



SPELEN
MET DE
ZORG VAN
MORGEN

Trendboek eHealth
in de eerste lijn

SPELEN MET DE ZORG VAN MORGEN



Trendboek eHealth
in de eerste lijn

Inhoud

Eerste lijn maakt zich op voor
een golf van veranderingen 5

Inleiding 8

1 

Wat als in 2020 alle zorgconsulten
online plaatsvinden? 11
Dan... 13
Online consulten anno 2015 14
Bevorderende factoren 15
Belemmerende factoren 18

3 

Wat als in 2020 iedereen gezondheidswaarden
meet en zelf diagnoses stelt? 37
Dan... 39
Zelfmetingen anno 2015 42
Bevorderende factoren 44
Belemmerende factoren 49

2 

Wat als in 2020 de patiënt de kwaliteit
van zorg beoordeelt? 23
Dan... 25
Online beoordelingen anno 2015 27
Bevorderende factoren 29
Belemmerende factoren 31

4 

Wat als in 2020 mensen met licht psychische
klachten online zelftests doen en
behandelingen volgen? 53
Dan... 55
Online psychische hulp anno 2015 56
Bevorderende factoren 59
Belemmerende factoren 62

5

Wat als in 2020 voorspellende software de risicopatiënten in een wijk identificeert?	65
Dan...	67
Populatiemanagement in de wijk anno 2015	69
Bevorderende factoren	73
Belemmerende factoren	74

7

Wat als in 2020 iedereen een persoonlijk gezondheidsdossier gebruikt?	91
Dan...	93
Persoonlijke gezondheidsdossiers anno 2015	94
Bevorderende factoren	96
Belemmerende factoren	99

6

Wat als in 2020 ouderen zo lang mogelijk thuis wonen met domotica?	79
Dan...	81
Domotica anno 2015	82
Bevorderende factoren	84
Belemmerende factoren	86

Slotwoord	102
Meer lezen?	104
Referentielijst	105
Colofon	108





Eerste lijn maakt zich op voor een golf van veranderingen

Nederland beschikt over een goed georganiseerde en geïntegreerde eerstelijnszorg. Dit systeem levert een grote bijdrage aan de goede positie die ons land steevast behaalt in internationale onderzoeken naar de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. Buitenlandse zorgaanbieders en bestuurders komen hier regelmatig hun licht opsteken om te zien hoe huisartsen, verloskundigen, fysiotherapeuten en gespecialiseerde verpleegkundigen dicht bij de zorgconsument samenwerken.

De gezondheidszorg maakt zich op voor stevige veranderingen. Er zijn twee grote bewegingen gaande, die bepalend zijn voor hoe de eerstelijnszorg er over vijf tot tien jaar uitziet. Een eerste grote beweging is de steeds toenemende druk op professionals in de eerstelijnszorg. Deze groeiende belasting heeft diverse oorzaken. Allereerst neemt de complexiteit van de zorg en de manier waarop deze georganiseerd wordt verder toe. Op organisatorisch gebied zorgen de decentralisatie van de zorg en de grotere rol die gemeenten en wijken toegedicht krijgen voor nieuwe werk- en overlegsituaties. Daarnaast vraagt de geïntegreerde benadering van bijvoorbeeld ketenzorg voor chronische patiënten om betere samenwerking tussen partners in de eerstelijnszorg en daarbuiten.


De tweede grote beweging is de opkomende technologie. De organisatorische veranderingen zijn relatief beperkt in vergelijking met de technologische veranderingen die in snel tempo op ons afkomen. Bijvoorbeeld op het gebied van diagnostiek, behandeling en zelfmanagement. De digitale zorgnavigatie door patiënten neemt toe. De traditionele verwijzing van de huisarts naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis zal deels plaats maken voor de patiënt, die ondersteund door tablet, smartphone of wearable, zelf keuzes maakt. Maar ook het 'niet-pluisgevoel' van de huisarts zal steeds vaker worden ondersteund door nieuwe diagnostische tools. De diagnostische apps verkleinen de informatie-asymmetrie tussen de patiënten en de huisarts. Natuurlijk niet voor alle patiënten, maar geleidelijk wel voor steeds meer. Vanaf 2015 komen ICT-giganten met, door de strenge Amerikaanse Food and Drug Administration (FDA) goedgekeurde, diagnostische en beslissingsondersteunde apps op de markt. Dit leidt tot een revolutie in de diagnostische functie voor de patiënten en de eerstelijnszorg waarvan we de effecten nog nauwelijks kunnen inschatten.

Los van deze opkomende technologie zien we ook andere trends die de eerstelijnszorg complexer maken. Het zogeheten individueel zorgplan (IZP) is een toe te juichen ontwikkeling, omdat daarmee hogere eisen worden gesteld aan de juiste afstemming met de patiënt. Verzekeraars stellen de toepassing van zo'n IZP verplicht in de contractering, maar met name de ICT-implementatie van deze geïndividualiseerde aanpak stelt zorgaanbieders voor stevige uitdagingen. Deze uitdagingen nemen alleen maar toe wanneer het individuele zorgdossier nog veel meer persoonlijke gegevens gaat bevatten, zoals labuitslagen, meetwaarden, genetische informatie, maar ook informatie uit activity trackers of slimme pleisters. Nu gaat het alleen nog om experimenten door vooruitstrevende zorgaanbieders, maar het is duidelijk dat deze manier van werken over vijf tot tien jaar gemeengoed is. Ook deze ontwikkeling legt een grotere druk op eerstelijnszorgaanbieders om deze nieuwe manier van werken in te passen, samen met de steeds hogere eisen op het gebied van transparantie en verantwoording.

Verder staan de zorgbudgetten steeds meer onder druk. *Lean and mean* zijn de mantra's die de organisatie van de eerste lijn in de komende jaren bepalen. Dubbele uitgaven voor bijvoorbeeld diagnostiek of infrastructurele functies zijn niet langer aanvaardbaar. Technische ontwikkelingen krijgen een steeds kortere levenscyclus. Dit vergt nog meer flexibiliteit in huisvesting, organisatie en van medewerkers. De eerstelijnszorg kan hier nu al op inspelen; ze heeft geen dure erfenis en bijbehorende afschrijvingstermijnen. De eerstelijnszorg heeft, in tegenstelling tot de ziekenhuiszorg, geen dure vaste infrastructuur, waardoor eerstelijnszorgaanbieders flexibeler zijn.

Blended care en *matched care* moeten leiden tot kostenreductie en betere kwaliteit. *Blended care* is een combinatie van eHealth of mHealth met een fysieke behandeling. Bijvoorbeeld een fysiotherapie-traject met oefeningen, ondersteund door een app. Of een anti-depressiebehandeling met online modules en face-to-facecontact. *Matched care* staat voor het afstemmen van de behandeling op kenmerken van de patiënt, zoals de ernst van de problematiek, mentale en sociale vaardigheden, omgevingsfactoren en wensen en behoeften van de patiënt. Om onder- of overbehandeling te voorkomen, is het belangrijk dat de patiënt zo snel mogelijk bij de juiste hulpverlener komt en de juiste behandeling krijgt. Met de ontwikkelingen





rond de vrije artsenukeuze, de inkoopmacht van de zorgverzekeraars, de opkomende technologie en de roep om bezuinigingen is het vanzelfsprekend dat de huisarts, in de rol van poortwachter, straks diagnostische ondersteuning krijgt bij interpretaties van matched care.

Kortom: de eerste lijn bevindt zich – net als andere takken van de zorg – in een wervelstorm van ontwikkelingen waarvan het effect nog moeilijk is in te schatten. De huisarts, fysiotherapeut en wijkverpleegkundige krijgen in ieder geval te maken met de effecten van verdergaande automatisering en digitalisering en een revolutie in de diagnostiek.

Het is nog maar zeven jaar geleden dat Steve Jobs van Apple de eerste echte smartphone introduceerde. Kijk eens wat dat gedaan heeft met de manier waarop we communiceren en werken. In de gezondheidszorg staan we nu pas aan het begin van een nieuw technologisch tijdperk. Of de scenario's die in deze uitgave geschetst worden zich precies zo zullen onttrollen, lijkt niet heel waarschijnlijk. Het is onmogelijk om de precieze effecten van disruptieve technologie, die ook nog eens exponentieel groeit, in te schatten. De diverse scenario's in deze uitgave schetsen wel een beeld van de consequenties, ook die waaraan je als zorgaanbieder of beleidsmaker niet meteen denkt.

Jan Erik de Wildt

Programmacoördinator masterclass eerstelijnsbestuurders

Universiteit van Tilburg

Directeur bedrijfsvoering

Zorggroep De Ondernemende Huisarts, Eindhoven

Uitgever

De Eerstelijns, platform voor strategie en innovatie, en verenigingsblad InEen

Inleiding

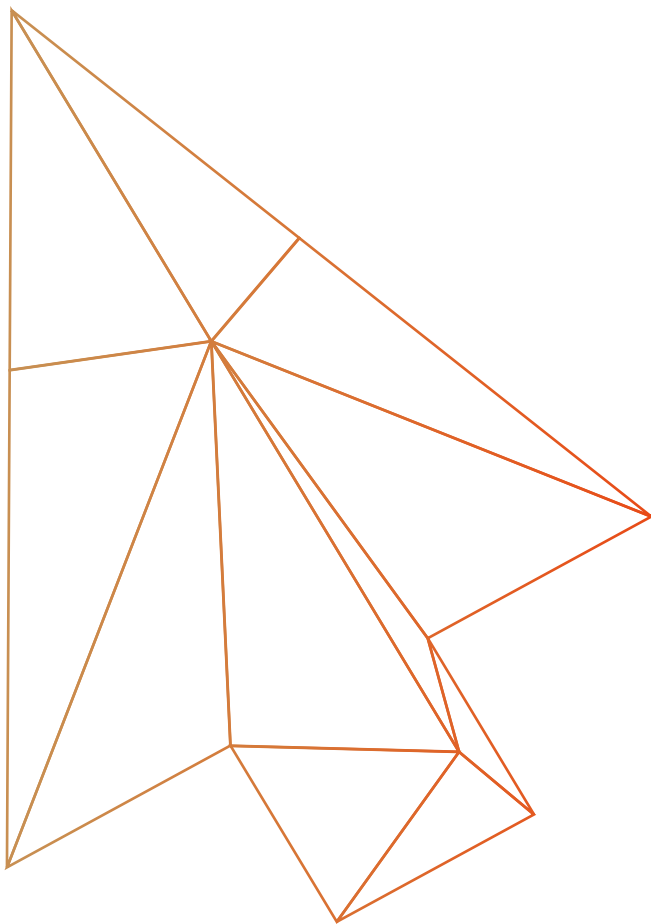
De zorg verandert en technologie ontwikkelt zich razendsnel. Welke impact heeft eHealth op de zorg, en met name op de eerstelijnszorg? In dit trendboek spelen we met de mogelijkheden die de zorg van morgen ons biedt.

Het zijn wellicht open deuren, maar ze hebben een belangrijke impact op de zorg: een stijgende levensverwachting, vergrijzing en de daarmee samenhangende toename van chronisch zieken en stijgende zorgkosten. In 2030 heeft 40 procent van de bevolking een chronische ziekte (1). Tegelijkertijd zal de beschikbaarheid van meer, betere en goedkopere zorgtechnologie voor gebruik door consumenten de verhouding tussen zorgaanbieders en patiënten fundamenteel veranderen. Zorgaanbieders in de eerste lijn, zoals huisartsen, wijkverpleegkundigen en psychologen, hebben het eerste en mogelijk ook het meest directe contact met hun cliënten. ‘Dokter Google’ is tegenwoordig al een goede bekende in de spreekkamer van de huisarts. Cliënten beschikken steeds vaker over slimme apps, diagnostische tools en genetische profielen. De technologische revolutie die zich ontrolt in de zorg, is in de komende jaren daarom het meest merkbaar bij huisartsen en andere eerstelijnszorgverleners.

Dit trendboek over eHealth schetst een aantal fictieve toekomstscenario’s die zijn gebaseerd op ontwikkelingen in de eerstelijnszorg. Wat betekenen zelfmetingen, online consulten, persoonlijke gezondheidsdossiers, online beoordelingen, online psychische hulp, domotica en populatiemanagement in de wijk voor eerstelijnszorgaanbieders en hun patiënten? De geschetste scenario’s zetten we af tegen de huidige situatie. Daarna benoemen we factoren die eraan bijdragen dat het toekomstscenario werkelijkheid wordt, evenals issues die het toekomstscenario in de weg staan. Bij iedere casus vragen we ons af wat het betekent als de betreffende ontwikkeling over vijf jaar de normaalste zaak van de wereld is. Deze vraag proberen we vervolgens te beantwoorden.

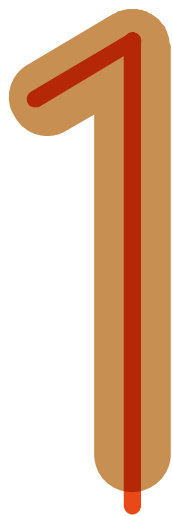
Met dit trendboek willen we een discussie over digitale ontwikkelingen in de eerstelijnszorg uitlokken. Hoe kijk je als eerstelijnszorgverlener of beleidsmaker op dit terrein aan tegen de ontwikkelingen? Zou je willen je dat de scenario's werkelijkheid worden? Wat kun je doen om dit voor elkaar te krijgen? Welke ontwikkelingen zie je nog meer? Zet gerust een kritische bril op tijdens het lezen van dit trendboek en deel je gedachten en ideeën met je collega's en met ons via

www.nictiz.nl/trendboek.



Wat als in 2020
alle zorgconsulten
online plaatsvinden?

Inge heeft wat last van uitslag op haar armen. Haar diagnostische app kan geen uitsluitel geven en adviseert haar om een dokter naar haar armen te laten kijken. Ze wil bij haar eigen huisarts online een afspraak maken. Ze doorloopt daarvoor eerst een virtuele vragenlijst. Deze dient als een vorm van triage. De assistent is nog wel in de huisartsenpraktijk aanwezig, maar bij haar kom je alleen terecht als je vraag niet in de virtuele tool beantwoord wordt. Bij Inge is het antwoord uit de vragenlijst duidelijk: het is goed om even langs te komen. Haar eigen huisarts heeft de komende dagen echter geen plek in zijn agenda op een tijdstip dat Inge uitkomt. Vervelend, want de uitslag jeukt behoorlijk. Gelukkig vindt ze via internet een goed alternatief. Ze kan beeldbellen met een huisarts die op dat moment online beschikbaar is. Hij is niet haar eigen huisarts, maar dat lijkt haar voor deze klacht niet zo belangrijk. Ze laat hem via de camera van haar telefoon de plek op haar huid zien. De dokter constateert dat het eczeem is en stuurt Inge een recept voor een hormoonzalf. Inge kan dit recept indienen bij de online apotheek. De apotheek levert de zalf dezelfde avond nog af bij de supermarkt waar Inge deze kan ophalen.



Dan...

Als in 2020 alle consulten met een zorgverlener online plaatsvinden, dan hebben zorgverleners concurrentie van alle andere zorgverleners uit het hele land, dan delen veel meer zorgverleners één spreek- of behandelkamer en hebben patiënten altijd en overal toegang tot zorg.

Online zorgdiensten zijn voor het aanbieden en ontvangen onafhankelijk van een plaats. Dat vergroot het aanbod voor patiënten enorm. Bij online contact met de zorgverlener is het minder van belang dat hij fysiek in de buurt is. De huisarts heeft minder fysieke consulten, daarom deelt hij een praktijk met veel andere zorgverleners. Deze praktijk moet voor iedereen centraal liggen. De zeldzame bezoeken aan een zorgverlener kosten dan vaak wat meer reistijd dan nu.

Nederlanders bezoeken gemiddeld vier keer per jaar de huisarts. Dit cijfer is sinds 2008 vrijwel niet veranderd. ⁽⁶³⁾

De zorgverlener bespaart op kosten voor de huisvesting, omdat hij de praktijkruimte kan delen. Zijn patiëntendossier draait in de cloud; dat kan de zorgverlener zowel thuis als in de spreekkamer prima benaderen. Patiënten plannen zelf online hun afspraken in. Voordat ze de assistente bellen, komen ze terecht bij de virtuele assistent. Deze beantwoordt de meeste veelvoorkomende vragen. Hierdoor wordt de assistente alleen belast met urgente vragen. Het werk van assistentes bestaat steeds meer uit het controleren en coachen van mensen die zelfmetingen uitvoeren en daar ondersteuning bij nodig hebben.

Online zorgdiensten vergroten het bereik van zorgverleners enorm. Dat biedt kansen om meer patiënten te werven, misschien ook wel uit het buitenland. Zorgverleners moeten daarom goed zichtbaar zijn, goede marketingtools inzetten, maar zeker ook goede zorg leveren. Het is natuurlijk van belang dat je als zorgverlener goede beoordelingen krijgt op ZorgkaartNederland. Daarbij zijn vaardigheden om goede online zorg te verlenen van groot belang.

Online consulten anno 2015

Het lijkt zo voor de hand liggend, digitaal contact¹ opnemen of onderhouden met een zorgverlener. Toch is het nog niet gebruikelijk in Nederland. De helft van de Nederlandse zorggebruikers geeft aan dat ze graag zouden mailen met de huisarts. En een vijfde wil via tablet of beeldscherm een gesprek kunnen voeren met zijn of haar huisarts (2). Uit onderzoek van Van de Belt et al. (3) blijkt dat een op de vier mensen sociale media zou willen gebruiken om hun zorgverlener te raadplegen.

In het buitenland zijn al een aantal -inmiddels grote- aanbieders in het gat tussen vraag en aanbod van digitale zorgdiensten gesprongen: HealthTap², ZocDoc³ en PatientFusion⁴ zijn voorbeelden van online (beeld)diensten in de zorg. Maar ook in Nederland staan partijen op, zoals Constamed⁵, PatientHub⁶, en HelloFysio⁷. Wat al deze initiatieven gemeen hebben, is dat patiënten op afstand contact hebben met een zorgverlener, die soms niet hun vaste zorgverlener is. Deze diensten zetten met hun software in op efficiëntie, gebruiksvriendelijkheid en gemak voor de patiënt. ZocDoc doet dit door een service aan te bieden waar patiënten online een afspraak kunnen inplannen met een huisarts. HealthTap biedt voor een vast bedrag per maand 24/7 toegang tot een huisarts die bereikbaar is via mail, chat en video. Het Nederlandse initiatief Constamed biedt (nog) geen videoconsult, maar wel een platform waarop patiënten (vooralsnog gratis) hun medische vragen aan een huisarts kunnen stellen. Via de Nederlandse app 'Mag ik meekijken' kan een zorgverlener meekijken bij een patiënt als deze twijfelt of hij langs moet komen.

Ook bij andere disciplines in de eerstelijnszorg ontstaan steeds meer online mogelijkheden. Voorbeelden zijn HelloFysio of fysiovoorjou.nl, die beide online consulten

¹ Met 'digitaal contact' bedoelen we alle contact dat via internet verloopt, zoals het online plannen van afspraken, mailen met een huisarts (e-consult) of bijvoorbeeld beeldbellen met een zorgverlener.

² <http://www.healthtap.com/>

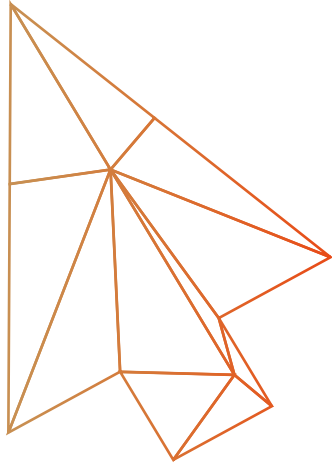
³ <http://www.zocdoc.com/>

⁴ <http://www.patientfusion.com/>

⁵ <http://www.constamed.nl/>

⁶ <http://www.patienthub.nl/>

⁷ <http://www.hellofysio.nl/>



⁸ Uit de blog: <https://yvonneblogtmetzorg.wordpress.com/page/2/>. Deze blog is onderdeel van een serie blogs over eHealth gerelateerde zaken vanuit een patiënt-perspectief.

Nederland
telde in 2014
21,6 miljoen
mobiele
aansluitingen.
(64)

maar ook volledige online behandeltrajecten aanbieden. Logopedisten kunnen gebruik maken van TinyEye, waarbij kinderen en andere cliënten via de webcam contact hebben met de logopedist. Voedingsadvies van een diëtist of gesprekken met een psycholoog worden steeds vaker (ook) online aangeboden. Zo is een diëtisten-groep in 2015 begonnen met het aanbieden van online diëtetiek via Constamed (4).

De mogelijkheden schieten als paddenstoelen uit de grond. Niet alleen voor korte vragen, maar ook voor complete behandeltrajecten en voor geplande en ongeplande zorg.

Bevorderende factoren

Online diensten nemen uiteindelijk face-to-faceconsulten over, omdat ze gebruiksvriendelijk zijn en inspelen op de vraag van de gebruiker (2). Yvonne Schoolderman, eHealth-blogger en patiënt⁸, vult hierop aan: “Het belangrijkste is eigenlijk dat als ik de arts kan mailen als dat nodig is, dit een veilig gevoel geeft. Het idee dat ik kan en mag mailen, is vaak al voldoende. Mits ik er op kan vertrouwen dat er bij spoed direct een reactie komt. Als dat niet gebeurt, neem ik op een andere manier contact op.” Uit onderzoek blijkt ook dat patiënten vooral zitten te wachten op meer gebruiksvriendelijkheid, efficiëntie en toegang tot informatie (5).


Zorggebruikers wennen aan het gebruik van smartphones en tablets. De vaardigheden en behoeften van ouderen moeten we hierbij zeker niet onderschatten (5). Sander Casparis van HelloFysio geeft aan dat zijn patiëntengroep veel diverser is dan ze in eerste instantie hadden verwacht. “We dachten dat we vooral aanvragen van hoogopgeleide, werkende en dus drukbezette mensen zouden krijgen. Het blijkt dat de gemiddelde leeftijd tussen de 50 en 60 ligt, maar er zijn ook uitschieters naar 80+”. Deze vaardigheden zijn deels te danken aan de ontwikkelingen in andere sectoren. Denk aan het online boeken van een vakantie of skypen met familie die ver weg woont. Martine Rooth, oprichtster van fysiovoorjou.nl, bevestigt dat de zorg zich hier ook prima voor leent: “Een anamnese bestaat sowieso voor 80 procent uit goed luisteren naar mensen, dat kan online ook. Die overige 20 procent kun je opvangen door mensen te vragen aan te geven of te wijzen wat ze aan hun lichaam voelen.”

Voor een kleine klacht willen veel mensen eerst op een makkelijke manier checken of het nodig is om langs te gaan bij de dokter. Over het algemeen willen zij zich zo min mogelijk patiënt voelen, en daar hoort bij dat mensen graag hun eigen dag indelen. Online contact met huisarts of fysiotherapeut is dan een stuk efficiënter dan een fysiek bezoek. Een anonieme gebruiker van MijnGezondheid.net licht toe: “Voordat ik MijnGezondheid.net gebruikte, moest ik bijna iedere maand naar de huisarts. Ik denk dat ik er nu nog maar vier keer per jaar kom.” (6). Dat geldt overigens niet alleen voor de patiënt, maar ook voor de zorgverlener. Bart Timmers, huisarts, bespaart ook tijd: “Als ik een videoconsult doe, hoef ik niet op visite. In de reistijd die ik bespaar, kan ik een nieuw consult doen.” Voor onverwacht overleg is online contact ook een uitkomst, voor zowel patiënt als zorgverlener. De zorgverlener belt, mailt of beeldbelt als hij tijd heeft en wordt niet onderbroken tijdens andere consulten. De patiënt krijgt toch antwoord, zonder te hoeven wachten tot hij op consult kan.

Als het over behandeltrajecten gaat, benoemt Martine Rooth van fysiovoorjou.nl dat online behandelen de therapietrouw kan doen toenemen: “Ik vermoed dat de therapietrouw zelfs beter is bij online behandeltrajecten omdat mensen hun oefeningen altijd terug kunnen zien en hun voortgang online gevolgd wordt door de fysiotherapeut.” Het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde voerde onlangs een kleine metastudie uit op dit onderwerp. Hieruit bleek dat bij tien van de vijftien studies de therapietrouw (rond medicatie-inname) toenam bij gebruik van eHealth-interventies (7).

Ook zonder vergoeding zijn online consulten voor consumenten een alternatief. Recent onderzoek van NIVEL toonde aan dat twee derde van de ouderen vindt dat ze (deels) zelf zorg en ondersteuning moeten betalen en dit ook kunnen betalen (8). Martine Rooth (fysiovoorjou.nl) merkt op dat mensen bereid zijn zorg zelf te betalen: “Wij merken dat mensen best bereid zijn om voor kortere trajecten zelf te betalen voor onze diensten.”

Tot slot versterken een aantal ontwikkelingen elkaar. Toenemende transparantie versterkt de online dokter doordat patiënten bijvoorbeeld op ZorgkaartNederland inzicht hebben in ervaringen van anderen. Dit maakt het makkelijker om voor een zorgverlener te kiezen, waardoor een patiënt misschien eerder voor een dokter

A hand in a light-colored sleeve holds a watering can, pouring water onto a small plant growing in another hand. The scene is set against a dark background with a warm, orange glow.

“ Voordat ik MijnGezondheid.net gebruikte, moest ik bijna iedere maand naar de huisarts. Ik denk dat ik er nu nog maar vier keer per jaar kom.”

— Een anonieme gebruiker van
MijnGezondheid.net

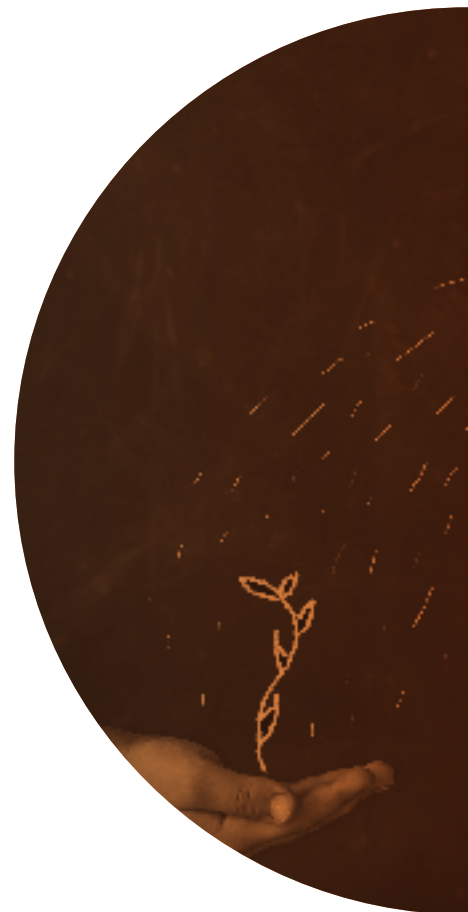
De gemiddelde kosten van fysiotherapie per verzekerde per jaar bedragen €27. Deze kosten lopen bij vrouwen ouder dan 85 jaar op naar gemiddeld €82 per verzekerde per jaar. ⁽⁶⁵⁾

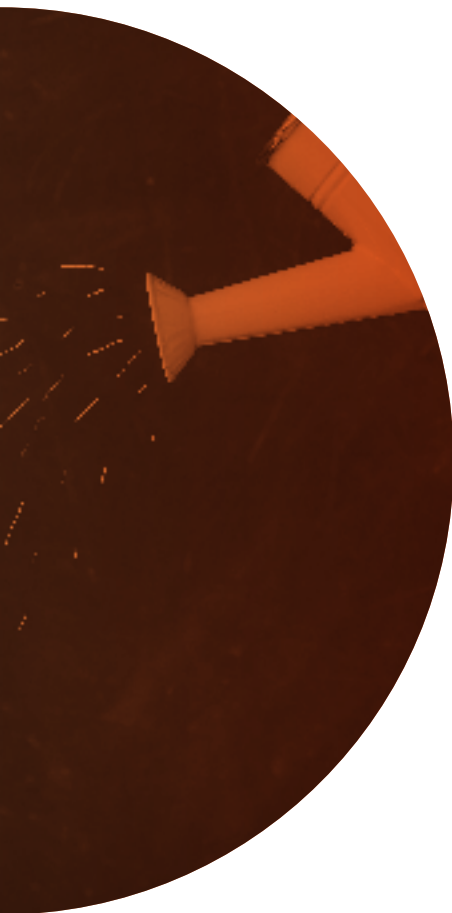
kiest die online zorg aanbiedt. De inzage in medische gegevens, die minister Schippers onder andere bepleit (9), versterkt de ontwikkelingen op het gebied van online zorgverlening. Patiënten die over hun eigen medische gegevens beschikken, hoeven niet meer per se naar de eigen huisarts, maar kunnen ook terecht bij een andere (online) huisarts. Zij delen dan eenvoudig de benodigde medische achtergrond.

Belemmerende factoren

Hoewel de behoefte aan online zorg bij de zorggebruiker groot lijkt, is niet voor elke aanbieder de meerwaarde van online diensten duidelijk (2). Elisa Gielen, directrice van TinyEye Europa ziet dat sommige logopedisten nog erg vanuit hun eigen behoeften denken. “Wat me opvalt, is dat ze het altijd over zichzelf hebben. Het gaat toch niet om jou, zeg ik dan, het gaat toch om die cliënt? En die cliënt is laaiend enthousiast.” Dat het voor de zorgverlener makkelijker is om iemand fysiek op consult te laten komen, wil niet zeggen dat dat voor de cliënt ook handig is.

De positieve effecten die huisartsen noemen, hebben vooral betrekking op de patiënt: hun praktijk wordt toegankelijker en de patiënt vindt het prettig om online te communiceren (2). En hoewel veel zorggebruikers aangeven graag online te communiceren, is de onbekendheid met de mogelijkheden nog groot (2). Daar ligt (deels) een taak voor de zorgverlener, maar deze is vaak nog sceptisch. Dat is een belemmerende factor, want het is aangetoond dat goedkeuring en advies van de





zorgverlener voor patiënten cruciaal zijn om dit soort diensten te gaan gebruiken (10). Volgens Yvonne Schoolderman (eHealth-blogger en patiënt) kan het lage gebruik van online diensten in de zorg liggen aan negatieve ervaringen hiermee: “Als blijkt dat mailen niet mogelijk is, e-mails te laat of helemaal niet worden beantwoord en patiënten überhaupt niet geattendeerd worden op de mogelijkheid te kunnen e-mailen, maak je vanzelf weer een afspraak bij de huisarts”.⁸

Dat zorgverleners belemmeringen ervaren of sceptisch zijn, wordt deels verklaard door onbekendheid. Pas sinds kort geven een aantal faculteiten onderwijs over eHealth aan toekomstige zorgverleners (11). De huidige generatie zorgverleners is in haar opleiding vaak nog niet voorbereid op deze ontwikkeling. Martine Rooth (fysiovoorjou.nl) herkent dit: “Ik ben nog niet eens zo lang afgestudeerd aan de opleiding fysiotherapie, maar in de opleiding wordt nauwelijks aandacht besteed aan online dienstverlening.”

Huisartsen krijgen alleen een vergoeding voor een e-consult als ze voldoen aan de richtlijn ‘online arts-patiënt contact’ van KNMG. Dat betekent het dat het medisch dossier beschikbaar moet zijn, er al eens face-to-face-contact moet zijn geweest en de patiënt ingeschreven is in de praktijk. De Wet op Geneeskundige Behandeloovereenkomst (WGBO) en de Wet op Bescherming Persoonsgegevens (WBP) zijn ook bij online zorg van toepassing. Er zijn wel plannen om de richtlijn ‘online arts-patiëntcontact’ aan te passen aldus Marian Hoekstra, beleidsmedewerker bij de KNMG: “Begin 2015 buigen we ons over de actualisering van de richtlijn online arts patiënt contact. We vragen daarbij de input van NPCF en overwegen om ook aandacht te besteden aan de financiële vergoeding voor het e-consult, omdat daar mogelijk een stimulerende werking van uit kan gaan.” Tot die tijd moeten huisartsen het doen met de huidige richtlijn. Bovendien geldt dat zolang patiënten niet beschikken over hun eigen medische dossier, een onbekende ‘online huisarts’ consulteren niet mogelijk is.

Andere eerstelijnszorgverleners krijgen vaak financiering op basis van contracten met zorgverzekeraars. Dit vormt een belemmering voor fysiotherapeuten die aan al hun patiënten online behandelingen willen aanbieden. Omdat er geen prestatiecode is, kunnen zij deze zorg alleen leveren aan degenen die verzekerd zijn bij een verzekeraar met wie zij een contract hebben. Als de zorgverzekering wel een

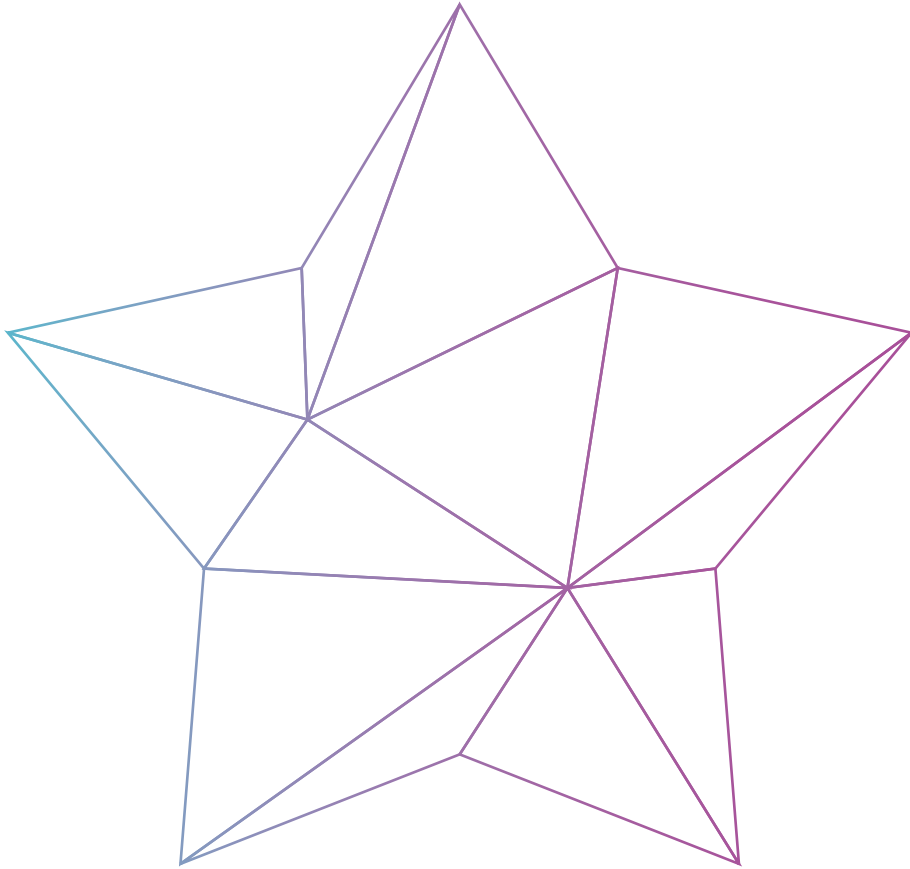
“ Ik ben nog niet eens zo lang afgestudeerd aan de opleiding fysiotherapie, maar in de opleiding wordt nauwelijks aandacht besteed aan online dienstverlening.”

— Martine Rooth, fysiotherapeut en oprichtster van fysiovoorjou.nl

contract sluit met fysiotherapeut A, maar niet met fysiotherapeut B, kan de patiënt nog steeds maar bij één online fysiotherapeut terecht. Wisselt hij daarna van zorgverzekeraar dan is de kans groot dat hij zorg bij diezelfde fysiotherapeut niet meer vergoed krijgt. Deze niet-structurele financiering belemmert een bredere inzet van online consulten en behandelingen.

De vragen over privacy spelen regelmatig weer op, zowel bij patiënten als bij zorgverleners. Huisartsen geven aan dat dit een belangrijke belemmering is voor het hebben van online contact met hun patiënten (2). Een derde van de huisartsen geeft aan dat ze zich zorgen maken over kritiek op privacyaspecten. Zorgverleners moeten zich aan de beveiligingsnorm NEN7510 houden om een veilige verbinding te leggen met de patiënt. Het is een ingewikkelde norm, die eist dat is gewaarborgd dat de verbinding niet gehackt kan worden en dat de zorgverlener kan verifiëren dat degene met wie hij online contact heeft ook echt degene is die hij zegt te zijn. Ruim 35 procent van de huisartsen geeft aan dat de wet- en regelgeving onduidelijk is, maar ook dat er een gebrek is aan voldoende beveiligde systemen.





Wat als in
2020 de patiënt
de kwaliteit van
zorg beoordeelt?

2

Inge heeft zojuist een vervolgspraak gehad met haar eigen huisarts. Ze had het idee dat de huisarts niet goed luisterde en haar niet serieus nam. Meteen na deze afspraak krijgt Inge via de website de vraag of ze tevreden is met het gesprek. Ze kan beoordelen op verschillende aspecten: of de huisarts goed luisterde, of ze tevreden is over de behandeling en over de informatie die ze gekregen heeft. Inge vult de beoordeling meteen in. Ze vindt het belangrijk om haar ervaring te delen en anderen daarmee te helpen. Bovendien wil ze graag een andere huisarts in de buurt vinden. Op basis van de beoordelingen van anderen besluit ze zich aan te melden voor een praktijk die iets verder van haar huis ligt, maar die een uitstekende beoordeling heeft.

Alle zorgverleners laten zich tegenwoordig online beoordelen. Zorgverzekeraars hebben dit namelijk verplicht gesteld. Zij baseren hun contractonderhandelingen op de resultaten. Er komen veel beoordelingen binnen en zo kan de kwaliteit van zorg continu in de gaten worden gehouden. De zorgverlening is hierdoor bovendien afgestemd op wat patiënten fijn vinden. Alle beoordelingen komen terecht op de nationale beoordelingssite en zijn daarmee openbaar. Bovendien volgt de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) beoordelingen van de patiënten nauwlettend. Zodra een zorginstelling een aantal slechte beoordelingen krijgt, neemt de IGZ meteen contact op met de zorginstelling.



Dan...

Als in 2020 de patiënt de kwaliteit van zorg beoordeelt, krijgen patiënten meer invloed op de beoordeling van de kwaliteit van zorg en wordt de zorg vervolgens meer patiëntgericht.

De kwaliteit van zorg gaat omhoog doordat zorgverleners en zorginstellingen direct en continu feedback krijgen op hun functioneren en op de zorgverlening. Zorgverleners krijgen op deze manier meer inzicht in wat de patiënt belangrijk vindt. Op dit moment houden al steeds meer zorginstellingen de beoordelingen in de gaten en ondernemen vervolgens actie, bijvoorbeeld door het aanbieden van trainingen aan zorgverleners of het aanpassen van door patiënten benoemde knelpunten, om de dienstverlening te verbeteren. Patiënten krijgen hiermee dus meer invloed op de kwaliteit van zorg.

Daarnaast is het voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) makkelijker om de input van patiënten over de kwaliteit van zorg mee te nemen in het toezicht. De beoordelingen krijgen hiermee een grotere impact en daarmee neemt ook de invloed van de patiënt op de kwaliteit van zorg toe. Zorgverzekeraars kunnen zorgverleners die goed scoren op beoordelingsites belonen, of zorgverleners die kunnen aantonen dat ze actief bezig zijn met kwaliteitsverbeteringen op basis van beoordelingen van patiënten. Ook is het denkbaar dat zorgverzekeraars een minimaal beoordelingscijfer eisen bij de contractonderhandelingen.

“ Door ZorgkaartNederland zal de zorg meer patiëntgericht worden. Dat zit ‘m soms in kleine dingen, zoals de kwaliteit van het toiletpapier, verbeterpunten waar je als zorginstelling anders niet makkelijk achter komt.”

— Danny van den IJssel, NPCF

Patiënten kiezen aan de hand van kwaliteitsinformatie van beoordelingswebsites bewuster voor een bepaalde zorgverlener. Dit vergroot de concurrentie tussen zorgverleners, waardoor zij zich moeten onderscheiden op dingen die patiënten belangrijk vinden. Patiëntgerichtheid komt hierdoor hoger op de agenda. Zorginstellingen en zorgverleners moeten zo meer aandacht besteden aan goede dienstverlening en zaken om de zorg heen, zoals de bereikbaarheid, de inrichting en de wachttijden. Ook de bejegening van de patiënt en de communicatie en informatievoorziening naar de patiënt zijn belangrijke factoren.



Op Zorgkaart
Nederland
zijn in totaal
al meer dan
230.000
waarderingen
geschreven.⁽⁶⁶⁾

⁹ <https://www.zorgkaartnederland.nl/content/veelgestelde-vragen>

Online beoordelingen anno 2015

Tegenwoordig kijken we voor het kiezen van een restaurant op lens.nl en voor het selecteren van een hotel of vakantiebestemming gaan we naar Zoover, TripAdvisor of Booking.com. Op deze websites schrijven consumenten waarderungen of beoordelingen over de betreffende gelegenheid. Uit onderzoek blijkt dat steeds meer mensen deze online reviews gebruiken bij het kiezen van een hotel of restaurant, bij het kopen van een auto, bij het afsluiten van een verzekering of hypotheek en zelfs bij het selecteren van een dokter of tandarts (12,13).

Voor de zorg bestaan tegenwoordig soortgelijke beoordelingssites. Op ZorgkaartNederland beoordelen Nederlandse patiënten hun zorgverleners en zorginstellingen op onder andere de informatie die de zorgverlener geeft, of de zorgverlener goed luistert en op de accommodatie van de zorginstelling. Daarbij kan de ervaring toegelicht worden. ZorgkaartNederland heeft per maand 900.000 bezoekers en er worden iedere maand 3700 waarderungen toegevoegd⁹. Ook Independer en verschillende zorgverzekeraars bieden de mogelijkheid om online reviews te schrijven over zorgverleners. Als we over de grenzen heen kijken, zien we vergelijkbare ontwikkelingen. Zo bestaan reviewsites voor zorgverleners of -instellingen ook in Amerika (RateMDs.com, Vitals.com, Healthgrades.com), Groot-Brittannië (NHS-Choices en iWantGreatCare.com) en Duitsland (Jameda.de).

Inzicht in de kwaliteit van zorg is van belang voor patiënten om de keuze voor een zorginstelling of zorgverlener te kunnen maken. Beoordelingen door patiënten worden al op andere manieren gebruikt bij het vaststellen van de kwaliteit van zorg. Zo speelt de mening van de patiënt al een belangrijke rol bij de praktijkaccreditaties van het Nederlands Huisartsen Genootschap en Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen, kwaliteitstoetsen voor huisartsen- en verloskundigenpraktijken. Uit de eHealth-monitor 2014 blijkt dat een kwart van de mensen wel eens via internet informatie heeft gezocht voordat zij kiezen voor een zorgverlener of zorginstelling. Nog eens 29 procent geeft aan dat ze dit niet gedaan heeft, maar dit wel zou willen doen (2).



“ De beoordelingen werken als digitale mond-tot-mondreclame.”

— Een fysiotherapeut uit Amstelveen



Bevorderende factoren

Sinds de invoering van marktwerking in de zorg hebben patiënten meer keuzevrijheid en wordt van hen verwacht dat zij zich actiever opstellen bij het kiezen van een zorgverlener. Het idee is dat zorgverleners vervolgens op kwaliteit gaan concurreren en dat zo de kwaliteit van zorg omhoog gaat. Om een goede keuze te maken, hebben patiënten inzicht nodig in de kwaliteit van zorg. Transparantie over de kwaliteit van zorg is daarom een belangrijk thema in Nederland, zowel vanuit de politiek als vanuit de maatschappij (14). Er zijn steeds meer initiatieven om de kwaliteit van zorg in kaart te brengen en ook inzichtelijk te maken voor burgers. Een voorbeeld hiervan is het publiceren van de sterftecijfers van ziekenhuizen (15).

De traditionele kwaliteitsinformatie over de zorg, zoals sterftecijfers en kwaliteitsindicatoren, is vaak slecht te vinden voor patiënten en daarnaast moeilijk te begrijpen. Hier komt langzaam verandering in, bijvoorbeeld in de vorm van de Kwaliteitsvensters van ziekenhuizen. Het Kwaliteitsvenster geeft patiënten op een heldere en eenduidige manier inzicht in de ziekenhuisbrede kwaliteit van zorg (16). Daarnaast zijn beoordelingssites ontstaan, zoals ZorgkaartNederland. “Het gebrek aan toegankelijke inzage in kwaliteit van zorg voor de patiënt was de belangrijkste reden voor het oprichten van ZorgkaartNederland,” zegt Danny van den IJssel van patiëntenfederatie NPCF, de initiatiefnemer van de website. “De door patiënten geschreven reviews zijn over het algemeen heel begrijpelijk voor andere patiënten.”

Bovendien zijn consumenten tegenwoordig gewend om keuzes of beslissingen voor allerlei zaken te baseren op reviews en ervaringen van anderen. Beoordelingssites voor hotels, restaurants en winkels worden veelvuldig gebruikt. Hieruit blijkt dat mensen behoefte hebben om in een onafhankelijke omgeving hun ervaringen te delen en die van anderen te lezen. Uit onderzoek blijkt ook dat het vertrouwen van consumenten in online reviews groot is (13,17). Het biedt hen een basis voor het maken van hun keuze. Patiënten willen steeds vaker zelf kiezen en laten zich minder leiden door hun zorgverleners. Ze verwachten dat ze keuze hebben, zoals ze dat ook hebben bij het kiezen van restaurants en bij het boeken van een vakantie. Doordat het steeds gebruikelijker wordt om voor allerlei zaken

te kijken naar beoordelingen van anderen, raken mensen ook meer geoefend in het interpreteren van reviews. Daarbij kunnen mensen zelf bepalen welke informatie zij relevant vinden.

Volgens Van den IJssel van de NPCF omarmen steeds meer zorginstellingen de beoordelingen op ZorgkaartNederland. “Ze zien het als kans om zichzelf te profileren en krijgen zo op een snelle en efficiënte manier feedback. Met behulp van de reviews kunnen zorgaanbieders achterhalen waar patiënten wel of niet tevreden over zijn. Op deze wijze vormt het een soort continu klanttevredenheidsonderzoek. Dit is uiteindelijk ook het doel van ZorgkaartNederland: dat de kwaliteit van zorg verbetert en de zorg meer patiëntgericht wordt”, aldus Van den IJssel. De NPCF biedt zorginstellingen ook hulpmiddelen om meer uit de reviews te halen. Een fysiotherapeut uit Amstelveen geeft aan: “Patiëntgericht werken staat centraal in mijn praktijk. De beoordelingen werken als digitale mond-tot-mondreclame.”



Een kwart van alle Nederlanders wil via sociale media communiceren met zijn zorgverlener. ⁽²¹⁾

Tot slot is bewezen dat informatie op beoordelingssites gerelateerd is aan de daadwerkelijke kwaliteit van zorg en dus goed bruikbaar is voor het vaststellen van die kwaliteit. Zo bleken in Groot-Brittannië hogere beoordelingen van ziekenhuizen op NHS-Choices gerelateerd te zijn aan lagere sterfte (18) en bleken ziekenhuiswaarderingen ook gerelateerd te zijn aan traditionele kwaliteitsmetingen (19,20). Ook wordt uit onderzoek duidelijk dat informatie op ZorgkaartNederland en andere sociale media goed gebruikt kan worden voor het toezicht op de gezondheidszorg door de IGZ (21). Patiënten geven via deze kanalen namelijk veel signalen over mogelijk risicovolle situaties, met name over onderwerpen die zij goed kunnen opmerken, zoals de hygiëne. Ronnie van Diemen-Steenvoorde, inspecteur-generaal van de IGZ, zegt: “Ik vind dat het patiëntenperspectief een ongelofelijk belangrijke rol moet spelen bij toezicht. Net zoals dat je de informatie van zorginstellingen en zorgaanbieders krijgt vanuit het perspectief van bestuurders over de uitkomsten van zorg, kijk je vanuit het patiëntenperspectief naar wat voor hen belangrijk is in uitkomsten van zorg.” (22).

Belemmerende factoren

Helaas blijkt dat, tegen de verwachting van beleidsmakers in, een groot deel van de patiënten niet actief een keuze maakt voor een zorgverlener (23). Ze gaan naar een zorgverlener die voor de hand ligt, bijvoorbeeld het dichtstbijzijnde ziekenhuis of de zorgverlener waar ze al vaker zijn geweest, zonder bewust een keuze te maken. In dat geval is kwaliteitsinformatie minder van belang; deze patiënten gaan niet op zoek naar beoordelingen door andere patiënten.

Niet iedereen is positief over beoordelingssites in de zorg. Tegenstanders vragen zich af of patiënten wel voldoende inzicht hebben om de kwaliteit van zorg te beoordelen (24). Zo zal een patiënt een arts beoordelen op of deze aardig is, of een ziekenhuis op hoe het gebouw er uit ziet. Dit zijn voor patiënten weliswaar ook belangrijke aspecten, maar zegt niets over of zorgverleners daadwerkelijk goede kwaliteit van zorg leveren.

Een ander tegenargument is dat de beoordelingen meestal anoniem worden gegeven, waardoor niet zeker is of degene die de review schrijft ook echt een patiënt is die ervaring heeft met de zorgverlener. Het kan ook de zorgverlener zelf zijn die de positieve beoordeling heeft geschreven. Dr. Rob Maes, radioloog in het Gemini Ziekenhuis, heeft proefondervindelijk vastgesteld dat het heel gemakkelijk is om verzonnen verhalen op ZorgkaartNederland en vergelijkbare websites te plaatsen. “De inhoud van dit soort websites is dus absoluut niet betrouwbaar. Als op die sites niet met koeienletters vermeld staat dat het ongecontroleerde informatie betreft, zouden zulke sites verboden moeten worden,” concludeert hij.

Daarnaast zegt Maes: “Er zijn patiënten die dergelijke beoordelingssites gebruiken om hun al dan niet terechte ongenoegen kenbaar te maken. Zorgverleners kunnen hierdoor mogelijk onterecht aan een openbare en eeuwigdurende schandpaal komen te staan.” Hij wijst erop dat, doordat de beoordelingen anoniem zijn, het niet mogelijk is om adequaat te reageren of verifiëren. “Bovendien is de impact van een onterecht negatieve beoordeling ondanks een eventuele reactie groot, omdat deze niet door de beheerders van de website worden gehaald en dus altijd op internet zichtbaar blijft.”



“ De inhoud van dit soort websites is dus absoluut niet betrouwbaar. Als op die sites niet met koeienletters vermeld staat dat het ongecontroleerde informatie betreft, zouden zulke sites verboden moeten worden.”

— Dr. Rob Maes, radioloog in het Gemini Ziekenhuis

Een fysiotherapeut uit Amstelveen: “Mensen nemen het geven van een beoordeling serieus. Als ze niet tevreden zijn, laten ze dat wel horen. Je stelt je als zorgverlener zo wel kwetsbaar op.”

Verder zijn er bij veel zorgverleners of zorginstellingen slechts een paar beoordelingen gegeven. Het uiteindelijke oordeel of cijfer is dan gebaseerd op heel weinig beoordelingen, waardoor dit geen betrouwbaar beeld geeft. Dr. Giel van Berkel, internist-intensivist in het Beatrixziekenhuis, pleit er voor om een minimum aantal beoordelingen in te stellen, voordat de beoordelingen publiek worden gemaakt. “Zelf ben ik jaren geleden één keer beoordeeld, daar is het bij gebleven. Die beoordeling is uitgesproken negatief. Daarnaast ben ik meermalen door vele patiënten beoordeeld in het kader van Individueel Functioneren Medisch Specialisten (IFMS), altijd uitgesproken positief. Daarom vind ik dat Zorgkaart Nederland onbetrouwbare informatie geeft. Het zou beter zijn als beoordelingen niet worden getoond voor er een minimaal aantal respondenten is, bijvoorbeeld tenminste acht.”

Tot slot geven de beoordelingen alleen subjectieve informatie. De NPCF erkent dit en Van den IJssel geeft dan ook aan dat het belangrijk is dat er naast subjectieve beoordelingen door patiënten ook meer objectieve kwaliteitsinformatie beschikbaar is. “Patiënten zouden een 360°-perspectief op de kwaliteit van zorg moeten kunnen krijgen. Dus naast de ervaringen van andere patiënten, ook hardere maten, zoals het aantal operaties dat een arts heeft uitgevoerd of het risico op een heroperatie bij dit ziekenhuis.” Ook voor de IGZ en zorgverzekeraars zijn de beoordelingen van patiënten niet voldoende om zich alleen daarop te baseren.

Wat als in 2020 de patiënt de kwaliteit van zorg beoordeelt?

Bevorderende factoren

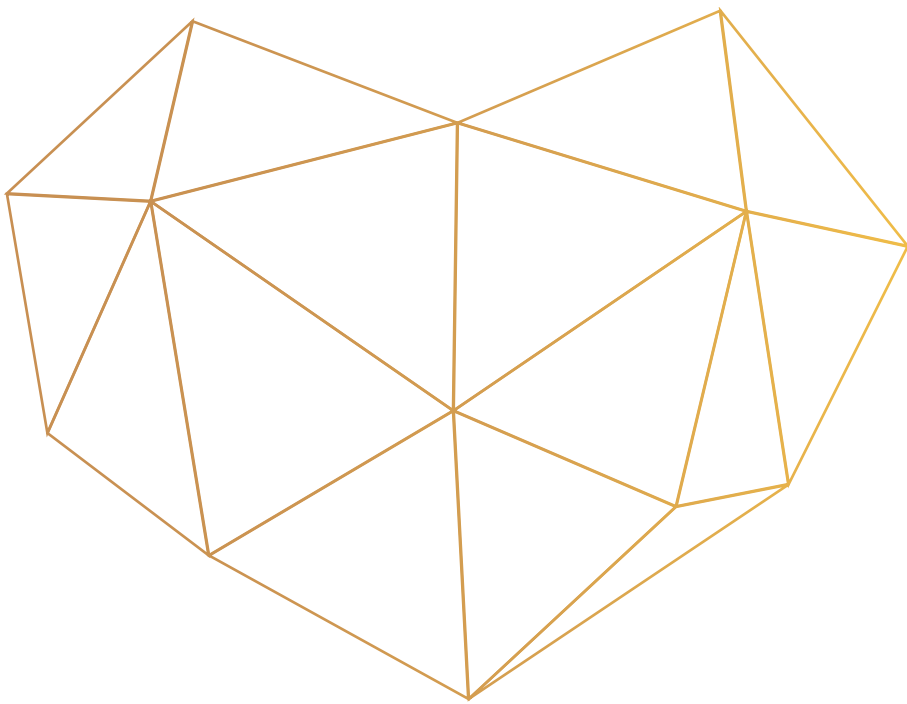
- Transparantie over kwaliteit van zorg is een speerpunt van de overheid.
- Traditionele kwaliteitsinformatie is slecht beschikbaar voor patiënten.
- Mensen gebruiken graag online beoordelingen om hun keuze op te baseren.
- Steeds meer zorginstellingen gebruiken online beoordelingen om de patiënttevredenheid te bepalen.
- Beoordelingen van patiënten blijken overeen te komen met de daadwerkelijke kwaliteit van zorg.

Belemmerende factoren

- Weinig patiënten maken actief een keuze voor een zorgverlener.
- De beoordelingen zijn anoniem; het is ongecontroleerde informatie en door het (nog) lage gebruik, is de informatie niet betrouwbaar.
- Naast de subjectieve beoordelingen, blijft objectieve kwaliteitsinformatie nodig om de kwaliteit van zorg te beoordelen.

Impact

- De zorg wordt meer patiëntgericht.
- Patiënten hebben meer invloed op de beoordeling van de kwaliteit van zorg.



Wat als
in 2020
iedereen
gezondheids-
waarden
meet en zelf
diagnoses
stelt?

3

Twee jaar geleden begon Gerard, 41 jaar, zich moe en ziek te voelen. Daarom heeft hij toen zijn jaarlijkse health-check met twee maanden vervroegd. Deze check is erg efficiënt. Met een paar druppels bloed voert het laboratorium zo'n twintig verschillende testen uit. Gerard bleek diabetes type 2 te hebben. Hij moest vervolgens steeds prikken om zijn bloedsuikerwaarden te meten, wat hij best vervelend vond. Gelukkig heeft hij daar nu een sensorpleister voor die continu zijn glucose meet. Die waarden worden direct naar zijn online dossier geüpload.

Zijn slechte beweegpatroon was één van de redenen dat Gerard diabetes heeft ontwikkeld. Door de slimme shirts die hij draagt, wordt onder andere zijn activiteit en hartslag gemonitord. De bijbehorende app geeft hem een seintje als het weer tijd is voor een blokje om. Met een voedselscanner brengt hij zijn eetgedrag in kaart. Hij scant zijn voeding en krijgt dan direct feedback over het aantal calorieën en de voedingsstoffen. Na het scannen geeft hij op zijn smartphone aan welke producten hij gegeten heeft. De gegevens die het slimme shirt en de voedselscanner verzamelen, worden automatisch toegevoegd aan zijn online dossier. Zo heeft hij steeds meer inzicht in het effect van zijn eet- en beweeggedrag op zijn bloedsuikerspiegel en zijn gezondheid. Dit heeft geleid tot een dagindeling waar Gerard zich goed bij voelt en waarbij hij zijn diabetes goed onder controle heeft. Doordat de zorgverlener op afstand kan meekijken, hoeft Gerard nauwelijks nog op consult te komen.

3

Dan...

Als iedereen in 2020 zijn eigen gezondheidswaarden meet en zelf diagnoses stelt, dan krijgen patiënten meer inzicht in hun eigen gezondheid. Ook krijgt de zorgverlener meer mogelijkheden om de gezondheid van de patiënten te monitoren.

Mensen krijgen meer inzicht in de invloed van hun leefstijl op hun eigen gezondheid. Zo kunnen zij betere keuzes maken over hun leefwijze. Ook kunnen ze nog voordat er symptomen zijn, al afwijkingen in hun meetwaarden opmerken en zo aandoeningen eerder opsporen of zelfs voorkomen. In sommige gevallen is het mogelijk om op basis van de beschikbare informatie zelf een diagnose te stellen. Patiënten worden beter geïnformeerde gesprekspartners voor hun zorgverleners, waardoor consulten effectiever zijn.

“ Nu bestaat de patiënt 24 uur per dag in plaats van vijf uur per jaar.”

— Bart Brandenburg, arts en eHealth-specialist bij Medicinfo

Zorgverleners kunnen chronisch zieken beter monitoren, omdat ze een meer continu beeld krijgen van de gezondheid van de patiënt. Als de gegevens die patiënten meten en opslaan in hun PGD worden gekoppeld aan het medisch dossier van hun zorgverleners, kunnen deze meekijken en wanneer het nodig is de patiënt uitnodigen voor een e-consult of fysiek consult.

De basisfuncties van een huisarts veranderen niet. Kort gezegd, een huisarts luistert, kijkt, meet en interpreteert metingen, stelt of bevestigt diagnoses en geeft behandelopties aan. “Immers, een mens is en blijft meer dan een verzameling meetgegevens”, stelt huisarts Geert-Jan van Holten uit Oss. Er komt voor de huisarts wel een analyserende en coachende taak bij, namelijk het monitoren van de meetgegevens en zelfdiagnoses die hij van patiënten ontvangt. Ook moeten artsen patiënten coachen in het selecteren en het gebruiken van meetapparaten en in het analyseren en beoordelen van de meetgegevens zodat patiënten weten bij welke afwijkingen zij een e-consult of fysiek consult moeten regelen.

Het aantal consulten waarbij een patiënt daadwerkelijk in een praktijk verschijnt zal dalen. Daarentegen neemt het inzicht van de arts in de situatie van de patiënt toe door de informatie die de patiënt thuis verzamelt. In 2014 kwam iemand met een chronische aandoening gemiddeld twee tot vijf uur per jaar bij een zorgverlener, die op basis van een paar minuten consult een indruk vormt van die patiënt. “Hij wist dus niet hoe het met de patiënt gaat in de resterende 8.766 uren van het jaar”, zegt Bart Brandenburg, arts en eHealth-specialist bij Medicinfo. “Nu bestaat de patiënt 24 uur per dag in plaats van vijf uur per jaar.”



Er bestaan al meer dan 700 apparaten waarmee de eigen gezondheid gemeten kan worden.⁽²⁷⁾ Meer informatie staat op <http://sharing.nictiz.nl/meetjegezondheid>

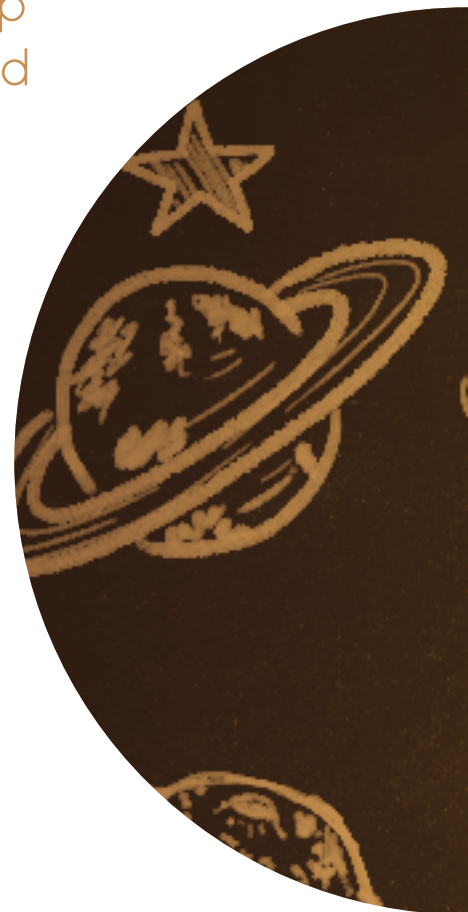
Zelfmetingen anno 2015

Met zelfmeetapparaten kunnen mensen gegevens over hun eigen gezondheid verzamelen, zoals bloeddruk, hartslag, hersenactiviteit of bloedsuikerwaarde. Zelfmeetapparaten kunnen in mobiele apparaten (carriables) of in kleding of accessoires (wearables, smart clothes) zitten, in een huis zijn aangebracht (domotica) of zich zelfs in het lichaam bevinden (insideables, implantables). Slimme kleding is volgens Gartner de belangrijkste trend voor 2015 (25). Bij veel zelfmeetapparaten zijn de gemeten waarden via een app op een smartphone of tablet te beheren. Het aantal commercieel beschikbare zelfmeetapps is de laatste jaren explosief toegenomen (26).

Medische meetinstrumenten waren voorheen voorbehouden aan zorgverleners. Door de technologische ontwikkelingen zijn dit soort meetapparaten steeds meer beschikbaar voor consumenten (27). Deze ontwikkeling is al jaren gaande: zwangerschapstesten, thermometers en weegschalen zijn immers ook zelfmeetapparaten. Diabetici zijn al bekend met bloedglucosemeters en hartpatiënten krijgen van hun huisarts een holter¹⁰ of bloeddrukmeter mee. Brandenburg stelt dat van de vijf miljoen chronisch zieken in Nederland al drie à vier miljoen mensen aan zelfmetingen doen, al houden ze die gegevens nog grotendeels op papier bij: “Het merendeel van de chronisch zieken doet al aan zelfmetingen, maar die hangen een briefje aan de koelkast met hun gewicht.” Wel nieuw is dat patiënten zelfmetingen nu digitaal verzamelen, delen met zorgverleners en dat ook gezonde mensen zelfmetingen doen.

¹⁰ Een holter legt het hartritme voor een langere periode (24 uur) vast om onregelmatigheden op te sporen.

<https://www.hartstichting.nl/medisch-onderzoek/holteronderzoek>





Zelfmeetapparaten kunnen tijdens alle zorgfasen - preventie, diagnose, behandeling, en herstel of nazorg - worden ingezet. Om ter preventie je gezondheid of leefstijl in de gaten te houden, bestaan stappentellers, slaapmonitors, slimme weegschalen of apps om het eetpatroon bij te houden. Dergelijke apparaten helpen bij het bevorderen of behouden van een gezonde leefstijl en gedragsverandering stimuleren. Ze verschaffen volgens huisarts Bart Timmers uit 's Heerenberg, zelf fervent gebruiker en voorschrijver van zelfmeetapparaten en -apps, in elk geval een toenemend zelfinzicht. "Dit stimuleert mij om bewuster om te gaan met mijn leefstijl." Directe feedback stimuleert gedragsverandering. Mensen passen hun gedrag aan op basis van het inzicht dat ze krijgen dankzij zelfmeetapparaten (28).

Sommige zelfmeetapparaten geven informatie om een diagnose te stellen. Wie regelmatig zijn eigen gezondheidswaarden meet, kan afwijkende patronen ontdekken nog voordat er symptomen zijn. Door het gebruik van een slaapmonitor als Sense¹¹ of Beddit¹² kan bijvoorbeeld slaapapneu worden opgemerkt. Zorgverleners kunnen makkelijker diagnoses stellen, met de door de gebruiker zelfgemeten waarden. Daarnaast worden zelfmeetapparaten ontwikkeld waarmee consumenten zelf zien wat er aan de hand is. Zo is in 2015 de Scanadu Scout¹³ op de markt gekomen. Deze stelt een gebruiker in staat om zelf een diagnose te stellen op basis van afwijkende waarden voor hartslag, temperatuur, bloedzuurstofgehalte, ademhaling, bloeddruk, of emotionele stress. Misschien is het over een poos ook mogelijk thuis ingewikkelde bloedanalyses uitvoeren. De eerste stap heeft Theranos¹⁴ gezet. Het bedrijf biedt de mogelijkheid om met een paar druppels bloed meerdere waarden meten, voor een fractie van de prijs van bestaande laboratoria (enkele dollars). Dezelfde dag nog krijgt de consument de uitslag. Thuis testen kan nog niet, maar met de supermarkt als een belangrijke locatie waar de consument zich kan laten testen, komen ze in ieder geval een stuk dichtbij huis. Door deze ontwikkelingen in de mogelijkheden voor zelfdiagnostiek wordt ook wel gesproken over een nieuwe revolutie: mobiele diagnostiek (29).

Zelfmeetapparaten helpen mensen die onder behandeling zijn om hun ziekte te monitoren en onder controle te houden. Zo heeft huisarts Niels Rossen uit Venray een COPD-patiënt die zelf zijn zuurstofsaturatiewaarden meet. Ook bloeddrukmetingen laat hij patiënten, die daartoe in staat zijn, zelf uitvoeren. Een andere vorm van het gebruik van zelfmetingen bij de behandeling van chronische aan-

¹¹ <https://hello.is/>

¹² <http://www.beddit.com/>

¹³ <https://www.scanadu.com/>

¹⁴ <http://www.theranos.com/>

In 2014 zijn 30 Nederlandstalige medicatie-apps geïdentificeerd die het bijhouden van medicatiegebruik ondersteunen. Het aantal downloads van deze apps loopt uiteen van 50 tot meer dan 50.000. ⁽⁶⁷⁾

doeningen is telemonitoring. Daarbij houden zorgverleners op basis van de door de patiënt zelfgemeten waarden op afstand de gezondheid van de patiënt in de gaten. Als uit de metingen blijkt dat de gezondheid van de patiënt achteruit gaat, krijgt de zorgverlener automatisch een seintje.

Uit de eHealth-monitor 2014 blijkt dat negen procent van de zorggebruikers geregeld zelf gezondheidswaarden meet en bijhoudt via internet of in een app. Dit lijkt weinig, maar aangezien de kritische massa voor de adoptie van nieuwe technologieën op zeventien procent ligt (30), valt dat mee.



Bevorderende factoren

Een belangrijke prikkel voor de doorontwikkeling van deze trend is de roep van patiënten om meer zelfregie of zelfmanagement. Zij willen graag meer betrokken zijn bij hun zorgproces en hierin een grotere rol vervullen (31–33). De overheid stuurt al enige jaren aan op participatie en zelfregie en verwacht dan ook meer zelfmanagement van patiënten (34,35). Bovendien vindt er een verschuiving plaats van het denken in termen van ziekte naar het denken in termen van gezondheid. Er is meer aandacht voor preventie. Inzicht in gezondheidsgedrag kan mensen aansporen meer te gaan bewegen, meer of beter te slapen en gezonder te eten (36,37).

Het zelf kunnen meten van gezondheidswaarden is een belangrijk thema in het beleid van minister Schippers en staatssecretaris Van Rijn van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Een van hun doelstellingen is dat over vijf jaar driekwart van de chronisch zieken (diabetes, COPD) en kwetsbare ouderen, die dat willen en daartoe in staat zijn, zelfstandig metingen uitvoeren, eventueel in combinatie met gegevensmonitoring op afstand door de zorgverlener (9). De bewindspersonen verwachten dat dit het voor patiënten makkelijker en aantrekkelijker maakt om trouw te zijn aan hun therapie, doordat zij zo de voortgang van hun ziektebeeld kunnen volgen en inzicht krijgen in het effect van gedrag op hun ziekte.

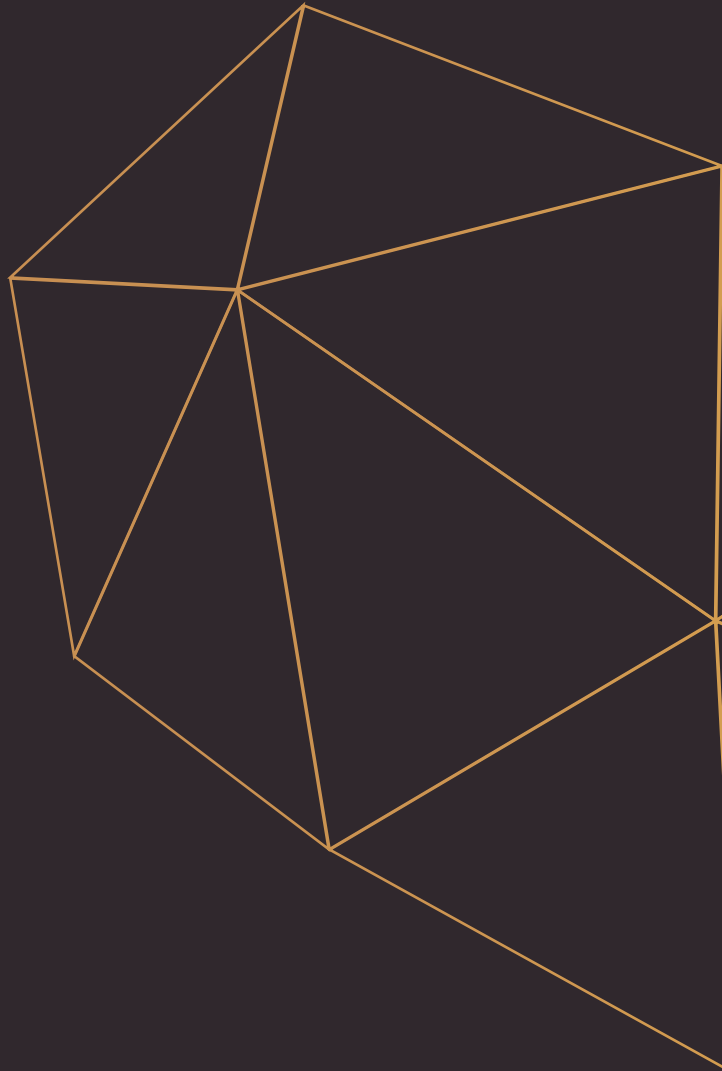
De zorgverlener heeft ook baat bij een patiënt die zelf zijn gezondheidswaarden meet. Dit geeft hem namelijk een vollediger en meer continue beeld van zijn patiënt. Het stelt hem ook in staat om gerichtere adviezen te geven. Hij kan de patiënt leren zijn data te interpreteren, waardoor de patiënt beter met zijn ziekte of aandoening kan omgaan. Huisarts Rossen: “Thuismetingen vind ik bij veel patiënten betrouwbaarder dan een eenmalige meting bij mij in de praktijk. Mijn rol is om mensen te begeleiden om zo veel mogelijk zelf te doen. Ik sta positief tegenover mensen die zelf willen meten.” Telemonitoring stelt een zorgverlener in staat om, op basis van de zelfmetingen van de (chronische) patiënt, op afstand in de gaten houden hoe het met de patiënt gaat. Dat geeft de patiënt en zijn omgeving een veilig gevoel. Bovendien kost het de patiënt en de zorgverlener minder tijd, doordat de patiënt minder vaak op controle hoeft te komen (38,39). Uit onderzoek blijkt dat het aantal ziekenhuisopnames van hartfalenpatiënten met ruim de helft kan dalen als deze patiënten worden ondersteund met telemonitoring en zelfmeetapparaten (40).

De zichtbaarheid van initiatieven als de Health-app van Apple en het groeiende aanbod aan verschillende zelfmeetapparaten maakt mensen meer bewust van de mogelijkheden. Berichtgeving in de media over zelfmetingen stimuleert de bewustwording van de mogelijkheden en draagt verder bij aan de bereidheid om met zelfmetingen te beginnen. Patiëntenverenigingen bevelen hun doelgroep bepaalde zelfmeetapparaten of apps aan of laten ze zelf ontwikkelen. Zo maakte de diabetesvereniging een lijst van diabetesapps¹⁵ en ontwikkelde het Epilepsiefonds de app Eppy, waarmee patiënten hun aanvallen kunnen bijhouden¹⁶.

¹⁵ <http://www.dvn.nl/diabetes/apps>

¹⁶ <http://www.epilepsiefonds.nl/eppy>

“





Mijn rol is om mensen
te begeleiden om zo
veel mogelijk zelf te doen.”

— Huisarts Niels Rossen

Tweederde van alle zorggebruikers geeft aan dat zij in 2014 minimaal éénmaal gebruik hebben gemaakt van internet voor het opzoeken van informatie over een ziekte of behandeling.⁽²⁾



Belemmerende factoren

Met de hiervoor genoemde katalysatoren lijkt niets de adoptie van zelfmetingen in de weg te staan. Toch valt het aantal patiënten en het aantal collega-artsen dat zelfmeetapparaten gebruikt huisarts Timmers tegen. Patiënten en artsen denken volgens hem nog te veel in tradities. Patiënten reageren in eerste instantie met “dat is zo’n gedoe”, maar als hij het nut ervan uitlegt zijn mensen vaak enthousiast. Volgens huisarts Van Holten zijn veel artsen bang dat zij hun monopolie op gezondheidskennis kwijtraken. Zij vragen zich af: “Wie is nou de dokter?” Dit merkte hij eerder toen patiënten met gezondheidsinformatie van internet in de praktijk kwamen en ziet hij nu gebeuren met de zelfmetingen. Zelf heeft Van Holten die angst niet. Hij coacht juist een aantal patiënten die periodiek data opsturen in het interpreteren van die data.

Andere redenen voor terughoudendheid onder zorgverleners is de vrees voor onnodig angstige patiënten en de twijfel over de betrouwbaarheid van de metingen. Uit onderzoek van Rick Bolten blijkt dat veel zorgverleners vrezen dat patiënten die zelf gezondheidswaarden gaan meten, (onnodig) angstig worden bij kleine afwijkingen (27). Dat zou leiden tot onnodige consulten of telefoontjes, wat de zorg alleen maar duurder maakt. Bovendien vragen veel huisartsen in het onderzoek van Bolten zich af of de gemeten gegevens wel betrouwbaar zijn. Enerzijds omdat ze niet weten met wat voor apparaten de patiënt die gegevens meet, en anderzijds omdat ze niet altijd vertrouwen op de vaardigheden van de patiënt.

Ook de onoverzichtelijkheid in het aanbod van zelfmeetapparaten is een belemmering in de adoptie ervan. De markt wordt overspoeld door het grote aantal zelfmeetapparaten en -apps en het einde is nog niet in zicht. Iedere patiënt kan voor eenzelfde soort meting zijn eigen apparaat kiezen. Bovendien zijn er voor patiënten en zorgverleners weinig handvatten om hun keuze op te baseren. Sommige artsen geven aan behoefte te hebben aan een keurmerk voor zelfmeetapparaten (27).

Een bijkomend probleem is het gebrek aan standaardisatie en interoperabiliteit: de data kunnen niet worden uitgewisseld tussen verschillende systemen. Zo kunnen de gegevens die via zelfmeetapparaten worden verzameld nog niet of nauwe-

lijks worden geüpload naar de systemen van zorgverleners. Dit stelt hen voor een opgave: dergelijke data handmatig overnemen in het medisch dossier of apart bewaren in digitale of papieren mappen.

Pionierende patiënten lopen aan tegen de beperkte uitwisselingsmogelijkheden. Wie meerdere zelfmetingen verricht met verschillende zelfmeetapparaten, kan de data hiervan nog maar zelden bij elkaar voegen in één handig overzicht. Timmers pleit daarom voor een interactief, bruikbaar dashboard waar mensen hun diverse metingen kunnen bijhouden, zoals een persoonlijk gezondheidsdossier (PGD). Overigens zijn er wel initiatieven in opkomst als Microsoft HealthVault¹⁷ en de Health-app van Apple¹⁸ waarmee metingen van verschillende apparaten in één digitaal platform bijeen gebracht worden.

Tot slot vormen zorgen om de privacybescherming een belemmering. Kunnen zorgverzekeraars de gemeten data inzien? Of commerciële partijen? Rossen: “Niet alleen de opslag en toegang van data is een privacy-risico, maar vooral ook de informatie die uit een database te halen valt. Wie mag er bigdata-analyses op dergelijke databases doen? Mensen sturen nu waarheidsgetrouwe waarden door omdat ze mij vertrouwen, maar wat gaan ze doen als het uitvoeren van zelfmetingen door verzekeraars gestimuleerd wordt?”

¹⁷ <https://www.healthvault.com/nl/nl>

¹⁸ <https://www.apple.com/nl/ios/whats-new/health/>

Wat als in 2020 iedereen gezondheidswaarden meet en zelf diagnoses stelt?

Bevorderende factoren

Minister Schippers stuurt aan op de inzet van zelfmetingen in haar doelstellingen.

Patiënten en burgers willen en moeten zelf meer regie nemen over hun gezondheid.

Zorgverleners kunnen gerichter adviezen geven, omdat ze een vollediger en meer continu beeld van de patiënt hebben.

Op afstand monitoren is handig. Het kan tijd besparen en zelfs ziekenhuisopnames voorkomen.

Patiënten krijgen meer inzicht in hun gezondheid.

Belemmerende factoren

Zorgverleners vrezen voor onnodig angstige patiënten en dus extra werk.

Zorgverleners kunnen de betrouwbaarheid van de zelfmeetapparaten moeilijk inschatten en twijfelen aan de zelfmeetvaardigheden van patiënten.

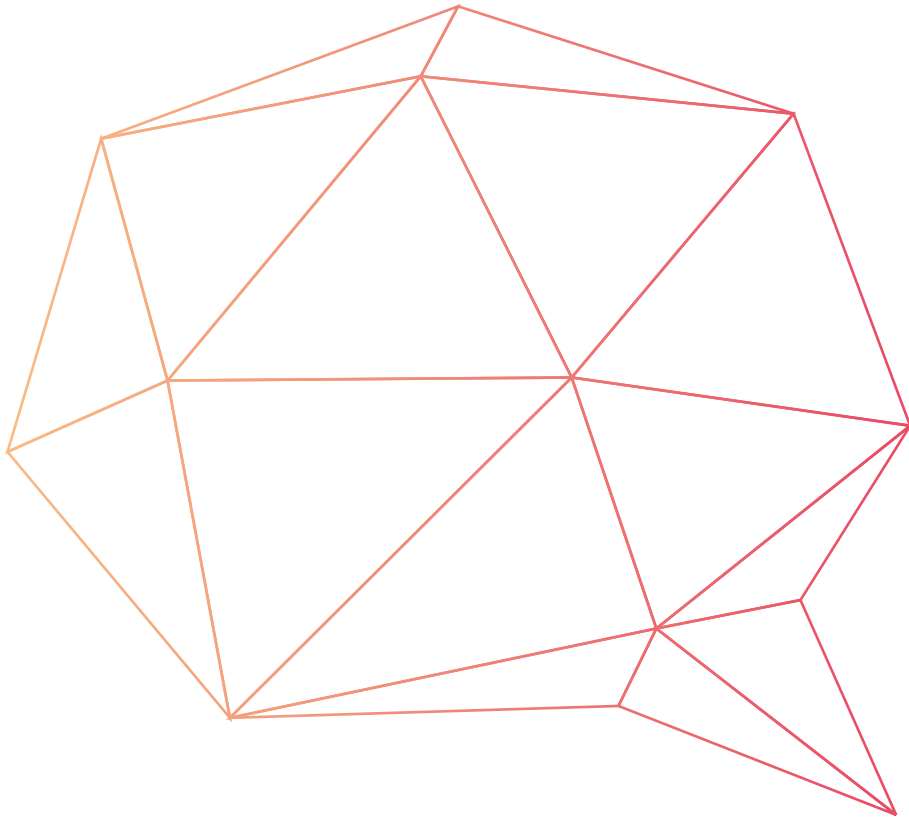
Het aanbod van zelfmeetapparaten is zo groot dat het voor zowel zorgverleners als patiënten moeilijk kiezen is.

Data uit zelfmeetapparaten kan meestal niet worden uitgewisseld met het informatiesysteem van de zorgverlener.

Er bestaan zorgen over de privacy; van wie zijn de zelfmeetdata en wie kan daar bij?

Impact

De zorgverlener kan de behandeling beter afstemmen op de patiënt en hem beter monitoren.



Wat als in 2020
mensen met
licht psychische
klachten online
zelftests doen en
behandelingen
volgen?

4

De 26-jarige Marieke voelt zich al een paar weken een beetje down. Ze vult op advies van haar vriendin de online vragenlijst van Google Psych in en blijkt symptomen te vertonen van een beginnende depressie. Nog niet ernstig, maar daarom is het juist goed om nu al een behandeling te starten. Hoewel face-to-face-behandelingen via haar werkgever nog steeds in haar premium verzekering zitten, kiest ze toch voor het op maat gemaakte online coaching programma. Ze vindt de combinatie van de virtuele coach en haar online supportgroep heel goed werken. Hierdoor hoeft ze niet steeds weg van haar werk en zo hoeft ze daar ook niemand in te lichten over haar klachten en de behandeling die ze volgt. Bovendien is het programma precies op haar afgestemd, op basis van de inzichten uit data van 34 miljoen gebruikers wereldwijd.

Nadat Marieke haar online behandeling heeft afgerond, houdt ze via de app nog dagelijks haar stemming bij. De app waarschuwt haar zodra ze weer klachten lijkt te krijgen. Ook blijft ze contact houden met haar online supportgroep. Haar klachten probeert ze onder controle te houden door te mediteren. Dat doet ze met een hoofdband die haar feedback geeft over hoe goed ze zich kan ontspannen. Als ze langere tijd niet goed kan ontspannen, weet ze dat ze extra oefeningen moet doen.



Dan...

Als in 2020 alle zorggebruikers met licht psychische klachten online een zelftest doen en daarna online een behandeling volgen, dan komen minder patiënten in de specialistische geestelijke gezondheidszorg (GGZ) terecht.

Met behulp van online zelftests en screening kunnen patiënten of zorgverleners licht psychische klachten eerder opmerken. Mensen kunnen vervolgens in een online behandeling meteen aan deze klachten werken. Het aanpakken van licht psychische klachten in een vroeg stadium voorkomt zwaardere klachten. Dit leidt er toe dat de specialistische GGZ minder belast wordt.

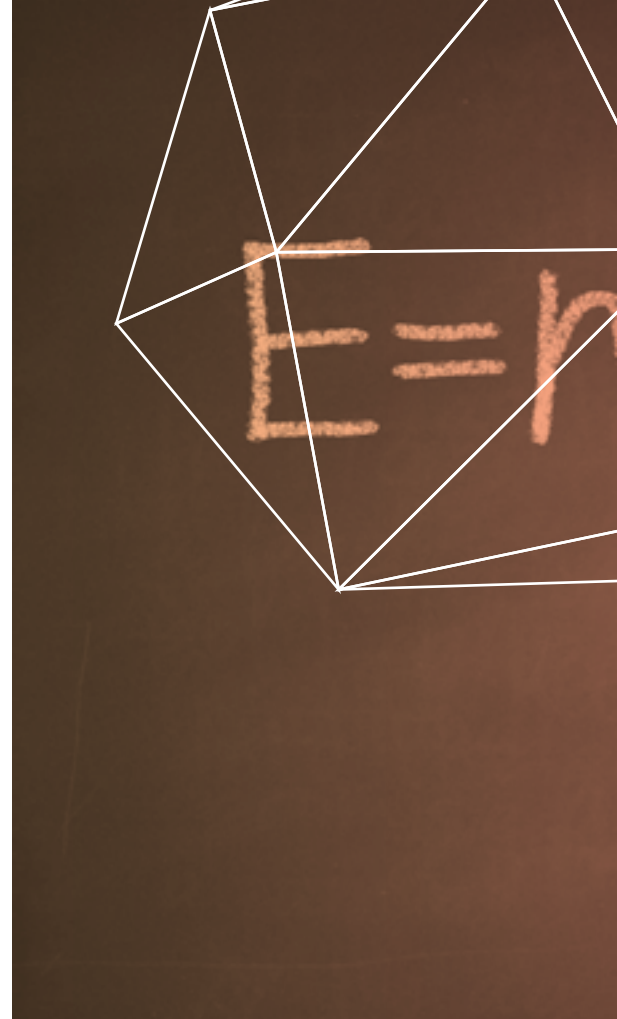
Online behandelingen zijn toegankelijker, mensen hoeven niet meteen naar een specialistische GGZ-instelling. Bovendien zijn de kosten voor de patiënt lager bij online behandeling in de huisartsenzorg, waar een groot deel van de mensen met psychische klachten eerst terecht komt. Deze factoren dragen er aan bij dat mensen eerder hulp zoeken.

Overigens zorgt deze ontwikkeling niet per se voor een toename van online behandelingen waarbij de huisarts een actieve rol speelt. Enerzijds vult de Praktijk Ondersteuner Huisartsen Geestelijke Gezondheidszorg (POH-GGZ) deze rol in. Anderzijds nemen private aanbieders of grotere GGZ-instellingen deze taak op zich. Deze partijen ontwikkelen een aanbod van online programma's en apps voor de meest voorkomende geestelijke stoornissen. Zij komen met diensten die een huisarts niet altijd kan bieden: snel, anoniem, goed toegankelijk en 24/7 bereikbaar. Door hun schaalgrootte en directe klantcontacten zijn zij voor grote groepen zorgconsumenten aantrekkelijker dan de huisarts, de praktijkondersteuner of de psycholoog. Zorggebruikers moeten daarentegen wel zelf voor deze diensten betalen.

Online psychische hulp anno 2015

Per jaar kampt een vijfde van de Nederlandse bevolking met een psychische stoornis. Ruim veertig procent van de Nederlanders krijgt ooit in zijn leven met een psychische stoornis (41). Ruim 750.000 mensen doen ieder jaar een beroep op de GGZ (42).

De eerstelijnszorgverleners (huisartsen en eerstelijnspsychologen) moeten sinds de invoering van de generalistische basis GGZ in 2014 patiënten met psychische klachten sneller, beter en goedkoper behandelen om 'doorstroming' naar de specialistische GGZ te voorkomen. Door de invoering van de basis GGZ krijgen mensen met alleen psychische problemen (stress of relatieproblemen) geen verwijzing meer naar de specialistische GGZ. Alleen mensen met psychiatrische klachten komen daar nog voor in aanmerking. Het aantal patiënten dat de huisarts consulteerde voor psychische problemen is met 15 procent toegenomen





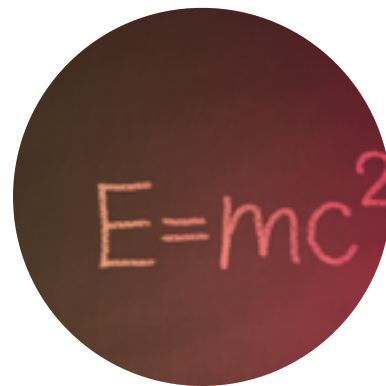
In 2014 geeft één op de twaalf zorgconsumenten aan dat zij via internet een online behandelvorm of zelftest hebben gebruikt. ⁽²⁾

sinds 2013 (43). Er wordt ingezet op een verschuiving naar de basis GGZ vanuit kostenroep, maar ook vanwege een maatschappelijk doel om mensen minder te medicaliseren en meer in de wijk op te vangen, te behandelen en begeleiden. Er is extra financiering om dit onder andere middels de inzet van eHealth door de POH-GGZ voor elkaar te krijgen (44).

Er bestaan inmiddels tientallen online zelfhulpprogramma's zoals Gripopjedip.nl en Kleurjeleven.nl om depressieve klachten aan te pakken. Die zijn vooral ontwikkeld door GGZ-instellingen, maar worden ook steeds vaker via de eerstelijnszorg aangeboden. Er zijn digitale screeningsinstrumenten beschikbaar zoals TelePsy die helpen bij het in kaart brengen van klachten en een advies geven over welke zorg passend is. Grote GGZ-instellingen bieden via online portalen allerlei programma's voor de behandeling van angststoornissen, verslavingen, eetstoornissen en andere aandoeningen. Ook zorgverzekeraars en private partijen investeren in de ontwikkeling van online aanbod voor het omgaan met rouwverwerking, burn-out, gameverslaving en slaapproblemen.

Naast het gebruik van de al langer bestaande online programma's en screeningsinstrumenten, zien deskundigen steeds meer heil in het monitoren van de psyche op afstand. Dit kan de cliënt zelf doen door het invullen van digitale vragenlijstjes op verschillende tijdstippen door de dag heen. De app Psymate¹⁹ is hiervan een voorbeeld. Dit soort apps, die inmiddels ook wetenschappelijk zijn onderzocht, dragen bij aan het vergroten van het inzicht over hoe een cliënt in het echte leven functioneert. Bovendien geeft het inzicht in welke omstandigheden, gevoelens en gedrag aanleiding gaven tot het ontstaan van een verslechtering of verbetering van klachten. Er zijn ook apps in ontwikkeling die het gedrag monitoren zonder dat de cliënt zelf voortdurend zelf vragen invult. Deze apps leiden via sensoren gedragspatronen af die kunnen wijzen op bijvoorbeeld een terugval in depressieve symptomen.

Voor de combinatie van online screeningstools, behandelprogramma's en persoonlijke stemmingsapps komt steeds vaker voor als alternatief voor traditionele face-to-face-therapie. Hoewel het gebruik beperkt is in verhouding met de grote groep Nederlanders die last hebben van (lichte) psychische klachten, biedt deze vorm van geestelijke gezondheidszorg veel potentieel.



¹⁹ <http://www.psymate.eu/>

Bevorderende factoren

“Psychische stoornissen komen in één of andere vorm jaarlijks voor bij twintig procent van de Nederlandse populatie. Dat kun je dus onmogelijk met een-op-eenzorg oplossen, ook niet als je een leger aan nieuwe praktijkondersteuners bij de huisartsen neerzet. Er is inmiddels voldoende wetenschappelijk bewijs dat eHealth werkt bij psychische stoornissen.” Dat zegt Jim van Os, hoogleraar psychiatrie aan de Universiteit van Maastricht (45).

“Er is inmiddels voldoende wetenschappelijk bewijs dat eHealth werkt bij psychische stoornissen”

— Prof. Jim van Os, hoogleraar psychiatrie aan de Universiteit van Maastricht

Volgens Van Os moeten we eHealth wel inzetten als we psychische problemen effectief willen blijven behandelen in tijden van bezuinigingen. De huisarts en de POH'ers hebben simpelweg geen tijd om iedereen in fysieke consulten te behandelen. Ook de zorgverzekeraars zijn er op gebrand om via eHealth-interventies psychische klachten te behandelen in de eerstelijnszorg, om zo mensen weg te houden uit de specialistische GGZ. Sinds 2014 eisen de zorgverzekeraars bij de inkooponderhandelingen aantoonbare inzet van eHealth door huisartsen. Op het gebied van 'e-mentalhealth' zijn inmiddels voor de veelvoorkomende aandoeningen (depressie, angststoornissen en alcoholproblematiek) meerdere bewezen effectieve behandelingen beschikbaar om in te zetten door de POH-GGZ (46). In de praktijk blijkt dat de huisarts vrijwel geen rol heeft in het begeleiden van eHealth-programma's.

Voor veel patiënten is het aantrekkelijk om via eHealth-programma's psychologische hulp te ontvangen. Veel patiënten vinden een online behandeling prettiger, omdat ze er de deur niet voor uit hoeven en het kan ook nog eens anoniem.

Nu behandeling vaak in de eerstelijnszorg plaatsvindt, is screening en behandeling gedekt in de basis zorgverzekering. Bovendien gaan cliënten dan niet meer gebukt onder het stigma van een behandeling in een GGZ-instelling. Maar ook als ondersteuning voor reguliere (niet-anonieme) behandelingen, zogeheten blended care, bieden online behandelingen veel voordelen.

Zorgverzekeraars bieden de financiering van eHealth-behandelingen inmiddels aan in de reguliere inkoopcontracten. Vooroplopende zorggroepen beginnen ervaring op te doen met de gestructureerde inzet van eHealth voor lichte psychische klachten. Ook hier wordt duidelijk dat preventieve inzet van online behandelingen bijdraagt aan het voorkomen van zwaardere klachten. Praktijkondersteuners die nu ervaring opdoen met deze online trajecten behalen positieve resultaten en zullen deze vorm van behandelen in de toekomst daarom sneller inzetten (44). Een belangrijke prikkel voor de inzet van eHealth is tweeledig: de POH-GGZ heeft het erg druk. eHealth is een manier om meer cliënten te helpen. Anderzijds vormt het eigen risico in de GGZ een drempel voor doorverwijzing. Als een cliënt aangeeft niet in behandeling te willen in de GGZ, kan een POH-GGZ nu een alternatief bieden in de vorm van een uitgebreide module.

Zowel in de basis GGZ als de specialistische GGZ is de druk hoog om behandelingen goedkoper uit te voeren. In de basis GGZ bieden de vaste bedragen voor een behandeltraject een goed uitgangspunt om goedkoper te werken. De besparing komt dan ook bij de zorgaanbieder terecht. In de specialistische GGZ zijn GGZ-instellingen vanuit het verleden koploper in het ontwikkelen en aanbieden van eHealth-modules. Met name wanneer cliënten in behandeling gaan bij grotere GGZ-instellingen, komen zij in aanraking met online behandeltrajecten. De grote GGZ-instellingen hebben geïnvesteerd in de ontwikkeling van eigen eHealth-modules ter ondersteuning van de reguliere behandelingen. Zij bieden die behandelingen via hun eigen netwerk van praktijkondersteuners ook aan bij huisartsen. Dit alles vergroot de kans dat patiënten positief reageren op een online behandeling in de eerstelijnszorg.

Het aantal psychologen dat werkzaam is in de eerstelijnszorg heeft zich van 2008 tot 2012 ontwikkeld van bijna 7400 tot meer dan 9000.⁽⁶³⁾



“ eHealth moet een plek krijgen in de dagelijkse praktijk van de zorgprofessional en daarvoor is toch echt een cultuuromslag nodig”.

— Rens van Oosterhout, manager farmacie en curatieve GGZ bij CZ

Belemmerende factoren

In de nieuwe regeling krijgen de huisartsen een grotere rol, maar volgens deskundigen gaat er in ieder geval nog de nodige tijd overheen, voordat huisartsen de mogelijkheden van online behandelingen voldoende kunnen inschatten. Enerzijds omdat huisartsen en POH'ers vaak zijn opgeleid in de traditie van face-to-face-behandelingen en doorverwijzen naar de GGZ. Ze moeten daarom wennen aan zowel het in eerste instantie zelf screenen en behandelen van patiënten als aan de inzet van eHealth hiervoor. Anderzijds hebben de huisartsen en POH'ers maar beperkt overzicht over de mogelijkheden voor eMental health. Dit is een van de redenen dat ook cliënten vaak niet op de hoogte zijn van het bestaan van eHealth, waardoor het gebruik nog achter blijft (47).

Het blijkt dat eerstelijnszorgverleners eHealth nog maar weinig inzetten voor GGZ-screening of -behandelingen. Zorgverzekeraars hebben via samenwerkingsverbanden met private partijen al fors geïnvesteerd in online screeningtools en behandelingen. Het gaat nog niet zo snel als de zorgverzekeraars zouden willen. “Het moet een plek krijgen in de dagelijkse praktijk van de zorgprofessional”, zegt Rens van Oosterhout (48), manager farmacie en curatieve GGZ bij zorgverzekeraar CZ, “en daarvoor is toch echt een cultuuromslag nodig.”

Zorgverzekeraars willen eHealth graag vergoeden, maar dan moet de zorgaanbieder zelf zorgen voor een sluitende business case met een geïntegreerde aanpak. Dit betekent dat een ziekenhuis of GGZ-instelling deel moet uitmaken van het bekostigingsvoorstel. Het opzetten van dit soort complexe samenwerkingen en zorgtrajecten is voor veel zorggroepen (en zeker solopraktijken) te ingewikkeld en te veel werk. Bovendien vindt eventuele kostenreductie vaak pas op lange termijn plaats, op korte termijn moet er vooral geïnvesteerd worden om eHealth aan te kunnen bieden (47). Daarnaast hanteren zorgverzekeraars verschillende voorwaarden voor de inzet van de POH-GGZ (44). Tot slot geldt ook in de GGZ dat financiering van preventieve eHealth-programma's lastig is, omdat verzekeraars deze taak niet vanzelfsprekend voor hun rekening nemen.

Wat als in 2020 mensen met licht psychische klachten online zelftests doen en behandelingen volgen?

Bevorderende factoren

Belemmerende factoren

Impact

De vraag naar psychische hulp is groot; de inzet van eHealth is nodig om de vraag aan te kunnen.

Huisartsen en praktijkondersteuners hebben een face-to-face traditie wat betreft hun contact met patiënten. Zij moeten leren hoe ze hun rol in eHealth-behandeling moeten invullen.

Voor patiënten is een online behandeling bij de huisarts goedkoper. Ze hoeven er de deur niet voor uit, het kan anoniem en ze gaan niet gebukt onder het stigma van een behandeling bij de specialistische GGZ.

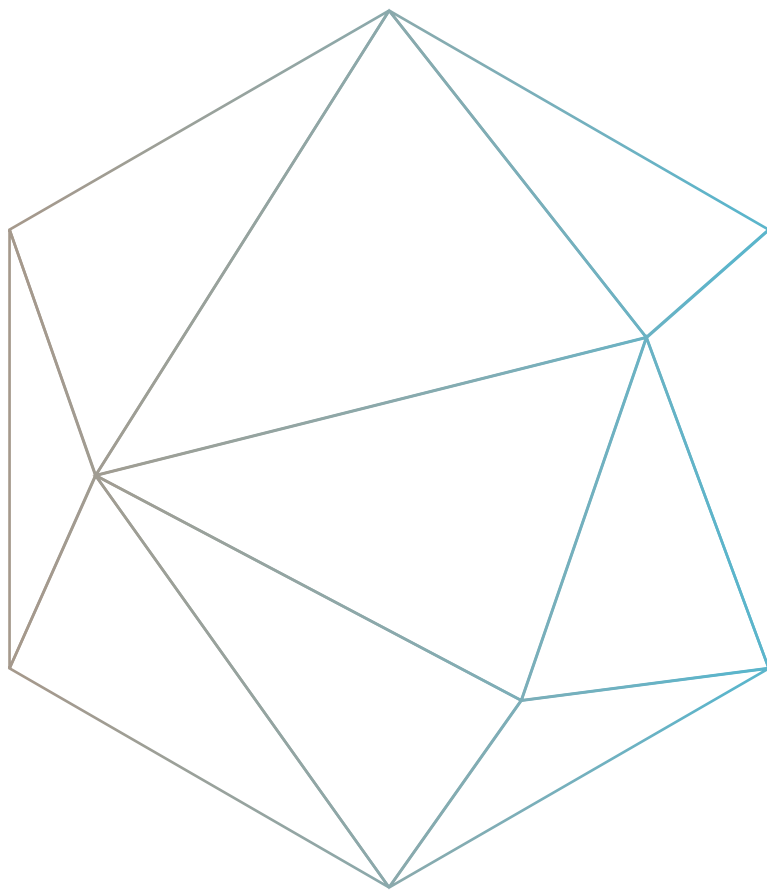
Er bestaat nog veel onbekendheid over de mogelijkheden bij zowel zorgverleners als cliënten. Het gebruik is daarom nog laag.

Zorgverzekeraars vergoeden eHealth-behandeling in de GGZ inmiddels in reguliere inkoopcontracten.

Een eventuele kostenbesparing komt pas op lange termijn. Op korte termijn is het vooral een investering om eHealth aan te bieden.

De drempel voor het zoeken van psychische hulp wordt lager.

Er komen minder patiënten in de specialistische GGZ terecht.



Wat als in 2020
voorspellende
software de
risicopatiënten
in een wijk
identificeert?

5

Mevrouw Van Kampen, 81 jaar, is de laatste tijd wat opstandig. De wijkverpleegkundige merkt dat tijdens haar bezoek aan huis en hoort dat ook terug van de burens. Mevrouw Van Kampen woont nog alleen thuis. Ze heeft last van haar knieën, kampt met overgewicht en ze loopt erg moeilijk.

Het zorgnetwerk rondom mevrouw van Kampen is goed op de hoogte van haar situatie. De wijkverpleegkundige registreert de belangrijkste problemen en alle zorgverleners die bij mevrouw Van Kampen over de vloer komen, leggen gegevens vast in haar dossier. Op basis van deze gegevens verschijnt bij de maatschappelijk werker automatisch een notitie in haar agenda dat ze een afspraak moet maken met mevrouw van Kampen. De afspraak met de maatschappelijk werker stelt de dochter van mevrouw Van Kampen gerust. Zij kan ook in het dossier van haar moeder kijken en vond al langer dat haar moeder erg uit haar doen was.

Een individueel zorgplan zoals dat van mevrouw Van Kampen is er voor alle mensen in de wijk die zorg nodig hebben. Analytische software maakt op basis van de gegevens analyses van de gezondheid van de populatie in de wijk. Zo is in één dashboard te zien welke groepen patiënten extra aandacht nodig hebben en welke gezondheidsproblemen vaak voorkomen. De zorgcentrale kan op basis hiervan de inzet van haar personeel bepalen.

5

Dan...

Als in 2020 voorspellende software de risicopatiënten in een wijk identificeert, is de geleverde zorg afgestemd op de behoeften van de patiënt en is beter te plannen welke inzet nodig is.

Beter geïntegreerde zorgverlening en voorspellende analyses op basis van medische gegevens over risicopatiënten en zorgbehoeften, betekenen dat de zorg voor patiënten met een complexe situatie meer samenhangend en minder episodisch wordt. Voor patiënten levert dit zorg op maat op: de zorg is afgestemd op wat nodig is. Preventie kan hierdoor ook meer aandacht krijgen. De geleverde zorg wordt beter afgestemd op de bestaande risico's binnen de populatie. Wie weinig risico loopt, kan voor een belangrijk deel vertrouwen op zelfmanagement, wie veel risico loopt, krijgt tijdig de begeleiding en aandacht die nodig is. Het totale zorgnetwerk rondom de patiënt, inclusief de patiënt zelf en zijn mantelzorgers, is beter op de hoogte van de actuele situatie van de patiënt en er is optimale samenwerking en afstemming.

In 2014 maakte elf procent van de huisartsen gebruik van een systeem voor gestandaardiseerde elektronische informatie-uitwisseling met verpleeghuizen. 66 procent gebruikt dit niet maar vindt het wel wenselijk. ⁽²⁾



De voorspellende analyses helpen gemeenten en zorginstellingen plannen waar en door wie zorg moet worden geleverd. Zij kunnen hier de benodigde inzet op afstemmen. Dit maakt de zorg zowel efficiënter als goedkoper. Bovendien krijgen patiënten eerder de hulp die ze nodig hebben en worden zij beter geholpen.

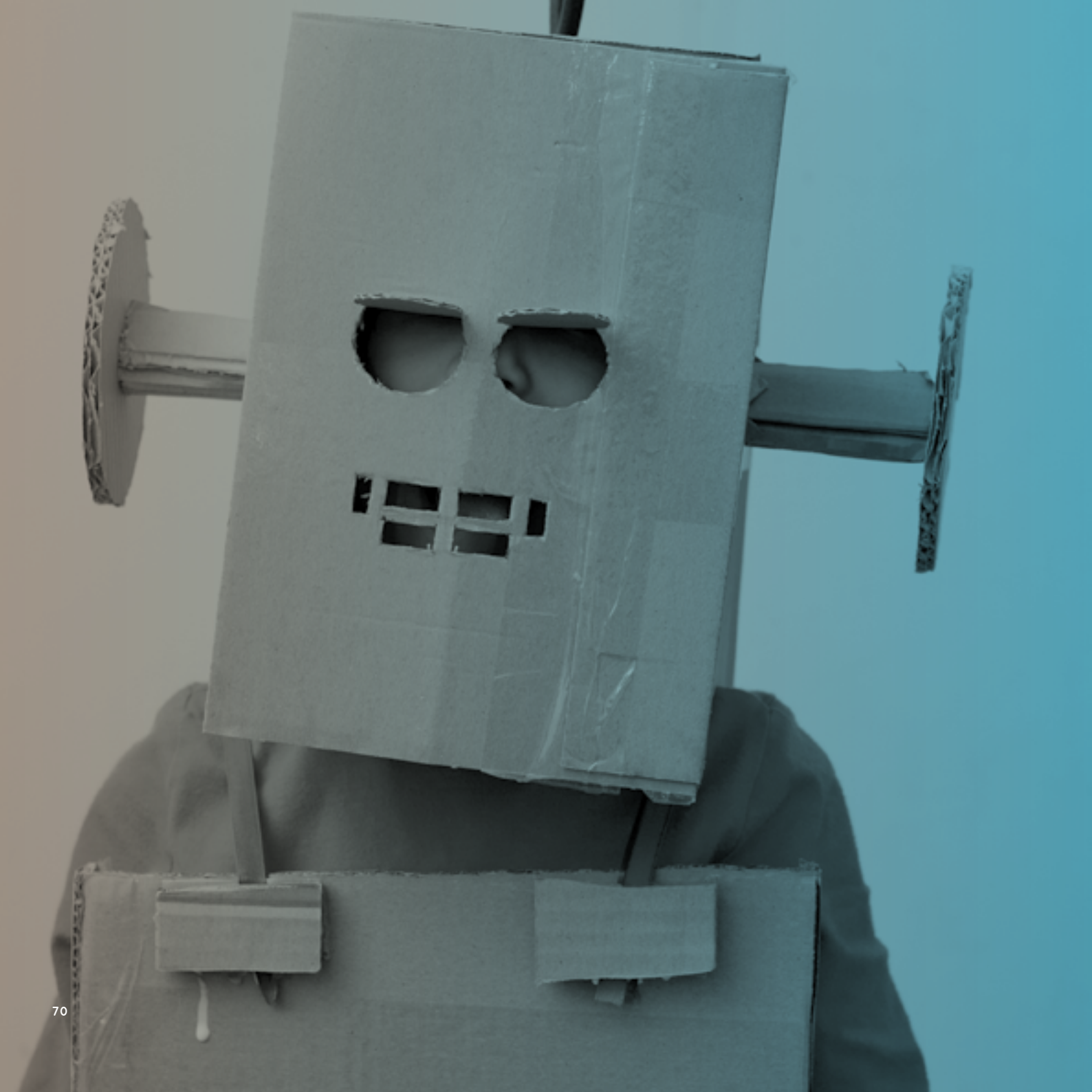
Populatiemanagement in de wijk anno 2015

Het aantal ouderen en chronisch zieken stijgt de komende jaren alleen maar meer. Veel van deze chronisch zieken voelen zich gezond en ervaren weinig beperkingen. Tegelijk is niet iedereen even zelfredzaam. Ouderen zijn kwetsbaar doordat ze meerdere ziekten en lichamelijke beperkingen krijgen, meerdere soorten medicatie gebruiken en zich eenzaam voelen. De huidige inrichting van de zorg is hier niet op ingesteld. Meer geïntegreerde zorg en populatiemanagement is nodig om de toenemende zorgvraag aan te kunnen en iedereen van gepaste zorg te kunnen voorzien.

Veel zorgverleners werken op dit moment hoofdzakelijk of uitsluitend in hun eigen elektronisch patiëntendossier. Het elektronisch uitwisselen van informatie gebeurt wel, maar is nog niet overal vanzelfsprekend. Zo delen huisartsen nauwelijks informatie met care-instellingen (2).

Hier begint verandering in te komen. Zorgverleners in diverse regio's in Nederland experimenteren met speciale software, die er op gericht is om verschillende zorgverleners rond kwetsbare patiënten zoveel mogelijk te laten samenwerken. Huisarts Bart Timmers geeft aan: "Meer samenwerking in de keten, met wijkverpleegkundigen, mantelzorgers, gemeente en dergelijke, is absoluut noodzakelijk. De vraag is: hoe breng je de communicatiestroom op gang? De gemeente stelt een maandelijks overleg voor. Daar hebben wij geen tijd voor, het is te bureaucratisch. Ik heb voorgesteld om dit via een platform te doen, via Skype of via een beveiligde verbinding, dan kun je elkaar wel goed benaderen."

Een voorbeeld van een samenwerkingsplatform is het Elektronisch Gestructureerd Patiënten Overleg, kortweg eGPO. Dit is met succes getest door eerstelijns-



zorgverleners en mantelzorgers in onder andere de regio Haaglanden. Het is een webapplicatie waarin zorgverleners de problemen van een patiënt gestructureerd vastleggen en afstemmen wie welke zaken op zich neemt. Ook de patiënt zelf en de mantelzorgers hebben toegang tot het systeem. Een vergelijkbaar voorbeeld is het Zorg en Welzijns Informatie Portaal (ZWIP), ontwikkeld in Nijmegen. Binnen dit portaal kunnen kwetsbare ouderen, hun mantelzorgers en hulpverleners samen overleggen en doelen vastleggen.

“ Meer samenwerking in de keten, met wijkverpleegkundigen, mantelzorgers, gemeente en dergelijke, is absoluut noodzakelijk. De vraag is: hoe breng je de communicatiestroom op gang?”

— Bart Timmers, huisarts

Een aantal gemeenten in Groningen voeren onder de naam ‘Samen Oud’ een programma rond geïntegreerde ouderenzorg uit. Het programma is geïnspireerd door de werkwijze bij het Amerikaanse Kaiser Permanente. Kaiser Permanente heeft een driehoeksmodel voor populatiemanagement ontwikkeld, de zogenaamde Kaiser Permanente Triangle. Bij de meeste patiënten bestaan relatief weinig gezondheidsrisico's en ligt de nadruk op begeleiden en versterken van zelfmanagement. Een kleiner deel van de populatie loopt meer risico op complicaties van ziekten en heeft meer assistentie nodig. Bij het kleinste deel van de populatie is intensieve zorg en continue monitoring nodig, waarbij een speciale casemanager de patiënt begeleidt en de zorg coördineert.

Analytische software, die door het combineren van alle beschikbare gegevens (big data) helpt om de risicogroepen te onderscheiden, kan een dergelijke aanpak goed ondersteunen. Dergelijke software valt onder de noemer 'predictive analytics'. Een voorbeeld van de toepassing van dergelijke software is het zogenaamde Adjusted Case Mix (ACG) systeem dat is ontwikkeld door de John Hopkins universiteit. Het wordt gebruikt om een populatie onder te verdelen op geslacht, leeftijd, geografische locatie en andere kenmerken, om de verschillen in gezondheidstoestand en zorggebruik te bepalen. Zo kan de software bijvoorbeeld berekenen hoeveel zorg een bepaalde bevolkingsgroep nodig heeft²⁰. Nicky Hekster van IBM ziet twee trends rond big data voor populatiemanagement: "Niet alleen zien artsen het nut van het bundelen van informatie uit patiëntendossiers om daaruit meer kennis te destilleren. Ook de burger of patiënt maakt tegenwoordig gebruik van draagbare techniek, verbonden met apps en met internet als verzamelpunt, om vitale kenmerken en gegevens van zichzelf vast te leggen. Deze data herbergen een schat aan informatie." Ook zorgverzekeraars gebruiken voorspellingen uit data-analyses ter onderbouwing van de zorginkoop.



“Deze data herbergen een schat aan informatie”
— Nicky Hekster, Technical Leader Healthcare & Life Sciences, IBM

In Denemarken ontwikkelde DAK-E, de Deense kwaliteitsorganisatie van huisartsen, samen met ACURE, een divisie van IBM, het programma Sentinel Data Capture²¹. Het programma verzamelt (bij deelname van de huisarts) automatisch patiëntgegevens uit de aangesloten systemen van huisartsen en brengt deze gegevens bijeen in een centrale database. Op basis van deze resultaten krijgt de huisarts benchmarkgegevens terug, bijvoorbeeld over hoe zijn diabetespopulatie het doet in vergelijking met die van andere huisartsen. Onderzoekers van IBM hebben een model ontwikkeld waarmee zij op basis van de analyse van grote hoeveelheden gegevens over diabetespatiënten en hun behandelend artsen kunnen voorspellen welke artsen het meeste succes hebben in de behandeling van specifieke diabetespatiënten met een hoog risico (49).

²⁰ Zie <http://acg.jhsph.org/index.php/global-applications>

²¹ Zie www.dak-e.dk/flx/en/about-dak-e/

Bevorderende factoren

Om de toenemende zorgvraag aan te kunnen, moet de zorg efficiënter worden ingericht. Meer geïntegreerde zorg en populatiemanagement helpen hierbij. Dit leidt tot nieuwe vormen van meer intensieve, multidisciplinaire samenwerking tussen zorgverleners. Digitale samenwerkingsplatforms helpen zorgverleners om zaken efficiënter met elkaar af te stemmen.

Door de huidige hervormingen van de langdurige zorg krijgt de gemeente een belangrijkere rol in de organisatie van ondersteuning en begeleiding van mensen die dat nodig hebben. Multidisciplinaire wijkteams spelen daarbij een belangrijke rol (50,51). Dit leidt tot meer communicatie tussen verschillende hulpverleners en dus tot behoefte aan het delen van informatie.

Ook wordt er een groter beroep gedaan op de eigen verantwoordelijkheid van cliënten en op ondersteuning door hun directe omgeving. Hiermee ontstaat bij cliënten en hun mantelzorgers een grotere behoefte aan actueel inzicht in de afspraken die binnen het totale zorgnetwerk zijn gemaakt. De zorgverleners kunnen deze informatie via een digitaal samenwerkingsplatform aanbieden aan cliënten en mantelzorgers, zodat alle betrokkenen altijd op de hoogte zijn van de actuele situatie en afspraken.

Er zijn onvoldoende zorgverleners om aan de toenemende zorgvraag te kunnen voldoen. Daarom hebben gemeenten en zorginstellingen inzicht nodig in welke mensen welke zorg nodig hebben. Zo kunnen zij zorg bieden aan de mensen die daar het meeste baat bij hebben. Daarvoor kunnen ze modellen voor populatiemanagement, zoals die van Kaiser Permanente, gebruiken. Nog mooier is het als ze op basis van de vele informatie die zij en anderen verzamelen over alle mensen (ook wel ‘big data’ genoemd), met behulp van ‘predictive analytics’ kunnen voorspellen wie welke zorg nodig gaat hebben. Zo kan de software bijvoorbeeld voorspellen of de zorgvraag in een wijk de komende tijd toeneemt of afneemt, of hoe de zelfredzaamheid van mensen in de wijk zich ontwikkelt.

Door deze voorspellingen kunnen gemeenten of zorginstellingen zich beter voorbereiden op de ontwikkelingen en zo beter inspelen op de behoeften van de

patiënt. Bovendien helpt het hen om de inzet van zorgverleners en andere middelen beter te plannen. Ook kunnen de voorspellingen preventief werken, doordat al in een vroeg stadium kan worden ingegrepen. Doordat de beschikbaarheid van zorg op deze manier beter is afgestemd op de behoeften van de cliënt, en verslechtering van hun situatie kan worden voorkomen, besparen deze voorspellende data-analyses kosten.

Ook andere sectoren, zoals de toeristenindustrie of de verzekeringswereld, gebruiken al veelvuldig voorspellende data-analyses om betere beslissingen te nemen of risico's te kwantificeren. In de zorg doen zich vergelijkbare vraagstukken voor die te maken hebben met het voorspellen van zorgbehoefte en zorgkosten.

Belemmerende factoren

Werken in gezamenlijke software, zoals gebeurt in systemen als eGPO en ZWIP, is voor veel zorgverleners een nieuwe ervaring. Waldemar Hogerwaard van eGPO merkt dit steeds weer opnieuw. "ICT is niet de oplossing om te komen tot multidisciplinaire zorg, het is een ondersteunend middel. Weinig zorgverleners zijn gewend om echt samen te werken over de grens van hun organisatie; meestal gaat het niet verder dan een overdracht. Men is geneigd vast te houden aan het eigen proces, deels vanuit routine, deels vanwege externe verplichtingen. Voor echte samenwerking is een veranderslag nodig bij de zorgverleners, zodat als bijvoorbeeld de wijkverpleegkundige iets invoert, ze er ook op kan vertrouwen dat de huisarts er snel actie op onderneemt. Een zorgvuldig implementatieproces is voorwaardelijk voor succesvolle adoptie van IT-innovaties en nieuwe werkwijzen." Daarnaast bestaat vaak onduidelijkheid wie de investeringskosten en onderhoudskosten moet dragen voor een gezamenlijk te gebruiken softwaresysteem. Dergelijke aspecten kunnen de invoering van dit soort systemen vertragen.

Bij zorgverleners bestaat soms een zekere terughoudendheid om te werken in andere systemen naast het eigen dossier, vooral omdat zij informatie dubbel moeten vastleggen. Dit komt doordat goede koppelingen tussen de verschillende systemen vaak ontbreken. Hogerwaard geeft aan dat de nadruk nog te vaak ligt op financieel-administratieve registratie, en niet op het vastleggen van informatie

“ ICT maakt geen samenwerking, maar maakt samenwerken wel gemakkelijker.”

— Waldemar Hogerwaard,
oprichter van eGPO



waar de samenwerkende zorgverleners in de behandeling mee verder kunnen. Hierdoor zien zorgverleners de registratie vooral als last.

Het inzetten van analytische software is daarbij nog een extra stap. Dit vergt ook inzicht in welke gegevens relevant zijn voor de te nemen beslissingen en een beeld van hoe deze data verwerkt, gepresenteerd en gebruikt kan worden. Het vereist ook meer complexe infrastructuren om de noodzakelijke gegevens bij elkaar te brengen. Zeker als gegevens op populatieniveau worden verwerkt, wordt bescherming van de privacy van individuele patiënten ingewikkelder. Bovendien kunnen vragen ontstaan over wie verantwoordelijk is voor het al dan niet opvolgen van de voorspellingen.

Een ander interessant vraagstuk is hoe de beschreven systemen zich verhouden ten opzichte van persoonlijke gezondheidsdossiers (PGD). Zijn systemen als eGPO of ZWIP handig om de samenwerking te organiseren tussen de verschillende betrokken hulpverleners en de patiënt, waarbij deze systemen worden gekoppeld aan zowel huisartssystemen als PGD's? Of zou de functie van een dergelijk systeem ook kunnen worden vervuld door een PGD, waarbij verschillende hulpverleners direct samenwerken in het PGD van de patiënt en daar het zorgplan bijwerken? Voor de hulpverleners heeft dit als nadeel dat ze in verschillende PGD's naast elkaar zouden moeten werken, wat waarschijnlijk geen praktisch werkbaar oplossing is. Dat maakt ook het koppelen van analytische software voor populatiemanagement extra complex.

Wat als in 2020 voorspellende software de risicopatiënten in een wijk identificeert?

Bevorderende factoren

Belemmerende factoren

Impact

Efficiëntere zorg is nodig om de toenemende vraag aan te kunnen.

Zorgverleners zijn niet gewend om samenwerkingsplatforms te gebruiken en zien extra registratie als last.

Er ontstaat een grotere behoefte aan het delen van informatie tussen zorgverleners, cliënten en mantelzorgers.

Analytische software vergt inzicht in de benodigde gegevens en in de goede aanpak.

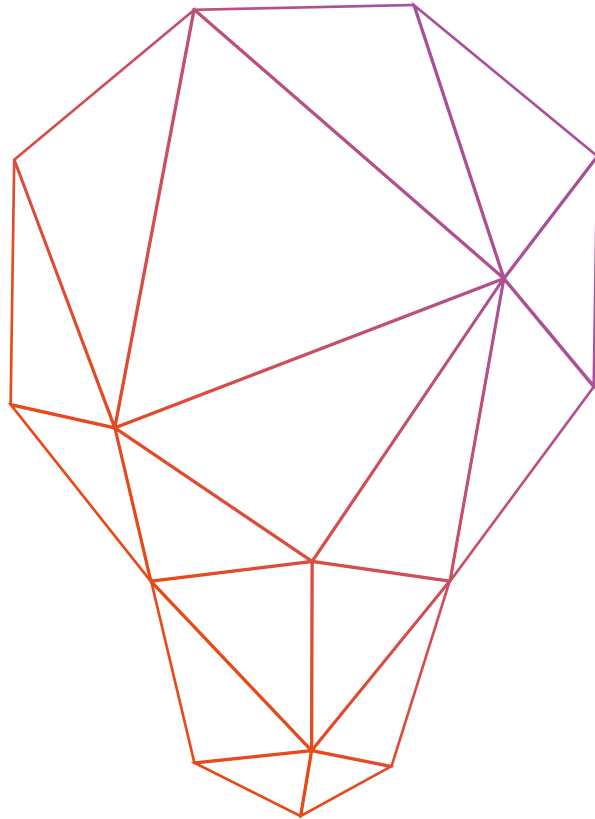
Gemeenten en zorginstellingen hebben inzicht nodig in welke mensen welke zorg nodig hebben.

Koppelingen met persoonlijke gezondheidsdossiers en zorgverlenerssystemen zijn nodig.

Met voorspellingen kunnen ze zich beter voorbereiden op zorgvraag en beter inspelen op de behoeften van cliënten.

De benodigde inzet is beter te plannen.

De geleverde zorg is meer afgestemd op de behoeften van de patiënt.



Wat als in
2020 ouderen
zo lang mogelijk
thuis wonen
met domotica?

6

Meneer Driessen begint te dementeren en woont alleen. Tot het overlijden van zijn vrouw vorig jaar kon hij voor veel huishoudelijke taken altijd terugvallen op haar. Omdat hij graag thuis wil blijven wonen is er in overleg met de gemeente, de huisarts en de thuiszorg voor gekozen om domotica en zorg-op-afstand in te zetten. Zijn hele huis is nu voorzien van allerlei nieuwe snufjes. Lampen gaan op vaste tijden aan en uit, een robotstofzuiger zuigt de vloer en de temperatuur in huis wordt automatisch geregeld. Hij heeft een kastje in huis dat hem waarschuwt als het tijd is om zijn medicijnen in te nemen en dat de medicatie voor hem klaar legt. Nu vergeet hij zijn pillen niet meer en hoeft er niet iedere dag een verpleegkundige langs te komen om ze te geven. Ook hangen er her en der camera's en sensoren in huis. Hier moest meneer Driessen eerst wel even aan wennen, maar toen hij was gevallen bij het uit bed stappen, was hij toch blij dat de wijkverpleegkundige automatisch werd gewaarschuwd.

Sinds kort heeft hij zelfs een speciale robot, die vragen aan hem stelt en met wie hij gesprekjes kan voeren. Hierdoor heeft hij het gevoel dat hij niet meer alleen is. Het scheelt ook voor zijn zoon: die hoeft nu niet meer iedere dag langs te komen, naast zijn drukke leven. Meneer Driessen is heel tevreden met alle nieuwe technologie. Het is soms even wennen, maar zonder had hij niet meer thuis kunnen wonen. Hij wil toch echt niet naar een verzorgingstehuis!

6

Dan...

Als over vijf jaar alle ouderen zo lang mogelijk thuis wonen met domotica, kunnen zij meer zelf doen en behouden zo meer controle over hun leven om het in te richten zoals zij dat zelf willen.

De onafhankelijkheid die ouderen in een verzorgings- of verpleeghuis voor een groot deel kwijtraken, blijft in hun eigen huis voor een belangrijk deel aanwezig. De veranderingen betekenen ook dat ouderen meer eigen verantwoordelijkheid hebben voor hun gezondheid en hun zorg.

Als ouderen langer thuis blijven wonen, heeft dat ook gevolgen voor zorginstellingen. “De grootschalige verpleeg- en verzorgingshuizen zoals we ze nu nog kennen, zullen op den duur verdwijnen,” zegt Wiel Ploegman, bestuursvoorzitter van zorginstelling Proteion Thuis. “Zorg en ondersteuning zullen, meer dan nu het geval is, bij de ouderen thuis gaan plaatsvinden of in kleinschalige woonvormen

in de vertrouwde buurt.” Dit heeft grote gevolgen voor het vastgoed van zorginstellingen. Daarnaast bieden de toenemende technologische mogelijkheden ook kansen voor zorginstellingen, bijvoorbeeld om zich van hun concurrentie te onderscheiden. Informatie over kosten, kwaliteit, zorgaanbod en ervaringen wordt meer en meer toegankelijk voor zorggebruikers. “Het groeiende bewustzijn van cliënten over hun keuzemogelijkheden zal zorgen voor een verschuiving in vraag en aanbod. Cliënten zullen op zoek gaan naar de zorg die hen het beste past, dus het is voor zorginstellingen van belang zich te onderscheiden in aanbod en kwaliteit”, aldus Ploegman.

Zorginstellingen gaan daarnaast ook meer verpleegkundigen op afstand inzetten. Deze hebben vanuit een ‘zorgcentrale’ contact met cliënten via telefoon, tablet, computer of televisie. Ook monitoren zij de informatie die vanuit het huis van de cliënt binnenkomt uit medicijndispensers, technologie voor personenalarmering en andere sensoren. De werkzaamheden voor (sommige) zorgprofessionals veranderen hiermee van huisbezoeken en persoonlijk contact naar communicatie op afstand. Dat betekent dat zij ook over andere vaardigheden moeten beschikken. Kortom, het profiel van de zorgverlener verandert.

Domotica anno 2015

Een belangrijke ontwikkeling van de laatste jaren is dat ouderen langer thuis blijven wonen, in hun eigen, vertrouwde omgeving met behulp van mantelzorg, verpleging en verzorging aan huis. Dit gebeurt aan de ene kant omdat ouderen dit zelf willen (8), maar ook omdat de overheid dit stimuleert om de hoge kosten te drukken (52). Als een oudere ondersteuning nodig heeft, kijkt de gemeente tegenwoordig wat er aan ondersteuning nodig is en wat mantelzorg, verpleging en verzorging daar aan kunnen bijdragen. Daarbij kan ook technologie worden ingezet, om er voor te zorgen dat de oudere thuis kan blijven wonen.

Deze technologieën worden ook wel domotica genoemd. Voorbeelden hiervan die in de praktijk al worden ingezet, zijn grofweg onder te verdelen in technologieën die helpen om de dagelijkse taken in huis te ondersteunen en technologieën die bijdragen aan de gezondheid en zorg van gebruikers. In de eerste categorie vallen



“ De grootschalige verpleeg- en verzorgingshuizen zoals we ze nu nog kennen, zullen op den duur verdwijnen.”

— Wiel Ploegman, bestuursvoorzitter van
zorginstelling Proteion Thuis

bijvoorbeeld automatische lampen en gordijnen, beveiliging en sleuteloplossingen en robotica, zoals de stofzuigerrobot. Technologieën die gezondheid en zorg ondersteunen zijn bijvoorbeeld sensoren die alarm slaan als de persoon is gevallen, sensoren die het leefpatroon van de persoon kennen en waarschuwen als er iets niet lijkt te kloppen en bewegingsmelders. Medicijn dispensers geven cliënten een melding als het tijd is om de medicatie in te nemen. Als de cliënt de medicatie niet op tijd neemt, krijgt de wijkverpleging een seintje. Met zorg-op-afstand wordt over het algemeen beeldschermcontact tussen de cliënt en de thuiszorginstelling bedoeld, ook wel beeldbellen genoemd.

In 2009 telde Nederland in totaal 479 verpleeghuizen, 1131 verzorgingshuizen en 290 gecombineerde instellingen. ⁽⁶⁸⁾

Hoewel alle hierboven beschreven mogelijkheden al op de markt zijn, blijft groot-schalig gebruik nog uit. Uit de eHealth-monitor 2014 (2) blijkt dat zorginstellingen een aantal van de genoemde technologieën wel inzetten om mensen thuis te ondersteunen, maar nog niet op grote schaal. Zo gebruikt slechts één op de tien zorginstellingen beeldbellen met cliënten en vaak nog voor kleine aantallen patiënten. De helft van de verpleegkundigen en verzorgenden in de care werkt met technologieën waarmee ze cliënten in de gaten kunnen houden, zoals bewegingsmelders en bedmatten. Daarnaast heeft één op de zes mensen die thuiszorg krijgen, een ‘rode knop’ waarmee ze in geval van nood een alarmmelding kunnen versturen naar de thuiszorg.

Bevorderende factoren

De hervormingen in de langdurige zorg zijn een belangrijke aanjager voor innovaties die langer thuis wonen ondersteunen. Deze hervormingen gaan gepaard met flinke bezuinigingen. In de komende jaren zal door de druk van deze bezuinigingen de zorg anders georganiseerd moeten worden. Doordat op dit moment in

Nederland relatief veel mensen in verzorgings- en verpleeginstellingen wonen, hebben we een relatief dure langdurige zorg. De verwachting is dat de zorg minder kost als mensen langer thuis blijven wonen. Innovatieve oplossingen en de inzet van technologieën dragen daar aan bij, door de zorg efficiënter in te richten en ouderen meer zelf te laten doen.

Aannames bij de hervormingen zijn dat ouderen zo lang mogelijk zelfstandig thuis willen blijven wonen, dat zij meer kunnen en willen betalen voor ondersteuning en zorg, dat mantelzorgers en vrijwilligers zorg deels kunnen overnemen en dat inzet van technologie helpt om ouderen langer zelfstandig te laten wonen. Uit onderzoek van het NIVEL blijkt dat deze aannames weliswaar niet voor alle ouderen van toepassing zijn, maar wel gelden voor een meerderheid van de ouderen (8).



Naast goedkopere zorg, levert de inzet van technologieën ook voordeel op voor de ouderen. Doordat zij met behulp van domotica thuis wonen en minder ondersteuning nodig hebben, behouden zij een gevoel van zelfstandigheid en onafhankelijkheid. Ze zijn minder afhankelijk van zorgverleners en mantelzorg en bepalen zelf hoe ze hun leven inrichten. Bovendien geeft het hen een veilig gevoel dat ze weten dat ze de zorgverlener kunnen waarschuwen als dat nodig is, of dat dit zelfs automatisch gebeurt.

“Moderne ouderen zullen steeds vaker zelf vragen om moderne zorg met technologische ondersteuning,” zegt José Peeters, onderzoeker bij het NIVEL. Zij heeft in de afgelopen jaren verschillende onderzoeken gedaan naar de rol van technologie in de thuiszorg en de inzet van eHealth in de Nederlandse gezondheidszorg. Uit onderzoek van NIVEL blijkt dat met name de nieuwe generatie ouderen de toepassing van ondersteunende technologieën in de zorg zal versnellen (53). “Zij zijn het gewend om online producten te bestellen, via internet kaartjes voor voorstellingen te reserveren en met hun (klein)kinderen te skypen. De zorg loopt nu nog achter op die toepassing van internettechnologie,” zegt Peeters. “Hetzelfde geldt in feite voor de zorgverleners. Een nieuwe generatie professionals die niet anders weet dan dat technologie in alle aspecten van hun leven een rol speelt, zal geen moeite hebben om technologie ook in zorgverlening een logische plek te geven.” Dat technologie steeds betaalbaarder wordt, zal het gebruik van domotica ook stimuleren.

Belemmerende factoren

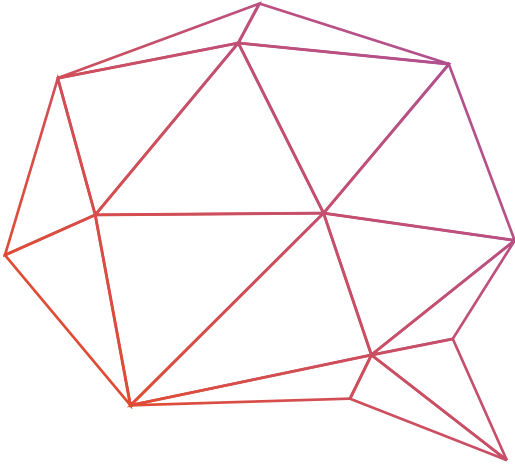
In de praktijk blijkt dat cliënten nog weinig vragen naar het gebruik van domotica in hun huis. Bovendien zijn de ouderen die op dit moment en in de komende jaren ondersteuning nodig hebben nog niet gewend aan het omgaan met technologie. 65-plussers hebben nog een afwachtende houding, zo blijkt uit eerder genoemd onderzoek (53).

Aan de andere kant zijn zorgverleners ook huiverig: ze zijn bang dat technologie de zorg onpersoonlijker maakt, dat ze zelf een bijrol gaan spelen of dat ze er simpelweg niet mee om kunnen gaan. De zorginstellingen hebben sowieso veel moeite met het implementeren van technologie in hun zorgprocessen. De studie ‘technologie in de zorg thuis’ van NIVEL geeft aan dat er veel meer (praktijk) kennis nodig is om hier ervaring in op te doen.

“Moderne ouderen zullen steeds vaker zelf gaan vragen om moderne zorg met technologische ondersteuning.”

— José Peeters, onderzoeker bij het NIVEL

Daarnaast zijn zorginstellingen in de langdurige zorg vaak nog weinig geautomatiseerd. Hierdoor lijkt het gebruik van domotica nog een brug te ver. Zorgverleners zijn hierdoor ook nog terughoudend. Uit de eHealth-monitor 2014 (2) blijkt bijvoorbeeld dat een groot deel van de verzorgenden en verpleegkundigen nog werkt met papieren dossiers, zonder dat er een computer bij komt kijken. Een vlekkeloze integratie tussen ‘oude en nieuwe zorg’ en tussen ‘analoge en digitale toepassingen’ lijkt daarom in 2020 nog niet haalbaar.



Het huidige gebruik van technologie in de thuissituatie van ouderen laat zien dat het lastig, zo niet onmogelijk, is voor zorginstellingen om een business case rond te krijgen. Professionele domotica-oplossingen kosten veel geld. De bekostiging van technologie blijft een heikel punt en is afhankelijk van tijdelijke regelingen en subsidies. Zonder structurele oplossing hiervoor zetten zorginstellingen niet grootschalig in op technologische oplossingen.

Als de cliënt geen domotica of andere ondersteunende technologieën aangeboden krijgt door zijn zorgverleners, kan hij daar ook niet zelf voor kiezen. Cliënten hebben weinig keuzevrijheid wat betreft het overstappen naar een andere aanbieder als hun zorgverlener niet aan hun wensen voldoet. Dit komt doordat de gemeente bepaalt wie de zorg levert.



Tot slot blijft de discussie over vershraling van zorg wanneer mensen worden vervangen door technologie onverminderd woeden. Sceptici wijzen erop dat technologie in de zorg thuis niet of nauwelijks bijdraagt aan zelfzorg en zelfmanagement van cliënten.

Wat als in 2020 ouderen zo lang mogelijk thuis wonen met domotica?

Bevorderende factoren

De langdurige zorg wordt anders georganiseerd en er wordt bezuinigd. De inzet van domotica draagt er aan bij om mensen langer thuis te laten wonen.

Ouderen willen zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Domotica maakt hen minder afhankelijk van zorgverleners.

De nieuwe generatie ouderen is gewend aan technologie.

Belemmerende factoren

De huidige generatie ouderen is er nog niet aan toe.

Zorgverleners zijn bang dat zorg minder persoonlijk wordt, dat ze een bijrol gaan spelen of ze zijn zelf nog niet gewend aan nieuwe zorgtechnologie.

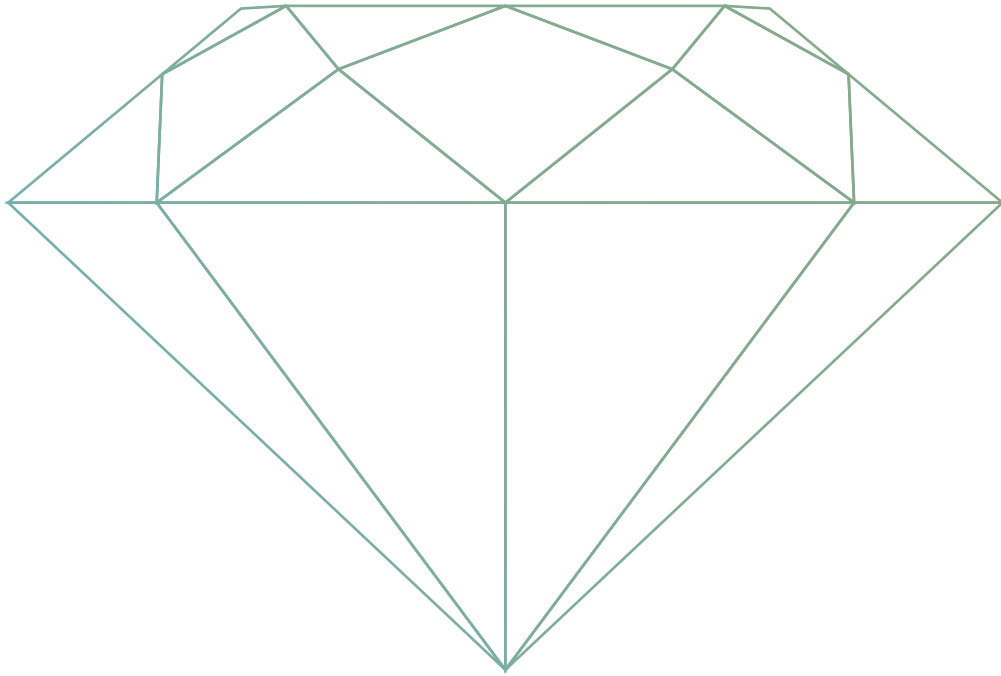
Zorginstellingen in de langdurige zorg zijn nog weinig geautomatiseerd.

Zonder structurele bekostiging zullen zorginstellingen niet grootschalig inzetten op technologische oplossingen.

Impact

Ouderen houden meer controle over hun leven en kunnen het inrichten zoals zij dat willen.

Grootschalige verpleeg- en verzorgingshuizen zullen verdwijnen.



Wat als in 2020
iedereen een
persoonlijk
gezondheids-
dossier gebruikt?

Kees is een redelijk fitte pensionado. Hij geniet volop van zijn nieuw verworven vrije tijd. Hij heeft er met de leeftijd wat kleine ongemakken bij gekregen. Hij heeft een hoge bloeddruk en een lichte vorm van COPD. Hij slikt medicatie en moet periodiek virtueel op consult komen bij de praktijkondersteuner van de huisarts (POH) en bij de longarts. Zijn bloeddruk en longfunctie meet hij zelf. Hij slikt slimme medicatie die seintjes afgeeft wanneer hij die heeft ingenomen. Zo weten hij, zijn vrouw en de dokter precies hoe het gaat met het innemen van zijn medicatie en de effecten ervan. Deze slimme medicatie geeft ook informatie over de effecten van de dosering. Heeft die het gewenste effect of moet er wat bij of af? Als de arts hiermee instemt, wordt zo nodig nieuwe medicatie besteld, die bij Kees thuis wordt bezorgd.

Alle informatie die Kees zelf verzamelt en de signalen van de slimme medicatie komen samen in het persoonlijke gezondheidsdossier (PGD) van Kees. Kees kan ook bij al zijn zorgverleners de informatie uit zijn medische dossier ophalen en deze in zijn PGD laden. Zo heeft hij altijd een totaaloverzicht van zijn gezondheid. Handig als hij overwintert op de Canarische Eilanden. Mocht er daar iets gebeuren, dan heeft hij alles bij de hand. Al zijn data zijn goed gecodeerd en kunnen bovendien met één druk op de knop worden vertaald naar het Spaans. Dan heeft de arts ter plaatse er ook wat aan. Kees heeft het goed voor elkaar.

7

Dan...

Als iedereen in 2020 al zijn medische gegevens in een eigen persoonlijk gezondheidsdossier (PGD) verzamelt, dan zijn meer patiënten goed geïnformeerd over hun gezondheid. Daardoor kunnen ze meer regie nemen binnen hun zorgproces.

Als een patiënt al zijn medische gegevens bij elkaar heeft in zijn PGD, kan hij makkelijk tussen zorgverleners wisselen, aangezien hij zelf al zijn informatie bij elkaar heeft. Er rust wel een grotere verantwoordelijkheid op de patiënt. De Wet op Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) stelt dat de patiënt informatie die van belang is voor de behandeling moet delen met de arts. De Raad voor de Volksgezondheid (RVZ) pleit in zijn advies dan ook voor een patiëntgeheim, zodat verzekeraars, politie en financiële instellingen geen zicht kunnen krijgen in iemands PGD (54). Daarnaast wordt er verwacht van de patiënt dat hij de

gegevens in zijn dossier controleert op juistheid om medische fouten te voorkomen. Omdat de patiënt over alle relevante informatie beschikt, kan hij ook samen met de zorgverlener beslissingen nemen. Kortom, er ligt een grote verantwoordelijkheid bij de patiënt.

Als zorgverlener is het prettig om met een goed geïnformeerde patiënt om de tafel te zitten. Dit brengt echter de verantwoordelijkheid met zich mee om zijn informatie ook met de patiënt te delen. Dat betekent dat de informatie eenduidig en gestructureerd vastgelegd moet worden en dat deze beschikbaar moet zijn voor de patiënt. De patiënten die hiertoe in staat zijn, zullen ook willen meebeslissen in hun zorgproces. Van patiënten wordt verwacht dat zij het PGD aanvullen met door hen verzamelde informatie, die bruikbaar kan zijn in het behandelproces. Zorgverleners hebben hiermee een nauwkeuriger overzicht van de gezondheidswaarden van de patiënt dan anno 2015 het geval is.

Persoonlijke gezondheidsdossiers anno 2015

Een PGD is een dossier waarin patiënten hun eigen medische gegevens kunt verzamelen, beheren en delen. Medische gegevens die verspreid zijn opgeslagen bij verschillende zorgverleners, maar ook gegevens die de patiënt zelf verzamelt en bijhoudt. Bijvoorbeeld in een digitaal dagboek over de stemming, of gegevens van een bloeddrukmeter of stappenteller. Een PGD regelt geen inzage in medische gegevens, maar biedt een verzamelplaats voor al die gegevens. “Een PGD is eigenlijk een informatiekoppelaar” aldus de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) (55). Een PGD onderscheidt zich duidelijk van een patiëntportaal. Een patiëntportaal is een viewer voor de patiënt op het medisch dossier dat de professional bijhoudt (in een elektronisch patiëntendossier, EPD), waarmee de patiënt inzicht krijgt in zijn gegevens bij één bepaalde zorginstelling. Hoewel sommige patiëntportalen ook de functionaliteit bieden om zelf gegevens bij te houden, is een patiëntportaal meestal gekoppeld aan één zorginstelling. Het is onwaarschijnlijk dat patiënten hier gegevens van niet aangesloten zorgverleners of zorginstellingen aan toevoegen. Inzage in medische gegevens zijn een randvoorwaarde én een aanjager voor het PGD. Argumenten die pleiten voor of tegen inzage in medische gegevens hebben daardoor vaak een vergelijkbaar effect op het PGD.





“ Een PGD is eigenlijk een informatiekoppelaar ”

— NPCF

Een PGD is geen vervanging van het medisch dossier van de professional. Een zorgverlener heeft volgens de WGBO dossierplicht en moet daarom (ook) zijn eigen dossier bijhouden (56). Een PGD bevat dus kopieën van de informatie uit het medisch dossier van verschillende zorgverleners.

Uit de eHealth-monitor van 2014 (2) blijkt dat ongeveer de helft van de zorggebruikers inzage wil in zijn of haar medische dossier. In de praktijk zijn de inzagemogelijkheden nog beperkt, laat staan de mogelijkheden om die gegevens te downloaden. Voorlopig is handmatig overnemen de enige manier voor een patiënt om zijn medische gegevens in een PGD te krijgen.

Steeds meer ziekenhuizen en ook sommige huisartsen bieden een patiëntportaal voor het inzien van medische gegevens of het maken van afspraken. Alleen inzage bieden, is niet genoeg om van een PGD te kunnen spreken. In Nederland zijn al een aantal PGD's beschikbaar. HealthVault van Microsoft is een van de grote internationale aanbieders, maar we hebben ook Nederlandse voorbeelden: Patient1²², Quli²³ en Here Is My Data²⁴. We mogen niet ontevreden zijn over de volwassenheid van de Nederlandse PGD's, blijkt uit onderzoek van de NPCF (57). Technisch gezien zijn de meeste functionaliteiten die een PGD moet hebben wel te bouwen, maar het gebruik valt nog tegen.

In Nederland klinkt de roep om inzage in de eigen medische gegevens steeds luider. Hierbij wordt regelmatig gerefereerd aan de 'blauwe knop' of 'blue button' die veel zorgverleners in de VS aanbieden. Door een druk op die knop kan elke patiënt zijn medische gegevens ophalen bij elke zorgverlener en hiermee doen wat ze willen.

Nu sinds kort ook Apple, Google en Samsung zich op de zorgmarkt richten, lijkt er helemaal geen ontkomen meer aan. Zij bieden een of meerdere apps of apparaten aan waarmee de consument verschillende gezondheidswaarden kan bijhouden. De vraag is of deze platforms uiteindelijk geschikt zijn als een PGD-platform. Volgens een analyse van NPCF richten ze zich vooral op de fitness- en wellness. Daarbij zijn hun platformen nog niet geschikt om interactie met een zorgverlener aan te gaan (58). De informatie die consumenten over hun gezondheid kunnen verzamelen, is interessant om mee te nemen in een PGD. Epic (een grote leverancier van een EPD) en Apple zijn mede om deze reden een samenwerking aangegaan. Gegevens die je op je iPhone verzamelt in de 'Health'-app, kan zo het EPD van Epic invloeden. De arts heeft dan in ieder geval inzicht in een deel van de gegevens die de patiënt zelf verzamelt. Nu rest alleen nog om de informatie die de arts verzamelt beschikbaar maken voor de patiënt. Eerlijk zullen we alles delen?

Bevorderende factoren

Ze staan nog niet op de barricade, maar dat het merendeel van de zorggebruikers inzicht wil in hun medische gegevens is duidelijk. De eHealth-monitor laat zien



²² <http://www.patient1.nl/>

²³ <http://www.quli.nl/>

²⁴ <http://www.hereismydata.com/>

“ Give me my
damn data!”

— e-Patiënt Dave

dat bijna de helft van de zorggebruikers hun medische gegevens in zou willen zien bij de huisarts, fysiotherapeut of medisch specialist (2). De verwachting is dat dit percentage onder chronisch zieken nog hoger is. Een aantal patiënten maakt zich publiekelijk hard voor inzage in medische gegevens. De roep van e-patiënt Dave is duidelijk: “give me my damn data!”²⁵

Deze groep patiënten krijgt bijval vanuit meerdere hoeken. Zo stelde minister Schippers tot doel dat binnen 5 jaar 80 procent van de chronisch zieken en 40 procent van de overige burgers toegang moet hebben tot hun medische gegevens, waaronder medicatie-informatie, vitale functies en testuitslagen. Als belangrijke aanvulling hierop stelt ze dat deze patiënten deze gegevens moeten kunnen gebruiken in mobiele apps of internetapplicaties, waartoe een PGD behoort. Schippers noemt het een bijkomend voordeel dat patiënten zo hun medische gegevens kunnen controleren. Mogelijke fouten worden eerder opgemerkt, en (ernstigere) medische fouten worden zo voorkomen. Eerder in 2014 gaf de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) al het advies dat alle burgers beschikking over een PGD moeten krijgen (54). De NPCF lobbyt hier al jaren voor. In 2014 is de NPCF begonnen met het ‘PGD Kader 2020’-project, dat streeft naar een PGD voor alle burgers in 2020. Ze beginnen met het opstellen van kaders en eisen waaraan een PGD moet voldoen (59).

Waarom willen al deze partijen eigenlijk dat patiënten inzage in en beschikking krijgen over hun medische data? Een belangrijke gemeenschappelijke deler in het antwoord is dat het een randvoorwaarde is om als patiënt zelfredzaam te zijn. Kijken we naar de participatieladder (60), dan is de laagste vorm en eerste trap van participeren in het zorgproces ‘informer’ of geïnformeerd worden. Informatie is de eerste stap naar gezamenlijk met de arts beslissingen nemen. Hoe meer informatie patiënten verzamelen, hoe groter de behoefte om dat op een plek te bewaren en samen te voegen en hoe meer de vraag naar een PGD zal toenemen.

Ook voor de zorgverlener is het van groot belang dat de patiënt goed geïnformeerd is. Binnen een zorgproces zijn vaak verschillende zorgverleners betrokken en uitwisseling van informatie tussen deze zorgverleners gebeurt niet altijd. Zorgverlener B heeft dus niet altijd inzicht in gegevens van zorgverlener A, terwijl deze heel relevant kunnen zijn voor het zorgproces. Slechts 10 procent van de

²⁵ http://www.ted.com/talks/dave_debrinkart_meet_e_patient_dave?language=nl

medisch specialisten wisselt gestandaardiseerd en elektronisch gegevens uit met andere ziekenhuizen (2). Als een patiënt te maken heeft met meerdere zorgverleners kan het een groot voordeel zijn als hij zelf beschikking heeft over zijn medische gegevens en deze met zijn zorgverleners kan delen.

Naar verwachting gaan mensen steeds meer informatie over hun eigen gezondheid verzamelen (zie casus zelfmetingen). Dat kan interessante en bruikbare informatie opleveren voor zorgverleners. Willen zorgverleners deze gegevens inzien, dan is het voor hen handig als al deze gegevens op één plek worden bewaard. Zodat ze (met toestemming) in één keer inzicht krijgen in alle gegevens van een patiënt.

De wet stelt een PGD (nog) niet verplicht, maar inzage in medische gegevens wel. Volgens de WGBO (56) heeft iedereen recht op inzage in zijn of haar medisch dossier. Op 1 juli 2014 heeft de Tweede Kamer het wetsvoorstel cliëntenrechten bij elektronische gegevensverwerking aangenomen. Als ook de Eerste Kamer dit wetsvoorstel aanneemt, geeft dit patiënten onder andere recht op digitale inzage of een digitale kopie van hun medische dossier. Bovendien krijgen patiënten ook de mogelijkheid om aan te geven wie wanneer hun medische gegevens in mag zien (61). Dit is een belangrijke stimulans voor online inzage in het medische dossier en daardoor ook voor het PGD.

Tot slot zijn andere ontwikkelingen, die ook beschreven zijn in dit document, aanjagers voor gebruik van het PGD. Online zorgconsulten maken het gebruik van een PGD belangrijker en interessanter. Het bereik van een zorgverlener wordt groter en het is makkelijker om te wisselen van zorgverlener, omdat zorg minder plaatsgebonden is. Het is belangrijk dat een zorgverlener inzicht heeft in het medische dossier van een patiënt. Daarom is het handig om die als patiënt zelf met de zorgverlener te kunnen delen. Bovendien wordt de zorg steeds meer om de patiënt heen georganiseerd in een zorgnetwerk. In dit netwerk is het van belang dat alle mensen om de patiënt heen de informatie hebben die nodig is om zo goed mogelijk (mantel)zorg te verlenen. Omdat de patiënt de enige is die overal bij betrokken is, is het logisch dat hij een regierol vervult.



Belemmerende factoren

Een groot deel van de huisartsen en medisch specialisten is niet enthousiast over het bieden van inzage in hun dossiers. Zo zegt ruim 60 procent van de huisartsen en medisch specialisten nog te twijfelen, of sowieso geen inzage te willen bieden in diagnoses of laboratoriumuitslagen (2). Alleen voorgeschreven medicatie willen ze delen met de patiënt. ‘Slechts’ 10 procent geeft aan dit niet te willen. Veel zorgverleners zien er de meerwaarde niet van in. Het is echter bekend dat zorgverleners een belangrijke rol spelen bij het gaan gebruiken van eHealth-toepassingen; om patiënten te overtuigen en hen op weg te helpen (10).

Een veel besproken, maar nog onbeantwoorde vraag blijft de business case voor het PGD. Wie gaat betalen voor het ontwikkelen en onderhouden van deze platforms? De overheid gaat geen PGD ontwikkelen en de ontwikkelaars zelf willen ook hun brood verdienen. Voor het antwoord op deze vraag wordt vaak naar de zorgverzekeraars gekeken. Uiteindelijk zouden zij ook baat kunnen hebben bij goed gebruik van een PGD. Jeroen Crasborn van Achmea kreeg dan ook luid applaus toen hij tijdens een ‘PGD Kader 2020’-bijeenkomst eind 2014 stelde dat een PGD onder noodzakelijke zorg valt en deze dus in de basisverzekering opgenomen zou moeten worden (62).

Tussen verschillende informatiesystemen voor professionals (of tussen onderdelen daarvan) is vaak nog geen gestandaardiseerde communicatie mogelijk. Het PGD is in feite ook een informatiesysteem. Als zorgverleners niet gestandaardiseerd gegevens met elkaar kunnen uitwisselen, dan is dit ook een belemmering voor het PGD. Als het PGD en het informatiesysteem van de zorgverlener niet kunnen communiceren, betekent dat meerdere keren inloggen op verschillende applicaties. Dat vindt niemand fijn, dus zorgverleners ook niet. De kans is groot dat ze dat daarom niet zullen doen, wat de meerwaarde van een PGD verkleint. Bovendien levert dit nog een ander nadeel: zonder gestandaardiseerde informatie in het PGD, is het erg lastig om als PGD gebruiker je hele medische geschiedenis mee te nemen naar een andere PGD-leverancier. Tot slot zorgt het gebrek aan (eenduidige) standaardisatie er ook voor dat de huisarts in zijn systeem over andere informatie beschikt dan bijvoorbeeld het ziekenhuis terwijl het wel over dezelfde aandoening gaat.

De mogelijkheid om een PGD bij te houden en daarmee beschikking te hebben over persoonlijke medische gegevens, vraagt om betrouwbare en veilige informatie-uitwisseling en -opslag. Deze behoefte wordt groter nu de patiënt ook uitwisselingspartner wordt van de gegevens; hij moet daarvoor geïdentificeerd en geauthentiseerd worden. Bovendien vergroten de groeiende digitale mogelijkheden de behoefte aan veilige uitwisseling en opslag van digitale gegevens. We zijn steeds meer zichtbaar op het internet en laten daar steeds meer ‘sporen’ achter. Medische (en dus zeer persoonlijke) gegevens vragen om een hoger betrouwbaarheidsniveau voor burgers dan tot nu toe gebruikelijk is. Er zijn nog verbeteringen nodig aan de huidige middelen (bijvoorbeeld DigiD) rond de bruikbaarheid en betrouwbaarheid. Dit vormt een belemmering voor het PGD. Deze belemmering geldt overigens breder dan alleen voor de gezondheidszorg: het geldt voor alle digitale diensten waarbij een hoog betrouwbaarheidsniveau vereist is. Om belemmeringen rondom identificatie en authenticatie weg te nemen, wordt in Nederland gewerkt aan een elektronisch identificatie systeem gewerkt; het eID-stelsel²⁶. Dit stelsel sluit aan op de recente Europese eID-verordening (eIDAS). De komende jaren wordt in Nederland gewerkt aan nieuwe eID-afspraken en worden middelen geïmplementeerd die voldoen aan hogere betrouwbaarheidsniveaus.

²⁶ <http://www.eid-stelsel.nl/>

Tot slot bestaat er discussie over welke inhoud het PGD moet bevatten. Welke informatie deel je met patiënten en voor welke uitwisseling van gegevens moet de zorgverlener toestemming vragen aan de patiënt? Vraag je één keer toestemming voor het delen van alle informatie met elke zorgverlener die inzage nodig heeft? Wil de patiënt ook het verzoek van laboratorium X naar laboratorium Y om een aanvullende bloedanalyse te doen inzien? De meningen hierover zijn verdeeld. Om informatie beschikbaar te maken voor de patiënt is het nodig om tot een eenduidige set informatie te komen.

Wat als in 2020 iedereen een persoonlijk gezondheidsdossier gebruikt?

Bevorderende factoren

- Overheidsinstellingen stimuleren inzage in medische gegevens en het bijhouden van een PGD.
- De beschikking over medische gegevens is voor patiënten belangrijk om te participeren in het zorgproces.
- Inzage bieden in medische gegevens is al verplicht. Een nieuwwetsvoorstel verplicht de mogelijkheid tot digitale inzage of een digitale kopie.
- Meer zelfmetingen en meer online contact met zorgverleners vergroten het belang en het nut van een PGD.
- Veel mensen geven aan dat ze inzage willen in hun medische gegevens.

Belemmerende factoren

- Een groot deel van de zorgverleners is niet enthousiast over het geven van inzage in hun dossiers.
- De business case voor het PGD is nog onduidelijk: wie wil ervoor betalen?
- Medische gegevens worden niet altijd gestandaardiseerd (of met dezelfde standaarden) vastgelegd.
- Er worden steeds hogere eisen gesteld aan de veiligheid en betrouwbaarheid van informatie-uitwisseling.

Impact

Patiënten zijn beter geïnformeerd over hun gezondheid en kunnen daardoor meer regie nemen.

Zorgverleners moeten informatie beschikbaar stellen en geschikt maken om met patiënten te delen.

Slotwoord

In deze publicatie hebben we een aantal ontwikkelingen geschetst die op de eerstelijnszorg af komen. We zien veel mogelijkheden en kansen ontstaan door de technologische ontwikkelingen. Welk deel van de geschetste toekomstbeelden uit zal komen, kunnen we natuurlijk niet voorspellen omdat dit van allerlei (omgevings)factoren afhankelijk is. Hopelijk zet dit trendboek aan tot reflectie op de mogelijke impact van deze ontwikkelingen.

In de voorbeelden in deze publicatie spelen steeds twee trends een belangrijke rol. In de eerste plaats is dat een beweging in de richting van meer verantwoordelijkheden voor burgers en tegelijkertijd meer mogelijkheden voor de patiënt. In de tweede plaats zorgen de snel groeiende mogelijkheden van ICT, dat elementen van het zorgproces minder tijd- en plaatsafhankelijk worden en dat het zorgproces met meer informatie kan worden ondersteund of verbeterd.

Van patiënten wordt meer zelfredzaamheid verwacht, zodat ze bijvoorbeeld een meer gelijkwaardige gesprekspartner worden voor hun zorgverlener. Ook wordt van hen verwacht dat zij zich realiseren wat het effect is van hun gedrag op hun gezondheid, zich actiever informeren en meedenken over belangrijke beslissingen in het zorgproces. Tegelijkertijd hebben zij daarvoor meer informatie nodig, evenals toegang tot hun medisch dossier en mogelijkheden om zelf informatie aan te leveren. Natuurlijk zijn niet alle patiënten hetzelfde. Patiënten die minder zelfredzaam zijn, kunnen niet zomaar een proactieve houding aannemen. De vraag is hoe de verhouding tussen patiënt en zorgverlener verandert. En of patiënten alleen maar meer verantwoordelijkheden krijgen, of dat ze er ook keuzevrijheid en mogelijkheden bij krijgen.

Nieuwe online diensten voor consumenten hebben al de reisbranche, de muziekbranche en andere markten fundamenteel veranderd. Nieuwe vormen van dienstverlening lijken ook in de gezondheidszorg mogelijk en misschien wel hoognodig. Er komen meer online mogelijkheden voor patiënten. Bijvoorbeeld online consulten, online je dossier inzien en online behandelingen. De zorg wordt minder tijd- en plaatsafhankelijk. De grote vraag is of de zorg hiermee meer aan de behoeften van de patiënt voldoet. En helpen nieuwe technologische mogelijkheden de zorg meer rond de patiënt in te richten in plaats van rond de zorgverlener?

Hoe groot de effecten van patient empowerment en technologie op de (eerstelijns) zorg zijn, wordt in de komende jaren duidelijk. Dat de zorg verandert is zeker. Over hoe groot die verandering zal zijn en hoe dit gaat gebeuren gaan we graag de discussie aan. Zou je willen dat de beschreven scenario's werkelijkheid worden? En wat zou de impact daarvan zijn op jouw werkzaamheden als eerstelijnszorgverlener? Wil je hier op inzetten? En hoe zou je dat doen? We verkennen graag samen welke nieuwe vraagstukken zich voordoen als de ontwikkelingen die we in deze publicatie schetsen zich doorzetten. Zodat we die, vanuit de samenwerking tussen Nictiz en REshape Center van het Radboudumc, gezamenlijk met het zorgveld kunnen adresseren.

Deel je mening met ons via www.nictiz.nl/trendboek.

Meer lezen?

Als je nog meer inspiratie wilt opdoen, kijk dan eens bij een van de onderstaande publicaties. Deze publicaties geven een breder beeld van trends en ontwikkelingen in de gezondheidszorg en/of technologie. Er staan zowel infographics, whitepapers als volledige rapporten bij.

- The guide to the future of medicine (boek en samenvattende whitepaper)
– Bertalan Meskó, 2014
- Envisioning the future of health technology (infographic)
– Envisioning, 2012
- ePatient 2015 (infographic en boek) – Rohit Bhargava, Fard Johnmar, 2013
- ICTs and the Health Care Sector – OECD, 2013
- Een gezonder Nederland, Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014
– RIVM, 2014
- Met de kennis van later – RVZ, 2014
- De maatschappij verandert. Verandert de zorg mee?
– Ministerie van VWS, 2014
- Top health industry issues of 2015 – PwC, 2014
- Trends en ontwikkelingen in de huisartsensector
– UniPartners Tilburg, 2014
- Toekomstvisie huisartsenzorg – NHG en LHV, 2012
- Diagnose 2025 – Philip Idenburg, Michel van Schaik, 2010
- Coach, cure & care 2025 en Coaching – who cares? – De Jonge Specialist, Vason, Losgio, VSG, VJA, LOVAH, VAZA, NVKC, VAAVG, 2013 en 2015
- Horizonscan 2050 – Stichting Toekomstbeeld der Techniek, 2014

Referentielijst

1. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Een gezonder Nederland: kernboodschappen van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. RIVM, Bilthoven; 2014.
2. Krijgsman J, Peeters J, Burghouts A, Brabers A, de Jong J, Beenkens FHC, et al. eHealth-monitor 2014: Op naar meerwaarde! Nictiz en NIVEL, Den Haag - Utrecht; 2014.
3. Van de Belt TH, Engelen LJPG, Berben SAA, Teerenstra S, Samsom M, Schoonhoven L. Internet and social media for health-related information and communication in health care: preferences of the Dutch general population. *J Med Internet Res.* 2013;15(10):e220.
4. SmartHealth. Newsroom: online diëtiëk via Constamed [Internet]. Anna Jacobs; 2014 [bezoekt op 17 februari 2015]. Beschikbaar via: <http://www.smarthealth.nl/eHealth-mHealth-nieuws-week-49-2014>
5. Biesdorf S, Niedermann F. Healthcare's digital future - Insights from our international survey can help healthcare organizations plan their next moves in the journey toward full digitization. McKinsey, Munich; 2014.
6. PharmaPartners. Kwalitatief onderzoek onder gebruikers van MijnGezondheid.net. Oosterhout; 2014.
7. Sieben A, Bredie SJH, van Laarhoven CJHM, Schoonhoven L, Burger DM, Onzenoort HAW. E-healthinterventies en verbetering van therapietrouw. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2014;(158):A8460. Beschikbaar via: <https://www.ntvng.nl/artikelen/e-healthinterventies-en-verbetering-van-therapietrouw>
8. Doekhie KD, de Veer AJE, Rademakers JJDM, Schellevis FG, Francke AL. NIVEL Overzichtstudies: ouderen van de toekomst. Verschillen in de wensen en mogelijkheden. NIVEL, Utrecht; 2014.
9. Minister van VWS. Kamerstuk / Kamerbrief d.d. 2 juli 2014, met betrekking tot: e-health en zorgverbetering / Kenmerk 629334-122961-CZ. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport - Den Haag; 2014.
10. Dohmen D. De "e" van e-Health - Juiste energie voor optimale implementatie van moderne technologie in de zorg thuis. Twente University, Enschede; 2012. Beschikbaar via: <https://itunes.apple.com/nl/book/de-e-van-e-health/id738527159?mt=11#>
11. SmartHealth. eHealth in het curriculum? [Internet]. Anna Jacobs; 2013 [bezoekt op 17 februari 2015]. Beschikbaar via: <http://www.smarthealth.nl/2013/07/21/ehealth-in-het-curriculum/>
12. Reevo. Survey Results March 2012: Country comparison. 2012.
13. BrightLocal. Local Consumer Review Survey 2013. 2013 [bezoekt op 17 februari 2015]. Beschikbaar via: <https://www.brightlocal.com/2013/06/25/local-consumer-review-survey-2013/>
14. Minister van VWS. Kamerstuk / Kamerbrief 10-Nov-2014: 2015 jaar van de transparantie / Kenmerk 688830-129385-MC. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport - Den Haag; 2014.
15. NZa. Nadere regel NR/CU-244: Regeling verplichte publicatie sterftcijfers instellingen voor medisch specialistische zorg. Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht; 2013.
16. NVZ. NVZ Kwaliteitsvenster [Internet]. 2015 [bezoekt op 17 februari 2015] Beschikbaar via: <https://www.nvz-kwaliteitsvenster.nl/>
17. Nielsen. Global trust in advertising and brand messages. New York; 2013. Beschikbaar via: <http://www.pnrc.net/wp-content/uploads/2014/01/Nielsen-Global-Trust-in-Advertising-Report-September-2013.pdf>
18. Greaves F, Pape UJ, King D, Darzi A, Majeed A, Wachter RM, et al. Associations Between Web-Based Patient Ratings and Objective Measures of Hospital Quality. *Arch Intern Med - Am Med Assoc.* 2012;172(5):435-6.
19. Greaves F, Pape UJ, King D, Darzi A, Majeed A, Wachter RM, et al. Associations between internet-based patient ratings and conventional surveys of patient experience in the English NHS: an observational study. *BMJ Qual Saf.* 2012;21(7):600-5.
20. Bardach NS, Asteria-Penalosa R, Boscardin J, Adams Dudley R. The relationship between commercial website ratings and traditional hospital performance measures in the USA. *BMJ Qual Saf.* 2012;22(3):194-202.
21. Van de Belt TH, Verhoef LM, Engelen LJPG, Schoonhoven L, Kool RB. Sociale Media als informatiebron voor Toezicht op de Gezondheidszorg - Een explorerende studie. IQ Healthcare - Scientific Institute for Quality of Healthcare, Nijmegen; 2014.
22. SmartHealth. Innovatie is van ongekende kracht in Nederland [Internet]. Frederieke Jacobs; 2015 [bezoekt op 17 februari 2015]. Beschikbaar via: <http://www.smarthealth.nl/trendition/2015/01/29/ronnie-van-diemen-inspectie-voor-gezondheidszorg>
23. Victoor A, Rademakers J. Waarom kiezen patiënten niet voor het "beste" ziekenhuis? *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2015;(159):1-8.
24. Trisha Torrey. Tragic Reminders of the Uselessness of Doctor Ratings [Internet].; 2014 [bezoekt op 17 februari 2015]. Beschikbaar via: <http://patients.about.com/b/2013/09/11/tragic-reminders-of-the-uselessness-of-doctor-ratings.htm>
25. Andy Boxall. Forget smart watches and glasses, smart clothing will be the hottest trend of 2015 [Internet]. Digital Trends; 2014 [bezoekt op 17 februari 2015]. Beschikbaar via: <http://www.digitaltrends.com/wearables/smart-clothing-garments-at-ces-2015-and-beyond/>
26. Research2Guidance. Mobile Health Market Trends and Figures: The commercialization of mHealth applications (Vol. 3) [Internet]. [bezoekt op 17 februari 2015]. Beschikbaar via: <http://www.research2guidance.com/>
27. Oost K, Bolten R. De doe-het-zelfpatiënt en de huisarts: Over wat huisartsen vinden van zelfmetingen op initiatief van patiënten. TrendITion, Den Haag; 2014.
28. Motivaction. Zelfmeting zorgt voor gezonder gedrag [Internet]. [bezoekt op 17 februari 2015]. Beschikbaar via: <http://www2.motivaction.nl/?q=content/zelfmeting-zorgt-voor-gezonder-gedrag>

29. Wood H. Technology Update: The Next Generation of mHealth. HIMSS Insights. 2014;3(1):46-7.
30. Forrester. Kritische massa mobiel internet is bereikt [Internet]. 2009 [bezoekt op 17 februari 2015]. Beschikbaar via: <http://www.telecom-paper.com/nieuws/forrester-kritische-massa-mobiel-internet-is-bereikt-688582>
31. RIVM. Highlights: Trends in de volksgezondheid. VTV-2014. RIVM, Bilthoven; 2014 [bezoekt op 17 februari 2015]. Beschikbaar via: http://www.eengezondnederland.nl/Een_gezonder_Nederland/Highlights/Trends_in_de_volksgezondheid
32. Kooiker S, Hoeymans N. Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014: Burgers en Gezondheid. RIVM, Bilthoven; 2014.
33. NPCF. Meldactie Zelfmanagement: "Bent u actief betrokken bij uw behandeling?" Utrecht; 2010.
34. Minister van VWS. Kamerstuk / Kamerbrief d.d. 13 juni 2008, betreffende: Programmatische aanpak van chronische ziekten / Kenmerk PG.ZP 2.847,918. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport - Den Haag; 2008.
35. Minister van VWS. Kamerstuk / Kamerbrief d.d. 8 februari 2013, betreffende: Gezamenlijke agenda VWS "Van systemen naar mensen" / Kenmerk MEVA.AEB-3155166. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport - Den Haag; 2013.
36. Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? BMJ. 2011;(343).
37. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. RVZ-advies: Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid - De nieuwe ordening. Den Haag; 2010.
38. Boyne JJJ. Effects of telemonitoring in patients with heart failure. Universiteit Maastricht; 2013.
39. De Hartstichting. Telemonitoring [Internet]. 2015 [bezoekt op 17 februari 2015]. Beschikbaar via: <https://www.hartstichting.nl/medisch-onderzoek/telemonitoring>
40. Philips, Achmea, Zilveren Kruis, Achmea, CZ V. Het pad naar duurzame hartfalenzorg. 2014. Beschikbaar via: http://www.newscenter.philips.com/nl_nl/standard/about/news/press/2014/20141127-Nieuw-praktijk-onderzoek-toont-sterke-daling-opnames-en-26-procent-minder-zorgkosten.wpd#VQALToFwtX
41. Veerbeek M, Knispel A, Nuijen J. GGZ in tabellen 2011. Trimbos-instituut, Utrecht; 2013.
42. Ngo D, Brink M. Sectorrapport GGZ 2012: feiten en cijfers over een sector in beweging [Internet]. GGZ Nederland, Amersfoort; 2014. Beschikbaar via: <http://www.ggznederland.nl/uploads/assets/Sectorrapport%202012-web.pdf>
43. Verhaak P. Forse toename psychische klachten in de huisartsenpraktijk [Internet]. NIVEL, Utrecht; 2015 [bezoekt op 2015 Feb 5]. Beschikbaar via: <http://www.nivel.nl/nieuws/forse-toename-psychische-klachten-in-de-huisartsenpraktijk>
44. Trimbos. E-Mental Health door POH-GGZ en huisarts, wat is er nodig voor opschaling? [Internet]. 2014 [bezoekt op 2015 Feb 17]. Beschikbaar via: <https://infograph.venngage.com/em-bed/38b05753-cac4-466c-8cdd-cff7bcd392ef>
45. SmartHealth. GGZ eHealth: een Fitbit voor je ziel? [Internet]. Jan Jacobs; 2014 [bezoekt op 17 februari 2015]. Beschikbaar via: <http://www.smarthealth.nl/2014/07/10/een-fitbit-voor-de-ziel-ehealth-ggz>
46. Odile Smeets, Katherina Martin Abello, Moniek Zijlstra-Vlasveld BB. E-health in de GGZ: hoe staat het daar nu mee? Ned Tijdschr Geneeskd [Internet]. 2014; Beschikbaar via: <https://www.ntvg.nl/artikelen/e-health-de-ggz-hoe-staat-het-daar-nu-mee>
47. GGZ Nederland. Implementatie en opschaling eHealth: van masterclass naar masterplan. 2014.
48. SmartHealth. Ook 2014 weer jaar van doorbraak eHealth in GGZ (of anders 2015) [Internet]. Jan Jacobs; 2013. Beschikbaar via: <http://www.smarthealth.nl/2013/12/19/ook-2014-weer-jaar-van-doorbraak-ehealth-in-ggz/>
49. Neuvirth H, Ozery-Flato M, Hu J, Laserson J, Kohn MS, Ebadollahi S, et al. Toward personalized care management of patients at risk: the diabetes case study. 17th ACM SIGKDD international conference on Knowledge discovery and data mining. New York, NY: ACM Press; 2011.
50. Wmo-to-go. Aandachtspunten voor sociale wijkteams [Internet]. [bezoekt op 17 februari 2015]. Beschikbaar via: <http://www.wmotogo.nl/586/aandachtspunten-voor-sociale-wijkteams/>
51. Kok E, Briels B. Evaluaties van social wijkteams: inventarisatie van afgesloten onderzoeken van sociale wijkteams. Movisie, Utrecht; 2014.
52. Rijksoverheid. Hoe is de zorg en ondersteuning per 2015 georganiseerd? [Internet]. 2015 [bezoekt op 2015 Feb 17]. Beschikbaar via: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/hervorming-langdurige-zorg/veranderingen-in-de-langdurige-zorg>
53. Peeters J, Wiegers T, de Bie J, Friele R. NIVEL Overzichtstudie: technologie in de zorg thuis. Nog een wereld te winnen! NIVEL, Utrecht; 2013.
54. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. RVZ-advies: Patiënteninformatie - Informatievoorziening rondom de patiënt. Den Haag; 2014. Beschikbaar via: http://www.rvz.net/uploads/docs/Advies_Patiënteninformatie.pdf
55. NPCF. Wat is een PGD? [Internet]. [bezoekt op 17 februari 2015]. Beschikbaar via: http://www.npcf.nl/index.php?option=com_content&view=article&id=5781&Itemid=42
56. Ekker A, Burghouts A, Hutink H, Uitendaal P, Golyardi S, Veereschild S. Wet- en regelgeving in de zorg. Nictiz en NEN, Den Haag - Delft; 2013.
57. NPCF. NIVEL / Notitie: overzicht buitenlandse PGD-platforms. Utrecht; 2014. Beschikbaar via: <http://www.npcf.nl/images/stories/dossier/pgd20/Notitie-Buitenlands-Overzicht-PGD-Platforms.pdf>
58. NPCF. Notitie: de rol van technologie-reuzen bij de opschaling van het PGD. Utrecht; 2015. Beschikbaar via: <http://www.npcf.nl/images/stories/dossier/pgd20/Technologie-reuzen-en-het-PGD-Fo1.pdf>

59. NPCF. Wat is het PGD Kader 2020? [Internet]. [bezoekt op 2015 Feb 17]. Beschikbaar via: http://www.npcf.nl/index.php?option=com_content&view=article&id=5782&Itemid=43
60. Arnstein SR. A Ladder of Citizen Participation. J Am Inst Plann. 1969;35(4):216–24.
61. Nictiz. Samenvatting wetsvoorstel cliëntenrechten bij elektronische gegevensverwerking [Internet]. 2014 [bezoekt op 2015 Feb 17]. Beschikbaar via: <http://www.nictiz.nl/page/Expertise/Wetgeving>
62. SmartHealth. Iedereen een persoonlijk gezondheidsdossier in 2020 [Internet]. Nienke Beekers; 2014 [bezoekt op 17 februari 2015]. Beschikbaar via: <http://www.smarthealth.nl/trendition/2014/11/20/iedereen-een-persoonlijk-gezondheidsdossier-2020>
63. Centraal Bureau voor de Statistiek. StatLine [Internet]. 2014 [bezoekt op 17 februari 2015]. Beschikbaar via: <http://statline.cbs.nl/>
64. Autoriteit Consument en Markt. Telecommonitor: Tweede kwartaal 2014. ACM, Den Haag; 2014.
65. Vektis. Vektis Open Data: Databestand Zorgverzekeringswet [Internet]. 2012 [bezoekt op 17 februari 2015]. Beschikbaar via: <http://www.vektis.nl/index.php/vektis-open-data>
66. NPCF. Zorgkaart Nederland [Internet]. 2015 [bezoekt op 17 februari 2015]. Beschikbaar via: <http://www.zorgkaartnederland.nl>
67. Beekers N. Is de smartphone hét recept voor verbeterd medicatiegebruik? TrendITion, Den Haag; 2014. Beschikbaar via: <http://www.nictiz.nl/page/Publicaties/Whitepapers>
68. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Nationale Atlas Volksgezondheid: Langdurige zorg / Verpleging en verzorging [Internet]. RIVM, Bilthoven; 2013. Beschikbaar via: <https://www.volksgezondheidzorg.info/>

Colofon

‘Spelen met de zorg van morgen’ is een uitgave van TrendITion, een samenwerkingsverband van Nictiz en het Reshape Center van het Radboudumc.

Geschreven door Arina Burghouts, Nienke Beekers, Johan Krijgsman, Stefan Ottenheijm, Karin Oost, Fernao Beenkens, Jan Jacobs (Smarthealth.nl)

Met dank aan (reviewers en geïnterviewden) Bart Brandenburg (Medicinfo), Bart Timmers (huisarts), Bernadette van Oost (NPCF), Danny van den IJssel (NPCF), Elisa Gielen (TinyEye Europe), Geert-Jan van Holten (huisarts), Geert-Jan van Kemenade (Nictiz), Giel van Berkel (Beatrixziekenhuis), Jaco van Duivenbode (NHG), Jan Erik de Wildt (Universiteit van Tilburg, De Ondernemende Huisarts, De Eerstelijns), Jim van Os (Universiteit van Maastricht), Jorne Grolleman (Mentalshare Direct), José Peeters (NIVEL), Marian Hoekstra (KNMG), Marinka de Jong (Nictiz), Martine Rooth (Fysiovoorjou.nl), Nicky Hekster (IBM), Niels Rossen (huisarts), Pim Volkert (Nictiz), Rens van Oosterhout (CZ), Rob Maes (Gemini Ziekenhuis), Sander Casparis (HelloFysio), Waldemar Hogerwaard (eGPO), Wiel Ploegman (Proteion Thuis), Yvonne Schoolderman (Yvonneblogtmetzorg.wordpress.com)

Redactie

Ingrid Grutters, Barbara van Rest,
Geert-Jan Cath

Vormgeving & productie
media&more

1^o druk
maart 2015

ISBN
978-90-820304-2-6

Contact

info@nictiz.nl
www.trendition.nl
www.nictiz.nl

 @TrendITion_NL

 @Nictiz

 Nictiz


Powered by Nictiz & Radboudumc

© 2015, Nictiz, Den Haag

Disclaimer: In het gehele document gebruiken we merknamen van producten of diensten. Dit doen we om te illustreren welke mogelijkheden er al bestaan. We worden niet betaald door bedrijven om deze namen te noemen en beogen niet om reclame te maken voor producten of diensten door ze in dit document te noemen.



De zorg verandert en technologie ontwikkelt zich razendsnel. Welke impact heeft eHealth op de zorg, en met name op de eerstelijnszorg?

In dit trendboek spelen we met de mogelijkheden die de zorg van morgen ons biedt. Zo willen we een discussie over digitale ontwikkelingen in de eerstelijnszorg op gang brengen. Wat betekenen zelfmetingen, online consulten, persoonlijke gezondheidsdossiers, online beoordelingen, online psychische hulp, domotica en populatiemanagement in de wijk voor eerstelijnszorgaanbieders en hun patiënten?