-health, denkt u dat dit botst met uw sociaal maatschappelijke gedachte?

Jazeker, als het te commercieel wordt, dan worden we daar weer ongemakkelijk van. Mannetjes met pakjes... nee liever niet.

Zou de zorgverzekeraar daar wel bij kunnen helpen?

Nee, nee, eigenlijk niet. Subsidie of niet als we iets willen dan doen we dat.

Maar waardoor denkt u dat het botst tussen die gedachtegangen?

Ja, dat kan komen doordat je zorg wilt leveren maar wanneer je dan in aanraking komt met een te gladde Joris dan haken wij gewoon af. Ik heb liever een man met geitenwollen sokken en sandalen. Dat klinkt wat naïef maar zo is het wel.

En hoe zou juist zo een ondernemer er voor kunnen zorgen dat u met hem in zee wilt gaan wat moet hij doen?

Echt een goed verhaal natuurlijk en echt insteken op de kwaliteitsverbetering en de betrouwbaarheid van het product is ook heel belangrijk. Als de zaak vastloopt, moet je direct om hulp kunnen vragen en zien dat het zo snel mogelijk wordt opgelost.

En als uw patiënten constant roepen van dat wil ik hebben, bent u dan genegen om daar naar te gaan kijken?

Dat weet ik niet echt, dat hangt een beetje vanaf of het product me überhaupt aanspreekt. Hier willen patiënten ook wel iets maar ja je kunt niet aan alles maar gehoor geven joh, je krijgt zo veel verzoeken. Het is meer voor ons als: het klaar als het klaar is.

Als u succes factoren zou moeten noemen voor een ondernemer in E-health innovatie om de adoptie/implementatie van zijn/haar innovatie door huisartsen te doen slagen, welke factoren zou u dan noemen en waarom?

Het moet een aantoonbare kwaliteitsverbetering geven en laten zien dat het ook echt kan verbeteren. Ze moeten goed bereikbaar zijn en heel erg betrouwbaar zijn.

En flexibiliteit?

Ja, natuurlijk als er iets vast loopt moet het direct weer verbeterd zijn.

Wat is bij u dan de beste innovatie die u hebt doorgevoerd?

Wij maken gebruik van nieuw gas technieken binnen het gebouw. We doen dus alles nu op stroom en dat vond ik zelf echt de mooiste innovatie binnen onze praktijk. We focussen gewoon meer op praktische zaken, omdat we dat heel belangrijk vinden. Maar jouw vragen zijn veel meer gericht op de interne elektronische dingen. Wat ik daar wel een goede van vind is het digitale brieven sturen en ontvangen.

Wat vindt u daar dan zo fijn aan?

Dat je de brieven niet kan kwijt raken, je hoeft ze ook niet ergens op te slaan, je kunt gewoon snel de documenten vinden en rangschikken waar dat nodig is en daar ben ik heel blij mee.

Maar de veiligheid van zo iets is toch heel laag?

Nou ja, dat valt wel mee. Kijk wij doen niets over de mail dat confidentieel is maar kleine dingetjes kunnen wij wel ook via de e-mail behandelen. Ook de aansluiting naar de apotheek is hierdoor een stuk sneller gegaan. De privacy moet natuurlijk altijd gewaarborgd blijven en blijft een van de belangrijkste dingen en dat is iets waar natuurlijk altijd al aan voldaan moet worden. Ik ben een non-believer wat betreft de technologieën, dus ik hoop dat je er wat mee kan haha.

Interview protocol general practitioner 10

Zou ik als eerst vraag mogen weten hoe lang bent u al actief bent als huisarts?

Nou ja, ik ben huisarts ik ben nu vijf jaar huisarts en drie jaar praktijkhouder en hiervoor heb ik al acht jaar bij de marine als arts gewerkt.

Oh dat is wel wat anders dan ik al eerder heb gehoord. Daarvoor hebt u een opleiding tot geneeskunde gedaan en daarna in de huisartsenopleiding?

Ja, als je andersom bekijkt eerst geneeskunde studie, coschappen en vervolgens bij de marine gegaan. En algemeen militaire artsenopleiding gedaan in die acht jaar en toen van daaruit de huisartsenopleiding gaan doen.

Is dat een innovatieve sector, de marine?

Nee, eigenlijk niet. Die lopen eigenlijk altijd achter.

Omdat je toch zou denken dat Defensie eigenlijk wel investeert in innovatie?

Ja, wel in wapensystemen maar als je nu kijkt naar de JSF die wordt gemaakt en ontwikkeld, daar zijn ze nu al eindeloos mee bezig. Niemand weet ook hoe lang duurt het nog of wanneer hij is echt doorgevoerd gaat worden maar bovenal niemand weet hoe lang ze er nog mee door zullen gaan. Maar het is dan uiteindelijk wel dat je iets goeds en nieuws heb waar je lang mee doet.

Een beetje extreem lange termijn projecten met lange termijn beslissingen?

Ja, maar ja aan zoiets als een straaljager heb je net even wat meer dan die kleine innovaties die we bij de zorgsector door voeren. Je hebt ook bij ons de linkse bij de marine welke 5 tot 10 jaar langer ingezet werd voor de MA 90 is gekomen. Dan blijft de vraag zijn ze innovatief ja of nee. Misschien is dat in de medische hoek wel belangrijker om te weten, wij zijn dan als artsen wel innovatief maar op een andere manier. Kijk maar is naar de afvoerlijnen, hoe heet het, dat je aan boord van de schepen de operatiekamers hebt maar daar dat is natuurlijk heel anders dan wat er in de gewone zorg gebeurt. Toch zijn we in onze operatiekamer ook innovatief. En misschien, in hoeverre innovatief dan wel creatief, want zo wordt er wel gedacht, want je hebt een aantal middelen en daar moet je het mee doen maar dat is niet innovatief in de zin van E-health.

Wat bij mij dan de vraag is bij de marine doen ze gewoon wat ze moeten doen en dat de medici kunnen wat er van ze verwacht wordt?

Ik weet wel toen ik er in zat, en dat is misschien wel leuk voor jou onderzoek, maar toen speelde vraag je hoeveel en tot hoever ga je dingen met telemedicine doen. Toen dat lucht begon te krijgen, toentertijd was tien jaar geleden, was die communicatie nog veel lastiger. Daar valt en staat alles bij. Het is begonnen met dat we konden bellen met Nederland en dat ging toen met de ImmerSAT, dat was 12 dollar per minuut. Toen ik weg ging bij de marine hadden we zelfs al internet aan boord en koste het geen drol meer. Daar zit dus wel echt een enorme groei in.

Maar hoe kijkt u dan tegen E-health aan, wat vindt u daarvan en wat verstaat u eronder?

Zeker in een setting als met de marine, in de marine wanneer je met je kader ergens op zee zit is het bijna onontbeerlijk ik belde toentertijd al naar specialisten in het ziekenhuis als ik iets wilde overleggen maar als je dat met foto's en dat soort dingen kan bewerkstelligen en verbeteren is dan heb je daar heel veel aan.

En met uw eigen praktijk, kijkt u positief tegen E-health aan?

Jazeker, ik kijk er zelfs erg positief tegen aan. Ik denk dat je twee dingen hebt, je hebt de patiënt naar mij en je hebt de huisarts naar de specialist. Ik doe, dat heb je misschien ook wel op mijn website gezien misschien, aan van die E-consulten. Nou dat heb ik nu al meer dan een half jaar openstaan en ik heb daar nog geen aandacht aan hoeven schenken. Ik heb het gewoon opengezet op de website en ik zie wel wat er gebeurt. Ik heb allen nog niet iedereen ervan op de hoogte van gesteld en er bewust van gemaakt desalniettemin blijven de reacties zijn echt minimaal. *Dat verbaast mij!* Het is wel dat mensen het zien en dat ze denken hé deze praktijk heeft iets dat de andere praktijken niet hebben. Ik denk dus wel dat hierdoor mensen naar onze praktijk gaan in plaats van andere praktijken gewoon omdat we het hebben, maar niemand gebruikt het.

Denkt u dat dat komt omdat patiënten er nog onbekend mee zijn of omdat ze afwachten tot de huisarts gaat zeggen dat ze het moeten doen?

Ja, dat weet ik niet precies. De vragen die je krijgt zijn ook niet altijd de juiste vragen die je wilt krijgen. Je hebt wel een hele lijst aan eisen die je stelt bij zo iets. Het is niet hier voor en niet daar voor dus dat maakt het wel wat meer afgebakend. Je wilt ook niet alle vragen krijgen via de E-consult. Ik kreeg laatst een mevrouw waarvan de moeder voor haar zoontje mailde dat ze een verwijzing wilde voor de kinderarts omdat hij nog in zijn bed plaste. En dan denk ik ja dat is echt een E-consult welke via andere ingangen beantwoord moet worden.

Maar is dat dan de reden dat u niet zo van E-consulting houdt? Of is het iets anders?

Nou kijk je moet de patiënt kennen. Dus het idee van je mag nooit als eerste vraag of als eerste het probleem bespreken via een E-consult doen is niet zonder reden. E-consulten moeten echt een vervolg zijn op een ouder consult, en dat is ook wel terecht. Een makkelijk voorbeeld daarin is dat de communicatie op papier heel anders is dan de patiënt zien en in levende lijven te spreken.

Ja, dat geloof ik inderdaad. Het is een beetje de onpersoonlijkheid van het E-consult die het voor de mensen ook makkelijker maakt om zomaar onzin vragen te gaan stellen, maar waarom dan voor u liever niet?

Ik ben er niet zo op tegen hoor, dat E-consulten maar ik weet niet wat de patiënt erin grenst. Mensen vragen ook wel kan ik mailen, nou dat kan en dan gebeurt het toch vaak niet. Dus mensen kunnen ook voor hun uitslag mailen maar ze bellen toch vaker. Dus het is ook een beetje de oude werkwijze. Misschien zou ik het meer moeten zeggen tegen de patiënten. Dat zou zo kunnen zijn. *Het verschilt heel erg hoor, per huisarts. Ieder zegt weer wat anders en het verschilt ook nog is per patiëntengroep want die roepen ook allemaal verschillende dingen. En als ze het dan niet doen kan je als huisarts wel bezig blijven.* Ja joh, maar misschien is het wat jij zegt en moet ik het meer uitdragen. We moeten het misschien meer aanbieden dan te zeggen tegen de patiënt; ga jij het is doen. Uiteindelijk zijn wij verantwoordelijk over de communicatie en de uitslagen en eigenlijk dus het welzijn van de patiënt.

Natuurlijk, het is een beetje gemengde verantwoordelijkheid, ook van de patiënt zelf. Ze moeten ook met hun eigen gezondheid bezig zijn in plaats van dat de huisarts alles moeten doen. Maar ik hoor ook veel van de huisartsen dat mensen vaak niet zelfredzaam zijn. Hoe denkt u hierover?

Ja precies, dat is ook een beetje controle denk ik en die willen we graag eigenlijk houden, maar uiteindelijk willen we ook dat die verantwoordelijkheid ook bij de patiënt komt. Het is daarom dat wij graag willen dat het bij ons blijft en waar de patiënt zich dan goed bij voelt.

En waarom hebt u dan, of uw redenen om te kiezen voor E-consulting ansich?

Omdat ik denk dat dat bij deze tijd hoort langzamerhand.

Is dat dan bijvoorbeeld door uw competitieve omgeving of andere huisartsen?

Nou misschien wel een beetje om onderscheid te maken tussen de huisartsen en om mee te gaan in de tijd.

Ja, ik snap wat u bedoelt, maar u wilt mee gaan met de tijd dat moet toch ergens op gebaseerd zijn toch? Kijkt u naar de markt, hoe ver is die al of kijkt u naar innovatie? Want ik hoor van veel huisartsen dat in de 25 jaar dat ze in hun vak zitten dat ze er liever nog steeds niet aan willen. Die zeggen dat het allemaal wel mooi is wat er op de markt verschijnt maar dat ze er niet aan willen beginnen. Ze willen gewoon de patiënt zien, ze willen hem ruiken, voelen en zien.

Ja, dat klopt, veel oude collega's zeggen ook: ''Pas op met E-consulten''. Daarin zit namelijk die restrictie van het eerste consult en daarna kan je het gaan hebben over het een en ander via de e-mail maar dan kan het weer niet zo zijn dat je daar drie keer over heen en weer gaat mailen.

Nee precies, ik denk dat dat een zeer slechte zaak zou zijn en dan ben je al bijna weer je hele dag kwijt. Maar hoe zit uw praktijk in elkaar dan?

Uh, ik heb, ik ben een solist. Ik zit wel in een HOED en ik heb een assistente en twee praktijkondersteuners, eentje formatiek en eentje GGZ, welke ook mailt met haar patiënten.

Oké, want het is zo belangrijk hoeveel mensen er een rol spelen binnen de praktijk. Wie zijn dat bij u?

In principe ik eigenlijk, tja daar ben je solist voor, maar hooguit dan met mijn assistente. Samen met haar wordt er dan gekeken van hoe gaan we die e-mails sturen, gaan ze bij jou of bij mij binnen komen en hoe gaan we daar dan verder mee aan het werk. *Ik denk dat u dan op een betere lijn ligt met de klant dan de grotere praktijken die met de zorgverzekeraar vast zitten. Mensen zijn wel op zoek naar dat alles wat efficiënter en gemakkelijker zou kunnen in de zorg. Zeker met betrekking tot de huisartsen.* Ja joh, maar anders is het een telefoontje en dan moeten ze maar wachten tot ik terugbel dat is ook wel onhandig. En als je een uitslag wilt doorgeven die wat afwijkend is, en dus niet door de assistente gedaan kan worden en dit dus makkelijk in een email zou kunnen, dan zou dat veel eenvoudiger zijn, want dan heeft ze dat allemaal op de mail en gaat het allemaal een stuk sneller.

Maar hoe kijkt u dan aan tegen al die E-health veranderingen en aanpassingen?

Nou dat E-consult, je hebt er eentje die heel veel reclame heeft gemaakt. Dat patiënten gewoon aan willekeurige huisartsen dingen konden vragen.

Dat concept ken ik echter niet maar het lijkt me wel een goede, maar ik bedoel ook voor binnen uw praktijk zelf. Maakt u bijvoorbeeld misschien gebruik van Zorgdomein. Wat vindt u daar dan bijvoorbeeld van?

Nou Zorgdomein is een handig instrument, omdat je gewoon papierloos kan werken en er via een connectie voor kan zorgen dat het ziekenhuis meer informatie mee krijgt van de patiënt dan als je op dat kleine papiertje zou kunnen zetten. Dus hierin wordt tijd bespaard.

Maar vindt u het dan goed dat er allemaal van die nieuwe apps enz. ontwikkeld worden?

Ja, ik denk wel dat dat goed is, ook om mensen een beetje enthousiast te maken. Op deze manier kunnen ze kijken en meewerken aan bepaalde dingen. Ik zit hier wel in een buurt met mensen die daar wel mee overweg zouden kunnen, maar ze zijn wel sceptisch over sommige dingen. Ik denk niet dat het heel erg zou zijn als dat kan. *Je hebt ook huisartsen die zeggen ik vind het verschrikkelijk die nieuwe apps, want iedereen krijgt daar nieuwe vrees van.* Nou dat valt bij ons in ieder geval eigenlijk wel mee maar dat verschilt dus.

Denkt u doordat u een jongere huisarts bent en meer kennis heeft van E-health technologieën zou u hierdoor eerder innoveren of niet?

Zeker wel meer dan diegenen die 25 jaar in het vak zitten op het moment, haha.

Wat zijn daarvoor de redenen denkt u?

Omdat je er zelf ook meer mee doet. Je bent er mee op gegroeid en je bent daardoor ook een stuk flexibeler. Ja, dat je veranderingen makkelijker aan kunt en aan wilt gaan. Ze hebben in hun tijd ook veranderingen gehad hé, dus ze zijn al van het papier dossier naar het hele HIS gegaan. Dat is ook een hele grote verandering.

En waarom denkt u dat de HIS doorvoering dan zo lang heeft geduurd of was die innovatie wat meer noodgedwongen?

Nou ik denk dat ze nu wel echt veel nauwkeuriger en gedetailleerder noteren.

En dat is ook belangrijk voor de verzekeraar en de patiënten?

Nee, dat heeft niets met de zorgverzekeraar te maken. Het is ons dossier en voor de patiënt, daar komt de verzekeraar nergens tussen. Je kunt er wel dingen uithalen mocht dat nodig zijn.

Ik dacht ik kijk is hoe u daar over denkt maar als u een innovatie zoekt, waar zoekt u dan.

Ik wou dat ik het deed maar ik heb er echt de tijd niet voor.

Stelt u zou gaan zoeken naar welke eigenschappen bent u dan op zoek?

Ik denk dat ik zorgverlening en efficiëntie verhoging zoek. Daarnaast natuurlijk de snelheid van implementeren maar ook dat van het integreren.

Maar als veel mensen hetzelfde aan bieden waar selecteert u dan op?

Ja, dat is eigenlijk het snelste waarnaar ik op zoek zou zijn binnen een innovatie.

Stel u zou drie van dezelfde ondernemingen zien die allemaal een product leveren wat efficiënt en zorgverlenend is, waar zou u dan op selecteren?

Nou de tool moet handig genoeg zijn en makkelijk te implementeren. Het is misschien ook wel belangrijk en lastig, en dan ga je misschien ook wel heel erg diep maar het gaat ook om hoe handig de verkoper daarin is.

Kijkt u dan niet meer naar het product? Zou een patiënt daar dan in kunnen helpen van, ja ik ken die mensen en die producten, dat is goed! Naar wie luistert u of waar zou u op selecteren?

Dat is een lastige want je hebt eigenlijk de drie belangrijkste aandeelhouders genoemd.

Wat denkt u zelf, als u zou moeten kiezen?

De zorgverlener, mijn collega's en mijn patiënt... Dan ga ik toch echt voor mijn collega als ik iets zou moeten kiezen.

Als er dus een bijscholingscursus komt in Haarlem en daar komt u samen met uw huisarts collega's en die zeggen dit is een goed product kiest u dan eerder voor dat dan bij de patiënt?

Ja precies. De patiënt heeft ook vaak gewoon te weinig kennis dus daar luisteren we niet naar.

Kiest u dan voor een nieuwe ondernemer of gaat u dan liever voor een groter en bekender bedrijf.

Hm, ik zou voor beide partijen kunnen kiezen. Het gaat er gewoon om wie heeft het beste product en daarin zou ik beide partijen een kans geven.

En wat hebt u professionele omgeving dan voor invloed op uw keuzes of uw innovatiebereidheid?

Ik denk dat ik deels geremd wordt door mijn collega's, want die zijn wat behoudender dan ik, maar ik heb wel jonge assistentes die met computers en gadgets echt geen problemen hebben. Dus als ik wat wil doen zouden zij echt geen struikelblok zijn daarin.

En uw patiëntengroep? Aangezien u zei dat die van een ander kaliber zijn?

Ze zeggen vaak wel dat ze het willen maar ze doen er gewoon echt niets meer.

Het is dus meer roepen in de loze ruimte?

Ja.

En als u vandaag de dag een innovatie binnen uw praktijk zou mogen doorvoeren, wat zou dat dan zijn?

Dan is het zoiets en dan vind ik het bijna geen innovatie meer, maar ik denk dat mensen vanuit het internet in de agenda zouden kunnen plannen.

En waarom?

Omdat ik denk dat het prettig is voor de patiënt en ook mijn assistentes ontlast, dat is het eigenlijk. Dus een stukje zorgverlening, het gemak voor de patiënt en dus ook efficiëntie voor de praktijk.

En waar denkt u dat het nog heel erg ontbreekt op de E-health markt, dus waarom huisartsen al die producten niet aannemen?

Onbekend maakt onbemind, denk ik, bij ons. En dat toch altijd wel, we zijn gewoon behoorlijk behoudend, wij denken dat wat we doen gaat goed waarom zouden ze dat dan willen veranderen. En er zit ook een stukje in dat alle systemen er wel goed op voorbereid zijn, neem bijvoorbeeld privacy op internet.

Dus het is ook een beetje de veiligheid die moet volgen met de innovatie, maar die mag niet achterliggen.

Ja, eerst zou het wel zo moeten zijn.

Maar dat onbekend en onbemind, hoe komt het dat de E-health nog onbekend en onbemind is? Misschien omdat nog te ver van de huisarts af staat?

Nee, dat zijn die huisartsen die 25 jaar in het vak zitten. Die gaan al veel te lang mee joh en die gaan echt niet meer veranderen. We blijven ook wel eigenheimers en die denken ach, ik hoef nog maar een paar jaar en het zal me allemaal buren joh.

En hoe zou de ondernemer er dan voor kunnen zorgen dat het in de toekomende er toch van gaat komen, moeten ze de nieuwe generatie er heel erg mee pushen of wat denkt u daarover?

Ja, er moet eigenlijk vanuit de nieuwe coschappen mee aan de slag worden gegaan, of misschien nog eerder, tijdens de universiteiten zelfs. Ja, maar niet alleen de huisarts ook de specialisten hé, die moeten we niet vergeten in dit plaatje. Ik communiceer ook te weinig via internet en de specialist, dus daar ligt nog heel veel ruimte voor verbetering. En dat is misschien een ander ding maar als je dat in de opleiding nog meer erbij zou kunnen doen, hoe er daarmee moet worden omgegaan, wat er daarbij komt kijken en wat het verschil is dat met de andere soorten communicatie dan, zou dat echt een stuk beter zijn.

En hoe denkt u dat een ondernemer van dit feit gebruik zou moeten maken? Segmenten aanspreken of maatwerk leveren per huisarts? Ik heb een beetje het gevoel dat elke huisarts allemaal maatwerk willen hebben maar ik kan daar natuurlijk fout zitten. Wat denkt u dat daar slim in is, of moet hij bij de zorgverzekeraar beginnen en vanuit daar aan de slag gaan?

Ja, nee, daar hebben we niet de beste band mee zoals je misschien wel weet. Maar dat zou voor mij niet werken, want dan wordt het een verplichting en dan wordt het echt irritant.

Maar als die verplichting er is moet u het doen toch of zou u zich daar met de NHG tegen verzetten?

Nee, ik zou me niet verzetten maar er moet gecommuniceerd worden en het moet niet via de verzekering gaan, want dan moet het via de klanten en via de artsen anders werkt het gewoon echt niet.

U ziet daar geen heil in, maar denkt u dat de huisartsen daaraan zouden toegeven?

Maar als de zorgverzekeraar wat zou doen en als wij daar geld voor zouden krijgen maar dat het daarnaast ook nog is gesponsord wordt. Dan is het ook vaak dat het sponsorgeld na een tijdje gewoon stop gezet wordt en daar hebben gewoon niets aan, het is redelijk onzeker allemaal.

De huisarts echt voor je winnen dus. Denkt u dat het feit dat een ondernemer een commerciële doelstelling heeft en u een sociaal-maatschappelijke gedachte dat een rol speelt of dat het misschien botst en op welke manier?

Ja, ik denk wel dat dat zou kunnen botsen maar dan op een aparte manier. Bijvoorbeeld als er keihard geld op verdiend wordt, dan vindt men dat niet fijn. Het moet niet zijn vanuit de geld insteek maar het moet zijn van dat we de zorg willen verbeteren. Dat komt ook een beetje doordat wij geen rooie rot cent mogen verdienen en dat zal voor frictie leiden. Zij verdienen heel veel geld en wij niet, dat is bijzonder onprettig.

Als u succes factoren zou moeten noemen een ondernemer in E-health innovatie om de adoptie/implementatie van zijn/haar innovatie door huisartsen te doen slagen, welke factoren zou u dan noemen en waarom?

De toepasbaarheid is juist belangrijk en het financiële plaatje.

Hoe bedoelt u toepasbaarheid?

Hoe het geheel in het systeem word verwerkt, hoe makkelijk is het te bedienen en hoeveel moeite win ik er op. Dus voornamelijk efficiëntie en toekomstgerichtheid.

Entrepreneurs

Interview protocol entrepreneur 1

Hoe lang bent u al actief als ondernemer?

Ik ben nu zo een vijf jaar onderweg.

Hebt u nog een ander beroep gehad voor u ondernemer werd?

Ja, verschillende zaken, ik heb als onderzoeker bij TNO gewerkt, als programmeur bij de UWV, als project manager en als business consultant. Ik heb 12 jaar bij TNO gewerkt en dat was een goede organisatie vond ik. Ik was wel heel erg klaar met het business consultant zijn dat was niet fraai maar ja joh, meer op een persoonlijk vlak; ik moet gewoon geen baas boven me hebben, daar word ik erg kriebelig van. Ieder wissewasje moet je overleggen en als ze merken dat je wat besluiten neemt, dan worden ze helemaal nerveus. Dus je bent altijd afhankelijk van de kwaliteiten van je chef. Toen dacht ik, ik ga beginnen met een nieuwe onderneming, Webspeaking. Maar ik kende de materie al behoorlijk door dat ik multimedia consultant ben geweest rond 2003-2004 en dat in samenspraak met de ervaring in de mens en machine communicatie over en weer. Toen werd het in 2010 tijd voor mij om hierin te beginnen. Wij leveren echt de mens machine communicatie over en weer in de vorm van een avatar.

Maar waarom hebt u voor avatars gekozen, lijkt me vrij ongebruikelijk in de zorg?

Nou precies daarom! Het is ook een beetje hobbyisme en we merken dat het een groot effect heeft op mensen. Het ondersteunt veel onderzoeken en het zorgt voor een betere informatie overdracht. De welkomsfactor is veel groter en je hoeft niet meer achter de webcam gaan zitten. Dat wil je zoveel mogelijk vermijden en je hebt gewoon verschillen in mensen. Het mensen mogen of niet mogen, dat kan al door een visuele beoordeling komen, daar kan je echt niets tegen doen of je kunt een goede vervanging kiezen zoals de avatars.

Ah, ik snap wat u bedoelt en ik denk inderdaad dat het een goed initiatief is, want mensen die zorg nodig hebben vinden het toch vaak vervelend om zelf visueel te laten zie, van kijk ik heb problemen en dat wordt zo mooi opgelost.

Ja, je moet je voorstellen als je een hele genante klacht hebt en een hele knappe dokter, dan zal je toch minder snel geneigd zijn om te zeggen wat je echt hebt. Het klinkt raar maar zo eenvoudig is het eigenlijk.

Zou u kunnen vertellen hoe uw onderneming in elkaar zit met betrekking tot medewerkers, besluitvormingen en uw klanten?

Ik ben nog steeds alleen. Ik ben in Nederland ook de distributeur van Amerikaanse software. Wij bouwen alles zelf maar indien nodig overleg met Amerika waar er 70 man werkt. Heel veel beslissingen en problemen loop ik gelukkig niet tegenaan omdat ik zelf een type model wil, maar hier beslis ik alles zelf.

Dus u bent hier echt helemaal solo bezig, met dit gigantische project?

Ja, dat kan je wel zeggen, ja. Het is lekker aanpoten.

Hebt u nog andere ondernemingen gehad, zo ja, welke?

Dit is mijn eerste onderneming daarvoor heb ik niet echt ondernemingen gehad.

Wat verstaat u onder E-health en hoe kijkt u daar tegenaan?

Kijk het is een container begrip, waarin je zorg en ICT hebt. Maar met E-health heb je ook patiënten portalen, conference systemen en EPD's dat is ook allemaal E-health, ten minste dat wordt er nu ondergeveegd maar de term E-health werd gelanceerd in de zin van slimme computer oplossingen om mensen sneller gezond te maken. Dat is veel meer gerelateerd aan de patiënt, sterker nog eigenlijk direct gerelateerd aan de patiënt in de zorg van apps en een goede website.

Ja, zo breed is het aan het worden dat E-health dat het eigenlijk niet meer bestaat. Het gaat zich langzamerhand onderverdelen denk ik zo.

Ja, het vernietigd zichzelf maar het is niemand zijn schuld, het is zoals het gaat en nou moeten we zorgen dat we zelf degene zijn die bezig houden met de directe zorg waarin we een terminologie aanhouden die iedereen begrijpt.

Indien er al gebruik gemaakt wordt van uw innovatie: Waarom zou een huisarts kiezen om uw innovatie door te voeren binnen zijn/haar organisatie? Wat waren in de adoptie van uw innovatie de grootste obstakels?

Nou mijn innovatie wordt nog niet gebruikt op het moment, niet in Nederland. In Amerika zijn ze al een stuk verder maar we hebben wel vrij veel belangstelling. Ik verwacht dat we dit jaar de eerste cases kunnen gaan gebruiken.

Maar waarom moet een huisarts kiezen voor uw product?

Nou wat we nu maken is een specifiek product voor de tablet voor de ouderen zorg of voor mensen die geestelijk gehandicapt zijn. Daar is de reden heel simpel voor, het helpt ze de dag door en voor de mantelzorg en de professionele zorg zal het inspanning en tijd schelen. Wij denken dat het serieuze percentages gaat brengen maar dat weten we pas zeker als we gaan beginnen natuurlijk. Voor een huisarts, ik heb een tijdje geleden een uitgebreide business case opgesteld voor een verzekeraar. Heel simpel laat de intake door een avatar doen, je kunt veel makkelijker en op een lager niveau kennis maken maar wel veel meer kennis achterhalen en diepere vragen stellen. Je begint met je klacht en met twee vragen zit je bij de knie en bij de derde vraag heb je het echte probleem. Die avatar kan ook vragen naar andere klachten waardoor je een vrij volledig dossier krijgt en dat hoeft niet meteen een complete exercitie te zijn, van waar heb je je hele leven last van gehad. Maar het zou kunnen dat zo iemand bijvoorbeeld keiharde eelt plekken heeft of een pijnlijke rug. Hierdoor krijgt een arts een compleet dossier en je zit ook niet direct in de modus. Wat je nu heel veel ziet dat bij de eerste opmerking de patiënt al wordt gediagnosticeerd en dat levert vreselijk veel problemen op en daarom ook heel veel geld. De patiënt komt al snel twee, drie, vier keer terug of langer. Dus zo een avatar geeft een volledig amnese, patiënt beschrijving. Wanneer de patiënt binnenkomt, krijgt de arts een volledig beeld. Of die daar tijd voor heeft op een optie, daar ben ik nog niet uit. Daar zal die tijd voor gaan maken denk ik. Maar je gaat op een hele andere manier naar zo een patiënt kijken. Ik ben ervan overtuigd dat je met zo iets, het halve zoeken en de daaraan gerelateerd medicijn gebruiken, wat gigantisch is in dit land, je spreekt al gauw over 300-350 euro per persoon per jaar. Voor 16 miljoen Nederlanders als je daar 10% vanaf kan halen geef mij maar daar de helft van! Dat is dus de case die ik heb uitgeschreven voor de huisartsen en dat levert hun dus een giga besparing op en de patiënt hoeft veel minder te komen. Je hebt veel last van je knie, maar je hebt ook van je last van je rug en ik denk dat er een groter probleem is laten we is kijken wat daar relevant voor is, dan hoeft de dokter misschien niet eens meer te diagnosticeren en kan diegene direct door naar de specialist.

Ja, maar als u nu kijkt hè met uw innovatie. Wat zijn de grootste obstakels op het moment?

Uh geld denk ik maar ook dat het erg belangrijk is om te kijken als ondernemer deel ik dezelfde visie en missie als de huisarts, ik denk dat daar de meeste winst al te halen valt. Dit is vaak wel niet het geval denk ik.

Voor uzelf of vanaf de huisartsen gezien?

Ondanks dat ik het niet direct daar ben gaan zoeken weet ik dat zij het in ieder geval niet gaan betalen. Het zal echt van een zorgverzekeraar/gemeente of het rijk moeten komen maar goed wie dat ook gaat oppikken. Of een private investeerder maar dat zal haast niet. Een app oplossing voor de bejaarden en die wil ik in me eentje doorzetten naar een portaal voor een website, dus een ziekenhuis, de huisarts, de instelling of de patiënt zal uiteindelijk mij toch moeten betalen. De verzekeraar is daar niet zo maar op te schalen zijn tenzij we kunnen aantonen dat we ervoor kunnen zorgen dat ze geld kunnen besparen.

Dus u betrekt voornamelijk de grotere partijen bij uw innovatie in plaats van op het lokale niveau?

Ik ben in de zorg en ICT eerst gaan kijken of er een markt voor was. De interesse was gelukkig groot en nu kunnen we doorpakken, een thema klaar zetten en wat instanties gaan benaderen. Vervolgens moeten we de specialisten en professionals er dan op los laten en zeggen probeer het maar is uit en dan kijken we wat er gebeurt.

Ik heb dingen zoals u niet gezien nee, ik heb wel veel rondgekeken bij verschillende bedrijven, E-consultants en EPD verbeteraars maar zoiets als avatars nog nooit gezien dus erg interessant voor het onderzoek. Denkt u dat u met uw ervaring vanuit uw geschiedenis er ook makkelijker voor kan zorgen dat uw innovatie makkelijker kan implementeren bij specialisten en hoe?

Nou het zal helpen maar ik denk niet dat het makkelijker gaat worden. Ik kan geen vergelijking leggen, want ik heb het nooit echt eerder gedaan. Maar iedere ervaring die je hebt zet je in, maar goed, af en toe denk ik wel eens dat het soms onmogelijk is.

Wat zou u dan nodig hebben om het mogelijk te maken?

Ja, insiders zouden bijvoorbeeld helpen.

Of misschien wat voor entry strategie u gebruikt, dus dan bedoel ik zoiets als in plaats van er alleen voor te gaan te kiezen voor een joint venture of een strategic alliance?

Nou ik zoek wel samenwerking met bedrijven maar in een juridische vorm, daar heb ik nog mijn gedachten nog niet over laten gaan. Ik vind dat niet zo interessant, het komt er wel van als het zo ver is.

En het is natuurlijk fantastisch als u uw product op de markt kan brengen dat dat de grootste wordt?

Ja, dat natuurlijk maar kijk het is je niet, je bent geen domme jongen zie ik al, maar vergis je niet het kost heel veel tijd en geld maar nog veel meer werk. Ik kan er waarschijnlijk ook uiteindelijk niet aan ontkomen om samen te werken, ik zou het ook fijn vinden om een gedeelte te kunnen uitbesteden en ik heb daar ook niets op tegen. Het scheelt me heel weinig wie wat doet zolang ik mijn ding maar kan doen en het goed kan doen. Alles heeft ook wel een ethische kant, geld verdienen is leuk en het moet gebeuren, en dat mag ook best ook veel geld zijn, daar ben ik ook niet tegen maar het moet wel zijn dat het een product is. Op dit moment praat je over 75.000 zeer hulpbehoevende bejaarden, 75000. Ja, als wij daar in een keer 20% van deze mensen het leven een stuk aangenamer kunt maken en ze een stuk langer en op een betere manier zelfstandig kunt houden dan denk ik dat we dat moeten doen en dat we ons daarvoor moeten inspannen.

Dat zou een hele goede zijn maar wat maakt het dan voor u zo moeilijk om de innovatie door te voeren binnen de zorg?

Nou ja, er moeten heel veel mensen beslissingen nemen om iets te gaan doen, dat kan gewoon onwijs lang duren. Daar kan soms wel drie jaar overheen gaan.

Je hebt een piramide, eerst heb je de patiënt daar wordt een beetje in geïnvesteerd, dan heb je de ziekenhuizen daar wordt wat meer in geïnvesteerd, maar is dat vanuit het management dat u ervan zegt dat het probleem is, wie moet er voor u aan het product gaan voor het een succes wordt?

Nou kijk, als je de patiënt vraagt wat hij zou willen, dan moet je aan een ander model gaan maken omdat te financieren. Een patiënt heeft twee dingen nodig, een de tablet en tweede app. Nou dat kost geld en dat doe je dan echt op basis van een eenmalige aanschaf dan zijn ze een paar duizend euro. Nou dat is pittig en dat doen ze niet, want de mensen zijn niet voor niets hulpbehoevend of ziek of weet ik het. Die hebben echt hulp nodig en dan zal je op een ander model moeten over gaan, bijvoor beeld een lease constructie. Dit geldt eigenlijk ook een beetje voor het implementeren van Webspeaking voor huisartsen en nou daar kreeg ik de handen wel goed voor om elkaar.

Een lease constructie lijkt me interessant.

Maar we moeten nog kijken wat een haalbaar model wordt. We zijn nu aan het kijken of de organisaties voor open staan, dat is nog niet echt zo maar het moet gaan gebeuren! Dat kost zo veel tijd, dat wil je echt niet geloven.

Maar denkt u dan dat specialisten/huisartsen/ ziekenhuizen en andere instanties, dat die eerder bij een groter bedrijf zouden gaan kijken dan bij een ondernemer en wat voor factoren zou dit beïnvloeden.

Nou daarin is de zorgsector een beetje een rare markt, eigenlijk mijn ervaring is dat ze niet echt naar de grote van bedrijven kijken. Mensen zijn wat minder gevoelig voor strakke kleding en grote auto's. Dus ik denk van niet, het is wel iets waar ik rekening mee moet houden en dat de organisatie van mij goed in elkaar steekt. En dat er echt iets van waarde in zit en dat wanneer mijn bedrijf weg zou vallen dat er iets voor in de plaats zou kunnen komen.

Dat klopt wel een beetje met wat de huisartsen zeggen, dus dat is wel mooi om te zien. Maar denkt u dat uw commerciële doelstelling, uw rate of investment terugverdienen, denkt u dat het invloed heeft op de keuze van een zorgverzekeraar of huisarts die eerder een sociaal-maatschappelijke instelling heeft?

De huisarts heeft wel degelijk een commerciële doelstelling, hij moet aan het eind van de maand zijn rekening betalen. De huisartsen zijn op dit moment niet echt gelukkig, want die verdienen geen reet per consult. Het uurtarief van de huisarts is op dit moment niet best, dus ik denk niet dat het heel erg botst. Maar dat is ook wat ik zeg, ik ben niet op zoek naar de hoofdprijs, het zou leuk zijn als ik die kon krijgen maar dat is niet waarom ik ben gaan innoveren, ik ben op zoek naar een

aantal winstgevende producten die ervoor zorgen dat de wereld verbeterd wordt en dat we er dus met zijn allen wat aan hebben. Dat is mijn motivatie, mijn belangrijkste motivatie. Het moet werken en goed zijn en daarnaast moet het natuurlijk brood op de plank brengen. Mocht het geen van alles zijn dan wordt niemand daar blij van.

Maar hoe gaat u zich dan onderscheiden in uw competitieve omgeving, wilt u een kostwinnaar worden en dus het goedkoopste product aan bieden of een bedrijf dat zich constant vernieuwd en een lijn van producten gaat uitbrengen, diversificatie zeg maar?

Nou het toekomstige scenario weet ik niet precies, er zijn natuurlijk veel meer ideeën die we wel zouden kunnen toepassen uiteindelijk maar dat vind ik allemaal nog te ver weg. En ik ben niet echt van de strategie.

Gewoon gaan?

Ja, als het is van dit is een goed idee, en het wordt door veel mensen erkend en vervolgens gaan we dat is gewoon uitvoeren proberen we dat redelijk low budget te doen. Ja, ik heb bijvoorbeeld geen behoefte om een gigantische lening af te sluiten bij een bank en ik wil niet onder het juk zitten van een investeerder, daar word ik helemaal kriebelig van. Maar begrijp me niet verkeerd als je een goede directeur of manager hebt, daar heb ik er ook een of twee mogen hebben afgelopen jaren, daar werkte ik heel prettig onder. Ik kon gewoon staan en gaan waar ik wilde en werd alleen teruggefloten als het dreigde verkeerd te gaan maar het gros van de managers zijn gewoon niet competent. En dat is wat mij irriteert en ik heb een tijdje terug met een investeerder gesproken en begon al na een paar dagen te zeiken dat hij iets niet ontvangen had, en dan een beetje van boven naar beneden communiceren. Maar hij was zelf ook niet consequent, daar heb ik gewoon niets mee en heb ik als zeer vervelend ervaren.

Ja klopt, als je geen goede investeerder hebt maar hij hele andere belangen heeft bij het investeren dan gaat dat botsen. Maar u hebt uw innovatie niet voor niets bedacht, maar in uw doorvoering wat denkt u dat de factoren zijn dat de huisarts uw producten willen hebben?

Nou eigenlijk heel simpel, de vraag in de zorg is op dit moment is dat we minder geld en tijd hebben om mensen te verzorgen en alle ouderen moeten langer zelfstandig zijn. Doe zelfstandigheid, die staat onder druk, want wij weten eigenlijk niet hoe we dat moeten doen. Die avatar en in de setting van de tablet kan ervoor zorgen dat mensen meer zelfstandig worden omdat ze aangemoedigd worden in bepaalde activiteiten, ze worden door de dag heen geholpen met de zelfde uitleg maar ze moeten alles zelf doen. Dus dat is eigenlijk wat wij verbeteren, we supporten de zelfstandigheid van de klant en met dat doel bereik je tevens een ander doel en dat is gewoon de vermindering van de zorgvraag. De hoeveelheid beroep die wordt gedaan op zorgverleners is onwijs hoog, maar die proberen wij naar beneden te drukken.

Dat is inderdaad een andere approach dan de meeste ondernemers, velen gebruiken namelijk de approach vanuit de zorgverleners en hier wordt er veel meer vanuit de klant gewerkt. Ik heb met een aantal hele succesvolle ondernemers gesproken die zeggen dat het ook steeds meer verschuift naar de patiënt en dat je niet bij de verleners moet beginnen, want die zitten onwijs vastgeroest in het patroon. Vanuit de zorg wat denkt u dat het zo moeilijk maakt om in de zorg te innoveren?

De lange trajecten maakt het investeren echt heel moeilijk. Wij hebben vorige jaar ook wel met veel zorgverleners gesproken en zij weten nog niet zo zeker hoe hun eigen bedrijfsleven werkt. Kijk wij werken elke dag om de klant te voorzien van producten en dan hopen we dat de klant ons gaat betalen zodat je wat te eten hebt. Mensen in de zorg die kennen dat concept niet die denkt namelijk ik heb de hele dag gewerkt en heb ergens een beslissing overgenomen maar morgen of overmorgen ze worden toch wel betaald.

Vindt u dan dat ze te weinig gestimuleerd worden?

Nou n e daar wil ik van weg blijven dat is bevooroordeeld maar het is niet de wereld waar zij in zitten, ze worden betaald onafhankelijk van wat voor prestatie ze tijdens hun werk leveren en de centjes rollen altijd wel weer binnen. Ze hoeven niet een keer krom te liggen als ze minder goed hun best doen. Daar komt bij dat de mensen vaak intrinsiek gemotiveerd zijn en dus daar maak ik me geen zorgen over dat komt wel goed. Maar zij kennen onze motivatie gewoon niet die wij hebben, en dat is naast de intrinsieke motivatie dat ze gewoon moeten eten. En dat maakt beslissingstrajecten in de zorg notoire handel, want ze zijn nergens van afhankelijk. *Het verschil in gedachtegoed van leven en werken is wat het probleem maakt.* Ja, zo simpel is het, zoals ik al zei het is geen waarde oordeel maar het is zo als het is. Wij willen kunnen eten, zij willen naar huis kunnen aan het einde van de dag en dat maakt hun psychische instelling anders. Vorig jaar hadden we overleg met ziekenhuizen. We zijn daar vijf keer naar toe gegaan en dat waren forse overleggen van meer dan 2 uur en dan moet je een

uur heen en eentje terug en dat is dus samen al gauw 20 uur dat je er in steekt. En de kennis en kunde die wij hebben delen we dan met hun en we gaven hun alle oplossingen die er mogelijk en interessant waren voor hen. Dus dat was hartstikke mooi maar dan is het opeens ja we gaan fuseren dus dat gaat voorlopig niet gebeuren. Daar heb ik toen tegen gezegd stuur maar gewoon een rekening. Ja, dat hadden we niet afgesproken, ik zeg er zal gewoon betaald worden, want ander is het werken voor niets. Om nog iets te zeggen, ik denk niet dat die rekening betaald gaat worden maar wel om ze te laten zien van jongens, luister, ik zit hier niet voor niets. Ik heb hier heel veel kennis kunde en tijd geïnvesteerd en jullie doen er niets mee en flikkeren het aan de kant. Toen zijn ze wakker geworden en nu zit er weer beweging in het verhaal.

Je moet je nooit te kennen geven in deze moeilijke zorgsector. Als de klant het echt wilt dan gaat hij er wel voor betalen hoor. Maar mijn laatste vraag, Als u succes factoren zou moeten noemen een ondernemer in E-health innovatie om de adoptie/implementatie van zijn/haar innovatie door huisartsen te doen slagen, welke factoren zou u dan noemen en waarom?

Het geduld en het doorzettingsvermogen en sympathie moet er vanuit de ondernemer zijn.

Maar wat vanuit de innovatie, ik noem bijvoorbeeld privacy, psychologie en legaal?

Dit waren vroeger allemaal factoren die een rol gespeeld zouden hebben, maar dat is allang niet meer zo. Ik denk dat op dit moment de factoren, het moet een goed scala zijn aan factoren maar het moet voornamelijk goed voelen. De klant moet ontspannen zijn met het product. Privacy is daar echt iets van, ik zal je is een mooie quote mee geven. Ze hadden een tijdje geleden een Folddetectie, waar die camera's overal in de huizen voor ouderen, ook in ruimtes als toiletten enz. Je loopt overal op in je blote je weet weel op de camera, maar je wordt de hele tijd in de gaten gehouden door een automatische camera of je niet onderuit gaat. Dit is er omdat sommige ouderen wanneer ze vallen drie dagen op de grond kunnen blijven liggen. Hoop heisa en alles, totdat ze gingen vragen bij die ouderen, die het uiteindelijk helemaal niets boeiden. Die zeiden ach joh, als die camera's kunnen voorkomen dat ik hier drie dagen op de grond lig te rotten. En dan zitten wij ons maar de hele dag druk te maken over die privacy. En dat is hetzelfde met dat EPD verhaal daar zitten gewoon factoren tussen die het allemaal remmen, die we voornamelijk zelf bedacht hebben maar die helemaal niet hoeven te spelen, het is dus voornamelijk psychologisch. Maar laten we eerlijk zijn privacy en een EPD. Er zijn een hele hoop gênante klachten dan wordt het lastig maar voor de verdere groep mensen is het toch volkomen oninteressant als ze je patiënten dossier in kunnen kijken.

Maar u denkt dus dat psychologische verhaal heel belangrijk is in dit geval?

Kijk je kunt 200 ondernemers zetten met 200 dezelfde producten, dan kiezen ze niet het beste product hoort maar voornamelijk de leukste ondernemer. Een product moet goed smoelen en lekker liggen bij de klant. Het is zo een scala aan factoren die daarbij komen kijken dat kan je niet onder een noemer vatten. Maar met de die andere factoren die ik net noemde geduld, empathie etc. het product moet werken en goed zijn en de verkoper geeft uiteindelijk de doorslag als het erop aankomt.

Interview protocol entrepreneur 2

Zou ik als eerste mogen vragen hoe lang u al actief bent als huisarts?

Ja, ik heb na in Wageningen gestudeerde te hebben, 16 jaar bij Philips gewerkt voornamelijk in de internationale markten waar iets nieuws opgezet moest worden of markten die net open gingen. Waar bedrijven lokaal de producten produceerde en leverde, maar toen opeens open gingen voor het grote publiek. Dan moeten ze opeens concurreren met grotere spelers op de markt. En in de laatste jaren bij Philips heb ik op de R&D afdeling gewerkt. Voornamelijk op het gebied van E-health en Healthcare producten. Daarna ben ik een start-up gaan leiden van de video communicatie producten. Het was toen nog een prototype wanneer ik daarin stapte. Dat hebben we toen uitgebouwd tot een product waar we meerdere klanten aan verbonden hebben. Dat is weer uitgegroeid tot een video communicatie business. Wij maakten één product dat was video through-eye-contact, zoals wij nu nog steeds doen. Maar goed dat is een product een desktop product wat je op je bureau zet. Het werd echter al snel duidelijk dat er in het bedrijfsleven enkele veel bredere producten vraag ligt. We zijn van daaruit gaan verbreden, maar na de crisis weer gestopt omdat een aantal toeleveranciers failliet waren gegaan en we daardoor dus ook niet meer zo konden produceren als we eerst deden. We moesten daardoor de slag naar HD gaan maken wat dus meer dan een miljoen investering zou zijn geweest maar dat konden we eigenlijk niet aan dus toe heb ik gezegd dat gaan we niet doen. We zetten nu alles in op videoconferencing en zoals je nu ziet werkt het. Gelukkig werken er nu naast wat kleine praktijken ook een aantal grote gebruikersgroepen mee, Unilever bijvoorbeeld.

Maar zou u dan kunnen vertellen hoe uw onderneming in elkaar zit met betrekking tot medewerkers, besluitvormingen en uw klanten?

We zijn nu met zijn twaalven en groeiende trouwens. De venture werd toen door een angel investor gefinancierd maar die is overleden in 2008 en toen heb ik ons bedrijf in 2010 gefuseerd tot X heette. We hebben toen het fonds van die overleden angel investor overgekocht toen zat ik met een business partner die 70 procent van de aandelen bezat en ik 30 procent. Twee jaar geleden wilde die partner iets anders gaan doen en hebben we het bedrijf te koop gezet. Maar toen in 2013 heb ik het bedrijf weer gekocht alleen met een coöp. We zitten er dus nu met vier eigenaren in die allemaal een gelijk deel van aandelen hebben in het bedrijf, waarvan er drie actief zijn in het management team. Het mooie is dat het drie ervaren rotten zijn in het vak en ze hebben al eerder ervaringen gehad met het opzetten van een bedrijf en het succesvol maken van een new venture. Ik heb er nu twee die actief zijn welke allebei vele jaren jonger zijn dan ik en dit geeft ook nieuw bloed. Wat belangrijk is dat alles in de ICT sector constant verandert. Je moet op die lijn van innovatie blijven hangen en ervoor zorgen dat je voorop blijft liggen of dat je op zijn minst mee doet met de markt.

Wat voor entry strategie kiezen jullie dan op de markt, cost leadership/diversification ?

We zetten ons neer als de specialisten op het gebied van video conferencing en video communicatie. Je kunt hier met al je vragen op het gebied van video communicatie terecht, wij kunnen alle vragen beantwoorden. We proberen merk onafhankelijk te zijn en we proberen een one-sell shop te zijn voor de klant, je kunt bij ons terecht voor de aanschaf van de spullen, en voor diensten die daarvoor nodig zijn. Daarnaast leveren we diensten maar ook voor en van andere cloud leveranciers. We installeren het, we kunnen de infrastructuur installeren en beheren. We hebben klanten bij wie we de hele structuur hebben aangelegd. In feit een one-sell shop. We proberen de klanten echt de oplossing te verkopen die het beste bij hun past. En dat verschilt nogal, want je hebt heel veel verschillende producten op de markt maar niet alles past bij elke klant.

En hoe denkt u dan dat u zich met uw product onderscheidt van u w competitieve omgeving?

Als je het over Facetalk hebt, dit product, dan is dat nog maar een heel klein onderdeeltje van wat wij doen. Dat is eigenlijk gegroeid omdat wij een stevige positie hebben binnen de zorg en vooral in de ziekenhuizen van Nederland. We leveren deze video conferencing dienst aan de ziekenhuizen en we krijgen heel veel vragen of we ook aan arts-patiënt video willen gaan doen. Dan proberen wij dat in te vullen met een standaard onderdeel en aan te passen op hun vraag omdat het vaak niet helemaal zo werkt. Dus toen zijn we onze eigen producten gaan ontwikkelen.

Waarom is dat project niet gelukt weet u dat?

Nou een standaard industrie product dat biedt niet de flexibiliteit en mogelijkheden die de artsen willen hebben. Ik bedoel er zit misschien een wachtkamer functie in die je uitnodigt maar de teksten zijn incorrect, de werking van die wachtkamer, de boundaries van het systeem limiteren daarin. Artsen willen gewoon vaak meer dan je kunt. Het concurrerende veld is

voornamelijk tailor made producten specifiek en voor huisartsen al helemaal. Met een standaard product kan je daar niet tegen concurreren.

Denkt u dat uw instelling als ondernemer botst met die van de specialisten?

Ja, nou nee, artsen zijn ook commercieel ingesteld hé. Ze willen ook voor een dubbeltje op de eerste rang zitten. En als iets met een product niet werkt, dat er niet in efficiëntie bespaard kan worden of als er extra geld verdiend kan worden dan gaat dat niets worden. De ziekenhuizen bijvoorbeeld willen op dit moment een structurele oplossing kunnen bieden aan hun artsen en zorgverleners. Dus dat is, ik verwacht daar geen problemen. We krijgen wel verzoeken hoor, van we willen het graag gebruiken maar we hebben geen geld om het te betalen. Dan zeggen wij dat het maar 45 euro per maand is. Geen wereldbedrag, dus het blijft dan vaak bij de huisarts zelf liggen. Daarom dat we ook wel eens verwijzen dat ze het zelf of door de verzekeraar moeten laten doen.

Ja klopt, die huisartsen willen ook steeds meer geld gaan verdienen. Ik denk dat die markt gewoon heel erg aan het veranderen is waardoor de huisartsen mee moeten veranderen of ze het nou willen of niet. En dat gaat ze gewoon geld kosten, hoe denkt u hierover?

Ja inderdaad, een hele belangrijke drijver dat het nu langzamerhand wel eens een succes moet worden, is het feit dat afgezien van de techniek, is dat het makkelijk bruikbaar is door de patiënten. Het moet simpeler worden zodat iedereen er mee kan werken net als met zo een video consult. Voorheen was het echt eigenlijk meer van een arts zegt ik wil eigenlijk mijn patiënten een dienst bewijzen door dit te doen maar hij kon niets declareren door de telefonische consulten. Deze mochten niet gedeclareerd worden maar nu kunnen video consulten wel gewoon meegenomen worden voor de declaraties dus dat is niet meer het probleem, maar dus wel een heel belangrijk aspect voor hen om zo iets te gaan gebruiken.

Ja, het is erg lastig voor de huisartsen dat het ook maar weinig oplevert, maar met uw innovatie, stel een huisarts wil dit implementeren waarom zouden ze niet eerder naar een ervaren of bekender bedrijf gaan? U bent helemaal zelfvoorzienend toch, een wholly owned subsidiary toch?

We hebben voor Facetalk hebben we een strategic alliance met het Radboud, we hebben daar de kennis liggen en dat is ook een plek waar het begeleid wordt in de ontwikkeling ervan. Van deze samenwerking leren we heel veel in de praktijk. In Nederland zitten we nu bij de top 3 videospecialisten. Kijk er zijn partijen die wat groter zijn dan ons bedrijf maar die hebben niet al die resources en daarnaast zijn er maar weinig partijen die zich alleen met video bezig houden. Er zijn zelfs maar twee partijen die echt in de zorg ervaringen hebben met werkvideo. Het is dus niet zo groot.

Waarom zou een ziekenhuis dan voor jullie kiezen dan een groot bedrijf?

Wij zijn voor de ziekenhuizen het bekendere en meer ervaren bedrijf.

Haha, oké, dat is dan bij mij een misperceptie geweest. Ik weet niet precies hoe het werkt in die markt.

Video conferencing bij de ziekenhuizen is ooit gestart met NKI, die hebben dat neergezet. Daar hebben wij als X vandaag de dag een maand mee gewerkt. We hebben diensten gefaciliteerd en zijn we dus een bekende partij in dit gebied.

Maar u zei dat u al eerder betrokken bent geweest, hoe denkt u dat dat heeft geholpen met het opzetten en implementeren van X?

Nou wat ik natuurlijk in die ondernemingen daarvoor heb gedaan, voornamelijk die start-up die ik geleid heb, daar heb ik geleerd hoe je een nieuw product in de markt kan zetten en wat er daar allemaal bij komt kijken. Ook wat het product ontwikkeling allemaal inhoudt. Ook bij Philips heb ik veel aan de marketing en sales kant gezeten maar daadwerkelijk een product waarmaken op de markt brengen en ontwikkelen, dat zijn dingen die elke keer weer nieuw zijn en waar je nooit precies kan zeggen wat er gaat gebeuren. Voor de implementatie zou het misschien kunnen bijdragen maar het is niet direct voor de kennis. Als je klanten constant hetzelfde zijn denk ik wel dat dat het geval is. Wij zijn nu ook al vijf jaar bezig, dus wij beginnen ook steeds meer kennis te krijgen van hoe werkt het bij ziekenhuizen, huisartsen en bij die techprojecten en hoe dat opgepakt wordt, wie er aan de touwtjes trekken, hoe de processen verlopen. Wat de artsen denken waar het geld vandaan komt, dus daar zijn.

U noemt al de partijen die aan de touwtjes trekken, zou u kunnen vertellen welke partijen (als voorbeeld de maatschappen, patiënten en zorgverzekeraars) u allemaal betrekt in het doorvoeren van uw innovatie en op wat voor manier beïnvloeden deze verschillende partijen de keuzes die u maakt tijdens het implementeren?

Nou, we hebben dus met die overkoepelende organisaties gewerkt en samen met hun op de rit gezet maar voor de rest zijn we daar niet echt actief mee bezig. Dat zie je nu ook al in de communicatie trajecten, maar dat kan nog wel komen hoor, dat sluit ik niet uit. Dus ja we doen de business direct met ziekenhuizen en huisartsen en dat zit op het niveau van de ITers meestal hé omdat het ontzettend... Kijk video communicatie werkt alleen als het systeem goed is geregeld. Artsen die dat graag willen komen bij de ICT terecht van dit wil ik en wat heb je voor me in de aanbieding, ze kunnen dat vaak niet alleen doen. Er moeten firewalls worden ingesteld, er moet apparatuur worden aangeschaft, je zit dus altijd met de ICT met de A en B club dus. Medische technologie is erg lastig, want het kost ook onwijs veel allemaal. Het moet allemaal declareerbaar zijn voor hen, dat moet gewoon samen gedaan worden met genootschappen of met de verzekeraar. Het is misschien nog wel een mogelijkheid of een kans dat we ons meer met die verzekeraars moeten gaan bemoeien of we via die kant een beetje kunnen gaan investeren, want we weten niet altijd of die grote partijen het dus voor elkaar kunnen blijven draaien dat ze investeren in ons product. Zeker bij die einzelgängers als huisartsen moet je ze vanaf bovenaf benaderen. Ik denk wel dat er een opportunity ligt hoor bij de verzekeraars maar ik denk alleen niet dat ze heel snel zullen bewegen om innovaties aan te nemen. Het goede van video consults is dat het al bijna allemaal geregeld is. Misschien dat het bij een aantal verzekeraars nog duidelijk gemaakt moet worden maar het is wettelijk allemaal al geregeld, maar onze aandacht ligt dus nu vooral bij de ziekenhuizen en de genootschappen zodat we direct grote partijen, die ook met elkaar in contact staan, kunnen binden aan ons product en dan uiteindelijk kunnen we het product nog aanpassen per persoon, waar dit natuurlijk nodig of mogelijk.

Wat hebt u als moeilijk ervaren met innoveren in de zorg?

De zorg loopt natuurlijk erg achterop met dingen en innoveren in de zin van het duurt allemaal onwijs lang. Het is niet een markt segment waar veel winst op gepakt kan worden. Nieuwe producten en proposities verkoop je eerder in het bedrijfsleven dan in de zorg, dat over de algemeenheid van de zorg. Ja, dan met deze aanpak wij willen gewoon dat een ziekenhuis of huisarts zo iets op brede schaal gaat neerzetten. Maar dat gebeurt pas als er op een aantal afdelingen van zijn ziekenhuis of een medisch centrum daarnaar gevraagd hebben en dat er een soort van set of urgentie is ontstaan bij het management, want er wordt om gevraagd. Wat je veel ziet met video conferencing is dat afdelingen hun eigen ding gaan doen omdat het niet centraal geregeld is en pas als dat een tijd gaande is dan zullen ze we dat centraal willen gaan regelen; een goede integratie in plaats van de grote hoeveelheid verschillende applicaties, die je nu veel ziet. Het duurt nu gewoon erg lang omdat het management het budget er niet voor heeft, de huisarts er geen tijd voor heeft en dat bijvoorbeeld in de ziekenhuizen zoveel aandeelhouders mee spelen dat het bijna onmogelijk wordt.

Maar bij de implementatie, wie denkt u dat er een grote rol spelen? Welke factoren spelen daar een rol in?

Ja, ik denk zeker die psychologie speelt een belangrijke rol, hoe graag willen de medewerkers het en wat is er met integratie mogelijk. Je begint vaak vanaf het centrale punt, en dan gaan we op zoek naar de readopters, mensen die er mee willen werken, liever niet bij de oudere en conservatieveilingen. Want die kijken liever nog even de kat uit de boom. Dan heb je natuurlijk vooral weer ziekenhuizen en huisartsen dat ze louter via protocollen werken, ze werken in standaard manieren. Met video moet het proces ook veranderen, dat is altijd lastig. Het is een gewoonte verandering en een proces verandering die tijd nodig hebben. En die ook in feite, die worden op de kaart gezet door de innoverend mensen in de artsen sector, mensen die het wel willen proberen en er mee aan de slag willen maar dat is maar een heel klein percentage, je moet de markt goed kennen dus. De verandering van gewoontes, net als Philips toen van de tandenborstel deed met elektrisch poetsen, dat zijn vreselijk moeilijke veranderingen die je teweeg moet brengen bij de consument. Dat is ook bij het videogedeelte. De hele werktijd heb je ze aan tafel gehad en nu ga je het via het web doen. Een gewoonteverandering heeft altijd tijd nodig, dus dat is bijna bij alle e-health producten. Mensen werken op een bepaalde manier en we zijn nu bezig met een test van Facetalk. De afdeling planners, artsen medewerkers alles moet geadresseerd worden en het moet allemaal geïntrigeerd zijn en dat maakt het ook heel erg moeilijk in zo een sterk geprotocolliseerde omgeving.

Ik denk inderdaad dat dat klopt, maar als u succes factoren zou moeten noemen voor een ondernemer in E-health innovatie om de adoptie/implementatie van zijn/haar innovatie door huisartsen te doen slagen, welke factoren zou u dan noemen en waarom?

Ik denk en ik hoop met deze applicatie ook het over een paar jaar te kunnen bewijzen. Je komt pas met een innovatie door als de tijd er rijp voor is. Het is nu zo dat ondernemers in de zorg langzamerhand behoefte heeft aan vernieuwing en het ook gaat doen. Terwijl vier jaar geleden werd er ook gewoon gesproken maar vond men het wel leuk om er gewoon over te lezen

of om het uit te testen in plaats van het echt op te pakken, ermee aan de slag te gaan en het proces in te zetten. De markt moet er echt klaar voor zijn, want anders gaat het gewoon niet werken en dan kan je nog zo een mooi product hebben maar dat gaat gewoon niet werken. Nu is het dus zo dat consulten worden vergoed en de video consulten ook. Dat is gewoon een vereiste anders krijg je het niet voor elkaar. Het is een communicatie middel en wat ook nog zo is, is dat het geaccepteerd wordt door de patiënten dat men langzamerhand gaat denken van zo zou ik het op mijn werk moeten gaan doen. Zeker de patiënt denkt dit ook steeds meer, dit moet ook met video bij ons kunnen. De kleinkinderen vragen er zelfs naar en vinden het niet meer raar om met de huisarts te consulten via de video. Dus de markt moet er gewoon klaar voor zijn en dat moment komt er nu langzaam aan.

Is dat ook uw grootste obstakel?

Ik geloof dat de markt er nu rijp voor is, dat is je ondernemersgevoel, maar wij investeren omdat we nu zien dat er heel veel beweegt op dat gebied dus ik denk dat die markt het nu ook wil. Dan krijg je te maken met de volgende obstakels, dat is zoals ik wel eerder noemde, je moet bekend geraken, zeker als je naar ziekenhuizen kijkt, bij wie moet je zijn. Bij de ziekenhuizen moet het ook op de agenda staan en mee bezig zijn die die taak hebben gekregen van hun manager om zo iets nou is een neer te gaan zetten. Dus een aantal van die factoren moeten ook op zijn plek gaan vallen. Dan kun je eindelijk zaken gaan doen.

Interview protocol entrepreneur 3

Hoe lang bent u al actief als ondernemer?

Eh, ja ik heb een bachelor geneeskunde gedaan en toen besloten geen arts te willen worden. Eigenlijk al tijdens me tweede jaar maar toch me bachelor afgerond. Het had ook een klein beetje te maken met het feit dat ik aan het einde aan de puberteit zat en daarom niet vol in de studie zat en er weinig plezier aan beleefde. Maar ik merkte wel dat ik heel veel interne ambitie had en dat ik heel erg van creativiteit houd, maar dat het vak artsenwerk steeds meer een soort van protocollen werk werd. En dat ik me echt zelf wilde ontwikkelen met creativiteit en abstractie. Toen ben ik eigenlijk bij verschillende studies wat vakken gaan volgen en na die bachelor ben ik uiteindelijk na een stage strategie consulting bij de MSc. logica beland en daar wel een schakelprogramma voor moeten bij wiskunde filosofie. Al met al heb ik met heel veel plezier die master gedaan en me daar heel erg ontwikkeld op bèta gebied, iets wat ik heel erg miste bij geneeskunde. Vervolgens heb ik nog meegedaan aan de nationale denktank.

Met X?

Ja met X. Daar ben ik met het ondernemen begonnen, zoals je misschien wel weet moet je met het denktank team oplossingen bedenken voor problemen waar je aan gewerkt hebt om ze op te lossen. Ik heb er een voor mijn team ontwikkeld en dat was X en dat ging tijdens mijn tijd bij de denktank al zo hard dat we hebben besloten dat we er mee verder wilden als ondernemers.

Hoe noemde je dat?

X

En wat doen ze precies?

Wij maken een, we gaan een tool maken voor huisartsen om hun te ondersteunen bij het maken van medische beslissingen en met op basis van big data en data analyses. De essentie erbij is dat we denken dat de huidige beslissing ondersteuning dus vooral protocollen en trials dat die niet de complexiteit dekken van de huidige praktijk. En dat het eigenlijk doodzonde is dat er heel veel data wordt gegenereerd door patiënten en artsen tijdens spreekuren en dat die ongebruikt blijft. Terwijl we die kunnen verwerken tot op maat gemaakte adviezen en dat het een belangrijke informatie kan zijn voor het maken van richtlijnen. En we denken dat er daar dus een groot gemis potentieel is.

Ja, dat denk ik ook, wat ik dagelijks voor mijn kiezen krijg wat betreft de huisarts denk ik dat er zeker een hele brede markt ligt?

Ja, dat denken wij ook. Het is een lastige markt maar er is wel ruimte voor ondernemers in dit gebied en er zijn veel artsen die er beroep op zou willen doen. Maar het is eigenlijk gewoon doodzonde dat niet elke ervaring van de patiënten wordt gebruikt om de zorg te verbeteren en dat kan een hele mooie manier zijn om dit probleem te verbeteren. En dat het een hele mooie manier zou zijn om dit te doen.

Is het dan ook een zelflerend systeem als ik het zo hoor?

Ja exact, dat is wel de bedoeling. We starten nu wel met een pilot met een historische data set en dus we beginnen nu met urineweg infecties niet omdat we daar verwachten dat daar de grootste waarde ligt of dat we die kunnen benutten maar we willen werken naar de chronische ziekte omdat we daar dus mensen echt kunnen helpen. Echter is dat wel lastig omdat je daar moet letten op de verschillende soorten medicatie en daarnaast ook nog is op de gehele levensstijl. Daarom willen we beginnen met iets eenvoudigers zoals die urine infecties omdat die heel veel voorkomen, heel simpel zijn. Er zijn ook veel meetbare resultaten en er is nog een veel variatie in de verschillende soorten behandelingen van de huisartsen. Het is gewoon een hele simpele en onschuldige casus waar metingen opgedaan kan worden. En ja, dus en ook wat met die chronische ziekten er speelt dat je ook wilt weten, wat is er in het ziekenhuis gebeurd, wat is er in het huis van de patiënt is gebeurd en dat compliceert de analyses. Je voert dan wel de goede waardes in. We kunnen nu al met de huisarts zelf data genereren en we kunnen mensen helpen voor chronische kleine ziektes.

En zijn jullie met zijn tweeën?

Nee, we trekken wel de kar met zijn tweeën maar we hebben wel een derde scientist en een huisarts die ons parttime ondersteunen waar we erg blij mee zijn, en een groot netwerk aan ICT adviseurs die ons ook heel erg veel bij staan.

En die huisarts kenden jullie via via of is dat een huisarts die jullie eruit hebben gepikt in de buurt?

Nou die kende we via via en via de denktank, waar diegene ook als ik opgetreden als expert. Die wist heel veel over innoveren in de zorg en keek daar ook erg positief tegenaan. En we zijn haar ook weer tegengekomen omdat ze een blog schreef over bigdata in de zorg en dit soort huisartsen zijn van een zeldzaam type. Als je haar ook zou willen spreken is dat erg leuk.

Wat is haar naam, precies weet je dat nog?

X. Ze is een huisarts in Amsterdam en ze is erg aardig en is heel erg geïnteresseerd in E-health ontwikkelingen, dat vindt ze leuk. *Ik zal is kijken of ik haar kan bereiken via Linkedin of iets.* Ja slim, en als het niet lukt laat maar weten, want ze wil daarin wel helpen denk ik.

Dat zou top zijn maar nu ben je dus eigenlijk alleen bezig met deze onderneming?

Nou, ik moet nog even afstuderen. Toch was ik graag afgestudeerd voordat ik begon maar ik strandde met een draft van mijn scriptie die nog net niet inleverbaar was. Daar ben ik nu dus nog wel even mee bezig en dat moet snel klaar zijn. In juli zou het klaar moeten zijn.

Ah, lekker hoor, zaken doen enz. Ik zit er zelf ook midden in dus ik ken het probleem van de thesis haha, echt een drama altijd die scripties hé, *Maar jij kijkt dus positief tegen E-health aan?*

Nou ik denk wel dat er heel veel waarde in zit maar ik merk nog wel dat we nog niet heel veel succesvolle voorgangers hebben als het gaat om het medische vlak. We hebben bijvoorbeeld van Zorgdomein ook de directeur gesproken en die hebben zich heel mooi in de zorgmarkt geïntegreerd en je hebt wel meer van die onderzoekstools en prescriptors die de markt hebben betreden en die worden ook gebruikt. Daarnaast komen er ook steeds meer e-mail consulten, Obscura is ook een grote speler. Nou dat soort dingen lukken aardig maar om te zeggen hoe ze het met de artsen doen dat blijft toch vrij lastig als we er naar blijven streven.

Waarom denk jij dat het lastig is of waarom het lastig is te innoveren in die sector?

Nou het is in ieder geval heel erg precair. Dus innovaties zijn altijd lastig, want je wilt eigenlijk fouten kunnen maken dus niet echt trial en error in de zorg is vrij lastig. Maar ik ben gewoon van als het toch zoveel beter kan dat ze daar dan toch maar aan moeten gaan wagen. Hoewel ze dat in principe niet willen. Artsen zijn ook eigenlijk wel eigenwijs dus die hebben het eigenlijk heel goed voor elkaar gehad en ze zijn uit een ander soort hout gesneden. Ze zijn heel erg geschoold en hebben heel veel kennis vergaard op basis van de theorie die hij kent dat hij daar in combinatie met ervaring beslissingen op kan maken. Niet zo zeer op een gestructureerde analyse zoals wij bijvoorbeeld wel doen. Het is ook kennis verbredend. Het is gewoon heel erg met die artsen, ze worden 12 jaar geschoold en dat in combinatie met de... heb je het vaak wel moeilijk om iets in die aard van de huisarts te brengen.

Maar hoe proberen jullie daar dan toch tussen te komen?

Wat wij doen is wij handelen volledig vanuit een volledige onafhankelijk oogpunt. We denken gewoon echt dat er veel meer op maat gemaakte zorg kan gemaakt worden, en ook dat de patiënten veel meer kunnen toevoegen. We proberen het ook met artsen te ontwikkelen dus naast X hebben we ook een professor en een hoogleraar geneeskunde die ons wetenschappelijk begeleidt en zo hebben we een hele groep die ons wetenschappelijk ondersteunt, en waar wij merken dat onze voorgangers gefaald hebben is voornamelijk de gebruikersvriendelijkheid. Velen hadden grote beloften voor expert systemen en dat was een grote generatie die dachten dat ze prachtige tools hadden gemaakt die technologisch misschien best goed werken maar dat totaal niet in de praktijk, tools die vragen beantwoorden waar huisartsen mee zitten. En daarmee helpen ze de huisartsen dus totaal niet.

En denk je dat je met jou voor kennis uit de geneeskunde kan gebruiken om er doorheen te komen bij huisartsen?

Het scheelt dat ik ervaren heb hoe het er aan toe gaat en hoe artsen geschoold worden, maar wat eerlijk gezegd nog wel belangrijker is dat ik merk dat het gewaardeerd wordt dat ik het jargon spreek en de studie heb gedaan waardoor het voelt

alsof ik een van hen ben. Dat is wel heel fijn dat je met een arts kan praten in plaats van iemand die komt vertellen hoe het beter kan.

En misschien een beetje een gekke vraag, ga jij in pak naar huisartsen toe of niet?

Nee, haha, wij gaan eigenlijk altijd behoorlijk casual, dat doen we eigenlijk vanuit onszelf. Ik denk eigenlijk niet dat dat zou werken met een pak aankomen zetten.

Vandaar misschien een beetje een gekke vraag maar omdat ik veel huisartsen heb gesproken die er helemaal niet van houden dat wanneer er mensen aan komen in gladde pakjes, dan beginnen de alarmen al te loeien.

Ja precies, dat zou ik ook hebben. Het scheelt echt heel erg dat we ook werken uit het geloof dat dingen beter kunnen. Wij geloven daar ook strek in en dat dragen we uit. We zijn wel heel hard bezig met het bedrijf op te richten dat er omzet gedraaid kan worden maar meer om een duurzame manier te vinden om een innovatie in te zetten in plaats van dat we uit zijn op heel veel geld verdienen. Als we namelijk hadden gewild dat we geld zouden verdienen dan hadden we wel wat andere dingen uitgeprobeerd.

Ja en waarschijnlijk ook met andere partijen dan alleen de huisartsen. Je zegt ook dat je professoren betrekt en huisartsen. Betrekken jullie ook nog andere partijen in het implementeren van een innovatie?

Ja, we proberen zoveel mogelijk stakeholders te betrekken in de innovaties. Ik moet zeggen, we werken ook met verzekeraars samen maar dat is meer vanwege het geld natuurlijk en omdat Achmea was een partner bij de Denktank en dat is helemaal de laatste weken in het nieuws dat er een gevoelige band ligt tussen verzekeraars en huisartsen en we zitten daar een beetje in een spagaat tussen maar dat is ook wel onze kracht denk is. Het is gewoon wel heel vanzelfsprekend dat de verzekeraars hier financieel de meeste baat bij hebben, bij dit soort innovaties. We willen zeker huisartsen betere zorg laten leveren maar er zit gewoon geen financiële prikkel bij hen. Huisartsen zijn niet echt bezig met innoveren zoals jezelf misschien wel weet en als je dan daar probeert geld uit de zorgverzekeraar te halen maar inhoudelijk kan je daar niets verbeteren

En de patiënten staan jullie daar ook mee in contact?

Nou we spreken wel de NPV, de nationale patiënten vereniging, die vertegenwoordigen natuurlijk daarmee de patiënt en ja onze intentie was nu dan wel om de data te laten voor de huisartsen wat zij ervan vinden. We hebben vanuit de klant wel data gegenereerd maar de zorg doet daar niets mee. Dan wordt die data ook niet echt van waarde maar we zouden nog wel in de pilot moeten gaan ervaren hoe we ook een gedeelte via de patiënt kunnen laten gaan doen. Dat ze zelf dingen kunnen gaan invoeren en dat ze zelfs niet eens meer naar de huisarts hoeven om dingen te gaan doen. Maar we starten met de huisartsen.

Maar pakken jullie de huisarts of de maatschappen? Van boven of van onderaf? Jullie zeggen ook ik lever maatwerk maar dan begin je per praktijk te werken, dat lijkt me een hele kluif?

We hebben nu wel losse huisartsen die ons ondersteunen bij het ontwikkelen maar we spreken wel met een paar huisartsgroepen en zorggroepen om telkens een pilot eruit te rollen en we denken ook straks als je de markt met goud wil gaan bekleden dat je het voornamelijk via de zorggroepen moet gaan doen als je al die huisartsen langs wilt gaan dat is waarschijnlijk totaal niet efficiënt.

Onder vinden jullie bij het implementeren van innovaties ook problemen bij huisartsen?

Nou we zitten zelf nog niet echt in die fase op het moment. We zijn nu heel erg bezig met het opzetten van het eerste onderzoek. We hebben wel een hoop toezeggingen voor data maar we hebben nog niets om een analyse op te zetten en uit te voeren en op basis daarvan willen we een pilot gaan maken over die urine infecties en dan willen we dat weer gaan testen bij 10 of 15 huisartsen in de praktijk. We willen het niet hebben dat het ons overkomt dat we in ons eentje een academische tool gaan maken wat we kunnen verkopen maar wat de huisarts het straks niet willen hebben. Dat ze bijvoorbeeld gaan leasen enz. Nee, het moet gewoon zo snel mogelijk getest worden op de praktijken en er moet gekeken worden naar waar kan er verbetering zitten om zo met de huisarts iets neer te zetten en te creëren waar ze ook wat aan hebben.

En waar denk jij zelf dat de eerste problemen gaan liggen in die adoptie van die innovatie die jullie leveren? Zie jij al dingen van dat je denkt daar gaat het eerst probleem liggen?

Nou, ik denk dat een grote uitdaging is wat toch vaak betekent dat een huisarts meer werk heeft. Niet eens zo zeer in de zin van dat hij iets voor die tool moet doen. Maar als wij hem zo kunnen creëren dan zou hij geen extra werk moeten hebben maar ook dat mensen moeten gaan vragen van heb je dit gedaan, is er voldaan aan de richtlijnen. Dat zijn vragen van de huisarts die hem vervelen. En ik denk dat het tweede wat belangrijk is voor ons dat we de balans moeten vinden, misschien wel het belangrijkste, tussen een waardevol advies geven en het goed kunnen onderbouwen. Dus als je iets wilt hebben waar je in de praktijk nog iets aan hebt. Als huisarts wil je niet te veel informatie doorgeven. Dit is wat je moet doen, maar je wilt ook weer niet dat als het om data gaat in de zorg. Dus dat je niet onbeperkt die data wil geven aan externen. Je moet met de huisarts kunnen kijken dat er bij deze dingen vaak dit toegepast wordt en dat dat helpt. Het is heel belangrijk dat je dat evenwicht vindt; onderbouwde informatie waardoor ze echt op basis van begrip gewerkt wordt en niet dat het een bindend advies is maar ook dat je niet het hele academische overzichten wilt gaan delen die huisartsen moeten uitpluizen om te kijken naar wat ze er mee doen. Daar kan je in praktijk gewoon niets mee.

En in de toekomst, hoe zie je het dan voor je? Upscalen, market development gaan doen, product development, kost prijs winnaar, hoe moet ik dat zien voor jullie bedrijf? Eigenlijk waar wil je naar toe? Wat voor strategie willen jullie gaan toepassen, het laagste prijsje, de beste kwaliteit, product lijn verbreding, de wereld veroveren, hoe zien jullie dat?

Nou ik denk dat onze competitive advantage is dat we het eerste zullen zijn en er rolt heel veel op dit gebied hoor. Het is gewoon heel erg aan het rommelen en de kosten zijn heel hoog, daarom zijn er zo veel verliezers. Het is heel moeilijk om innovaties van de grond te laten komen. Toch als je de innovatie op een goed moment de markt op duwt kan dit essentieel zijn.

Daarnaast is de zorg is heel erg ouderwets, want met elke innovatie groeien de kosten ook altijd sterk en we zijn nu bezig met automatisering van de zorg. Er komen ook steeds meer platforms en data om te verzamelen en E-health is nu super booming maar eigenlijk zijn er nog maar weinig concrete initiatieven en wij denken vooral dat een beetje van de nieuwe generatie te zijn en dat we een goede verbinding hebben met de oude generatie. En dat we de verschillende vormen van innovaties kennen. We zullen de eerste innovatie kunnen zijn en onze eerste tool moeten richten op de innovatieve huisartsen hoor. Die vinden het namelijk ook leuk en zodoende kan je voorop blijven lopen en als je data straks beter bereikbaar kan zijn, dat je ook als eerst bent die daarbij wordt aangesloten en dat je daarin ook expertise creëert zodat je ook beter maatwerk kan gaan leveren aan de artsen op basis van je ervaring.

Hoe ken jij je competititive omgeving op het moment, hebben jullie een onderzoek gedaan?

Uhm, ja we hebben... Er zijn wat bedrijven die in decision making zitten. Expert is ook een bedrijf die net als wij in het HIS ingebouwd clinical support systems hebben en daarin willen wij ook leveren. En wat zij hebben gedaan is eigenlijk de bestaande richtlijnen geautomatiseerd en dus dat is heel goed in een HIS ingebouwd. Maar dat is wel een hele andere aard van informatie dat is gewoon bestaande kennis en wij hebben het vooral over nieuwe kennis genereren en die zijn daarin een concurrent. Bij IBM zijn ze daar al een heel stuk verder in. Die proberen echt een super dokter te maken maar die hebben ook weer problemen met de markt te betreden en onze voorbeelden zitten vooral in Amerika. Die wij vaak hebben gebruikt FlatIron, dat zijn twee jongens, wat zij eigenlijk dan doen is eigenlijk voor ziekenhuizen met betrekking tot kanker. Ze hebben daar platformen gebouwd om alle informatie van alle patiënten te verwerken en zodat het inzichtelijk is voor oncologen en artsen die mensen met kanker behandelen en dat lijkt wel heel erg op waar wij naar toe willen. Wat zij hebben gezegd wij beginnen met kanker want dat is super veel voorkomend en heel heftig. Iedereen wil daar ook wat aan doen, maar wij zeggen juist we beginnen bij de huisarts omdat zij van heel veel dingen wat vanaf moeten weten kunnen eindelijk geen echte specialisten zijn en is een schakel met de eerstelijnszorg en dus hebben we een ander startpunt. Maar we hebben wel echt dezelfde missie om te gaan zorgen dat de zorg beter wordt en dat de toegang beter wordt voor iedereen.

Waarom denk jij dan dat in Amerika die E-health wel van de grond komt en hier een stuk minder?

Ja... Ik denk dat het komt omdat daar zo een innovatief klimaat heerst en ook veel meer dingen geprivatiseerd zijn. Dus ik denk dat het belangrijkste is en ook misschien wel dat er een kwaliteitsverschil is. Je hebt daar kleine ziekenhuizen die heel ver voorop lopen en eigenlijk een heel groot geheel dat ver achterloopt met de ontwikkeling. En bij ons, hebben we het allemaal goed voor elkaar. Hier is het dan ook allemaal redelijk genivelleerd waardoor het traag gaat maar wel goed gedaan wordt.

Dat je dat huisartsen hier in Nederland sneller voor een kleine ondernemer of een groot bedrijf kiezen? Omdat jij daar natuurlijk ook veel mee te maken krijgt. Kijk jij hebt ook grote components als Google en Apple?

Nou ik denk eerlijk gezegd dat ze voor de grote bedrijven eigenlijk wel een beetje bang en huiverig zijn, omdat ze weten die willen geld verdienen en daar willen wij niets van weten. Maar aan de andere kant als wij niet door een NPCF of een UMC gesteund zouden worden dat het ook wel matig zou gaan worden wat zich bij ons aanmeldt. Je moet wel serieus zijn. Ik denk dat je wel wat achtergrond nodig hebt.

Het feit dat een ondernemer een commerciële doelstelling heeft met zijn product, en u als huisarts (waarschijnlijk) eerder een sociaal-maatschappelijke gedachte, hoe kan dit een rol spelen in de adoptie van een innovatie?

Hm, een botsing...

Ja, ik weet niet hoe jij dat ziet. Ik ben geen entrepreneur maar die rate of investment die wil je na een tijdje toch gaan halen. Je gaat toch nadenken van het is wel mooi geweest, nou wil ik ook mijn brood kunnen verdienen in plaats van alleen maar inleveren toch ?

De marktwerking ansich heeft en geeft redelijk wat vrijheid. Maar ik weet niet precies aan welke kant ik daarin sta, heel veel marktwerking of voornamelijk sociaal maatschappelijk denk ik, maar waar we in ieder geval goed voor oppassen is dat we... We willen eigenlijk proberen te verdienen per bedrijf maar je wilt niet hebben dat huisartsen andere dingen gaan doen omdat ze daar financiële prikkels hebben. Je moet altijd voorop hebben staan dat je de zorg een beetje aan het verbeteren bent.

Een soort van Spotify zeg maar ?

Haha, ja precies

Nou ik denk dat daar wel heil in zit hoor, want dat is redelijk laagdrempelig. Waar denkt u dat het nog ontbeert bij E-health innovaties of ondernemers waardoor het constant mis gaat in de huisartsen zorg, of misschien beter gezegd waarom er geen succes worden geboekt?

Ja, ik denk dus dat de gebruikersvriendelijkheid achter gesteld wordt. Dat het toch vanuit de academische of technische hoek komt maar in de praktijk niet echt van waarde is wat dat betreft. Misschien is het ook nog wel wat dat het bij de huisartsen zelf een beetje ligt. Dat ze niet echt willen toegeven aan de technologische ontwikkeling. De jongelingen zijn wel enthousiast hoor onder de huisartsen maar ze zien nog een te grote barrière en ze werken nog voornamelijk uit hun eigen hoeken en kijken niet vanuit ons perspectief. En de vraag of de innovaties dan ook hun wereld gaan verbeteren, die blijft voor hen.

Dus een beetje angst voor de automatisering?

Ik weet niet of ze bang zijn om hun vak te verliezen maar meer dat er over de schouder wordt meegekeken. Ook de zorgverzekeraar die gaan ook mee kijken met het innoveren van dit soort producten.

Is dat zo joh, dat de zorgverzekeraar meer denkt dat de ondernemers zijn als de zorgverzekeraar en dat het daarom misgaat?

Ja, eigenlijk wel hoor, dat is E-health ook ja. Dus dan wordt er weer over de schouders meegekeken en ze denken maar dat alles in data gevangen kan worden. Dat soort gedoe krijg je, quota halen, ik mag niet meer mijn eigen ding doen en mijn eigen kwaliteiten zijn niet meer belangrijk.

En denk jij ook dat de huisartsen markt steeds competitiever wordt op het moment en op de markt gericht wordt in plaats van ik lever zorg en dat is het?

Dat is moeilijk om te zeggen maar ik zie wel dat er steeds meer komt kijken bij het runnen van een praktijk. Maar het is moeilijk om te zeggen of dat gedeeltelijk ook te recht is. Maar ja je hoort heel veel huisartsen klagen dat hij steeds meer moet regelen, ook de financiële dingen enz. En dat de huisarts steeds meer een manager wordt van de praktijk. Maar misschien moeten ze dat ook veel beter gaan managen als die praktijken groter worden. Als ik hoor dat de diagnostiek echt een derde kost in Duitsland in vergelijk met Nederland, dan is er nog zoveel ruimte. Dat zouden ze toch ook in moeten zien maar is het dan niet aan de huisartsen om dit is te gaan managen, beter te organiseren en meer groepspraktijken op zetten in plaats van allemaal individuen. De administratie moet gewoon gedaan worden door iemand die daarvoor geschoold is. En dan kan een arts zich weer meer focussen op de patiënten. Ik zie dat ook dat ze dat willen, maar ik denk ook dat er echt heel veel dingen veel efficiënter georganiseerd kunnen worden in de zorg. Dus die marktwerking is niet zo raar omdat je door al die steken privatisering.

Hoe gaan jullie hier slim op inspelen dan, jullie gaan zelf ook veel kosten maken bij de implementatie. Maar zouden jullie bijvoorbeeld een mannetje aanbieden die helpt en 24/7 ondersteunt of zelfs een mannetje aan te bieden?

Nee, we willen juist zo gebruiksvriendelijk zijn dat er geen scholing nodig is. Dus ik denk dat dat juist ons doel is om dat te doen en hoe we er op in willen spelen weet ik niet zeker. Maar we erkennen de problemen gewoon aan beide kanten en het betekent dat er doorgronde redenen zitten en daar kan je niet te snel doorheen breken. Maar hoe kunnen we de kracht van de arts beter benutten, daarvoor moeten we de artsen helpen en zij ons. We moeten als kanten elkaar vertellen hoe dingen verbeterd kunnen worden, en wat voor richtlijnen we hebben om in te werken. We laten ze zelfs meedenken over hoe kan ik mijn vak verbeteren maar we willen ook zorgen dat er minder onnodige behandelingen worden gedaan, dat dingen efficiënter gaan enz.

Nou ik denk dat als ik het zo hoor, dat jullie heel goed in het gedachtegoed zitten in vergelijking met de meeste ondernemingen die ik heb gezien in op de beurs. Als u succes factoren zou moeten noemen een ondernemer in E-health innovatie om de adoptie/implementatie van zijn/haar innovatie door huisartsen te doen slagen, welke factoren zou u dan noemen en waarom?

Ik denk dat het belangrijk is, om dus echt met de huisarts te blijven communiceren en samen te bouwen. En dan ook echt de normale huisarts niet alleen de academici. Maar waar is de huisarts in zijn dagelijkse praktijk nou echt naar op zoek, waar gaat het mis. En wat ik verder denk is wat voor ons heel goed heeft gewerkt is dat we onafhankelijk zijn, misschien ook wel een beetje geluk vanuit de denktank en onze sponsor, maar wat ons heel erg heeft geholpen is dat wij zelf nog een hele jonge en nieuwe generatie zijn en op zoeken, maar dat we ook veel senioriteit en kennis om ons heen hebben verzameld ook werkt. Kijk jonge jongens helpt wel maar als je de denktank achter je hebt, professoren, grote bedrijven en het LUMC staan dan denken mensen dit is gevalideerd en dan is het wel dat het van deze generatie gaat komen. Want de vorige generatie is gewoon niet geslaagd in het doorvoeren van hun producten kijk maar naar Google en al die start-ups tegenwoordig die komen uit jonge mensen met bèta achtergronden maar als je dan iemand hebt die de studie heeft in dit geval geneeskunde dan ben je goed onderweg.

Interview protocol entrepreneur 4

Zou ik als eerste aan u mogen vragen hoe lang bent u al actief als ondernemer?

Nou wij zijn opgericht in 2011 maar daarvoor waren we eigenlijk al bezig.

Hebt u nog een ander beroep gehad voor u ondernemer werd?

Dat is eigenlijk gekomen vanuit een huisarts, mijn man is huisarts en door onvrede met hoe het er aan toe ging in de huisartspraktijk, vooral ontevredenheid over de communicatie naar de patiënten maar ook tussen de werknemers. Voornamelijk met buitenlandse patiënten maar ook met Nederlandse mensen, daar moet je gewoon goed mee kunnen communiceren. Hij had het gevoel dat het zo goed liep als het al zou kunnen lopen. En verder was het ook voor patiënten waarvan je denkt dat ze goed Nederlands kunnen maar die weten eigenlijk nog maar de helft van het Nederlands en waardoor je dus snel foute diagnoses en dergelijke gaat stellen en dat is een hele slechte zaak. Het is een familie bedrijf geworden. Voor mij was het dus het probleem met de communicatie met anderstalige patiënten, want dus vaak moeizaam ging. Je kunt dan als huisarts niet alles bespreken en dan moet je vaak op het gevoel kijken wat ze hebben in plaats van een goede analyse. Vaak was het dan dat mensen via de telefoon op spreekuur kwamen of dat ze een tolk mee namen maar dat werkte amper. Vaak zijn dat dan familieleden en die weten ook maar de helft van het probleem. Ze hebben een beperkte woordenschat waardoor ze een woord heeft voor heel veel betekenissen. Bijvoorbeeld het woord koorts, dat betekent dat ze zich slecht voelt, dat ze zich ongerust maakt, maar dat is bijvoorbeeld ook hetzelfde met diaree dat kan variëren van diarree zelf, buikpijn, verstoppingen en zelfs menstruatie valt daar onder. Dan ga je als arts zoeken waar komt die diarree vandaan terwijl er misschien iets heel anders aan de hand is. Nou dat soort dingen heeft hij in zijn tijd meegemaakt en hij dacht nou jongens dit is geen goede manier van genezing en hier moet wat aan gedaan worden. Dat was het beginpunt zeg maar. Nou hebben wij twee zoons die IT-ers zijn en die daar dus ook bedreven in zijn die samen een programma hebben gemaakt.

Haha, dat werkt wel mee ja met het maken van zoiets?

Nou zo is het nu een beetje van de grond gekomen.

Hoeveel mensen zitten er nu in het bedrijf dan, is het al uitgegroeid?

We zitten er in ieder geval als familie in en dan hebben we nog twee mensen van de ICT en nog iemand van de HIS en zelfs nog iemand voor de administratie.

Oh, dus wel redelijk aan het groeien?

Ja, zeker ja, maar we zijn niet allemaal fulltimers hoor!

Maar zitten er wel fulltimers in op het moment u zelf?

Ik werk er zelf ook parttime. We werken allemaal een beetje waar dat nodig is. Ik zit bijvoorbeeld sommige weken fulltime en sommige parttime. *Ah, dat hoort ook wel een beetje bij ondernemen denk ik. De ene keer werk je de voetzolen van je voeten en de andere week kan je bijslapen.* Ja klopt.

Hebt u voor deze onderneming ook andere ondernemingen gehad?

Ik ben zelf wel diëtist maar dit is wel onze eerste en enige onderneming, want we waren al heel druk. Mijn man heeft ook nog zijn eigen praktijk dus.

Redelijk pittig als ik het zo hoor. Wat verstaat u onder E-health en hoe kijkt u daar tegenaan?

Nou ja, al die E-health, ik denk dat we wel moeten, want onze generatie wordt steeds ouder en ja op een gegeven moment kunnen wij gewoon de medische zorg vraag niet meer aan. Dit probleem kan alleen op gelost worden door de oplossingen die E-health in de toekomst zal bieden, dus ik kijk er positief tegenaan. Het is een ontwikkeling die je gewoon niet tegen kan houden en dat moet je ook niet willen. Als we kijken naar de ICT op dit moment en je ziet hoe langzaam dat gaat op het moment, maar ook dat probleem, dat wij hebben met buitenlandse mensen dat werkt gewoon niet.

Ja, ik wou dat iedereen er zo over dacht maar wat is jullie verkoop segment?

Op het eerste waren dat de huisartsen dus een beetje op bekend terrein maar nu hebben we ook connectie gelegd met de ziekenhuizen. We proberen ook steeds meer met hun te doen, dat wordt voor ons nog een hele belangrijke doelgroep. Ze zijn gewoon een stuk meer gestructureerd. Wij zijn zelf begonnen met een praktijkondersteuner, die gebruikt ook veel van die gevarieerde vragenlijsten en met namen voor de chronische zorg.

Zijn er dan ook huisartsen die het nu gebruiken?

Jazeker! Er zijn er al een aantal praktijken die het gebruiken waaronder ook wij zelf. We zijn er een aantal jaren geleden mee begonnen maar nu begint de kwaliteit van ons product te stabiliseren en kunnen we beter ons product aanbieden. De laatste tijd willen we ook daarom uitbreiden en er meer klanten er bij betrekken.

En wat zijn de voornaamste redenen dat huisartsen voor Nedtalk zouden kiezen?

Het begon met ons ideaal dat ervoor moet zorgen dat er een taalbarrière doorbroken werd. Maar om het interessant te maken voor de huisartsen is ook dat de efficiency beter wordt. En dat is zeker dat we daarom begonnen zijn met de praktijkondersteuners merendeels voor mensen met de diabetes. Die mensen moeten constant dezelfde vragen doorlopen en nu kan dat een stuk sneller via de computer maar vaak is het nog niet in de goede taal. Dit vinden huisartsen afschuwelijk werk net als patiënten zelf. Daarom hebben wij vragenlijsten hebben gemaakt welke de patiënt kan invullen en dan worden deze lijsten direct gelinkt in het systeem van de huisarts zelf. Hierdoor bespaar je een hele hoop saai werk voor de huisarts maar het creëert daarnaast ook meer ruimte voor het werk dat de huisarts zelf onderneemt. De patiënt heeft de vragen al ingevuld en dan kan de praktijkondersteuner in een oogopslag zien; hier ziet het probleem en daar moet aan gewerkt worden en dat is ook niet waar je als arts niet voor hebt geleerd.

Waren er ook obstakels bij de implementatie?

Ja, die zijn er ook nog steeds. Ik denk dat iedereen problemen heeft omdat zorgverleners ieder een bepaalde manier van werken hebben. Hiervoor moeten de nieuwe systemen van tegenwoordig allemaal op een hele andere manier zijn gaan werken. We moeten gewoon anders gaan denken en voornamelijk die zorgverlener moet anders gaan werken.

Ja, dat komt wel overeen met andere interviews. En zou u door uw ervaring met ondernemen/werken in de zorg en kennis over hedendaagse technologie juist sneller E-health innovaties kunnen implementeren bij specialisten of niet en waarom?

Nou, ik denk zeker dat het invloed kan hebben, want omdat mijn man huisarts is, en ik kom eigenlijk ook uit die wereld, maakt dat wij veel beter begrijpen wat zo iets betekent en voornamelijk dat wij het werkproces kennen.

Hoe probeert u dan het product aan de man te krijgen?

Haha, eigenlijk proberen we dat wel op alle manieren beurzen, ICT markten en anders. Wat wij zien is dat de huisartsen producten aanschaffen die ze voor het eerst gezien hebben bij ons van een beurs, een workshop waarna zich bij ons kunnen aansluiten om te proberen. Vaak vinden ze het dan zo goed dat ze het uiteindelijk willen aanschaffen. Het is een hele snelle adoptie eigenlijk. De huisartsen in huisartsenland worden op dit moment overspoeld met nieuwe producten en diensten.

Het is een chaos wat ze voor hun kiezen krijgen?

Ja, precies. Allereerst moeten we dus iemand hebben die ons leuk vind, de early adopters. Dat zijn over het algemeen wel computer minded mensen, en ja, en heel belangrijk is dat je iemand hebt die de kar trekt en die jouw product fantastisch vindt, want anders kost het gewoon heel veel energie om de andere partijen zover te krijgen.

Welke partijen betrekt u dan allemaal?

Zorgverzekeraars en patiënten. Een van de redenen is omdat zij het verschil kunnen maken voor de aanschaf van de huisarts maar je wilt ook kijken in je systeem waar je problemen liggen en het is nog heel nieuwe. Natuurlijk wil je de patiënt er ook aan krijgen maar dan moeten men ook weten hoe het allemaal werkt. Het is dus heel belangrijk dat er een aantal instanties zijn die dus gehoor geven aan jouw product. De zorgverzekeraar is heel belangrijk, omdat er een drempel is voor huisartsen, welke geprikkeld kan worden door een kleine bijdrage om het product te gaan proberen. De financiële prikkel is belangrijk maar niet alles. Een andere prikkel is de HIS gildes, huisartsen die de grotere instellingen zijn, die een extra bedrag willen op de inschrijfbedragen dan kan dat door aan bepaalde eisen te voldoen bijvoorbeeld door te vernieuwen. Hier kan je een aantal punten voor krijgen, hoeveel weet ik niet maar dat kan wel weer een prikkel zijn om een huisarts te laten innoveren.

Gek dat ik dat niet eerder heb gehoord. Het zou natuurlijk kunnen zijn dat het de meeste niet heel erg boeit maar dat lijkt me sterk.

De HIS-gilde, ja daar heeft elke huisarts mee te maken met als voorbeeld de HOEDs en de privé huisartsen, die zijn wat minder snel genegen. Die huisartsen doen het vaak alleen of om ze een nieuw product leuk te laten vinden. Het bedrag maakt hun veel minder uit, het gaat echt puur gebaseerd uit eigen interesse, missie en visie om de zorg te verbeteren dat ze het zouden gaan doen.

En wat denkt u dan? Wat voor strategie heeft u toen gekozen toen u op de markt kwam? En de verbetering zou u daar wat over kunnen vertellen omdat dit per producent heel erg verschilt.

Wat wij misschien niet hebben, want niemand heeft het, dat is natuurlijk iets waarop wij voorop liggen. Ons product zorgt voor kwaliteitsverbetering en efficiëntie verhoging. We zijn geen kostwinnaars, we willen de markt een product geven om de zorg echt te verbeteren.

En nog andere zaken?

Ja, ook om het leven van de huisarts makkelijker te maken en om tijd te besparen.

Gaan jullie nog upscalen?

Ja, dat willen we heel graag, maar we moeten natuurlijk klein beginnen. We komen veel hobbels tegen in het ondernemerschap. Je moet eerst kijken naar welk verschillende soort HIS systemen werken. Daarnaast heeft elke huisarts zijn eigen problemen. Elke huisarts wil ook graag zijn eigen werkwijze behouden en wilt zichzelf op andere manieren verbetert. En als je al gelijk begint dan wordt het een grote chaos, je moet klein beginnen dat kan niet anders in de huisartsen wereld. En naar mate alles gaat lopen dan is het mogelijk om te groeien.

Het is zeker geen gemakkelijke markt om in te innoveren hoor ik zo, maar wat denkt u dat deze zorg en huisarts zo erg typeert vergeleken bij de normale marktwerking.

Ik denk dat het een markt is die heel erg conservatief en terughoudend is. Daarnaast houden ze graag buitenstaanders buiten de praktijk. Huisartsen hebben lang gestudeerd en zijn vaak redelijk ingetogen. Wat ze hebben, hebben ze ook vaak helemaal zelf opgebouwd en daar laat je niet heel snel nieuwe spelers tussen. Zeker als je kijkt naar deze markt is het heel lastig als jonge onbekende ondernemer om hier te slagen. Gewoonweg omdat de huisarts ten eerste geen zin heeft om naar te zoeken, ten tweede als hij dan iets heeft gevonden dat het dan nog lastig is om te kiezen tussen de vele aanbieder s en drie, omdat hij dan vaak te maken krijgt met mensen die niet precies weten hoe de huisarts werkt ansich, maar die alleen het grotere plaatje kennen. Ze willen heel graag bij het oude vertrouwde blijven, dat is het vooral hoor. Bij de huisartszorg heb je toch wel eerder te maken met een groep die elke keer weer wat anders voor de kiezen krijgt en elke keer weer vernieuwing door moet voeren die wij niet zien. Dat is wel wat het typeert, maar al die processen lopen ongelofelijk stroperig. Alvorens wij aan de slag gaan om iets te implementeren in de zorg dat je daar zeker zeven jaar voor moet uittrekken, dat krijgen wij vaak mee van huisartsen. Het is daardoor een hele andere markt dan de commerciële markt. Het gaat gewoon allemaal wat langzamer.

Waar denkt u dat dan de grootste barrière ligt in dat proces?

De grootste barrière, nou doordat mensen niet met een andere manier willen gaan werken. Ze willen gewoon amper afstappen van hetgeen dat ze geleerd hebben. Dus ik denk dat je bij de wortel zou moeten beginnen om te kijken of er iets te veranderen is.

Ja klopt, bij de huisartsen praten ze er eigenlijk niet zo veel over. Maar het lijkt er steeds meer op dat ze niet van hun werkmethode af willen.

Nou dat niet alleen, maar het is ook dat het zo lastig is dat er al zoveel verschillende programma's zijn en je wilt alles in één systeem. Maar we merken ook dat de systemen niet gemaakt zijn voor de gebruikers maar juist voor alleen de mensen van de IT. Daar wordt niet goed over nagedacht, de gebruiksvriendelijkheid. Dat is ook moeilijk hoor maar die gebruikersvriendelijkheid die zou heel makkelijk moeten zijn. Het moet eigenlijk zo zijn dat de huisarts er niet eens over hoeft na te denken.

Nou hebt u veel ervaring met huisartsen omdat uw man een huisarts is en het lijkt wel alsof u daardoor erg verschilt met andere ondernemers, klopt dat?

Ja, ik denk dat dat inderdaad een grote rol speelt of je onderneming een succes kan worden. Of het een voordeel is dat weet ik niet precies. Maar ik denk dat als een initiatiefnemer uit het veld komt, dat hij eigenlijk opschrijft, laat zien wat er nodig is en waar het ontbreekt in bepaalde toepassingen. Dit maakt wat het succes zou kunnen betekenen. Huisartsen zijn namelijk veel minder genegen om dingen te geloven van mensen die niet uit deze branche komen. Het is gewoon belangrijk dat er kleine aanpassingen worden doorgevoerd met disruptive changes dan ga je het niet redden bij de huisartsen. Want dat gaat ze tegen staan en dat staat gewoon veelte ver van de huisartsen af.

Maar denkt u dan dat de huisarts eerder voor een groot bedrijf zou kiezen dan voor een kleine, wat voor factoren zouden daarin een rol kunnen spelen?

Ja, ik denk dat het stiekem wel uitmaakt hoor, want grote bedrijven hebben toch een soort van garantie of product en continuïteit veiligheid te bieden. En kunnen veel makkelijker flexibiliteit inpassen, in de systemen. Ze hebben ook veel meer manskracht dat als er iets moet worden aangepast in vergelijking met de kleine bedrijfjes.

En de instelling van de ondernemer die echt commercieel is, die wil gewoon graag zijn ROI behalen maar de huisarts is een zorgleverancier, die is met sociaal-maatschappelijk werk bezig.

Nou wij merken het al bij ons zelf. Wij wilden eigenlijk juist die goede zorg verlenen maar als je wilt blijven leven ook als bedrijf dan moet je commercieel zijn, want anders verdien je niets. In ons segment als zorgverlener moeten we wel anders leren denken. De huisarts die redt het wel, alleen wij moeten zoals de zorgverleners leren denken. Echter hebben wij in de onderneming niet veel gezien dat deze twee gedachtes botsten, dat gebeurt niet zo veel. Het is wel belangrijk dat we naar elkaar blijven luisteren. De artsen denken namelijk dat wij als onderneming al helemaal binnen zijn en dat we heel veel geld verdienen. En daarom snappen ze vaak niet dat wanneer je als arts geld moet investeren dat dat zoveel moet zijn, voor dat je überhaupt er iets voor terugkrijgt en dat je zelf wat er aan kan verdienen. Terwijl wij verdienen nu nog niets hoor het wordt allemaal in het bedrijf gestoken wat we op dit moment binnen krijgen. Wat af en toe wel is heel vervelend kan zijn, op zijn tijd.

Ah ja, ik heb nog twee vraagjes. Hoe onderscheidt u zich met Nedtalk binnen uw competitieve omgeving in vergelijking met andere producten.

Omdat wij een doelgroep hebben die niet vaak wordt aangeschreven, wij werken namelijk met anderstaligen. Daarnaast zijn wij als bedrijf genegen om te investeren in de HISen van de huisartsen maar ook om deze processen en modellen te verbeteren. Wij bieden dus buiten het systeem dat we aanbieden, ook een dienst aan. Een huisarts heeft er een hekel aan als hij alleen een systeem aangeleverd krijgt. Dit is namelijk een systeem met heel veel mogelijkheden wat ook makkelijker is aan te sluiten bij wat wat de huisarts zelf heeft. Dat kost wel heel veel werk en hysterie omdat al je in probleem stelsels zit te werken, wat zij al hebben gemaakt. Als alles eerder geïntegreerd zou zijn met elkaar en tussen de huisartsen dan zouden we al veel verder zijn. Maar je ziet ook dat er steeds weer aanpassingen gedaan moeten worden. Aangezien de huisarts net zo is als mijn man, het is nooit goed. Je moet dus iets geven wat de huisarts persoonlijk wilt, dus bijna persoonlijke hulp. Het kost daardoor zoveel tijd, ook omdat iedereen het een klein beetje anders wil.

Ja, het is zo een moeilijk proces als ik het zo hoor, want het is zo anders als de normale gang van zaken. Het duurt lang, er is weinig geld maar wel veel vraag naar. Als u succes factoren zou moeten noemen voor een ondernemer in E-health innovatie om de adoptie/implementatie van zijn/haar innovatie door huisartsen te doen slagen, welke factoren zou u dan noemen en waarom?

Dat is een hele lastige, ik denk namelijk dat er behoorlijk wat factoren zijn. Maar wat wij merken is dat het bij huisartsen is dat de systemen geïntegreerd kunnen worden met de systemen die zij al gebruiken. Dat is een belangrijke succes factor, ja.

Waarom denkt u dat de huisartsen dan zien als de succesfactor?

Mijn man die ziet dat zo, en wij merken dat ook heel erg als wij aan komen met onze producten. Ze klagen heel veel over de verschillende systemen die er langzamerhand worden doorgevoerd en zien hierin heel graag wat verandering. Ik denk dat het probleem al daarvoor zit. De producten moeten natuurlijk goed werken en veilig zijn maar als we kijken naar wat er echt

gevraagd wordt is het de oude werkmethodes kunnen houden en nieuwe kleine aanpassingen kunnen doorvoeren. Grote veranderingen zijn '' too much'' voor hen.

Experts

Interview protocol expert 1

Zou ik allereerst mogen vragen hoe lang u al actief bent als werknemer binnen uw bedrijf?

Ja, ik zal het allemaal even kort inleiden, want wij zijn wel redelijk een geval apart. *Haha, ja dat hoor ik in ieder geval bij de ondernemers wel vaker.* Kende je X al? *Ja, ik dacht dat ik jullie had gezien op de Zorg en ICT beurs, maar het kan wel dat ik het van internet heb hoor.* Nou wij hadden inderdaad geen kraam op die beurs, maar even aanhakend bij wat jij onderzoekt met systemen enz. Ik heb zelf als verpleegkundige gewerkt, ik heb informatica gedaan en ik heb wat MBA s gedaan dus ik weet wat van de zorg, ik weet van de ICT, iets van management en ik heb lang gewerkt met het UMC. Die helpen wij met E-health met de ICT en onderzoeken hoe dit verbeterd kan worden. We hebben hier veel onderzoeken naar gedaan onder de mensen en wat me eigenlijk al een beetje verbaasde; vijf en zes jaar geleden was er zo veel groei in de E-health maar niks wordt gebruikt. Heel veel aanbod van ICT leveranciers maar ook voor dokters van ziekenhuizen en de GGZ, allerlei tools, noem maar op. Eigenlijk was er veel aanbod maar werd het nog heel weinig gebruikt en toen had ik zoiets van hoe komt dat nou? Dus toen heb ik eigenlijk X bedacht. X is eigenlijk een platform zeg maar dat al die tools al dat aanbod met elkaar verbindt, als het ware een digitale poortdeur. Dus je logt in als Dhr. Jansen dan zie je direct je eigen apotheker, specialisten en huisartsen en daar kan je dan ook zorg aanbiedingen in meenemen die de zorgaanbieder aanbiedt.

Hoe lang is dit geleden?

Zeg zes á zeven jaar geleden, dus ik vergelijk dat met de gehele zorg, met de RABO kan je over de hele wereld pinnen ook in vreemde landen. In Amerika komt dat dan doordat het een organisatie is aan de achterkant die de banken aan elkaar verbindt en ervoor zorgt dat je overal jouw geld kunt opnemen, en zo een zorg voordeur willen wij ook zijn voor de zorg zeg maar. Maar daar komt ook nog is bij dat je niet van bestaande systemen af kan. Huisartsen werken volgens een bepaald HIS en een ziekenhuis met een ZIS en wij willen dat niet vervangen maar wij ontsluiten de E-health uit die bestaande systemen. Dus eigenlijk zeggen wij je kunt gewoon met je eigen systeem blijven werken alleen wij sluiten iedereen aan. Een portaal voor de patiënten, een voor de huisarts en een voor de specialisten.

Dus jullie zijn voornamelijk gericht op de integratie van de gebruikelijke systemen en de systemen die er nu gemaakt worden?

Ja, dat klopt je zou het via Youtube goed kunnen bekijken. We hebben gehele animatie gemaakt over ons bedrijf die duurt nog geen twee minuten, dus kijken.

Ik denk ook zeker dat er vanuit de huisartsen veel vraag naar dit soort dingen is maar dat er nog een soort van terughoudendheid is komt het nog niet heel erg van de grond. Zou u kunnen vertellen, hoe zit uw onderneming in elkaar?

Toen ik het idee bedacht heb zat ik alleen met de secretaresse maar toen kreeg ik één miljoen subsidie, een flinke bak centen. Waarna ik het systeem in zijn geheel heb op gezet en vervolgens is alles redelijk succesvol gelopen, omdat er veel vraag naar was ook vanuit de tweede en derde lijn. Ook toen de subsidie op was kreeg ik nog groen licht en werd ik geadviseerd verder te gaan ermee. Ik kom dus ook uit een bedrijf ik heb als zorgverlener en vanuit daar werd er al om hulp gevraagd, en heb daar zelf ook gevraagd, naar hulp om te helpen bij het ontwikkelen van dit product. Ook om te kijken hoe ze het zouden vinden om van papier naar digitaal te gaan. Van de oude naar de nieuwe wereld en daar speelt X een grote rol in. Wij zijn nu heel erg gespecialeerd in hoe brengen we een project naar een werkend bedrijf en dat kostte wat tijd maar de financiële injectie werkte het sterkst. We werken nu met vier project managers, een secretaresse en hebben nog wat investeerders achter ons staan.

Flink uitgegroeid dus!

Jazeker, we zijn nu ook al richting Duitsland aan het kijken voor uitgroeimogelijkheden.

Was het lastig om te groeien, heeft die injectie met geld jullie van de grond doen komen?

Nou eigenlijk is de zorg eigenlijk wel lastig, X zit eigenlijk net in dat milieu maar gelukkig is er niemand tegen X. Of je nou in het ziekenhuis, een medisch centrum of een huisarts komt iedereen zegt we willen jullie product wel. Het is zo mooi bedacht zeggen ze allemaal maar de besluitvorming in de zorg is zo ontiegelijk traag, dat is echt essentieel voor ondernemers om hier rekening mee te hebben. Ik ken huisartsen die drie jaar nodig heb gehad om tot een besluit te komen. Dus besluitvorming en het hele traject daar naar toe is gewoon heel lastig. Als het contract er eenmaal ligt kunnen we aan de slag en dan kan je laten zien hoe goed het is. Dan komt dat technische verhaal om de hoek kijken waar je samen moet gaan werken met HIS ontwikkelaars en andere E-health product ontwikkelaars terwijl wij vinden het juist belangrijk dat de E-health wordt gebruikt

zoals het zou moeten in plaats van al dat geklunsd. Daarvan wordt die arts ook weer blij en ook die patiënt en daarnaast moet het ook nog is geld opleveren. Er is een methode ontwikkeld waar we met de arts bepalen hoeveel patiënten heb ik als huisarts, hoe vaak komen die, en hoe kunnen we dat reduceren met E-health. Dat soort doelstellingen stellen we dan met hun en dan werken we met promotieteams die bij de artsen gaan helpen en kijken met de patiënt hoe het in zijn werking gaat. En zo kunnen we zien of het handig is en wat de patiënt ervan denkt. Dat soort methoden hebben wij echt heel veel. In de zorg moet je niet alleen proberen aansluiting te vinden maar je moet juist willen dat hij het echt gaat gebruiken. Dit geldt ook zo voor de huisarts.

Was X uw eerste onderneming?

Ja, en formeel ben ik nog steeds gedeeltelijk gebonden aan het UMC maar we zijn nog niet helemaal los zoals sommige andere ondernemingen.

Ah, je hoort het veel hoor dat de ondernemingen vaak nog vast zitten aan onderzoekscentra. Het is niet raar dat zoals u het al zegt, wanneer die mensen niet het nut van het product in zien en je dus niet in contact kan komen met die doelgroep dan gaan ze ook je product niet aannemen en dan gaat die besluitvorming nog veel langzamer. En hoe kijkt u tegen al die nieuwe ontwikkelingen in E-health aan?

Nee, ik denk dat het een beetje bij de zorg hoort, we zijn toch bezig met bank en verzekeringszaken en in mijn optiek zou dat in de zorg ook moeten dat ondernemerschap en die ontwikkelingen. Er zijn nog zo veel efficiëntie winsten te behalen op het vlak van de huisarts. Ik bedoel net als met telebankieren, toen ik nog 20 was toen nam ik geld mee naar de balie van de bank en dan brachten/nam ik dat mee naar de volgende partij. Terwijl nu kan je alles heel eenvoudig overmaken via het internet. Daarbij werden eigen klanten ingezet in het ontwikkelproces en dat zouden ze ook moeten doen in de zorg, want daar gebeurd dat nog veels te weinig joh. Mensen meer vrijheid en verantwoordelijkheid geven om dat te doen. Vooral chronische zieken die kennen hun problemen en weten dus beter dit te monitoren. Financiële prikkels zorgen ervoor dat mensen zullen leren wat de zorg kost, want vele weten dat nu niet. Je betaalt aan je verzekeraar en die betaalt je huisarts maar je weet hel maal niet hoeveel geld daarin rond gaat wat belachelijk is. Ik zou wel eens een pilot willen doen van net als ze bij die banken deden. Als je nog is bij je huisarts komt en je wist hoeveel je moest betalen of de mensen dan beter zouden gaan nadenken en de marktwerking dan beter zou gaan functioneren. Nu is alles nog zo oubollig. Maar ik ben dus benieuwd wat die prikkels, financieel, of die de efficiëntie van die praktijken maar ook van die patiënten gaat verhogen. Of dat er daar vraag naar komt.

Maar met uw huidige ervaring binnen X, als u nu een nieuwe onderneming zou starten dat u beter weet waar u moet beginnen?

Ah, X is gelukkig nooit klaar, we proberen heel erg met de wereld mee te veranderen. We hebben een focus op de horizon waar we heen willen maar ook naar wat er om ons heen gebeurt. We proberen ons aan te passen naar wat de markt doet, wij zijn een voorligger maar ook een follower in sommige aspecten.

Gaat die verandering snel?

Ja, er is veel nieuw werk materiaal maar er wordt nog heel weinig gebruikt. Laten we met het principe van X eerst er maar is voor zorgen dat we er allemaal toegang tot krijgen en dat je dus snel al je diensten kan bereiken en ook weet wat er allemaal voor je op de markt is. Nu is dat allemaal zo omslachtig en lastig. Als ik een afspraak wil maken met mijn huisarts dan moet ik nog steeds bellen en voor een uitslag met een bloedonderzoek moet ik tussen half twee en drie bellen... Ik wil gewoon altijd kunnen kijken, het zo heel fijn zijn als ze dat aanbieden aan hun patiënten.

Jullie werken veel samen met huisartsen of ziekenhuizen dan?

Nee voornamelijk toch echt de eerstelijns dus de huisartsen. We zitten in de zorg maar ook in het onderwijs we bieden meerdere diensten aan om ervoor te zorgen dat iedereen er beter van wordt. Zelfs voor kleinere instellingen en instituten. We willen onze sociale omgeving verbeteren.

Hoe implementeren jullie dan zoiets als X bij de eerstelijns zorg, gaan jullie naar ze toe of hoe moet ik dat zien, als een business case?

Wij gingen met ons werk in eerste instantie één voor één alle huisartsen langs, wat dus veel op maat werk is, maar nu zijn we een standaard product aan het maken dat overal past. Je ziet echt een transitie ook op de markt. Één op één contact product

naar een gestandaardiseerd product voornamelijk omdat er zoveel systemen zijn, welke dus nu langzamerhand met elkaar verbonden aan het raken zijn.

Beginnen jullie door de grote van jullie bedrijf je steeds meer te richten op het complete plaatje dan de klanten apart?

We willen heel persoonlijk blijven maar gezondheidscentra en medische centra daar kan je niet maar met een persoon blijven werk. Er zitten daar in elk van die instanties zoveel aandeelhouders waar je allemaal rekening mee moet houden. Dus dan kan je beter een goed werkende discipline aanbieden die als portaal werkt voor alle hulpverleners in die centra.

En welke partijen betrekt u in het doorvoeren van uw innovatie, u hebt nu een aantal samengewerkt met die huisartsen om X door te voeren, wie zijn dat dan uiteindelijk?

Je probeert met zoveel mogelijk stakeholders samen te werken, huisartsen, zorgverzekeraars, medische centra, ICT leveranciers en de patiënten zelf. De mensen hoeven niet met nieuwe systemen te gaan werken maar er moet natuurlijk wel gekoppeld worden dus we moeten met al die partijen, welke allen hun eigen invloed hebben, om de tafel om te kijken wat daar mogelijk is. Want zeker die ICT leveranciers zijn vaak al redelijk outdated. Het contact met de huisarts zelf is wel redelijk belangrijk, want zij moeten instructies krijgen en afspraken maken om hun er mee te laten werk en om te kijken hoe zij überhaupt te werk gaan daarom ook X. Wij regelen alles een beetje achter de schermen.

Bij wie legt u dan de focus de klant of de patiënt?

Nou wij maken natuurlijk voor de burger maar verkopen het aan de huisartsen en de zorgverleners. Een patiënt zal er nooit voor willen betalen, want internet is gewoon gratis dus patiënten willen zich hier niet in mengen maar die willen wel zien dat het verandert, dus dan moet je met beide partijen kijken waar de focus ligt.

Betaalt de huisarts of de zorgverzekeraar aan jullie?

In principe wordt het door de zorgcentra en verleners afgenomen en heel sporadisch door de zorgverzekeraar hoor.

Dat is ook voornamelijk voor de huisarts, de huisarts ziet ook een aantal problemen en voornamelijk dat zij het budget echt niet hebben en dat ze het dus moeten hebben van grotere partijen die het voor hen willen subsidiëren voordat zij een nieuwe innovatie gaan doorvoeren. En als u nou is wat factoren zou moeten noemen die ervoor kunnen zorgen of uw innovatie wordt geïmplementeerd, wat is dan echt dé succes factor van X?

Dat is een lastige, maar ik denk het gebruik van bestaande systemen dus dat je gebruik kan blijven maken van je eigen systeem. De huisarts zal vanuit zijn eigen systeem ook gebruik moeten kunnen maken van de E-health die wil echt vanuit zijn eigen systeem blijven werken en dat zit bij ons ook in de strategie. Dus de integratie, je moet gewoon alles direct op zijn kop zetten. Het is echt een eilandjescultuur en wij moeten zorgen dat die allemaal is gaan samen werken.

Het is inderdaad een zware cultuur om in te werken denk ik zo maar wat voor entry strategie hebben jullie gebruikt, en waarom? Ik hoor dat u alleen bent gestart maar zou je nu iets anders adviseren aan nieuwelingen in de markt?

Wat heel belangrijk is, het zit ook in de CSF-koppelingen maar ook het vertrouwen. Wat ons heeft geholpen is dat we het UMC onder ons hadden en op het visitekaartje hadden. We hebben heel lang gewerkt met en voor de zorg en nou ja, zorgverleners hebben ons ook gezien als iemand met wie ze optrekken en onderhandelen in plaats van een directe ICT leverancier. Het gunnen speelt daarin een grote rol, je moet gewoon een goed netwerk hebben. Dat blijft binnen deze sector van cruciaal belang.

En als u dan de onderneming weer op nieuwe zou moeten starten zou u dan weer een eigen zaak worden of zou u samen werken en u koppelen met andere bedrijven?

Oei, lastige want, ik denk dat het is gegaan zoals het is gegaan. Ik denk dat als ik het opnieuw zou moeten doen, je leert wel en je komt weer nieuwe dingen tegen maar ik denk dat ik er nu een goede visie op heb hoe je er mee om moet gaan vandaag de dag.

Ja, dat begrijp ik, maar ik dacht ik heb het zo gedaan nu maar als ik er op terug kijk zou dit misschien slimmer zijn geweest.

Hm... Ja, dat zijn wat kleine dingen, dat is financieren en interne afspraken maken maar nee ik denk in de grote lijnen dat we het heel goed hebben gedaan. *Haha, dat kan natuurlijk ook, voor mij is dat interessant om te kijken hoe zou u het hebben gedaan als u het opnieuw zou mogen doen. Dit is namelijk wel een redelijk succesverhaal heb ik het gevoel.* Ja, natuurlijk zit je wel te denken hoe kan ik meer snelheid maken, buiten de regio, hoe kan je sneller op schalen en extra cashen. Maar ik denk dat dat niet kan binnen de zorg, vertrouwen geleidelijkheid en de gunfactor zijn allemaal dingen die veel tijd kosten. Je moet een voor een ze allemaal afgaan want het is anders onmogelijk.

Maar is dat ook iets dat jullie willen opschalen en de grootste worden of willen jullie blijven diversifiëren.

Ja, wij leveren ook geen dienst hè. Wij willen met de bestaande diensten alles binnen een platform te integreren. Wij maken geen e-consult of een afspraken-systeem, wij vinden niet opnieuw het wiel uit maar we hebben zeker ambities om groter te worden en gedeeltes van de grotere markten te overwinnen. Maar hier moet je natuurlijk ook weer op passen, want daarin kan je weer heel veel krediet verliezen als dat vertrouwen en die instelling van de huisarts dat ze met jou willen blijven samen werken.

Maar wat willen jullie uiteindelijk worden, willen jullie kostleider te worden wat is jullie toekomst visie?

Ja, we willen natuurlijk landelijk op te schalen en dat kan niet door stil te zitten maar voornamelijk te kijken wat gebeurt er op de markt en hoe blijven we bij. We zijn nu voornamelijk anticiperend in plaats van innoverend. Innoverend is echt voorop lopen en het nieuwste van het nieuwste te hebben, waar we niet op tegen zijn maar wij proberen iets meer anticiperen te zijn wat gebeurd er en hoe sluiten we aan bij die beginsels.

Ja, maar jullie zijn natuurlijk ook een platform, want dat kan je eigenlijk niet constant voorop hobbelen toch?

Ja, precies dat kost zo veel geld en tijd en je wint er heel weinig mee als je dat doet. En dat is natuurlijk wel belangrijk voor ons.

Maar willen jullie een kostleider worden of willen jullie kwaliteitsgericht denken voor sommige bedrijven is het natuurlijk minder kosten is het meer klanten wat ook heel interessant is, hoe richten jullie je daar op?

De eerstelijns wil echt tegen de kostprijs, het liefst, dus daar kijken wij ook een beetje naar hoe kunnen we ze dat aanbieden maar toch onze kwaliteit te behouden maar toch moeten we vaak willen dat de klant er geld voor betaalt en als dat niet kan dan zoeken we samen naar een andere optie.

En waar ziet u dat het nog ontbreekt op de E-health markt?

Hm, ik denk dat er een hele goede E-health is hoor en dat de toegang er toe en het gebruik heel erg tegenvalt. Dat kan temaken hebben met dat ik net vertelde met die factoren die ik noemde. Die systemen hebben zo een ingewikkeldheid en het geld zijn invloedrijke factoren en dat is eigenlijk niet wat we willen. Ik denk dus dat bestaande producten verbeterd kunnen worden in de zin van gebruikersgemak. Als je ergens in de drukte zit en het product werkt niet super eenvoudig dan haken mensen af. De toegankelijkheid is daarin heel belangrijk, en dat ze het voordeel zien.

En wat onderscheidt voor u de huisarts zich van de normale klant? Ik denk dat dat wel een van de belangrijkste dingen is.

Wat bedoel je met een normale klant voor ons is de huisarts een normale klant.

Maar de huisarts is toch heel anders als je het vergelijkt met de andere klanten hoe ziet u dit?

Nou, het is wel zo dat als we met een gezondheidspanel komen dat er altijd iemand van E-health heel enthousiast is en er ook altijd wel iemand is die altijd heel sceptisch is. Maar als je goed laat zien wat je product is dan zijn ze wel genegen om iets te proberen hoor maar je moet ze echt enthousiasmeren, velen zijn zo ongelofelijk afhoudend. Ze zijn meer gewoon bedenkelijk en geven niet zo snel toe, daar moet je gewoon rekening mee houden.

Waar denkt u dat een huisarts eerder zijn heil zoekt een ondernemer of een bekender bedrijven en welke factoren spelen daarin een rol?

Uh, nou wat ik ook al zei, vertrouwen en gunnen is heel belangrijk. Het gaat heel erg om je netwerk en dat wij ook heel erg hebben geprobeerd te hebben en niet als een ondernemer erin hebben gestaan. We zijn een samenwerkingsplatform en

werken vanaf zorginstituten als het UMC maar daarom denk ik dus dat het niet echt uit maakt wat voor bedrijf je bent, jong of oud doet er niet zoveel toe het doet er mee toe hoe de artsen en instituten je bedrijf zien, vertrouwelijk en onafhankelijk. Het is misschien nog wel belangrijker dan het product.

Gekke vraag misschien dan maar hoe creëren jullie dat vertrouwen bij de zorginstellingen

Ja, dat heeft met je presentatie en je netwerk te maken, hoe functioneren, hulpbehoevendheid, situaties samen mee maken, je moet het echt samen doen. Het is niet zo dat de huisarts je veel rijksdaalders geeft en dat het dan werkt maar we moeten vragen huisarts doe je mee, je verandert wat concepten en samen bijt je door de zure appel. Eerst investeren en dan haal je pas de baten eruit. De vruchten zal je altijd pas later plukken en dat moet je met elkaar delen dat proces en dat moet zo een huisarts ook door hebben.

Het feit dat een ondernemer een commerciële doelstelling heeft met zijn product, en de huisarts (waarschijnlijk) eerder een sociaal-maatschappelijke gedachte, hoe kan dit een rol spelen in de adoptie van een innovatie?

Aan de ene kant moet je een deal maker kunnen zijn en aan de andere kant als ik naar een huisarts ga dan kan ik beter in mijn spijkerbroek gaan dan in mijn pak, want dat spreekt de huisarts gewoon niet zo aan van die gelikte mannen. Dat zegt iets over de cultuur van beide groepen. Gladde verkopers die producten komt verkopen dat wekt aversie op bij een huisarts. Het belangrijkste is natuurlijk dat het je gegund wordt en het vertrouwen wekken dat je een goed product hebt dat en het werkt, dat je samen geloofd in een bepaalde missie en dat je een visie deelt. Daarin moet je jezelf in onderscheiden. Kijk die techniek die wij hebben die kan iedereen maken maar die koppeling met de klant, die is veel lastiger te maken.

Maar op wat voor manier is uw product superieur aan andere platform producten? Als een huisarts aan het zoeken is en ziet dit is X, en is beter dan omdat...

Dat wij samenwerken en samen verantwoordelijk zijn voor het product de ontwikkeling van het product welke ook nooit op houdt. Technisch gezien is het zo gemaakt maar dan begint het proces pas. Het gebruik ervan en het aanpassen van dit product ook. Samen loop je er mee weg uiteindelijk. Ook de promotie teams kunnen hierin een rol spelen!

Als u succes factoren zou moeten noemen voor een ondernemer in E-health innovatie om de adoptie/implementatie van zijn/haar innovatie door huisartsen te doen slagen, welke factoren zou u dan noemen en waarom?

Ja, dan val ik denk ik in herhaling het blijft gewoon om vertrouwen gaan en visie en missie zijn erg belangrijk. Het samenwerken met elkaar en dat lijken open deuren maar daar zit heel veel werk in. Aan de technische kant niet de boel op zijn kop zetten maar juist de werkwijze in stand houden en daarin verbeteringen aan brengen. Zo zorg je voor een toegevoegde waarde aan het product voor de eigenheimers in de huisartsen praktijken, en als je die meerwaarde kan creëren samen met het verbeteren van hun werkproces en ook om te zorgen dat ze je vertrouwen. Dan ben je binnen en bij de zorg werkt het dan zo, dan kom je er ook niet zo snel meer uit! Succes gegarandeerd.

Interview protocol expert 2

Hoe lang bent u al actief als werknemer binnen uw bedrijf?

Wij hebben een E-health bedrijf, we zijn begonnen met het begrip disease management. Feitelijk hebben we altijd gestuurd op zorgprocessen en hebben we met microscopen erop gekeken naar wat doet een patiënt nou in de zorg en hoe zou je dat zorgproces daarom heen kunnen verbeteren en dan zitten wij in de adviseursrol. Wij hebben ons altijd gericht op de hulpverlener en als die beter of anders functioneert dan heeft de patiënt er ook wat aan was het idee. Nu met E-health zie je bij ons in het bedrijf de patiënt steeds meer in beeld komen. Daarnaast is het zo dat wij er veel gebruik maken van internet technologie omdat dat eigenlijk tegenwoordig steeds eenvoudiger te gebruiken is voor ons. Voor jou beeld; Wij zijn samen met X een bedrijf in X en wij doen de berichtgeving in de Nederlandse zorg. Dat wil zeggen wij doen de recept- en laboratoriumberichten over de lijn. Dus in plaat van over papier doen wij dit over het net, wat voor ons als groot voordeel heeft dat wij eigenlijk alle huisartsen, ziekenhuizen en apotheken als klant hebben. Als jij het dan over E-health hebt en hoe kom ik bij die huisarts nou wij hebben daar feitelijk al een financiële relatie mee en een product, dus dat maakt het slim. Je ziet met E-health dat huisartsen redelijk behoudend zijn als het gaat over innovatie en het probleem is een beetje dat als wij er een beetje mee te maken hebben, met ons bedrijf, dat wij altijd studeren op wat is nou een voorlopende huisarts, want dat zijn de speciale groepen waar je gebruik van kunt maken en dat is niet eenvoudig hoor, en ik kan je me voorstellen dat je daar vragen over stelt.

Hebt u nog een ander beroep gehad dan hetgeen dat u nu doet?

Ik heb dit bedrijf 20 jaar geleden opgericht met een collega en ben daarvoor 10 jaar apotheker geweest. Ik heb toen twee apotheken gehad een in Apeldoorn en...

Bent u dan gestart door uw ervaring in de sector waar u al in zat?

Ja, ik ben, je moet het zo zien, ik ben een van de eerste apothekers die tijdens zijn studie met communicatieprocessen bezig was, en dat komt wij hadden een chemische opleiding, dat was in de jaren 70, biologisch chemisch en natuurkundig, zo mag je het wel zien, en feitelijk dacht ik toen dat het vreemd is dat als je pillen slikt dat je dan het dan over chemie hebt terwijl het veel meer bij mensen gaat om het daadwerkelijk gebruiken en het goed gebruiken. Dus ik heb na me studie, welke heel lang was bijna negen jaar (farmacie), dacht ik bij me zelf het gaat eigenlijk om een goede voorlichting en daar heb ik modellen voorgemaakt; een op een, een op tien en een op meer voorlichting en dan is een op meer voor zalen enz. En wat wij dan nu in het bedrijf zien dat een op meer veranderd in en is en, het is dus eigenlijk door internet, ook en doordat mensen onderling kunt laten praten over problemen in de zorg en dat vind ik interessant.

Een hoop transparantie dus en ik neem aan dat u dat met een partner hebt gedaan in de software, want dat lijkt me niet heel erg makkelijk?

In het begin was een apotheker ook en wij hebben voor de beroepsvereniging een hele hoop implementatie voor de farmaceutische patiëntenzorg kunnen doen en daarom zijn we eigenlijk met het bedrijf begonnen. Als je nu naar het bedrijf kijkt hebben we veel samenwerkingsverbanden met ICT bedrijven en we hebben zelf een ICT bedrijf. Wat ons eigen bedrijf doet wij zorgen dat rondom die zorgprocessen de data rondstromen en wij kunnen die data uit al die huisartssystemen halen en analyses mee maken. Daar bouwen we zogenaamde cockpits op waarop die huisarts kan zien hoe die performed, stel ik heb een hart aandoening of een therapie of ik wil weten hoe het met een diabetes patiënt gaat nou daar kunnen wij indicatoren die landelijk zeg maar vastgesteld zijn door de beroepsvereniging en stel je hebt suikerziekte dan moet je eigenlijk ook altijd weten of iemand hartklachten heeft of bloedvatproblemen nou dat leg je vast in je dossier en dan kijken wij vervolgens of een huisarts het in zijn dossier heeft staan bij zijn patiënten. Stel dat hij dat bij meer dan 70 procent van zijn patiënten niet heeft staan, dan zal ik een huisarts kunnen vragen van goh hoe komt het dat jij niet optimaal je gegevens hebt ingevuld heb je die patiënt überhaupt niet benaderd of zoeken naar een verklaring zeg maar, wij zitten dus een beetje in de data op dit moment.

Ik denk dat het zeker heel belangrijk ook is, en een beetje de trend van vandaag het data verzamelen. Het zorgt ook voor meer transparantie. Maar als ik het woord E-health noem, waar denkt u dan aan, heel veel mensen hebben daar een verschillende perceptie bij, wat verstaat u als specialist daaronder?

Ik zal je even uitleggen hoe ik daar mee in aanraking ben gekomen, dat is toch wel al vijf of zes jaar geleden. Toen liep ik met een idee rond dat al die data die wij verzamelen dat we die nu nog allemaal in typen. Dus als jij een receptie wilt verstrekken

dan typt de huisarts dat in zijn computer en dan gaat dat recept naar de apotheker toe. Feitelijk zag je dat op een gegeven moment met laboratorium machines. Dan ging het bloedmonster opeens de machine in en kregen we de data vanuit de machine zelf, bijna onwerkelijk. En wat je nu eigenlijk ziet is dat apparaten data gaan produceren en toen ben ik me daar in gaan verdiepen want we doen al 90 miljoen berichten per jaar, en als al die apparaten die met elkaar laat communiceren en ook nog eens data laat produceren dan gaat dat fout. Toen ik me dus daarin ging verdiepen kwam ik al snel E-health tegen. Ja, en dan zie je eigenlijk dat je twee stromingen hebt in Nederland zie je E-health gericht op de hulpverlener en als je naar het buitenland kijkt dan is dat veel meer de patiënt die daar centraal staat. Ik zit er een beetje tussenin. Als ik naar me werk kijk zit ik in commissies landelijk van E-health die zich met Nederland bemoeien en dan zie ik dat de focus heel erg is op de zorgverlener. Krijgt hij er een vergoeding of subsidie voor dat soort vraagstukken terwijl ik denk dat het veel interessanter is om naar de patiënt te kijken, want die adopteert die spullen toch wel en dat is iets dat de zorg nu ontkent, eigenlijk is E-health, als je het disruptive zou mogen noemen, want die patiënt gaat gewoon zelf meten. Dat doet hij namelijk nu al vanuit sporten en dergelijke door ze hartslag te meten, omwentelingen op de fiets en zo en ik ben net naar Dusseldorf geweest nou er was een hal vol met ondernemers met instrumenten waarmee de patiënten zelf dingen kunnen meten en die zijn allemaal betaalbaar aan het worden, dus ik kan me niet voorstellen dat die huisarts straks E-health nog ontwijkt, en dat de huisarts nog zijn kop in het zand steekt, want dan is hij straks gewoon zijn baan kwijt.

Ja, precies dat is ook zo, die E-health neemt binnenkort alles over en ik denk dat zij daar ook stiekem een beetje bang zijn daarvoor.

Ik weet niet hoe het onderzoek eruit gaat komen, ik denk dat er namelijk iets anders achter zit, die huisarts is namelijk een solist die liever niet opereert in een team verband, daarom ben ik ook blij met die groepspraktijken en verbanden maar het zijn doorgeleerde mensen die moeilijke beslissingen moeten nemen die ze eigenlijk niet willen nemen. Daarom werken we hier ook met psychologen om te kijken hoe krijg je nou iemand bewogen en dat is het ook hé, het is voornamelijk bij grote projecten van belang dat je nadenkt over een strategie hoe je iets tussen de oren krijgt en daar zijn we over het algemeen behoorlijk handig in.

Ik denk het wel ja als ik u zo hoor, eigenlijk heel erg vergelijkbaar met het onderzoek waarmee ik bezig ben... maar waarom denkt u dat de huisartsen voor uw product kiezen ?

Wij hebben om je een voorbeeld te geven we hebben een product gemaakt, het is een beetje met E-health producten maken als je het heel plat slaat, technologie op een apparaat of iets anders waarmee je de zorg kan verbeteren, in mijn visie is het E-health als je de verbinding legt tussen verschillende partijen via een apparaat. Wat was je vraag ook alweer?

Waarom de huisartsen uw product willen hebben?

Met de tijd mee hebben wij gewoon echt goed verstand van zaken en hier lopen veel mensen rond die consultant zijn, het zijn goed opgeleide mensen dus dat helpt maar wij bouwen producten altijd vanuit ons maken altijd business cases. Wij stellen ons niet de vraag of we geld kunnen verdienen maar wij stellen de vraag of de hulp of zorgverlener geld kan verdienen.

Dat hoor je inderdaad vaak vanuit de huisartsen zelf dat ze allemaal apart behandeld willen worden. En voornamelijk die integratie tussen jullie product en de producten die ze al gebruiken?

Ja, dat is iets anders waar we ook behoorlijk goed in zijn. Het eerste is natuurlijk kunnen we die huisarts meer geld laten verdienen, is die business case dus interessant voor hen, kan die efficiënter werken en kan hij daarmee ook kosten reduceren dat tweede dingetje is, ik vertelde je al over die berichten, wij een connectie hebben dat heet dan Zorgmail, je mag het ook electronic data interchange noemen, EDI, wordt ook wel gebruikt. Wij hebben nu een product dat een voorzetting is van de het gesprek in de wachtkamer. Je moet je voorstellen je bent klaar met een gesprek en gaat dan naar buiten maar je bedenkt je net dat je nog wat vragen hebt aan de huisarts of dat die huisarts denkt had ik hem nou maar die folder gegeven nou daar hebben wij een product van als X dat is een voorzetting van de spreekkamer. Dat is nog niet heel erg interessant maar wat wij kunnen is dat gesprek samenvatten en dan gaat het via zo een EDI-bericht in het systeem van de huisarts en dan kunnen wij vervolgens, als dat er in zit, met een insider van ons die informatie analyseren dus in andere woorden als je een programma draait bij een huisarts kun je op die manier je datastromen in de gaten houden. Dat vinden huisartsen interessant. Ze zullen altijd blijven roepen als het maar in mijn eigen huisartssysteem zit. Als ik een systeem ernaast heb ik vind ik dat vervelend. En we hebben nog een trucje gedaan we hebben namelijk een studie gedaan naar medical devices, als je het over E-health hebt hebben mensen het ook al snel over stappentellers en bloeddrukmeter, die apps, wij hebben nu een stappenteller, die alles vertaalt op internet en dat je als patiënt kan zien hoe het gaat hebben we gekoppeld aan een project, in Brabant daar is een huisarts die zegt tegen dikke mensen, je moet afvallen want dan gaat je bloeddruk naar beneden en

dan hoef ik je geen pillen te geven en daar gebruiken ze dus die stappenteller. Wij hebben dus die data dan via stappenteller en in een vertaalslag kunnen wij alles zien en analyseren en verwerken we al die analyses zo in het HIS. Nou dat heeft als voor deel dat die huisarts niet meer hoeven na te denken over het overtypen van data of het extraheren van zo een fitnessportaal. Daar zit heel veel winst in tijd en inzicht en wij kunnen analyses doorvoeren met zo een cockpit. Zo kunnen we zien dat van de honderd patiënten er 60 procent meer zijn gaan bewegen en hebben kennelijk hierdoor ook minder bloeddruk problemen waardoor we ze minder pillen hoeven te geven.

Ligt u dan ook ver voor de rest?

Ja, er verandert ook zo ongelofelijk veel, kijk maar is naar zoiets als Google of een Microsoft. Die zijn een beetje gestopt nu maar, en je mag het opschrijven, maar die komen in de zorg terug. Microsoft heeft healthfold dat is een app waar je gewoon kan inloggen en je gegevens kan bekijken. Dit heb ik zelfs voor mij privé aangeschaft maar het grappige is dat zij die fitness ook hebben gekoppeld. Dan zit die X ook direct gekoppeld aan je dossier en dan kom je op E-health. Ook bij een bestelling net zoals dat bij een huisarts werkt, die heeft ook Healthfold en die koppelt daar die X aan en die patiënt heeft dan feitelijk die huisarts niet meer nodig. Ik zal je vertellen, nog een voorbeeld, Dr. Watson, die computer van IBN. *Ja, die ken ik die voorspelcomputer die veel beter kan vorspellen dan huisartsen zelf.* Ja precies, en die hebben ze dus tegenover de 5 beste oncologen van Amerika gezet en die kan dus oprecht snellere en betere diagnoses stellen. Dan kan je nog een stelling verder gaan dat E-health er straks zo uit zal zien dat je op jou smartphone door de ontwikkeling van chips en dergelijke zal jouw telefoon binnen vijf of 10 jaar jouw dokter zijn. Dan zet je hem tegen je voorhoofd aan en dan meet die al je lichamelijke functies. En je horloge meet met dat apparaat mee. Dan analyseert hij je gegevens en zal hij een uitkomst geven van misschien is het verstandig voor jezelf om naar de dokter te gaan. En E-health is dus iets wat heel bedreigend kan zijn voor huisartsen en ze moeten echt fundamenteel gaan nadenken over hun vak.

Maar denkt u dan met het bedrijf dat u hebt, welke een commerciële doelstelling heeft, dat botst met de gedachtegang van de sociaal-maatschappelijke doelstelling van de huisarts?

Ja, wij zijn niet echt een handelsmaatschappij, daar weet ik als apotheker alles van maar voor ons is het hard werken om aan ons geld te komen maar we hebben gewoon een heel simpel verhaal. Kijk het gaat altijd bij een bedrijf om winst te maken en wij kijken naar winst in de zorg. Als onze projecten bezuinigingen tot stand brengen of makkelijker werk, dat soort dingen ja dan kom je wel aan de bak en een tweede ding is wij moeten in de zorg leren om gaan met geld niet omdat ik dat wil maar omdat de minister dat wil, dus iedereen moet alles beperken en de patiënten betalen heel veel geld via hun verzekerings/zorg premie en als arts moet je dan goed en efficiënt werken. De druk van geld komt dus niet vanuit mij maar vanuit maatschappelijk gezien, dus ik vind ook wat de huisartsen een beetje zeggen het ethisch verantwoord maar dat is een andere ethiek. Dat is net zoals als de ethiek van die huisarts die nu zelfmoord heeft gepleegd dus ik denk dat dat een ander verhaal is. Maar elke huisarts die heeft een hele duidelijke prikkel net als de specialist die is gewoon de portemonnee aan het einde van de maand. Dat als hij het goed voor elkaar heeft kan hij zijn praktijk sluiten en dat werkt ook niet. Ik vind E-health gewoon iets wat mensen willen en ik vind ook dat het onzin dat daarvoor allemaal vergoedingen komen behalve voor mensen die het niet kunnen betalen. Maar een gemiddelde patiënt fiets nu al met een TomTom erop en ik heb die fiets zelf ook wel en die apparaten zijn 350 euro. En dan koop ik een X en die is maar 60 euro. Ja, dat gaan mensen zelf doen maar we zijn ook met een project bezig dat is asynchroon dus dat de patiënt zelf de vraag kan stellen wanneer hij dat wil, we koppelen straks aan een Microsoft product aan ons product en dan kan de patiënt dus plaatsnemen in de virtuele wachtruimte. Dan kan je ook zien van er zijn nog 10 patiënten voor je en dan kan je skypen met de huisarts. En het leuke is we hebben nu gekeken naar product en de definitie met van E-health maar als het een tweede consult is dan krijg je daar 4,50 als huisarts met andere woorden het kan enorme tijd winsten opleveren. We hebben nu ook een nieuw project lopen in een ziekenhuis in X daar bij de afdeling neurologie en hebben we uitgevonden dat zo een afdeling minimaal 10.000 euro kan besparen doordat hij gebruikt maakt van X. Dat heette vroeger X en dat maakt nu dat die specialist beter kan werken, want hij hoeft niet elke keer alles terug te zoeken voor een tweede consult, dat kan komen te vervallen dus zo een business case in een dergelijk ziekenhuis is heel interessant.

In het geval van het implementeren van zo een innovatie, zou de voorkeur van een huisarts uitgaan naar een nieuwe ondernemer of een wat meer ervaren en bekender bedrijf? Welke factoren beïnvloeden deze keuze?

Ja, maar weet je mij denk dat we die tijd gehad hebben. Ik lees veel over disruptive information, waar de kleine ondernemingen het nu heel goed doen en dat alles redelijk generiek voor handen is. Natuurlijk heb je grote spelers als Philips waarvan de spullen voorlopend zijn en daar kan je als kleine speller niet tegen op boxen maar als jij gewoon een leuke app bouwt met een medical device. Ik heb bijvoorbeeld mensen uit Singapore gezien die werkte echt niet in een groot bedrijf

maar die hadden een soort apparaatje wat hele ECG's maakte. En dat was niet een wereldcompany als Philips die daar zat, dat waren hele slimme ondernemers. Huisartsen beginnen ook steeds meer te begrijpen dat die apps gevalideerd moeten zijn dus dat is nog wel iets. Maar ze gebruikte langzamerhand die apps zelfs ook allemaal en dat gaat alleen maar harder hoor.

De techniek wordt ook steeds makkelijker en het implementeren kost ook steeds minder tijd?

Wij zeggen ook huisartsen begin nou gewoon want er moet geld verdiend worden. Het hoeft voor hun echt niet altijd Philips te zijn, dat zijn wij namelijk ook niet. Alleen jouw product moet gewoon zo goed zijn en je moet ze begrijpen die huisartsen. Wanneer het zover komt denk ik dat je onze technologie binnen een aantal jaar in alle ziekenhuizen terugvindt. Ik denk dat als het maar een goed product is met een goede service en een goed idee. Veel kleine bedrijven doen het gewoon goed.

Wanneer een huisarts of specialist op zoek is naar innovaties om de efficiëntie en/of effectiviteit van zijn praktijk te verhogen, denkt u dat zij dan ook naar E-health toepassingen zoeken? Zo ja, naar wat voor eigenschappen denkt u dat huisartsen op zoek? Zo niet, waar en naar wat denkt u dat ze wel zoeken en waarom?

Ik denk zelf dat als je het over efficiency hebt dat is wel echt een dingetje bij huisartsen hé. Als je hun het leven eenvoudiger kan maken en transparanter, en dat zien wij ook in projecten die we hebben lopen, dan loopt dat enorm en het tweede ding is, en ik zie daar een omslag in, dat huisarts beginnen te snappen dat patiënten ook steeds meer te vertellen hebben, dat ze zelf dingen gaan opzoeken en dat helpt de huisarts in meer inzicht. Met meer inzicht kan je dan ook je kwaliteit weer te verbeteren. En dat begint op dit moment met de jaren een beetje samen te komen en ik vind dat wel heel interessant. Wij denken natuurlijk heel erg over de USP's en ik lees die boekjes van promotion. Wat is nou het ding waarom jouw product handig is. Nou wij beginnen altijd met een business case en naar de efficiency van de huisarts. Waar kunnen we hem helpen en hoe kunnen we ervoor zorgen dat er kosten gereduceerd worden. Hoeveel moet de arts ook zelf inleveren om de innovatie door te voeren. Maar je ziet ook steeds meer dat de patiënten met een vraag komen. Je ziet steeds meer die patiënt bewegen en dat is gewoon super. Het is een extra drukmiddel. Ik begon zelfs natuurlijk als apotheker in X en die patiënten kregen een zakje met pillen van de huisarts en daar stond alleen maar op tweemaal daags. Hierbij zat niet eens een bijsluiter of uitleg, er stond niet bij waar het voor was nou dan moet je bent kijken wat er is gebeurd in de afgelopen jaren.

Zou u kunnen vertellen welke partijen (als voorbeeld de maatschappen, patiënten en zorgverzekeraars) betrokken zijn in de keuze voor het adopteren van een nieuw E-health toepassing, zoals als de EPD, en op wat voor manier beïnvloeden deze verschillende partijen de implementatie?

Nou wij maken altijd segmentatie in de doelgroepen als je naar de huisartsen kijkt, kijk je naar het individu de omliggende groepen, de verzekeraars is een andere doelgroep om zaken te doen. Verzekeraars hebben namelijk de neiging, en daarom vertrouw ik ze niet altijd, dat ze het idee hebben het zelf te kunnen en dan het idee op pakken en er mee vandoor gaan. Nou dat is een beetje lastig aan verzekeraars en het zijn echt logge organen. Ik zag ze nu ook weer met een EPD bezig zijn voor verschillende partijen.

Is dat Zorgdomein?

Nee, dat is weer een andere, maar ik geloof daar helemaal niets van, want die patiënt moet dan straks gewoon weer wat kopen wat Microsoft, Google of Philips hebben gemaakt en komen met de grote systemen, waar je geforceerd wordt om aan te sluiten. Maar goed, dat gaat veranderen. Wij hebben al die klantgroepen wel in beeld en apothekers, huisartsen en verzekeraars en daar doen we ook soms taken mee zoals met GGZ daar doen we ook veel mee, die verzekeraar. En kijk die zijn wel allemaal met E-health bezig en je hebt in Nederland een aantal voorlopers neem bijvoorbeeld X dat is een huisarts ergens in Nederland die daar veel mee doet en dan heb je die vent in Nijmegen bij Reshape.

Lucien Engelen?

Ja, die ja, die kom je ook te pas en te onpas tegen. Nou die mensen volgen wij allemaal wel een beetje en we doen nu ook veel zaken met het Radboud zijn nu bezig met een project over dementie en kun je ook E-health bij toepassen.

En op wat voor manier denkt u dat een zorgverzekeraar of anders de kansen van de adoptie van uw product doet veranderen?

Die zorgverzekeraar zal zich met betrekking to E-health gematigd opstellen het enig wat hij moet doen is dat er een vergoeding voor moet komen en dat er criteria komen waarom je dat zou moeten vergoeden. Voor de rest heeft hij niet zoveel te vertellen die zorgverzekeraar, want uiteindelijk moet die patiënt die X gaan kopen en die zegt tegen die zorgverzekeraar dat hij maar goed wordt. Nou ben ik daar geen voorstander van, want je koopt ook zelf een wandelstok en

die apparaatjes zullen heel goedkoop worden maar die zorgverzekeraar zal daar ook in mee moeten gaan maar dat gaat heel traag dus daar maar ik me geen zorgen over, zolang het maar goed is.

Ik zie wat u bedoelt maar de literatuur schrijft acht factoren voor, hierop tafel zichtbaar, die de beslissing van huisartsen beïnvloedt om een innovatie te adopteren. Zou u voor uzelf deze van belangrijk tot minder belangrijk kunnen leggen en uit kunnen leggen waarom dit zo is?

Ik denk dat de sociale druk veel groter is, als je namelijk kijkt naar de zorgmodellen kijkt is het meer de patiënt en de proactieve huisarts. Dus de huisarts zal druk voelen vanuit de patiënt en die vent zal tegen hem zeggen dat hij zich veel proactiever moet opstellen. Een goed voorbeeld daarvan is, ik rijd Volvo en er zijn een hoop garages die een briefje sturen van uw auto heeft een beurt nodig of dat hij een APK nodig heeft. Nou dat heb ik een huisarts of apotheker nog nooit zien doen en dat gaat wel gebeuren in de toekomst dus dat is sociale druk. En ik denk doordat we er veel over schrijven en praten dat die huisartsen er wel over moeten gaan nadenken want hij kan niet meer met zijn kop in het zand gaan zitten. Dus dan zijn financiën natuurlijk belangrijk maar die patiënt zegt uiteindelijk waar het op staat.

Dus u denkt dat dit langzaam de psychologie van de huisarts zal veranderen?

Ja, dat denk ik zeker. Ik kom nog uit de tijd dat de huisarts nog een computer moest aanschaffen, nou daar moest ik maandenlang over discussiëren met hem. Daar kan je je nu niets meer bij voorstellen omdat iedereen ze nu nodig heeft maar toen was dat anders. Ik heb toen die groene kaart bestudeerd en toen tegen hem gezegd zou je nu is snel kunnen zeggen wie er een griepvaccinatie nodig heeft op het moment, maar dat kon hij dus niet, dan is die computer toch handig. Ja, en daarnaast heb ik zelf ook een huisarts, waar ik gelukkig niet zo vaak kom ik zeg mail me maar even de uitslag door. Zegt hij nee mailen doe ik niet. Ik zeg X een ding, jij gaat een keer naar mij mailen en dat gaat nog gebeuren voordat je met pensioen gaat. Dat is toch niet te geloven dat dat zo is.

Ja, ze zijn inderdaad echt gruwelijk onbereikbaar, omdat de assistentes al een barrière vormen en zij zelf staan ook echt amper open voor contact.

Ja, die organisaties en manieren van werken moeten veranderen maar daar gaat nog zoveel tijd over joh maar ze zijn er wel al hoor. Er zijn al huisartsen waar je online gewoon kan inchecken en online kan consulten etcetera. Het gaat gewoon veranderen en daar gaat E-health bij helpen zeker de jonge huisartsen. Het is wel mooi hoe dat in beeld gebracht wordt. Je hebt een filmpje op Youtube waarin je een meisje ziet die alles online doet met social media en dan gaat ze een huisarts bellen, dan gaat ze eerst met bellen, tring, tring, kies een nummertje etcetera, dat werkt gewoon echt niet meer. Dan zie je weer dat meisje dat denkt ik ben nu achttien en ik moet de eerste keer naar de huisarts, die snapt daar helemaal niets van. En die denkt dan is deze vent van vóór de oorlog ofzo?

Maar waar denkt u dat het nog ontbeert bij E-health innovaties en/of nieuwe E-health product ondernemers voor huisartsen die graag willen innoveren?

Uh, nou waar het nog ontbreekt, wij zijn op dit moment bezig met een soort stekker voor E-health. Dan moet je voorstellen dat als je dus al die apparaten hebt en voor alles heb je webportalen en als je dan al die onderdelen bij elkaar moet voegen dan gaat dat echt niet lukken. Dus er zal een soort shake out komen of er zullen in ieder gevallen connectoren komen om al die apparaten op een device of platform te krijgen. Dat gaat er komen. Dus daar ontbreekt het nog in. Als ik landelijk kijk bij mijn commissie werk dan hebben we het voornamelijk over interpretabiliteit, wat wil zeggen dat we nadenken over standaardisatie van berichtgeving. EDI berichtgeving en recepten moeten gestandaardiseerd worden. Het is in Nederland zo dat als een recept naar EDI gaat dan weet iedereen hoe dat recept eruit ziet. Geboortedatum, dosering, etc. labberichten en bij E-health is dat nog niet zo maar daar zijn ze nu bij NICTIZ hard mee bezig om het te standaardiseren maar wat ze ook zien is dat wij in onze projecten het over eenheid van taal moeten hebben. Dus heb ik het nou over hoge bloeddruk, dementie of over een andere code, dat weten we dus niet. Maar als je zo een apparaat hebt moet je dus direct kunnen zien hoe het in elkaar zit. Hoe zien die data er uit en hoe kan ik het gebruiken. Die Lucien Engelen heeft daar een leuke stelling die zegt namelijk, ik heb hier een oude stappenteller waarvoor het hink of stappen niet uit maakt of het een of twee meter is. Het gaat erom dat je meer gaat stappen waar standaardisatie niet van zo een groot belang want je gebruikt hetzelfde apparaatje wat natuurlijk wel belangrijk is, is bijvoorbeeld bij een hoge bloeddruk meter, waar dus ook je medicatie vanaf hangt dan heb je wel een punt dan moet zo iets gestandaardiseerd zijn. Er moeten voor dat soort apparaten dus gewoon eisen zijn, want dat is op dit moment zo een puinhoop. Enerzijds ontbreekt het gewoon aan een goed platform, ten tweede de standaardisatie ontbreekt en drie de bewijslast. De medische bewijslast dat E-health oplossingen ervoor zorgen dat het beter met je gaat na

het gebruiken van dit middel dat weten we ook nog niet. En we weten daarnaast ook nog niet dat als patiënten zelf gaan meten of dat zorg technisch wel verantwoord is en echt helpt. Dat moet dus echt goed onderzocht worden.

Dan nu eigenlijk mijn laatste vraag die alles omvat. Als u succes factoren zou moeten noemen een ondernemer in E-health innovatie om de adoptie/implementatie van zijn/haar innovatie door huisartsen te doen slagen, welke factoren zou u dan noemen en waarom?

1 het moet iets zijn dat simpel is dat makkelijk te implementeren is het moet schaalbaar zijn als je namelijk bij een huisarts gaat en daar werkt het niet, dat gaat ook gewoon echt niet werken over het algemeen je moet echt in getallen van 6000 denken. Wij kijken ook heel erg naar ondernemingen die een product hebben dat snel uit te rollen is. Dus en als je daar goede antwoorden op hebt dan gaat dat niet lukken. Het moet dus uitvoerbaar zijn en het moet data uitspugen waar aan je wat hebt en waarop gebouwd kan worden en die moet via verschillende devices en systemen gebruikt kunnen worden en doorgecommuniceerd kunnen worden en verder met nieuwe producten je moet de taal van de huisarts kennen en je moet hem eigenlijk door en door kennen.

Net zoals met die business cases?

Ja, maar dan moet je dus echt goed de markt kennen, want zelf ik nog als expert op dit gebied vind het soms nog erg lastig om in te schatten wat die artsen willen. Ik laat er daarvoor nog graag een huisarts die bij ons werkt erbij komen om onszelf op een lijn te krijgen, zelfs nog na 10 jaar ervaring. Je moet gewoon insiders hebben die de markt kennen en de huisartsen door en door kennen. Dat zijn dan de dingen waar wij altijd rekening mee moeten houden en waar wij ons op gespecialiseerd hebben. Het is voor een nieuweling op deze markt echt een must om een samenwerking te vinden met een bestaand bedrijf, anders red je het niet.

Dus een eigen bedrijf starten of samen werken?

Je kunt natuurlijk altijd op je eigen houtje beginnen met je eigen product zolang je maar een wetenschappelijke onderbouwing hebt. Ik heb er vaak ondernemingen de markt op zien komen omdat een hoogleraar er iets over heeft geschreven. Als je verder kijkt, probeer altijd een paar karakteristieken te hebben rondom je product die werken waarvan je kunt aantonen dat het product werkt en dat hij erkend wordt. Maar als je echt als een ding de markt op wil dan moet je gewoon partnerschap kiezen. Wij zijn nu een MKB met 80 tot 100 man maar we hebben alleen maar samenwerking verbanden met betrekking tot software of marketing we zoeken altijd samenwerkingspartijen. *Oh dat heb ik eigenlijk heel weinig gehoord.* Kijk maar naar Engelen die roept dat ook ondanks dat hij geen ondernemer is. Ga gewoon met Microsoft aan de gang en kijk maar hoe dat gaat, dat roept hij ook. Ik denk dat er straks drie, vier of vijf producten komen waarmee je alle dingen kan bijhouden.

Zijn jullie ook met Microsoft al bezig?

Ja, zeker al eigenlijk wel lang zeker met die X en kijken samen met hun systemen of dat helpt bij het analyseren en bij houden van data van patiënten. Ik zeg altijd eerst je eigen broek op houden en dan met een van de grotere jongens gaan praten.

Ja, dat zijn van die giganten waar je amper tegen kan opboksen hé?

Ja, maar wij hebben de strategie ook de patiënt in beeld en veel webportalen gekocht wij verbreden onze visie en langzamerhand koppelen we al die projecten aan elkaar zodat we in beeld komen bij de grote jongens. Je hebt al bij veel dingen die je intypt in Google dat je voornamelijk bij ons terecht komt. We zijn nu een behoorlijk bedrijf maar nog niet vergelijkbaar met zulke projecten als Whatsapp.

Interview protocol expert 3

Hoe lang bent u al actief als werknemer binnen uw bedrijf?

Nou ik ben een van de oprichters van X en op dit moment nog steeds een executieve manager.

Zou u kunnen vertellen wat uw bedrijf doet en hoelang ze dit al doen?

X is opricht in 2010 en wat wij doen is wij zoeken naar nieuwe medische technologie, denk in disruptive technologies and emerging technologies om die onder te brengen in een nieuw bedrijf. Het product ontwikkelbaar maken en dan het verkoop en de marketing te realiseren naar grote bedrijven. Onze productielijn bestaat uit meerdere bedrijven die allemaal in een ander stadium zijn van ontwikkeling. Wij zoeken dus, nemen de risico's zetten het gehele bedrijf op maar zijn dus geen consultants. Wij halen de technologie naar boven ook van kennis instellingen die patenteerde technologieën bezitten en ontwikkelingen en die dus weten hoe ze er mee verder moeten maar het product wordt ook geanalyseerd en vaak uit bedrijven gehaald die er niet meer mee verder kunnen die nemen we dan over en maken dan als ondernemer daar een succesvol product of bedrijf van.

Dan hebt u een behoorlijk brede E-health producten scala of hoe moet ik dat zien?

Wij hebben per bedrijf gewoon een focus of product. Dat bedrijf wordt dus gekocht met technologie, het is dus een beetje lastig om te zeggen of wij veel producten hebben, we hebben meer veel bedrijven. Vele zijn nog steeds start-ups maar anderen al helemaal door gegroeid tot grote succesvolle bedrijven. Het is een redelijk nieuwe concept maar het sluit goed aan bij de markt. We versnellen de bedrijvigheid en de innovatiegraad en halen daar onze boterham uit. Onze bedrijfsvoering is gericht op resultaat of onderneming verkoop. Het is wel zo dat X in al zijn bedrijven een meerderheid van de aandelen bezig. We maken dus van een technologie een bedrijfje, we beginnen dus van de grond af.

Wat een constructie, iets redelijks nieuws als ik het zo hoor?

Ja, het is puur waarde creëren binnen kleine start-ups en er voor kunnen zorgen dat je zoiets binnen 5 tot 7 jaar weer kan verkopen en de winst eruit kan trekken. Eigenlijk zoals het met normale bedrijfsvoering ook gaat.

Bent u dan ook fan van Richard Branson?

Nou niet specifiek we hebben dit product op onze eigen manier gemaakt en het is geen rocket science we lopen tegen problemen op en zoeken naar de oplossingen. Ik houd er wel van dat er zeg om bestaande paden te doorbreken.

Ah, maar dat is precies hetzelfde als die man doet nieuwe innovaties op de markt brengen.

Nou het verschil is dat wij inbreken in de organisatie en daar innoveren, niet het product en dat is wel wat Branson doet. Ik zal je eens een voorbeeld noemen: Eerst had ik een gesprek met het patentbureau en dat bureau is een soort dinosaurus van het verleden, want wat die doen, die zitten achter hun bureau en vragen 250 euro per uur en zeggen van u wilt patent aanvragen, nou kom dan maar hier. Dus wij vragen die patenten aan en u betaalt per uur. Maar dat is niet meer hoe zo een bureau moet werken. Het moet zijn dat ze committed zijn op het resultaat. Ik wil dat jullie meedenken in mijn patentstrategie, ik wil dat jullie ook mee denken over het risico wat er genomen wordt, dat er visies ontwikkeld worden en dat jullie aan het einde van de rit misschien tien keer meer betaald krijgen dat is geen probleem wanneer het een succes wordt. Dat is dus echt een paradigma shift die je bij hun creëert maar dat is wat wij continu doen.

Hebt u nog een ander beroep gehad dan wat u nu doet?

Ja, ik ben interim manager geweest bij X en ik ben consultant geweest van honderden medische bedrijven, ik heb boeken geschreven op het verzoek van velen. Ik heb meerdere bedrijven opgezet, sommige succesvol sommige niet. Ik heb ook nog twee instituten opgezet NITM (Nederlands instituut telemedicine), COLS (Centre of Life science) Amsterdam en SOLS in Leiden. Ja dus wel een brede ervaring in start-ups.

Wat verstaat u onder E-health en hoe kijkt u daar tegenaan?

Wat ik bij E-health heb, het is een heel breed gebied. Vroeger had je telemedicine en EPD nu is het een soort vergaar bak van alles van het EPD, wat een drama is met hoe zich dat heeft ontwikkeld kort gezegd niet. Tot kort gezegd applicaties zoals teledermatologie en noem maar op, alles met ICT. Heel breed, en weet je voor mij zelf beperk ik me tot toepassingen, het

liefst niet te diep de gezondheidszorg in omdat je tegen muren aan loopt. Laat ik het zo zeggen, stel je ontwikkelt een teledermatologie die de huisartsen ontlast zodat die huisartsen een specialist op een afstand kan raadplegen. Dan is het punt dat je ja, maar die toepassing moet ook aansluiten bij het EPD, daar ga je meteen, want dat is een organisatorisch wandeltje hoor. Echt zo veel mensen zijn daarbij involved. Uiteindelijk denk ik dat er in die hele gezondheidszorg, ik heb er ook wel eens lezingen over gehouden maar, ook daar is een soort paradigma shift aan het komen. Ik had het er gisteren nog over, ik zeg vroeger, zei je ik voel niet dus er is niets dus ik ben gezond. Dat was de instelling. Ik voel pijn dus ga ik naar de dokter die het oplost. De dokter zei dat oh u hebt pijn, pas maar op dat zou wel eens kanker kunnen zijn en die stuurt je naar het ziekenhuis waar je de hele rompslomp krijgt. Dat is dan een soort piramide waar je in komt te zitten. Maar je weet met alle publicaties die je kunt lezen dat er verandering aan het plaats vinden is richting de preventie in plaats van het helen. Mensen willen gezonder leven en tools voor omdat te kunnen doen. Dit is dus een waanzinnige verandering, want mensen willen zelf het heft in zijn handen nemen dat als je plast dat het geanalyseerd wordt. Dat als je in de spiegel kijkt dat je iris wordt geanalyseerd. Dat betekent dus dat de positie van de huisarts enorm gaat veranderen. Nu zit hij nog in het curatieve systeem en die wacht af. Hij krijgt nu nog patiënten die wat hebben en aangezien de bevolking verouderd neemt het aantal patiënten dat iets heeft enorm toe. Dus huisartsen zitten helemaal vol met consulten van vroeg tot laat. Daarbij komt ook nog is een keer dat de overheid heeft gezien dat de huisartsen behoorlijk goedkoop zijn dus laten we zoveel mogelijk van de eerste en tweede lijn naar de huisarts verplaatsen. Dus die loopt helemaal over van het werk, snap je, daar komt bij die huisarts zijn betaalsysteem is helemaal gebouwd op consulten en dergelijke daar voor krijgt hij betaalt. Dat betekent dat teleconsult heel lastig is en dat dat niet past en dus weinig geld op levert. En in die hoge druk moeten huisartsen dus proberen goed te functioneren, wat erg lastig is. Ik vind dat er veel meer middelen moeten zijn voor die huisarts. Maar die andere trend is dus dat de zorgconsumenten, want patiënten zou het niet meer moeten zijn, die gewoon gezond willen blijven die gaan gewoon zelf zoeken naar informatie en oplossingen en die zijn mondig. Dus er is maatschappelijk een enorme verandering. Die huisarts moet niet meer gaan functioneren als een dokter, u weet niets mevrouw die heeft u geen gezeik, u moet mij vertrouwen want ik ben arts. Dit verandert en ik ben jouw coach. Idealiter moet het worden van dat de huisarts zegt jouw gezondheid is mijn zorg. Ik wil gecommitteerd zijn om ervoor te zorgen dat jij meer en gezonder kan leven. Met zo een doelstelling zou dit veel beter zijn. Maar de opleiding, organisatie, etcetera die hebben allemaal de verkeerde instelling.

Een soort life coach?

Ja precies. De huisartsen willen gewoon de slimste man blijven, maar de patiënt wil eigenlijk dat de coach dan bij hem thuis komt en de coach heeft het dan daarvoor weer veel te druk. Iedereen zoekt het eigenlijk in zijn micro oplossingen. Kijk maar naar die praktijken er worden steeds meer mensen aan genomen, practitioners, praktijkondersteuners, assistentes etc. etc. dat zijn allemaal micro-oplossingen in plaats van disruptive technologies en veranderingen. Een total redesign van de zorg is er op dit moment nodig.

Een beetje zoals de zorg zelf, constant pillen slikken maar de grote oplossing blijft uit.

Kijk vroeger, ik kan je die lezing wel even sturen. Je hebt een piramide en je tekent een driehoek met de basis onderaan. Bovenaan die begint bij de patiënt die kost namelijk niets, dan de huisarts die kost wat, dan heb je het ziekenhuis wat mega veel geld kost en daar lag de aandacht altijd, de grote investeringen werden gedaan in het ziekenhuis maar nu is de piramide aan het kantelen dus dat betekend dat de aandacht verschuift naar thuis. Het ziekenhuis gaat je proberen eerder naar huis te kunnen brengen, dat zie je nu ook al. Kijk nu maar al je opname tijd in ziekenhuizen is al verschoven van 18 naar vier dagen gemiddeld. Je krijgt systemen om thuis je gezondheid te bewaken, systemen waarmee je de huisartsen kan raadplegen, diagnostische thuis systemen. Ook in de eerstelijn. De thuis situatie wordt veel belangrijker. We hebben ook X opgericht. Dat is een bedrijf waarbij risicozwangere zelf inzichtelijk kunnen maken dat ze kans hebben op zwangerschapvergiftiging. Nou dat is iets dat je heel vroeg moet ontdekken en dat hebben wij via een app die zelflerend is kunnen doen. Wat al beter werkt dan huisarts bezoeken. Dat betekent je geeft iemand een tool om dit werk zelf te doen en je bewaakt het vanaf een afstand.

Ja precies, maar bent u betrokken geweest bij het implementeren van een innovatie bij huisartsen zelf?

Jazeker, in het verleden met een bedrijf dat heette X, dat deed aan hartritme diagnostiek, weet je als dat sporadisch voorkomt dat een beetje gemonitord worden. Die dienst hielp de huisarts.

Was dat een geslaagd project?

Nou we hebben er jaren aan gewerkt, omdat het ontzettend lastig is om daar een betaaltitel voor te krijgen van de verzekeraars, daar zijn we echt jaren zoet mee geweest en hebben we uiteindelijk het project verkocht aan X, die er ook jaren mee bezig is geweest. Maar het is nooit echt een succes geweest.

Maar hoe kwam dat dan?

Ik denk dat de bekostiging het belangrijkste was. Zie het zo de huisarts krijgt 1000 bezoekers, nou krijgt hij een patiënt met iets aan zijn hart en hij vermoed een hartritmestoornis. Dan pakt hij een formulier en dan vult hij in en komt eruit waarschijnlijk wel een hartritmestoornis, dan wil hij direct de vervolgstappen die het formulier dan aangeeft doorvoeren. Een soort van Pavlov, hij kent de 24-uurs ECG, dus geeft hij dat. Niet zo zeer omdat dat het beste is maar omdat hij dat in zijn hoofd heeft. Dat is dus iets dat heel begrijpelijk is maar dus ook erg heel lastig is om voor die arts om die transitie te maken in denkmanier.

Maar met al die nieuwe apps het zijn er langzamerhand zo veel die ''goede'' E-health aan bieden, denkt u dan niet dat dit er toe leidt dat huisartsen sceptisch worden of er anders over gaan denken?

Nee, joh even een uitspraak van Loesje: Opbouwen doe je van onderaf en afbreken doe je vanaf bovenaf. Wat ik daarmee bedoel, je moet niet beginnen bij de overheden en verzekeraars want die gaan niet veranderen. Je moet een nieuwe generatie huisartsen creëren die vanuit hun studie al met nieuwe technologieën en gedachtes te werk gaan, de verdienmodellen van deze mensen moeten veranderen en noem maar op. Een voorbeeld werking daar moet je beginnen. Een al omvattend systeem waar iedereen achter staat dat gaat never nooit werken.

Denkt u dat een huisarts met meer ervaring en kennis over hedendaagse technologieën juist sneller E-health innovaties zal adopteren of niet?

Ja, dat denk ik zeker, want die oudere huisartsen die gaan echt niet meer van mening of werkwijze veranderen. Die zitten even vastgeroest als een mossel op de dijk. En dat is ook heel begrijpelijk en te respecteren. Het punt moet zijn dat er een voordeel is voor de huisarts om het te doen. In tijd als in geld. Een heel simpel mechanisme. Op het moment dat er is en de nieuwe generatie is E-techonology minder dan is het van elfsprekend dat het gaat veranderen. Die systemen moet door de verzekeraar aan gewerkt worden. Duizenden projecten mislukte en dat komt vanaf waar gaat een ondernemer implementeren, ligt er een business model, is het gebaseerd op technische en medische publicaties of niet? Het gaat met de zorg ondernemingen met horten en stoten, en met protesten enz. Kijk naar wat X nu doet, iedereen klaagt erover maar je had nog wel 10 jaar kunnen praten om alle knelpunten eruit te halen maar in de zorg moet je gewoon doen. Nog een voorbeeld: In mijn tijd, toen internet op kwam in het begin, toen had ik een club van 40 softwarebedrijven van jongens we moeten bij elkaar komen om van elkaar te leren. Je had Compusurf en je had de chaos van internet. Duizenden providers die aan de gang gingen om iets te doen. En Compusurf was heel georganiseerd en betrouwbaar maar die chaos won, omdat die vanaf onderaf aan de slag gingen en Compusurf zo van de markt drukte. Nog een voorbeeldje over hoe lang het kan duren. Ik heb in 1938 was er een Amerikaans tijdschrift. De radiodokter maybe en je zag op de voorpagina een dokter die vanuit een tv een patiënt aan het analyseren waas. Die visionaire had het dus toen al goed. En dit was in de dertiger jaren en dan zijn we nu nog niet veel stappen verder, de technologie wel, maar de organisatie die houdt het tegen.

Maar wanneer een huisarts of specialist op zoek is naar innovaties om de efficiëntie en/of effectiviteit van zijn praktijk te verhogen, denkt u dat zij dan ook naar E-health toepassingen zoeken? Zo ja, naar wat voor eigenschappen denkt u dat huisartsen op zoek? Zo niet, waar en naar wat denkt u dat ze wel zoeken en waarom?

Ik vind dat moeilijk om te zeggen, ik denk toch voornamelijk om de patiënt gewoon goed te kunnen helpen die efficiëntie is iets wat er bij komt kijken. Die initiële taak zijn ze nog steeds mee bezig, E-health zijn maar tools. Die tools moeten uiteraard wel tijd besparen maar voornamelijk de patiënt beter kunnen bedienen. Het geld verdienen is niet helemaal zo. Ook voor de patiënt moet het tijdsbesparend zijn en het moet hem dus wat opleveren.

Zou u kunnen vertellen welke partijen (als voorbeeld de maatschappen, patiënten en zorgverzekeraars) betrokken zijn in de keuze voor het adopteren van een nieuw E-health toepassing, zoals als de EPD, en op wat voor manier beïnvloeden deze verschillende partijen de implementatie?

Ik kijk op X niveau meer strategisch naar het gebeuren, hoe ontwikkelt de zorg zich en welke spelers zijn daar belangrijk in. Maar wel op venture niveau dan speelt het heel anders dan proberen we meer selectief te zijn.

Maar waar ligt dan het grootste probleem voor jullie als bedrijfsinitiatoren?

Het punt is dat we niet zo zeer alleen in Nederland kijken bij een bedrijf. Wij kijken waar een bedrijf een thuismarkt kan vinden in een ander land dan zorgen we ervoor dat ze daar kunnen verkopen dus dat is een hele andere verstandshouding daarin. Ik heb dus minder invloed in de implementatie zelf te maken.

Maar de verzekeraars spelen altijd een hele grote rol. In het geval van het implementeren van een innovatie, zou de voorkeur van een huisarts uitgaan naar een nieuwe ondernemer of een wat meer ervaren en bekender bedrijf?

Welke factoren beïnvloeden deze keuze en hoe zou dit ook invloed hebben op u entry strategy?

Voor de markt maakt het niet uit wat voor bedrijf je bent groot of klein, het is voor hun meer what is in it for me. Kan ik met mijn patiënten beter bedienen, is het efficiënter en voegt het waarde toe maar het punt is dat als je kijkt naar bedrijven die met nieuwe technologieën komen. Dat het ontwerpen en ontwikkelingen van die technologieën giga duur is en dat het bijna niet doable is in Nederland, dan moet je dus internationaal gaan met een product. Je redt het hier niet. Maar voordat jij een wereldmarkt bedient vanuit jouw bedrijf dan ben je zo weer jaren verder, dat lukt bijna niemand. Bij ons kostte dat met een bedrijf jaren. Wat je dus moet doen, je ontwikkelt een product je zorgt dat hij fantastische werkt en dan ga je naar een grote multinational. En dan zeg je: Ik heb hier een product waarmee u volgend jaar al 50 miljoen euro omzet kan draaien. Zo bereik je uiteindelijk die huisarts. Die beursgenoteerde bedrijven die worden geleid door CEO's die vaak op de korte termijn denken. Want die hebben weer op hun beurt aandeelhouders die hun in de nek hijgen en elk jaar weer revenuestreams willen zien. Winst, winst, winst is het, anders trekken we de stekker eruit. Die zijn dus geïnteresseerd in nieuwe snelle technologieën. En zo snel zij dat op de markt kunnen brengen, dat kan niemand.

Precies, dat onderbuikgevoel heb ik namelijk ook heel erg. Ook op die ICT en zorg beurs zie je echt alleen maar kleine micro oplossingen die het niet gaan redden tegen de grote jongens.

Het is leuk hoor met E-health aan lokale oplossingen werken maar als je in Nederland in het systeem moet werken, maar het is zo lastig want elke case duurt veel te lang. Die grote spelers als Google en Microsoft die moeten de basis leggen en die kleine ontwikkelaars moeten daar gebruik van maken en klanten trekken. Maar ik denk ook dat klanten zelf gaan zeggen na een tijdje van laat maar ik betaal het zelf wel. Mijn vrouw doe dat soort dingen ook al, lees van die fullbody scan, het kost wat maar dan heb je ook wat, puur risico's vangen.

Mag ik vanuit mijn point of view zeggen dan u w bedrijf een meer Amerikaanse insteek heeft dan een Europese of zie ik dat verkeerd?

Nee, waarom denk je dat?

De mindset is daar gewoon veel meer entrepreneur gericht, en ik heb heel erg dat X dat ook denkt, meer markten en mogelijkheden?

Ja, dat is wel zo ja, ah maar die mindset komt ook steeds meer hier naar toe hoor vandaar. Kijk maar, bijna geen rente meer, veel panden die leeg staan, crowdfunding die gaan ook al die banken kapot maken, prachtig. Een fantastisch voorbeeld had ik op de tv gezien. Een meisje met een normaal inkomen van 2200 zei daar op tv ik investeer alles wat ik over heb aan het einde van de maand in van die kleine projecten via crowdfunding. Dat is toch fantastisch en haar rendement is daar veel hoger dan op de bank. Dat is toch mooi, weer vanaf onderaf aan de slag gaan. Iedereen wordt informal investor op die manier.

Oké, maar wat denkt u dan van het feit dat veel ondernemers een commerciële doelstelling heeft met zijn product, en de huisarts (waarschijnlijk) eerder een sociaal-maatschappelijke gedachte, hoe kan dit een rol spelen in de adoptie van een innovatie?

Nee, dat denk ik niet, zeker niet. Nee, dat merkte je dus bij heel veel bedrijven dat ze puur technologisch bezig zijn terwijl je moet vanaf het begin je specialisten in de eerstelijns artsen en andere die je uiteindelijk de tool moet gaan verkopen betrekken in de ontwikkeling, dus dat je iets ontwikkelt dat aansluit bij de behoefte van de gezondheidszorg, dus het is iets dat je integraal mee neemt. Een groot gevaar dat je iets aan het ontwikkelen bent waar die huisartsen niets aan hebben!

Als u succes factoren zou moeten noemen voor een ondernemer in E-health innovatie om de adoptie/implementatie van zijn/haar innovatie door huisartsen te doen slagen, welke factoren zou u dan noemen en waarom?

Ik heb al behoorlijk wat genoemd maar het begint bij het feit dat je een oplossing moet bieden voor iets waar een probleem in zit bij de huisartsen, of waar gedacht wordt dat verbetering voor vernieuwende inzichten kan zorgen. De artsen kunnen

dat zelf bepalen. Het moet een toegevoegde waarde hebben de E-health innovatie en iets zijn waar de huisartsen een probleem hebben. Die zijn helemaal niet bezig met tools en vernieuwende dingen, nee, die willen hun problemen oplossen en hiervoor een verbetering hebben die weinig tijd kost om door te voeren, goed en direct werkt en daarnaast het gewenste resultaat biedt. Die heeft het voor al het ander veel te druk. Ontlast de huisarts in zijn taken, en ik geloof dat het altijd een succes wordt.

Mij lijkt het dan dat het wel weer van bovenaf gedaan moet worden die implementatie en verandering, hoe zouden we dit toch weer van onderaf kunnen maken?

Hoezo van boven af? *Je bent dan vanuit de huisarts aan het werken maar niet vanuit de patiënt...* Oh ja ik snap wat je bedoelt, daar heb je gelijk in, goede opmerking. Luister die huisarts kan alleen maar vanuit zijn raamwerk denken en richting geven aan wat hij zelf doet en wilt. Hij weet echt niet wat er allemaal mogelijk is en kan alleen maar zeg ik heb het veelte druk en ik ben er voor de patiënten die wil ik goed helpen maar die komt niet met oplossingen als je daar verwachtingen hebt dan zit je verkeerd, de patiënt heeft dat hetzelfde probleem een beetje ook maar als jij die vertaalslag kan maken, ik zie wat er mis zit en ik verifieer dit bij de huisarts omdat het een oplossing zou kunnen zijn. Dan zit je op de goede route. Je moet een lange termijn visie hebben alleen daar kan je niet van eten. Je moet nu aan sluiten bij de lange termijn trend maar ook proberen nu al je klanten in behoeftes te voorzien, want je wilt niet met je poten in de modder blijven hangen en een boterham verdienen. Je kunt niet zeggen van we gaan een healthcoach ontwikkelen, want de huisarts wordt een coach, daar wil je naar toe over 20 jaar. Geen zin dus om daar nu wat voor te ontwikkelen.

Wat zou de eerste soort innovatie zijn die u vandaag de dag zou willen doorvoeren binnen de zorg, en wat brengt u ertoe/wat spoort u aan dat u deze innovatie wilt implementeren?

Nou kijk op onze website zou ik zeggen, ik vind dat de technologieën die wij ontwikkelen redelijk in de trend leggen maar ik vind het moeilijk om te zeggen wat er nu doorgevoerd zou moeten worden. Kaizen, die had daar ook een goed voorbeeld van, kleine stapjes voorwaarts zijn dingen die je kunt doorvoeren bij huisartsen giant leaps niet meer met de grote organisaties die zich er ook mee bemoeien. Disruptive technologies zijn lastig door te voeren, beter om het incremental te doen maar dan moet het wel slagstoten kunnen bieden uiteindelijk, want anders verandert er niets. Neem Uber, ook weer zo een fantastisch initiatief, dat is echt disruptive, doorvoeren die handel. Kijk, maar naar het wat het teweeg brengt, taxi's verliezen allemaal hun baan, maar je moet die wel kunnen begeleiden. Dit kan je niet doen in de gezondheidszorg, want dan zet je het hele land/wereld op zijn kop en dan gaat het mis.

Om dan een van mijn laatste vragen te stellen wat vindt u zo lastig aan de zorgmarkt in vergelijking tot andere markten om nieuwe innovaties door te brengen?

Ten eerste heb je een aantal dingen daar bij, het is een hoog technologische sector, je werkt altijd aan de grenzen van wat er technologisch mogelijk is, duur dus. Ten tweede wil je als start-up geld krijgen van aandeelhouders en dan moet je dus aantonen dat de techniek die je hebt werkt maar ook dat het klinisch werkt zonder tegenstand, dat is heel lastig. In de gewone consumentenmarkt hoeft dit amper, werkt het dan werkt het, maar voor de gezondheidszorg moet het medisch verantwoord wordt zijn, gekalibreerd, studies moeten erop losgelaten zijn en wat ook weer vertaald moet worden. Dit vertraagt en kost ongelofelijk veel geld, redelijk farmaceutisch zou je het kunnen noemen. En dan als het product klaar is, het op de markt brengen van het product dat de gebruiker niet de betaler is... En dan moet het ook nog is passen in het betaalsysteem dus. De verzekeraars zeggen waarom zou ik geld steken in preventie bij een patiënt als hij binnen een jaar kan overstappen naar een andere cliënt, een morbide systeem vind ik.

Interview protocol expert 4

Hoe lang bent u al actief als werknemer binnen uw bedrijf?

Nou, ik ben sinds vorig jaar als ZZP-er doorgegaan nadat ik eerst een drietal aan jaren bezig ben geweest met implementatietrajecten vanuit een dienstverband. Voorafgaand aan wat ik nu doe heb ik ooit de opleiding HBO-V gedaan en ben ik dus een verpleegkundige. Direct na mijn HBO-V heb ik de opleiding van gezondheidswetenschappen gedaan *oh dat is wel even wat anders...* Ja, dat klopt, en daarna heb ik gewerkt als verpleegkundige waardoor ik het zorgproces in ben gestroomd en me daar meer in ben gaan interesseren daarnaast maakte dit mijn huidige werkzaamheden een stuk gemakkelijker. Ik praat op dit moment net zo gemakkelijk met een bestuurder als met een uitvoerende of een cliënt. Dit komt dus voornamelijk door het feit dat ik de verschillende soorten vakjargon spreek. Het vergemakkelijkt daardoor erg wat ik doe. Ik heb daarna dus als een adviseur gewerkt waarin ik bedrijven, maar ook ondernemers heb begeleid in het proces van implementatie maar ook vooraf en na de implementatie.

Hoezo bent u de consulting in gegaan dan?

Dat is zo gekomen omdat ik behalve als adviseur/projectmanager implementatie zorgtechnologie heb ik gewerkt in het uitzendwezen (afdeling gezondheidszorg), als leidinggevende in een thuiszorgorganisatie, als stafmedewerker (accountmanagement maar ook een task-force bij een fusietraject, zeer divers dus) en als marketingmedewerker bij en zorgorganisatie. Mijn Linkedin account geeft een totaalbeeld maar je zou kunnen zeggen dat mijn diversiteit mijn kracht is. Hierdoor kan ik met verschillende disciplines overweg en kan ik daarnaast niet alleen met ze over weg maar begrijp ik vaak ook goed wat men wil en waar er problemen aan de horizon staan.

En z*ou u eens kunnen vertellen wat uw bedrijf doet en hoelang ze dit al doen?*

Wat ik nu doe binnen mijn bedrijf bedoel je?

Ook, maar ook wat uw bedrijf doet?

Op dit moment zelf begeleid ik organisaties bij de implementatie van zorgtechnologie, meestal is dit beeldzorg dus dan moet je vooral denken aan zorg die via beelden gaat. Je zou kunnen denken van E-consulting via een online zorg programma maar ook hulp aan ouderen of gehandicapten via beeld. Op dit moment verandert het primaire zorgproces sterk door de inbedding van de vernieuwende en verschillende soorten technologieën, en dit moet goed geborgd worden. Bij aanvang is er vaak veel weerstand bij medewerkers (en soms cliënten) enerzijds tegen de verandering in werken anderzijds tegen het onbekende van techniek en dit probleem moet zo snel mogelijk getackeld worden. Kijk hier gaat het dan ook vaak mis. Ze hebben alvorens de implementatie van een innovatie enkele gedachten ten opzichte van het product, terwijl ze eigenlijk nog niet eens er van op de hoogte zijn wat het product hen allemaal zou kunnen bieden. Alle innovatieve veranderingen binnen de zorg zouden zo snel mogelijk moeten worden vastgelegd en geborgd. Echter zorgt dit natuurlijk wel voor een hoop veranderingen van verschillende processen, protocollen die gebruikt worden door de huisartsen en specialisten. Dit brengt een hoop frustratie teweeg omdat ze vaak vastgeroest zitten in hun werkprocessen, dus op het moment dat we er voor zouden kunnen zorgen dat die frustratie niet ontstaat en dat de artsen en specialisten het nut van de innovatie in zien, kunnen we zorg voor een samenwerking waarin aan beide kanten alleen maar gewonnen kan worden. De innovatie voor de huisarts en de inkomsten bron voor de ondernemers.

Ja zeker, ik denk dat er heel veel ruimte nog ligt op dat gebied en dat we er zo snel mogelijk verandering in moeten brengen zodat de huisartsen gaan inzien wat ze op dit moment laten lopen. Namelijk niet alleen de verbetering van hun zorg en een kostenreductie die tot stand gebracht kan worden maar ook het feit dat de huisarts zelf kwalitatief betere zorg kan gaan bieden aan de cliënten gewoonweg omdat hij meer tijd zal hebben voor zijn klanten. Maar als ik u dan zo hoor wat verstaat u onder E-health en hoe kijkt u daar tegenaan?

Bij E-health denk ik aan een hele hoop dingen, zeker omdat ik er zo in zit. Het is niet een product dat gemakkelijk definieerbaar is, want het is namelijk een breed scala aan producten dat er eigenlijk allemaal voor wilt zorgen dat de zorg een stukje beter, efficiënter of effectiever wordt door het gebruik van elektronische apparatuur die verbonden dit aan het internet of anders. Dit zou voor mij kunnen variëren tot simpele apps die mensen verbeter, hé zoals je weet van die apps voor het meten van je bloeddruk door middel van een iris scan, het helpen van diabetici of overgewichtpersonen door middel van sportschema's tot en met de meest geavanceerde apparatuur die ze gebruiken in de ziekenhuizen en de ICT. Hier zit de volledige toekomst in, en natuurlijk is het wat subjectief aangezien ik zelf in de branche een consultant ben, maar als we allemaal eerlijk zouden

zijn, E-health zal de toekomst nog een hoop gaan brengen en daar naar zal het ook prachtige resultaten gaan leveren aan de maatschappij, patiënt en zorgverlener.

Bent u betrokken geweest bij het implementeren van een innovatie in de zorg?

Ja, ik ben bij een hele hoop implementaties betrokken. Dit kon variëren van beeldzorg applicaties tot aan het implementeren van een HIS of een EPD. Ik zou denk mij een waslijst kunnen opnoemen met dingen waar ik bij help geholpen maar ik denk niet dat dat direct zou helpen bij je onderzoek op dit moment.

Haha, dat denk ik ook niet, maar waar ik bijvoorbeeld dan wel benieuwd naar ben, waarom koos de zorgspecialist ervoor gekozen om een innovatie door te voeren binnen zijn of haar organisatie? Wat waren in de adoptie van deze innovatie de obstakels?

Dit is een lastige want ik wordt namelijk altijd als een externe partij aangetrokken om in de gehele implementatie het vlot te trekken. Je zou me kunnen zien als een service partij.

Dus de huisarts of misschien praktijkhouder belt dan uw bedrijf op en die zeg ik heb iemand nodig die kan helpen implementeren?

Ja, precies zo zou je het moeten zien. Ik krijg gewoon te horen dat ik op opdracht moet en dan ga ik eerst goed uit zoeken hoe de praktijk in elkaar zit, hoe ziet de besluitvorming in elkaar. Wat is de dagelijkse gang van zaken, waarom willen ze een bepaalde innovatie doorvoeren, wat zouden de gewenste uitkomsten zijn van deze innovatie door te voeren. Maar ook wat de verwachtingen zijn van bijvoorbeeld de ondernemer naar de huisarts. Waar wil hij met zijn product naar toe, hoe veel tijd verwacht hij van de huisarts dat er in gestoken gaat worden, wat is zijn toekomst visie en waar liggen de moeilijkste punten tot het implementeren van zijn product binnen de praktijk waar we het dan over hebben?

Oh ja? Dan ben ik wel nieuwsgierig naar wat voor verschillende redenen dat waren?

Haha, dat kan ook weer heel erg uiteen lopen, maar wat ik het meeste hoor van huisartsen is toch wel de efficiëntie verhoging van de praktijk en daarnaast natuurlijk het reduceren van de kosten die in de praktijk worden gemaakt. Kijk je ziet dat heel veel huisartsen nog ongelofelijk veel kosten maken die ze allang niet meer hoeven te maken, wat niet alleen dom is maar ook vooral zonde. Er zijn namelijk al zo veel alternatieven op de markt die deze problemen kunnen verhelpen alleen de huisarts maar ook de specialisten in de ziekenhuizen, die overigens vaak hooggeschoold zijn blijven sceptisch en terughoudend.

Ja, het blijft een vreemd iets maar ergens, als ik zo af en toe op de E-health markt kijk niet onbegrijpelijk, er zijn zoveel initiatieven en van wat ik hoor komt de huisarts daar maar amper mee in contact, hierdoor weet de huisarts dus eigenlijk te weinig van de verschillende kwaliteiten van de verschillende soorten bedrijven en gaan ze daarom, wanneer ze een keer zo een project aan willen gaan vaak de fout in om dat ze onvoldoende voorkennis hebben van de markt, maar ook van de verschillende soorten bedrijven. En je hoort dan vaak het eerst wat genoemd wordt is de financiële prikkel, dus het verminderen van de verschillende kosten waardoor de praktijken kiezen voor een goedkope oplossing, wat er dan weer toe leidt dat ze met partijen te maken krijgen die erg goedkoop zijn, terwijl die vaak niet de kwaliteit kunnen leveren die ze graag zouden willen leveren, toch?

Ja precies, dat heb je goed door maar het is ook zo dat die markt zelf beter zou moeten aangeven waar hun competenties liggen, want daar gaat men ook van de mist in. Kijk maar naar de ICT en zorg beurs, elke kleine partij biedt een mooi product aan maar vaak is het nog niet eens in de fase dat er al een onderzoek naar gedaan is wat de werking is. Het is niet onderbouwd met een onderzoek en dan is het vaak voor huisartsen al een soort van backoff momentje, je zult niet snel zien dat een huisarts een innovatie adopteert zonder dat hij ziet dat er een wetenschappelijk fundament achter zit. En dat is natuurlijk ook niet zo raar.

Maar u zo aanhorend wat is uw mening, misschien mede door de ervaring in het doorvoeren van een innovatie, over hedendaagse E-health ontwikkelingen met als voorbeeld de vele gezondheidsapps die worden geproduceerd of bijvoorbeeld het initiatief Thuisarts.nl?

Mijn mening daarover is samen te vatten in drie letters namelijk TOP, mijn ervaring in het gebruik van apps ligt vooral in de begeleiding van ambulante cliënten GGZ, dit werkt super. De opdracht die deze doelgroep heeft gekregen van de overheid is het verhogen van de zelfredzaamheid en zelfregie. Het verschillende apps die daarvoor worden geproduceerd en ontwikkeld dragen hier zeker in bij en ik ben van mening dat ze hiermee in moeten doorgaan.

Zou het bijvoorbeeld iets zijn als de overheid dit soort opdrachten meer zou geven aan de huisartsen en denkt u dan ook dat ze er eerder aan zouden gaan, die apps en E-health oplossingen?

Ik denk zeker dat het goed zou zijn als er wat meer druk op de grijze muis, de huisarts, zou worden uitgeoefend. Als we nu kijken naar wat voor sprongen de ambulance zorg daardoor aan het maken is, dan zou dit ook goed zijn voor de huisarts. Het enige verschil tussen de huisarts en de ambulance zorg is dat de huisarts vaak in een ''particuliere'' investering zit verwikkeld, hierdoor wordt het kosten aspect wel een stuk belangrijker en zal het dus toch minder snel in de huisarts op komen als er met dure apps aan de deur wordt geklopt om deze innovaties door te voeren. Voor ambulance zorg is dit wat minder, ziekenhuizen krijgen namelijk meer geld vanuit de overheid maar ook vanuit de zorgverzekeraar om hun processen te verbeteren dan de verschillende huisartsen, dus ik denk enerzijds wel, maar of het een werking zou hebben, betwijfel ik ten zeerste.

Denkt u dat een huisarts met meer ervaring en kennis over hedendaagse technologieën juist sneller E-health innovaties zal adopteren of niet? Waarom denkt u van wel of niet?

Jazeker, dit speelt zelfs heel sterk een rol, onbekend maakt onbemind! Kennis en ervaring zullen erg bijdragen aan het implementeren van de innovaties. Zoals ik al eerder had genoemd de verschillende soorten producten die allemaal op de markt worden aangeboden maken een myriade voor de huisartsen zelf. Mochten ze hier iets meer kennis van hebben dan zal het bij dragen in het kiezen van een product maar ook in de kennis en de eenvoud van de adoptie. Daarnaast zie ik ook vaak in mijn segment dat de jongere artsen die al meer hebben gewerkt met dit soort nieuwe producten vaak makkelijker zijn in het adopteren van de producten maar ook in de omgang met deze producten. Ze begrijpen beter en sneller hoe de technologie in elkaar zit, maar we moeten ook niet vergeten over 20 jaar begrijpen zij waarschijnlijk weer een stuk minder van hoe de producten werken. Toch kan je hier dan niet direct in veronderstellen dat de oudere huisartsen slecht met de nieuwe materialen om kunnen gaan want er zijn ook zeker huisartsen die ik ken die gewoon de nieuwe innovaties net zo snel leren kennen als die jonge huisartsen. Echter over het algemeen is het niet oud maakt wijs in dit vakgebied met betrekking tot de E-health innovaties, het maakt meer jong maakt bekend.

Haha, dat is een goede. Ik heb die nog niet eerder gehoord maar zeker een quote om op te nemen in mijn verslag. Maar u denkt dus dat de ondernemers van vandaag het beter kunnen zoeken bij de jongere huisarts dan de oudere huisarts?

Nee, dat niet per se, je kunt het net zo goed zoeken bij de oudere huisarts zoals ik al zij het is niet direct zo dat die oudere lichting aan huisartsen een direct probleem ziet met E-health, want ook zij zijn op zoek naar vernieuwing en verbetering, toch zal het wel vaak gemakkelijker zijn om een innovatie door te voeren binnen praktijken waar innovatie gerichte maar voornamelijk met innovatie bekende personen gevestigd zitten.

Maar als u eerlijk zou zijn, waar zou een huisarts of specialist op zoek is naar innovaties om de efficiëntie en/of effectiviteit van zijn praktijk te verhogen, denkt u dat zij dan ook naar E-health toepassingen zoeken? Zo ja, naar wat voor eigenschappen denkt u dat huisartsen op zoek? Zo niet, waar en naar wat denkt u dat ze wel zoeken en waarom?

Zoals ik al eerder had vermeld denk ik dat efficiëntie voornamelijk de belangrijkste factor is voor een huisarts om een innovatie door te voeren het tweede is die kostenreductie die ik al eerder vertelde. Voor de rest effectiviteit van de bedrijfsvoering heb ik wel eens eerder gehoord maar ik denk niet per se dat je heel makkelijk de effectiviteit van de zorg kan opkrikken, voornamelijk door het feit dat het onmogelijk is om te meten hoe je deze effectiviteit toename hebt. Worden mensen sneller beter, of blijven ze wellicht langer leven, denk zelf maar is na hoe lastig dat te meten is. Dus ik zou het naast efficiëntie verhoging het reduceren van de kosten niet kunnen zeggen.

Ah oké, maar zou u dan wel kunnen vertellen welke partijen (als voorbeeld de maatschappen, patiënten en zorgverzekeraars) betrokken zijn in de keuze voor het adopteren van een nieuw E-health toepassing, zoals als de EPD, en op wat voor manier beïnvloeden deze verschillende partijen de implementatie?

Ik zou graag willen zeggen hier dat de behoefte/vraag de uitgang moet zijn van een huisarts of specialist om ervoor te kunnen zorgen dat een implementatie of adoptie van een innovatie überhaupt succesvol kan zijn. Als het wordt gestimuleerd of gedwongen vanuit een externe partij om dit soort innovaties door te voeren bij huisartsen dan denk ik niet dat het zou lukken. Ik zou persoonlijk zeggen dat een externe partij of leveranciers erg weinig invloed heeft op de implementatie ze kunnen echter wel ondersteunend zijn hé, kijk naar de zorgverzekeraar die zou er bijvoorbeeld wel voor kunnen zorgen dat de huisarts over de innovatie gaat nadenken, er mee aan de slag gaat door middel van een kleine financiële prikkel zoals nu met veel modules wordt gedaan. Dan zie je wel dat de huisarts gaat nadenken, hé, ik kan hier geld aan verdienen, of misschien beter

gezegd reduceren en er tegelijkertijd voor zorgen dat de efficiëntie van mijn praktijk verbetert. Dus als met al moeten die externe partijen of leveranciers ondersteunend zijn niet bepalend.

Wat voor invloed heeft uw professionele omgeving van huisartsen (andere huisartsen en zorgaanbieders) op de innovatiebereidheid van deze huisarts?

Waar ik al eerder aanhaalde dat de huisartsen wanneer ze in een groep jongelingen zitten sneller geneigd zullen zijn om een innovatie te adopteren of er in ieder geval over na te denken, denk ik wel dat die omgeving een krachtige invloed kan hebben op dit verhaal. Daarnaast de zorgverzekeraar, de politiek en ook de zorggroepen kunnen invloed uitoefenen hier, dus daar moet je als ondernemer zeker rekening mee houden. Deze partijen voor je winnen kan van invloed zijn. Ook de competitiviteit op deze huisartsen markt neemt op het moment toe. Je ziet steeds meer dat huisartsen hun krachten bundelen omdat de solopraktijken bijna niet meer te onderhouden zijn. Hierdoor ontstaan de verschillende HOEDs of ook de Medische centra waar de huisartsen samen nadenken over verbeteringen. Je ziet ook dat de HOEDs vaak sneller geneigd zijn om een nieuwe innovatie te adopteren dan de solisten, uitaard komt dit waarschijnlijk omdat ze meer verschillende invloeden hebben en iedereen een apart plan trekt. Als er dan ideeën op tafel komen en er een kartrekker aanwezig is zal je snel genoeg zien dat ook de mensen die normaal radicaal tegen zijn na een tijdje in zullen geven.

Hm dat is wel interessant, dat heb ik zelf wel vaker gehoord van de huisartsen maar niet op deze manier. En wat zou de eerste soort innovatie zijn die u vandaag de dag zou willen doorvoeren binnen de zorg, en wat brengt u ertoe/wat spoort u aan dat u deze innovatie wilt implementeren?

Haha, ik denk dat ik bij deze vraag mijn vraagtekens moet zetten, want het is niet voor mij dat ik innovaties wil door voeren in de zorg. Het zijn voornamelijk mijn cliënten die innovaties willen doorvoeren, dus ik wil persoonlijk dat alle innovaties worden doorgevoerd!

Haha, begrijpelijk maar waar denkt u dat het nog ontbeert bij de E-health innovaties en/of nieuwe E-health product ondernemers voor huisartsen die wel graag willen innoveren?

Oei, dat is een goede vraag, ik denk. Hm. voornamelijk de aansluiting bij de huisarts en dan bedoel ik voornamelijk dat de huisartsen er dus niet van op de hoogte zijn dat deze innovaties bestaan maar ook dat ze dezelfde taal om het maar even zo te noemen spreken. Hier door krijg je al vroeg in het implementatie/adoptie verhaal een mismatch waardoor beide partijen niet met elkaar door de deur kunnen omdat ze gewoon weg elkaar niet begrijpen.

Wat zou hiervoor dan een oplossing zijn?

Zo een insider hebben als ik. Of iemand in dienst nemen die bekend is met het vakjargon van een huisarts/ heeft gewerkt als een arts.

Zou dit dan het proces bespoedigen?

Zekerst! Ik denk persoonlijk dat als je onderneming een huisarts in dienst heeft dat het al zo veel malen beter zou gaan. Ik heb zelf het ook vaak genoeg meegemaakt dat een huisarts zich aan sloot bij een product, deze hebben ze toen samen als een soort samenwerking met elkaar verbeterd en er voor gezorgd dat het allemaal werkte naar de wensen van de huisarts en nou wat denk je echt twee maanden later werd dit product al door meer dan 10 andere huisartsen werd gebruikt. Het is ook een beetje vriendjespolitiek hoor die huisartsen sector, het is een beetje ons kent ons en vaak zie je ook wel dat mensen gaan innoveren om dat ze kinnesinne hebben jegens anderen.

In het geval van het implementeren van een innovatie, zou de voorkeur van een huisarts uitgaan naar een nieuwe ondernemer of een wat meer ervaren en bekender bedrijf? Welke factoren beïnvloeden deze keuze?

Ik denk niet dat het heel veel uitmaakt voor een huisarts het belangrijkste is dat je kunt bewijzen dat je product goed werk en wat het voor meerwaarde biedt aan de huisarts zelf. Daarnaast moet de techniek het doen om een ondersteunende functie te hebben, niet om een vervangende functie te zijn.

Wat bedoelt u precies met vervangend?

Ik bedoel daarmee dat het niet het werk van de huisarts moet vervangen. Ten eerst wilt de huisarts blijven doen waar hij zelf het beste in is, het helpen van mensen met een probleem, en daarnaast kunnen sommigen dingen niet vervangen worden door technieken, en dat is zeker iets wat de huisartsen niet willen. Daar zullen ze dus heel sceptisch over zijn.

Ja, ik begrijpt het maar dan het feit dat een ondernemer een commerciële doelstelling heeft met zijn product, en de huisarts (waarschijnlijk) eerder een sociaal-maatschappelijke gedachte, hoe kan dit een rol spelen in de adoptie van een innovatie?

De vraag en de behoefte moeten leidend zijn maar wanneer dit het geval is zullen de een en ander elkaar zeker niet af bijten. Een huisarts hecht hieraan volgens mij namelijk niet zo veel waarde. Het is voor hem gewoon een doodnormale keus of hij gaat voor een onderneming, niet voor de ondernemer of zijn instelling. Uiteraard kan het wel zo zijn dat wanneer hij ziet dat een onderneming of bedrijf te veel geld uit hem wil trekken dat hij zich snel zo terug trekken uit de investering in deze onderneming.

Oké, maar hoe zou een E-health ondernemer ervoor kunnen zorgen dat de huisarts zijn product wil hebben in plaats dat van andere al gevestigde bedrijven? En hoe zou de ondernemer ondersteuning moeten bieden in de adoptie van een nieuwe innovatie?

Het product moet natuurlijk werken en doen wat jij zegt dat het zal doen. Daarnaast moet het een veilig product zijn en het liefste ook nog onderbouwt met wetenschappelijk of technisch onderzoek. Daarnaast moet er bij aanvang een betrouwbare ondersteuning van uit de onderneming zijn. Denk hierbij aan een helpdesk, of in ieder geval directe communicatie in plaats van communicatie over de mail of ander indirect communicatie middel. Een helpdesk zou bijvoorbeeld een goede optie zijn. En als laatste moet natuurlijk de kwaliteit prijs verhouding gewoon goed zijn. Wanneer een huisarts al snel ziet dat hij constant meer geld erin moet investeren maar de kwaliteit van zijn product er niet beter op aan het worden is zal hij de stekker er snel uit trekken denk ik, want ook zij weten dat wanneer er meer en meer geld in geïnvesteerd moet worden dat het ook meer tijd gaat kosten om de innovatie goed door te voeren wat zijn praktijk niet ten goede zal komen. Ik denk dat dat de drie dingen zin waar een ondernemer goed over na moet denken en wat voor een huisarts dus de reden kan zijn om ergens uit te stappen of door te blijven gaan met een implementatie.

Als u succes factoren zou moeten noemen een ondernemer in E-health innovatie om de adoptie/implementatie van zijn/haar innovatie door huisartsen te doen slagen, welke factoren zou u dan noemen en waarom?

Ja, zoals ik eigenlijk al in veel van de andere vragen benoemde: het inventariseren van waarom de noodzaak bij een huisarts of product gebruiker ligt is erg belangrijk. Wanneer je deze namelijk kent is je kans van slagen mede door de kennis die je hebt over je gebruiker vele malen groter. Daarnaast moet er natuurlijk een meerwaarde zijn voor de huisarts zijn. Dit zal de psychologische insteek van de huisarts ook verbeteren want wanneer hij deze meerwaarde ziet zal hij het ook veel meer willen en wanneer iemand iets wil kan je makkelijker samenwerken met zo iemand, zeker in de categorie van huisartsen, eigenwijs! Daarnaast moet de ondernemer de tijd nemen voor de implementatie en borging van het totale proces. Hij moet er voor proberen te zorgen dat iedere medewerker/gebruiker wordt betrokken in het implementatie proces. Benoem waar wat zal gaan veranderen, war daarvoor aangepast dient te worden en wiens verantwoording deze verandering zijn. Daarnaast moet er ook nog een planning worden gemaakt van wanneer alles gaat veranderen en wanneer het klaar zal zijn.

Je hebt het hier dus kort gezegd over een implementatie plan?

Ja, zo kan je het wel noemen ja, wanneer je deze dus goed op heb gesteld en deze duidelijk en helder communiceert met de huisarts moet het denk ik goed te doen zijn om een innovatie door te voeren.

Maar dan verliest u uw baan toch, haha?

Ja, als je er zo over denkt wel ja maar ik denk dat er altijd mensen zullen blijven die deze gang van zaken nog niet helemaal in de smiezen hebben dus ik vrees nog niet voor mijn baan. Oh ja, en als laatste zorg ervoor de huisarts/gebruiker getraind wordt in dit product zo dat het hem eigen wordt. Dit is heel belangrijk voor huisartsen omdat iedereen zijn eigen werkwijze heeft in de eerstelijns zorg en ze daar niet graag van af stappen. Wanneer je er dus voor zorgt dat het systeem helemaal eigen wordt kan je er voor zorgen dat de huisarts het product als zijn eigen ziet en zo ervoor zorgen dat hij het ook graag gebruikt.

Interview protocol expert 5

Hoe lang bent u al actief als werknemer binnen uw bedrijf?

X is een ICT bedrijf en wij doen aan ketenintegratie dat wil zeggen dat je systemen aan elkaar koppelt daar data uithaalt en dat je met behulp van de data dat je die kan weergeven in een applicatie dat je daar bepaalde functionaliteiten mee kan opbouwen en dat doen we in de financiële wereld, overheid onderwijs en in E-zorg en in de zorg is dat die functionaliteit verpakt in een EPD, in cliëntendossier van welke zorg je bedient en we hebben er dertien of veertien.

Verschillende EPD's?

Ja, voor GGZ, voor verloskundigen, ziekenhuizen, KW+, jeugdgezondheid van al die applicaties hebben wij, diagnostische systemen, om die processen te ondersteunen maar daarmee maak je dus uitwisseling naar verschillende zorg componenten. Daarmee bedienen we dus de zorg met onze systemen. Keten informatie systemen door de wetwijziging in 2006 is er wat veranderd. Ketenzorg is meer geprotocolleerde zorg, een patroon hoe je zorg moet gaan verlenen en met verschillende zorg verleners dat iedereen weet wat moet ik gaan doen en wanneer op een bepaalde volgorde om daar dan ook kwaliteit te kunnen meten en inzicht te krijgen in wat gaan bepaalde dingen kosten.

Moeten al die systemen verschillende zijn, omdat jullie er 14 hebben?

Het heeft voornamelijk te maken met het type zorg, maar het enige wat je eigenlijk doet is je patiënten of cliënten die zijn er in geregistreerd en dat je jouw taken daar verder registreert en dat je kunt rapporteren en afhankelijk van welke zorgsector je zit kan je daar ook op factureren. Je kunt via internet declareren. Maar we hebben er 14, want X is ontstaan uit een soort cellenstructuur, dus als een medewerker een goed idee heeft maakt hij een concept krijgt hij geld en tijd beschikbaar en daarmee kan hij dan twee klanten behangen en dan kan hij langzamerhand zijn eigen B.V. opzetten.

Is dat dus dat nieuwe ondernemers binnen het bedrijf zich afsplitsen maar wel onderdeel blijven?

Ja, je blijft voor 10-20 % aandeelhouder van de holding en je wordt dus eigenaar van je B.V. waarmee je dus 20-30 mensen maximaal voor je hebt werken. Ontwikkelaars en testers...

Een soort franchise zegt maar of een andere vorm van een franchise?

Het is een andere vorm van franchising ja, franchising is natuurlijk heel erg in de retail en dit is de manier hoe X omgaat om mensen aan zich te binden maar ook ondernemerschap en inspanning van je mensen te stimuleren. Dus op het moment dat je mensen de mogelijkheid geeft om iets voor zichzelf te ontwikkelen en op een bepaald moment gebeurt dat ook en je hebt de ruimte om jezelf te ontwikkelen dan ga je op alle fronten harder rennen. Dan ga je niet voor vijf van mag ik naar huis ik doe me koffertje dicht nee dan werk je wel door! Mensen blijven ook zo langer bij je organisatie werken. We willen ook graag verloop want we groeien heel sterk.

Het is natuurlijk ook bij bedrijven in trek, want ze hebben iets wat onwil creëert maar nu zullen mensen sneller blijven net als met de meeste ondernemers.

Ja, je wilt de kennis gewoon niet laat gaan, er moet gewoon goed mee omgegaan worden. Dat is waar het mis gaat voor veel bedrijven. We hebben ook doe je ding dag, zodat mensen twee dagen in het jaar hebben om andere dingen te doen en om ideeën te ontwikkelen. Ook mogen mensen aan proposities werken, producten bouwen en meer, je hebt zelfs groepen die hun eigen bier brouwen!

Haha geniaal, vet dat een zorg en ICT bedrijf zelfs op dat soort dagen zijn eigen bier maakt! Is het ook een beetje te zuipen?

Ja, het is prima te drinken hoor, ik had wel een flesje mee kunnen nemen. Het is over het algemeen bekend bier binnen X hoor, veel mensen drinken het wel. Echt een goed bier!

Maar willen jullie met het bedrijf diversifiëren, of wat voor growth strategy houden jullie dan aan. Zijn jullie misschien kostprijswinnaars aan het worden?

Je moet wel actief zijn in verschillende marktsegmenten omdat je dan zoveel mogelijk onafhankelijk blijft van andere groepen. Net als met de financiële en zorg markten wat tegenpolen zijn, dus de een biedt je wat anders dan de ander aan. Maar je hebt bijvoorbeeld wel stabiele inkomstbronnen net als met de overheid. Sommige keuzes worden ook niet geheel bewust

gemaakt. Die ontstaan gewoon vanuit proposities en als we daar dan van denken dit is best prima en we kunnen er geld mee gaan verdienen, dan proberen we het soms wel uit. Maar echt strategie dat heb ik bij ons nog niet heel veel gezien, dat klinkt misschien een beetje raar maar het is echt zo.

Het lijkt een beetje op Richard Branson verhaal?

Ja quick and dirty houden we aan.

Ik denk geen slechte strategie maar ik denk wel opmerkelijk zo in een zorgsegment dat sterk gereguleerd en geprotocolliseerd is?

Nou kijk, we zijn nu sinds 2007 actief in de ketenzorg en de chronische zorg nu wordt er wel van ons verlangd van waar ga je naar toe en we moeten met gedegen plannen komen. We hebben ook een omslag moeten maken. Er zit nu een productmanager op die wel duidelijk door heeft waar de zorg naar toe gaat en die houdt de wetten in de gaten, want daar moet je natuurlijk ook aan voldoen en die ziet ook trends en wij waren in het begin heel erg volgend. Als de klant vraagt dat doen we dan, die omslag gaat nu steeds meer komen dat we meer eigenlijk leidend gaan worden in het segment. We krijgen steeds meer controle over onze klanten en over ons zelf. En dat gebeurt voornamelijk organisch.

Maar waar botsen die twee werelden dan die commerciële en zorgwereld. Wat jullie tussen bedrijven zien?

*B*edoel je in de markt of in onze eigen organisatie.

Een beetje in beide misschien, maar gewoon waarvoor de zorg botst met de financiële sector. Waar denken jullie dat de brug zit in dat probleem?

Ah, het is natuurlijk geen groei markt. Kijk maar is goed, de zorg ligt gewoon slecht in de markt, het wil niet groeien en dat is ook deels terecht natuurlijk, maar ik vind wel dat de zorg niet efficiënt werkt en als je het puur procesmatig bekijkt dat je zeker wel 30-40 % kosten kan besparen in de zorg. Kijk de zorg, toen ik een jaar geleden in de zorg ben gaan werken vond ik het heel opvallend dat de enige verandering in de zorg qua samenwerking was echt de ketenzorg. De huisartsenpost dan een beetje en verder is die hele organisatie eigenlijk, want je kunt als een huisartsenzorg als organisatie bekijken maar die is hetzelfde gebleven. Die huisartsen zijn natuurlijk ook gewoon ondernemers met X en assistentes, HOEDs, groepspraktijken maar het blijven ondernemers. Maar qua samenwerking en organisatiestructuur is het gewoon nog steeds hetzelfde, en daar gaan ze de fout in hoor. En als de zorg gaat veranderen en efficiënter gaat werken dan moet daar heel kritisch naar gekeken worden, als het echt ondernemers zijn. De ondernemers denken dat het mis ligt bij de huisartsen. Ik ben van mening huisartsen zijn ondernemers die moeten hun eigen profit en loss creëren en dan moet je daarvoor een organisatie zijn en dan moet je ook beslissingen nemen. En dan bijvoorbeeld op het vlak van ICT en daarbij voor persoonlijke voorkeur enorm belangrijk is. Iedereen wil wat anders. Maar objectief vanuit de functionaliteit, dat je in bepaalde regio's elkaars huisartsen en fysiotherapeuten, apothekers elkaar kunnen helpen, dat gebeurd gewoon veelte weinig.

Maar waarom is X dan zo sterk in deze markt?

Nou, ik wil niet zeggen dat we sterk in de markt staan.

Maar hoe komt het dan dat jullie kunnen groeien in dit markt segmenten?

Ik denk dat de innovatie kracht en ook de mensen, we hebben heel veel universitair geschoolde mensen bij ons in dienst en IT niet naar bedoeld, zijn toch bèta geschoolde mensen. Het werkt of het werk niet, het is zwart of het is wit en zo zijn ze ook gegroeid in hun leven. Met voetballen waren zij die er als laatste uitgekozen werden, kijk maar in de voetbalteamps op de schoolpleinen. Er zit ook een vorm van minderwaardigheid binnen dat soort mensen en X geeft daar een platform voor, kom maar bij ons werken wij nemen je onder de hoede. We hebben 1 keer per jaar X, waar iedereen zichzelf mag presenteren. De ene heeft een sterke presentatie en technologie en de ander heeft echt een slecht verhaal, of hij vertelt een verhaal hoe hij productmanager is geworden, tenen krommend, maar hij krijgt wel zijn verdiende en nodige ruimte. Dus dat bevordert de inspanning en de creativiteit.

Maar hoe overlapt dat dan met de huisartsen, op welke manier werkt die instelling in op het contact dat je met de huisartsen hebt, of dat huisartsen graag willen innoveren met jouw product?

Vooral als je kijkt naar de huisartsen dan kijk wat wel het mooie van de huisartsen is dat ze wel erg betrokken zijn, daar ligt ook hun kracht en daarop moet je ze ook benaderen dat kan je doen door middel van een innovatie. Men is wel gedreven in hun vak en ze willen ook een stukje flexibiliteit hebben en die flexibiliteit hoe je die zorg kan verlenen en hoe je innovatie in de zorg kan brengen dat leveren wij hen. Wij hebben dat niet altijd even goed gedaan daar zal ik eerlijk in zijn. We hebben ook een aantal klanten gehad waar het minder ging maar zitten u op de rails maar die laagdrempeligheid en gebruikers eenvoud dat spreekt de huisarts aan ook dat we geen groot bedrijf zijn dat geld wilt komen verdienen.

Komen jullie met jullie product veel obstakels tegen bij het implementeren van de innovaties?

Nou, wat wij als je kijkt naar, nee wat je ziet is dat je deels, in ketenzorg, wordt verplicht vanuit de zorgverzekeraars sommigen wel en de andere wat minder. Maar dat vinden huisartsen niet zo leuk om te doen dus daarom zijn ze in ieder geval al minder geneigd om te kijken aar de voordelen van georganiseerde zorg. Ze maken gebruik van oude ICT systemen op de locaties zelf. Daar hebben we een SAAS-applicatie en daar heb je nu wel een redelijk nieuwe computer voor nodig. Die moet echt niet 10 jaar oud zijn met XP. *Haha, waarschijnlijk hebben ze dat nog vaak genoeg.* Wat ik al aangaf het zijn geen ondernemers, ze zijn niet bezig met wat kan die ICT voor ons bieden, waar kan het ons ondersteunen.

Ja, ik denk namelijk, wat ik in mijn onderzoek zie, de huisartsen denken heel ergo p de korte termijn, ze zijn niet bezig met de lange termijn. Als ik nu de PC aanschaf met de PC, dan hebben we het over 5, 6 of 7 jaar terug in de onderneming zeg maar merk jij dat zelf ook?

Nee, dat heb ik nog niet gezien maar wel grappig dat je het zegt.

Het is een onderbuik gevoel hoor, wat ik ook een beetje wil verwerken in het verslag, maar hoe meer ik ze spreek hoe meer ik het zie. Een ondernemer wil een ROI terug zien in drie jaar ongeveer, maar die huisarts die boeit het helemaal niet joh, die verdient ze brood aan het einde van de dag die weet ik moet drie dagen werken en ik vind het wel prima gaan zo met mijn werkwijze, die gaat goed en waarom zou ik hem willen veranderen. Waar wil ik zijn in de toekomst, dat doet hem ook niets en waar wil hij zijn in de toekomst boeit hem ook niet, denk jij dat dit waar is?

Ik zie nu volledig wat je ziet ja, absoluut waar. Ze zijn meer met de dag van vandaag bezig. En het feit dat sommige al drie dagen werken, want ik ken niemand die dat zich kan veroorloven om maar drie dagen te werken. Het is een pure luxe dat ze zich kunnen veroorloven. Ik denk dat je daar helemaal gelijk in hebt, ik had het nog nooit zo bekeken. *Het is natuurlijk wel een zware baan.* Nja... kijk naar de huisartsen die ik vroeger in het dorp had, toen hadden we nog geen huisartsenpost en die werkte 7 dagen in de week en die werkt nog steeds en nu zit zijn zoon erin. X is nog steeds actief hoor terwijl hij 78 is, als arts. Man, dat is niet te doen.

Een oude vedette.

Haha, ja zeker!

Die weet waarschijnlijk wel alles, maar hebben Julie veel te maken met stads- of plattelandshuisartsen?

Beide. Als je kijkt naar neem bijvoorbeeld de regio Arnhem waar ik straks heen moet. Dat is noord Gelderland waarbij de stad maar ook omliggende dorpen samen werken. Dus daar zie je al in een regio die bestuurd wordt vanuit zorggroep Arnhem, dat er meerdere soorten en diversiteit van huisartsen eigenlijk maar ook per regio heb je daarin verschillen. Arnhem heeft een rijk deel maar ook een arm deel. Een allochtonen gedeelte, een Jan modaal stuk en Velp heeft bijvoorbeeld heel veel rijke en oude mensen. Doesburg heeft dan weer een enorme diversiteit. Dus over het algemeen is het divers. Daarin krijg je dan ook te maken met verschillende vragen en verschillende soorten zorg. Maar toch willen ze dat centraal gestuurd en gecoördineerd alles aanpakken. Dus dan moet je heel goed kunnen organiseren en mensen op het platteland zijn weer heel anders dan de stads artsen.

Ja, precies de plattelandshuisarts wil volgens mij niet echt aan de E-health daar zijn ze heel stellig in denk ik zo.

Nou bijvoorbeeld in Hereveld en Zetten in de Betuwe daar willen enorm aan geprotocolleerde zorg en aan de innovatie, en Doesburg ook hoor. *Oh, dat had ik niet verwacht.* Ah, dat verschilt ook met de leeftijd van de artsen. Hoe jonger ze zijn hoe meer ze daar toe geneigd zijn. *Ik denk dat dat inderdaad dan heel veel uit maakt, want die oudjes die gaan daar niet meer aan.* Nee, dat wordt heel lastig of ze moeten enorme behoefte hebben. Ik ken een hele oude die ook nog in de innovatie zat hoor en dat is geniaal om mee te maken, in zetten.

Wat verstaat u onder E-health en hoe kijkt u daar tegenaan?

Ja, E-health is natuurlijk een enorm hippe term op het moment. Dus dat je met middel van technologie de mensen gewoon de normale burger bewust maakt van zijn gezondheid en dat je hem daarin stimuleert om daar in toe te dragen. Daar heb je allemaal verschillende toepassingen voor, van het helpen van mensen met gewichtsproblemen om af te vallen. Of oefeningen wat je moet doen als je last hebt van je rug of stoppen met roken. Of je moet in de laatste techniek kan je allemaal via E-health kun je dat allemaal toepassen. Ik denk dat E-health een goede oplossing is om de burger meer te betrekken tot zijn eigen gezondheid.

En denkt u dat ze dat zelfredzaam zouden kunnen zijn?

Tot een bepaald niveau wel. Het hangt een beetje af van je denkniveau maar over het algemeen makkelijke toepassingen wel.

Huisartsen denken namelijk van niet. Alleen de hoger opgeleiden hoogstwaarschijnlijk. Maar neem de laaggeletterden voor hen wordt het heel moeilijk.

Ja, en daar moet iets voor bedacht worden dat het makkelijk genoeg is omver wel gebruik van te kunnen maken en dat het toch nog zo is dat het wat toevoegt voor de huisarts. Wij hebben een portaal ontwikkeld heet het ZWIO zorg informatie portaal, dat is gemaakt voor ouderen waar bij ouderen die behoeven vaak wat complexere zorg. Die hebben meer aandoeningen en die hebben meer met verschillende soorten zorgverleners te maken. Ouderenzorg, Fysiozorg, ziekenhuiszorg van de specialist, zeg maar. En wat je ziet zeg maar dat er door middel van ZIP die kan een netwerk met de zorgverleners opbouwen en makkelijker met en communiceren. Die zorgverleners zelf ook ik ben net bij meneer Janssen geweest hij kwijlt een beetje ik heb het opgeruimd en voor de rest gaat het goed. Dat kan dan weer genoteerd worden. Maar ook kunnen ze een foto maken van een probleem waar ze een andere zorgverlener naar kunnen laten kijken. En ik zie dat meneer Jansen af en toe door zijn linker been zakt, noem maar op. Het zou de cliënt of de patiënt kan actief worden met de ZIP, om een vraag te stellen of ik ben bij de ETOS geweest en heb dit en dat gehaald, zodat de verleners kan zien wat heeft meneer allemaal gedaan de afgelopen dagen maar ook wat hij heeft ingenomen.

Een beetje Big Brother op een goede manier?

Ja, het is ondersteunen van het multidisciplinair overleg, en ja we hebben dat voor heel veel regio's geïmplementeerd met veel succes, maar voor sommigen werkt het ook minder. Het hangt ook van de zorgverlener zelf af, die mensen kunnen ook dat soort dingen veranderen en bepalen. Ik ken een oude vent die is dik in de 80 maar nog steeds zeer actief in de ZIP, en hij heeft ook een verhaaltje op internet, waar hij heel mooi aangeeft waar hij tegen aan loopt, waar hij het voor gebruikt en waar het hem helpt. Voor ons blijft het alleen heel lastig, hoe kan je het meten. Word je minder snel ziek, wat is het gevoel van de patiënt dat is eigenlijk waar het om gaat.

Maar waar spelen jullie met jullie product dan op in bij de huisarts?

Puur op efficiëntie, effectiviteit is bijna onmogelijk, mensen kan je niet opeens helemaal beter maken maar vooral op samenwerking tussen verschillende groepen en de efficiëntie.

En hebt u wel eens aan artsen gevraagd waarom ze voor X hebben gekozen?

Nou de innovatiekracht en de laagdrempeligheid van het product. En de samenwerking schijnt erg fijn te zijn.

Zijn jullie producten ook allemaal academisch gevalideerd, dat kan voor veel artsen namelijk belangrijk zijn.

Haha, daar moeten ze echt is een keer mee gaan ophouden. *Ja, dat is een lastige instelling.* Ja, het is echt niet meer van deze tijd en dat kan ook niet meer met de technologie van vandaag. Dat blijft het ook hoor met de huisartsen het zijn allemaal kleine wetenschappers en die willen dat natuurlijk ook laten zien, ze willen zich profileren in die wereld. Maar ze moeten daar is mee ophouden en meer gaan kijken naar het bedrijfsleven. Hoe heeft het bedrijfsleven zich de afgelopen 50-60 jaar verbeterd kijk bijvoorbeeld naar de banken hé. Ik denk dat ze daar veel meer moeten naar kijken. Je hebt een aantal zorggroepen dat zijn groepen die ontstaan uit de huisartsenvereniging. Die afhankelijk van wat de commitment is in de achterban kunnen ze heel belangrijk zijn. Ja, als je gewoon een goede visie neerlegt, hoe je in de regio om gaat met de zorg en met de ketenzorg en iedereen mee krijgt, en de neuzen in de goede richting krijgt dat kan enorm belangrijk zijn en daar kan je ook je voordeel uithalen. Kijk die mensen moeten gewoon kijken naar het bedrijfsleven, als je ziet hoe de banken zich

aan het veranderen zijn de afgelopen 10 jaar, het gaat zo snel dat je het niet allemaal niet meer kan valideren via onderzoeken. Soms moet je gewoon gaan anders blijf je hangen. Wat je bijvoorbeeld ziet bij de banken is dat zij heel erg kijken naar de consument en de technologie op de voet volgen en ook ik weet dat ING Google als zijn grootste concurrent ziet, voornamelijk door zijn innovatiekracht. Ze gaan zo snel met technologie innovatie en kunnen zo goed de mensen bereiken. Ze hebben u ook al een crowdfunding concept, dat is weer een hele andere manier van financieren...

Dus het systeem zou wat moeten veramerikaniseren?

Nee, ik weet ook niet precies hoe het in de US ziet maar als ik aan Amerika denk, dan denk ik voornamelijk aan kosten maar ik vind dat de huisartsen zorg zich anders moet gaan organiseren. Goed doen waar je goed in bent en waar je niet goed in bent dat moet je gewoon uitbesteden. En dat is vooral dat vorm geven aan je eigen organisatie of vorm geven aan het samenwerken van je organisatie. Een zorggroep bijvoorbeeld. In het bestuur daarvan zitten heel vaak huisartsen en niet eens een gezondheidswetenschapper, dat is natuurlijk best raar.

Ja inderdaad, wat je zegt heb ik ook al eerder gehoord hoor bij de huisartsen zelf. Je moet het uit ze trekken, want ze willen hun eigen baas blijven maar eigenlijk moet ik een praktijkmanager hebben die zorgt hoppa, een financieel onderdeel, zorg onderdeel en de huisarts kan gewoon doen waar hij goed in is. Wij zorgen voor de financiën en de ICT, en wij voeren de innovaties door zo lang jij het ook wil, het is jou praktijk maar wij nemen wat dat betreft de beslissing. Maar betrekken jullie ook zorgverzekeraars in het innovatie adoptie proces?

Dat verschilt een beetje wie je te pakken krijgt en met wie je contact krijgt. Bijvoorbeeld zorginkopers hebben we veel contact mee, meerdere gesprekken per jaar. Praten we over innovatie, waar het naar toe gaat, waar zij eisen gaan stellen, maar we praten ook over ervaringen met bepaalde producten. Wij willen echt een bijdrage leveren aan de zorg en daarbij heb je gewoon deze mensen nodig. Daar zit namelijk het geld. Dat is heel vervelend voor heel veel partijen maar daar zit gewoon het geld. Dus je moet gewoon zorgen dat je daar een relatie mee opbouwt.

En denk je dat als je de zorgverzekeraar hebt je, dan heb je ook de huisarts?

Nee, joh dat zijn twee verschillende groepen want je hebt dan de huisarts, de huisartsgroep, de zorggroep en daarboven ook nog de directie. Dus je hebt nog heel veel schakels waar je nog mee moet gaan spelen. En dan ook nog is de uiteindelijke gebruikers. Wat denk je van diëtisten joh, die maken ook nog gebruik van de systemen, pedicures, dat zijn heel vaak huisvrouwen die een pedicure cursus gedaan hebben en actief zijn in de ketenzorg. Maar je ziet dus ook dat mensen moeten wat laten doen aan hun tenen omdat ze diabetes hebben dan ga je niet naar een podoloog maar naar een pedicure, dus het is wel nodig dat al die schakels werken. Het is grappig, want dan heb je een arts die is heel hoog geschoold en die moeten gaan overleggen met die dames, dat is een mismatch van heb je daar. Die zitten op een totaal verschillend niveau.

Het botst?

Ja, het botst op intelligentie en op communicatie, ze spreken elkaars taal niet.

En ondernemers dan?

Ja, als je een goede manager hebt in je bedrijf dan heb je daar hoog geschoolde mensen maar ook de laaggeschoolden zodat je met elke groep in gesprek kan gaan. Kijk maar naar helpdesk mensen daar hoeft minder kennis te zitten. En een proces manager en je hebt een vraag over afsluiten van bankrekening, een manager moet in alle niveaus kunnen schakelen. Je noemde het net zelf ook al bèta en alfa en die kan zich gewoon inleven in de mens. Een organisatie goed kunnen aansturen.

Haha, ja dat is wel interessant om zo te horen dat die taal van elkaar spreken heel belangrijk is. Maar je die huisartsen blijven zo onbereikbaar, het is bijna kinderlijk hoe het er aan toe gaat in de huisartsensector.

Ja klopt, het is niet service gericht, het is nog verre van hoe het zou moeten zijn. De digitalisering is wel aan het verbeteren. Maar jij ziet nu ook al hoe ze met bepaalde dingen omgaan. Ik vind het een heel duidelijk teken als ik als salesman niet bereikbaar ben, dat kan echt helemaal niet, dan verkoop ik geen drol. Hetzelfde met andere ICT verleners. Je moet gewoon continu bereikbaar zijn joh. Als je bijvoorbeeld overdag gaat surfen en je gaat op zoek naar een reis en dan ga je ergens een beetje surfen en dan moet je wat invullen en dan kom je op het punt ik stop bij de invul boom, dan zie je een pop up komen met kan ik je helpen? Dat is gewoon automatisme en als je gebruik maakt van die chatbox dan krijg je iemand te spreken en om mee te chatten om je te helpen, dan zit er dus echt iemand. Dat is zo een goede zaak. Maar bij huisartsen kan dat niet joh. Stel je bestelt wat en je weet niet meer wat het was. Dan moet je weer terug gaan en moet je weer alles op nieuw

checken waar komt het vandaan, wie heeft het besteld. Vervolgens moet je dan ook weer naar de huisarts want, de apotheker die weet het niet zeker of het via de arts was enzovoorts. Dan wordt het steeds lastiger en eigenlijk moet je dan weer helemaal op nieuw beginnen, dat is krankjorum. Mensen die een ziekte hebben die moeten gewoon direct hun producten kunnen krijgen zonder dat je 2 dagen moet rondbellen om je producten te krijgen. Ze gooien alles op de privacy maar dat doen ze toch ook amper bij de bank joh terwijl dat nog veel en veel belangrijker is. Maar als iedereen gewoon zijn eigen dingen kan bijhouden prima toch? Let maar op over 10 jaar zeuren we er niet meer over en draagt iedereen ze eigen patiëntendossier met zich mee, het is je eigen data, jouw eigen ziekte en je eigen gezondheid. Als je gewoon een afspraak wil maken met de huisarts je belt hem op en ze kunnen direct zien wie er belt en wat zijn specificaties zijn en je heb een afspraak.

Ja, dat zou het beste zijn... In het geval van het implementeren van een innovatie, zou de voorkeur van een huisarts uitgaan naar een nieuwe ondernemer of een wat meer ervaren en bekender bedrijf? Welke factoren beïnvloeden deze keuze?

Nou daar zie ik geen eenduidigheid in, nee, ik zou zelf ga naar een meer ervaren bedrijf natuurlijk, niet heel groot.

Waarom zou je daarvoor kiezen?

Omdat je bewezen hebt in de markt en ook continuïteit kan bieden en dus stel de concurrent is een EPGO en die heeft een gedeelte van ons ZWIP gekopieerd en dat bestaat uit 2 of 3 man maximaal en drie brengen producten naar de markt. Op het moment dat een van die mensen uit het bedrijf zal stappen door een conflict en je hebt je applicatie gekocht bijvoorbeeld en je hebt er data in verstopt en in geïnvesteerd, je loopt gewoon een veel groter risico. Bij de grotere bedrijven heb je dat veel minder en kan je meer garantie bieden voor je koper. En dus ook de continuïteit die ontstaat uit de functionaliteiten die je in koopt naar je eigen markt toe en naar je eigen markt toe. Maar dat is heel verschillend hoor.

Het is altijd een vraag die ik stel om te kijken hoe een expert daar over denkt en hoe een ondernemer en een huisarts daar over denkt. Ik denk dat daar voor de huisarts weinig verschil is. Als het een goede onderneming is en hij mag die sociaal en commerciële gedachten mag botsen dat maakt allemaal niet uit zo lang het maar een goede onderneming is, en als ze de hulp bieden die zij behoeven dan zit je goed?

Ik ben zelf ook inkoper geweest bij de ING wij keken vooral ook naar de continuïteit en liquiditeit van de leverancier. Omdat je, kijk als dat voor een huisarts wat minder is. Sommige applicaties die je inkoopt die zijn onderdeel van primaire processen en als die dan omvallen dan kost dat enorm veel geld, dat kan gewoon echt niet en dat geld ook voor huisartsen. Of je moet daardoor andere processen voor gaan kopen en dat kost weer allemaal tijd en opzet tijd, dat is heel onvoordelig.

Mijn laatste vraag: Als u succes factoren zou moeten noemen een ondernemer in E-health innovatie om de adoptie/implementatie van zijn/haar innovatie door huisartsen te doen slagen, welke factoren zou u dan noemen en waarom?

*O*plossinggericht bedoel je?

Hoeft niet perse het mag ook het proces zijn om zo iets te implementeren, of misschien het de bijscholing.

Ik zou vooral als ICT dienstverlener heel erg in de regie blijven vooral omdat de huisartsen zorg en zorg over het algemeen, die zijn heel erg zoekende dus op het moment dat je bij hen de vraag gaat neerleggen van hoe wil je het geïmplementeerd hebben. Ze moeten ons gewoon iemand hebben die tegen ze zegt zo moet je het gaan doen. Op deze manier moet je gaan implementeren. Dus je moet gaan kijken naar de organisatie van en het type van diensten dat je gaat verlenen. De innovatie zelf dat moet natuurlijk een goed product zijn maar je kunt beter, als je kijkt naar innovatie met een B product innoveren en door een A ondernemer laten implementeren. Dan dat je een A product hebt maar het door een B ondernemer laat zetten op de markt.

Ah oké, het klinkt een beetje als een huisarts van de huisarts zijn.

Haha, ja dat is het wel een beetje, een organisatie dokter. Scherp. *Net als de huisarts zegt je hebt dit en dit moet er gebeuren.* Maar ik merk het ook hoor, waar ik zo meteen naar toe ga, die hebben een heel diverse ICT omgeving in hun regio eigenlijk. Verschillende huisarts informatie systemen. Ze maken gebruik van verschillende soorten hardware, maar ook van verschillende soorten netwerkjes in hun netwerk. Eentje heeft een degelijk snel netwerk met een goede modem en aansluiten en de ander weer niet waar het weer heel traag is en krakkemikkig. Sommige huisartsen maken gebruik van een client-person-systeem. Die hebben een systeem dat aangesloten is aan de apotheker. Sommige hebben de cloud aangesloten op een server en de data op een server die in de praktijk aanwezig is, enorm onveilig. Dus als faciliterend zorg bedrijf wil je eigenlijk een stuk bewustwording creëren bij de artsen dat je met ICT alleen door professionals moet aten doen. De laatste installatie van

operating systems en niet meer met cliënt server systems werken, zorgen voor een goede verbinding etc. brede schermen zodat mensen goed kunnen werken, niet meer van die vierkante XP schermen. Dit kan je als huisarts niet allemaal mee bezig zijn, dit moet je laten doen door de echte mensen die er verstand van hebben en die daarin ook willen helpen. Ik vind het nog schandalig dat er huisartsen met XP werken, dat ze dan wel aan security eisen vragen aan ons met de applicaties terwijl ze nog werken met XP waar de firewalls al zo lek zijn als een mandje. Het is een grote gatenkaas joh. Dus het is gewoon belangrijk dat je bewustwording creëert bij de huisartsen als ondernemer, dat je de regie zelf in handen houdt maar dat je ook wel, en dat klinkt misschien raar wat ik zeg, maar ik je moet ook veel respect hebben voor de huisarts. Als je dat niet hebt dan wordt het ook lastig en het is in 2006 zo veranderd en er wordt zoveel van hun gevraagd op het moment terwijl het is ook maar een mens. Al die veranderingen die we sinds 2007 hebben gehad en dat het nog maar door en door gaat, dat moet je ook maar eens proberen bij te houden en te behappen. Je moet opeens anders gaan nadenken over je eigen toko, met de voorgegeven regels en veranderingen, dat is zoveel werk.

Het is eigenlijk dat de zorg op dit moment overladen is.

Ja, als ik de huisartsen dan af en toe hoor: ‘’Ik ben erbij en ik wil veranderen en innoveren!’’. Daaropvolgend zeggen ze dan: ‘’ Ik moet nog maar tien jaar, ik heb al zo lang zo gewerkt en er zijn zoveel veranderingen geweest, ik wil daar niet meer aan joh. Daar mag ook wel aandacht aan worden gegeven hoe we ze daar mee moeten gaan helpen in plaats van dingen proberen te veranderen...

Interview protocol expert 6

Zou ik als eerste aan u mogen vragen hoe lang u al actief bent in uw beroep?

Ik zit zelf erg in de zijlijn maar heb geen concreet project om handen op dit moment maar wel gehad. Ik zit natuurlijk wel heel erg in het veld en ik heb ook een beetje naar je interview zitten kijken wat veel meer naar de zorgverlener zelf gaat. Ik durf niet precies te zeggen wat zij zeggen hoor maar ik kan je wel een idee geven van wat zij denken.

Ach, ik vind het al fijn om mensen te hebben die er in ieder geval mee in aanraking zijn geweest en die vergelijkbaar werk hebben gedaan met E-health maar zoals mijn vraag luidde: hoe lang bent u al actief als werknemer binnen uw bedrijf?

Ik heb natuurlijk een eigen bedrijf waar ik dingen in de consultancy doe, dat is sinds 2001 en dus niet als werknemer maar als eigen bedrijf en vanuit dat bedrijf heb ik diverse projecten begeleid en ook in wat interim besturen gewerkt waarin innovatie in de zorg wel een raakvlak is geweest.

Kwam u ook wel eens met huisartsen in aanraking of ziekenhuizen?

Beide ik heb diverse projecten gehad waarbij ik huisartsen heb begeleid die enerzijds in loondienst zijn geweest dus huisartsen in een gezondheidscentrum die een beeld in de zorg verlenen maar ook huisartsen die een eigen praktijk hebben en zorg coöperatie vormen en van daar uit chronische zorg verlenen. En ik ben als bestuurder, zeg maar, van een huisartsenlaboratorium betrokken geweest waarin ook huisartsen zorg afnemen en diagnostiek via ons aan de patiënten aanbieden.

Hebt u nog een ander beroep gehad dan wat wat u nu doet?

Daarvoor heb ik twintig jaar in het bedrijfsleven gezeten bij ABN AMRO puur op het ondernemers vlak bij het verlenen van kredieten en daarbij ook medici in de portefeuille gehad waarbij het de eerste ingangen en grondleggingen zijn geweest voor de lijn naar de gezondheidszorg.

Ah, nou komt het beeld een beetje bij me binnen, want zo maar doorstromen van ABN naar de zorg vond ik al wat vreemd.

Begin 2000 werd de lijn ingezet dat de marktwerking begon in de zorg en toen was het natuurlijk van belang dat men anders ging kijken naar de zorg en dat er dingen gereorganiseerd moesten worden en dat we niet alleen keken naar de inhoud maar ook naar wat kost dat nou allemaal. En is dat dan nog de kwaliteit vergelijk met de prijs en kan je dan nog de organisatie en de instelling efficiënter later werken en dat betekent dan ook voor de kosten die daarmee samenhangen.

En wat was dan het eerst waar ze mee bezig waren, want ik hoor marktwerking?

Nou wat het grote verschil is dat in het verleden vastgestelde tarieven waren die ooit in het verleden bepaald zijn. Waarbij de zorg natuurlijk toen minder met behulp van technologie werd aangeboden en waar ook elke professional zijn eigen stukje deed waarbij je nu ziet dat men zegt van en dat men veel meer naar de keten is gaan kijken waarbij je ook de overlappingen in zorgaanbod eruit moet halen. Een groot voorbeeld daarvan is de chronische zorg diabetici, of chronische COPD patiënten, waarbij in het verleden de huisarts een deel van de zorg had maar ook een praktijk ondersteuner en een ondersteuner die gaf bijvoorbeeld ook voedingsadviezen of die keek ook naar stukje diethiek en vervolgens als die patiënt bij de specialist kwam dan kregen ze nog een keer alle informatie over de diethiek. Dus dat werd als overlappend ervaren door de patiënt. En nu zie je steeds meer dat je naar ziekenhuizen om onderzocht te worden maar men wist dan niet wat er al door de huisarts was gedaan. Bloedonderzoeken en zo werden weer opnieuw gedaan. Die hele keten moet veel meer op elkaar afgesteld worden. DPC's worden er nu gecreëerd voor de eerste lijn, dit zijn codes voor patiënten voor wat voor zorg er verleend mag worden en hoe vaak dat gedaan moet worden en hoe vaak dat gedeclareerd kan worden. Zo proberen we dubbele diagnostiek en overlappingen te verwijderen uit de keten.

Dat is een stuk efficiënter als we het vergelijken met vroeger maar ook dat de zorg patiënt gerichter gaat worden in plaats van een overkoepelend zorgorgaan waar rekening mee word gehouden.

Ja, er werd gewoon niet gekeken naar wat moet deze patiënt specifiek hebben. Het was iedereen krijgt hetzelfde soort maar het moet meer zijn van wat is er nodig bij deze patiënt specifiek.

Dat is natuurlijk ook wel normaal toch, dat het steeds meer Amerikaans wordt en dat er een marktwerking aan het ontstaan is.

Precies en voorheen mocht je helemaal niet zeggen dat zorg een product was en ook de instellingen kregen gewoon een vast budget per jaar en voor dat budget moesten ze gewoon zorg verlenen waarbij nu veel meer gekeken wordt van maar wat verleen je nou precies en welke prijs hangen we aan dat product vast. Nou is het natuurlijk in de hele zorg, dat zie je bij huisartsen, GGZ en ziekenhuizen dat de hele ruimte die er zat in kosten eruit gehaald zat om er heel specifiek moeten laten zien wat is waar naar toe gegaan. Er kan amper nog eenvoudig geïnnoveerd worden en daarnaast geld krijgen is ook veel lastig geworden. Er wordt wel steeds meer prestatiegericht gekeken. Het moet ook zo zijn hoor je geeft is wat je krijgt. Daar komt die marktwerking van waardoor die zorgverzekeraars zelf ook kunnen gaan vergelijken wat krijg ik bij de ene arts en wat bij de andere. Daar hangt de sponsoring en het spel helemaal op af. Er wordt steeds selectiever gekeken naar de kwaliteit en instelling van bepaalde organisaties/centra/ziekenhuizen etc.

Bent u zelf ook betrokken geweest bij die soort innovaties?

Ja, in 2004 ben ik een van de grondleggers geweest van de eerste zorggroepen waar ook chronische diabeteszorg als keten werd opgekocht, voorheen was het zo dat die zorg, de huisarts/diëtiste/podotherapeuten en fysiotherapeuten allemaal apart hun geld gingen declareren. Toen in 2006 en 2007 zijn er vaste combinatie producten, DBG's, in de eerste lijn geplaatst die vervangend waren voor al die losse componenten. De zorgverzekeraar krijgt daar een bedrag voor en die moet de zorg weer ondercontracteren bij de verschillende zorgverleners.

En wat voor barrières waren er in dat proces?

Nee, een heel groot probleem was het zich aanbieden aan wie is er dan eigenaar van dat contract is dat de zorgcoöperatie, wie is dan de coöperatie, is dat de huisarts, die zich bundelen en dat contract met een zorgverzekeraar hebben en die bepaald dan de prijs voor de onderliggende aannemers zoals een diëtist of zoals een therapeut. Of aan onderzoeken die ook gedaan moesten worden. En dan zag je dat verdrag dat die DBG's gaat werd daar naadloos doorgeschoven naar degene die het uitvoert of blijft er ergens wat hangen bij de organisatie. Dat geeft natuurlijk een hele andere dynamiek omdat je het niet alleen maar over de zorg inhoud maar ook over de prijs gaat onderhandelen. En dat gaf in het begin heel veel onderlinge onzekerheid omdat men het gevoel had dat ze uitgeknepen werden. Er is zelfs een moment geweest dat die artsen hebben gezegd wij werden uitgeknepen door de markt partijen, omdat wij nog maar een klein stukje zorg mogen leveren voor een hele kleine prijs. Nou daar hebben ze zich ook tegen verweerd en heel veel discussie en gesprekken kun je zeggen nou wat moet je daarvoor leveren en tegen welke prijs. Dat zijn lastige aspecten en wat een ander groot probleem was hoe registreer je alles. De zorgverzekeraars willen overal inzicht in hebben in de kwaliteit van de zorg, hoeveel consulten worden er geleverd. De zorgorganisatie of persoon moet een model ontwikkelen waarin ze die dingen kunnen aanleveren. Dat werd dus door middel van ICT aangeleverd en toen kwam een hoop versschillende HIS systemen. En software is een hele lastige was omdat het moeilijk te koppelen is. En je een situatie kreeg waarin zorgverleners twee keer moesten gaan registreren eerst in hun eigen systeem en in de begin jaren ook nog is een keer in het gecombineerde systeem. We zijn nu een paar jaar verder waarbij de meeste software geïntegreerd kan worden met de systemen en automatisch de informatie van het ene systeem overgaat in het ander systeem.

Ja, dat hoor je wel veel ja, dat vooral integratie van hun systemen zo belangrijk is zoals Myra, Promedico, Zorgdomein. Ze werken allemaal met iets verschillends, maar die innovatie waar u het over had, waarom denkt u dat huisarts ermee hebben ingestemd om die innovatie door te voeren?

Nou eigenlijk wat geholpen heeft op een gegeven moment van een verplichting vanuit de zorgverzekeraar en vanaf dit jaar is het pas echt doorgevoerd omdat huisartsen die bijvoorbeeld niet deelnemen aan zo een zorgcoöperatie de zorg ook niet meer vergoed gaan krijgen maar vanuit de losse consulten. De huisartsen die nog steeds zeden ik doe er niet aan mee. Ik verleen de zorg zoals ik het altijd heb gedaan en ik kan het apart declareren, die hebben nu ook echt een financieel probleem omdat zij een deel van hun omzet missen. En dat is met de loop van tijd de prikkel geweest om juist zeg maar de huisarts die kijken naar efficiëntie en kwaliteit rondom de patiënt nu ook de laatste stap moeten zetten. Dat is de grootste prikkel onder de huisartsen om ze zo ver te krijgen om ook echt in te stemmen en wat je dan ook op macroniveau zag gebeuren dat overschrijdingen in het totale budget de huisartsen werd er ook gekort bij de huisartsen en daarmee waren ze ook medeverantwoordelijk van de resultaten op kosten gebied. Nou ja en natuurlijk wordt er aan de buitenkant geroepen ja maar het gaat toch om kwaliteit het gaat toch over hoe goed is het voor de patiënt maar dat is natuurlijk een meer idealistisch beeld en situatie wat vaak gebruikt werd is dat uiteindelijk dat de financiële component de achterliggende gedachte is.

Ja, dat hoor je vaak doorschemeren hoor dat de huisarts ook geld wil verdienen en misschien een beetje de angst dat die E-health hun werk gaan overnemen en dat het toch hun in de kosten schelen zo meteen maar ook in de inkomsten, hoe denkt u hierover op de lange termijn?

Ja, de belasting van alles wordt ook steeds groter, en die moet ook verminderd worden en zij zijn ook ergens bang voor. Het is toch ook een bedrijf aan het worden, net als in de normale markt dat als je efficiënter gaat werken dat het in de kosten gaat schelen. Maar kosten zijn binnen de zorg het onderwerp voor diegene die de zorg verleent maar we kunnen niet zomaar zeggen van dan ga ik maar nadere producten aanbieden om dat de kosten toch wel weer zullen stijgen. En dat is wat we de afgelopen jaren hebben gezien dat er steeds meer maatwerk wordt geleverd wat wel echt wordt door gepakt. En dan zag je ook dat waar het werd doorgevoerd de huisarts door het verlenen van andere soorten zorg veel meer geld gingen verdienen. Dus toen ging iedereen kijken van hoe kunnen wij dit ook doen de kosten terugbrengen maar toch de kwaliteit behouden. Kunnen de huisartsen daar wat aan doen of moeten de andere organisaties die overkoepelen dit doen. Er werd dus samen gekeken naar meer oplossingen, hoe kunnen die huisartsen meer hulp overnemen van wat nu de tweede lijn doet. Het is zeker de afgelopen jaren, zeker de laatste twee jaar, omdat de zorgverleners zelf dingen mogen inkopen en mogen beslissen samen met de ziekenhuizen welke hulp ze aanbieden.

Zou u kunnen vertellen welke partijen (als voorbeeld de maatschappen, patiënten en zorgverzekeraars) betrokken zijn in de keuze voor het adopteren van een nieuw E-health toepassing, zoals als de EPD, en op wat voor manier beïnvloeden deze verschillende partijen de implementatie?

Ik denk uiteindelijk dat het door de patiënt komt, de patiënt moet er ook beter van worden en hij moet zeggen het werkt goed. En ze hebben de goede resultaten geboekt dan zal het zijn dat de huisartsen dat gaan volgen. Daar zit een beetje een paradigma in de innovatie is ook dingen doen waarvan je niet helemaal weet wat de uitkomst is en zorg is eigenlijk per definitie evidence based. Alle zorgstandaarden en protocollen die gebruikt worden die, die worden vastgesteld op het moment dat het aantoonbaar is dat het beter werkt! Nou innovatie ligt natuurlijk helemaal vooraan in de keten, dat is een hele andere manier dan van met je zorg om gaan. Je moet echt een stukje risico durven lopen of loon te minderen om het te proberen en omdat die mensen zo erg in standaarden zitten is dat echt een moeilijke mindset switch.

Dus als de patiënt de druk erop legt dan kan de huisarts niet meer anders?

Ja precies, daar luistert hij naar. Hij moet echt zien waarde verbetering en dat de patiënt het er mee eens is.

Maar u hebt wel eens met wat van die zorgondernemers te maken gehad en die zullen de gedachten hebben gehad omzet maken, is natuurlijk altijd hun doen en dat is ook waarom een bank of investeerder geld verleent, maar die huisarts waar is die naar op zoek? Is die op zoek naar efficiëntie verhoging, of puur gericht op de effectiviteit van zijn praktijk hoe moet ik dit zien?

Nee, ik denk dat bij de meeste huisartsen die willen gewoon zorg verlenen die willen kijken naar de kwaliteit en kijken naar wat heeft deze patiënt nodig dus die is niet bezig of op zoek naar efficiënter de dingen regelen. Maar de druk van buitenaf maakt dat dat ze het dus zo moeten doen. Dat hoor je nu ook bij de huisartsen dat ze huisarts zijn geworden om hulp te verlenen maar dat ze nu eigenlijk een bedrijf moeten runnen waarbij ze mensen in dienst hebben en waarbij ik mijn praktijkondersteuners moet begeleiden mijn HIO moet begeleiden maar het echte vak van het huisarts zijn weg gaat en het echt een manager worden van de praktijk en de artsen die al enige jaren in het vak zitten die denken daarvoor ben ik oorspronkelijk geen arts geworden, het leiding geven en managen is nou niet echt mijn ding. Je wordt steeds minder arts en meer een manager omdat hij of zij de onderneming moet runnen.*Dat heb ik nog niet eens van de huisartsen gehoord maar wel iets belangrijks om over na te denken.* Je ziet ook echt huisartsen die terug treden die ook bijvoorbeeld zeggen van: Ik wil geen eigen praktijk meer hebben maar ik ga als waarnemer aan het werk. Daarmee gaan ze dus in praktijken waarin de huisarts zeg ik heb er een extra nodig die de zorg uitvoert en een waarnemen nodig om dat ik op vakantie ga. Dan ben ik echt puur en alleen met de inhoud bezig en met de patiënt maar ik heb niet alle bureaucratische rompslomp daaromheen en ik hoef geen mensen aan te sturen. Ik ben dan alleen met die inhoud bezig en de laatste tijd heb je daar ook wel wat voorbeelden van in de media gehoord ook van huisartsen die zeggen, joh ik ga naar Frankrijk toe. Ik ga daar weer beginnen met een platteland praktijk beginnen, want dan hoef ik niet meer van allemaal lijstje bij te houden en mensen aan te sturen, gewoon weer doen wat ik wil doen.

Mag ik daaruit veronderstellen dat de huisartsen omgeving ook steeds competitiever aan het worden is?

Ja absoluut, ondanks dat ze het zelf niet eens allemaal door hebben. Je kunt je niet meer autonomie veroorloven als vakgebied uit oefenen maar ik word door allerlei andere partijen worden steeds belangrijker zorgverleners, collega's en patiënten die wel vanuit die hele zakelijke lijn erin zitten wordt je gedwongen op een hele andere manier je praktijk te voeren.

Denkt u dan ook dat de innovatiebereidheid van huisartsen hierdoor omhoog gaat?

Nou ja heel grof gezegd ze moeten wel want de termologie die gaat zo ongelofelijk snel en is van zo een hoge kwaliteit dat de kennis niet meer ligt aan wat heb je geleerd en waar jij de expert in bent, want dat wordt vervangen door technologie en ook machine learning en thinking wat de wereld van standaard dingen kan gaan overnemen. En in de begin jaren, in vorige jaren werd dat afgedaan met een pc maakt fouten, daar kan je niet op vertrouwen, maar de huidige pc zijn van zodanige kwaliteit en eigen denkvermogen dat we kunnen veronderstellen dat ze uiterst accuraat zijn door al die bigdata en software programs. Die computer die geeft eigenlijk nog een beter diagnose dan de huisarts die het niet bij kan houden welke ontwikkelingen er allemaal zijn kijk bijvoorbeeld een bloeddruk meter wat voor heen een dokter assistente werd uitgevoerd, met zo een apparaat om je arm en daarmee je bloeddruk te meten en wij doen dat nu door middel van een irisscan via je smartphone, die houd je bij je oog en de pulseringen kan je smartphone al bepalen wat je bloeddruk is. Dat is natuurlijk een hele andere manier van zorg wat dor technologische ontwikkeling mogelijk gemaakt wordt. In het begin werd het echt terzijde geschoven, een doktersassistente hoort dat gewoon te doen, maar daar kom je nu echt niet meer mee weg. Ze zullen moeten willen om de innovaties en technologische ontwikkelingen te gebruiken om dat het kosten besparend en efficiënter werken.

In het geval van het implementeren van een innovatie, zou de voorkeur van een huisarts uitgaan naar een nieuwe ondernemer of een wat meer ervaren en bekender bedrijf? Welke factoren beïnvloeden deze keuze?

Het kan ook een nieuwe ondernemer zijn zolang die ondernemer zich dan maar houdt aan de veiligheidsaspecten dat hij ook zegt dat alles gevalideerd is wat hij heeft geproduceerd, als met in USA de FDA toestemming en goedkeuring als die keurmerken erop zitten dan zijn ze ook echt een bedrijf om nieuwe jongen ondernemingen te laten werken om de ervaring ook is dat bestaande organisatie heel erg voor zichzelf bezig zijn en vaak kostbespaarders zijn dan de nieuwe innovaties en de jonge bedrijven.

En denkt u dan dat die commerciële insteek van die grote en kleine bedrijven een beetje in frictie komt met de meer sociaal-maatschappelijke gedachte van de huisarts?

Nee, dat hoeft niet zolang zij maar zien dat zij niet verplicht zijn om op commerciële wijze de kwaliteit in te laten poetsen. En ook de huisarts weet ook dat het betaalbaar zijn en mag er iedereen er een boterham aan verdienen zolang ik maar niet gekort wordt op de manier waarop ik mijn beroep uitvoer. Vooral de inhoudelijke kwaliteit richting de patiënt is bepalend. Hij zegt ik wil niet met handen en voeten gebonden zijn aan een partij waarvan ik ook nog afvraag of de kwaliteit wel goed is.

En waar denkt u dat er vandaag de dag nog een heel groot gat ligt voor ondernemers of waar het bij de ondernemers aan ontbreekt om succes te hebben bij de huisartsen?

Ik denk het vertrouwen dat is een belangrijk iets, want er zit natuurlijk altijd wel een nare smaak bij wat je zegt een commerciële partij op het moment dat dat een ondernemer heel erg laat zien van maar luister voor mij is toch geld verdienen belangrijk dan kwaliteit dan komt hij niet aan het bod bij huisartsen en komt hij ook niet aan tafel. Dat is een hele belangrijke en ja, de brug tussen kwaliteit en commercie daar moet een ondernemer heel veel vertrouwen in verdienen. Ondanks dat hijzelf heel veel risico neemt natuurlijk.

Dus die twee dingen zitten een beetje aan elkaar gekoppeld, die ondernemer moet vertrouwen hebben van de huisarts mede door hoe zijn product in elkaar zit en de motivatie van de ondernemer zelf.

Dat is wat ik bedoel. Je houdt je de privacy goed in de gaten, hou je de medische standaarden in de gaten of ga je liggen rommelen omdat je geld over kan houden als je bepaalde controles niet doet of als je totaal de veiligheid aspecten ondermijnd.

En kom stel ik wil als huisarts de innovatie hebben, hoe zou de ondernemer ondersteuning moeten bieden in de adoptie van een nieuwe innovatie om dit alles te doen slagen?

Ja, dat is een lastige, want heel veel kan als je als ondernemer zeg maar maatwerk gaat leveren op de vraag van een huisarts dan loop je tegen een probleem aan dat op het moment dat je het wilt opschalen als ondernemer dat dat echt niet te betalen is. Dan zou je steeds aangepaste producten moeten ontwikkelen. Kijkend naar veel meer van goh wat zegt de standaard, wat

zijn de WHO standaarden en product dat aan te bieden aan een huisarts is veel efficiënter en uiteindelijk ook prima zolang je zeg maar daar ook aan voldoet. En dan krijg je de huisartsen wel mee hoor ze hoeven ook niet constant het wiel op nieuwe uit te vinden maar de ervaring die ze hebben maakt dat ze zeggen zit dit wel goed in elkaar en dan krijgen ze de neiging dat ze zich afvragen aan al het kleine en het gehele principe dat ze zich als consumenten gaan gedragen, die vinden van alles in een product en vervolgens gebruiken ze er maar tien procent van. Als je als ondernemer zorgt dat je die tien procent die echt van belang is dat het product het ook goed doet en aansluit op de voorwaarde en de kwaliteitseisen die de medische wereld eist, dan omarmt die wereld je wel. De huidige standaard dan die hij nodig heeft op het moment.

Dan mijn laatste vraag hé, als u een huisarts en een ondernemer apart zou nemen hoe denkt u dan dat er het beste een brug gevormd kan worden tussen die twee partijen want dat is volgens mij het grootste probleem?

Dat is denk ik aan de ene kant de huisarts prikkelen dat hij ook in gesprek wil gaan met die ondernemer dus om ook de tijd er voor vrij te nemen om de ondernemer voldoende zijn product te laten toelichten, dat er geen ruimte is voor aannames of het invullen vanuit negatieve ervaring vanuit het verleden het knelpunt is dan vaak dat de huisarts geen tijd heeft en als hij er de tijd voor vrij moet maken dat het hem dan ook echt omzet scheelt omdat hij niet kan consulten of patiënten kan behandelen dan zou je moeten zeggen kan je een manier verzinnen waarin de tijd van de huisarts gecompenseerd wordt. Dat er gezegd wordt dat als je met de ondernemer aan tafel gaat dat je er ook beter van wordt. Dan heb je ook echt iets waardoor je straks efficiënter en beter kan gaan werken. What is in it for me is een hele belangrijke om een huisarts tijd vrij te laten maken om ook met die ondernemer in gesprek te gaan en anders blijft het onbekend en dan gaat hij er niet mee werken.

Dus stiekem een beetje dat de huisarts echt op de korte termijn denkt?

Ja, absoluut dat is een heel groot probleem bij huisartsen die opgeleid worden vanuit de gedachte oké, ik moet binnen tien minuten moet ik dus een diagnose stellen dus ze zijn er heel erg van om heel snel te denken en wat te vinden maar niet aan de toekomst toe maar of het verklaarbaar is uit het verleden. Wat je ziet is dat het jaren kost om alles door te voeren in de zorg. Zij denken ook ach voor zo ver het is zijn we 10 jaar verder maar de technologie gaat nu zo snel dat we het binnen no-time wordt geaccepteerd en mee gewerkt moet worden. Dus ze moeten veel sneller denken en beslissen en daar komt dan het lastige bij dat zij afhankelijk zijn van ook de politiek en de politiek heeft altijd in de regel geen langere scope dan vier jaar en dat heeft in het verleden ook veel onrust en ook extra lasten veroorzaakt bij de hele zorg omdat minstens een bepaalde visie heeft met allemaal dingen bezig is en doorvoert en het jaar daarop wordt alles overboord gegooid door de volgende groep. De politiek is een hele belangrijke beïnvloeder van wat gaat straks de zorg doen en wie wat betaalt. En vandaar ook dat het feitelijk zo is dat veel artsen zeggen; ik kan wel leuk plannen ontwikkelen maar ze durven zich nergens meer op te binden, omdat ze niet zeker ervan zijn dat de volgende ministergroep zegt dat ze er nog voor gesubsidieerd worden.

Interview protocol expert 7

Hoe lang bent u al actief als werknemer binnen uw bedrijf?

Ik werk hier nu, 1,5 jaar ongeveer, ja. Ik heb in Nijmegen gestuurd, psychologie en bedrijfskunde gedaan. Daarvoor heb ik ook heel lang in de zorg gewerkt. Vanuit de studie ook al, ik werk dus eigenlijk al 8 jaar in het Radboud maar ik heb dus al redelijk wat zorg ervaring. Het was destijds voornamelijk een studentenbijbaan voor in de zorg, waar ik werkte op verschillende afdelingen. Bijvoorbeeld was ik een hulp met het helpen van de verpleging, het rondes lopen aan de bedden. Het was niet heel erg zorg innovatie inhoudelijk.

Deze ervaringen en kennis spelen natuurlijk erg mee in de houding die je kunt hebben binnen innovaties van de zorg. Maar wat behels je nu voor functie binnen Reshape?

Officieel ben ik nu adviseur proces verbetering innovatie, waar dit concreet op neer komt is dat ik me binnen RESHAPE voornamelijk bezighoud met het implementeren en het opschalen van innovaties, zowel binnen- als buitenshuis. Zowel in het Radboud als voor externe partijen.

Oh dat is wel iets leuks om te doen denk ik?

Ja, ik vind het geweldig om te doen.

Kom je ook wel eens met huisartsen in aanraking of niet?

Nee, relatief weinig, wij zitten nu voornamelijk in het ziekenhuis zorg, de tweede lijn, maar ik ben wel met een initiatief bezig X, wat we langzaam ook naar die eerste lijn willen gaan brengen naar de huisartsen.

Ja precies, je ziet toch wel vaak dat veel ondernemingen voornamelijk bezig zijn met het eigenlijk de tweede lijn niet de eerste lijn.

Ja, dat klopt

Waarom denk jij dat dat zo is?

Ook omdat ze zeggen dat innovatie in de zorg lastig is, in het ziekenhuis vaak al erg lastig maar met huisartsen nog lastiger omdat die niet als ziekenhuizen, die overkoepelende budgetten hebben, dus waar zij het ook kunnen financieren, waar huisartsen veelal in kleine organisaties werken of zelfstandig, die hebben dus minder speelruimte om dingen te doen.

Ben jij zelf ook betrokken geweest in bij het implementeren van een innovatie in de zorg?

Ja

Ah, daar ging ik inderdaad ook wel vanuit als ik je zo hoor, en wat voor innovatie was dat en waarom koos de specialist om deze innovatie door te voeren?

Het ging om het X-platform, wat eigenlijk een online platform is waarbij de patiënt al zijn data kan verzamelen.

Een soort EPD?

Nee, meer een soort PGD, een persoonlijk gezondheidsdossier, en op dat platform kan de patiënt al zijn data verzamelen, zowel van EPD's maar ook uit zijn data leven, data die verzameld is van een digitale bloeddruk meter of via apps op zijn telefoon of dagboeken die hij bijhoudt en die kan die allemaal op een platform brengen en op die manier delen en bespreken met andere patiënten of zorgverleners. Dus daarbij ben ik betrokken geweest hier in het Radboud, en de reden dat afdelingen daarvoor gekozen om deze te gaan implementeren zijn er een aantal. Dus het kan zijn omdat ze denken van nou we willen onze afdelingen strategisch beter neerzetten daarom gaan we dat doen het kan ook vanuit een financieel perspectief zijn dat ze er een vergoeding voor krijgen vanuit de raad van bestuur bijvoorbeeld of ze dachten hiermee kunnen wij later ook andere inkomstbronnen aanboren, of gewoon als acquisitie van nieuwe patiënten. Dus het is niet echt met een reden te vatten.

Dat zou ook raar zijn natuurlijk zijn als het met een reden te vatten zou zijn, zeker als je met zoveel aandeelhouders te maken krijgt. Maar in die adoptie van die innovatie zijn jullie tegen obstakels aangelopen, of barrières, iets wat echt een probleem

was? Bijvoorbeeld het raad van het bestuur werkte jullie tegen of de patiënten vertrouwde het niet helemaal, zeker aangezien data safety nu zo een ding is?

Ja, nou ik denk dat het grootste probleem ligt in eerste instantie bij zorgverleners die zijn sceptisch over innovaties of het aan de standaards voldoet, of het allemaal wel veilig is of ze het wel kunnen vertrouwen, en ook omdat ze vaak 20 jaar al volgens een manier hebben gewerkt en nu komt er een innovatie waar of de patiënt het zelf gaat doen of de arts hoeft het niet meer te doen, daar hebben sommigen nog wel eens wat weerstand tegen en hierdoor kan je de adoptie remmen dat is wel een ding, een ander ding dat ook wel speelt is de financiering.

Toch wel hé?

Stel ik ga met mijn afdeling ervoor zorgen dat er minder opnames zijn dat patiënten thuis iets kunnen meten en zichzelf kunnen monitoren, dan moet de afdeling moet dat apparaat betalen, die moet het platform betalen met als gevolg dat patiënten dus niet vaker terug komen. Wat eigenlijk ten koste gaat van de financiering van het ziekenhuis of specialist. Ze snijden zichzelf dus redelijk in de vingers en op die manier, zijn dit ook dingen die spelen. *Ja, dat gevoel heb ik ook bij huisartsen dat hun werk een soort van overgenomen gaat worden.* Precies en dat ze niet meer bekostigd gaan worden waarvoor ze nu dus wel bekostigd worden. Kijk nu is het gewoon een huisarts krijgt betaald voor een patiënt die hij letterlijk ziet, en als hij ervoor kan zorgen dat hij die patiënt thuis kan houden wordt hij hiervoor niet betaald dus waarom zou hij dat doen. *Ja, dat zou voor een huisarts eigenlijk zonde zijn als hij dat doet.* Ja, als je dat zo beredeneert wel ja, er zit gewoon een beetje een rare prikkel op. Dus de baten van de innovatie kan er nooit uit bij degene die de lasten draagt.

En wat versta jij zelf onder de term E-health?

Ja, misschien wel in de breedste zin van het woord eigenlijk alle zorg, alle zaken met gezondheid die over internet gaan dat kan ook gaan om eenzelfde meter maar ook om een papieren formulier of dagboek dat je bijhoudt via het internet met je zorgverlener.

Dus voornamelijk digitaal internet verkeer met data en processen. En hoe kijk jij er tegen aan dat er zoveel van dit soort nieuwe apps komen, vind jij dit goed of zeg jij het zou beter zijn als er wat minder uit zouden komen en alleen hele goede, ik noem zo een voorbeeld als thuisarts waarbij mensen zelf dingen kunnen checken, vind jij het goed dat er zulke dingen komen?

Nja, je ziet nu gewoon dat er een overvloed aan apps is en weet ik het allemaal en dat gaat nog wel eventjes duren. Op een gegeven moment zullen patiënten en artsen een keuze gaan maken van oké jongens we gaan met deze systemen werken, dit vertrouwen we, dit voelt goed en ik denk nu dat iedereen erop springt en dat iedereen met zijn op zijn eigen systeempjes gaat werken en dat dat op een gegeven moment allemaal geïntegreerd gaat worden en dat er een paar grote speler overblijven.

Ja precies, je denkt dus er zijn nu een aantal kleine initiatieven maar gaan er uiteindelijk een paar grote uit komen? En denk je dat het invloed heeft dat wanneer een kleine onderneming harder groeit dan de anderen dat huisartsen genegen zijn om naar die onderneming toe te trekken, of dat ze eerder bij een groot bedrijf zullen aansluiten dan bij een nieuwe?

Nou ik weet niet of het met de grote van et bedrijf te maken heeft maar in ieder geval wel met de volledigheid van het bedrijf. Je hebt nu dus een applicatie waar je hoofdpijn mee kan bijhouden en weer een andere applicatie voor je bloeddruk kan meten en weer eentje waar je koorts te monitoren. Een huisarts wil straks niet in 40 van dat soort systemen werken, die wil gewoon een systeem wat aangesloten is bij het geen wat hij gebruikt in zijn spreekkamer.

Ja, hij wil dus eigenlijk gewoon een geïntegreerd systeem, daarbij zou de grootte van een bedrijf natuurlijk wel handig kunnen zijn natuurlijk als dat wanneer je wat groter ben je ook meer kan uithalen toch?

Ja, kijk wat ook nog een goede zou zijn is als er een bedrijf komt die een platform maakt waarop al die zaken aangesloten kunnen worden en dat de arts alsnog bepaalt welke ga ik gebruiken met mydata zijn we daar ook mee bezig, dat ze eigenlijk een soort van koppeling hebben gemaakt waarop andere zich kunnen aansluiten waar het platform zich dan weer koppelt aan de huisarts.

Heb jij in jouw ervaringen met innovatie adoptie de gedachte dat een huisarts met meer ervaring en kennis over hedendaagse technologieën juist sneller E-health innovaties zal adopteren of niet? Waarom denkt u van wel of niet?

Ja, dat gaat wel sneller, dus als een specialist een beetje technologie minded is en daar ook wel wat ervaring mee heeft en ziet wat de mogelijkheden zijn in plaats van alleen maar te denken in bezwaren als privacy en dergelijke dan helpt dat wel, wij laten hier artsen heel vaak dingen uitproberen zonder eigenlijk te zeggen wat we willen puur om te zorgen dat ze de technologie een beetje leren begrijpen. Zodat ze ingaan, zien zelf wat er mogelijk is.

Denk je dat ze hierin dan vaak denken vanuit een sociaal aspect voor de patiënten of dat ze meer denken we zijn toch ook een commercieel bedrijf aan het worden en we moeten nadenken over hoe we winst gaan behalen. ?

Ik denk dat laatste, dat ze zeker denken vanuit hun eigen perspectief behalve, als de patiënten zelf op hun afkomen en zeggen van hé we willen graag dit gaan gebruiken.

Wanneer een huisarts of specialist op zoek is naar innovaties om de efficiëntie en/of effectiviteit van zijn praktijk te verhogen, denkt u dat zij dan ook naar E-health toepassingen zoeken? Zo ja, naar wat voor eigenschappen denkt u dat huisartsen op zoek? Zo niet, waar en naar wat denkt u dat ze wel zoeken en waarom?

Ik denk dat ze nu vooral kijken naar als je kijkt naar de sectie ICT oplossingen dan heb je eigenlijk een aantal oplossingen die zich bezig houden met het minimaliseren van de kosten bijvoorbeeld een automatische receptie of een automatische afspraakplanner om alles efficiënter te maken dat is meer kosten reductie en je hebt een ander sectie die kijkt naar hoe kan een breder aanboren, hoe kan ik meer markt verzamelen bijvoorbeeld zo als de website van Thuisarts of Ziekenhuis en dermatologie bijvoorbeeld, en ik denk dat huisartsen veel meer die eerste kant op gaan dus kosten beperken in plaats van breder kijken hoe kunnen wij onze praktijk uitbreiden. Ze kijken dus veel meer naar effectiviteit dan naar eventuele potentie.

En jij denkt dus dat ze voornamelijk op zoek zijn naar eigenschappen die hun werk dus verminderen?

Ja, ze gaan dus eigen vanuit de bestaande manier van werken en de behandeling van patiënten en processen en deze willen ze dus zo effectief mogelijk te doen. Dit zou je kunnen door een automatische wachtkamer bel of weet ik het, als je daarmee kan zorgen dat je 8 in plaats van 9 patiënten hoeft te zien is dat allang prima. Wellicht als ze iets anders denken dat ze bij wijze van spreken 20 patiënten kunnen zien voor de helft van het tarief omdat ze het via internet doen, bij wijze van spreken.

Ja precies, dus het is voornamelijk gericht op de effectiviteit van de praktijk. De specialisten zijn dus niet heel erg bezig met het verbeteren van wat ze eigenlijk doen, omdat ze hier wel redelijk verwachten dat ze het kunnen.

Ja, dat hangt dus samen met dat een huisarts niet betaald krijgt om breder te kijken.

Dat klinkt als iets logisch, maar in die innovatie procedure daar heb jij ook wel eens met specialisten te maken gehad zie jij dat ze met heel veel andere partijen rekening moeten houden als voorbeeld de maatschappen, patiënten en zorgverzekeraars?

Bedoel je nu huisartsen?

Ja, of artsen of die in de keuze voor de adoptie erg moeten nadenken over de verschillende partijen die betrokken zijn in de keuze voor het adopteren van een nieuw E-health toepassing?

Ja zeker, dat is wel het grootste probleem dat er zoveel partijen zijn die een belang hebben en die invloed hebben, noem een zorgverzekeraar en maatschappen, patiëntenverenigingen en de NZA die allemaal invloed hebben op dit soort beslissingen kijk een huisarts kan vaak iets willen of iets willen doen maar zal vaak worden tegengehouden.

Welke partijen heb jij voornamelijk gezien die een invloed hebben gehad, echt partijen waar jij hebt gezien dat ze hebben dwars gelegen of invloed hebben gehad op de adaptatie van innovaties?

Ja, dan moet je maar even kijken naar Care2Go dat is initiatief dat is gestart in Den Haag, een soort inloop kliniek van medische spreekuren, dat gaat buiten de zorgverzekeraar om en dus redelijk innovatief maar die zijn dus gesloten door de NZA omdat ze geen vergunning hadden terwijl ze eigenlijk geen vergunning nodig hadden omdat ze buiten het reguliere segment om gingen. Dus dat soort dingen hindert wel ja.

En in de innovaties die jij heb door gevoerd, welke partijen speelden daar een grote rol in, kan je een voorbeeld opnoemen?

In X is dat bijvoorbeeld die verzekeraar die een grote rol speelde in de bekostigingsrol, want bijvoorbeeld die artsen denken waarom zou ik dit doen, die heeft alleen maar eindconsequenties voor mijn eigen portemonnee en dan implementeren wij

bijvoorbeeld alleen de academische ziekenhuizen maar in normale ziekenhuizen die maatschappen hebben is dit nog drie keer zo erg.

Precies, omdat daar nog meer mensen betrokken zijn?

Ja, en dan gaat alles direct in de portemonnee.

De literatuur schrijft acht factoren voor, hierop tafel zichtbaar, die de beslissing van huisartsen beïnvloedt om een innovatie te adopteren. Zou u voor uzelf deze van belangrijk tot minder belangrijk kunnen leggen en uit kunnen leggen waarom dit zo is?

Ja, het is lastig te zeggen maar technologie is bijvoorbeeld iets dat steeds minder een probleem wordt. De technologieën worden steeds toereikender, wat wel echt belangrijk is het vertrouwen erin.

Dus bijvoorbeeld het psychologische aspect voor de specialist en de patiënten zelf?

Ja

En het verander proces wat denk jij dat die voor rol speelt?

Het verander proces, ik weet niet of dat een belemmerende factor is, het kost natuurlijk wel tijd iets wat je 20 tot 25 jaar doet, dat speelt wel een rol maar jonge artsen zou dit eenvoudiger zijn.

Welke zou jij als eerste drie nemen, de top drie die echt het belangrijkste zijn in de adoptie?

Ja, ik zou toch zeggen Organisatie, Financieel en Legaal.

Dus echt gericht op die problemen die er zijn met privacy?

Ja, daar voelt een arts zich door geremd, hij wil wel zeker weten dat het goed is en dat het allemaal mag, zeker in de zorg, dus dat is wel iets waar hij zeker rekening mee houdt.

En welke innovatie zou jij vandaag de dag willen doorvoeren binnen de zorg, en hoe zou je ervoor willen zorgen dat deze adoptie gemakkelijker gaat voor huisartsen, of misschien nog beter gezegd hoe zou je huisartsen stimuleren om deze innovatie door te voeren?

Wat ik wel zou willen doorvoeren is dat patiënten steeds meer thuis kunnen doen en dat ze niet fysiek meer naar de locatie moeten bijvoorbeeld met E-health en monitoren. Als ik dat zou kunnen doorvoeren, het liefst op grote schaal, dan zou ik dat samen met een zorgverzekeraar doen omdat dit toch de mensen zijn die betalen. Of ik zou echt een nieuwe organisatie opzetten dus gewoon buiten het reguliere segment.

En waar denk jij dat het nog ontbreekt op de E-health markt voor bijvoorbeeld ondernemende huisartsen die willen ondernemen, aan welke vraag wordt en nu voornamelijk niet voldaan?

Ik denk voornamelijk op basis van integratie de hele integratie van de technologie en zorg processen, het zijn nu nog allemaal gadgets maar een arts heeft moeite al die gadgets in hun zorg te embedden en je kunt niet van een arts verwachten dat hij continue 24/7 de hartslag van al zijn patiënten aan het monitoren is, dat is denk ik wel onderschat. Iedereen heeft een app en denk dan kunnen we het zo implementeren maar zo makkelijk is het helemaal niet en ik denk dat dat komt omdat veel mensen denken vanuit oplossingen, zo van het zou mooi zijn als we dit kunnen doen maar niet vanuit de zorgprocessen.

Een soort van te weinig kennis?

Ja, voornamelijk te weinig over hoe de zorg eigenlijk werkt.

Dat klinkt wel duidelijk eigenlijk, ik heb nog vier vraagjes waarna je weer kan doen wat je moet doen. Deze gaan voornamelijk over nieuwe ondernemers, dus echt mensen waar jij ook veel mee te maken krijgt? In het geval van het implementeren van een innovatie, zou de voorkeur van een huisarts uitgaan naar een nieuwe ondernemer of een wat meer ervaren en bekender bedrijf, welke factoren beïnvloeden deze keuze?

Ik denk bij een ervaren of bekend bedrijf

Jij denkt da naam belangrijk is?

Nee, meer het vertrouwen er in, dat de specialist weet van dit is goed geregeld. Dat is wel super belangrijk zeker voor huisartsen, die willen niet samen werken met een goed bedoelende amateur werken, dus of je moet een startende ondernemer een getest product hebben en dat je kunt laten zien van hier kijk het werkt, of via organisatie als je dat niet hebt, dus als je niet kan aantonen dat het werkt en dat er mensen achter je staan dan wordt het best lastig.

Dus dat is iets waar ondernemers al over moeten nadenken, dat een beetje een naam moeten hebbenen het liefst iemand in een organisatie hebben die huisarts is of een specialist in dit gebied?

Ja, precies het helpt heel erg dat als jij in jouw team, als jij je app gaat slijten of wat dan ook als je dan een medische specialist of organisatie hebt om er achter te staan, een launching customer die het al gebruikt.

Het feit dat een ondernemer een commerciële doelstelling heeft met zijn product, en de huisarts (waarschijnlijk) eerder een sociaal-maatschappelijke gedachte, hoe kan dit een rol spelen in de adoptie van een innovatie?

Nou ik denk niet dat dat heel veel uit maakt en dat het soms wel goed is omdat zo een commerciële partij vaak wel goed nadenkt over wat de andere partij wil en wat hij er voor kunnen betalen. Ik denk dat alleen maar wordt gedaan door stichtingen en door overheidsorganisaties dat het juist minder goed zou gaan dan als we het nu door commerciële organisaties laten doen.

En denk jij dan ook dat een huisarts eerder van een commerciële instelling iets zou aan nemen en adopteren dan bijvoorbeeld een bedrijf dat juist heel erg gericht is op sustainability en sociaal-maatschappelijke ontwikkeling?

Dat weet ik niet zo goed, ik heb nog weinig stichtingen gezien die heel succesvol innovaties hebben kunnen implementeren en ik, zou het eigenlijk niet te durven zeggen. Als een onderneming het voor elkaar krijgt ook vanuit een sociaal maatschappelijk plan te ondernemen en een succesvolle innovatie te implementeren dan denk ik wel dat het heel goed is, maar ik heb het nog niet echt gezien.

Ja, dat lijkt inderdaad ook niet zo raar omdat je een innovatie wilt doorvoeren vaak met het oog op dat er geld verdiend kan worden toch?

Inderdaad er moet gewoon een business model achter zitten en dat is het nadeel met veel stichtingen of maatschappelijke organisaties die denken van het is mooi een mooi concept patiënt, wat vaak ook zo is maar die denken dan niet juist niet zo zeer over sustainability ondanks dat ze dat wel zeggen. Een duurzame business model erachter dat maakt iets sustainable in mijn ogen en daar horen bij ondernemingen nu eenmaal ook euro's bij.

Duidelijk, dan nu mijn twee laatste vragen aan jou hoe zou een E-health ondernemer ervoor kunnen zorgen dat de huisarts zijn product wil hebben i.p.v. dat van andere al gevestigde bedrijven? En hoe zou de ondernemer ondersteuning moeten bieden in de adoptie van een nieuwe innovatie?

Ik denk dat een ondernemer heel vroeg aan tafel moet gaan bij en de huisarts zelf en de patiënt, kijk als zo een patiënt de huisarts gaat vragen om een bepaalde innovatie dan kan je het succesvol maken. De patiënt moet eigenlijk niet meer zonder willen. Dus als jij ervoor zorgt dat je vanaf het begin af aan bij patiënten en huisartsen om de tafel kan en dat samen ontwikkelt dat dan je kans van slagen een stuk groter is dan als jij iets heb bedacht op je zolderkamertje en dan pas bij een huisarts gaat aan kloppen. Dus echt in een zo vroeg mogelijk stadium.

En hoe denk jij dat hij ondersteuning zou moeten bieden in de adoptie van die nieuwe innovatie in het gehele proces, of hij moet is iets lever en dan pas ondersteuning bieden?

Ik denk dat het heel interactief werkt dus een ondernemer begint met een concept dat ontwikkelt hij, en vervolgens ontwikkelt hij dat samen met de huisarts, waar de huisarts het vervolgens moet gaan gebruiken en dan kijken of het werkt of het werkt niet, om het daarop volgend helemaal aan te passen naar wat hij wil. Dat is denk ik het beste.

Dan nu mijn allerlaatste vraag: Als u succes factoren zou moeten noemen een ondernemer in E-health innovatie om de adoptie/implementatie van zijn/haar innovatie door huisartsen te doen slagen, welke factoren zou u dan noemen en waarom?

Dat die persoon een duurzame business model heeft, ik ben heel erg een fan van hybride modellen, dat is een model dat nu al werkt dus als je nu al kan verkopen aan een ziekenhuis of een patiënt en een model dat straks ook werkt als het gefinancierd is, dus als het in het stelsel zit dus als een hybride financiering model waar een overgang in kan zitten en echt patiënt gedreven. Dat het dus echt wordt ontwikkeld wordt vanuit het perspectief van de patiënt omdat die uiteindelijk de eindklant is, de gebruiker is en de meeste invloed heeft.

Dus je zegt eigenlijk die E-health ondernemer moet wel letten op wat een huisarts wil, op de efficiëntie en hoe hij zijn huidige praktijk kan verbeteren maar ook kijken naar dus die stakeholders las een zorgondernemer met de patiënt in acht genomen?

Ja, kijk als er op een gegeven moment duizend patiënten jouw product graag willen gebruiken, dan zegt zo een huisarts op een gegeven moment ook geen nee meer.

Ik hoor de jou ook duurzaamheid benoemen, op welke manier bedoel je dan duurzaam?

Heel veel nieuwe E-health ontwikkelingen gaan er al vanuit dat al in die financieringsmodellen komen van de zorgverzekeraar, maar ik zou daar zelf niet zo direct op gokken en ik zou een model vinden waarbij je nu direct kan starten dat je zeg maar financiering kan krijgen en ook in de wat later fases. Dus dat je alles wat je moet bekostigen ook dan nog past. Een model dat niet afhankelijk is van een inkomstenbron.

Interview protocol expert 8

Als allereerst zou ik graag willen vragen hoe lang u al actief bent als huisarts?

Nou ik ben dus geen huisarts, ik ben namelijk een praktijkmanager. Er zijn hier vijf praktijken waarin er op dit moment tien huisartsen werken. Daarnaast hebben we ook nog drie AIO's, dus dat zijn er dertien in totaal. Zelf ben ik hier nu meer dan 3,5 jaar actief in deze praktijk in deze HOED, waarin ik alleen heb gefunctioneerd als praktijkmanager.

En wat deed u dan hiervoor dat u er zo bij bent gekomen om praktijkmanager te worden?

Uh, daarvoor zat ik in de HR in de zakelijke dienstverlening dus heel iets anders.

Maar waarom hebt u er dan voor gekozen om praktijkmanager te worden?

EG, dat is eigenlijk een beetje zo ontstaan omdat ik op zoek was naar een nieuwe baan en er zitten wel wat HR aspecten in deze baan. Daardoor was ik getriggerd maar daarnaast was ik ook wel op zoek naar iets anders, een switch. Met de zorg was er al snel een klik, het leek me een interessante branch dus toen ben ik uiteindelijk hier terecht gekomen.

En bevalt het u?

Ja, eigenlijk heel erg, ik ben erg tevreden met hoe de werkwijze is en de vrijheid die ik hier heb om dingen voor elkaar te boksen. Dus ja.Het is ook never a dull moment in huisartsenland. *Dat geloof ik ja!*

Zou u kunnen vertellen hoe uw praktijk in elkaar zit met betrekking tot medewerkers, besluitvormingen en uw patiënten?

Besluitvorming, mm. We zijn hier met vier maten, die wekelijks een matenoverleg hebben en dan ook de grote beslissingen nemen en doorvoeren. Zelf ben ik daarbij zijdelings betrokken.

Bedoelt u met de maten de huisartsen zelf of zitten daar ook praktijkmanagers in?

Nee, dat zijn alleen de huisartsen zelf. Ik ben eigenlijk de enige in mijn soort hier tussen de verschillende maten. Je hebt dus de praktijkmanager en voor de rest zijn het alleen maar huisartsen, assistentes en praktijkondersteuners die hier werken, ik ben een beetje one of a kind.

Haha, en wat hebt u dan zoal onder uw hoede, hoe moet ik het zien?

Ja veel haha! Het assistenten team stuur ik aan, de praktijkondersteuners. Daarnaast bemoei ik me met het beleid en het maken van de toekomstvisie. Ik doe alles op het gebied van de praktijk- en zorgkwaliteit. Ik houd me ook bezig met de accreditatie van de organisatie, hierin ben ik een beetje het contactpunt naar buiten toe, ook naar de zorgverzekeraar. Dus je zou kunnen zeggen dat ik een redelijk takenpakket heb, wat je zou kunnen vergelijken met een normale bedrijfsmanager.

Hebt u dan ook heel contact met de huisarts? Want ik snap dat als u in een maatschap en de beslissingen genomen worden genomen in de maatschapvergaderingen, dat u daar toch van op de hoogte wilt zijn

Eh, ja ik heb wel een zeer korte lijn met de huisarts.

Het lijkt me een heel interessant beroep als ik het zo hoor aha, maar als ik dan bijvoorbeeld E-health noem, hoe kijkt u daar zo tegen aan?

Ik ben daar positief over het is alleen wel lastig om er de continuïteit in te vinden, want wij hebben een E-health programma in de GGZ, geestelijke gezondheidszorg en je merkt dat de huisartsen er te weinig mee doen om te zorgen dat patiënten dan dedicated blijven of in het programma blijven.

Oké, dus zo een innovatie is dan meer een probleem vanuit de patiënt zelf dan vanuit de huisarts, wat denkt u hierover?

Nou, eigenlijk is het twee kanten op, want die patiënt krijgt dan van de huisarts de mogelijkheid E-health te gebruiken voor hun eigen gezondheid. In het programma zitten dan ook meerdere functionaliteiten zoals het chatten met de zorgverlener...

Mag ik vragen welk programma het is?

Het is therapieland! Ja, en als de huisarts zelf dan niet met zo een programma bezig is, dan verliest de patiënt wel een beetje de aandacht zeg maar. Dus wanneer de patiënt dit soort producten gebruikt dan moet de huisarts dat ook doen. Die communicatie over en weer moet constant voorgedragen worden maar die mist op dit moment erg. De huisarts is er gewoon totaal niet mee bezig.

Nee, die laat die communicatie over en weer geheel schieten?

Ja, zo zou je het wel kunnen zeggen ja. Wij hebben in onze HOED gelukkig twee OH GGZers in dienst die is daar dan wel meer mee bezig zijn maar je merkt zelf dat zulke E-health toepassingen meer draagvlak nodig heeft vanuit die huisartsen.

Hm interessant, dat programma heet dus Therapieland, is het een soort van platform?

Ja, het is een online platform maar het is in allerlei onderdelen onderverdeeld. Je kunt het waarschijnlijk ook wel op internet zien. Maar het is dus zo dat de patiënt in al die verschillende onderdelen aan de slag zou kunnen. Noem depressie- of angststoornissen maar ook voor simpele klachten aan het lichaam, bijvoorbeeld de RUG.

Het is dus echt een ondersteunend programma?

Inderdaad het is een ondersteunend programma waar je als zorgverlener een steuntje in de rug krijgt. Op deze manier hoeft de praktijkondersteuner niet iedereen te ontvangen maar kan je wanneer iemand last heeft van specifieke klachten, of klachten die niet opgelost kunnen worden met behulp van het programma deze op consult laten komen, chatten of bellend. Echter kan ik je daar niet alles over vertellen, ik schets nu meer wat ik gezien en gehoord heb van de huisartsen zelf maar meer ook niet

Ah, dat is ook niet het belangrijkste hoor. Maken jullie al heel lang gebruik van de toepassing?

We gebruiken het programma nu ongeveer een jaar. Ja of misschien anderhalf, iets in die richting.

En u was er toen ook bij toen deze innovatie werd toegepast?

Ja!

En zijn jullie tegen heel veel barrières of obstakels aangelopen en dat zou zover ik bedoel in elke vorm kunnen zijn? Bijvoorbeeld processen vooraf, of tijdens het implementeren, krijgen we subsidie?

Het proces vooraf was gewoon een makkelijke rekensom en het is zo in huisartsenpraktijk krijg je een pot met geld als je bepaalde zaken regelt van de VZ. Dit was een van die modules. De subsidie voor E-health kwam in dit geval vanuit Achmea, die stelde een bedrag beschikbaar voor het doen van dit soort dingen. Toen we dit wisten gingen we snel aan het rekenen en kijk je uit naar een mannetje die dit voor je kunt door voeren maar ook die er mee kan werken en dan ga je het gewoon doen. Wij hebben daarom een extra GGZer maar al met al wil je er natuurlijk wat aan overhouden als je wat investeert, dat is ook waar je het voor doet als ondernemende huisarts.

Kijk jullie dan ook naar goedkope opties of kijken jullie gewoon van wat past, waar krijgen we subsidie voor, etc. ?

We kijken zeker naar de prijs maar kwaliteit is natuurlijk ook erg belangrijk.

En gaat het dan ook direct langs de huisarts? Wie maakt de uiteindelijke beslissingen over de innovatie in de verschillende toepassingen die jullie nu gebruiken?

Dat is uiteindelijk toch wel de praktijkhouder zelf natuurlijk, die heeft de regie en de touwtjes in handen maar het gaat wel allemaal in een overlegstructuur waar ik ook bij betrokken ben. Ik zoek voor dat soort overleg dan ook op wat er kostenmatig beschikbaar is en hoe het gehele kostenplaatje er met en zonder de innovatie uit gaat zien. Dus stiekem heb ik wel heel veel invloed op de keuze. Uiteindelijk wordt er dan samen met de praktijkhouder besloten of we de innovatie gaan doorvoeren ja of nee.

Nou u mag best weten hoor dat ik het fantastisch vind dat jullie een praktijkmanager hebben, want je hebt een hele hoop huisartspraktijken die daar wat van kunnen leren. Oprecht hoor, als u zou horen wat ik allemaal te horen krijg in mijn onderzoek. Huisartsen moeten gewoon doen waar ze goed in en de managers moeten de praktijk runnen zover dat op andere gebieden nodig is. En hoe kijkt u aan tegen al die verschillende nieuwe E-health apps, hoe kijkt uw praktijk tegen aan?

Nou voor mij persoonlijk maar ik denk ook voor mijn praktijk, wij hebben niet echt de indruk dat er al zoveel nieuwe dingen zijn in de E-health. Maarja, ik heb er eigenlijk geen weet van dat er zoveel apps zijn maar dat vertel jij mij dus nu. De kwaliteit van de producten zou goed moeten zijn, maar aangezien ik er nog weinig over heb gehoord denk ik dat hier nog behoorlijk wat in te winnen valt.

Gaan jullie dan op zoek naar zulke nieuwe innovaties?

We zijn daar nog niet aan toegekomen aan het ontwikkelen van zo een app.

Nee, maar hoe zijn jullie dan tegen zoiets als Therapieland aangelopen, dat bedoel ik meer?

Oh zo, haha, nou ik zal het je eerlijk zeggen. We zijn dat gewoon op Google gaan opzoeken.

Echt waar?

Ja, ik denk het wel haha, onze OH GGZ die is daar in eerste instantie mee bezig geweest en die kwam toen ook met Therapieland aan. Ik zou niet eerlijk durven zeggen hoe ze daaraan gekomen is.

Dus meer van horen zeggen en toen ze het ontdekt had is ze het gaan bekijken is ze naar de praktijkhouder gegaan en toen hebben jullie gekeken van oké de kosten zijn goed? Zoiets?

Het was meer voor ons; dit lijkt me wel wat en toen hebben we samen een gesprek gehad met Therapieland. Dit is toen goed bevallen en aangezien er niet zo heel veel aanbieders zijn hebben we toen voor Therapieland gekozen.

Zou u door uw ervaring met Therapieland juist sneller E-health innovaties adopteren of niet? Wat zijn hierin uw redenen om wel of niet nieuwe innovaties te adopteren?

Sorry, ik verstond het niet goed, je valt een beetje weg. **Nogmaals herhaald** Ja, we doen ook teleconsultatie met bijvoorbeeld KYOS ik weet niet of je dat kent. Dat is misschien niet echt E-health hoor. *Oh ja wel zeker, ik ken het.* Ja, ik weet niet precies wat ik allemaal onder E-health moet verstaan. *Het is een containerbegrip.* Maar we staan er zeker voor open, want je moet ook voorop durven lopen met je praktijk en daarvoor moet je dat soort nieuwe innovaties durven door te voeren binnen je bedrijf.

Dus ik zou mogelijk zeggen dat jullie een vooroplopende en innovatieve praktijk zijn?

Ja zeker. We willen altijd wel aan pilots mee doen haha.

Maar wanneer u op zoek bent naar innovaties om de efficiëntie en/of effectiviteit van uw praktijk te verhogen, zou u dan ook naar E-health toepassingen zoeken? Zo ja, naar wat voor eigenschappen bent u op zoek binnen dit type innovatie? Zo niet, waar en naar wat zou u dan zoeken en waarom?

Zeker de efficiëntie dus, de service, de kwaliteitsverbetering voor de patiëntenzorg en ook het vooruit willen lopen op ontwikkelingen binnen huisartsenland, want hier moet je als praktijk wel in mee gaan met nieuwe ontwikkelingen. Anders zal het er voor zorgen dat je na een tijdje tegen dingen aan gaat lopen, voornamelijk door de interne structuur en systemen. Wij zijn juist van mening dat we mee willen gaan met de voorlopers zodat we goed zijn voorbereid op de toekomst.

En denkt u dat er met de tijd andere huisartsen uitgeconcurreerd gaan worden?

Ja, dat denk ik zeker ja, zeker de solohuisarts gaat uitsterven. De huisartsen zijn zich namelijk al langzaam aan het verenigen in de grotere praktijk; praktijken die bij elkaar gaan zitten en hun krachten gaan bundelen.

Nou ik hoor inderdaad dat jullie heel anders denken dan andere veel huisartsen die ik heb gesproken en dat jullie op de goede weg zitten. En zou u kunnen vertellen welke partijen (als voorbeeld de maatschappen, patiënten en zorgverzekeraars) u allemaal betrekt in de keuze voor het adopteren van een nieuw E-health toepassing, zoals als de EPD, en op wat voor manier beïnvloeden deze verschillende partijen uw keuze?

Ja, zorgverzekeraar is natuurlijk zeker een partij, want die beheert het geld. We gaan namelijk nooit iets gratis doen, voor dit soort dingen moet er een financiering zijn dat ten eerst. Ten tweede moet er een draagvlak gecreëerd worden onder de huisartsen zodat er een vernieuwing kan gaan plaatsvinden. Als laatste moet je het dan natuurlijk uiteindelijk ook uitdragen

en daar moet je dan ook het patiëntblok voor enthousiasmeren. Dat zijn wel de drie partijen die het belangrijkste, in combinatie met de praktijkondersteuner.

En welke partij van deze allemaal is dan het moeilijkste te overtuigen in uw visie?

De huisartsen zeker ja haha, dat is een eigenwijs volk!

Haha, en waarom denkt u dan dat zij daar zo lastig in zijn? ------

Nou ze zitten wel een beetje vast in hun oude stramien: 10 minuten consulten en daarnaast niet teveel tijd er meer aan besteden. Wel hebben ze nog altijd dat ze een band willen opbouwen met de patiënt, een soort van wederzijds vertrouwen. Dit zorgt er natuurlijk wel weer voor dat alles extra tijd kost. Het zit dus niet helemaal top-of-mind bij hun, ze sturen liever een patiënt door naar de volgende specialist of naar de praktijkondersteuner die het vervolg regelt. Echter zou het natuurlijk zo moeten zijn dat die huisarts als enthousiast is over E-health, en daarin ook de patiënt meesleept in plaats van deze direct door te verwijzen naar een volgend persoon.

Dat lijkt me inderdaad lastig, ook voor de ondernemer maar hoe denkt u dan dat u daar een slimme rol in heeft gespeeld? Ik weet niet precies wie daar de uiteindelijke beslissingsnemer is maar hoe denkt u dat u ervoor gezorgd heeft dat die huisartsen toch aan dat Therapieland wilden?

Nou dat is heel makkelijk gegaan tijdens de offerte onderhandelingen. Hier ging het dus voornamelijk om de prijs en de vervolg kosten van het project. En met de implementatie heb ik me voornamelijk bemoeid met de trainingen en met het organiseren van de trainingen. Dus ik ben er altijd bij betrokken geweest als tussenpersoon, waar ik denk dat dit heel veel geholpen heeft, een soort van tolk.

En wat voor invloed heeft uw professionele omgeving (andere huisartsen en zorgaanbieders) op de innovatiebereidheid van u en uw praktijk? Want als ik u zo hoor bent u heel erg innovatief maar de huisartsen bijvoorbeeld niet heel erg.

Nou er is zeker nog een onderling verschil tussen huisartsen, want er is een huisarts die heel graag voorop loopt met alles maar we hebben ook huisartsen die liever de hakken in het zand zetten wat dit betreft. Daarnaast hebben we dan ook een belangrijke praktijkhouder die de regie een beetje in handen heeft wat innovatie betreft. Waar dit geldt voor de hele HOED en maatschap. Daarin heb ik dan samen met hem een samenspel; hij geeft mij aan waar er wat moet gaan gebeuren en ik maar daarvoor het plan en regel de uitvoering. Het is dus zeker niet dat alle huisartsen achterover leunen maar er zijn dus wel degelijk huisartsen die durven op de tafel te gaan staan en zeggen dat er verandering moet komen, alleen kan dit nooit zonder instemming van de praktijkhouder!

Maar zitten er bij jullie bijvoorbeeld dan ook jonge huisartsen? Ja, wat is jong natuurlijk. Laten we zeggen onder de 40?

Haha, ja die zitten er ook bij.

Zijn deze huisartsen dan ook meer innovatie gericht dan de ouderen in uw ogen?

Nee, niet per se, want die huisarts waar ik het net over had is bij voorbeeld 57, die zou zelfs al over zijn pensioen kunnen gaan denken.

Ja, het is gek, want je zou dan denken dat die nieuwe generatie wat meer innovatie gericht is. De literatuur schrijft acht factoren voor, hierop tafel zichtbaar, die de beslissing van huisartsen beïnvloedt in de keuze om een innovatie op te nemen binnen hun praktijk. Zou u voor uzelf deze van belangrijk tot minder belangrijk kunnen leggen en uit kunnen leggen waarom dit zo is?

Hm, dat is een lastige, ik denk dat financieel en organisatie de belangrijkste factoren zijn binnen dit verhaal en een beetje de psychologie van de huisartsen zelf. Hiermee kan je voor zorgen dat de huisarts aan het product wil en dan ben je binnen. Want zoals ik al zei, ze zijn eigenwijs en het enige wat je daar tegen kan doen is er voor zorgen dat ze dat wat minder worden.

Als ik het zo hoor wel ja! Wat zou de eerste soort innovatie zijn die u vandaag de dag zou willen doorvoeren in uw praktijk, en wat brengt u ertoe/wat spoort u aan dat u deze innovatie wilt implementeren?

Dat zijn dan substitutieprojecten - waar we de tweedelijnszorg naar de eerstelijnszorg halen - waardmee de zorg goedkoper wordt voor de patiënt. Hierdoor is het dus automatisch iets op gestuurd worden door de zorgverzekeraar, die wil de dure tweede lijn wat minder duur maken.

Daar komen ook ICT aanpassingen bij kijken neem ik aan?

Dat zou zeker kunnen ja maar dat hoeft niet per se hoor. Je kunt ook iemand fysiek laten zeggen een longarts in te huren welke normaal natuurlijk vanuit een ziekenhuis operationaliseert. Die longartsen zouden dan goedkoper zijn dan wanneer hij zou worden ingehuurd. Maar het kan ook heel goed via teleconsultatie.

Ja precies. Want ik hoor zo dat het halen van de tweedelijnszorg naar de eerstelijnszorg een hele klus is. Wanneer de ICT, eigenlijk het fundament voor de communicatie tussen alle verschillende zorg partijen, niet goed is dan krijg je daar along the trial desastreuze communicatie problemen mee, denk ik zo. Want dan krijg je een soort tussengroep aan zorgverleners die tussen beide boten valt, of wel dat de longarts werkt voor beide instantie.

Ja, je moet vooral je registratie en dergelijke goed op orde hebben. Uiteraard kan je niet zomaar wat doen, er moet over dit soort dingen nagedacht worden. *Haha, ja ik neem aan dat daar over nagedacht wordt.* Maak je daar maar niet druk over zelfs een aantal huisartsen denken hierin mee!

U hebt dus een tijdje samengewerkt met de jongens van Therapieland, maar waar denkt u dat het nog ontbeert bij E-health innovaties en/of nieuwe E-health product ondernemers voor huisartsen die graag willen innoveren, misschien dat ze het jargon niet spreken dat daarom veel innovaties op de klippen lopen?

Even denken, waar het aan ontbreekt, op zich. Ja, misschien ontbreekt het ze dan toch aan regelmatige statistieken of regelmatige informatie voorziening.

Communicatie?

Communicatie zou je het wel kunnen noemen ja maar ook een beetje het vervolgproces. Met alleen een implementatie ben je er natuurlijk nog niet als praktijk, je moet er gelange tijd in blijven investeren om er ook de vruchten van de te kunnen plukken.

En misschien een gekke vraag: Zou u het onprettig vinden als er iemand in pak naar de praktijk komt om zijn product te verkopen in plaats van dat hij in een casual kleding komt?

Nee, niet echt eigenlijk maar ja dan kom ik ook uit de zakelijke dienstverlening. Ja, nee, ik zie liever een goed geklede man dan iemand in zijn dagelijkse kloffie. *Haha, dat is anders dan de meeste huisartsen! Daar ligt de voorkeur juist precies bij het tegenovergestelde. H*aha, ja dat zal wel een beetje vanuit angst en verdediging komen.

Ja, dat denk ik ook. Het lijkt misschien al snel of iemand iets wil aansmeren... In het geval van het implementeren van een innovatie, gaat dan uw voorkeur uit naar een nieuwe ondernemer of een wat meer ervaren en bekender bedrijf? Welke factoren beïnvloeden deze keuze?

Nouja, weet je, een goede staat van dienst doet natuurlijk wel iets maar het hangt vanaf het idee af. Het moet goed gepresenteerd worden en goed overkomen.

Moet het ook allemaal gevalideerd zijn voor u?

Het moet zeker ergens op gebaseerd zijn.

Een wetenschappelijke onderbouwing zou dat altijd nodig zijn voor u als praktijk?

Ja, eigenlijk wel, evidence based werken in de zorg is wel een prioriteit.

Goed om te horen, maar om terug te komen op de vraag een ondernemer of een groot bedrijf?

Nee, zolang het maar een goed verhaal is en dat je er ook 100% ook in geloofd als huisarts, als praktijkondersteuner, als praktijkmanager en als ondernemer zelf ook.

Maar het feit dat een ondernemer een commerciële doelstelling heeft met zijn product, en u als huisarts (waarschijnlijk) eerder een sociaal-maatschappelijke gedachte, hoe kan dit een rol spelen in de adoptie van een innovatie?

Ik denk niet dat het botst, want een huisarts is ook een ondernemer joh. Ja, nee, ik denk het niet hoor. Maarja, ik kijk wel vanuit een andere hoek, maar zoals ik de huisartsen van dichtbij meemaak denk ik niet dat het een probleem moet zijn.

En hoe zou een E-health ondernemer ervoor kunnen zorgen dat u zijn product wil hebben i.p.v. dat van andere al gevestigde bedrijven? Waarin kan hij ondersteuning bieden in de adoptie van een nieuwe innovatie?

Er zijn een aantal factoren van belang inderdaad, je moet zelf in de innovatie geloven en dat het ook gaat werken. Daarnaast is de prijs belangrijk en moet de verkopende partij goede ondersteuning bieden in de vorm van een geplande en snelle implementatie met daarnaast genoeg training voor de medewerkers. Je kunt niet alleen een product implementeren en je daar maar bij neerleggen.

Denkt u dan ook dat er maatwerk of een algemeen product gemaakt moet worden voor de huisartsen?

Nou ik denk wel dat je wel gestandaardiseerde producten kan maken hoor. Bepaalde dingen zijn ook geprotocolliseerd dus dan moet standaardiseren geen probleem zijn. Echter denk ik wel dat dat soort producten niet altijd geheel aansluiten bij de huisarts zijn wil, en daar kan het dan al snel misgaan.

Is daarin dan integratie met de systemen waar jullie nu mee werken heel belangrijk, noem bijvoorbeeld de HIS-en waar jullie mee werken moet het nieuwe product dan daarmee geïntegreerd mee kunnen worden?

Dat is zeker belangrijk ja! We willen niet direct of constant van onze eigen producten afstappen. Daar moeten echt redenen voor zijn. Een integratie in ons HIS is wel een dingetje. Al die nieuwe dingen zijn natuurlijk leuk maar het is vaak extreem gecompliceerd om ze door te voeren in de rees bestaande HISen. Stel je maar is voor die huisarts informatie systemen zijn ongelofelijk bolwerken en die hebben liever niet dat externe partijen aan hun technologie zitten. Die doen dat liever zelf. Dit is dan ook waarom de integratie van veel nieuwe innovaties niet zo lekker verloopt.

Oei, dat lijkt me inderdaad lastig zeker voor de ondernemers om hier rekening mee te houden. Maar wat denkt u dat er beter is in de huisartsenpraktijk sector, disruptive of incremental changes. Dus grote aanpassingen of kleine verbeteringen. Wat denkt u daarbij?

Ik denk zelf de kleine veranderingen, want die hebben niet zo een gigantische impact op het dagelijkse handelen, maar is juist wel heel erg nodig. Daarmee verander je langzaam en geleidelijk je processen en kan dit op dagelijkse basis gebeuren. Zo een grote verandering als het veranderen van HIS, dat heeft nogal voeten in de aarde dat doe je niet zo dan niet zo snel. Over dat soort veranderingen moet je veel meer nadenken en plannen. Dus ik denk sneller dat die incremental changes een succes zouden leveren dan die disruptive changes. Het is een beetje links of rechts gaan op een kruispunt als ik het zo bekijken als jij het zegt. Natuurlijk is het wel eens zo dat we wat meer rigoureus moeten kiezen maar daar zijn we echt niet happig op. En dat soort veranderingen joh, daar zitten zoveel processen aan verbonden dus zoiets als een HIS kan je gewoon niet zo maar omgooien in onze visie.

Ja, ik snap uw punt, interessant om te horen. Fijn dat we het hele interview hebben kunnen doen, dan wil ik graag toch de laatste vraag stellen: Als u succes factoren zou moeten noemen een ondernemer in E-health innovatie om de adoptie/implementatie van zijn/haar innovatie door huisartsen te doen slagen, welke factoren zou u dan noemen en waarom? Waar denkt u dat er een brug geslagen kan worden, laat ik het zo stellen.

Dus dan moet ik denken vanuit de E-health ondernemer?

Misschien een beetje vanuit de brug, dus tussen beide partijen?

Ten eerste dat het een goed verhaal is en dat je ook goed voorbereid bent op wat er allemaal moet gebeuren. Daarnaast moet het natuurlijk allemaal kloppen en er mogen geen vraagtekens meer zijn voor de huisartsen. Alle vragen zouden dus goed beantwoordt moeten worden. In acht genomen dat er een wetenschappelijke onderbouwing is waarop het product of software is gemaakt. Dus samenvattend de kennis van het product transparant door spelen, en het zou misschien ook wel goed zijn om te weten hoe het werkt met geldstromen in de huisartsen zorg. Op die manier weet je toch waar de potten met geld zitten en hoe een huisarts aan geld voor jouw product kan komen. Dat verwacht ik dan een beetje als ik met iemand in gesprek ga, dat ik daar ook niet allemaal achteraan hoef te gaan of allemaal moet uitleggen. De gunfactor is toch ook wel een

klein dingetje. Ik vind het belangrijk om persoonlijk contact te hebben in plaats van alleen een offerte via de mail. Ik wil daarover praten en de ondernemer aan kunnen kijken. Ook heb ik de prijs natuurlijk al vaker genoemd. Als je iets heel duur maakt houdt het als snel op bij de huisarts, we zijn namelijk geen multinationals. Vergeet ik nog iets. Ik weet het niet. Oh ja, en die aftersales en integratie is ook heel belangrijk, je moet ook na de implementatie actief betrokken blijven bij de huisartsen anders sterft je implementatie waarschijnlijk een stille dood.