



Meer dan techniek

eHealth-monitor 2016

Betere gezondheid
door betere informatie

Nictiz 


nivel

Meer dan techniek

eHealth-monitor 2016

Johan Krijgsman
Ilse Swinkels
Britt van Lettow
Judith de Jong
Kim Out
Roland Friele
Lies van Gennip

Dit is een uitgave van Nictiz en het NIVEL
Den Haag en Utrecht, oktober 2016
©Nictiz en het NIVEL

Inhoudsopgave

SAMENVATTING: DE EHEALTH-MONITOR 2016 IN VOGELVLUCHT	6	6.4 Conclusie en discussie	98
Randvoorwaarden voor succesvolle inzet van eHealth	7	6.5 Referenties	100
Resultaten per categorie van eHealth-toepassingen	10	7 BEGELEIDING EN ONDERSTEUNING OP AFSTAND	102
Aanbevelingen voor beleidsmakers en belangengroepen	15	7.1 Inleiding	103
1 INLEIDING	18	7.2 Gebruik van internet in het directe patiëntencontact	105
1.1 Vraagstelling en indeling van eHealth-toepassingen	20	7.3 Toezichhoudende technieken	106
1.2 Onderzoeksmethode	21	7.4 Beeldbellen	108
1.3 Indicatoren	22	7.5 Medicijndispensers	110
1.4 Anders in deze monitor	22	7.6 Zorgrobots	112
1.5 Leeswijzer	23	7.7 Telemonitoring	112
1.6 Toelichting op enkele gebruikte termen	23	7.8 Conclusie en discussie	114
1.7 Referenties	24	7.9 Referenties	116
2 ONTWIKKELINGEN SINDS DE EHEALTH-MONITOR 2015	26	8 ELEKTRONISCHE DOSSIERVOERING VOOR ZORGVERLENERS	118
2.1 Ontwikkelingen in Nederland	27	8.1 Inleiding	119
2.2 Europees beleid	33	8.2 Elektronische dossiervoering	120
2.3 Andere onderzoeken	34	8.3 Geautomatiseerde waarschuwingen	122
2.4 Terugblik op de aanbevelingen van 2015	36	8.4 Meninge n over EPD's onder artsen	124
2.5 Referenties	38	8.5 Conclusie en discussie	126
3 WAT HELPT OM EHEALTH BETER OF MAKKE LIJKER TOE TE PASSEN?	42	8.6 Referenties	127
3.1 Inleiding	43	9 ELEKTRONISCHE COMMUNICATIE TUSSEN ZORGVERLENERS	128
3.2 Ervaringen met eHealth bij de POH-GGZ	44	9.1 Inleiding	130
3.3 Ervaringen met eHealth bij managers en bestuurders in de care	47	9.2 Gebruikte systemen voor elektronische gegevensuitwisseling	132
3.4 Ervaringen met eHealth bij artsen	50	9.3 Elektronische informatie-uitwisseling met andere zorgverleners	133
3.5 Ervaringen met eHealth bij verpleegkundigen	55	9.4 Gegevens versturen en ontvangen	135
3.6 Discussie en conclusie	58	9.5 Elektronische gegevensuitwisseling volgens managers, bestuurders en verpleegkundigen	142
3.7 Referenties	61	9.6 Teleconsultatie en digitale consultgesprekken	143
4 GEMAK EN SERVICE VOOR ZORGGEBRUIKERS	62	9.7 Conclusie en discussie	145
4.1 Inleiding	63	9.8 Referenties	149
4.2 eHealth voorbeelden van zorggebruikers	64	DANKWOORD	150
4.3 Online contact tussen zorggebruikers en zorgverleners	64	BIJLAGE A. ONDERZOEKSMETHODE	153
4.4 Wat zijn redenen om online een afspraak met een zorgverlener te maken?	72	Dataverzameling voor het vragenlijstonderzoek	153
4.5 Aanraden van online mogelijkheden	73	Zorggebruikers	154
4.6 Conclusie en discussie	74	Panel Psychisch Gezien	155
4.7 Referenties	75	Artsen	157
5 ONTSLUITING VAN MEDISCHE GEGEVENS VOOR DE PATIËNT	76	Verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners	158
5.1 Inleiding	77	POH-GGZ	160
5.2 Inzagemogelijkheden in het medisch dossier	78	Managers en bestuurders in de care	161
5.3 Wenselijkheid van inzage volgens artsen	82	Selectie van eHealth-toepassingen	162
5.4 Conclusie en discussie	83	Analyses en betrouwbaarheid	163
5.5 Referenties	84	Referenties	164
6 ZELFMANAGEMENT EN ONLINE BEHANDELING	86	BIJLAGE B. INDICATOREN VOOR BESCHIKBAARHEID EN GEBRUIK VAN EHEALTH	166
6.1 Inleiding	87	BIJLAGE C. LIJST VAN AFKORTINGEN	176
6.2 Online zelfmanagement	88		
6.3 eMental Health	95		

Samenvatting: de eHealth-monitor 2016 in vogelvlucht

Resultaten, conclusies en aanbevelingen

Verpleegkundige: *“Bij goed gebruik,
een sprong vooruit.”*



Verpleegkundige: *“Menselijk contact blijft
het belangrijkste. De elektronische
hulpmiddelen zie ik als
ondersteuning, niet als vervanging.”*



eHealth is een ontwikkeling waar we niet meer om heen kunnen. Elektronische dossiervoering en elektronische informatie-uitwisseling zijn niet meer weg te denken, al vinden zorgverleners dat het nog stukken beter kan. Online gemaksdiensten, zoals het e-consult of het online bestellen van herhaalrecepten, vinden langzaam maar zeker verder hun weg naar de zorggebruiker¹. Deze ziet wel degelijk voordelen van eHealth, maar wordt nog onvoldoende in de veranderingen meegenomen. Er zijn ook toepassingen, zoals videoconsulten met de huisarts, waar nog niet van te voorspellen is of ze op grote schaal gebruikt gaan worden.

Belangrijk is dat eHealth meer is dan alleen techniek. Er is meer aandacht nodig voor de maatschappelijke innovatie die met de invoering van techniek gepaard gaat. Van de zorgverleners en managers in de zorg die aan deze monitor meewerken, leren we welke zaken essentieel zijn als we eHealth willen inzetten om de zorg te verbeteren. Dat zijn onder andere samenwerking, kennisdeling, aandacht voor opleiding en ondersteuning, en het maken van gemeenschappelijke keuzes voor standaarden en best practices.

In deze samenvatting nemen we u in vogelvlucht mee door het onderzoek dat we dit jaar in het kader van de eHealth-monitor hebben gedaan. Eerst gaan we in op randvoorwaarden voor succesvolle inzet van eHealth-innovaties. Daarna bespreken we de mate van beschikbaarheid en het daadwerkelijk gebruik van de verschillende toepassingsgebieden van eHealth. We sluiten af met aanbevelingen voor overheidsbeleid en de zorgpraktijk.

Randvoorwaarden voor succesvolle inzet van eHealth

Dit jaar lag een accent op de vraag wat zorgverleners en managers van zorginstellingen zou helpen om eHealth gemakkelijker of beter toe te passen, welke

knelpunten zij ervaren en welke effecten zij zien optreden door de inzet van eHealth. De belangrijkste punten die door hen zijn genoemd, staan in tabel 1. Deze zijn verdeeld over vijf aandachtsgebieden (A t/m E). Elk aandachtsgebied wordt hieronder kort besproken (zie hoofdstuk 3 voor meer achtergrondinformatie).²

A. eHealth-toepassingen kunnen beter - er is behoefte aan koppelingen en gedeelde standaarden

Het eerste aandachtsgebied voor het makkelijker of beter toepassen van eHealth is de kwaliteit van de eHealth-toepassingen zelf. Uit veel opmerkingen van zorgverleners leiden wij af dat zij het idee

1 Als we in dit rapport spreken over zorggebruikers, bedoelen we elke Nederlandse burger die toegang heeft tot de gezondheidszorg. Niet alle zorggebruikers zijn altijd patiënt. Als we in dit rapport de term patiënt gebruiken, bedoelen we mensen die onder behandeling zijn bij een zorgverlener óf mensen die ingeschreven staan bij een zorgverlener of zorginstelling.

2 De vijf aandachtsgebieden zijn afgeleid van een bestaand raamwerk voor implementatie-onderzoek, het 'Consolidated Framework for Implementation Research'. Zie Damschroder, L.J., Aron, D.C., Keith, R.E., Kirsch, S.R., Alexander, J.A., Lowery, J.C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(50).

hebben dat de toepassingen zijn ontwikkeld zonder begrip voor hun werkwijze en daardoor problemen opleveren in het gebruik ervan. Zorgverleners willen systemen die beter werken, gemakkelijker zijn in het gebruik, en vooral systemen die beter onderling te koppelen zijn. Daarnaast worden zorgverleners (en managers) veelal overweldigd door het brede aanbod. Zij hebben dan ook behoefte aan standaarden. Daarbij doelen zij niet alleen op informatie-uitwisselingsprotocollen, maar ook op keuzes voor dezelfde systemen in verschillende organisaties die veel met elkaar (moeten) samenwerken. Tegelijkertijd willen zij echter voldoende ruimte om systemen en modules aan te passen naar de behoefte van de organisatie en cliënten.

B. Er moet oog zijn voor de eindgebruiker, zowel patiënt als zorgverlener

Managers in de care geven aan dat wanneer collega's en medewerkers de toepassing graag willen gebruiken, de implementaties ook succesvoller zijn. Dat geldt ook voor patiënten en cliënten. Uit dit onderzoek blijkt dat de houding van de eindgebruiker (zorgverlener en/of zorggebruiker) sterk kan verschillen. Terwijl POH's-GGZ positief staan tegenover eHealth en verpleegkundigen in het algemeen ook optimistisch zijn (maar vaak nog zoekende naar wat voor hen handig is), ervaren managers in de care weerstand onder het personeel als een belangrijke belemmering bij het uitbreiden van de inzet van eHealth.

C. In de organisatie is behoefte aan tijd, scholing en het opdoen van ervaring

Een deel van de genoemde aandachtspunten heeft te maken met het vergroten van de kennis over

eHealth en de eHealth-monitor

eHealth is het gebruik van hedendaagse informatie- en communicatietechnologieën, in het bijzonder internet-technologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren.

De eHealth-monitor is een jaarlijks terugkerend onderzoek, waarin Nictiz en het NIVEL de beschikbaarheid en het gebruik van eHealth in Nederland in kaart brengen. Daarbij wordt ook gekeken naar stimulansen, belemmeringen, effecten en ontwikkelingen in de tijd.

De resultaten van deze monitor zijn gebaseerd op vragenlijsten ingevuld door 591 zorggebruikers, 590 artsen, 671 verpleegkundigen, 125 praktijkondersteuners huisarts voor de geestelijke gezondheidszorg (POH's-GGZ), 1357 leden van het Panel Psychisch Gezien en 68 managers in de care.

eHealth bij organisaties en zorgverleners. Er is dan ook behoefte aan meer nascholing en voorlichting, meer tijd om zich in eHealth te verdiepen, en meer gelegenheid om met toepassingen te oefenen en ervaringen op te doen. Instructie voor patiënten en cliënten moet daarbij niet worden vergeten.

D. Het implementatieproces vereist ambassadeurs en zichtbare resultaten

In het implementatieproces is het belangrijk om medewerkers te betrekken en ambassadeurs te vinden. Daarnaast moet er aandacht zijn voor het motiveren van andere betrokkenen die invloed kunnen hebben op het slagen van de innovatie (denk bijvoorbeeld aan de huisarts in het geval van de POH-GGZ). Deelnemers aan het onderzoek

Tabel 1

Aandachtspunten voor het makkelijker of beter toepassen van eHealth, volgens artsen³ (A), verpleegkundigen (V), POH's-GGZ (P) en managers/bestuurders in de care (M). Zie hoofdstuk 3.

Thema	Genoemde aandachtspunten
A. De eHealth-toepassing zelf	<ul style="list-style-type: none"> Betere koppelingen/integratie van toepassingen (A, P, M) Verbetering van de techniek/goed werkende systemen (A, V) Meer gebruikersgemak (A, P) Minder diversiteit/wildgroei (A) Standaarden/uniforme systemen (A, M) Mogelijkheid om modules aan te passen naar behoefte van cliënten en organisatie (M, P) Betaalbare systemen, acceptabele opstartkosten (M, A)
B. Beoogde eindgebruikers	<ul style="list-style-type: none"> In kaart brengen van de wens om de eHealth-toepassing te gebruiken (M) Adresseren van eventuele weerstanden onder de medewerkers (M)
C. Organisatie	<ul style="list-style-type: none"> Commitment vanuit het management (M, V) Kennis in organisatie verhogen/meer deskundigheid kunnen inzetten (M) Instructie/nascholing/voorlichting van de zorgverlener (A, P, V) Instructie aan de patiënt (A, V) Betere support / ondersteuning (A, V) Meer tijd voor medewerkers om zich in eHealth te verdiepen en te leren (A, V, P) Meer gelegenheid om te oefenen en ervaring op te doen (P) Aanpassen van de werkprocessen om meer tijd te maken voor eHealth-gerelateerde taken (P)
D. Implementatieproces	<ul style="list-style-type: none"> Betrekken van de medewerkers (V) Beschikken over ambassadeurs (M) Motiveren van andere betrokkenen, die nodig zijn voor het succes (bv. de huisarts in geval van de POH-GGZ, of collega's) (P, V) Duidelijk maken dat eHealth van belang is (M) Gefundeerde keuzes maken (V) Zichtbaar maken van de resultaten (M)
E. Omgevingsfactoren	<ul style="list-style-type: none"> Betere en/of duidelijkere financieringsmogelijkheden/vergoedingen (A, M, P) Meer informatie over aanbod en effecten (P) Delen van goede voorbeelden en best practices (M) Meer onderzoek en bewijs voor effectiviteit (P, M) Waarborgen van de informatiebeveiliging van systemen en privacybeschermende maatregelen (A, V)

geven aan dat resultaten zichtbaar gemaakt moeten worden, maar dat dit lang niet altijd gebeurt.

E. De omgevingsfactoren kunnen beter: financiering, best practices, bewijs voor effectiviteit

De roep om betere financieringsmogelijkheden en/

of vergoedingen blijft terugkomen bij zowel managers als zorgverleners (vooral bij huisartsen). Het blijft kennelijk in veel gevallen moeilijk om tot een sluitende business case te komen ondanks bestaande regelingen. Daarnaast is er een vraag naar meer zekerheid vooraf over de effectiviteit; dat blijkt uit de vraag naar meer onderzoek en het

3 Met artsen bedoelen we huisartsen en medisch specialisten

verzamelen van bewijs. Daarbij kan het ook gaan om het leren van de ervaringen van anderen. Er is behoefte aan het delen van goede voorbeelden en best practices, ook vanwege de grote diversiteit in keuzes. Ook zorggebruikers moeten beter geïnformeerd worden over de mogelijkheden.

Conclusie: we moeten verder kijken dan techniek, naar maatschappelijke innovatie

De resultaten laten zien dat de inzet van eHealth meer is dan het invoeren van een nieuwe techniek. Het vraagt om een maatschappelijke innovatie waarbij menselijke, organisatorische en omgevingsaspecten van groot belang zijn. Samenwerking tussen meerdere partijen is vrijwel altijd noodzakelijk. Maatschappelijke innovatie gaat verder dan het veranderen van een proces of organisatie. Het gaat ook over de interactie tussen de zorgverlener en de zorggebruiker. Daarin zullen beiden zich andere gewoontes eigen moeten maken. Niet alleen processen moeten veranderen, mensen moeten anders gaan denken en soms zelfs zich anders gaan voelen (bijvoorbeeld zelfstandiger). De door de deelnemers genoemde aandachtspunten bieden aanknopingspunten voor eHealth-bevorderende maatregelen, zowel voor zorgorganisaties als voor andere betrokkenen. Van leveranciers van toepassingen tot beleidsmakers en onderwijsinstellingen. De aanbevelingen aan het eind van dit hoofdstuk sluiten hierbij aan.

Resultaten per categorie van eHealth-toepassingen

Jaarlijks monitoren we de mate van beschikbaarheid en gebruik van verschillende soorten eHealth-toepassingen. Tabel 2 geeft een globaal overzicht

van zeven toepassingsgebieden. Tabel 3 benoemt per toepassingsgebied de belangrijkste resultaten en trends over de afgelopen jaren en illustreert dit met voorbeelden. Hieronder komen de opvallendste bevindingen kort aan de orde.

eHealth-aanbod is substantieel, maar zorggebruiker maakt er weinig gebruik van

Voorals bij huisartsen is al sprake van een substantieel aanbod van online diensten voor patiënten, zoals e-consulten of het online aanvragen van herhaalrecepten. Toch is digitaal contact met de zorgverlener voor de Nederlandse zorggebruiker nog niet vanzelfsprekend. De meeste Nederlanders weten nog steeds niet goed wat er online mogelijk is bij hun eigen huisarts of medisch specialist.

Ze houden vast aan oude gewoontes. De meesten zeggen dat zorgverleners hen nooit op de digitale mogelijkheden wijzen. Positief is dat de groep van zorggebruikers die weet wat bij hun huisarts aan online diensten beschikbaar is, langzaam maar zeker toeneemt. Het gebruik van deze diensten neemt echter nog niet toe.

Ook als het gaat om het bijhouden van informatie over de medische zorg, is de Nederlandse zorggebruiker nog niet erg digitaal ingesteld. Wie zorginformatie bijhoudt op een centrale plaats, zoals de uitslagen van laboratoriumonderzoek en brieven van artsen, doet dat meestal op papier. Slechts 5% doet dat op de computer en maar 1% gebruikte in het afgelopen jaar een online persoonlijk gezondheidsdossier (ook wel persoonlijke gezondheidsomgeving genoemd). De meeste mensen hebben zich hier nooit in verdiept of hebben er nooit van gehoord.

De onbekendheid met en het relatief beperkte gebruik van eHealth-diensten staan in contrast met onze bevinding dat een belangrijk deel van de zorggebruikers (bijna de helft) graag online diensten wil gebruiken, zoals de aanvraag van herhaalrecepten en online afspraken. Dit contrast tussen de aangegeven interesse enerzijds, en het achterblijvend gebruik anderzijds, is hardnekkig.

Online inzage komt langzaam maar zeker op gang

In het eHealth-beleid is veel aandacht voor het online beschikbaar stellen van het medisch dossier aan de patiënt, zodat die beter geïnformeerd is. In de mogelijkheden die artsen hiervoor bieden, is een gestage groei te zien, onder andere als het gaat om online inzage in de medicatiegegevens. De mogelijkheid voor patiënten om gegevens aan hun dossier toe te voegen, is nog ongebruikelijk. Maar er is meer mogelijk dan de meeste zorggebruikers weten. Dezelfde onbekendheid met de mogelijkheden blijkt ook uit eerdere metingen onder chronisch zieken.⁴

De POH-GGZ is vooruitstrevend op het gebied van eHealth

De praktijkondersteuners huisarts voor de geestelijke gezondheidszorg (POH's-GGZ) zijn zeer positief over de mogelijkheden van eHealth. Het afgelopen jaar heeft 92% een vorm van eMental Health ingezet, bijvoorbeeld psycho-educatie of zelfhulp bij angstklachten, piekeren of stemmingsklachten. POH's vinden dat eMental-Health een meerwaarde heeft voor bepaalde cliënten en ervaren positieve effecten, vooral dat het de zorgverlening verrijkt met extra tools om cliënten te begeleiden. Hierbij

kan meespelen dat de functie van de POH-GGZ ontstaan is in een periode waarin het eHealth-aanbod op dit gebied zich sterk ontwikkelde.

Tegelijkertijd geven POH's aan dat er nog het nodige te verbeteren valt. De meest genoemde problemen zijn dat cliënten voortijdig afhaken, dat het productaanbod niet goed aansluit bij een deel van de cliënten en dat cliënten een voorkeur hebben voor face-to-face gesprekken. Er kunnen mogelijk nog meer cliënten worden bereikt. Van de zorggebruikers die het afgelopen jaar een GGZ-hulpverlener bezocht, volgde een relatief kleine groep (9%) een (gedeeltelijk) online behandeling. Naar schatting zou dit op landelijke schaal om ten minste veertigduizend cliënten kunnen gaan.

Hoewel de care innovatie belangrijk vindt, neemt het gebruik van eHealth nauwelijks toe

Er is een groot aantal eHealth-toepassingen dat gericht is op het ondersteunen van ouderen in de thuissituatie, zodat zij langer thuis kunnen wonen. Sommige van deze technieken zijn vrij breed ingevoerd in de care, vooral toezichthoudende technieken zoals bewegingsmelders, valdetectie, uitluisteren en het persoonlijk alarm. Er is echter weinig toename te zien; ook niet bij beeldschermzorg, waarvan de inzet in instellingen in de care vorig jaar volgens verpleegkundigen nog groeide. Alleen de inzet van medicijndispensers neemt momenteel toe.

Managers in de care hebben in het algemeen een positieve houding ten opzichte van innovaties, maar lopen tegen belemmeringen aan.

4 Krijgsman, J., Peeters, J., Waverijn, G., Van Lettow, B., van der Hoek, L., De Jong, J., Friele R., Van Gennip, L. (2016). 'Omdat ik het belangrijk vind om goed voor mezelf te zorgen' - Rapportage eHealth-doelstellingen 2016. Den Haag & Utrecht: Nictiz & NIVEL.

Tabel 2
Beschikbaarheid en gebruik
van verschillende
eHealth-toepassingen
(illustratieve voorbeelden) in
Nederland, gebaseerd op
cijfers uit deze monitor.

Toepassingsgebied van eHealth	Experimenteel en/of kleinschalig gebruik (<10%)	Gemiddeld gebruik (10-50%)	Breed gebruikt (>50%)
I. Zelfmanagement (hoofdstuk 6)	<ul style="list-style-type: none"> • Persoonlijke gezondheidsdossiers • Zelf online bijhouden van gegevens over doktersbezoeken en behandelingen • Gebruik website/app tegen stress, slecht slapen, piekeren 	<ul style="list-style-type: none"> • Bijhouden lichamelijke activiteit • Bijhouden gegevens over gezondheid via internet of met een app • Zelf gezondheidswaarden meten en bijhouden 	<ul style="list-style-type: none"> • Informatie zoeken op internet
Toepassingsgebied van eHealth	Experimenteel en/of kleinschalig beschikbaar (<10%)	Gemiddeld beschikbaar (10-50%)	Breed beschikbaar (>50%)
II. Gemak en service voor zorggebruikers (hoofdstuk 4)	<ul style="list-style-type: none"> • Video-consult artsen 	<ul style="list-style-type: none"> • Online afspraken artsen 🔄 • e-consult medisch specialisten 🔄 	<ul style="list-style-type: none"> • Online aanvraag herhaalrecepten huisartsen 🔄 • e-consult huisartsen 🔄 • e-consult POH-GGZ 🟡
III. Online inzage in het patiëntendossier (hoofdstuk 5)	<ul style="list-style-type: none"> • Patiënten die waarden toevoegen aan het dossier van de zorgverlener 	<ul style="list-style-type: none"> • Online inzage medicatiegegevens bij artsen 🔄 • Cliënten-/patiëntenportaal in de care 	
IV. Online behandeling (hoofdstuk 6)			<ul style="list-style-type: none"> • Online (zelfhulp) programma's POH-GGZ 🔄
V. Begeleiding op afstand (hoofdstuk 7)	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgrobots • Telemonitoring (anders dan diabetes) door huisarts 	<ul style="list-style-type: none"> • Toezichhoudende technieken • Beeldschermzorg 🔄 • Medicijn dispenser 🔄 • Telemonitoring diabetes door huisarts 	
VI. Elektronische patiëntendossiers (hoofdstuk 8)		<ul style="list-style-type: none"> • Elektronische patiëntendossiers verpleegkundigen in de care 	<ul style="list-style-type: none"> • Elektronische patiëntendossiers bij artsen en verpleegkundigen in de cure
VII. Elektronische informatie-uitwisseling tussen zorgverleners (hoofdstuk 9)	<ul style="list-style-type: none"> • Informatie-uitwisseling tussen huisarts en dienst maatschappelijke ondersteuning van gemeente 	<ul style="list-style-type: none"> • Informatie-uitwisseling tussen medisch specialist en andere ziekenhuizen, verpleeghuizen en apotheken • Telecardiologie, tele-GGZ 	<ul style="list-style-type: none"> • Informatie-uitwisseling tussen huisarts en apotheken en huisartsenposten; • Informatie-uitwisseling tussen medisch specialist en laboratorium • Teledermatologie

Toelichting: In de categorie 'zelfmanagement' zijn de toepassingen ingedeeld naar de mate van *gebruik* door zorggebruikers. Voor de andere categorieën is de *beschikbaarheid* leidend voor de indeling. In de categorieën 'Gemak en service', 'Online inzage', 'Online behandeling' en 'Begeleiding op afstand' is de beschikbaarheid gebaseerd op de vraag of zorgaanbieders een toepassing aanbieden aan patiënten. Hierbij is aangegeven met een 🔄 of 🟡 in welke mate zorggebruikers aangeven hiervan gebruik te maken (🔄 = minder dan 10% gebruikt dit; 🟡 = 10-50% gebruikt dit). Als een toepassing alleen gericht is op zorgverleners, geeft de indeling in de tabel aan in hoeverre zorgverleners hierover beschikken.

Tabel 3
Belangrijkste resultaten en trends per toepassingsgebied, gebaseerd op cijfers uit deze monitor.

Toepassingsgebied van eHealth	Belangrijkste resultaten en trends	Voorbeelden van resultaten en trends
I. Zelfmanagement (hoofdstuk 6)	<ul style="list-style-type: none"> • Belangstelling voor het online bijhouden van informatie over leefstijl en gezondheid neemt toe. • Zelf bijhouden van informatie over de ontvangen medische zorg gebeurt vooral op papier. 	<ul style="list-style-type: none"> • Het percentage zorggebruikers dat de eigen lichaamsbeweging bijhoudt met een stappenteller of een mobiele app steeg van 12% in 2014 naar 22% in 2016. (tabel 6-3) • Van de zorggebruikers gebruikte 1% procent in het afgelopen jaar een online persoonlijk gezondheidsdossier. (tabel 6-8)
II. Gemak en service voor zorggebruikers (hoofdstuk 4)	<ul style="list-style-type: none"> • Vooral bij huisartsen is er al een substantieel aanbod van online diensten en het aanbod van sommige diensten groeit. • Zorggebruikers blijven slecht op de hoogte van het aanbod aan online diensten bij zorgverleners, al neemt de bekendheid iets toe. • Het gebruik van online diensten door zorggebruikers blijft laag. 	<ul style="list-style-type: none"> • Het aanbod van online afspraken door huisartsen steeg van 14% van in 2013 naar 37% in 2016. (tabel 4-2) • Van de mensen die in het afgelopen jaar een medisch specialist bezocht, wist 63% niet of zij daar online een afspraak konden maken. (tabel 4-18) • Het percentage zorggebruikers dat weet dat het online bestellen van herhaalrecepten mogelijk is bij hun huisarts steeg van 21% in 2013 tot 33% in 2016. Voor e-consulten steeg dit van 10% in 2013 naar 15% in 2015. (tabel 4-11) • Het hoogste gebruikpercentage is 17% voor herinneringen ontvangen via e-mail of sms voor een afspraak met mijn zorgverlener. (tabel 4-19)
III. Online inzage in het patiëntendossier (hoofdstuk 5)	<ul style="list-style-type: none"> • Mogelijkheid tot online inzage voor patiënten neemt gestaag toe. • Het percentage zorggebruikers stijgt dat weet dat online inzage mogelijk is bij de medisch specialist. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mogelijkheid tot online inzage in medicatie steeg bij huisarts van 12% in 2014 naar 22% in 2016; bij medisch specialist van 6% in 2014 naar 16% in 2016. (tabel 5-1, tabel 5-2) • Van de zorggebruikers weet 6% dat online inzage in het dossier mogelijk is bij de medisch specialist, tegen 5% bij de huisarts. (tabel 5-7)
IV. Online behandeling (hoofdstuk 6)	<ul style="list-style-type: none"> • De POH staat positief tegenover eMental Health. • Er was geen toename in het gebruik van online behandelingen onder bezoekers van GGZ-zorgverleners. 	<ul style="list-style-type: none"> • Van de POH-GGZ heeft 92% het afgelopen jaar een vorm van eMental Health ingezet. (tabel 6-23) • Van de zorggebruikers die het afgelopen jaar een GGZ-hulpverlener bezochten, volgde 9% een gedeeltelijk online behandeling. (tabel 6-19)

Vervolg Tabel 3
Belangrijkste resultaten en trends per toepassingsgebied, gebaseerd op cijfers uit deze monitor.

Toepassingsgebied van eHealth	Belangrijkste resultaten en trends	Voorbeelden van resultaten en trends
V. Begeleiding op afstand (hoofdstuk 7)	<ul style="list-style-type: none"> • Toezichhoudende technieken worden veel gebruikt door verpleegkundigen. • Beeldschermzorg in de care groeide niet van 2015 op 2016. • Inzet van medicijn-dispensers nam toe. 	<ul style="list-style-type: none"> • Van de verpleegkundigen in de care geeft 23% in 2016 aan dat in hun instelling medicijn dispensers worden gebruikt. In 2014 was dit 11%. (tabel 7-12) • Van de verpleegkundigen in de care geeft 20% aan dat in 2016 in hun instelling beeldschermzorg wordt ingezet. In 2014 was dit 12% en in 2015 22%. (tabel 7-9)
VI. Elektronische patiëntendossiers (hoofdstuk 8)	<ul style="list-style-type: none"> • Medisch specialisten zijn bezig met een inhaalslag wat betreft het gebruik van het elektronisch dossier. 	<ul style="list-style-type: none"> • Het percentage specialisten dat voornamelijk of uitsluitend elektronisch het dossier bijhoudt, nam toe van 2013 tot 2016 van 66% naar 86% (tabel 8-1).
VII. Elektronische informatie-uitwisseling tussen zorgverleners (hoofdstuk 9)	<ul style="list-style-type: none"> • Er deden zich volgens artsen nauwelijks wijzigingen voor in de mate waarin artsen (op gestandaardiseerde wijze) patiëntinformatie konden uitwisselen met zorgverleners buiten hun eigen instelling. 	<ul style="list-style-type: none"> • Meer dan 90% van de huisartsen kan elektronisch informatie delen met huisartsenposten, apotheken, laboratoria en ziekenhuizen. (tabel 9-1) • De medisch specialist kan veel minder goed elektronisch informatie delen met andere partijen. Hierin is sinds 2014 geen vooruitgang. (tabel 9-5)

Om eHealth beter en/of makkelijker te kunnen toepassen, is volgens hen vooral behoefte aan betere vergoedingsregelingen en/of stimulerings-gelden, goede voorbeelden en gedeelde best practices, gemeenschappelijke keuzes en standaarden, beter geïntegreerde systemen en meer mogelijkheid om de deskundigheid op dit vlak te vergroten in de organisatie.

Elektronische patiëntendossiers kunnen beter; informatie-uitwisseling stagneert

Medisch specialisten zijn bezig met een inhaalslag wat betreft het gebruik van het elektronisch

dossier. Inmiddels doet 86% de dossiervoering elektronisch. Ze zijn echter nog niet zo tevreden over het elektronisch dossier. Bijna de helft vindt dat de tijd die zij besteden aan de registratie in het dossier niet in verhouding staat tot wat het hun oplevert. Goede elektronische dossiervoering is een eerste (maar niet de enige) randvoorwaarde voor elektronische informatie-uitwisseling.

Huisartsen kunnen met veel partijen elektronisch informatie delen, zoals apotheken en laboratoria. Dat lukt echter nauwelijks met thuiszorgorganisaties, verpleeghuizen, de wijkverpleegkundige of

de dienst voor maatschappelijke ondersteuning bij de gemeente. Medisch specialisten kunnen lang niet allemaal elektronisch informatie delen met andere ziekenhuizen, apotheken en laboratoria.

Ruim de helft van de artsen loopt hierbij tegen belemmerende factoren aan. Zij ervaren vooral dat systemen slecht of in het geheel niet gekoppeld kunnen worden. Dit is sinds 2014 de meest genoemde belemmering en op dit punt is er volgens artsen de afgelopen jaren nauwelijks verbetering opgetreden.

Aanbevelingen voor beleidsmakers en belangengroepen

Op basis van de huidige stand van zaken en de opmerkingen van zorgverleners en managers die hebben deelgenomen aan het onderzoek, doen wij een aantal aanbevelingen voor beleidsmakers, (vertegenwoordigers van) zorgverleners en marktpartijen.

1. Stimuleer actief het gebruik van eHealth door zorggebruikers.

Zorgaanbieders, ondersteund door hun beroepsverenigingen, kunnen hun aanbod van online diensten meer onder de aandacht brengen van patiënten, en dat structureel opnemen in het reguliere zorgproces. Duidelijke, begrijpelijke informatie kan hierbij helpen. Deze kan via meerdere kanalen aangeboden worden, zoals tijdens een consult, aan de telefoon, of via de website. Zorgaanbieders kunnen ook actiever nagaan hoe de aangeboden diensten worden ervaren en hoe de gebruikerservaring kan worden verbeterd. Patiëntenverenigingen kunnen hun

achterban wijzen op de online mogelijkheden en hierover informatie aanbieden.

2. Bevorder de mogelijkheden voor het elektronisch delen van informatie tussen zorgverleners onderling en tussen zorgverleners en patiënten.

De hardnekkige belemmeringen die zich hierbij voordoen, vragen om een actieve regie van de overheid, in samenspraak met (vertegenwoordigers van) zorgaanbieders en leveranciers van ICT-systemen. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van een gemeenschappelijke, niet-vrijblijvende, meerjarige agenda gericht op de bevordering van eenheid van taal en interoperabiliteit van ICT-systemen. Onderdelen daarvan kunnen zijn: afspraken voor het ontwikkelen en vaststellen van standaarden, én afspraken om ervoor te zorgen dat het gebruik van vastgestelde standaarden niet langer vrijblijvend is. Dat vraagt om de ontwikkeling van certificering (zodat software die voldoet aan standaarden zich kan onderscheiden), inkoopvoorwaarden, handhaving, afspraken over het openbaar maken van koppelvlakken, en afspraken over het gebruik van gegevens voor bijvoorbeeld kwaliteitsregistraties en wetenschappelijk onderzoek.

3. Bevorder het opnemen van best practices op het gebied van eHealth in zorgrichtlijnen en zorgpaden.

De partijen die betrokken zijn bij het ontwikkelen van kwaliteitsrichtlijnen voor zorg, zoals de wetenschappelijke beroepsverenigingen van zorgverleners, zorgverzekeraars en patiëntenverenigingen, kunnen bewezen effectieve vormen van eHealth onderdeel maken van nieuwe of herziene richtlijnen.

Zo ontstaat duidelijkheid voor zorgaanbieders welke vormen van eHealth een positieve bijdrage leveren aan goede zorg.

4. Bevorder integratie van eHealth in curricula en bevorder training en nascholing op het gebied van eHealth.

Beroepsverenigingen kunnen in samenwerking met opleidingsinstituten zorgen dat bestaande curricula beter aansluiten bij de integratie van eHealth in het zorgproces. Daarnaast kunnen zij zorgen voor een breder aanbod van (geaccrediteerde) scholingsmogelijkheden op het gebied van eHealth. Het is belangrijk om ervoor te zorgen dat er in de basisopleiding én in de nascholing in de praktijk kan worden geoefend met concrete eHealth-toepassingen.

5. Bevorder onderzoek naar (randvoorwaarden voor) veilige en effectieve toepassing van eHealth.

Onderwijs- en onderzoeksinstituten, ondersteund door fondsen voor onderzoek, kunnen meer onderzoek doen naar de effectiviteit van eHealth en de randvoorwaarden voor effectief en veilig gebruik ervan. Hierdoor ontstaat meer vertrouwen in het zorgveld over de inzet van veilige en effectieve eHealth.

6. Doe nader onderzoek naar het financieringsvraagstuk rondom eHealth.

Ondanks de mogelijkheden die in een eerder stadium zijn gecreëerd, blijft het zorgveld financieringsmogelijkheden als belemmerend ervaren. De overheid kan in samenwerking met zorgverzekeraars nader in kaart brengen welke concrete

problemen zorgaanbieders ervaren bij de financiering van eHealth. Op basis daarvan kan deze maatregelen nemen om negatieve prikkels weg te nemen.

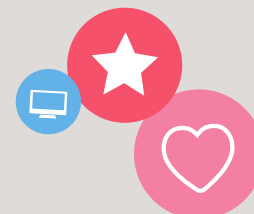
1 Inleiding



Huisarts: *“eHealth is een goede manier om een patiënt eigen verantwoordelijkheid te geven over zijn gezondheid en zijn gezondheidszorg.”*



Huisarts: *“Implementeer pas als de meerwaarde is aangetoond en blijf evalueren.”*



Wordt eHealth onder de Nederlandse bevolking bekender? Wat helpt zorgverleners om eHealth-toepassingen makkelijker of beter toe te passen? Zijn praktijkondersteuners voor de geestelijke gezondheidszorg positief over eHealth? En hoe kijken managers en bestuurders van organisaties in de care eigenlijk tegen het gebruik van eHealth aan? Deze en andere vragen worden in deze vierde editie van de eHealth-monitor beantwoord. We geven opnieuw inzicht in de mate waarin verschillende soorten eHealth-toepassingen in Nederland worden gebruikt. Daarnaast kijken we naar de ontwikkelingen die we zien over meerdere jaren.

eHealth en innovatie

Sinds 2013 brengen Nictiz en het NIVEL, op verzoek van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), jaarlijks de stand van zaken op het gebied van eHealth⁵ in Nederland in kaart (Krijgsman et al., 2013, 2014, 2015). Daarbij gaat het om aspecten als: over welke eHealth-toepassingen beschikken zorggebruikers, artsen, verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners? In hoeverre maken ze gebruik van deze mogelijkheden en wat is er veranderd ten opzichte van eerdere jaren?

In een periode waarin veel veranderingen plaatsvinden in de maatschappelijke ondersteuning en langdurige zorg, is innovatie en implementatie hiervan een belangrijk thema. Daarom is er dit jaar speciale aandacht voor de houding en verwachtingen van professionals en managers in de care ten opzichte van innovaties in het algemeen en eHealth in het bijzonder, en dan vooral voor de factoren die helpen om eHealth beter en gemakkelijker toe te passen.

eHealth-monitor versus Doelstellingenmonitor

De overheid vindt het belangrijk dat een doorbraak

van eHealth in de zorg wordt bewerkstelligd, zodat eHealth meer binnen het bereik komt van patiënten, ouderen en hun zorgverleners. eHealth is hierbij geen doel op zich: het is vooral bedoeld als een middel om in de zorg een beweging op gang te brengen naar meer zelfredzaamheid, zelfregie en zelfzorg van patiënten (Minister en staatssecretaris van VWS, 2014). Het ministerie van VWS heeft daarom in juli 2014 drie doelstellingen geformuleerd, waarvan de wens is deze binnen vijf jaar te realiseren (Minister en staatssecretaris van VWS, 2014). Deze doelstellingen (zie ook het kader in hoofdstuk 2) hebben betrekking op:

1. toegang voor patiënten (met een chronische aandoening) tot hun medische gegevens;
2. zelfmetingen en telemonitoring voor chronisch zieken en kwetsbare ouderen;
3. toegang tot beeldschermzorg voor mensen met zorg en ondersteuning thuis.

Het monitoren van deze drie doelstellingen van VWS maakt vast onderdeel uit van de eHealth-monitor. In juni 2016 is een rapport verschenen waarin de stand van zaken ten aanzien van deze doelstellingen in kaart is gebracht (Krijgsman et al.,

5 Zie voor de gehanteerde definitie paragraaf 1.6 'Toelichting op enkele gebruikte termen'.

2016). De voorliggende eHealth-monitor gaat in op de landelijke eHealth-ontwikkelingen in brede zin.

1.1 Vraagstelling en indeling van eHealth-toepassingen

De centrale vraagstelling van de eHealth-monitor is:

Welke ontwikkelingen in het gebruik van eHealth doen zich in Nederland voor?

Deze vraag is nader uitgewerkt tot de volgende deelvragen:

1. In welke mate hebben zorggebruikers en zorgverleners eHealth-toepassingen tot hun beschikking?
2. In hoeverre maken zij gebruik van de eHealth-toepassingen die tot hun beschikking staan?
3. Welke ontwikkelingen in de tijd zijn zichtbaar als het gaat om beschikbaarheid en gebruik van eHealth?
4. Welke factoren beïnvloeden het gebruik van eHealth door zorgverleners (in positieve en negatieve zin) en wat zou hen helpen om het gebruik te vergroten of te verbeteren?
5. Welke effecten ervaren/verwachten zorgverleners van het gebruik van eHealth-toepassingen?

1.1.1 Thema's

Vorig jaar hebben we de potentiële meerwaarde van eHealth uitgediept, waarbij we inzicht kregen in de mogelijke voordelen die zorggebruikers en zorgverleners ervaren door eHealth-toepassingen. Dit jaar geven we speciale aandacht aan factoren die de verspreiding en het gebruik van eHealth beïnvloeden. We onderscheiden hierbij verschillende aspecten, waaronder de techniek, de omgeving, de organisatie en de eindgebruiker. Daarnaast gaan we in op de houding en verwachtingen van zorgprofessionals en

managers in de care ten aanzien van innovaties.

Ook dit jaar presenteren we de resultaten binnen de thema's zoals die in de eHealth-monitor 2015 (Krijgsman et al., 2015) zijn opgenomen. Op die manier kunnen we binnen elk thema de belangrijkste resultaten tonen wat betreft de beschikbaarheid en het gebruik van de relevante eHealth-toepassingen. Waar dat relevant is, zullen we resultaten tussen verschillende disciplines vergelijken. Dit helpt ook bij het duiden waarom eHealth-toepassingen al dan niet aanslaan. Daarbij dient de beroepsspecifieke context dan ook altijd in ogenschouw te worden genomen. We gaan nadrukkelijk in op de ontwikkelingen sinds 2013, als die gegevens beschikbaar zijn. Ook tonen we andere relevante informatie binnen dat thema, zoals ervaren of verwachte effecten, en resultaten vanuit het organisatieperspectief.

De zes thema's zijn als volgt omschreven:

1. Gemak en service voor zorggebruikers

Vormen van online communicatie tussen zorggebruikers en zorgverleners staan centraal binnen dit thema. Hieronder vallen onder andere het online maken van afspraken met of het stellen van vragen aan de zorgverlener.

2. Ontsluiting van medische gegevens voor de patiënt

Binnen dit thema wordt elektronische inzage voor zorggebruikers in het dossier van de zorgverlener besproken.

3. Zelfmanagement en online behandeling

Dit thema omvat zaken die de zorggebruiker zelf kan doen in zijn eigen leefomgeving. Denk hierbij

aan het gebruik van internet en mobiele apps voor het opzoeken van informatie, het doen van digitale zelftests, het zelf bijhouden van gegevens over de gezondheid bijvoorbeeld in een persoonlijk gezondheidsdossier (PGD), het deelnemen aan een online discussiegroep met lotgenoten, of het volgen van een online behandeling. Wat betreft online behandeling hebben we gekeken naar online geestelijke ondersteuning die wordt aangeboden door GGZ-hulpverleners.

4. Begeleiding en ondersteuning op afstand

Dit thema bestrijkt de inzet van eHealth-toepassingen voor begeleiding op afstand bij zorggebruikers thuis of in verpleeg- of verzorgingsinstellingen. Denk hierbij aan toezichthoudende technieken, inzet van medicijn dispensers, en beeldcontact tussen patiënt en zorgcentrale. Daarnaast gaat dit thema in op telemonitoring, waarbij een patiënt thuis op afstand wordt gemonitord door een zorgverlener. Ook de inzet van robotica komt aan de orde, zoals robots die ondersteunen bij huishoudelijke taken of het uitvoeren van oefeningen.

5. Elektronische dossiervoering voor zorgverleners

Dit thema gaat over het elektronisch patiënt- of cliëntendossier (EPD/ECD) van de zorgverlener. Hierin vindt de registratie van patiëntgegevens plaats. Ook kunnen EPD's en ECD's automatische waarschuwingen genereren, bijvoorbeeld over mogelijke interacties tussen geneesmiddelen.

6. Elektronische communicatie tussen zorgverleners

Dit laatste thema gaat in op elektronische communicatie tussen zorgverleners. Omdat de patiënt tijdens het zorgproces te maken kan krijgen met

meerdere zorgverleners, wisselen zorgverleners onderling veel informatie uit, zoals verwijsbrieven en behandelverslagen. Daarnaast zijn er digitale mogelijkheden om advies te vragen aan collega-zorgverleners (teleconsultatie).

Natuurlijk bestaat er een samenhang tussen de verschillende thema's. Elektronische dossiervoering door zorgverleners is de (randvoorwaardelijke) basis voor elektronische communicatie tussen zorgverleners onderling en tussen zorgverlener en zorggebruiker. Ook is de koppeling van online behandelmodules met het patiëntendossier van de zorgverlener van groot belang voor de zorgverlener om een zo compleet mogelijk beeld te hebben van de patiënt.

1.2 Onderzoeksmethode

Dit jaar is de eHealth-monitor uitgevoerd door middel van een schriftelijk vragenlijstonderzoek onder representatieve groepen van zorgprofessionals en zorggebruikers. We hebben vragenlijsten uitgezet onder:

- 1) zorggebruikers;
- 2) mensen met aanhoudende of ernstige psychische aandoeningen;
- 3) verpleegkundigen, verzorgenden (in de cure en care) en praktijkondersteuners van de huisarts⁶;
- 4) huisartsen;
- 5) medisch specialisten;
- 6) praktijkondersteuners van de huisarts voor de geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ);
- 7) managers van instellingen die zorg leveren binnen de Wet Langdurige Zorg (WLZ).

De periode waarover de deelnemers van het onderzoek zijn ondervraagd, betreft het voorjaar 2015 tot het voorjaar 2016.

6 Dit betreft een kleine groep praktijkondersteuners. Onder punt 6 zijn via een andere steekproef specifiek praktijkondersteuners voor de geestelijke gezondheidszorg geworven.

Bijlage A bevat meer informatie over de methode van het onderzoek.

1.3 Indicatoren

Aangezien we in de eHealth-monitor ontwikkelingen in de tijd volgen, proberen we indicatoren voor de beschikbaarheid en het gebruik van eHealth stabiel te houden. Toch is het soms nodig om vragen aan te scherpen, te vervangen, of nieuwe toepassingen toe te voegen. Zo hebben we dit jaar vragen over de beschikbaarheid en het gebruik van zorgrobots gesteld aan verpleegkundigen en verzorgenden. Bij zorggebruikers hebben we gevraagd naar het gebruik van een persoonlijk gezondheidsdossier en naar het ontvangen van zorg en ondersteuning thuis.

De tabellen in bijlage B van dit rapport geven weer welke indicatoren in de eHealth-monitor 2016 zijn opgenomen. Dit is voor elk van de hierboven genoemde thema's uitgewerkt (waarbij de indeling in hoofdstukken van deze eHealth-monitor is gevolgd). In deze tabellen is tevens zichtbaar gemaakt welke groepen per indicator zijn onderzocht en of de indicator al eerder gemeten is.

Naast de indicatoren op het gebied van beschikbaarheid en gebruik van toepassingen, kijken we in deze eHealth-monitor ook naar belemmeringen voor en effecten van eHealth, wat zorgverleners nodig hebben om het gebruik van eHealth-toepassingen te vergroten of te verbeteren, en de implementatie van eHealth-toepassingen vanuit organisatieperspectief. Ook hiervoor hebben we een aantal indicatoren herhaald en nieuwe indicatoren toegevoegd. Deze zijn eveneens in bijlage B opgenomen.

1.4 Anders in deze monitor

In deze eHealth-monitor besteden we nadrukkelijker dan in eerdere edities aandacht aan het organisatie- en implementatieperspectief. Managers en verantwoordelijken voor innovaties binnen instellingen voor de langdurige zorg, zijn naar hun innovatieklimaat, -strategieën en ervaringen met de implementatie van eHealth gevraagd. Ook de POH-GGZ is voor het eerst expliciet opgenomen in de eHealth-monitor. Naast het gebruik van eHealth-toepassingen is bij deze groep de mate van implementatiebereidheid uitgevraagd. Daarnaast is voor het eerst gebruikgemaakt van het Panel Psychisch Gezien van het Trimbos-instituut, waaraan mensen deelnemen met aanhoudende of ernstige psychische aandoeningen.

Dit jaar zijn er geen vragenlijsten uitgezet onder psychiaters, om ruimte te maken voor het toevoegen van ander onderzoek in de GGZ. Ook werd aan zorggebruikers dit jaar niet gevraagd naar de ervaringen bij de fysiotherapeut om ruimte te maken voor andere accenten.

In de vragenlijsten voor zorggebruikers, huisartsen en medisch specialisten zijn enkele vragen over specifieke toepassingen niet meer herhaald, omdat ze in de eHealth-monitor 2015 al dicht bij 100% beschikbaar zaten. Dit geldt bijvoorbeeld voor het algemene gebruik van internet door zorggebruikers. Herhaling zou naar verwachting niet tot nieuwe inzichten leiden. Wel zijn aan zorggebruikers verdiepvragen gesteld om te kijken waarom zij wel of niet gebruikmaken van enkele voorbeelden van eHealth, zoals de mogelijkheid om online afspraken te maken en PGD's bij te houden.

1.5 Leeswijzer

De uitgebreide samenvatting van dit rapport 'de eHealth-monitor 2016 in vogelvlucht' eindigt met aanbevelingen voor overheidsbeleid en zorgpraktijk. Hoofdstuk 2 beschrijft de beleidsontwikkelingen op het gebied van eHealth sinds 2015. In hoofdstuk 3 kijken we naar factoren die het gebruik van eHealth beïnvloeden. Vervolgens komen in de hoofdstukken 4 tot en met 9 de resultaten van het vragenlijst-onderzoek voor elk van de zes genoemde thema's aan de orde:

- hoofdstuk 4: gemak en service voor zorggebruikers;
- hoofdstuk 5: ontsluiting van medische gegevens voor de patiënt;
- hoofdstuk 6: zelfmanagement en online behandeling;
- hoofdstuk 7: begeleiding en ondersteuning op afstand;
- hoofdstuk 8: elektronische dossiervoering voor zorgverleners;
- hoofdstuk 9: elektronische communicatie tussen zorgverleners.

De eHealth-toepassingen die in de diverse hoofdstukken aan de orde komen, zijn opgenomen in een overzicht in bijlage B.

De hoofdstukken 4 tot en met 9 geven daarmee antwoord op de eerste drie onderzoeksvragen, evenals de samenvatting 'de eHealth-monitor 2016 in vogelvlucht':

1. In welke mate hebben zorggebruikers en zorgverleners eHealth-toepassingen tot hun beschikking?
2. In hoeverre maken zij gebruik van de eHealth-toepassingen die tot hun beschikking staan?
3. Welke ontwikkelingen in de tijd zijn zichtbaar als het gaat om beschikbaarheid en gebruik van eHealth?

'De eHealth-monitor 2016 in vogelvlucht' en hoofdstuk 3 geven antwoord op de vierde en vijfde vraagstelling:

4. Welke factoren beïnvloeden het gebruik van eHealth door zorgverleners (in positieve en negatieve zin) en wat zou hen helpen om het gebruik te vergroten of te verbeteren?
5. Welke effecten ervaren/verwachten zorgverleners van het gebruik van eHealth-toepassingen?

Per thema is gedetailleerde informatie opgenomen in de losse tabellenbijlage bij dit rapport. Waar in hoofdstukken wordt verwezen naar tabellen, is dit naar tabellen in de losse tabellenbijlage, tenzij anders vermeld.

1.6 Toelichting op enkele gebruikte termen

Als definitie van *eHealth* wordt in dit rapport gehanteerd: het gebruik van moderne informatie- en communicatietechnologieën, in het bijzonder internettechnologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren (Van Rijen et al., 2002). De eHealth-monitor hanteert een brede opvatting van deze definitie. Met het oog op het monitoren van ontwikkelingen in de tijd zou een te strikte afbakening van het begrip eHealth ongewenst zijn. Ook sluiten we met deze brede opvatting van eHealth aan op internationale voorbeelden van eHealth-benchmarks (Adler-Mil-

stein et al., 2014; Dobrev et al., 2008). *eMental Health* is een onderdeel van eHealth. Het zijn online toepassingen die de behandeling van psychische klachten ondersteunen.

Als we in dit rapport spreken over *zorggebruikers*, bedoelen we elke Nederlandse burger die toegang heeft tot de gezondheidszorg. Niet alle zorggebruikers zijn altijd patiënt. Als we in dit rapport de term patiënt gebruiken, bedoelen we mensen die onder behandeling zijn bij een zorgverlener óf mensen die ingeschreven staan bij een zorgverlener of zorginstelling.

In de care en in de GGZ spreekt men meestal niet van *patiënten*, maar van *cliënten*. In het rapport zullen we overwegend de term patiënt gebruiken, maar waar dit de duidelijkheid ten goede komt, ook de term cliënt gebruiken. In het algemeen kan in dit rapport in plaats van patiënt ook cliënt worden gelezen. In vragenlijsten voor zorgverleners of bestuurders is, als dit voor de duidelijkheid noodzakelijk was, gesproken van 'patiënt/cliënt'. Als we spreken over patiënten met een *chronische aandoening* beperken we ons tot patiënten met diabetes, COPD of astma.

In dit onderzoek hebben we onder andere gebruikgemaakt van het Panel Verpleging & Verzorging van het NIVEL. Dit panel bestaat uit verpleegkundigen en verzorgenden en een kleine groep praktijkondersteuners. Voor het gemak van de lezer zullen we regelmatig spreken over *verpleegkundigen*. Tenzij expliciet anders vermeld, bedoelen we daarmee alle drie de groepen. De resultaten uit dit panel splitsen we voor de *cure* en voor de *care*. Tot

de *cure* rekenen we verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners die werkzaam zijn in een ziekenhuis of een huisartsenpraktijk. Tot de *care* rekenen we de verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg en verpleeg- en verzorgingshuizen.

Tot slot spreken we in dit rapport soms over 'het afgelopen jaar'. Hiermee bedoelen we voorjaar 2015 tot voorjaar 2016, de periode waarover de deelnemers zijn ondervraagd.

1.7 Referenties

Adler-Milstein, J., Ronchi, E., Cohen, G., Winn, L.A., Jha, A. (2014). Benchmarking health IT among OECD countries: better data for better policy. *Journal of American Medical Information Association*, 21(1), 111-116.

Dobrev, A., Haesner, M., Hüsing, T., Korte, W. B., Meyer, I. (2008). *Benchmarking ICT use among General Practitioners in Europe*. Bonn: Empirica.

Krijgsman, J., De Bie, J., Burghouts, A., De Jong, J., Cath, G.-J., Van Gennip, L., Friele, R. (2013). *eHealth, verder dan je denkt - eHealth-monitor 2013*. Den Haag & Utrecht: Nictiz & NIVEL.

Krijgsman, J., Peeters, J., Burghouts, A., Brabers, A., De Jong, J., Beenkens, F., Friele, R., Van Gennip, L. (2014). *Op naar meerwaarde - eHealth-monitor 2014*. Den Haag & Utrecht: Nictiz & NIVEL.

Krijgsman, J., Peeters, J., Burghouts, A., Brabers, A., De Jong, J., Moll T., Friele, R., Van Gennip, L. (2015). *Tussen vonk en vlam - eHealth-monitor 2015*. Den Haag & Utrecht: Nictiz & NIVEL.

Krijgsman, J., Peeters, J., Waverijn, G., Van Lettow, B., van der Hoek, L., De Jong, J., Friele R., Van Gennip, L. (2016). *'Omdat ik het belangrijk vind om goed voor mezelf te zorgen'- Rapportage eHealth-doelstellingen 2016*. Den Haag & Utrecht: Nictiz & NIVEL.

Minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2014). *Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer betreffende e-health en zorgverbetering*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2015). *Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer betreffende voortgangsrapportage eHealth en zorgverbetering*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Van Rijen, A.J.G., De Lint, M.W., Ottes, L. (2002). *Inzicht in e-health*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

2 Ontwikkelingen sinds de eHealth-monitor 2015

POH-GGZ: *“Je hebt naast de face-to-face gesprekken iets extra's aan te bieden.”*



Huisarts: *“Er wordt veel over gepraat, er worden veel initiatieven ontplooid, maar helaas ook nog erg op eilandjes gewerkt.”*



Nictiz en het NIVEL meten jaarlijks het aanbod en gebruik van eHealth in een veld dat volop in beweging is. In dit hoofdstuk beschrijven we daarom, als achtergrond bij de resultaten van deze eHealth-monitor, enkele relevante ontwikkelingen die sinds het uitkomen van de eHealth-monitor 2015 hebben plaatsgevonden. Ook verwijzen we naar enkele andere eHealth-onderzoeken die sindsdien zijn gepubliceerd. We blikken ten slotte kort terug op de aanbevelingen van de eHealth-monitor 2015.

Gezien de grote aandacht voor eHealth in Nederland is het niet mogelijk om in ons overzicht volledig te zijn. Voor een beter begrip zullen we soms ook verwijzen naar ontwikkelingen die vóór oktober 2015 hebben plaatsgevonden.

2.1 Ontwikkelingen in Nederland

2.1.1 Beleidsdoelstellingen eHealth

De overheid ziet door de inzet van eHealth mogelijkheden ontstaan om in de organisatie van de zorg de patiënt meer centraal te stellen en mensen zo in staat te stellen om zelf regie te voeren over hun leven.

Om de inzet van eHealth extra te stimuleren, hebben minister Schippers en staatssecretaris Van Rijn in juli 2014 drie doelstellingen geformuleerd (Minister en staatssecretaris van VWS, 2014). Deze doelstellingen gaan over toegang tot medische gegevens voor (chronische) patiënten; het uitvoeren van zelfmetingen door chronisch zieken en kwetsbare ouderen, eventueel met gegevensmonitoring op afstand door de zorgverlener; en over beeldschermzorg en domotica voor mensen die zorg en ondersteuning thuis ontvangen (zie kader). Deze doelstellingen wil de overheid in 2019 gerealiseerd hebben.

eHealth-doelstellingen van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

1. Binnen vijf jaar heeft 80% van de chronisch zieken direct toegang tot bepaalde medische gegevens, waaronder medicatie-informatie, vitale functies en testuitslagen, en kan deze desgewenst gebruiken in mobiele apps of internetapplicaties. Van de overige Nederlanders betreft dit 40%.
2. Van de chronisch zieken (diabetes, COPD) en kwetsbare ouderen kan 75%, die dit wil en hiertoe in staat is, binnen vijf jaar zelfstandig metingen uitvoeren, veelal in combinatie met gegevensmonitoring op afstand door de zorgverlener.
3. Binnen vijf jaar heeft iedereen die zorg en ondersteuning thuis ontvangt de mogelijkheid om – desgewenst – via een beeldscherm 24 uur per dag met een zorgverlener te communiceren. Naast beeldschermzorg wordt hierbij domotica ingezet.

In extra edities van de eHealth-monitor is inmiddels tweemaal een tussenstand voor deze doelstellingen in kaart gebracht: direct na formulering van de doelstellingen, aan het eind van 2014, en na een jaar, eind 2015 (Krijgsman et al., 2015, 2016).

Hieruit blijkt het volgende:

- Online inzagemogelijkheden voor (chronische) patiënten zijn in dit stadium nog niet op het niveau van de doelstelling voor 2019: ongeveer 10% van de chronisch zieken had bij de laatste meting online inzage gehad in zijn dossier bij een zorgverlener.
- Meer dan drie kwart van de chronisch zieken en kwetsbare ouderen die dit wensen, kan al zelf gezondheidswaarden meten, en ongeveer een derde van de chronisch zieken en kwetsbare ouderen doet dit al. Daarmee is dit deel van de doelstelling bereikt. Elektronisch delen van gegevens met de zorgverlener is meestal echter nog niet mogelijk en van monitoring op afstand is bij 6% van de chronisch zieken en 17% van de kwetsbare ouderen sprake. Hoewel de doelstelling het gewenste niveau van telemonitoring niet specificeert, suggereert de doelstelling een ambitie om het elektronisch delen van gegevens tussen zorgverlener en patiënt makkelijker te maken.
- Direct vanuit huis visueel contact maken met een zorgverlener is mogelijk voor 5% van de mensen met zorg en ondersteuning thuis (op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning, Wmo). Hiermee is het gewenste niveau voor 2019 nog niet bereikt.

2.1.2 Innovatie en zorgvernieuwing

Het ministerie van VWS werkt samen met veel

partijen in de zorg aan innovatie en zorgvernieuwing om de adoptie van eHealth in de zorg te versnellen. Om dit te bereiken zijn er actiepunten benoemd op vier terreinen (Minister en staatssecretaris van VWS, 2015):

- **Bevordering van adequate informatie-uitwisseling:** o.a. door de ontwikkeling van persoonlijke gezondheidsdossiers, de vaststelling en het gebruik van standaarden voor online gegevensuitwisseling, en de ontwikkeling van een betrouwbaar publiek identificatiemiddel.
- **Verbetering van de bekostiging:** o.a. door bekendheid te geven aan bestaande bekostigingsmogelijkheden, meer ruimte te maken voor afspraken over prestaties in de bekostiging, stimuleren van innovatie bij de zorginkoop, experimenteerruimte te geven binnen de Wet langdurige zorg (Wlz), en het stimuleren van innovatieonderzoek.
- **Delen van kennis:** o.a. door ondersteuning van praktijkinitiatieven vanuit verzekeraars en beroepsgroepen, het starten van netwerken met vernieuwers en 'dwarsdenkers', en 'doorbraakprojecten' in de ouderenzorg.
- **Vergroting van de bewustwording:** o.a. door het informeren van professionals en patiënten, stimuleren van zelfzorg (bijvoorbeeld op het gebied van eMental Health), en organisatie van de eHealth-week.

Deze vier terreinen gebruiken we in de rest van dit hoofdstuk als kapstok om enkele relevante initiatieven in het zorgveld te bespreken. Het gaat hierbij deels om initiatieven waarbij de overheid direct betrokken is, deels om initiatieven van bijvoorbeeld beroepsorganisaties, of een combinatie

van beide. Hoewel we de vier terreinen als uitgangspunt nemen, wil dit niet zeggen dat het bij alle genoemde voorbeelden gaat om initiatieven waarbij de overheid betrokken is. Verder adresseren sommige van de genoemde initiatieven meer dan een terrein; in zo'n geval hebben we een eigen keuze gemaakt voor een van de terreinen.

2.1.3 Bevordering van adequate elektronische informatie-uitwisseling

Hierbij gaat het zowel om elektronische informatie uitwisseling tussen zorgverleners onderling als informatie-uitwisseling tussen patiënt en zorgverlener. We noemen kort enkele relevante ontwikkelingen.

Informatieberaad

In september 2014 is het Informatieberaad opgericht. Dit is een door VWS georganiseerd bestuurlijk overleg, waarin verschillende organisaties uit het zorgveld samen werken aan een duurzaam informatiestelsel voor de zorg. De volgende partijen zijn lid van het Informatieberaad⁷: Actiz, FMS, GGZ Nederland, InEen, KNGF, KNMP, LHV, NHG, NFU, Patiëntenfederatie Nederland, NVZ, VGN, VNG, VWS en ZN. De missie van het informatieberaad is:

- een informatiestelsel in te richten waarbinnen de juiste informatie op het juiste moment op de juiste plek beschikbaar is om zorg en ondersteuning aan cliënten en patiënten met de gewenste hoge kwaliteit te kunnen leveren, voor iedereen die dat nodig heeft;
- de zorg als geheel transparant, van hoge kwaliteit en betaalbaar te houden.

Het Informatieberaad heeft een viertal speerpunten benoemd (informatieberaad, 2015). Deze zijn:

- **Registratie aan de bron:** stuur-, kwaliteits- of managementinformatie moet volgen uit de routineregistratie in het primaire proces.
- **Transparantie:** het bevorderen van openheid en transparantie in de zorg om bewuste keuzes van patiënt, zorgverlener, verzekeraar en gemeente mogelijk te maken.
- **Patiëntgerichte informatie:** het bevorderen van toegang tot data en daarbij behorende instrumenten, zoals een persoonlijk gezondheidsdossier (PGD), om de patiënt meer regie te geven.
- **Gegevensuitwisseling in de keten:** het faciliteren van een veilige elektronische informatie-uitwisseling in de zorgketen.

In het informatieberaad kwamen het afgelopen jaar hieraan verwante onderwerpen aan de orde. De leden van het informatieberaad schaarden zich achter de plannen voor het project 'Doorpakken met het PGD' (inmiddels omgedoopt tot 'Meer regie over gezondheid', zie verderop in dit hoofdstuk; informatieberaad, 2015b). Ook werden adviesopdrachten gestart over veilige infrastructuur voor informatie-uitwisseling (informatieberaad 2016a) en eenheid van taal in de zorg (informatieberaad 2016b).

Meer regie over gezondheid

Het programma 'Meer regie over gezondheid' wordt gecoördineerd door de Patiëntenfederatie Nederland en gefinancierd door Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het ministerie van VWS. Hierin werken veel partijen samen, namelijk⁸ Actiz, FMS, GGZ Nederland, InEen, KNGF, KNMP, LHV, Nictiz, NHG, NFU, Patiëntenfederatie Nederland, NVZ,

⁷ Bijlage C geeft de volledige namen bij de afkortingen.

⁸ Bijlage C geeft de volledige namen bij de afkortingen.

VGN, VNG, VWS en ZN. Het programma is gestart in maart 2016 en ontwikkelt MedMij: een set aan eisen, standaarden en afspraken voor persoonlijke gezondheidsdossiers (PGD, ook wel persoonlijke gezondheidsomgevingen – PGO - genoemd). Dat zijn online producten waarmee mensen hun eigen actuele gezondheidsgegevens kunnen verzamelen, beheren en delen. Het programma werkt uit welke afspraken, standaarden en basis-eisen er nodig zijn voor het gebruiksvriendelijk, veilig en betrouwbaar uitwisselen van gezondheidsinformatie. Hierbij wordt onder andere in kaart gebracht welke functies er minimaal nodig zijn om eigen gegevens in te zien en te delen. Ook wordt geïnventariseerd welke mogelijkheden er zijn om de ontwikkeling en het gebruik van online gezondheidsomgevingen te financieren (Patiëntenfederatie Nederland, 2016).

Versnellingsprogramma informatie-uitwisseling patiënt en professional (VIPP)

De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) vindt dat toegang tot medische gegevens noodzakelijk is om de patiënt tot partner te maken in het zorgproces. Daarom onderzoekt de NVZ hoe zij ziekenhuizen en categorale instellingen kan ondersteunen om medische gegevens versneld toegankelijk te maken voor de patiënt. Het uitgangspunt is: in 2020 hebben alle Nederlanders digitaal toegang tot hun eigen medische gegevens. Over het programma wordt volgens de NVZ na de zomer van 2016 meer bekend (NVZ, 2016).

Zelfmanagement voor chronisch zieken

Zelfzorg Ondersteund (ZO!; 2016) is een coöperatie van verschillende partijen, met daarin vertegen-

woordigers van patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars. Zij zetten zich in voor landelijke verbetering en opschaling van zelfmanagement voor chronisch zieken. ZO! heeft een set basiseisen en een normenkader ontwikkeld voor zelfzorgplatforms. Dit zijn online platforms om contact met een zorgverlener te onderhouden; meetwaarden zoals gewicht, bloeddruk en hartslag in te voeren; en persoonlijke gezondheidsdoelen bij te houden. In november 2015 is een nieuwe versie van de basiseisen gepubliceerd. Een overzicht van goedgekeurde platformen (vijf in juli 2016) is te vinden op de website van ZO! Ook is een instrumentenkiezer beschikbaar met praktische tools voor zorggroepen op het gebied van ondersteunde zelfzorg. Hierin zijn naast niet-digitale hulpmiddelen ook eHealth-toepassingen opgenomen.

2.1.4 Verbetering van de bekostiging

De zorg ontzorgd met ICT

Het doorbraakproject 'De zorg ontzorgd met ICT' is in 2013 gestart in samenwerking tussen het ministerie van VWS, het ministerie van Economische Zaken, ZonMw en ECP (platform voor de informatiesamenleving). Het doel daarvan is versnelling te bereiken in de opschaling van technologische innovaties die de zelfredzaamheid van ouderen ondersteunen. Om dit doel te bereiken en samenwerkingsverbanden te ondersteunen bij de opschaling, is € 800.000 ter beschikking gesteld.

In december 2014 zijn hiertoe vier initiatieven gehonoreerd, die innovatieve ICT-oplossingen inzetten om de zelfredzaamheid van ouderen te vergroten. De commissie die de initiatieven heeft beoordeeld, heeft in 2015 geconcludeerd dat de

bekostiging in de zorg een wezenlijke barrière vormt voor de implementatie en opschaling van eHealth-toepassingen. Volgens de commissie is er behoefte aan een bekostigingssysteem dat efficiëntere en effectievere zorg beloont (Meijerink et al., 2015).

In het kader van het programma 'De zorg ontzorgd met ICT' is in 2016 een rapport verschenen met daarin een drietal scenario's voor de toekomst van beeldschermzorg (De Ruijter et al., 2016). Deze scenario's verkennen de mogelijkheden om de ontwikkeling van beeldschermzorg te versnellen, met het oog op eHealth-doelstelling 3 van VWS. Ze gaan over verschillende vormen van bekostiging:

- **privaat** (mensen betalen zelf voor technologie die ze willen gebruiken);
- **publiek** (er komt een nieuw bekostigingssysteem waarin wordt betaald voor gezondheidswinst en effectiviteit vanuit het perspectief van de zorgvrager);
- **en publiek/privaat** (op regionaal niveau werken overheid en bedrijfsleven samen).

Het rapport doet aanbevelingen waarvan in meerdere scenario's een gunstige invloed te verwachten is. Hieronder vallen onder andere het inventariseren van de vraag naar beeldschermzorg, het inventariseren van de digivaardigheid van zorgprofessionals en zorgvragers, het opleiden van zorgverleners in digitale competenties, en het delen van ervaringen.

OpschalingsGids

In 2016 werd de OpschalingsGids gepubliceerd door Zorg voor innoveren (Van Bijsterveld, 2016).

Zorg voor innoveren is een samenwerkingsverband van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het Zorginstituut Nederland, ZonMw en het ministerie van VWS. De Opschalingsgids geeft zorgvernieuwers tips over het ontwikkelen van kansrijke innovaties. Er wordt aandacht besteed aan ondernemerschap, financiering, verandermanagement en randvoorwaarden voor succes.

De Opschalingsgids gaat ook in op nieuwe alternatieve financieringsvormen, zoals 'health impact bonds', waarbij maatschappelijk betrokken private investeerders geld voorschieten om een gezondheidsdoel te bereiken. Deze vorm van financiering biedt een oplossing voor de fase tussen de initiële investering van een prototype, en de marktintroductie.

Fasttrack eHealth initiatief

Het ministerie van Economische Zaken is samen met StartupDelta 2020 en het ministerie van VWS een zogenaamd 'Fasttrack eHealth initiatief' gestart. Daarin is twintig miljoen euro beschikbaar gesteld om MKB-ondernemers (midden- en kleinbedrijf) te ondersteunen en begeleiden bij de opschaling van eHealth-initiatieven (Minister en staatssecretaris van VWS, 2016).

2.1.5 Delen van kennis

Natuurlijk zijn er veel aspecten van de implementatie van eHealth waarbij kennisdeling een belangrijke rol speelt. Een aantal van de al eerder genoemde initiatieven gaat daar voor een deel over. In deze paragraaf besteden we specifiek aandacht aan de kennisdeling tijdens de eHealth-week, en daarnaast aan enkele specifieke initiatieven op het gebied

van kennisdeling. Die hebben te maken met een onderwerp dat veel in de belangstelling staat, namelijk het inzicht geven in de kwaliteit van mobiele apps voor gezondheid en zorg.

eHealth-week

Er is veel aandacht geweest voor kennisdeling tijdens de internationale eHealth-week, georganiseerd in juni 2016 door de Europese Commissie, HIMSS Europe en het ministerie van VWS, in het kader van het Nederlandse voorzitterschap van de Europese Unie (Minister en staatssecretaris van VWS, 2016). Tijdens de eHealth-week werden bijvoorbeeld meerdere zogenaamde regiodeals afgesloten tussen organisaties uit het zorgveld. Hierin maakten zij afspraken over samenwerking en kennisuitwisseling om voortgang te maken met effectieve inzet van eHealth. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om de inzet van eHealth-toepassingen voor patiënten om zelfmanagement te bevorderen, en over betere elektronische informatie-uitwisseling tussen zorgaanbieders binnen regio's. Deze afspraken tijdens de eHealth-week zijn een voorbeeld van het streven naar meer samenwerking om van elkaars ervaringen te leren, een wens die we ook in dit onderzoek terug zien (zie hoofdstuk 3). Tevens werd de eerste landelijke health deal gesloten rondom *shared decision making* in de oncologie.

NFU-programma eHealth

In het door de overheid ingestelde Citrienfonds is 25 miljoen euro beschikbaar gesteld voor de periode 2014 tot 2018. De koepelorganisatie van de universitaire medische centra, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), is verantwoor-

delijk voor de uitvoering van het fonds en heeft samen met het ministerie VWS eHealth gekozen als een van de vijf thema's binnen het fonds. Binnen het programma wordt een eHealth-roadmap ontwikkeld, wordt gekeken naar de verbetering van de elektronische informatie-uitwisseling tussen patiënt en zorgprofessionals, en wordt gewerkt aan het verbeteren van de digitale interactie tussen de betrokkenen bij persoonsgerichte zorg. Via een virtueel expertisecentrum wordt ontwikkelde kennis beschikbaar gesteld aan bijvoorbeeld huisartsen en algemene ziekenhuizen (NFU, 2016).

Richtlijn beoordeling medische apps

De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) heeft in januari 2016 een handreiking gepubliceerd voor het beoordelen van medische apps: de Medische App Checker (KNMG, 2016). Deze bestaat uit drie stappen. De eerste helpt bij het gericht zoeken naar een geschikte medische app, de tweede bij het beoordelen van de betrouwbaarheid en de kwaliteit van een app voorafgaande aan het downloaden, de derde bij de beoordeling van de mate van bescherming van persoonsgegevens.

GGD AppStore

Een ander recent initiatief op het gebied van de beoordeling van de kwaliteit van mobiele gezondheidsapps is afkomstig van de GGD. De GGD AppStore (GGD en GHOR Nederland, 2016) geeft een overzicht van apps die zijn getoetst door GGD-professionals. Alleen die apps die voldoen aan de door de GGD opgestelde criteria, worden geplaatst in GGD AppStore én voorzien van een herkenbaar vignet.

Community voor zorginnovatoren

Zorginnovatie.nl (Zorginnovatie.nl, 2016) is een initiatief van een groep van regionale organisaties die innovatie in de zorg willen versnellen, waaronder VitaValley, Amsterdam Economic Board, Health Valley, Economic Board Utrecht en Slimmer Leven 2020. Het is een open online community voor co-creatie van innovaties in zorg en welzijn. Deelnemers kunnen ideeën delen en bijdragen aan de ontwikkelingen van anderen. De community is bedoeld om kennisdeling en samenwerking te stimuleren om zo innovatie in zorg en welzijn te versnellen. De community is gestart in juli 2016.

Mantelzorg en ICT

Het Expertisecentrum Mantelzorg wil laten zien hoe zorgverleners beter kunnen samenwerken met patiënten en cliënten, hun mantelzorgers en andere mensen in het netwerk wanneer ze gebruik maken van ICT. Op hun website geven zij onder andere een overzicht van middelen voor digitale communicatie rondom zorg en ondersteuning, en een overzicht van digitale marktplaatsen voor vraag en aanbod op het gebied van zorg en ondersteuning (Expertisecentrum Mantelzorg, 2016).

2.1.6 Vergroting van de bewustwording Digitale Zorggids

De bekendheid van zorggebruikers met online diensten blijkt al enkele jaren achter te blijven bij het werkelijke aanbod. De Patiëntenfederatie Nederland heeft het al bestaande platform Digitale Zorggids (Patiëntenfederatie Nederland, 2016) heringericht om hier iets aan te doen. De website besteedt aandacht aan veel beschikbare gemaksdiensten, zoals de online aanvraag van herhaal-

recepten, e-consulten, online afspraken maken en online dossierinzage.

Nationale eHealth-week

Als vervolg op de internationale eHealth-week van juni 2016 heeft het ministerie van VWS een nationale eHealth-week aangekondigd, die tot doel heeft patiënten en zorgverleners nader te informeren. Deze week wordt in januari 2017 gehouden (VWS & ECP, 2016).

2.2 Europees beleid

Niet alleen in Nederland, maar ook internationaal is veel aandacht voor eHealth. Neem bijvoorbeeld de Europese Unie (EU). In het eHealth Action Plan 2012-2020 beschrijft de Europese Commissie de visie op eHealth tot 2020 (Europese Commissie, 2012). Het eHealth Action Plan wil deze visie verwezenlijken door:

- de realisatie van brede interoperabiliteit van eHealth-diensten;
- de ondersteuning van onderzoek en innovatie voor zorg en welzijn;
- het vergemakkelijken van de invoering en verdere verbreiding van eHealth-diensten;
- het bevorderen van samenwerking in eHealth op mondiaal niveau.

eHealth Network

Een belangrijke rol in de realisatie van deze visie is weggelegd voor het eHealth Network. Hierin werken de door de EU-lidstaten aangewezen nationale autoriteiten op het gebied van eHealth op vrijwillige basis met elkaar samen. Het eHealth Network is ingericht op basis van de EU-richtlijn over de toepassing van de rechten van patiënten

bij grensoverschrijdende zorg (Europese Unie, 2011). Het netwerk streeft naar duurzame en interoperabele eHealth-systemen binnen de EU en richt zich op ontwikkelingen die bijdragen aan de coördinatie, duurzaamheid en kwaliteit van de gezondheidszorg in de EU.

Het eHealth Network heeft het beleid uit het eHealth Action Plan vertaald naar een Multi Annual Workplan 2015-2018 (eHealth Network, 2014) in de vorm van een concrete agenda. Verder is om de vergaderingen van het eHealth Network voor te bereiden in mei 2015 het project 'JAseHN' gestart (Joint Action to Support the eHealth Network; JAseHN, 2016). De hoofdpunten in het werkplan van het eHealth Network zijn:

- interoperabiliteit en standaardisatie;
- het vaststellen van de mate van implementatie van de Europese richtlijnen op het gebied van eHealth;
- uitwisseling van kennis;
- internationale samenwerking.

In het afgelopen jaar hebben twee bijeenkomsten van het eHealth Network plaatsgevonden, in november 2015 en juni 2016. Daarbij ging het onder meer over internationale ontwikkelingen op het gebied van identificatiemiddelen, juridische aspecten van uitwisseling van gezondheidsgegevens over grenzen, de ontwikkeling van een gedragscode voor privacy voor mHealth (mobile health) en aanpassingen in de internationale richtlijnen voor patiëntsamenvattingen en medicatievoorschriften (Europese Commissie, 2016).

2.3 Andere onderzoeken

In deze paragraaf stippen we enkele onderzoeken aan die ons het afgelopen jaar opvielen en die dicht bij de thematiek van de eHealth-monitor liggen.

2.3.1 eMental Health

Het Trimbos-instituut heeft in 2015 onderzoek gedaan naar het gebruik van eMental Health onder huisartsen en praktijkondersteuners huisartsenzorg voor de geestelijke gezondheidszorg (POH's-GGZ). Sinds 1 januari 2014 is de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) veranderd. De huisarts speelt nu een grotere rol in de behandeling en begeleiding van mensen met psychische klachten. Daarom is er geld beschikbaar gekomen voor de huisarts voor de inzet van POH's-GGZ en behandelingen via internet. Uit het onderzoek uit 2015 (Lokman et al., 2016) bleek dat 80% van de huisartsenpraktijken inmiddels gebruik maakt van eMental Health-aanbod, waarbij dit meestal gebeurt door de POH-GGZ. De deelnemers aan dit onderzoek die eMental Health het afgelopen jaar gebruikten, schatten het percentage patiënten bij wie zij eMental Health-programma's inzetten nog wel laag in.

Het Trimbos-instituut concludeert enerzijds dat er sprake lijkt van een uitbreiding sinds 2014 van het aantal huisartsenpraktijken dat ervaring opdoet met eMental Health; anderzijds dat gezien het beperkte aantal patiënten voor wie het wordt ingezet, de implementatie van eMental Health in de huisartsenpraktijk nog in de kinderschoenen staat. Er is onder meer verbetering van het aanbod nodig, zodat taal en opleidingsniveau van patiënten

geen barrière voor deelname hoeft te vormen. In deze eHealth-monitor is in samenwerking met het Trimbos-instituut nader onderzoek gedaan onder de POH's-GGZ en onder deelnemers van het Panel Psychisch Gezien (zie ook bijlage A).

Adviesbureau M&I-partners voerde in 2016 onderzoek uit naar de toepassing van eMental Health in grote, geïntegreerde GGZ-instellingen (Grolleman et al., 2016). Het onderzoek concludeert dat met de inzet van online behandelplatforms in de GGZ nog te weinig rendement wordt behaald. Hoewel ongeveer de helft van de GGZ-behandelaren beschikt over een behandelplatform, volgt minder dan een op de tien cliënten een *blended* behandeling (face-to-face gesprekken gecombineerd met online behandeling).

2.3.2 eHealth in de apotheek

Nictiz (Van Lettow et al., 2016) deed in samenwerking met de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Pharmacie (KNMP) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapotheken (NVZA) onderzoek naar de inzet van eHealth door openbare en poliklinische apotheken. Hierbij werd gekeken naar elektronische communicatie tussen apotheek en patiënt, naar elektronische informatie-uitwisseling met zorgverleners, naar online inzage in medicatiegegevens voor de patiënt, en naar toekomstige ontwikkelingen.

Een aantal patiëntgerichte diensten, waaronder online herhaalrecepten aanvragen en via internet een vraag stellen aan de apotheek, bleek vooral bij openbare apotheken breed beschikbaar. Elektronische informatie-uitwisseling binnen de eerste lijn

is breed geïmplementeerd, maar elektronisch delen van informatie met ziekenhuizen of ziekenhuisapotheken is veel minder goed mogelijk. Bij veel openbare apotheken hebben patiënten online toegang tot hun actuele medicatieoverzicht.

Apothekers zien veel potentie in toepassingen van eHealth binnen de apotheek voor zowel patiënt als apotheker. Zij vinden wel dat verbeteringen nodig zijn in de apotheekinformatiesystemen en dat verschillende informatiesystemen onvoldoende aan elkaar gekoppeld kunnen worden.

2.3.3 Onderzoeken patiëntportalen

De adviesbureaus M&I-partners (Van Luxemburg & Willems, 2016) en CGI Health (Kuipers & Ter Meer, 2015) deden beide desk research naar de digitale dienstverlening van ziekenhuizen voor patiënten in Nederland. M&I-partners concludeerde dat het aantal ziekenhuizen dat een patiëntenportaal aanbiedt in een jaar tijd is verdriedubbeld, tot 23% in 2016. Inzage in het medisch dossier is mogelijk bij 23% van de ziekenhuizen, waarbij echter verschillen kunnen bestaan tussen ziekenhuizen omdat niet alle specialismen hun medische data openstellen. M&I-partners verwacht verdere uitbreiding van de mogelijkheden. Onderzoek van Nictiz (Nictiz, 2016) bevestigt dat een kwart van de ziekenhuizen in 2016 een patiëntenportaal heeft, en laat verder zien dat het aantal functies dat via het portaal aan patiënten wordt geboden sterk uiteenloopt.

CGI Healthcare vond 49 patiëntportalen bij 81 Nederlandse ziekenhuisorganisaties. Bij tien portalen trof het bureau de mogelijkheid aan tot inzage in het medisch dossier. Door de verschil-

lende wijze van rapporteren zijn de resultaten niet een-op-een vergelijkbaar.

2.3.4 Regionale eHealth-meetlat

Zorgbelang Brabant (Meijnckens, 2016) onderzocht de digitale dienstverlening van zorgaanbieders in Noord-Brabant en keek daarbij naar ziekenhuizen, instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, instellingen voor verpleging en verzorging en thuiszorg, en naar huisartsenpraktijken. Er werden 186 organisaties onderzocht, voornamelijk op basis van informatie op hun website. Het onderzoek concludeert dat het aanbod van eHealth-basisdiensten nog geen gemeengoed is bij zorgaanbieders in Noord-Brabant. Er zijn in alle sectoren koplopers te vinden, maar er is ook een flinke achterhoede. Elke sector maakt daarbij zijn eigen ontwikkeling door als het gaat om het stellen van prioriteiten. Informatie over digitale dienstverlening is beperkt vindbaar of onduidelijk op de websites van de zorgaanbieders.

2.3.5 eHealth in Europa volgens de WHO

De World Health Organisation (WHO) deed onderzoek naar de stand van zaken op het gebied van eHealth in Europa (Peterson et al., 2016). De WHO concludeert dat de Europese lidstaten inzien dat eHealth kan bijdragen aan de universele toegang tot gezondheidszorg. Echter, het strategisch inzetten van eHealth op nationaal niveau vereist een meer gecoördineerde aanpak voor planning, implementatie en evaluatie. Een meerderheid van de EU-lidstaten ontwikkelt dan ook nationale strategieën en/of beleid voor eHealth of nationale zorginformatiesystemen, met de daarbij behorende duurzame financiering.

Volgens de WHO is het belangrijk om te erkennen dat succesvol investeren in eHealth meer met zich meebrengt dan het verwerven van technologie.

Er is een holistische visie nodig op de impact op organisatieprocessen, structuren, rollen, standaarden en wetgeving. Daarbij moet ook aandacht zijn voor personeel, opleiding, vergoeding en de cultuur van de gebruikers. Er is een krachtiger politiek commitment nodig, gesteund door duurzame financiering, en een effectieve implementatie van beleid, beschermd tegen frequente veranderingen in het nationale politieke landschap.

2.4 Terugblik op de aanbevelingen van 2015

In de eHealth-monitor 2015 (Krijgsman et al., 2015b) werden drie aanbevelingen gedaan. Sindsdien is er op een aantal van deze onderwerpen ontwikkelingen te zien. Deze lichten we hieronder toe.

2.4.1 Focus de aandacht op de meest kansrijke diensten

De aanbeveling aan onder meer zorgverleners, zorgverzekeraars, overheden en leveranciers was om de gezamenlijke inspanningen zo veel mogelijk te richten op een aantal kansrijke diensten. Dit zijn diensten waarvoor draagvlak aanwezig is onder zorggebruikers en/of zorgverleners en die kunnen dienen als wegbereider voor andere innovaties. Als kansrijk zagen we online diensten voor zorggebruikers, elektronische informatie-uitwisseling en enkele toepassingen in de care, waaronder beeldschermzorg. In het afgelopen jaar waren op enkele van deze terreinen gezamenlijke initiatieven van partijen in het zorgveld te zien.

Online diensten

Wat betreft online diensten voor zorggebruikers, bestaan er diverse initiatieven die vooral gericht zijn op online inzage in de eigen medische gegevens. Het voorbeeld van het programma 'Meer regie over eigen gezondheid', dat streeft naar richtlijnen voor PGO's, gaven we eerder in dit hoofdstuk.

Informatie-uitwisseling

Er is veel aandacht in het zorgveld voor elektronische informatie-uitwisseling. Zo zijn de randvoorwaarden daarvoor een van de focuspunten van het Informatieberaad (zie eerder in dit hoofdstuk).

Een van de zogenaamde regiodeals die is gesloten tijdens de eHealth-week, was een overkoepelende samenwerking tussen regionale samenwerkingsorganisaties die moet leiden tot betere informatie-uitwisseling tussen zorgaanbieders, zoals het gestandaardiseerd uitwisselen van medicatieoverzichten (Minister en staatssecretaris van VWS, 2016). In november 2015 werd een convenant gesloten tussen een groot aantal partijen, met daarbij koepelorganisaties van zorgverleners, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties, over het gebruik van de landelijke zorginfrastructuur van de Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie (VZVZ, 2015).

Toepassingen in de care

Diverse zorgpartijen besteedden aandacht aan beeldschermzorg. We noemden al het onderzoek naar de financieringsaspecten van beeldschermzorg binnen het programma 'De zorg ontzorgd met ICT'. De zogenaamde zorginfrastructuurregeling wordt voortgezet tot 2017 (Lagerwaard, 2014).

2.4.2 Kom tot een gezamenlijke en systematische aanpak van systeembelemmeringen

De eHealth-monitor 2015 stelde vast dat belemmeringen op financieel, juridisch en technisch vlak jaarlijks opnieuw worden geconstateerd en dat hiervoor een systematische en gecoördineerde aanpak gewenst is.

Enkele van deze onderwerpen zijn benoemd als actiepunten in het kader van innovatie en zorgvernieuwing door het ministerie van VWS, zoals eerder in dit hoofdstuk genoemd. Er zijn concrete actiepunten benoemd voor het bevorderen van adequate informatie-uitwisseling en verbetering van de bekostiging. De al genoemde Opschalings-Gids en de website van 'Zorg voor innoveren' (Zorg voor innoveren, 2016) zijn voorbeelden van initiatieven om de bestaande onduidelijkheden rondom financieringsmogelijkheden te adresseren. Rondom informatie-uitwisseling worden onder andere in het Informatieberaad afspraken gemaakt om tot vaststelling van standaarden te komen. Onze verwachting is dat de komende jaren blijvend aandacht voor deze zaken nodig zal zijn.

2.4.3 Sorteer voor op het toenemend belang van consumenten-eHealth

In de eHealth-monitor 2015 is vastgesteld dat de rol van de zorggebruiker als bron en ontvanger van medische informatie in de toekomst waarschijnlijk belangrijker wordt, maar dat vooralsnog de mogelijkheden tot elektronische informatiedeling tussen zorggebruiker en zorgverlener nog beperkt zijn. De aanbeveling was om de mogelijkheden daartoe te verruimen.

Het eerder genoemde programma 'Meer regie over gezondheid' is een voorbeeld van een samenwerking tussen meerdere organisaties die erop is gericht om de elektronische informatiedeling tussen zorgverleners en zorggebruikers te bevorderen. Daarvoor is ook nodig dat zorggebruikers meer vertrouwd raken met en gebruik willen maken van digitale mogelijkheden in de zorg. Uit onderzoek onder chronisch zieken en kwetsbare ouderen in het kader van de eHealth-doelstellingen (Krijgsman et al., 2016) blijkt bijvoorbeeld dat minder dan een vijfde van de chronisch zieken en kwetsbare ouderen die zelf gezondheidswaarden meten, het belangrijk vindt om die gezondheidswaarden via het internet te kunnen delen met hun zorgverlener.

2.5 Referenties

De Ruiters, P. & Tijink, D. (2016). *De toekomst van beeldschermzorg*. Leidschendam: ECP, namens 'De Zorg Ontzorgd met ICT'.

eHealth Network. (2014). *Multi-Annual Work Plan 2015-2018, adopted by the eHealth Network, 13 May 2014, Athens*. Brussel: Europese Commissie.

Europese Commissie. (2016). *Summary minutes 9th meeting of the eHealth Network 7 June 2016*. Brussel: Europese Commissie, DG Health and food safety, DG Communications networks, content and technology.

Europese Unie. (2011). *Richtlijn 2011/24/EU van het Europees Parlement en de Raad betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende zorg*. Brussel: Europese Unie.

Expertisecentrum Mantelzorg. (2016). *Mantelzorg*

en ICT. Geraadpleegd op 10 augustus 2016 op <http://www.expertisecentrummantelzorg.nl/em/Mantelzorg-en-ict.html>.

GGD en GHOR Nederland. (2016). *GGD Appstore*. Geraadpleegd op 19 juli 2016 op <https://www.ggdappstore.nl>.

Grolleman, J., Groothuis, B., van Eekeren, P. (2016). *Meer rendement met e-Mental Health*. Zeist: M&I Partners.

Informatieberaad. (2015). *Gemeenschappelijke visie op het informatiestelsel voor de zorg*. Den Haag: Informatieberaad.

Informatieberaad. (2015b). *Conceptverslag 5e informatieberaad zorg, 7 december 2015*. Den Haag: Informatieberaad.

Informatieberaad. (2016a). *Conceptverslag 6e informatieberaad zorg, 4 april 2016*. Den Haag: Informatieberaad.

Informatieberaad. (2016b). *Conceptverslag 7e informatieberaad zorg, 20 juni 2016*. Den Haag: Informatieberaad.

Jasehn. (2016). *About JAseHN, project description*. Geraadpleegd op 19 juli 2016 op <http://jasehn.eu/index.php/about-jasehn/>.

KNMG. (2016). *Medische App Checker: beoordeling van medische apps*. Utrecht: KNMG.

Krijgsman, J., Peeters, J., Burghouts, A., De Jong, J., Heijmans, M., Beenkens, F., Waverijn, G., Friele, R., Van Gennip, L. (2015). *'Dan kan ik er misschien zelf iets aan doen'- tussenrapport eHealth-monitor 2015*. Den Haag & Utrecht: Nictiz & NIVEL.

Krijgsman, J., Peeters, J., Burghouts, A., De Jong, J., Moll, T., Friele, R., Van Gennip, L. (2015b). *Tussen vonk en vlam, eHealth-monitor 2015*. Den Haag & Utrecht: Nictiz & NIVEL.

Krijgsman, J., Peeters, J., Waverijn, G., Van Lettow, B., Van der Hoek, L., De Jong, J., Friele, R., Van Gennip, L. (2016). *'Omdat ik het belangrijk vind om goed voor mezelf te zorgen'- rapportage eHealth-doelstellingen 2016*. Den Haag & Utrecht: Nictiz & NIVEL.

Kuipers, L. & Ter Meer, L. (2015). *Marktonderzoek naar digitale dienstverlening Nederlandse ziekenhuizen*. Rotterdam: CGI Health.

Lagerwaard, H. (2014). *Brief aan de besturen van AWBZ-instellingen over subsidieregeling voortzetting zorginfrastructuur 2015-2017*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit, directie Zorgmarkten Care.

Lokman, S., Van der Poel, A., Smeets, O., Martin Abello, K., Boon, B. (2016). *E-Mental health in de huisartsenpraktijk. Onderzoek naar gebruik en ervaringen*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Meijnckens, L. (2016). *eHealth Meetlat Brabant 2016, Editie # 1*. Tilburg: Zorgbelang Brabant.

Meijerink, M., Verbrugge, C., Romme, J., Haveman, H., ter Brake, H., Bosman, Q., Maat, E., Mulder, B., ten Bode, P. (2015). *Notitie "Bevindingen na afloop van het beoordelingsproces"*. Commissie ICT doorbraak 'De Zorg ontzorgd met ICT'. Geraadpleegd op 24 augustus 2016 op http://www.doorbraakmetdezorg.nl/images/uploads/Notitie_ICT_doorbraakcommissie.pdf.

Minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2014). *Kamerbrief over e-health en zorgverbetering*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2015). *Kamerbrief over de voorgangsrapportage eHealth en zorgverbetering*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2016). *Kamerbrief betreffende Verslag eHealth Week*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Nictiz. (2016). *Steeds meer ziekenhuizen geen patiënten online toegang tot hun gegevens*. Geraadpleegd op 24 augustus 2016 op <https://www.nictiz.nl/nieuws/steeds-meer-ziekenhuizen-geven-patienten-online-toegang-tot-hun-gegevens>.

NFU. (2016). *NFU programma eHealth*. Geraadpleegd op 10 augustus 2016 op <https://www.nfu-ehealth.nl>.

NVZ. (2016). *De patiënt als partner? Toegang tot medische gegevens noodzakelijk*. Geraadpleegd op 10 augustus 2016 op <http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/actueel/2927-de-patient-als-partner-toegang-tot-medische-gegevens-noodzakelijk>.

Patiëntenfederatie Nederland. (2016). *Meer regie over gezondheid*. Geraadpleegd op 19 juli 2016 op <https://www.patiëntenfederatie.nl/voor-organisaties/meer-regie-over-gezondheid/>.

Peterson, C.B., Hamilton, C., Hasvold, P. (2016). *From innovation to implementation – eHealth in the WHO European Region*. Copenhagen: World Health Organization, regional office for Europe.

Van Bijsterveld, M. (2016). *OpschalingsGids*. Den Haag: Zorg voor innoveren.

Van Lettow, B., Schreuder, C., Custers, B., Ottenheijm, S., Krijgsman, J. (2016). *eHealth, de apotheker is er klaar voor*. Den Haag: Nictiz.

Van Luxemburg, A. & Willems, C. (2016). *Onderzoek patiëntportalen. Onderzoek voorjaar 2016*. Zeist: M&I Partners.

VWS & ECP. (2016). *eHealth Week*. Geraadpleegd op 12 augustus 2016 op <http://www.ehealthweek.net>.

VZVZ. (2015). *Convenant gebruik landelijke zorginfrastructuur 2016-2020*. Den Haag: VZVZ.

ZO! (2016). *Zelfzorg ondersteund*. Geraadpleegd op 19 juli 2016 op <http://zelfzorgondersteund.nl>.

Zorginnovatie.nl. (2016). *ZorgInnovatie Community*. Geraadpleegd op 12 augustus 2016 op <https://www.zorginnovatie.nl/community>.

3 Wat helpt om eHealth beter of makkelijker toe te passen?



Medisch specialist: *“Een prachtige aanvulling op bestaande zorg, die een aantal face-to-face consulten kan vervangen.”*



Manager in de care: *“Het zou mij helpen als er gezamenlijk vanuit diverse partijen een prioriteitenlijst wordt gemaakt, waarbij niet de beleidsmakers, bestuurders en politici bepalen wat gewenst is, maar het werkveld dat zelf doet.”*



Belangrijkste resultaten in dit hoofdstuk

- Voor het makkelijker of beter toepassen van eHealth zien zorgverleners en zorgmanagers aandachtspunten op vijf terreinen: de systemen zelf, de eindgebruikers, de eigen organisatie, het implementatieproces en omgevingsfactoren.
- De groep POH's-GGZ staat positief tegenover eHealth en eMental Health. De grote meerderheid (92%) heeft vormen van eMental Health ingezet en meer dan twee derde van hen vindt dat dit meerwaarde kan hebben voor bepaalde patiënten (70%) en dat het de zorgverlening verrijkt met extra tools (68%). Wel zien ze sommige patiënten voortijdig afhaken en signaleren ze dat het aanbod niet altijd bij alle patiënten aansluit.
- De meeste managers en bestuurders in de care vinden dat innovaties nodig zijn om op de toekomst voorbereid te zijn (97%) en dat het management innovaties stimuleert (83%). Als belangrijke succesfactoren noemen zij: 'commitment' vanuit het bestuur, dat medewerkers een innovatieve toepassing willen gebruiken, en dat het gebruik van de toepassing goed is in te passen in de werkprocessen. Hoewel zij het in het algemeen niet lastig vinden om goede innovaties te vinden, meent 39% dat zij niet voldoende kunnen investeren in innovaties. Naast beperkingen in de financiën ervaren zij een tekort aan kennis aan vaardigheden in de organisatie, tijdgebrek, en weerstand onder het personeel, als belemmeringen voor de inzet van eHealth.
- Artsen zien vooral de noodzaak om te komen tot verbeteringen in de informatiesystemen, zoals betere koppelingen en integratie van toepassingen. Ze ervaren dat systemen slecht of in het geheel niet gekoppeld kunnen worden en zien dit als de belangrijkste belemmering voor informatie-uitwisseling met andere zorgverleners. Ook hebben ze behoefte aan betere financieringsmogelijkheden/vergoedingen en aan tijd en (na)scholing.
- Wat betreft eHealth-toepassingen zijn verpleegkundigen nog relatief 'zoekende' naar wat voor hen handig is aan eHealth (37%). Ruim een derde (37%) is enthousiast over de mogelijkheden. Ruim de helft (52%) vindt eHealth een waardevol hulpmiddel. In de cure geven verpleegkundigen vaker aan dat eHealth een onlosmakelijk onderdeel is van het vak en dat eHealth een waardevol hulpmiddel is. In de care vinden verpleegkundigen vaker dat eHealth tot minder menselijk contact leidt en dat eHealth-toepassingen moeilijk zijn voor patiënten.

3.1 Inleiding

Een aandachtspunt in deze editie van de eHealth-monitor is het krijgen van meer inzicht in factoren die helpen om eHealth makkelijker of beter in te zetten om de zorg en gezondheid te ondersteunen of te verbeteren. Vier beroepsgroe-

pen in de zorg zijn voor dit thema onderzocht, namelijk praktijkondersteuner huisartsenzorg voor de geestelijke gezondheidszorg (POH's-GGZ), managers en bestuurders in de care, artsen, en verpleegkundigen. De vragen voor de POH's-GGZ zijn tot stand gekomen in samenwerking met het

Trimbos-instituut en de Vrije Universiteit Amsterdam en zijn afgenomen onder leden van de vereniging POH-GGZ. Zie bijlage A voor methoden van dataverzameling.

Eerst gaan we in op de POH's-GGZ (paragraaf 3.2) en managers en bestuurders uit de caresector (paragraaf 3.3). We hebben extra verdiepend onderzoek gedaan onder deze twee specifieke groepen, om de volgende reden:

1. De groep van POH's-GGZ is interessant, omdat de rol van POH-GGZ relatief nieuw is en er tegelijkertijd veel digitale hulpmiddelen zijn ontwikkeld voor online ondersteuning en behandeling in de GGZ. Dit kan voor een klimaat zorgen waarin nieuwe ontwikkelingen een vruchtbare bodem vinden.
2. De groep managers en bestuurders in de care is interessant, omdat in de afgelopen periode veel veranderingen hebben plaatsgevonden in de care, zoals de verschuiving van taken op het gebied van ondersteuning naar de gemeenten. Enerzijds kunnen technologische innovaties dergelijke veranderingen ondersteunen omdat ze nieuwe werkwijzen mogelijk maken; anderzijds kunnen innovaties juist onder druk komen te staan doordat andere veranderingen veel aandacht vragen. Het is daarom interessant om meer zicht te krijgen op hoe managers en bestuurders in de care in een dergelijke periode tegen innovaties aankijken.

Naast de POH's-GGZ en de managers, die dit jaar voor het eerst werden onderzocht, is net als in andere jaren aandacht besteed aan enkele implementatie-aspecten bij andere zorgverleners, vooral

bij artsen (paragraaf 3.4) en daarnaast bij verpleegkundigen (paragraaf 3.5).

We hebben gezocht naar belemmeringen en positieve effecten die zorgverleners (en managers) ervaren bij de inzet van eHealth. Daarnaast hebben we gevraagd naar stimulansen: hun ideeën over wat hen zou helpen om eHealth gemakkelijker of beter in te zetten. Zo kunnen we een beeld schetsen van de knelpunten en de kansen als het gaat om het succesvol inzetten van eHealth.

We sluiten af met een discussie waarin we een overzicht geven van aandachtspunten voor het makkelijker of beter toepassen van eHealth op basis van de gepresenteerde resultaten in dit hoofdstuk.

3.2 Ervaringen met eHealth bij de POH-GGZ

Deze paragraaf gaat in op:

- gebruik van en houding ten opzichte van eMental Health;
- positieve effecten;
- belemmeringen;
- stimulansen;
- en andere implementatie-aspecten.

3.2.1 Gebruik van en houding ten opzichte van eMental Health

Van de POH's-GGZ heeft 92% in het afgelopen jaar een vorm van eMental Health ingezet, zoals websites met psycho-educatie, online (zelfhulp) programma's voor psychische klachten en online monitoring (zie ook paragraaf 6.3.4). Wat betreft de toepassingen van eHealth die niet specifiek gericht

De POH-GGZ

De POH-GGZ werkt onder de verantwoordelijkheid van de huisarts en is in het algemeen een psycholoog of gespecialiseerde verpleegkundige, die zich bezig houdt met het zien en begeleiden van mensen met psychische klachten. De POH-GGZ kan in overleg met de huisarts patiënten doorverwijzen naar de generalistische basis-GGZ of de specialistische GGZ. De rol van de POH-GGZ is vanaf 2007 ontstaan om de toenemende vraag naar hulp bij psychische en psychosociale problemen op te vangen (Landelijke vereniging POH-GGZ, 2016).

zijn op de GGZ, valt de inzet van e-consulten op (zie paragraaf 4.3.2). Van de POH's-GGZ zegt 73% e-consulten aan te bieden aan een deel van de cliënten. Het video-consult daarentegen is niet gebruikelijk bij de POH-GGZ (2%).

Van de POH's-GGZ die eMental Health hadden ingezet, was 70% van mening dat dit een meerwaarde kan hebben voor bepaalde patiënten (zie tabel 3-1 van de tabellenbijlage⁹). Een meerderheid vond dat het een goede invulling geeft aan zelfmanagement, dat het de verantwoordelijkheid en zelfstandigheid van patiënten bevordert, en dat patiënten meer inzicht krijgen in eigen klachten (zie tabel 3-2). Deze meningen samen met het gebruik tonen aan dat de POH-GGZ positief is over eMental Health.

In hoofdstuk 6 (zelfmanagement en online behandeling) wordt in meer detail ingegaan op de vormen van eHealth en eMental Health die door POH's-GGZ werden ingezet. In dit hoofdstuk concentreren we ons verder op houding ten

opzichte van eHealth en randvoorwaarden voor de implementatie.

3.2.2 Positieve effecten

Van de POH's-GGZ die eMental Health hebben ingezet, geeft 78% aan hiervan positieve effecten te ervaren (zie tabel 3-3). De vijf meest genoemde positieve effecten zijn (zie tabel 3-4):

- het verrijkt de zorgverlening met extra tools om patiënten te begeleiden (68%);
- het verbetert de kwaliteit van mijn zorgverlening (45%);
- het brengt variatie in de aard van mijn werkzaamheden (44%);
- het bespaart tijd, er is minder uitleg of herhaling nodig, patiënten kunnen het zelf lezen (38%);
- het laat zien dat wij als praktijk met de tijd meegaan (30%).

Positieve effecten die weinig worden genoemd, zijn: "Het bespaart kosten" en "Het verlicht mijn werkdruk" (beide 6%).

3.2.3 Belemmeringen

Hoewel ze positief zijn over de effecten van eMental Health, geeft 78% van de POH's-GGZ die eMental Health hebben ingezet aan dat zij hierin belemmeringen ervaren (zie tabel 3-5). De meest genoemde belemmeringen zijn (zie tabel 3-6):

- patiënten haken voortijdig af (58%);
- het aanbod sluit niet goed aan bij (een deel van) de patiënten, bijvoorbeeld omdat zij geen computer hebben, laag zijn opgeleid en/of een onvoldoende beheersing hebben van de Nederlandse taal (46%);

9 Tenzij anders aangegeven, verwijzen we voor de tabellen naar de losse tabellenbijlage bij dit rapport.

- patiënten geven de voorkeur aan face-to-face gesprekken (33%);
- de POH-GGZ zou meer mogelijkheden willen hebben om zich in het aanbod en/of het systeem te verdiepen (31%);
- te veel een standaard pakket; de POH-GGZ wil de behandeling meer af kunnen stemmen op de klachten (26%);
- er is een betere koppeling nodig tussen de eMental Health-toepassing en het huisartsinformatiesysteem (HIS) of een ander systeem (26%).

Er liggen dus vooral uitdagingen in verdere verbeteringen in het aanbod, op het punt van toepasbaarheid, maar ook in de mogelijkheden of wensen van de verschillende patiëntengroepen om van de beschikbare mogelijkheden gebruik te maken. De POH-GGZ zet in het algemeen de verschillende toepassingen in bij een deel van de patiënten (zie ook paragraaf 6.3.4). Dit wordt bevestigd door onze gegevens over zorggebruikers die een GGZ-hulpverlener bezoeken; minder dan een tiende van hen maakt gebruik van online behandelingen (zie paragraaf 6.3.2).

3.2.4 Stimulansen

Aan POH's-GGZ is gevraagd wat zij menen nodig te hebben voor de verdere implementatie of verbetering van eMental Health binnen hun praktijk. Hierbij werd een groot aantal aspecten naar voren gebracht (zie ook tabel 3-7 voor aantallen en voorbeelden van reacties). De aspecten zijn gesorteerd van meest genoemd naar minder vaak:

- meer scholing en training van de POH-GGZ;
- zorgen voor meer goede informatie over aanbod en effecten;

- mogelijkheid om programma's aan te passen naar eigen behoefte;
- tijd vrijmaken voor de POH-GGZ om zich te verdiepen in de mogelijkheden en het aanbod;
- aanpassen van de werkprocessen om tijd te maken voor eHealth-gerelateerde taken;
- (betere) koppeling met onder andere het HIS;
- meer oefenen en ervaring opdoen;
- het motiveren van andere betrokkenen die nodig zijn voor het succes (voornamelijk de huisarts);
- adequate vergoedingen;
- ervaringen delen met andere zorgverleners;
- gebruiksvriendelijkere toepassingen.

3.2.5 Andere implementatie-aspecten: samenhang, betrokkenheid, uitvoering en reflectie

Onderdeel van het vragenlijstonderzoek onder POH's-GGZ was de zogenaamde NoMAD-vragenlijst (zie bijlage A), toegepast in samenwerking met de Vrije Universiteit Amsterdam. Deze vragenlijst kijkt naar implementatie vanuit de Normalisatie Proces Theorie (NPT), die gaat over de dingen die mensen doen om zorginnovaties onderdeel te maken van de dagelijkse routine. Onder dit normalisatieproces vallen vier aspecten die in ons onderzoek aan bod komen: samenhang, betrokkenheid, uitvoering, en reflectie.

- Bij de POH's-GGZ vonden we een goede *samenhang* tussen de betekenis van eMental Health voor de zorgvraag en de (bestaande) zorgverleningsroutines.
- De POH's-GGZ tonen een hoge *betrokkenheid*. Dit is de betrokkenheid van de gebruikers met het implementatieproces, bijvoorbeeld of zij de

innovatie willen blijven steunen en deze vinden passen bij hun rol.

- Wat betreft de *uitvoering* van eMental Health zien we dat POH's-GGZ behoefte hebben aan meer training, meer steun van het management, en meer middelen om eMental Health interventies te ondersteunen. Het aspect uitvoering betreft dan ook: de mate waarin men in staat is of wordt gesteld om de innovatie te gebruiken. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om vaardigheden, training en ondersteuning door het management.
- Wanneer we kijken naar *reflectie*, valt op dat de POH's-GGZ vinden dat zij minder goed op de hoogte zijn van de literatuur over de effecten van eMental Health-interventies. Reflectie betreft de ruimte om over de juiste inzet van de innovatie na te denken en daar naar te handelen. Het gaat dan bijvoorbeeld om de ervaren effecten en in hoeverre men op basis van ervaringen aanpassingen kan maken.

3.3 Ervaringen met eHealth bij managers en bestuurders in de care

De tweede doelgroep die in deze editie van de eHealth-monitor voor het eerst nader is onderzocht, is die van managers en bestuurders in de care (zie bijlage A voor gegevens over deze groep). De groep is onderzocht in samenwerking met Vilans en bestond voornamelijk uit projectleiders, beleidsmedewerkers innovatie, managers zorginnovatie, leden van de raad van bestuur, en stafmedewerkers.

In deze paragraaf komt het innovatieklimaat aan bod volgens de ervaringen van managers en

bestuurders. Daarna gaan we in op:

- geïmplementeerde toepassingen;
- strategieën en succesfactoren voor implementatie;
- positieve effecten;
- belemmeringen;
- stimulansen om eHealth verder te verspreiden en de inzet te verbeteren.

3.3.1 Innovatieklimaat

Tabel 3-8 laat zien hoe de managers en bestuurders reageerden op een aantal stellingen over innovaties. Hieruit blijkt dat zij een positieve houding hebben ten opzichte van innovatie. Zij vinden vrijwel allemaal (97%) dat innovaties nodig zijn om op de toekomst voorbereid te zijn. Van hen vindt 83% dat het management in hun organisatie innovaties stimuleert. Driekwart (75%) vindt dat hun organisatie goede ideeën heeft over innovaties. Een belangrijk deel is wel van mening dat de organisatie teveel vasthoudt aan oude gewoontes (43%) en nog meer aandacht zou moeten besteden aan innovaties (46%). Relatief weinig managers en bestuurders hebben moeite om goede innovaties te vinden (13%) of menen dat de baten van innovaties overschat worden (18%).

Wat opvalt, is dat bij de vraag of men voldoende kan investeren in innovaties, er een vrijwel even grote groep is die vindt dat dit niet het geval is (39%) als die vindt dat dit wel het geval is (40%).

3.3.2 Geïmplementeerde toepassingen

In de care-organisaties die deelnamen aan het onderzoek is, volgens de managers en bestuurders in het algemeen slechts een deel van alle innovaties

waarnaar werd gevraagd, geïmplementeerd in de hele organisatie (zie figuur 3-1 en tabel 3-9). Alleen elektronische patiëntendossiers zijn in een ruime meerderheid van de deelnemende organisaties organisatiebreed ingevoerd. Als we kijken naar innovaties die op een kleinere schaal (dus in slechts een deel van de organisatie) zijn ingevoerd, is het aandeel van de organisaties waarbij de onderzochte toepassingen zijn geïmplementeerd hoger. Vooral toezichthoudende technieken (bijvoorbeeld alarmering, valdetectie) zijn in de meerderheid (59%) van de care-organisaties aanwezig. Elektronische gegevensuitwisseling, zoals elektronische (verpleegkundige) overdracht, vinden we bij de helft terug (50%).

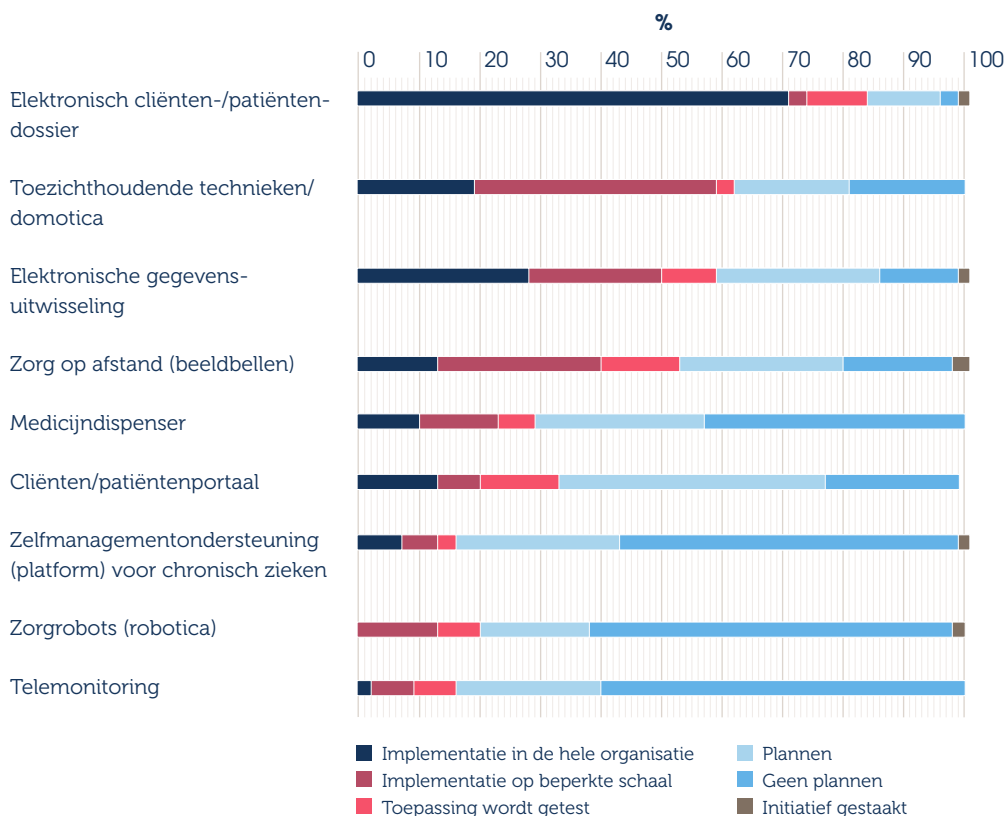
Andere innovaties zijn bij minder dan de helft van de deelnemende organisaties gedeeltelijk of geheel ingevoerd. Beeldschermzorg is bijvoorbeeld organisatiebreed ingevoerd bij 13% en op beperkte schaal bij 27%.

3.3.3 Succesfactoren en strategieën voor implementatie

Succesfactoren

De managers en bestuurders hebben aangegeven wat zij de belangrijkste succesfactoren vinden voor de eHealth-toepassingen die het meest succesvol in hun organisatie zijn geïmplementeerd. De belangrijkste succesfactoren liggen volgens hen op

*Figuur 3-1
Managers en bestuurders in de care - Percentage managers en bestuurders in de care dat aangeeft dat in hun organisatie eHealth-toepassingen worden ingezet als onderdeel van de zorg en ondersteuning; in 2016 (n=68).*



het terrein van de organisatie, de medewerkers en de toepassing zelf (zie ook tabel 3-11):

- het bestuur van de organisatie heeft commitment uitgesproken voor eHealth (78%);
- het zorgpersoneel kan het gebruik van de eHealth-toepassingen goed inpassen in de werkprocessen (63%);
- collega's en medewerkers in de praktijk willen de eHealth-toepassing graag gebruiken (55%);
- de eHealth-toepassing werkt goed (53%).

Tabel 3-10 laat zien om welke soorten toepassingen het zoal gaat. Dit zijn onder andere elektronische cliëntendossiers, beeldschermzorg, elektronische medicijndispensers, zelfmanagementportalen, dwaaldetectie, en online behandelprogramma's voor GGZ.

Strategieën

We hebben de managers en bestuurders diverse strategieën voorgelegd voor de implementatie van innovaties. Van elke strategie werd gevraagd of men deze belangrijk vond en of deze in de praktijk was toegepast in de organisatie. De resultaten zijn opgenomen in tabel 3-12 van de tabellenbijlage.

Een ruime meerderheid (ten minste 80%) vond de meeste strategieën belangrijk. Het minst belangrijk vond men het om eHealth-toepassingen pas in te zetten als deze goed werken, maar daar staat tegenover dat twee derde dit juist wel belangrijk vond.

Interessant is dat men een aantal strategieën wel belangrijk vindt, maar dat deze lang niet altijd in de praktijk zijn toegepast. Tabel 3-13 in deze paragraaf toont de strategieën waar de grootste discrepantie bestaat tussen het aangegeven belang en de werkelijke toepassing ervan.

De belangrijkste discrepantie doet zich voor bij 'het zichtbaar maken van de resultaten (effectmetingen)': 94% van de betrokkenen vindt dit belangrijk, maar slechts bij 43% is dit daadwerkelijk toegepast. Kennelijk zijn er voor de strategieën in de tabel belemmeringen om ze in de praktijk te brengen. Wellicht zijn ze te bewerkelijk of te moeilijk, of krijgt dit punt onvoldoende aandacht.

3.3.4 Positieve effecten

Van de managers en bestuurders geeft 85% aan dat hun zorgorganisatie positieve effecten ervaart

Tabel 3-13

Managers en bestuurders in de care - Implementatiestrategieën waarbij het grootste verschil optreedt tussen het percentage deelnemers dat de strategie belangrijk vindt en het percentage deelnemers dat de strategie heeft ingezet in de praktijk; in 2016 (n=68).

Strategie	Belangrijk (% ja)	Ingezet (% ja)
Zichtbaar maken van resultaten (effectmetingen)	94	43
Zorgmedewerkers laten experimenteren met eHealth	97	61
Het geven van goede voorbeelden / werken met voorbeeldteams	90	54
Aanpassen van toepassingen aan eigen gewoontes/situatie	88	57
Ondersteunen van medewerkers die eHealth toepassingen willen proberen	99	72

door de inzet van eHealth (zie tabel 3-14 en 3-15). Hierbij is gevraagd naar de effecten voor de eigen organisatie. De meest genoemde effecten zijn dat het de kwaliteit van de zorgverlening verbetert (81%) en dat het de efficiëntie van de zorgverlening verbetert (79%). Het minst vaak zeggen managers dat de inzet van eHealth kostenbesparend werkt (36%).

Men kon daarnaast zelf andere positieve effecten aangeven. Opvallend was dat hierbij vooral positieve effecten voor de cliënten van de organisatie genoemd werden. Voorbeelden zijn meer regie over het zorgtraject en de bevordering van meer zelfredzaamheid en zelfstandigheid van cliënten.

3.3.5 Belemmeringen

Van de managers en bestuurders ervaart 75% belemmerende factoren bij het toepassen van eHealth (zie tabel 3-16 en 3-17).

Het hoogst scoren de volgende factoren (percentages ten opzichte van de groep die belemmeringen ervaart):

- gebrek aan kennis en vaardigheden in mijn zorgorganisatie om eHealth toe te passen (51%);
- gebrek aan financiële vergoedingen voor de tijd die hierin gaat zitten (51%);
- hoge opstartkosten (49%);
- weerstand onder het personeel voor het uitbreiden van de mogelijkheden hiervoor (47%);
- gebrek aan tijd om ons hierin te verdiepen (45%).

3.3.6 Stimulansen

Aan de managers en bestuurders is gevraagd wat hun organisatie zou helpen om eHealth gemakkelijker of beter toe te passen. Hierbij werden ver-

schillende aspecten naar voren gebracht (zie tabel 3-18 voor aantallen en voorbeelden). Het meest werden genoemd:

- betere financiële ondersteuning (vergoedingen e.d.);
- beter geïntegreerde systemen;
- betere aansluiting van systemen bij de cliënten en de organisatie;
- meer gemeenschappelijke en gedeelde standaarden (niet alleen op informatievlak);
- delen van goede voorbeelden en best practices;
- vergroten van de deskundigheid in de organisatie;
- scholing en voorlichting van professionals en cliënten;
- ontwikkelen van een duidelijke eHealth-visie;
- meer onderzoek en bewijs voor effectiviteit.

3.4 Ervaringen met eHealth bij artsen

Wij vroegen de deelnemende artsen:

- welke voorbeelden van eHealth zij kennen en als veelbelovend beschouwen;
- welke effecten zij ervaren van eHealth;
- welke belemmeringen zij ervaren;
- welke stimulansen naar hun mening mogelijk zijn.

Verder kijken we op welke punten artsen het komende jaar inspanningen of investeringen verwachten en in hoeverre huisartsen op dit moment al afspraken hebben over de inzet van eHealth met verzekeraars binnen de bestaande bekostigingsregeling.

3.4.1 Goede voorbeelden

Van de huisartsen weet 90% goede voorbeelden

van eHealth te noemen die zij veelbelovend vinden (zie tabel 3-19 t/m 3-23). Van de medisch specialisten is dit 85%. Daarbij worden zowel algemene voorbeelden genoemd als specifieke producten.

De lijst aan goede voorbeelden is gevarieerd. Deze bevat toepassingen niet alleen toepassingen gericht op het contact met patiënten (e-consulten, online afspraken, patiëntportalen, online zelfhulp, online herhaalrecepten), maar ook toepassingen die meer voor zorgverleners zijn bedoeld (gemakkelijk en veilig communiceren met collega's, apps voor artsen, elektronisch voorschrijven, video conferencing).

3.4.2 Positieve effecten

We hebben artsen niet alleen gevraagd naar de positieve effecten van online contact met patiënten, maar ook naar de positieve effecten van elektronische informatie-uitwisseling met andere zorgverleners.

Van de huisartsen geeft 58% aan positieve effecten te ervaren van contact met patiënten via internet;

onder de medisch specialisten is dit 36% (zie tabel 3-24). Onder de groep huisartsen en medisch specialisten die ten minste één vorm van online contact aan patiënten aanbieden is de groep die positieve effecten ervaart groter, namelijk respectievelijk 66% en 47%.

De meest genoemde effecten zijn weergegeven in tabel 3-26 (percentages ten opzichte van de groep die positieve effecten ervaart; tabel 3-25 toont alle genoemde effecten). De genoemde positieve effecten overlappen gedeeltelijk tussen huisartsen en medisch specialisten. Aspecten die bij de huisarts hoger in de lijst staan dan bij de medisch specialist zijn:

- dat inzet van eHealth laat zien dat de praktijk met de tijd meegaat;
- dat het de telefoon bij de praktijkassistenten ontlast.

Medisch specialisten ervaren juist weer meer dan huisartsen dat online contact met de patiënt de kwaliteit van hun zorgverlening verbetert en dat het drempelverlagend werkt om contact op te nemen met de afdeling.

*Tabel 3-26
Huisartsen en medisch specialisten - Meest genoemde positieve effecten van online contact met patiënten (percentages ten opzichte van de subgroep die positieve effecten ervaart); in 2016.*

Huisartsen (n=184)	Medisch specialisten (n=98)
Patiënten vinden het prettig (75%)	Patiënten vinden het prettig (60%)
Verbetering van de toegankelijkheid van de afdeling of praktijk (66%)	Verbetering van de toegankelijkheid van de afdeling of praktijk (54%)
Verbetering van de efficiëntie van onze zorgverlening (54%)	Verbetering van de efficiëntie van onze zorgverlening (52%)
Het ontlast de telefoon bij de praktijkassistenten (54%)	Het werkt drempelverlagend om contact op te nemen met de praktijk of afdeling (39%)
Het laat zien dat wij als praktijk of afdeling met de tijd meegaan (42%)	Verbetering van de kwaliteit van onze zorgverlening (38%)

Bij elektronische informatie-uitwisseling tussen zorgverleners is het percentage artsen dat positieve effecten ervaart aanmerkelijk groter dan bij online contact met patiënten. Voor de huisartsen bedraagt dit percentage 85% en voor de medisch specialisten is dit 74% (zie tabel 3-27 en 3-28).

Het gaat hier overwegend om artsen die met ten minste een partij elektronisch gegevens kunnen uitwisselen (99% van de huisartsen en 86% van de medisch specialisten kan dit).

De meest genoemde effecten zijn weergegeven in tabel 3-29 (percentages ten opzichte van de groep die positieve effecten ervaart). Opvallend is dat de belangrijkste vijf positieve effecten volledig overeenkomen, op de volgorde na. Deze resultaten komen ook overeen met de genoemde effecten uit voorgaande jaren.

NB: de reden dat de percentages bij huisartsen lager uitvallen dan bij medisch specialisten is dat (door een onbedoelde beperking in de vragenlijst) de huisartsen bij deze vraag slechts het voor hen belangrijkste antwoord konden kiezen, terwijl de medisch specialisten meerdere keuzes konden maken.

3.4.3 Belemmeringen

We hebben de artsen eveneens gevraagd naar de belemmeringen bij online contact met patiënten en bij elektronische informatie-uitwisseling met andere zorgverleners.

Ten opzichte van 2015 ervaren huisartsen (60%) en medisch specialisten (51%) in 2016 minder belemmeringen bij online contact met patiënten (zie tabel 3-30). De meest genoemde belemmeringen zijn weergegeven in tabel 3-32 (percentages ten opzichte van de groep die belemmeringen ervaart); zie tabel 3-31 voor de gehele lijst van ervaren belemmeringen.

Een deel van beide groepen vindt dat online communicatie niet altijd duidelijk is. Huisartsen vinden het ook minder efficiënt dan telefonisch of face-to-face contact. Een deel van de medisch specialisten heeft het idee dat er niet genoeg veilige systemen zijn voor online contact met patiënten. Dit kan komen doordat informatiebeveiliging een complex terrein is en beveiligingsproblematiek vaak in het nieuws is. Bij huisartsen is meer aandacht voor de financiële aspecten. Dit kan

*Tabel 3-29
Huisartsen en medisch specialisten - Meest genoemde positieve effecten van elektronische informatie-uitwisseling over patiënten (percentages ten opzichte van de subgroep die positieve effecten ervaart); in 2016.*

Huisartsen (n=270)	Medisch specialisten (n=202)
Informatie over patiënten is sneller beschikbaar (21%)	Verbetering van de efficiëntie van onze zorgverlening (67%)
Verbetering van de kwaliteit van onze zorgverlening (18%)	Informatie over patiënten is sneller beschikbaar (67%)
Informatie over patiënten is vollediger (13%)	Verbetering van de kwaliteit van onze zorgverlening (67%)
Verbetering van de efficiëntie van onze zorgverlening (12%)	Informatie over patiënten is actueler (59%)
Informatie over patiënten is actueler (8%)	Informatie over patiënten is vollediger (57%)

komen doordat zij meer direct zelf moeten investeren in ICT-zaken dan hun collega's bij de ziekenhuizen en andere zorginstellingen. Voor medisch specialisten zijn gebrek aan support en geen toegang tot de juiste techniek belangrijker.

De belemmeringen voor elektronische informatie-uitwisseling met andere zorgverleners over patiënten (zie tabel 3-33, 3-34 en 3-35) komen hiermee deels overeen, maar er zijn andere accenten. Van de huisartsen ervaart 54% belemmeringen voor elektronische informatie-uitwisseling, bij de

medisch specialisten 59%. De grootste belemmering is dat systemen slecht of in het geheel niet gekoppeld kunnen worden. Er leeft echter ook vrees onder deze groep voor kritiek over aspecten van privacy.

3.4.4 Stimulansen

We hebben de deelnemende artsen gevraagd wat hun organisatie zou helpen om eHealth gemakkelijker of beter toe te passen. Zij maken vooral opmerkingen over verbetering van de informatiesystemen en eHealth-toepassingen waarmee zij

Tabel 3-32

Huisartsen en medisch specialisten - Meest genoemde belemmeringen bij online contact met patiënten (percentages ten opzichte van de subgroep die belemmeringen ervaart); in 2016.

Huisartsen (n=190)

Gebrek aan financiële vergoedingen voor de tijd die hierin gaat zitten (47%)
 Bij contact via internet is de communicatie niet duidelijk genoeg (45%)
 Het is minder efficiënt dan telefonisch en face-to-face contact (39%)
 Toepassingen zijn niet/slecht geïntegreerd met het elektronisch patiëntendossier (36%)
 Hoge opstartkosten (35%)

Medisch specialisten (n=141)

Gebrek aan technische support (46%)
 Gebrek aan voldoende beveiligde systemen (42%)
 Bij contact via internet is de communicatie niet duidelijk genoeg (40%)
 Onduidelijkheid over goede manier van inrichten systeem (37%)
 Geen toegang tot de juiste techniek hiervoor (34%)
 Toepassingen zijn niet/slecht geïntegreerd met het elektronisch patiëntendossier (34%)

Tabel 3-35

Huisartsen en medisch specialisten - Belangrijkste belemmeringen die artsen ervaren bij elektronische informatie-uitwisseling met andere zorgverleners over patiënten (percentages ten opzichte van de subgroep die belemmeringen ervaart); in 2016.

Huisartsen (n=169)

Systemen kunnen slecht of in het geheel niet gekoppeld worden (52%)
 Gebrek aan financiële vergoedingen voor de tijd die hierin gaat zitten (32%)
 Gebrek aan voldoende beveiligde systemen (31%)
 Vrees voor kritiek over privacy aspecten (27%)
 Gebrek aan technische support (25%)

Medisch specialisten (n=160)

Systemen kunnen slecht of in het geheel niet gekoppeld worden (55%)
 Gebrek aan voldoende beveiligde systemen (41%)
 Gebrek aan technische support (40%)
 Vrees voor kritiek over privacy aspecten (34%)
 Geen toegang tot de juiste techniek hiervoor (33%)

werken (zie tabel 3-36 voor voorbeelden bij elk aandachtsgebied). Daarnaast noemen zij organisatorische aspecten zoals scholing, maar ook externe randvoorwaarden, zoals vergoedingen. Dit laatste wordt vaker genoemd door huisartsen dan door medisch specialisten. Veelgenoemde onderwerpen zijn:

- betere koppelingen/integratie van toepassingen;
- verbetering van de techniek/goed werkende systemen;
- waarborgen van de informatiebeveiliging van systemen en privacybeschermende maatregelen;
- standaarden/uniforme systemen;
- meer gebruikersgemak;
- minder diversiteit/wildgroei;
- betere financieringsmogelijkheden/vergoedingen;
- meer tijd voor medewerkers om zich in eHealth te verdiepen en te leren;
- instructie/nascholing/voorlichting van de professional, maar ook van de patiënt;
- betere support/ondersteuning.

3.4.5 Verwachtingen over inspanningen en investeringen

We hebben de artsen een lijst voorgelegd van vijftien veel voorkomende eHealth-toepassingen.

Daarna hebben wij hun gevraagd van welke mogelijkheden zij verwachten dat hun praktijk of zorginstelling er het komende jaar in gaat investeren of er inspanningen op gaat richten. De volledige lijst van deze eHealth-toepassingen is opgenomen in tabellen 3-37 (huisartsen) en 3-38 (medisch specialisten). Tabel 3-39 hieronder toont de top drie van de toepassingen waarop huisartsen en medisch specialisten zich het komende jaar vooral denken te richten.

Bij huisartsen zijn de prioriteiten dezelfde als in 2015. Onder medisch specialisten is dit ook het geval, behalve dat elektronisch afspraken maken in 2016 even hoog op de agenda staat als elektronische dossiervoering. Slechts een klein deel - ongeveer een tiende - van de artsen verwacht dat in geen van de voorgelegde mogelijkheden zal worden geïnvesteerd.

Wat verder opvalt, is dat elektronische informatie-uitwisseling met andere zorgverleners opnieuw hoog op de agenda staat, maar dat in de mogelijkheden daartoe weinig groei is te zien (zie hoofdstuk 9). De minste interesse is er voor videoconsulten met patiënten of met collega's (4-5% van de huisartsen en 5-6% van de medisch specialisten).

Tabel 3-39

Artsen – Top drie van mogelijkheden voor de inzet van eHealth, waarvan huisartsen en medisch specialisten verwachten dat hun praktijk of zorginstelling het komende jaar er in gaat investeren of er inspanningen op gaat richten; in 2016.

Huisartsen (n=316)

Elektronische uitwisseling van patiëntinformatie met andere zorgverleners, zorginstellingen, apotheken of laboratoria (33%)

Mogelijkheid voor patiënten om afspraken te maken via internet (30%)

Mogelijkheid voor patiënten om via het internet een hulpprogramma te volgen voor psychologische klachten (22%)

Medisch specialisten (n=274)

Elektronische uitwisseling van patiëntinformatie met andere zorgverleners, zorginstellingen, apotheken of laboratoria (38%)

Mogelijkheid voor patiënten om via internet informatie te vinden over de afdeling (37%)

Elektronische dossiervoering (32%)/mogelijkheid voor patiënten om afspraken te maken via internet (32%)

Online inzage in het dossier voor patiënten staat relatief laag op de agenda van huisartsen (12%) maar hoger op die van medisch specialisten (23%) (zie tabellen 3-37 en 3-38).

3.4.6 Budgetafspraken van huisartsen met de verzekeraar

Het bekostigingsmodel voor huisartsen bestaat sinds 2015 uit drie verschillende segmenten. Het eerste segment gaat over basiszorg, het tweede over multidisciplinaire zorg, en het derde over resultaatbeloning en zorgvernieuwing. Binnen het derde segment kunnen afspraken gemaakt worden met de verzekeraar over de vergoeding of beloning van eHealth als onderdeel van de zorgverlening. Daarnaast bestaan buiten de segmenten voorlopig nog aparte prestaties voor een reeks van zogenaamde M&I-verrichtingen (afkomstig uit het bekostigingsmodel van vóór 2015; hierbij staat M&I voor Modernisering en Innovatie).

Zowel vorig jaar als dit jaar is aan huisartsen gevraagd in hoeverre zij afspraken hadden gemaakt over de vergoeding van vormen van eHealth die vallen onder het derde segment.

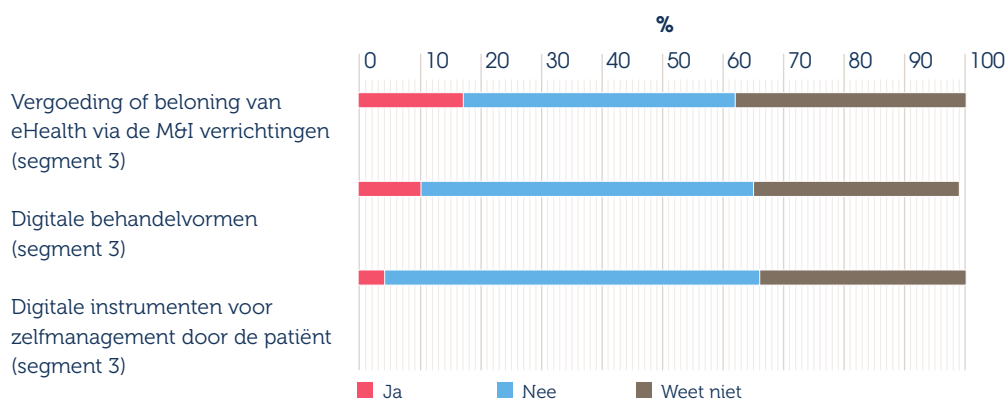
De resultaten voor 2016 zijn opgenomen in figuur 3-2 (zie ook tabel 3-40). Daaruit blijkt dat (net als in 2015) slechts een deel van de huisartsen afspraken heeft met de verzekeraar over dergelijke vergoedingen. De groep die dit soort afspraken heeft, is ten opzichte van 2015 niet significant toegenomen. Dat betekent dat de meerderheid van de huisartsen dergelijke afspraken niet heeft of niet weet of die zijn gemaakt. Hieruit blijkt dat de bestaande financieringsmogelijkheden nog niet volledig worden gebruikt. In deze eHealth-monitor is niet onderzocht hoe het komt dat er niet meer afspraken tot stand komen, maar deze uitkomst verdient zonder meer nadere aandacht.

3.5 Ervaringen met eHealth bij verpleegkundigen

In deze paragraaf gaan we in op de ervaringen met en meningen over eHealth onder verpleegkundigen:

- op hun houding ten opzichte van eHealth;
- de belemmeringen die ze ervaren;
- en over wat hen zou helpen om eHealth beter of gemakkelijker toe te passen.

*Figuur 3-2
Huisartsen - Percentage huisartsen dat met een of meer verzekeraars afspraken heeft gemaakt over de vergoeding of beloning van eHealth in segment 3 van het bekostigingsmodel voor huisartsen; in 2016 (n=316).*



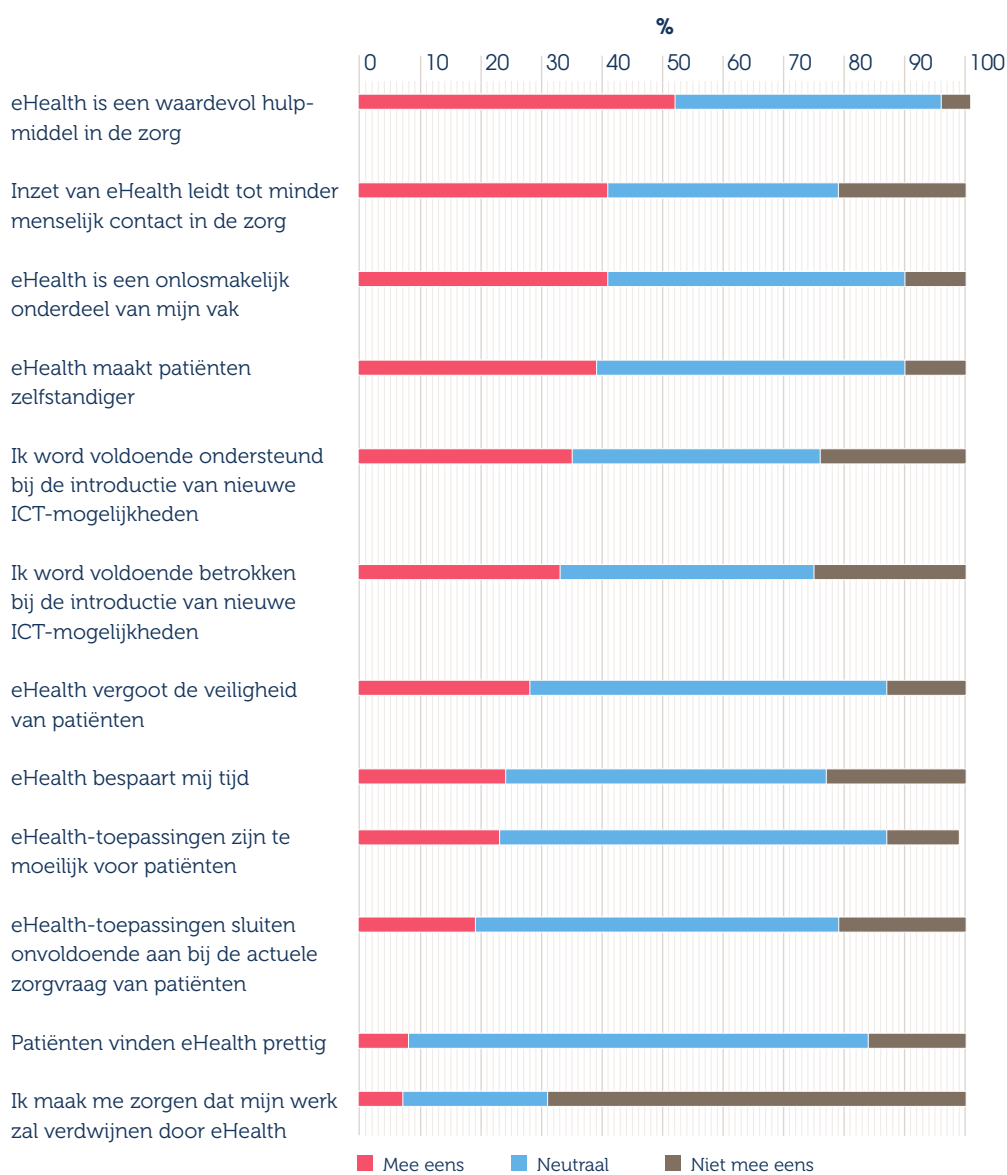
Ook hebben we gevraagd of hun organisatie het afgelopen jaar tijdens een pilot een bepaalde vorm van eHealth heeft getest.

3.5.1 Houding ten opzichte van eHealth

Verpleegkundigen geven het vaakst aan dat ze

“nog zoekende zijn wat handig is” (37%) en dat ze “enthousiast zijn” (37%) over het gebruik van eHealth-toepassingen. Een pessimistische houding zien we niet terug onder deze groep. Geen tot weinig verpleegkundigen geven aan dat ze “het nut er niet van in zien” (2%) en dat ze “negatief zijn”

*Figuur 3-3
Verpleegkundigen - Percentage verpleegkundigen dat het eens is met verschillende stellingen over eHealth; in 2016 (n=633-641).*



(0%) (zie tabel 3-41). Er zijn hierin geen grote verschillen waarneembaar tussen verpleegkundigen werkzaam in de care en in de cure.

Daarnaast hebben we verpleegkundigen verschillende stellingen voorgelegd over eHealth (zie tabel 3-42 en figuur 3-3). Ruim de helft (52%) geeft aan dat zij eHealth een waardevol hulpmiddel in de zorg vinden. Ongeveer vier op de tien verpleegkundigen geeft verder aan dat eHealth een onlosmakelijk onderdeel is van het vak (41%) en dat eHealth patiënten zelfstandiger maakt (39%). Ook zien we dat weinig verpleegkundigen bang zijn dat hun werk zal verdwijnen door de inzet van eHealth (7% is hier bang voor; zie tabel 3-42).

Aan de andere kant uiten de verpleegkundigen ook hun zorgen: 41% is het eens met de stelling dat eHealth leidt tot minder menselijk contact in de zorg. Verder geeft slechts 8% aan dat patiënten eHealth prettig vinden, terwijl de overgrote meerderheid van de verpleegkundigen hierover neutraal is. Een kwart (25%) vindt dat zij onvoldoende betrokken worden bij de introductie van nieuwe ICT-mogelijkheden en bijna een kwart (24%) vindt dat zij daarbij onvoldoende ondersteuning krijgen. Tot slot vindt zo'n een op de vijf van de verpleegkundigen (19%) dat eHealth-toepassingen onvoldoende aansluiten bij de actuele zorgvraag van patiënten.

Er zijn een paar verschillen waarneembaar tussen verpleegkundigen werkzaam in de care en in de cure wat betreft de beoordeling van de stellingen over eHealth (zie tabel 3-42). Verpleegkundigen in de cure geven vaker aan dat eHealth een onlosma-

kelijk onderdeel is van het vak en dat eHealth een waardevol hulpmiddel is. Hun collega's in de care melden juist vaker dat eHealth leidt tot minder menselijk contact en dat eHealth-toepassingen te moeilijk zijn voor patiënten.

3.5.2 Belemmeringen

Ook aan verpleegkundigen is de vraag gesteld of zij belemmeringen ervaren in het gebruik van eHealth-toepassingen. De meest genoemde belemmering is dat het hun de tijd ontbreekt om zich in de eHealth-toepassingen te verdiepen (29%, zie tabel 3-43). Daarnaast maken zij zich zorgen over de privacy van de patiënt (23%) en ervaren zij nog teveel technische problemen (22%).

Wanneer de verpleegkundigen een andere belemmering dan de door ons aangereikte belemmeringen ervaart, konden zij die ook benoemen. Zij geven het vaakst aan dat zij minder tijd voor hun patiënten hebben en het menselijk contact verliezen (n=17). Ook zien zij dat de bereidheid of de mogelijkheid van patiënten een probleem vormt in het gebruik van eHealth (n=11). Een kleine groep geeft aan geen belemmeringen te ervaren (n=15).

3.5.3 Stimulansen

We hebben de verpleegkundigen gevraagd wat hun organisatie zou helpen om eHealth gemakkelijker of beter toe te passen. Zij konden hierop zelf een antwoord formuleren. Het ontvangen van scholing en instructie werd het meest genoemd. De volgende stimulansen kwamen naar voren, van meest naar minst genoemd (zie ook tabel 3-44):

- scholing en instructie aan zorgverleners en aan patiënten;

- goede facilitering en ondersteuning (bij gebruik van eHealth);
- tijd om zich te verdiepen in de toepassingen;
- goed (samen)werkende systemen;
- de mogelijkheid om ervaring met de toepassing op te doen;
- betrokken worden in het proces van verandering/implementatie;
- betere aansluiting van toepassingen bij de doelgroep/de doelgroep beter hierop voorbereiden;
- eerst een gefundeerde keuze maken voor het juiste systeem (niet overhaast starten);
- commitment vanuit de managers;
- alle betrokkenen in de organisatie moeten ermee willen werken.

3.5.4 Pilots

Tot slot hebben we de verpleegkundigen gevraagd of er in hun instelling het afgelopen jaar tijdens een pilot een bepaalde vorm van eHealth is getest. Van de verpleegkundigen in de cure (n=219) geeft 42% aan dat dit het geval is (zie tabel 3-45). Onder verpleegkundigen in de care (n=443) ligt dit percentage iets lager, op 36%.

Daarnaast hebben we gevraagd of de eHealth-toepassing is voortgezet na de proefperiode (zie tabel 3-46). De resultaten tonen dat 76% van de verpleegkundigen in de care (n=161) aangeeft dat het gebruik van de eHealth-toepassing wordt voortgezet. Onder verpleegkundigen in de cure (n=87) ligt dit percentage lager, op 68%.

De vorm van eHealth die het meest is getest, is het elektronisch cliënten-/patiëntendossier (in 46% van

de gevallen). Daarnaast worden genoemd: de medicijndispenser (10%), beeldbellen (8%) en het gebruik van een platform (cliëntenportaal) (8%). Een enkele keer wordt de zorgrobot (2%) en serious gaming (2%) genoemd.

3.6 Discussie en conclusie

Voor een beter overzicht van de verschillende inzichten, hebben we de aandachtspunten voor implementatie die naar voren kwamen uit het onderzoek ingedeeld in een vijftal categorieën. Deze indeling is afgeleid van een bestaand raamwerk voor implementatieonderzoek, het 'consolidated framework for implementation research' (Damschroder et al., 2009). In deze paragraaf brengen we de verschillende bevindingen onder in deze categorieën.

Categorieën van aandachtspunten die belangrijk zijn voor implementatie van eHealth:

1. Aandachtspunten voor de eHealth-toepassing zelf (bijvoorbeeld de verschillende aspecten van de kwaliteit van de toepassing).
2. Aandachtspunten voor de beoogde gebruikers van de eHealth-toepassing (houding, kennis, kunde).
3. Aandachtspunten voor de organisatie of organisatorische context waarin de eHealth-toepassing wordt geïmplementeerd (bijvoorbeeld cultuuraspecten; implementatieklimaat; beschikbare middelen, waaronder tijd en geld, maar ook training).
4. Aandachtspunten voor het implementatieproces zelf (planning, uitvoering en evaluatie; betrekken van mensen).

5. Aandachtspunten voor de omgeving (beleid, wetgeving, stakeholders buiten de implementerende organisaties).

In tabel 3-47 hebben we de onderwerpen bij elkaar gebracht die zijn genoemd door de verschillende partijen: artsen, verpleegkundigen, POH's en

managers/bestuurders in de care. Bronnen daarvoor waren de vraag over wat zou helpen om eHealth gemakkelijker of beter toe te passen, en daarnaast de vragen over ondervonden belemmeringen en succesvol gebleken strategieën die eerder in dit hoofdstuk zijn behandeld. Hieronder volgt per categorie een korte toelichting.

Tabel 3-47

Aandachtspunten voor het makkelijker of beter toepassen van eHealth, volgens artsen (A), verpleegkundigen (V), POH's-GGZ (P) en managers/bestuurders in de care (M).

Thema	Genoemde aandachtspunten
De eHealth-toepassing zelf	<ul style="list-style-type: none"> • Betere koppelingen / integratie van toepassingen (A, P, M) • Verbetering van de techniek / goed werkende systemen (A, V) • Meer gebruikersgemak (A, P) • Minder diversiteit / wildgroei (A) • Standaarden / uniforme systemen (A, M) • Mogelijkheid om modules aan te passen naar behoefte van cliënten en organisatie (M, P) • Betaalbare systemen, acceptabele opstartkosten (M, A)
Beoogde eindgebruikers	<ul style="list-style-type: none"> • In kaart brengen van de wens om de eHealth-toepassing te gebruiken (M) • Adresseren van eventuele weerstanden onder de medewerkers (M)
Organisatie	<ul style="list-style-type: none"> • Commitment vanuit het management (M, V) • Kennis in organisatie verhogen / meer deskundigheid kunnen inzetten (M) • Instructie/nascholing/voorlichting van de professional (A, P, V) • Instructie aan de patiënt (A, V) • Betere support / ondersteuning (A, V) • Meer tijd voor medewerkers om zich in eHealth te verdiepen en te leren (A, V, P) • Meer gelegenheid om te oefenen en ervaring op te doen (P) • Aanpassen van de werkprocessen om meer tijd te maken voor eHealth-gerelateerde taken (P)
Implementatieproces	<ul style="list-style-type: none"> • Betrekken van de medewerkers (V) • Beschikken over ambassadeurs (M) • Motiveren van andere betrokkenen, die nodig zijn voor het succes (bijvoorbeeld de huisarts in geval van de POH-GGZ, of collega's) (P, V) • Duidelijk maken dat eHealth van belang is (M) • Gefundeerde keuzes maken (V) • Zichtbaar maken van de resultaten (M)
Omgevingsfactoren	<ul style="list-style-type: none"> • Betere en/of duidelijkere financieringsmogelijkheden/vergoedingen (A, M, P) • Meer informatie over aanbod en effecten (P) • Delen van goede voorbeelden en best practices (M) • Meer onderzoek en bewijs voor effectiviteit (P, M) • Waarborgen van de informatiebeveiliging van systemen en privacybeschermende maatregelen (A, V)

De eHealth-toepassing zelf

Uit de onderwerpen in de categorie 'De eHealth-toepassing zelf' blijkt dat er aan de toepassingen volgens de professionals nog veel te verbeteren valt. Hoewel de gebruikers willen dat ze eenvoudiger en beter werken, zien ze ook dat er veel verschillende toepassingen zijn die niet goed met elkaar kunnen samenwerken. Daar komt de behoefte uit voort aan standaarden of aan een keuze voor enkele uniforme systemen (of zelfs één landelijk systeem). Tegelijkertijd wensen de gebruikers ook flexibele systemen, die zij zelf kunnen afstemmen op de behoeftes van de organisatie of van hun cliënten.

Beoogde eindgebruikers

Ook de eindgebruikers zijn belangrijk. Hun attitude (of de perceptie daarvan door anderen) kan verschillen, zo blijkt uit dit onderzoek. Terwijl POH's-GGZ positief staan tegenover eHealth en ook verpleegkundigen in het algemeen optimistisch zijn (maar misschien nog wel zoekende naar wat handig is), ervaren managers/bestuurders in de care weerstanden onder het personeel nog als een belangrijke belemmering bij implementatie van eHealth-toepassingen. Zij geven aan dat bij de meer succesvolle implementaties een belangrijke succesfactor was dat collega's en medewerkers de toepassing graag wilden gebruiken. Natuurlijk geldt hetzelfde voor patiënten en cliënten.

Organisatie of organisatorische context

Binnen de organisatie of organisatorische context waarin de eHealth-toepassing wordt geïmplementeerd, is het belangrijk dat de bovenlaag van de

organisatie de innovatie steunt. Verder moet er voldoende ruimte worden gemaakt voor de medewerkers om de toepassing te leren, ermee te experimenteren en er ervaring mee op te doen. De implementatie van eHealth vergt meestal ook een aanpassing van de werkprocessen in de organisatie. Instructie voor patiënten en cliënten moet ook niet worden vergeten, vooral als zij de voornaamste eindgebruiker van de toepassing zijn.

Implementatieproces

Het is belangrijk om medewerkers te betrekken in het implementatieproces en onder hen ambassadeurs te vinden. Daarnaast moet er ook aandacht zijn voor de motivatie van andere relevante betrokkenen. Het zichtbaar maken van de resultaten gebeurt lang niet altijd in de praktijk, maar de deelnemers vinden dat wel belangrijk.

De omgevingsfactoren

Ten slotte zijn er randvoorwaarden die voor een belangrijk deel door de omgeving buiten de organisatie moeten worden opgepakt. Goede en duidelijke financiering of bekostiging is daarbij belangrijk, maar ook overzicht over effectieve toepassingen en bewijs voor effectiviteit.

Van focus op techniek naar maatschappelijke innovatie

De genoemde aspecten bieden goede aanknopingspunten voor eHealth-bevorderende maatregelen, zowel voor zorgorganisaties als voor andere partijen in het zorgveld, van leveranciers van toepassingen tot beleidsmakers. De resultaten bevestigen dat het inzetten van eHealth niet alleen

een kwestie is van het simpelweg toepassen van een nieuwe techniek, maar daarnaast vraagt om een maatschappelijke innovatie waarbij menselijke, organisatorische en omgevingsaspecten minstens zo belangrijk zijn. Samenwerking tussen meerdere partijen is daarbij vrijwel altijd noodzakelijk. Maatschappelijke innovatie gaat verder dan het veranderen van een proces of organisatie. Het gaat ook over de interactie tussen de zorgverlener en de zorggebruiker. Daarin zullen beiden zich andere gewoontes eigen moeten maken. Niet alleen processen moeten veranderen, mensen moeten anders gaan denken en soms zelfs zich anders gaan voelen (bijvoorbeeld zelfstandiger). In het hoofdstuk 'de eHealth-monitor in vogelvlucht' zijn op basis hiervan enkele aanbevelingen geformuleerd.

3.7 Referenties

Damschroder, L.J., Aron, D.C., Keith, R.E., Kirsch, S.R., Alexander J.A., Lowery, J.C. (2009). *Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science*. *Implementation Science*, 4(50).

Landelijke Vereniging POH-GGZ. (2016). *Functieprofiel Praktijkondersteuner Huisarts – Geestelijke Gezondheidszorg*. Geraadpleegd op 25 juli 2016 op <http://www.poh-ggz.nl/over-poh-ggz/functieprofiel>.

4 Gemak en service voor zorggebruikers

POH-GGZ: *“Ik kan ook iets bieden aan mensen die geen mogelijkheden hebben om op consult te komen.”*



Zorggebruiker: *“De gehele virtuele wereld is wel leuk, maar meer voor de jeugd. En natuurlijk nodig, de vooruitgang.”*



Belangrijkste resultaten in dit hoofdstuk

- Er is een substantieel aanbod van online gemaksdiensten bij met name huisartsen en POH's-GGZ. Zo zegt drie kwart van de huisartsen online mogelijkheden voor herhaalrecepten aan te bieden en kunnen patiënten bij bijna drie kwart van de POH's-GGZ een vraag stellen via e-mail of een website.
- Het online aanvragen van herhaalrecepten wordt volgens huisartsen het meest gebruikt: bij 70% van de huisartsen die deze optie aanbiedt, wordt er dagelijks gebruik van gemaakt.
- Er is een stijgende lijn te zien in de mogelijkheid om via internet afspraken te kunnen maken met de huisarts, van 14% in 2013 naar 37% in 2016. Van de huisartsen bij wie dit mogelijk is, zegt 27% dat hier dagelijks gebruik van wordt gemaakt.
- Het percentage medisch specialisten bij wie patiënten via e-mail of sms een herinnering kunnen ontvangen voor een afspraak neemt toe, van 18% in 2013 naar 35% in 2016.
- Ook is er een toename in het aanbieden van het online aanvragen van herhaalrecepten bij medisch specialisten: van 11% in 2013 naar 20% in 2016.
- Onder POH's-GGZ is het online stellen van vragen de toepassing die het meest wordt aangeboden (73%).
- De *bekendheid* onder zorggebruikers met dit soort eHealth-toepassingen neemt langzaam toe. Bij een enkele toepassing zien we zelfs een sterke stijging. Waar bijvoorbeeld in 2013 nog 8% van de zorggebruikers aangaf dat het mogelijk was om via e-mail of sms een herinnering voor een afspraak bij de medisch specialist te ontvangen, bedraagt dat percentage in 2016 maar liefst 30%. Bovendien is een grote groep geïnteresseerd in specifieke toepassingen.
- Het *gebruik* van deze online toepassingen neemt echter niet toe. Zorggebruikers vragen het meest online herhaalrecepten aan (in 2016 bedraagt dit 17% van de zorggebruikers bij de medisch specialist). Maar bij de meeste toepassingen ligt het gebruik op of onder de 10%.
- Zorggebruikers geven vaak aan dat hun niet aangeraden wordt online contactmogelijkheden te gebruiken. Tegelijkertijd geven zorgverleners aan dat zij hun patiënten hier wel degelijk op atteneren. Aangezien oude gewoontes bij de zorggebruikers de boventoon voeren, is het extra belangrijk dat zorgverleners de mogelijkheden meer of beter uitdragen.

4.1 Inleiding

Er zijn meerdere typen eHealth-toepassingen te onderscheiden, elk met zijn eigen doel en mogelijkheden. Dit hoofdstuk gaat vooral over online contactmogelijkheden die het gemak en de service voor zorggebruikers verhogen, zoals het online maken van afspraken, het stellen van vragen aan

de zorgverlener via e-mail, een consult via video-contact en het via internet aanvragen van een herhaalrecept. Van dergelijke toepassingen wordt verwacht dat ze de zorg toegankelijker maken voor zorggebruikers: zorgverleners kunnen eenvoudiger benaderd worden en de zorg wordt minder tijd- en plaatsgebonden (NHG, LHV, 2012; NYFER, 2013;

Van Hassel et al., 2015). Het potentiële voordeel is dat de communicatie hierdoor makkelijker wordt.

Dit hoofdstuk begint met voorbeelden van eHealth-toepassingen die zorggebruikers spontaan noemen. Daarna gaan we na in hoeverre online contactmogelijkheden volgens artsen worden aangeboden, zorggebruikers online contactmogelijkheden kennen, er beschikking over hebben, en daadwerkelijk gebruiken. Hierbij kijken we in detail naar de redenen om al dan niet via internet een afspraak te maken met een zorgverlener. Ook gaan we na in hoeverre artsen het gebruik van online contactmogelijkheden aan hun patiënten aanraden. Voor elk van de onderwerpen, waar dit van toepassing is, kijken we naar ontwikkelingen in de periode van 2013 tot 2016.¹⁰

De resultaten in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op vragenlijstonderzoek onder een steekproef van zorggebruikers uit het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL en onder steekproeven van huisartsen en medisch specialisten uit het KNMG-artsenpanel. Daarnaast is een vragenlijst afgenomen onder praktijkondersteuner huisartsenzorg voor de geestelijke gezondheidszorg (POH's-GGZ). Zie bijlage A voor meer informatie over de methoden.

4.2 eHealth voorbeelden van zorggebruikers

Uit de eerdere edities van de eHealth-monitor weten we dat zorggebruikers vaak onbekend zijn met eHealth-toepassingen. We hebben geïnventariseerd welke voorbeelden van eHealth-toepassingen zorggebruikers spontaan noemen nog voordat ze

de andere vragen in de vragenlijst hebben gezien. Opnieuw zien we dat een meerderheid van de zorggebruikers geen voorbeelden kent. De voorbeelden die het vaakst genoemd worden, zijn gerelateerd aan het opzoeken van informatie op internet, de elektronische patiëntendossiers van de zorgverlener, online een afspraak maken met een zorgverlener of online herhaalrecepten aanvragen (zie tabel 4-1 in de Tabellenbijlage¹¹).

4.3 Online contact tussen zorggebruikers en zorgverleners

Aan artsen en POH's-GGZ is gevraagd welke toepassingen voor online contact zij het afgelopen jaar hebben aangeboden. Tevens is aan zorggebruikers gevraagd of zij weten welke mogelijkheden hun eigen zorgverleners aanbieden en of zij die gebruiken. We zien hoofdzakelijk veranderingen in het aanbod van toepassingen voor online contact, maar vrijwel niet in het gebruik. De opvallendste veranderingen in de periode 2013-2016 staan in deze paragraaf weergegeven. Voor meer gedetailleerde informatie over het verloop door de jaren heen verwijzen we naar de tabellen 4-2, 4-5, 4-11, 4-14, 4-15, 4-17, 4-19, 4-21, 4-23 en 4-25.

4.3.1 Online contactmogelijkheden bij artsen Huisartsen en online contact

Een ruime meerderheid van de huisartsen (85%) geeft aan ten minste één manier aan te bieden voor online contact met patiënten. Sinds 2013 is een stijgende lijn te zien in de mogelijkheid om via internet afspraken te maken met de huisarts. In 2013 was dit nog bij 14% van de huisartsen mogelijk, in 2016 bedraagt dit percentage 37%. Het aanbod voor andere manieren voor online contact

10 We spreken alleen over een toename of afname indien dit een statistische significante toe- of afname betreft ($p \leq 0,05$).

11 Tenzij anders aangegeven, verwijzen we voor tabellen naar de losse tabellenbijlage bij dit rapport.

met patiënten is niet veranderd sinds 2013 (zie figuur 4-1 en tabel 4-2).

De meest voorkomende mogelijke toepassingen zijn het online aanvragen van herhaalrecepten en het online stellen van vragen. Het is het minst vaak mogelijk (bij 2% van de huisartsen) om online een gesprek te voeren, waarbij de patiënt en de huisarts elkaar kunnen zien. Drie kwart van de huisartsen geeft aan dat ze niet weten of ze deze toepassing wel zouden willen aanbieden, of zegt het echt niet te willen (zie tabel 4-3).

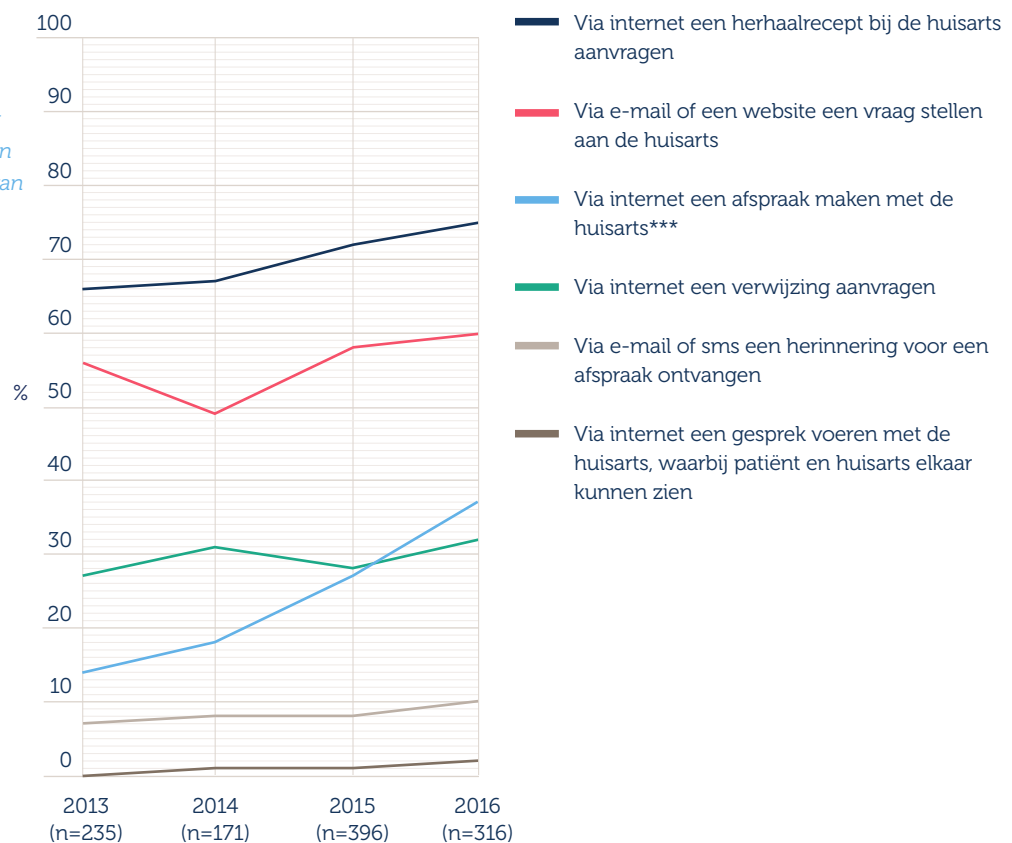
Van de aangeboden toepassingen wordt de online aanvraag van herhaalrecepten het vaakst gebruikt: dit gebeurt dagelijks bij 70% van de huisartsen die deze toepassing aanbieden (zie tabel 4-4). Van de huisartsen bij wie het mogelijk is om via internet een afspraak te maken, zegt 27% dat hier dagelijks gebruik van wordt gemaakt.

Medisch specialisten en online contact

In 2016 geeft ongeveer de helft van de medisch specialisten (55%) aan ten minste één vorm van online contact met patiënten aan te bieden.

Figuur 4-1
Huisartsen - Percentage huisartsen dat aangeeft op welke manieren een patiënt online contact kan opnemen met henzelf of de praktijk; van 2013 tot 2016.

* $p \leq 0,05$
** $p \leq 0,01$
*** $p \leq 0,001$



Figuur 4-2 laat twee trends zien sinds 2013 (zie ook tabel 4-5).

Ten eerste kunnen steeds meer patiënten via e-mail of sms een herinnering ontvangen voor een afspraak bij de medisch specialist. Hier is een toename te zien tussen 2013 en 2016: in 2013 was dit bij 18% van de medisch specialisten mogelijk, in 2016 bij 35%.

De tweede trend is de toename in de mogelijkheid om online herhaalrecepten aan te kunnen vragen bij medisch specialisten. In 2013 was dit volgens 11% van de medisch specialisten mogelijk, in 2016 bedraagt dit percentage 20%.

De toepassingen die in 2016 door het hoogste percentage medisch specialisten worden aangeboden, zijn het online stellen van vragen (mogelijk bij 34%) en het ontvangen van een herinnering per sms of e-mail voor een afspraak (mogelijk bij 35%;

zie tabel 4-6). Het ontvangen van een herinneringsbericht wordt het vaakst gebruikt: bij 41% van de medisch specialisten wordt een digitaal herinneringsbericht dagelijks ingezet (zie tabel 4-7). Bij 38% is dit niet mogelijk, hoewel zij dit wel wenselijk vinden (zie tabel 4-6).

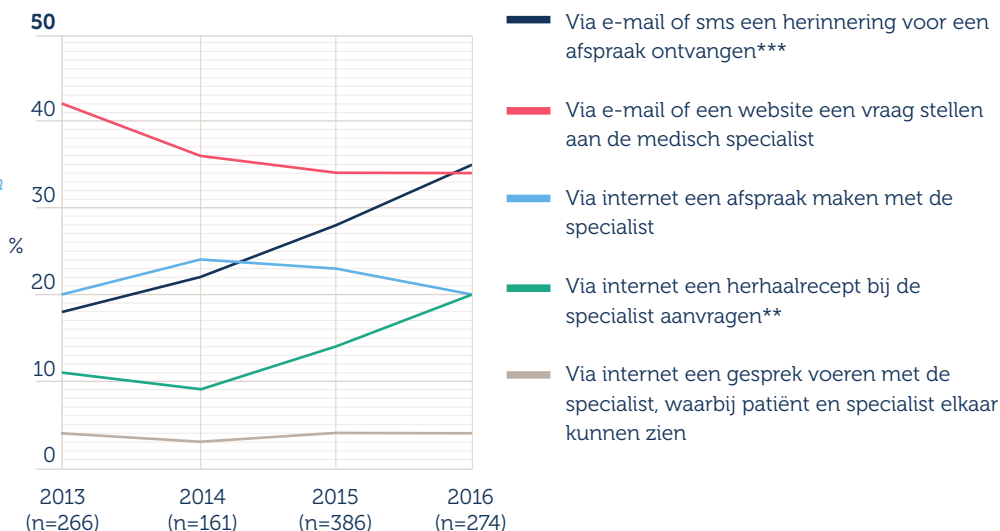
Net als bij huisartsen, geeft onder medisch specialisten het kleinste percentage aan dat het mogelijk is om online een gesprek te voeren waarbij de patiënt en specialist elkaar kunnen zien (4%; tabel 4-6). Iets meer dan een kwart (28%) vindt deze toepassing echter wel gewenst als deze nog niet beschikbaar is.

4.3.2 Online contactmogelijkheden bij POH's-GGZ

Ook bij de POH's-GGZ zijn er verschillende mogelijkheden voor patiënten om via internet contact te hebben met de praktijk. Deze mogelijkheden zijn dit jaar voor het eerst in kaart gebracht.

Figuur 4-2
Medisch specialisten
- Percentage medisch specialisten dat aangeeft op welke manieren een patiënt online contact kan opnemen met henzelf of de afdeling; van 2013 tot 2016.

* $p \leq 0,05$
** $p \leq 0,01$
*** $p \leq 0,001$

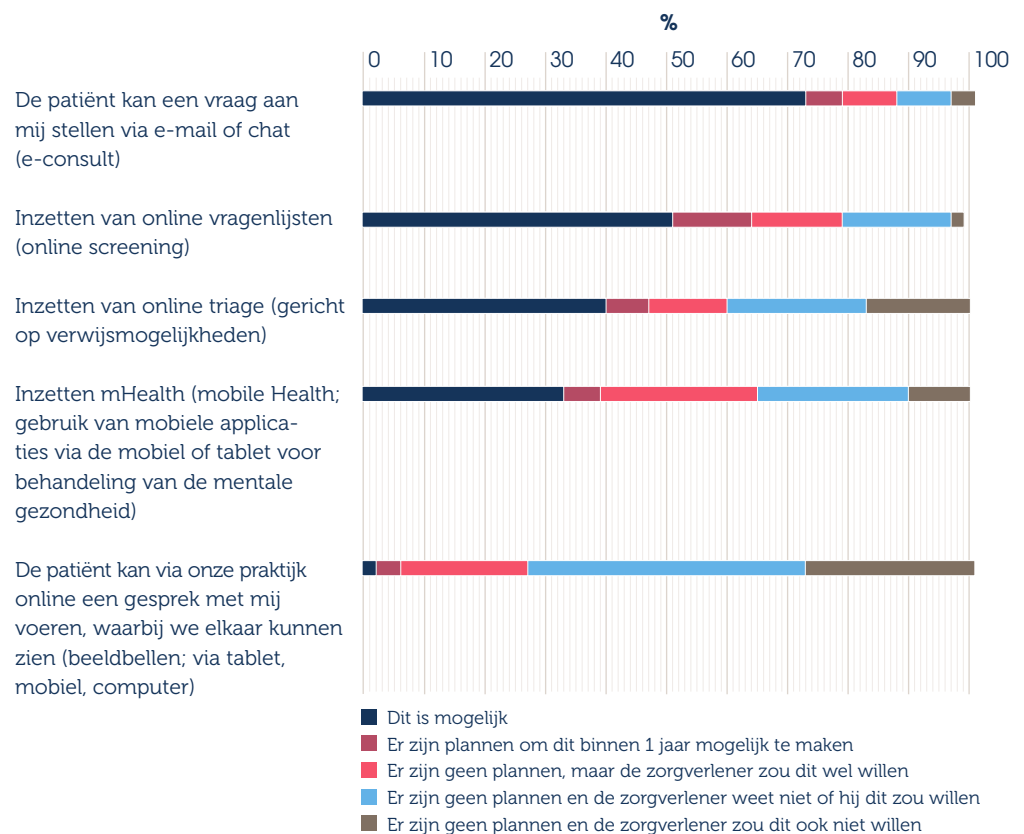


Het hoogste percentage onder de POH's-GGZ geeft aan dat patiënten online vragen kunnen stellen (73%). Nog eens 6% van de POH's-GGZ heeft hiervoor plannen, terwijl 9% geen plannen heeft maar het wenselijk vindt. Bij de helft (51%) van de POH's-GGZ is het mogelijk om online vragenlijsten in te zetten voor screeningsdoeleinden. Deze vragenlijsten kunnen de behandeling ondersteunen. Voor vier op de tien is het mogelijk om online triage uit te voeren, die gericht is op verwijzingsmogelijkheden. Bijna een kwart (23%) weet niet of ze online triage zou willen. Het laagste percentage vinden we bij de mogelijkheid om online gesprekken te voeren waarbij de POH-GGZ

en de patiënt elkaar kunnen zien (2%). Er lijkt nog enige twijfel te bestaan over het nut hiervan: een kwart geeft aan dat er wel plannen zijn om dit aan te gaan bieden of zegt dat ze dit wel willen. Een vijfde (21%) geeft aan hier geen behoefte aan te hebben en bijna de helft weet nog niet of ze dit wel willen. Zie figuur 4-3 en tabel 4-8.

Wanneer we kijken naar de inzet van online toepassingen als deze beschikbaar zijn, dan staat de mogelijkheid online vragen te stellen bovenaan, met een inzet van 88%. Slechts 3% van de POH's-GGZ zegt online vragen stellen helemaal niet in te zetten. Ook online vragenlijsten worden door 86%

*Figuur 4-3
POH's-GGZ - Percentage
POH's-GGZ dat aangeeft op
welke manieren een patiënt
online contact kan opnemen
met henzelf of de praktijk; in
2016 (n=125).*



van de POH's-GGZ gebruikt. De helft van de zorgverleners bij wie dit mogelijk is, zet het voor meer dan 10% van de patiënten in. Tot slot is het opvallend dat, steeds wanneer een toepassing beschikbaar is, net iets minder dan de helft van de POH's-GGZ de toepassing inzet voor maximaal 10% van de patiënten. Een wat kleinere groep (behalve bij online vragenlijsten) zet het voor een groter deel van de patiënten in. Zie figuur 4-4 en tabel 4-9.

4.3.3 Online contactmogelijkheden bij huisartsen volgens zorggebruikers

In vergelijking met 2013, geeft in 2016 een groter percentage zorggebruikers (die een huisarts hebben bezocht; zie tabel 4-10), aan dat hun huisarts mogelijkheden biedt voor online contact

(zie tabel 4-11 en 4-12). Vooral het percentage zorggebruikers dat aangeeft dat het *mogelijk* is om via internet een herhaalrecept aan te vragen, is gestegen (zie figuur 4-5 en tabel 4-11). Dit is gestegen van 21% in 2013 tot 33% in 2016. Het percentage zorggebruikers dat zegt *gebruik* te maken van de verschillende toepassingen, is echter niet veranderd (zie figuur 4-6 en tabel 4-13 en 4-14).

Voor de verschillende toepassingen blijft er, evenals in eerdere jaren, een aanzienlijke groep zorggebruikers *geïnteresseerd* (zie figuur 4-7 en tabel 4-15). Voor een aantal toepassingen zien we dat bijna de helft van de zorggebruikers er graag gebruik van wil maken. Dit is het geval voor de mogelijkheden om via internet een afspraak te maken met de huisarts, een herhaalrecept aan te

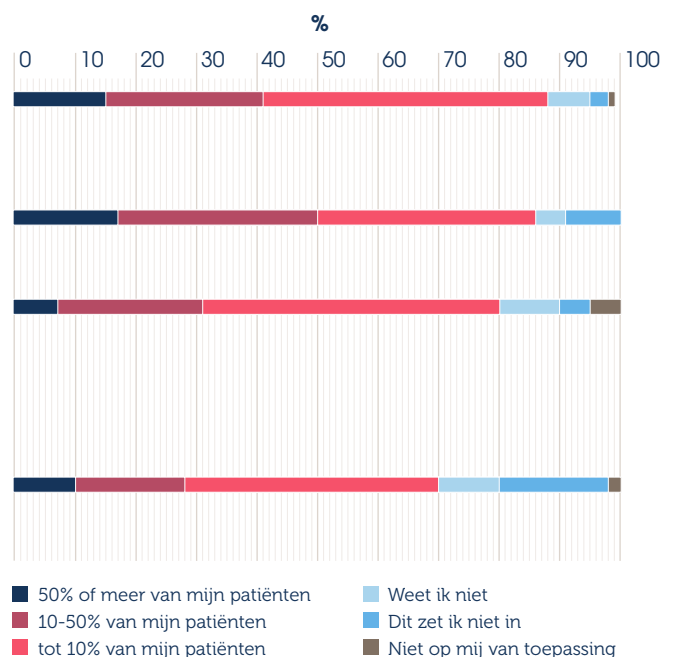
*Figuur 4-4
POH's-GGZ - Percentage
POH's-GGZ dat aangeeft
of beschikbare manieren
voor online contact met een
patiënt daadwerkelijk worden
ingezet; in 2016 (n=41-94).*

De patiënt kan een vraag aan mij stellen via e-mail of chat (e-consult) (n=94)

Inzetten van online vragenlijsten (online screening) (n=64)

Inzetten mHealth (mobile Health; gebruik van mobiele applicaties via de mobiel of tablet voor behandeling van de mentale gezondheid) (n=41)

Inzetten van online triage (gericht op verwijsmogelijkheden) (n=50)



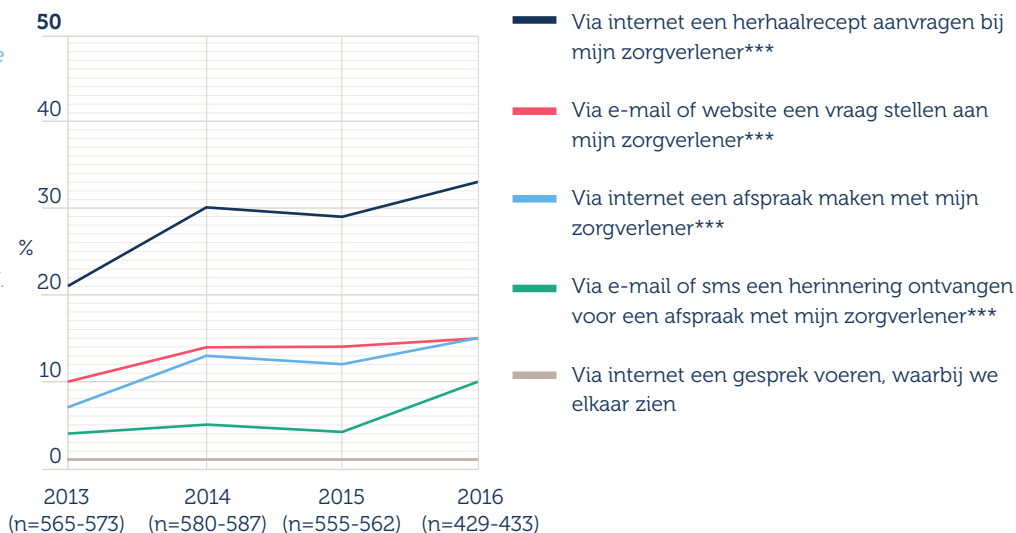
vragen en via e-mail of sms een herinnering te ontvangen voor een afspraak. In videocontact met de huisarts zijn zorggebruikers het minst geïnteresseerd, hoewel het aandeel geïnteresseerden wel langzaam toeneemt.

4.3.4 Online contactmogelijkheden bij de medisch specialist volgens zorggebruikers

Als we inzoomen op de online contactmogelijkheden van zorggebruikers met medisch specialisten,

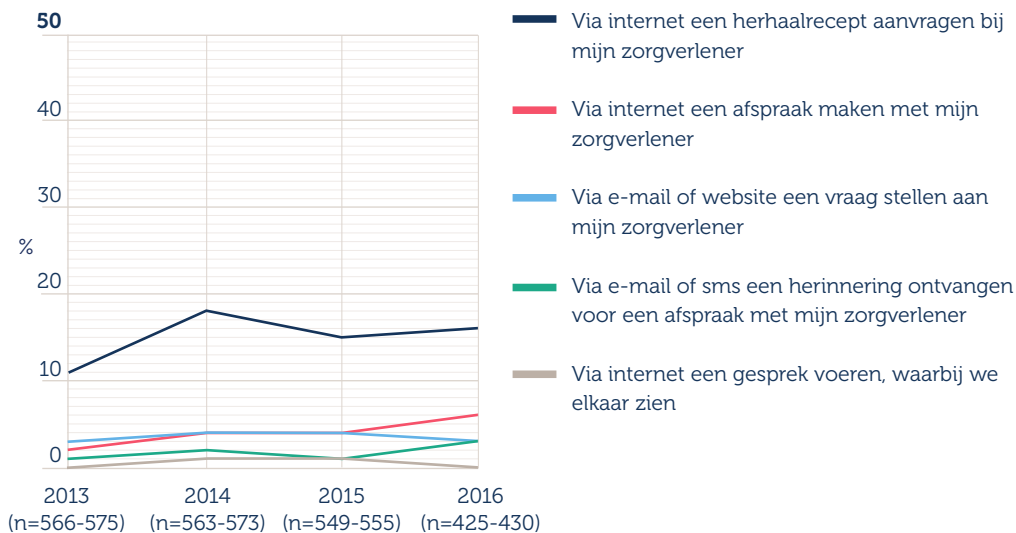
Figuur 4-5
Zorggebruikers - Percentage zorggebruikers dat contact heeft gehad met de huisarts in het afgelopen jaar en aangeeft dat de huisarts **online contactmogelijkheden aanbiedt**; van 2013 tot 2016.

* $p \leq 0,05$
** $p \leq 0,01$
*** $p \leq 0,001$



Figuur 4-6
Zorggebruikers - Percentage zorggebruikers dat contact heeft gehad met de huisarts in het afgelopen jaar en aangeeft **gebruik te hebben gemaakt** van de online contactmogelijkheden met de huisarts; van 2013 tot 2016.

* $p \leq 0,05$
** $p \leq 0,01$
*** $p \leq 0,001$

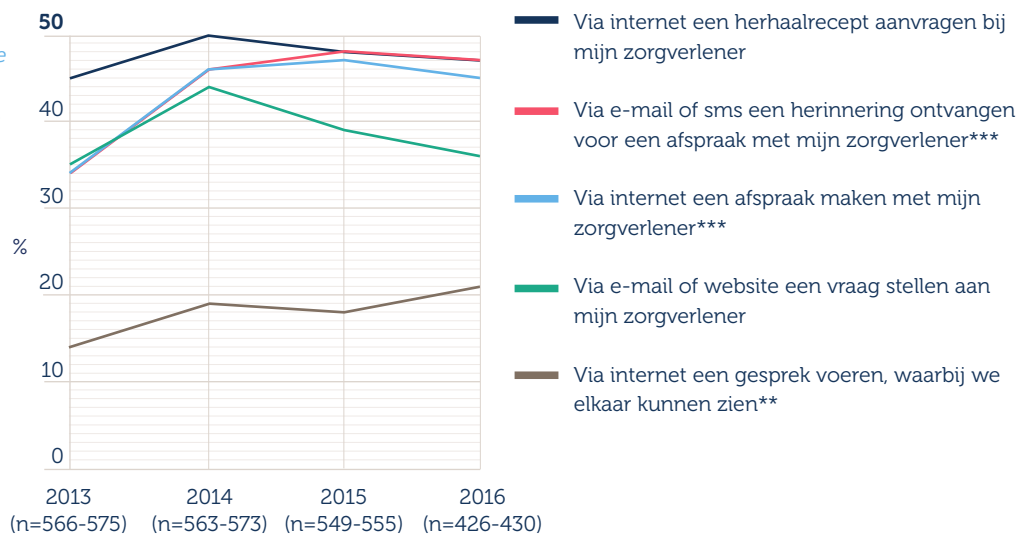


zien we alleen een stijging van het percentage zorggebruikers dat aangeeft dat het *mogelijk* is om via e-mail of sms een herinnering voor een afspraak te ontvangen (zie figuur 4-8 en tabel 4-17). Waar in 2013 8% van de zorggebruikers (die

contact hadden met een medisch specialist, zie tabel 4-16) zei dat dit mogelijk was, bedraagt dat percentage in 2016 maar liefst 30% (tabel 4-17 en tabel 4-18). Ook *het gebruik* van een dergelijke digitale herinnering van de medisch specialist

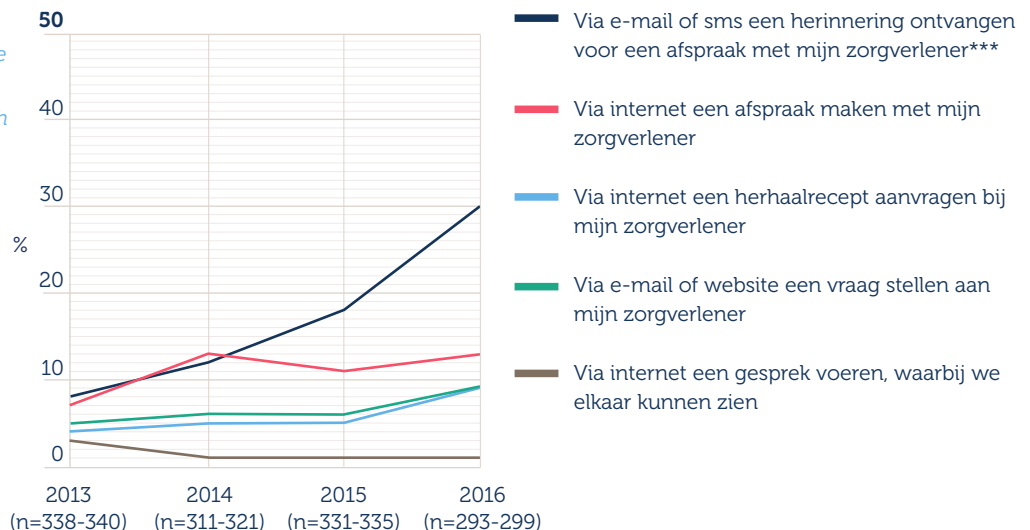
Figuur 4-7
Zorggebruikers - Percentage zorggebruikers dat contact heeft gehad met de huisarts in het afgelopen jaar en aangeeft gebruik te willen maken van de online contactmogelijkheden met de huisarts; van 2013 tot 2016.

* $p \leq 0,05$
** $p \leq 0,01$
*** $p \leq 0,001$



Figuur 4-8
Zorggebruikers - Percentage zorggebruikers dat contact heeft gehad met de medisch specialist in het afgelopen jaar en aangeeft dat de medisch specialist online contactmogelijkheden aanbiedt; van 2013 tot 2016.

* $p \leq 0,05$
** $p \leq 0,01$
*** $p \leq 0,001$



stijgt, maar wel minder hard. In 2013 maakte 6% van de zorggebruikers gebruik van deze mogelijkheid tegen 17% in 2016 (tabel 4-19 en tabel 4-20). In het gebruik van de andere toepassingen zien we geen veranderingen.

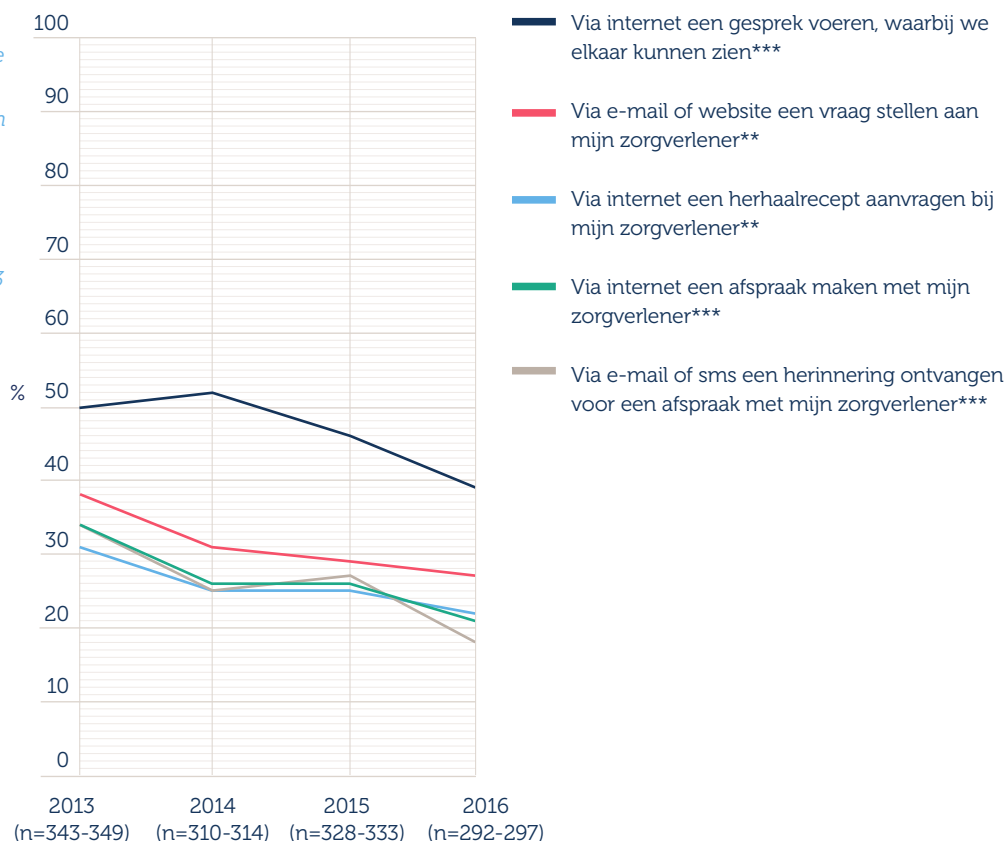
Verder is het opvallend dat er steeds minder zorggebruikers zijn die de verschillende mogelijkheden voor online contact met de medisch specialist *niet zouden willen gebruiken* (zie figuur 4-9 en tabel 4-21). De groep die niet via een e-mail of website een vraag zou willen stellen aan de zorgverlener, is bijvoorbeeld gedaald van 38% naar 27%.

4.3.5 Online contactmogelijkheden bij GGZ-hulpverleners volgens zorggebruikers

In 2015 vroegen we zorggebruikers voor het eerst naar de mogelijkheden tot online contact met de GGZ-hulpverlener, zoals een POH-GGZ, een psycholoog of een psychotherapeut. In 2016 zien we resultaten die vergelijkbaar zijn met die in 2015 (zie tabel 4-23 en 4-25 in de tabellenbijlage). Opvallend is dat het percentage zorggebruikers dat aangeeft een vraag te kunnen stellen via een e-mail of een website (e-consult) duidelijk hoger is onder mensen die contact hadden met een GGZ-hulpverlener dan

Figuur 4-9
Zorggebruikers - Percentage zorggebruikers dat contact heeft gehad met de medisch specialist in het afgelopen jaar en aangeeft geen mogelijkheden te wensen voor online contact met de medisch specialist; van 2013 tot 2016.

* $p \leq 0,05$
** $p \leq 0,01$
*** $p \leq 0,001$



onder mensen die contact hadden met de huisarts of medisch specialist. Van de zorggebruikers zegt 34% in 2016 dat dit kan bij de GGZ-hulpverlener en 15% heeft daar ook ten minste een keer gebruik van gemaakt in het afgelopen jaar (tabel 4-24 en tabel 4-25). Daarnaast zegt een op de vijf zorggebruikers dat het mogelijk is via e-mail of sms een herinnering te ontvangen voor een afspraak, en 17% dat het mogelijk is online een herhaalrecept aan te vragen. Respectievelijk 11% en 7% heeft hier het afgelopen jaar ook gebruik van gemaakt (tabel 4-26).¹²

4.3.6 Meest gebruikte toepassingen

De meest gebruikte online toepassingen volgens zorggebruikers die het afgelopen jaar de desbetreffende zorgverlener bezochten, waren:

- via e-mail of sms een herinnering ontvangen voor een afspraak met mijn zorgverlener, bij de medisch specialist (17%);
- via internet een herhaalrecept aanvragen bij mijn zorgverlener, bij de huisarts (16%);
- via e-mail of website een vraag stellen aan mijn zorgverlener, bij de GGZ-hulpverlener (15%);
- via e-mail of sms een herinnering ontvangen voor een afspraak met mijn zorgverlener, bij de GGZ-hulpverlener (11%).

Het gebruik van andere online toepassingen volgens zorggebruikers ligt beneden de 10%.

De meest *gebruikte* toepassingen volgens zorggebruikers bij de huisarts (herhaalrecept), de medisch specialist (herinneringen via e-mail/sms) en de GGZ-hulpverlener (e-consult) komen overeen met de toepassingen die per type zorgverlener het

meest worden *aangeboden*. Dit zijn ook de bij zorggebruikers meest *bekende* toepassingen per type zorgverlener.

4.4 Wat zijn redenen om online een afspraak met een zorgverlener te maken?

Van de huisartsen en medisch specialisten zegt respectievelijk 37% en 20% dat de mogelijkheid om online een afspraak te maken aanwezig is. Zij zeggen eveneens dat hier met enige regelmaat gebruik van wordt gemaakt. Daar staat tegenover dat in 2016 maar een klein deel van de zorggebruikers zegt hier gebruik van te maken: hoewel 80% van de zorggebruikers het afgelopen jaar contact heeft gehad met de huisarts en 52% met een medisch specialist, zegt 16% van de zorggebruikers ooit geprobeerd te online een afspraak te maken (tabel 4-27).

Om meer inzicht te krijgen in de beweegredenen van zorggebruikers voor het maken van een online afspraak, hebben we dit jaar verdiepende vragen gesteld over dit onderwerp. De groep die weleens geprobeerd heeft via internet een afspraak te maken, is vaak van mening dat het tijd bespaart (74%; n=58) en dat het prettig is, omdat de afspraak kan worden gemaakt op het moment dat het de zorggebruiker uitkomt (86%; n=66). Van de mensen die wel eens geprobeerd hebben om een afspraak via internet te maken, vindt 14% (n=11) het omslachtig en 6% (n=5) het niet nodig (tabel 4-28).

Een ruime meerderheid (84%) van de zorggebruikers zegt nooit te hebben geprobeerd via internet een afspraak te maken met een zorgverlener. Als

12 In hoofdstuk 6, paragraaf 6.3.3, komt het gebruik van online contactmogelijkheden door mensen met een aanhoudende psychische aandoening aan bod.

reden geeft 29% aan gewend te zijn te bellen, 20% dat hij zich er niet in heeft verdiept en 16% komt weinig bij een zorgverlener (zie figuur 4-10 en tabel 4-29).

4.5 Aanraden van online mogelijkheden

Om zorggebruikers meer bewust te maken van online mogelijkheden kunnen zorgverleners hen hierop attenderen. Een grote meerderheid van de zorggebruikers geeft aan dat zorgverleners hen nooit hebben aangeraden om via internet een afspraak te maken. Van alle zorggebruikers geeft 8% aan dat dit soms aangeraden is (zie tabel 4-30).

In 2016 geeft 84% van de huisartsen aan hun patiënten te attenderen op de mogelijkheid om

online contact te hebben met de praktijk. Dit percentage is sinds 2013 nagenoeg onveranderd (tabel 4-31). Onder medisch specialisten is wel een verschuiving te zien: minder specialisten zeggen hun patiënten niet te attenderen op online mogelijkheden, maar tegelijkertijd geven meer specialisten aan dat contact via internet niet mogelijk is (figuur 4-11 en tabel 4-32).

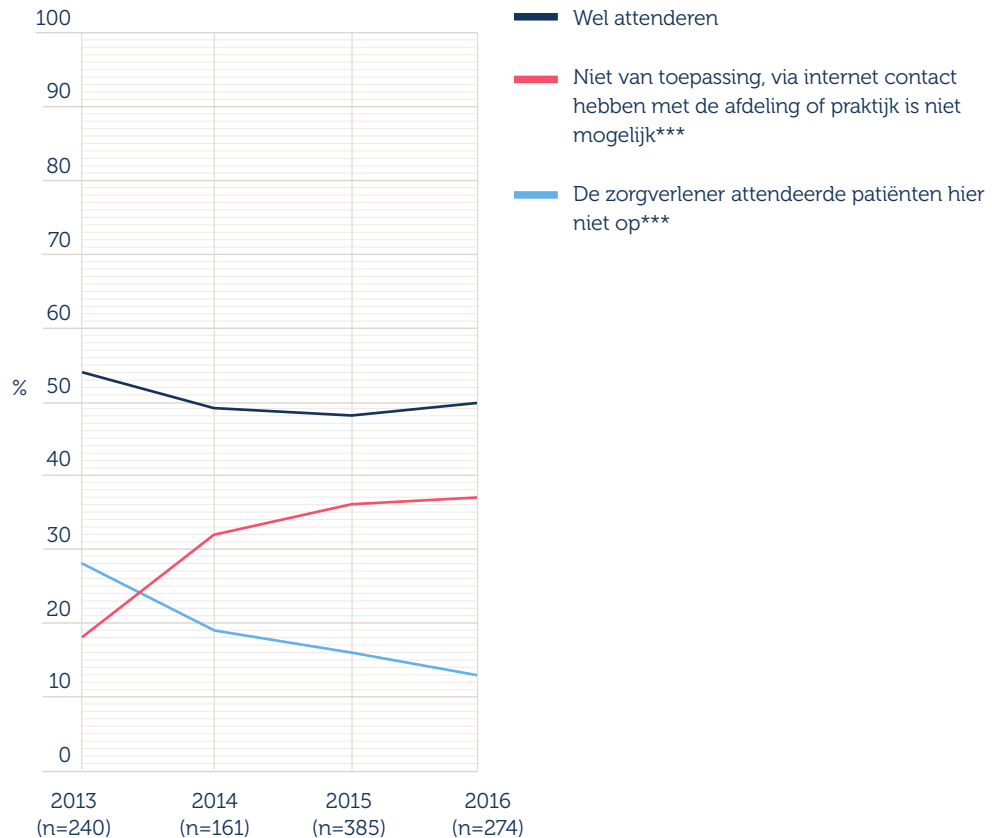
Zowel huisartsen als specialisten zeggen hun patiënten voornamelijk via de website van de instelling, afdeling of praktijk te informeren over de mogelijkheid van online contact. Daarnaast worden, althans in mindere mate, patiëntenfolders ingezet en geven de artsen de mogelijkheden aan tijdens een consult (tabel 4-33).

*Figuur 4-10
Zorggebruikers - Belangrijkste redenen waarom zorggebruikers die nooit geprobeerd hebben online een afspraak te maken met een zorgverlener, dat niet doen; in 2016 (n=438).*



Figuur 4-11
Medisch specialisten
 - Percentage medisch specialisten dat aangeeft patiënten te attenderen op de online contactmogelijkheden die de praktijk aanbiedt; van 2013 tot 2016.

* $p \leq 0,05$
 ** $p \leq 0,01$
 *** $p \leq 0,001$



4.6 Conclusie en discussie

In dit hoofdstuk zagen we dat elk type zorgverlener een andere toepassing heeft die het meest aangeboden wordt. Het online aanvragen van herhaalrecepten wordt volgens huisartsen het meest gebruikt. Bij 70% van de huisartsen die deze optie aanbieden wordt er dagelijks gebruik van gemaakt. Het sturen van een e-mail of sms als herinnering voor een afspraak is onder medisch specialisten de meest aangeboden toepassing. Het aanbod hiervan is gegroeid. Bij de POH's-GGZ wordt de mogelijkheid om via e-mail of website een vraag te stellen het meest aangeboden.

De bekendheid onder zorggebruikers met dergelijke eHealth-toepassingen neemt langzaam maar zeker toe. Bovendien blijft een grote groep zorggebruikers *geïnteresseerd* in toepassingen. Toch blijkt ook dat het *gebruik* van deze diensten door zorggebruikers niet toeneemt. Het ontvangen van online herinneringen voor een afspraak met een medisch specialist vormt hier de enige uitzondering op. Als we specifiek kijken naar de mogelijkheid om online een afspraak te maken, blijkt dat oude gewoontes de overhand hebben. Immers, zorggebruikers doen dit vaak niet omdat ze gewend zijn om te bellen. Blijkbaar zien ze minder

voordelen in het online maken van een afspraak dan in telefonisch afspraken maken, wat een belemmering kan zijn in het gebruik (Damschroder, 2009).

Om oude gewoontes te doorbreken, kan het helpen als zorgverleners de mogelijkheden meer onder de aandacht brengen. Op deze manier gaan zorggebruikers de voordelen ervan inzien en raken zij er aan gewend om online toepassingen te gebruiken. Maar het valt op dat zorggebruikers vaak zeggen dat zorgverleners hen niet aanraden om via internet een afspraak te maken, terwijl zorgverleners aangeven dat zij hun patiënten wel attenderen op de mogelijkheden voor online contact. Deze discrepantie komt mogelijk voort uit het feit dat zowel huisartsen als medisch specialisten zeggen dat zij hun patiënten voornamelijk hierover informeren via de website van de instelling, afdeling of praktijk. Mogelijk bereikt deze informatie onvoldoende patiënten. Het verdient daarom aanbeveling om te onderzoeken of deze informatie patiënten daadwerkelijk bereikt en hoe het gebruik van online contactmogelijkheden onder patiënten die dat willen, verder gestimuleerd en verbeterd kan worden, onder andere op basis van de huidige ervaringen.

4.7 Referenties

Damschroder, L.J., Aron, D.C., Keith, R.E., Kirsch, S.R., Alexander, J.A., Lowery, J.C. (2009). *Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science*. *Implementation Science*, 4(50).

NHG, LHV. (2012). *Toekomstvisie Huisartsenzorg - Modernisering naar menselijke maat - Huisartsenzorg in 2020*. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging; Nederlandse Huisartsengenootschap.

NYFER. (2013). *Gezond online*. Utrecht: NYFER.

Van Hassel, D., Korevaar, J., Batenburg R., Schellevis, F. (2015). *De toekomstvisie huisartsenzorg 2022, waar staat de huisartsenzorg anno 2014?* Utrecht: NIVEL.

5 Ontsluiting van medische gegevens voor de patiënt

Medisch specialist: *“Het zou echt helpen als de patiënt zelf al dingen invult.”*



Medisch specialist: *“Gewenst voor een bepaald aantal zaken, niet ongelimiteerd zonder toelichting van een professional.”*



Belangrijkste resultaten in dit hoofdstuk

- De mogelijkheden voor online inzage door patiënten in een aantal onderdelen van het medisch dossier nemen bij zowel huisartsen als medisch specialisten langzaam maar zeker toe. Van de dossieronderdelen die patiënten kunnen inzien, is inzage in de gestelde diagnoses en voorgeschreven medicatie het vaakst mogelijk, volgens de artsen.
- Patiënten kunnen niet vaak notities inzien, aldus de artsen. Van hen vindt 62-84% dit niet wenselijk of weet niet of het wel wenselijk is.
- Bij 4% van de specialisten en 8% van de huisartsen kunnen patiënten zelf opmerkingen of gemeten gezondheidswaarden toevoegen aan hun medisch dossier.
- Bij verpleegkundigen en verzorgenden in de cure wordt bij ruim een kwart (27%) in de instelling een patiëntenportaal gebruikt. Bij verpleegkundigen in de care bedraagt dit percentage 17%.
- Volgens een vijfde van de managers en bestuurder in de care zijn patiëntportalen op beperkte tot volledige schaal geïmplementeerd in de organisatie.
- Er is een discrepantie tussen het percentage artsen dat aangeeft dat inzage mogelijk is voor patiënten, en het percentage patiënten dat online inzage heeft gehad en/of weet of dat mogelijk is. Van de artsen geeft 15-20% aan dat inzage in de gestelde diagnoses mogelijk is, terwijl het percentage patiënten dat zegt dat inzage bij de medisch specialist mogelijk is, minimaal is toegenomen, van 3% (2014) naar 6% (2016). Ruim twee derde van hen weet niet of online inzage mogelijk is.
- Medisch specialisten zijn ten opzichte van vorig jaar positiever over online inzage. De helft (49%) vindt het gewenst. Onder huisartsen is er geen verschil met vorig jaar. Van hen vindt 42% inzage gewenst.

5.1 Inleiding

Elektronische dossiervoering door zorgverleners maakt het mogelijk om diensten te ontwikkelen waarmee zorggebruikers online inzage kunnen krijgen in hun eigen medisch dossier. In diverse landen worden er diensten voor online inzage voor zorggebruikers ontwikkeld. Een voorbeeld van een initiatief voor de uitwisseling van medische gegevens tussen zorgverleners en zorggebruikers is het Blue Button initiatief. Hiermee kan de zorggebruiker zijn eigen medisch dossier downloaden (Schmohl & Spruyt, 2015).

Ook in Nederland zijn er verschillende Nederlandse partijen die zich inzetten voor online ontsluiting van medische gegevens voor zorggebruikers, bijvoorbeeld via een persoonlijk gezondheidsdossier (PGD; ook wel persoonlijke gezondheidsomgeving - PGO - genoemd; Patiëntenfederatie Nederland, 2015; Informatieberaad, 2015). Verschillende instellingen en ziekenhuizen bieden patiëntportalen aan. Dit zijn websites waar zorggebruikers niet alleen hun medische gegevens kunnen bekijken en mogelijk kunnen aanvullen, maar ook bijvoorbeeld online een afspraak kunnen

maken of vragen kunnen stellen aan een arts (Van Luxemburg & Willems, 2016; Nictiz, 2016).

De Nederlandse initiatieven passen bij het beleid van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Iedereen heeft recht op duidelijke informatie en inzage in zijn eigen medisch dossier. Maar het ministerie wil ook graag dat zorggebruikers de mogelijkheid krijgen online medische gegevens in te zien. Dit is in 2014 in de Kamerbrief over eHealth en zorgverbetering als volgt verwoord: "Binnen vijf jaar heeft 80% van de chronisch zieken direct toegang tot bepaalde medische gegevens, waaronder medicatie-informatie, vitale functies en testuitslagen, en kan deze desgewenst gebruiken in mobiele apps of internetapplicaties. Van de overige Nederlanders betreft dit 40%." (Minister en staatssecretaris van VWS, 2014). In juni 2016 hebben Nictiz en het NIVEL onderzoek gepubliceerd in welke mate deze doelstelling behaald wordt (Krijgsman et al., 2016). Daaruit blijkt bijvoorbeeld dat zo'n 10% van de deelnemers met een chronische aandoening online inzage heeft gehad in hun medische gegevens bij een of meerdere zorgverleners.

Voorstanders van online inzage betogen dat door de verlening van online inzage aan zorggebruikers deze kunnen helpen eventuele fouten in hun dossier te ontdekken. Zij kunnen namelijk de volledigheid en accuraatheid van de gegevens controleren en eventueel een verzoek tot aanpassing doen (Patiëntenfederatie Nederland, 2012; Van Duivenboden, 2015). Zo kunnen zij zelf bijdragen aan patiëntveiligheid in de zorg. Daarnaast kunnen ze hierdoor meer inzicht in hun klachten krijgen.

In het dossier kan tevens een overzicht worden gegeven aan de zorggebruiker wie zijn gegevens heeft geraadpleegd en wanneer dat is geweest (Patiëntenfederatie Nederland, 2012).

Dit hoofdstuk gaat in op de mogelijkheden die worden geboden voor online inzage in het medisch dossier voor zorggebruikers en het gebruik daarvan volgens medisch specialisten, huisartsen, verpleegkundigen en managers en bestuurders in de care. Daarnaast hebben we artsen gevraagd in hoeverre zij inzage wenselijk vinden. Ook aan zorggebruikers is gevraagd in hoeverre zij inzage hebben gekregen. De focus ligt vooral op veranderingen in de periode 2014 tot 2016. Specifieke resultaten voor 2016 worden belicht.

5.2 Inzagemogelijkheden in het medisch dossier

Sinds 2014 wordt aan artsen gevraagd welke mogelijkheden zij patiënten bieden om online inzage te hebben in hun medisch dossier, en wat hun plannen of wensen daarin zijn. In 2016 is ook aan verpleegkundigen gevraagd welke inzagemogelijkheden zij bieden. We hebben managers en bestuurders in de care dit jaar gevraagd in hoeverre patiëntportalen geïmplementeerd zijn in hun organisaties. Daarnaast wordt sinds 2014 aan zorggebruikers gevraagd in welke mate zij online toegang krijgen tot hun dossier bij verschillende zorgverleners.

5.2.1 Inzagemogelijkheden volgens artsen

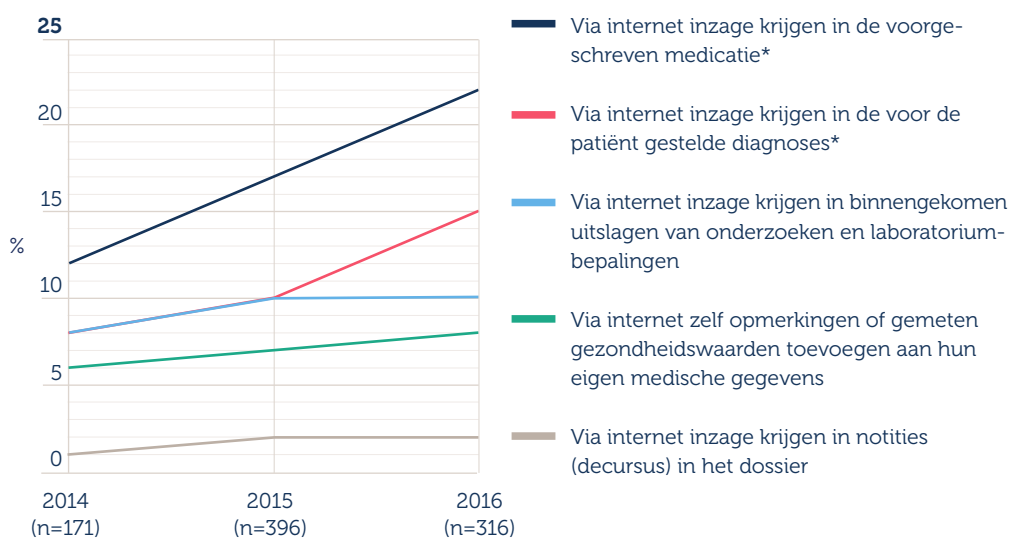
De mogelijkheden voor patiënten om online inzage te krijgen in een aantal onderdelen van het medisch dossier, nemen zowel onder huisartsen

als medisch specialisten langzaam maar zeker toe. Zo kunnen patiënten sinds 2014 bij een steeds hoger percentage huisartsen inzage krijgen in de gestelde diagnose (van 8% in 2014 naar 15% in 2016) en in de voorgeschreven medicatie (van 12% in 2014 naar 22% in 2016; figuur 5-1 en tabel 5-1¹³).

Onder medisch specialisten is er zelfs bij vier van de vijf bevraagde dossieronderdelen een toename te zien. Inzage krijgen in de gestelde diagnose is bij het hoogste percentage medisch specialisten mogelijk. Er is een toename van 7% in 2014 naar 20% in 2016 (figuur 5-2 en tabel 5-2).

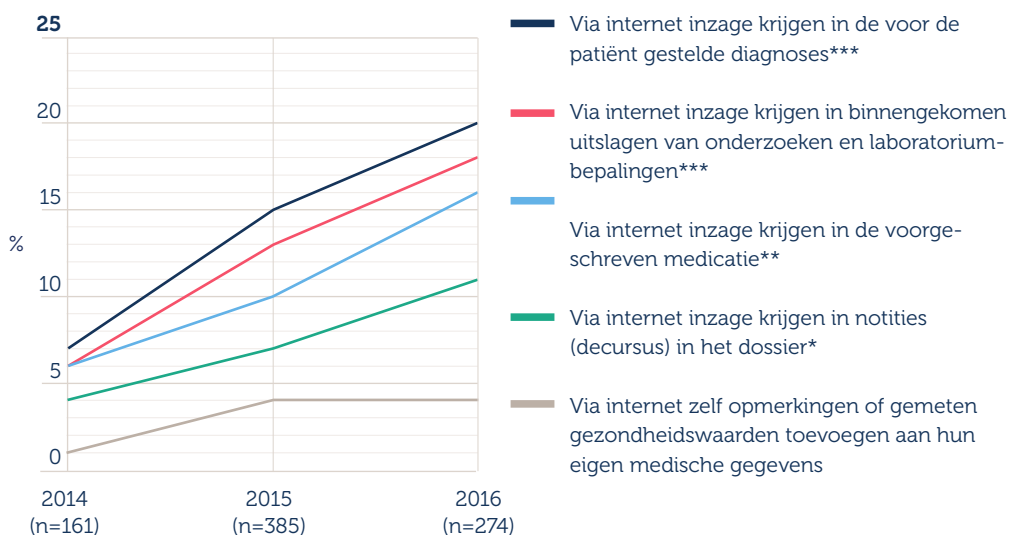
Figuur 5-1
Huisartsen - Percentage huisartsen dat aangeeft in welke onderdelen van het medisch dossier patiënten online inzage kunnen hebben; van 2014 tot 2016.

* $p \leq 0,05$
** $p \leq 0,01$
*** $p \leq 0,001$



Figuur 5-2
Medisch specialisten - Percentage medisch specialisten dat aangeeft in welke onderdelen van het medisch dossier patiënten online inzage kunnen hebben; van 2014 tot 2016.

* $p \leq 0,05$
** $p \leq 0,01$
*** $p \leq 0,001$



13 Tenzij anders aangegeven, verwijzen we voor tabellen naar de losse tabellenbijlage bij dit rapport.

Bij de huisartsen kunnen patiënten in 2016 het vaakst online inzage krijgen in de voorgeschreven medicatie (22%; zie figuur 5-3 en tabel 5-3). Bijna de helft (46%) van de huisartsen vindt het wel gewenst dat zij deze mogelijkheid kunnen bieden, maar bij hen zijn daar nog geen plannen voor.

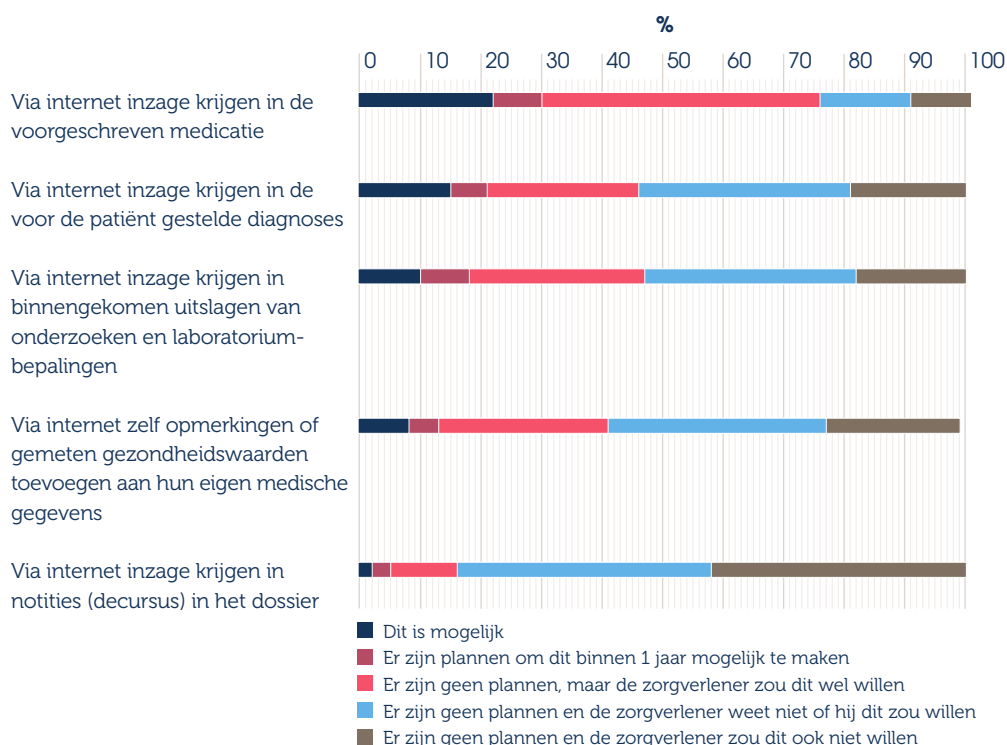
Onder medisch specialisten komt de mogelijkheid tot inzage in gestelde diagnoses het meest voor (20%; zie figuur 5-4 en tabel 5-4). Wanneer inzage in gestelde diagnoses nog niet mogelijk is, vindt bijna de helft van de medisch specialisten (49%) dit wel gewenst.

Patiënten kunnen bij 4% van de medisch specialisten en bij 8% van de huisartsen zelf opmerkingen

of gemeten gezondheidswaarden toevoegen aan hun medische gegevens. Meer dan een kwart van de huisartsen (28%) en zo'n vier op de tien medisch specialisten (38%) vindt het wenselijk dat dit mogelijk wordt voor patiënten, maar daar zijn nog geen plannen voor.

Inzage in de notities (decursus) van de arts in het dossier lijken nog het gevoeligst te liggen: bij 5% van de huisartsen en 22% van de specialisten kunnen patiënten notities inzien of willen de artsen die mogelijkheid binnen een jaar aanbieden. Van de huisartsen biedt 42% deze mogelijkheid niet en wil dit ook niet. Nog eens 42% weet niet of ze inzage in notities willen bieden. Bij de specialisten is dit respectievelijk 28% en 34%. In andere

*Figuur 5-3
Huisartsen - Percentage huisartsen dat aangeeft in welke onderdelen van het medisch dossier patiënten online inzage kunnen hebben; in 2016 (n=316).*



woorden, de meningen of dat dit wel gewenst is, zijn onder de artsen enigszins verdeeld.

5.2.2 Inzagemogelijkheden volgens verpleegkundigen

Dit jaar is aan verpleegkundigen gevraagd of hun patiënten het afgelopen jaar hebben gewerkt met een elektronisch patiëntenportaal (zie tabel 5-5). De resultaten laten zien dat bij 27% van de verpleegkundigen in de cure de patiënten van de instelling gebruikmaken van een patiëntenportaal. Van de verpleegkundigen in de care geeft 17% aan dat hun patiënten gebruikmaken van een patiëntenportaal.

5.2.3 Inzagemogelijkheden volgens managers en bestuurders in de care

Binnen de care geeft een op de vijf van de managers en bestuurders aan dat patiëntportalen op beperkte schaal of in de hele organisatie geïmplementeerd zijn. Bij een ruime meerderheid zijn er plannen voor of wordt deze eHealth-toepassing getest (57%). Een op de vijf managers en bestuurders geeft aan dat er geen plannen zijn om een patiëntenportaal aan te bieden (tabel 5-6).

5.2.4 Inzagemogelijkheden volgens zorggebruikers

Het percentage zorggebruikers dat aangeeft dat zij hun medische gegevens online kunnen inzien bij

*Figuur 5-4
Medisch specialisten -
Percentage medisch specialisten dat aangeeft in welke onderdelen van het medisch dossier patiënten online inzage kunnen hebben; in 2016 (n=274).*

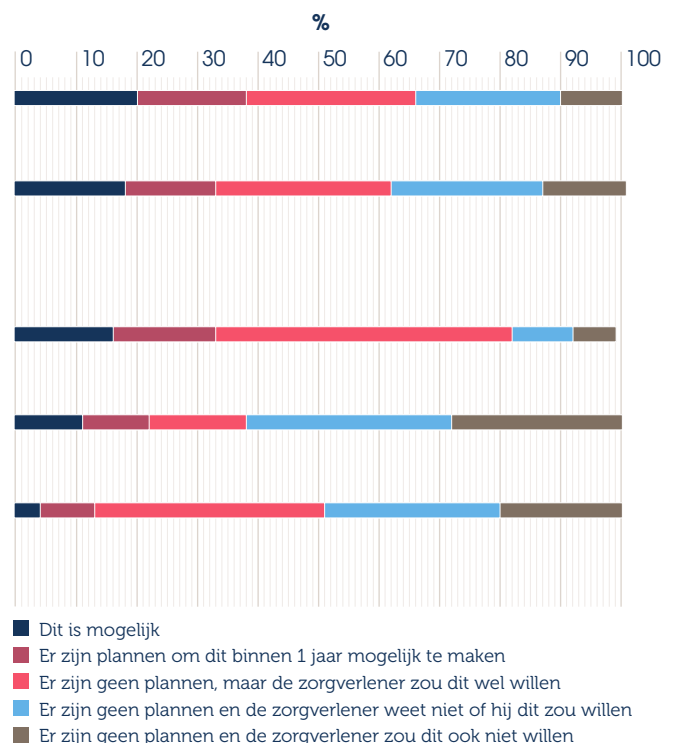
Via internet inzage krijgen in de voor de patiënt gestelde diagnoses

Via internet inzage krijgen in binnengekomen uitslagen van onderzoeken en laboratoriumbepalingen

Via internet inzage krijgen in de voorgeschreven medicatie

Via internet inzage krijgen in notities (decursus) in het dossier

Via internet zelf opmerkingen of gemeten gezondheidswaarden toevoegen aan hun eigen medische gegevens



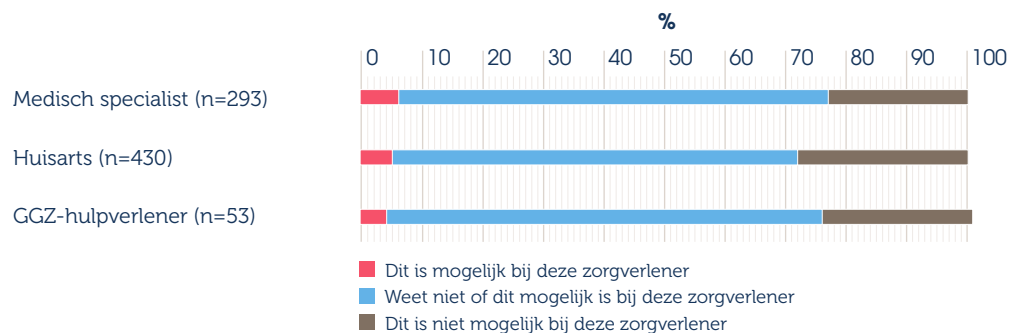
de huisarts of medisch specialist, neemt langzaam toe. Wel blijven de aantallen nog laag: voor de medisch specialist gaf 3% van de zorggebruikers in 2014 aan dat online inzage mogelijk was; in 2016 bedraagt dit percentage 6% (zie tabel 5-7). In 2016 weet meer dan twee derde van de zorggebruikers niet of inzage mogelijk is bij de huisarts (67%) of medisch specialist (71%). Voor de hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) zijn de

percentages vergelijkbaar (zie figuur 5-5 en tabel 5-8).

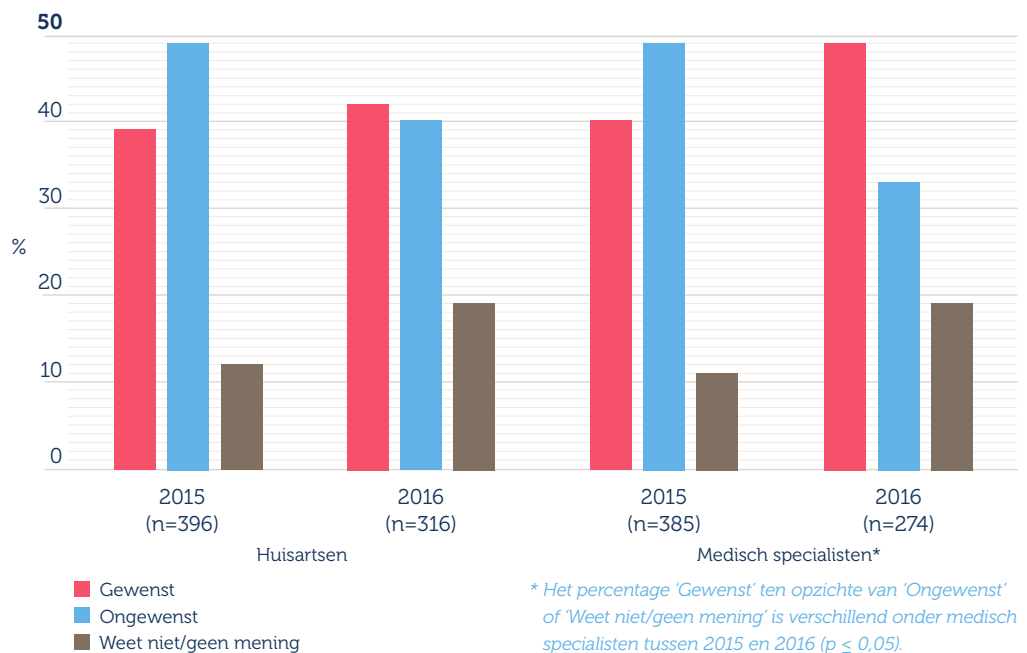
5.3 Wenselijkheid van inzage volgens artsen

Net als vorig jaar vinden vier op de tien huisartsen (42%) online inzage door patiënten gewenst. Dit deel van de huisartsen is ongeveer gelijk aan het deel dat inzage ongewenst vindt (40%).

*Figuur 5-5
Zorggebruikers - Percentage zorggebruikers dat aangeeft de mogelijkheid te hebben om online de medische gegevens die de zorgverlener bijhoudt in te zien, naar soort zorgverlener; van 2013 tot 2016.*



*Figuur 5-6
Huisartsen en medisch specialisten - Mate van wenselijkheid van online inzage door patiënten in het medisch dossier, volgens huisartsen en medisch specialisten; van 2015 en 2016.*



Onder medisch specialisten vinden zelfs meer specialisten – de helft (49%) – inzage gewenst dan ongewenst (33%). Dit was vorig jaar nog andersom. Zie figuur 5-6 en tabel 5-9.

De top vijf van argumenten voor inzage onder de artsen die inzage gewenst vinden in 2016 (zie tabel 5-10 en tabel 5-11), komt grotendeels overeen met de top vijf-argumenten van vorig jaar. Huisartsen noemen als belangrijkste reden dat het de betrokkenheid van de patiënt bij de behandeling vergroot (68%); medisch specialisten vinden het belangrijkste argument dat het wederzijdse openheid en vertrouwen bevordert (73%). Dit laatste argument wordt niet door huisartsen in de top vijf genoemd. Anderzijds noemen alleen huisartsen (57%) in hun top vijf dat inzage onder patiënten het gevoel van verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid vergroot. De artsen vinden het minder relevant dat online inzage tijd oplevert wanneer de patiënt zelf in zijn dossier kan kijken zonder hulp.

Daarnaast komen de argumenten tegen inzage ook overeen met die van vorig jaar (zie tabel 5-12 en tabel 5-13). Het belangrijkste argument tegen vinden artsen in 2016 dat inzage bij de patiënt onnodig zorgen en misverstanden kan oproepen, als de informatie voor de patiënt onvoldoende duidelijk is (87% van de medisch specialisten en 90% van de huisartsen). Het minst vaak vinden huisartsen dat inzage geen meerwaarde heeft voor patiënten (24%), en specialisten dat patiënten dan niet meer worden beschermd door het beroepsgeheim (19%).

5.4 Conclusie en discussie

Er worden langzamerhand meerdere onderdelen van het dossier online inzichtelijk gemaakt voor patiënten, aldus de artsen. Onder verpleegkundigen zien we dat de cure iets lijkt voor te lopen op de care. Bij medisch specialisten zien we meer trends wat betreft de verandering van inzage in de verschillende onderdelen dan bij huisartsen. Bij beiden is vooral inzage beschikbaar in gestelde diagnoses en artsen vinden dit zeer wenselijk. Onder huisartsen is de mogelijkheid van inzage in voorgeschreven medicatie ook gestegen.

De mogelijkheid voor online inzage staat bij de overheid hoog op de agenda (Minister en staatssecretaris van VWS, 2014) en er is al een aantal initiatieven om dit mogelijk te maken. Voorbeelden zijn het programma 'Meer regie over gezondheid' (Patiëntenfederatie Nederland, 2016), ziekenhuisportalen, en persoonlijke gezondheidsomgevingen (bijvoorbeeld Patiëntfederatie Nederland, 2012, 2015), waar zorggebruikers hun gegevens kunnen inzien. Uit onderzoek (Van Luxemburg & Willems, 2016) blijkt dat het aantal ziekenhuizen dat een patiëntenportaal aanbiedt, in een jaar tijd is verdriedubbeld tot 23% in 2016 en dat online inzage in het medisch dossier mogelijk is bij 23% van de ziekenhuizen. Onderzoek van Nictiz (Nictiz, 2016) bevestigt dat een kwart van de ziekenhuizen in 2016 een patiëntenportaal heeft, en laat verder zien dat het aantal functies dat via het portaal aan patiënten wordt geboden sterk uiteenloopt. Daarnaast blijkt uit dit onderzoek dat het vaak nog niet mogelijk is voor patiënten om zelf opmerkingen of gemeten gezondheidsvoorwaarden toe te voegen.

Medisch specialisten zijn ten opzichte van vorig jaar positiever over online inzage, maar het is nog te vroeg om te spreken van een trend. Onder huisartsen vindt vier op de tien online inzage gewenst. De voorstanders van inzage menen dat inzage kan helpen de betrokkenheid te vergroten onder zorggebruikers, en medisch specialisten vinden dat het de openheid en het vertrouwen bevordert in het contact met de patiënt. De grootste gevoeligheid lijkt te liggen bij het inzien van de notities (decursus) van de arts: deze mogelijkheid wordt het minst aangeboden. Misschien komt dit door het argument van tegenstanders van inzage, dat online toegang van patiënten tot deze gegevens ongewenste invloed kan hebben op de wijze van dossiervoering. Mogelijk zullen artsen hun bevindingen en/of aantekeningen anders noteren wanneer zij weten dat hun notities worden gelezen. Anderzijds kan ook het argument dat inzage bij de patiënt onnodig zorgen en misverstanden kan oproepen, hiermee samenhangen.

Er is nog een aanzienlijke groep die nadelen verwacht van inzage. Daar tegenover staat dat onderzoek van UMC Utrecht laat zien dat patiënten en artsen die de patiëntenportalen gebruiken, juist positieve ervaringen hebben. Patiënten waarderen bijvoorbeeld de snelle toegang tot informatie en kunnen meer de eigen regie nemen (Verstraete et al., 2016). Daarnaast zijn procesmatige maatregelen mogelijk om aandacht te geven aan vragen en zorgen van de patiënt. Zo kunnen patiënten direct vragen stellen over bijvoorbeeld een uitslag waarover zij zich zorgen maken (UMC Utrecht, 2016).

Voor verdere implementatie van online inzage is het waarschijnlijk nodig om de redenen voor bezorgdheid in kaart te brengen van medewerkers van zorginstellingen die online inzage via patiëntenportalen willen aanbieden en deze zorgen serieus te behandelen. Daarnaast kunnen positieve ervaringen worden gedeeld. Het UMC Utrecht geeft aan dat het belangrijk is om patiënten goed voor te bereiden op de real-time inzage, en om afspraken met hen te maken over de besprekingen van uitslagen, en de consequenties die inzage met zich meebrengt voor de behandeling (Verstraete et al., 2016).

Tot slot blijkt uit deze monitor dat er een grote discrepantie bestaat tussen de beschikbaarheid van online inzage volgens de artsen en het percentage zorggebruikers dat weet dat inzage bij hun arts mogelijk is. Daarom kunnen zorgverleners en –instellingen de inzagemogelijkheden bij hun patiënten meer onder de aandacht brengen.

5.5 Referenties

Informatieberaad. (2015). *Gemeenschappelijke visie op het Informatiestelsel voor de zorg*. Den Haag: Informatieberaad.

Krijgsman, J., Peeters, J., Waverijn, G., Van Lettow, B., Van der Hoek, L., De Jong, J., Friele, R., Van Gennip, L. (2016). *Rapportage eHealth-doelstellingen 2016. 'Omdat ik het belangrijk vind goed voor mezelf te zorgen'*. Den Haag & Utrecht: Nictiz & NIVEL.

Minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2014). *Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer betreffende e-health en zorgverbetering*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Nictiz. (2016). *Steeds meer ziekenhuizen geen patiënten online toegang tot hun gegevens*. Geraadpleegd op 24 augustus 2016 op <https://www.nictiz.nl/nieuws/steeds-meer-ziekenhuizen-geven-patiënten-online-toegang-tot-hun-gegevens>.

Patiëntenfederatie Nederland. (2012). *Inzage in uw medisch dossier*. Geraadpleegd op 24 augustus 2016 op <https://www.patiëntenfederatie.nl/themas/inzage-in-uw-medisch-dossier/>.

Patiëntenfederatie Nederland. (2015). *PGD Kader 2020*. Geraadpleegd op 24 augustus 2016 op <https://www.npcf.nl/49-pgd-kader-2020>.

Patiëntenfederatie Nederland. (2016). *Meer regie over gezondheid*. Geraadpleegd op 19 juli 2016 op <https://www.patiëntenfederatie.nl/voor-organisaties/meer-regie-over-gezondheid/>.

Schmohl, A. & Spruyt, A.-J. (2015). *Alles wat je wilt (moet) weten over Blue Button+ en CCD. Een kijkje achter de schermen bij het uitwisselen van zorg(informatie) met de patiënt*. Den Haag: Nictiz.

UMC Utrecht (2016). *Patiënten en zorgverleners positief over gebruik patiëntenportaal*. Geraadpleegd op 26 juli 2016 op <http://www.umcutrecht.nl/nl/Over-Ons/Nieuws/2016/Patiënten-en-zorgverleners-positief-over-gebruik-p>.

Van Duivenboden, J. (2015). *Huisarts, patiënt en e-health*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap.

Van Luxemburg, A. & Willems, C. (2016). *Onderzoek patiëntportalen. Onderzoek voorjaar 2016*. Zeist: M&I Partners.

Verstraete, E., Koehorst, A. M., Van Os-Medendorp, H. (2016). Is patiënt gebaat bij directe inzage in zijn dossier? Evaluatie van het patiëntenportaal in het UMC portaal. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 160(D325).

6 Zelfmanagement en online behandeling

POH-GGZ: *“Vooral gebruik maken van eMental Health en goede uitleg geven aan patiënten waarom deze manier van behandeling effectief is.”*



Huisarts: *“eHealth heeft zeker een toekomst voor de patiëntengroep die genoeg zelfstandigheidscapaciteiten heeft, zodat er meer tijd voor de kwetsbare patiënten overblijft.”*



Belangrijkste resultaten in dit hoofdstuk

- Het percentage zorggebruikers dat op internet informatie opzoekt over gezondheid en zorg is door de jaren heen redelijk stabiel. Zorggebruikers zoeken vooral informatie over een ziekte of behandeling. Dit percentage schommelt tussen 65% en 68%.
- Steeds meer mensen houden online gegevens bij over hun leefstijl (voeding en diëet, lichamelijke activiteit) en gezondheid. Het bijhouden van gegevens over lichamelijke activiteit, bijvoorbeeld via een stappenteller, is gestegen van 12% in 2014 tot 22% in 2016. Het hoogste gebruik zien we bij zorggebruikers tot 50 jaar of met een hoger opleidingsniveau. Maar de sterkste stijgingen in gebruik zien we juist bij zorggebruikers van 65 jaar en ouder, met een middelbaar opleidingsniveau of een chronische aandoening.
- Informatie over zorg en behandeling wordt door minder mensen bijgehouden en hierin zien we dan ook geen grote groei.
- Ruim een derde van de zorggebruikers bewaart relevante informatie over gezondheid overzichtelijk bij elkaar. Dat gebeurt veelal op papier. Zelden maken mensen gebruik van een persoonlijk gezondheidsdossier (PGD). Als men daar wel voor gekozen heeft, vindt men dat in het algemeen nuttig, handig en prettig.
- Hoewel veel zorgverleners aangeven patiënten soms of regelmatig aan te raden online toepassingen voor ondersteuning van zelf-management te gebruiken, geven zorggebruikers aan dat dit zelden tot nooit aangeraden wordt.
- Van de POH's-GGZ heeft 92% het afgelopen jaar ten minste een online toepassing binnen de geestelijke gezondheidszorg (eMental Health) ingezet. Wel zetten ze deze vaak maar bij een deel van de patiënten in. Zorggebruikers geven vaak aan niet bekend te zijn met eMental Health en zij maken er weinig gebruik van. Dit geldt ook voor zorggebruikers die een GGZ-hulpverlener bezochten: van hen had 9% het afgelopen jaar een behandeling waarbij face-to-face gesprekken gecombineerd werden met online behandeling. Van de mensen met een aanhoudende psychische aandoening zegt bijna een vijfde wel eens online psycho-educatie te gebruiken.
- Aangezien er onder zorggebruikers wel degelijk interesse is voor eHealth in het algemeen en eMental Health in het bijzonder, is het raadzaam na te gaan hoe de aangeboden diensten worden ervaren en waar verbeteringen nodig zijn.

6.1 Inleiding

Van eHealth wordt verwacht dat het een belangrijke bijdrage kan leveren aan de ondersteuning van het zelfmanagement van patiënten (Minister en staatssecretaris van VWS, 2014). Deze verwach-

ting wordt gedeeld door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ, 2015). Dit geldt bijvoorbeeld voor toepassingen voor het zelf meten en bijhouden van gegevens over de leefstijl (zoals voeding en bewegen), over gezondheidswaarden (zoals

gewicht en bloeddruk), of over zorg (zoals doktersbezoek en behandelingen).

In de wetenschappelijke literatuur is er steeds meer bewijs dat patiënten zich meer bewust worden van symptomen en bijvoorbeeld de relatie tussen symptomen en dagelijkse activiteiten, wanneer zij toepassingen gebruiken om hun eigen gezondheidswaarden, zoals bloeddruk, bloedglucose of longfunctie, te meten en bij te houden. Het zelf bijhouden van gegevens kan leiden tot beter zelfmanagement en betere controle op de aandoening en daarmee tot een betere kwaliteit van leven (Dixon, 2016). Daarmee leidt dit volgens de Patiëntenfederatie Nederland ook tot meer regie over de gezondheid (Meulmeester, 2013). Deze pleit voor een persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) waarin zorggebruikers zelf hun medische gegevens kunnen verzamelen (Rijksoverheid, 2016). Dit kunnen gegevens zijn van zorgverleners, van henzelf, of van apps die gezondheidswaarden meten.

Naast ondersteuning voor zelfmanagement kan eHealth ook geboden worden in de vorm van online hulp en behandeling. Eerdere eHealth-monitorstudies laten zien dat er nog niet veel gebruik van wordt gemaakt. Op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) lijkt eHealth wel steeds vaker te worden toegepast; daar wordt het ook wel eMental Health genoemd. Dit jaar hebben we daarom het gebruik van eMental Health nader onderzocht.

Dit hoofdstuk gaat eerst in op de ontwikkelingen in het aanbod en gebruik van een aantal voorbeelden van eHealth-toepassingen voor zelfmanagement.

Daarbij staan we ook stil bij de mate waarin artsen het gebruik hiervan aanraden. Waar mogelijk kijken we naar ontwikkelingen sinds 2013.¹⁴ Vervolgens bespreken we het aanbod en gebruik van eMental Health onder verschillende populaties. Naast zorggebruikers, zijn dit praktijkondersteuners voor geestelijke gezondheidszorg (POH's-GGZ) en mensen met aanhoudende psychische aandoeningen.

De resultaten in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op vragenlijstonderzoek onder zorggebruikers uit het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL, huisartsen en medisch specialisten uit het KNMG-artsenpanel, POH's-GGZ via de landelijke vereniging POH-GGZ, en het Panel Psychisch Gezien van het Trimbos-instituut. Zie bijlage A voor meer informatie.

6.2 Online zelfmanagement

Deze paragraaf gaat in op het gebruik van specifieke toepassingen voor zelfmanagementondersteuning. Dit zijn het zoeken van informatie over gezondheid en zorg via internet, het zelf meten van leefstijlaspecten en gezondheidswaarden, het gebruiken van een PGD, online contact met andere patiënten en serious gaming. We sluiten de paragraaf af met informatie over de mate waarin artsen zelfmanagementtoepassingen aanraden aan hun patiënten.

6.2.1 Zoeken van informatie op het internet over gezondheid en zorg

De mate waarin zorggebruikers informatie op internet opzoeken over gezondheid en zorg is over de jaren heen stabiel (zie figuur 6-1 en tabel 6-1 in de tabellenbijlage¹⁵). Zorggebruikers zoeken vooral

14 We spreken alleen over een toename of afname indien dit een statistische significante toe- of afname betreft ($p \leq 0,05$).

15 Tenzij anders aangegeven, verwijzen we voor tabellen naar de losse tabellenbijlage bij dit rapport.

informatie over een ziekte of een behandeling. Dit percentage schommelt door de jaren heen tussen 65% en 68%. Circa de helft zoekt informatie over voeding en bewegen. Ruim een derde zoekt informatie over de vraag of hij met een bepaald probleem naar de huisarts zou moeten gaan.

Van de zorggebruikers geeft 16% aan dat hij gevonden informatie heeft voorgelegd aan de zorgverlener. Binnen de groep die informatie zocht op het internet én het afgelopen jaar een huisarts of medisch specialist bezocht, bedraagt dit percentage 27% (n=215).

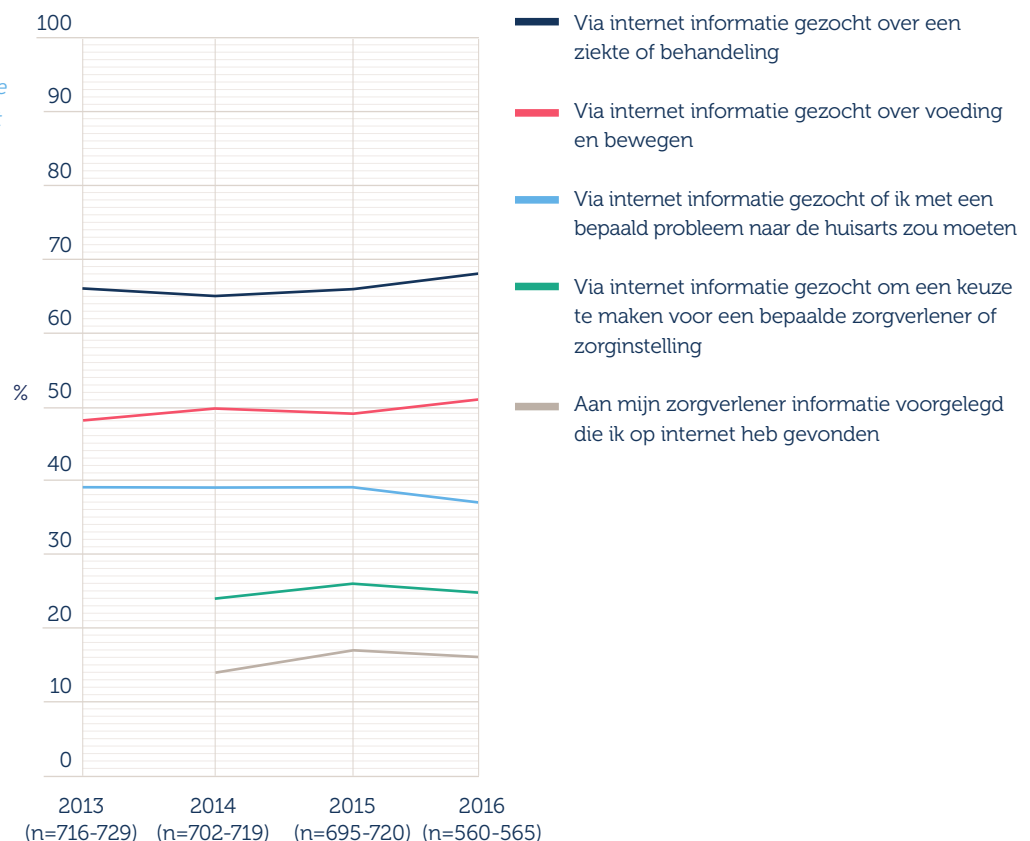
Een kwart van de zorggebruikers heeft informatie gezocht om een keuze te maken voor een bepaalde zorgverlener of zorginstelling. Eveneens een kwart zou dit graag willen doen, maar heeft het niet gedaan (zie figuur 6-1 en tabel 6-2).

6.2.2 Zelf meten en gegevens bijhouden

Steeds meer zorggebruikers houden gegevens bij over hun leefstijl bij (zie figuur 6-2 en tabel 6-3).

Het bijhouden van gegevens over lichamelijke activiteit, bijvoorbeeld via een stappenteller, is gestegen van 12% in 2014 tot 22% in 2016.

*Figuur 6-1
Zorggebruikers - Percentage zorggebruikers dat aangeeft afgelopen jaar ten minste een keer via internet informatie te hebben gezocht over gezondheid en zorg; van 2013 tot 2016.*



Gezondheidswaarden, zoals gewicht en bloeddruk, worden niet vaker gemeten en bijgehouden dan in voorgaande jaren (13%). Ook worden applicaties die gezondheidswaarden meten en versturen naar de zorgverlener niet door een hoger percentage zorggebruikers gebruikt (4%; beide niet in figuur 6-2).

Het bijhouden van gegevens over zorg, zoals doktersbezoeken en/ of behandelingen via internet of met een app, is tussen 2014 en 2015 wel gestegen, maar daarna niet meer.

Voor de opvallendste trends in het bijhouden van informatie over gezondheid en zorg is onderzocht of deze toe te schrijven zijn aan bepaalde groepen zorggebruikers. Hierbij is gekeken naar leeftijd, de aanwezigheid van een chronische aandoening, en het opleidingsniveau. Dit laat een wisselend beeld zien. Als we kijken naar het bijhouden van gegevens over de *gezondheid* (zie figuur 6-3 en tabel

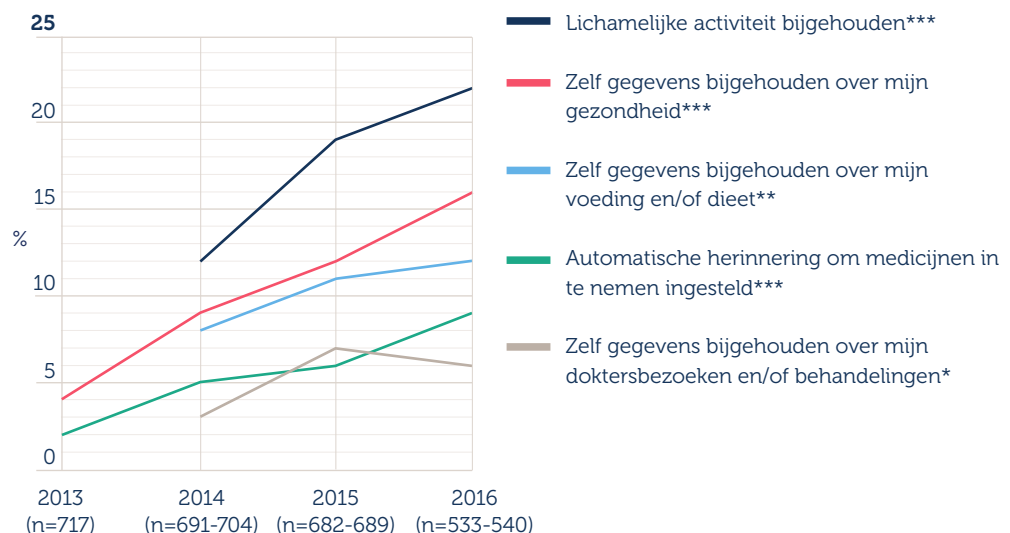
6-4) zien we het hoogste gebruik én een sterke stijging bij zorggebruikers tot 50 jaar of met een hoger opleidingsniveau.

Het bijhouden van gegevens over *lichamelijke activiteit* wordt door alle subpopulaties, met uitzondering van zorggebruikers met een laag opleidingsniveau, steeds vaker gedaan (zie tabel 6-5). Ook hier is het hoogste gebruik te zien bij zorggebruikers tot 50 jaar of met een hoger opleidingsniveau. De sterkste stijgingen in gebruik zien we bij zorggebruikers van 65 jaar en ouder, met een middelbare opleiding of een chronische aandoening. Wat betreft die laatste groep steeg het gebruik van een toepassing voor het bijhouden van lichamelijke activiteit van 7% in 2014 tot 19% in 2016.

Als mensen geen gebruikmaken van toepassingen voor het bijhouden van gezondheid en zorg is gevraagd of ze dat wel zouden willen (zie tabel

Figuur 6-2
Zorggebruikers -
Percentage zorggebruikers dat aangeeft afgelopen jaar ten minste een keer informatie te hebben bijgehouden over gezondheid en zorg, via een website of met een telefoon, tablet of ander apparaat; van 2013 tot 2016.

* $p \leq 0,05$
** $p \leq 0,01$
*** $p \leq 0,001$

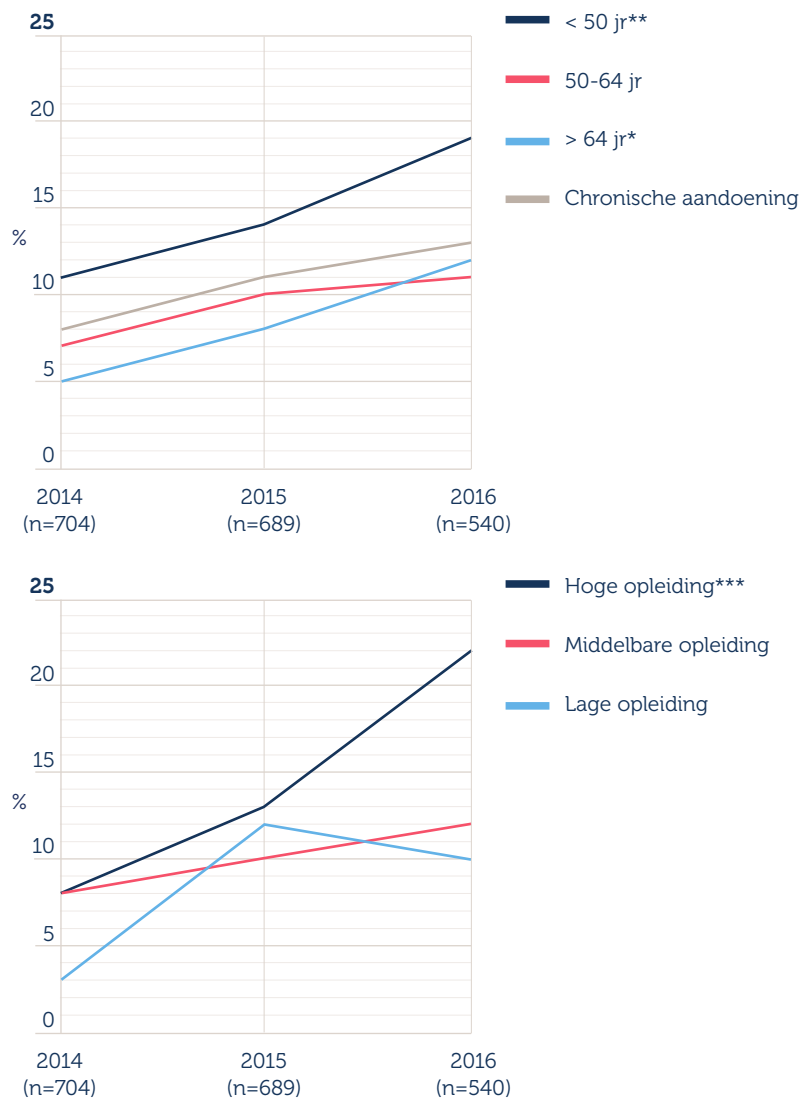


6-6). De grootste behoefte ligt bij automatische herinneringen om medicijnen in te nemen. Bijna een derde van de zorggebruikers wil een dergelijke toepassing wel op zijn telefoon. Op de tweede plaats komen toepassingen waarmee gegevens over doktersbezoek of behandelingen kunnen

worden bijgehouden, gezondheidswaarden kunnen worden gemeten en bijgehouden of kunnen worden verstuurd naar de zorgverlener. Bij ieder van deze toepassingen zegt circa een vijfde van de zorggebruikers dat ze deze wel willen hebben.

Figuur 6-3
Zorggebruikers -
Percentage zorggebruikers dat aangeeft het afgelopen jaar ten minste een keer informatie te hebben bijgehouden over gezondheid, via een website of met een telefoon, tablet of ander apparaat, naar leeftijd, chronische aandoening (boven) en opleidingsniveau (onder); van 2014 tot 2016.

* $p \leq 0,05$
** $p \leq 0,01$
*** $p \leq 0,001$



6.2.3 Gebruik van een persoonlijk gezondheidsdossier (PGD)

In deze paragraaf gaan we nader in op het regulier bijhouden van gegevens over de gezondheid in het algemeen (hetzij op papier of op de computer) en het gebruiken van een PGD in het bijzonder. Een PGD is een hulpmiddel om alle voor de zorggebruiker relevante informatie over zijn gezondheid overzichtelijk te verzamelen en bij te houden via het internet of via een app. Het gebruik hiervan wordt besproken vanuit het perspectief van de zorggebruikers.

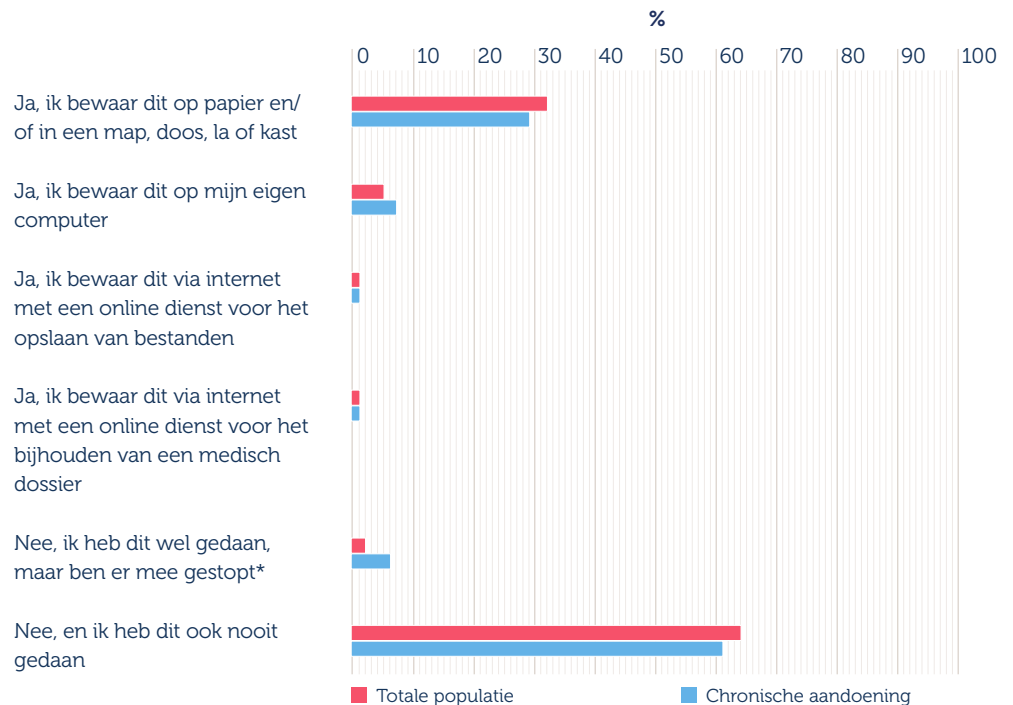
Ruim een derde van de zorggebruikers heeft een plek waar ze relevante informatie over hun gezondheid overzichtelijk bij elkaar bewaren (figuur 6-4 en tabel 6-7). Hierbij kan gedacht

worden aan gezondheidsinformatie (eventueel opgevraagd bij de zorgverlener), uitslagen van (laboratorium)onderzoeken en brieven van artsen. In vrijwel alle gevallen worden gegevens op papier bijgehouden. Zorggebruikers met een chronische aandoening doen dit niet vaker dan andere zorggebruikers. Wel is het percentage zorggebruikers dat stopt met het bijhouden van informatie over gezondheid onder zorggebruikers met een chronische aandoening hoger dan onder zorggebruikers die dat niet hebben.

Een van de mogelijkheden om alle relevante gegevens over de gezondheid en zorg bij elkaar te verzamelen en bij te houden is door gebruik te maken van een PGD, in een online omgeving. Dit wordt vooralsnog door vrijwel niemand gedaan,

*Figuur 6-4
Zorggebruikers - Percentage zorggebruikers (n=537) en chronisch zieken (n=87) dat aangeeft ergens zelf alle voor hen relevante informatie over gezondheid overzichtelijk op een plek te bewaren; in 2016.*

* $p \leq 0,05$
** $p \leq 0,01$
*** $p \leq 0,001$



ook niet binnen de groep zorggebruikers met een chronische aandoening (zie tabel 6-8 en 6-10). Aan de zorggebruikers die geen PGD gebruiken en dit ook nooit gebruikt hebben is gevraagd waarom ze dat niet gedaan hebben (zie tabel 6-9). Ruim een kwart van hen antwoordt daarop dat zij zich er nooit in verdiept hebben; iets minder dan een kwart heeft er nog nooit van gehoord en bij 17% is het niet relevant omdat ze weinig bij zorgverleners komen. De kleine groep die het wel geprobeerd heeft (n=11), vindt het in algemene zin nuttig, handig en prettig (zie tabel 6-11). Wel kost het een aantal mensen veel tijd.

6.2.4 Online contact met andere patiënten

Internet biedt ook mogelijkheden om in contact te komen met ander patiënten. Dit kan een manier zijn om ervaringen te delen en adviezen te krijgen van mensen in dezelfde situatie. We hebben zorggebruikers gevraagd of zij online deelnemen aan een discussiegroep over gezondheidsproblemen (zie tabel 6-3 en 6-6). Dit is in 2016 door 4% van de zorggebruikers gedaan en dit percentage is vergelijkbaar

met dat van vorig jaar. Voor mensen met een chronische aandoening gelden dezelfde resultaten.

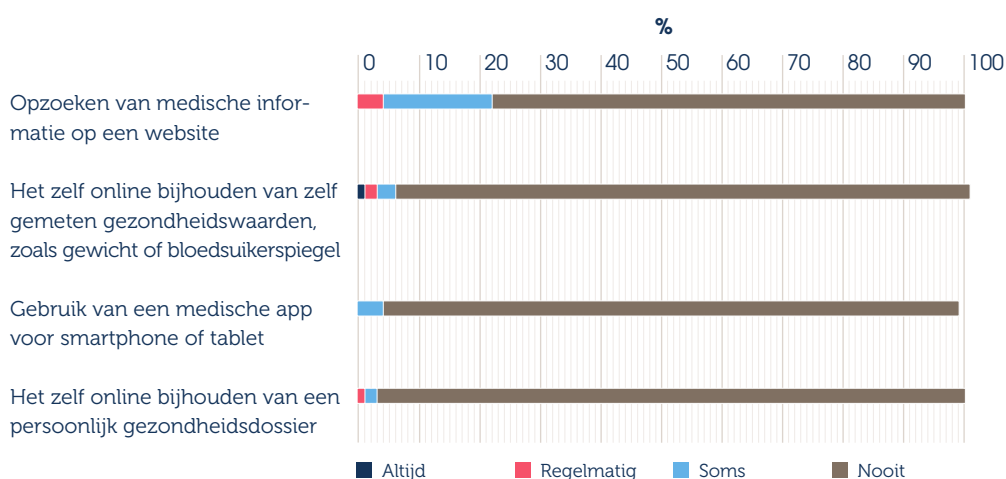
6.2.5 Serious gaming

Computerspellen kunnen worden ingezet voor gezondheidsdoeleinden, bijvoorbeeld om mensen gezond(er) gedrag aan te leren of te leren omgaan met de gevolgen van een ziekte. Het spelen van dit soort computerspellen wordt in 2016 door 1% van de zorggebruikers gedaan (zie tabel 6-3 en 6-6). De helft van de zorggebruikers zegt een dergelijk computerspel niet te willen gebruiken. Voor mensen met een chronische aandoening gelden dezelfde resultaten.

6.2.6 Aanraden van zelfmanagementtoepassingen door artsen

Zorgverleners kunnen een belangrijke rol spelen in het stimuleren van zelfmanagement door patiënten. Dit kan bijvoorbeeld door te wijzen op de beschikbare digitale hulpmiddelen. Zorggebruikers hebben we gevraagd in welke mate zorgverleners hen het afgelopen jaar hebben aangeraden om bepaalde

*Figuur 6-5
Zorggebruikers - Percentage zorggebruikers dat aangeeft hoe vaak een zorgverlener heeft aangeraden gebruik te maken van zelfmanagementtoepassingen; in 2016 (n=527-530).*



zelfmanagementtoepassingen te gebruiken. Ook aan huisartsen en medisch specialisten is gevraagd hoe vaak zij dat doen. In deze paragraaf zullen we eerst ingaan op de resultaten van de zorggebruikers en vervolgens op die van de zorgverleners.

6.2.6.1 Zorggebruikers

Het grootste deel van de zorggebruikers geeft aan dat zorgverleners hen nooit hebben aangeraden om medische apps te gebruiken, online zelfgemeten gezondheidswaarden bij te houden, zelf online een PGD bij te houden, of op internet medische informatie op te zoeken (zie figuur 6-5 en tabel 6-12). Als er al iets wordt aangeraden, dan is dat het opzoeken van medische informatie op internet: ongeveer een vijfde (18%) van de zorggebruikers geeft aan dat een zorgverlener dit soms aanraadt en nog eens 4% zegt dat dit regelmatig wordt aangeraden.

6.2.6.2 Zorgverleners

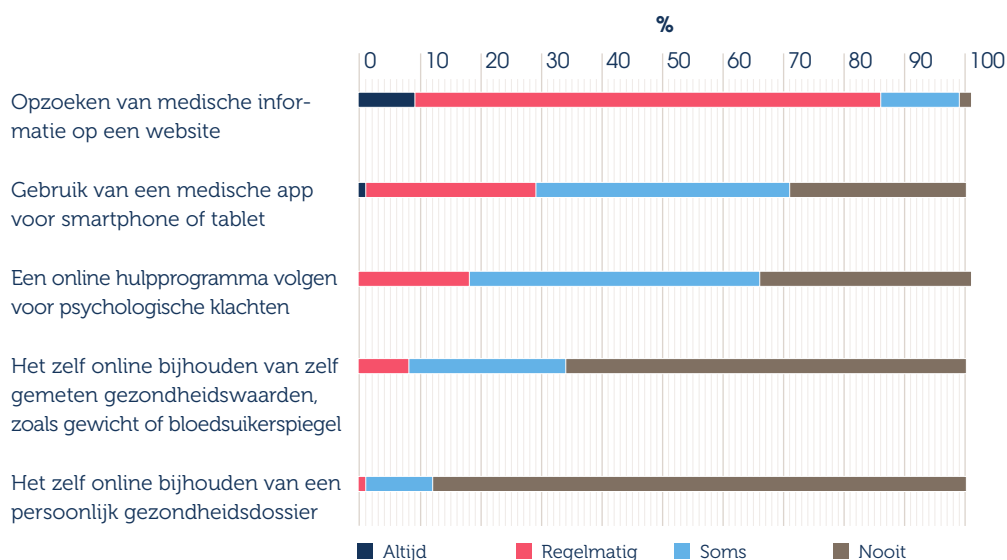
Aan huisartsen en medisch specialisten zijn

dezelfde toepassingen voorgelegd met de vraag hoe vaak zij patiënten in het afgelopen jaar hebben aangeraden hiervan zelf gebruik te maken. Het is opvallend dat dit een ander beeld oplevert dan onder zorggebruikers.

Figuur 6-6 geeft de resultaten voor huisartsen (zie tabel 6-13). Meer dan vier vijfde van de huisartsen geeft aan het opzoeken van medische informatie op een website regelmatig of zelfs altijd aan te raden aan patiënten. Ook het gebruik van medische apps en het volgen van online hulpprogramma's voor psychologische klachten zegt een meerderheid van de huisartsen ten minste soms aan te raden.

Medisch specialisten zeggen minder vaak dergelijke zaken aan te raden dan huisartsen (zie tabel 6-14). Maar het opzoeken van medische informatie op een website raadt een zeer ruime meerderheid (87%) van hen op zijn minst soms aan.

*Figuur 6-6
Huisartsen - Percentage huisartsen dat aangeeft hoe vaak zij patiënten het afgelopen jaar hebben aangeraden om gebruik te maken van de volgende zelfmanagementtoepassingen; in 2016 (n=316).*



6.3 eMental Health

Een groep van eHealth-toepassingen gericht op het terrein van de GGZ valt onder de noemer eMental Health. Het gaat dan om online toepassingen om psychische klachten te behandelen. Voorbeelden zijn: websites met psycho-educatie, online (zelfhulp) programma's voor psychische klachten (al dan niet vrij toegankelijk), online monitoring (gegevens invullen over het psychisch welzijn). We deden onderzoek naar vormen van eMental Health onder zorggebruikers, mensen met aanhoudende psychische aandoeningen en POH's-GGZ.

Onder zorggebruikers hebben we onderzoek gedaan naar het gebruik van enkele vormen van eMental Health die vrij toegankelijk zijn. Daarnaast hebben we onderzoek gedaan naar het volgen van online behandelingen door zorggebruikers die een GGZ-hulpverlener bezochten.

Met medewerking van het Trimbos-instituut hebben we het gebruik van eMental Health-toepassingen kunnen meten onder mensen met aanhoudende psychische aandoeningen die lid zijn van het Panel Psychisch Gezien.

Tot slot keken we in samenwerking met de vereniging POH-GGZ naar de inzet van eMental Health door POH's-GGZ in het contact met patiënten.

6.3.1 Zorggebruikers

Bij zorggebruikers keken we naar het gebruik van bepaalde vormen van online behandeling en naar online zelftesten. Online behandeling biedt hun de mogelijkheid om begeleid of onbegeleid te werken aan oplossingen voor specifieke problematiek. Met

online zelftesten kunnen zorggebruikers vaststellen of zij mogelijk psychische problemen hebben, waarbij het verstandig is om hulp te zoeken. Psychologische zelftesten via het internet werden in 2016 gedaan door 10% van de zorggebruikers. Dit gebruik steeg tussen 2013 en 2015, maar zwakte in 2016 weer licht af (zie tabel 6-15 en 6-16).

Het (anoniem) volgen van een behandeling voor psychologische problemen via een website werd in 2016 door 1% van de zorggebruikers gedaan (zie tabel 6-15 en 6-16); dit percentage is vergelijkbaar met voorgaande jaren. Dit jaar hebben we voor het eerst gevraagd of zorggebruikers gebruikmaken van een website of app om stress, slecht slapen of piekeren tegen te gaan (zie tabel 6-16). Dit heeft 8% het afgelopen jaar ten minste een keer gedaan. Een op de vijf heeft een dergelijke toepassing niet gebruikt, maar zou hier wel gebruik van willen maken. Ook hebben we dit jaar voor het eerst gevraagd naar het gebruik van een website of app voor een (anonieme) behandeling tegen drugsgebruik, alcoholgebruik of gokken. Dit deed 1% van de zorggebruikers in 2016 (zie tabel 6-16).

6.3.2 Zorggebruikers die een GGZ-hulpverlener bezochten

In 2016 had 11% (n=56) van de zorggebruikers contact met een hulpverlener voor de GGZ, zoals een POH-GGZ, een psycholoog, een psychotherapeut of een psychiater (zie tabel 4-22). Van deze mensen zegt 13% (n=7) dat het bij zijn zorgverlener mogelijk is om een behandeling te volgen waarbij de zorggebruiker en de zorgverlener elkaar in levenden lijve ontmoeten, gecombineerd met een online behandeling (zie tabel 6-17 en 6-18). Dit is

vergelijkbaar met vorig jaar. Van de zorggebruikers bij de GGZ zegt 6% (n=3) dat het mogelijk is om uitsluitend een online behandeling te volgen. Van de zorggebruikers die het afgelopen jaar contact hadden met een GGZ-hulpverlener, heeft 9% (n=5) het afgelopen jaar een online behandeling gecombineerd met een behandeling in leven- den lijve gevolgd (zie tabel 6-19). Twee derde van de zorggebruikers (n=36) bij een GGZ-hulpverlener volgde uitsluitend een face-to-face behandeling. Uitsluitend een online behandeling volgen kwam niet voor en bijna drie kwart van de zorggebruikers in de GGZ geeft aan dit niet te willen (n=38); nog eens een kwart geeft aan niet te weten of hij dat wil (n=13) (zie tabel 6-20).

6.3.3 Mensen met aanhoudende psychische aandoeningen

We hebben de leden van het Panel Psychisch Gezien in 2014 en 2016 gevraagd naar het gebruik van een zestal eMental Health-toepassin-

gen.¹⁶ Zie tabel 6-21 voor een uitgebreide beschrijving van de verschillende toepassingen. Figuur 6-7 laat zien hoeveel mensen uit het panel in 2014 en 2016 hiervan gebruikmaakten (zie ook tabel 6-22). Het gebruik van online psycho-educatie is in deze groep gedaald, terwijl het gebruik van hulpmidde- len voor het beheer en gebruik van medicatie licht is gestegen. Bij andere toepassingen waren er tussen 2014 en 2016 geen verschillen.

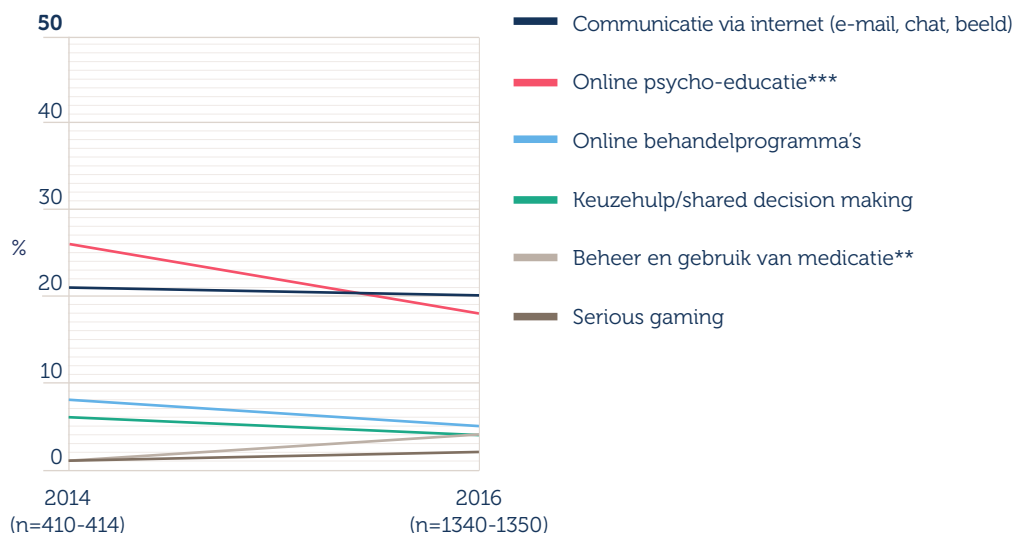
Het gebruik van communicatie via internet en het gebruik van online psycho-educatie kwamen in deze groep mensen het meest voor (respectievelijk 20% en 18%). De inzet van online behandelpro- gramma's speelde een beperkte rol (5%). Dit geldt ook voor het gebruik van toepassingen zoals een keuzehulp en serious gaming, en toepassingen voor het beheer en gebruik van medicatie.

6.3.4 eMental Health bij de POH-GGZ

Van de POH's-GGZ heeft 92% in het afgelopen jaar

Figuur 6-7
Panel Psychisch Gezien -
Percentage panelleden
dat aangeeft gebruik te
hebben gemaakt van
eHealth-toepassingen;
in 2014 en 2016.

* $p \leq 0,05$
** $p \leq 0,01$
*** $p \leq 0,001$



16 In hoofdstuk 4 'Gemak en service' gaan we uitgebreider in op het aanbod en gebruik van online contactmogelijkheden en in hoofdstuk 7 Begeleiding en ondersteuning op afstand komt medicatie-ondersteuning aan bod.

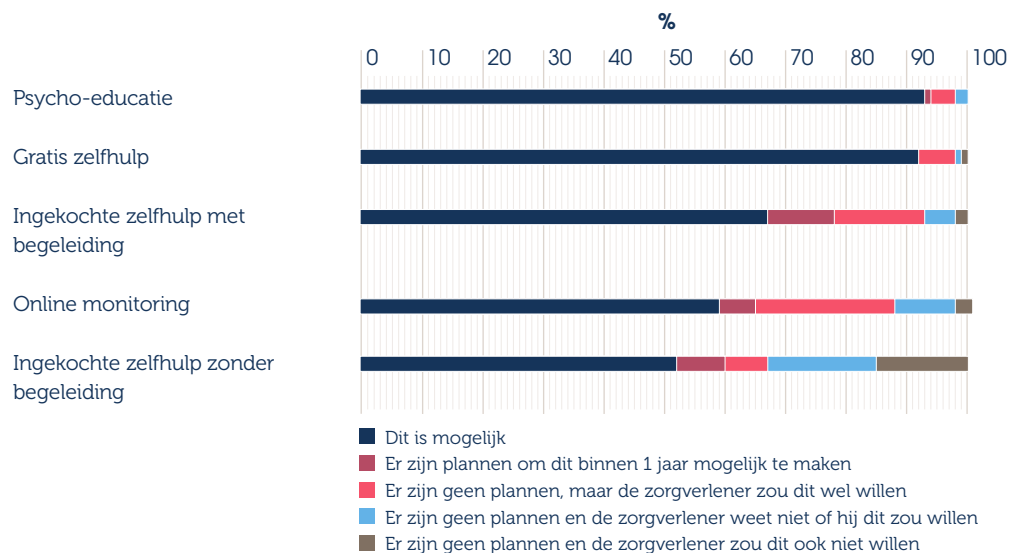
ten minste een vorm van eMental Health ingezet bij hun patiënten (zie tabel 6-23).

Figuur 6-8 geeft aan in welke mate deze POH's verschillende specifieke toepassingen kunnen inzetten in hun praktijk. Vooral psycho-educatie en vrij toegankelijke online zelfhulpprogramma's kunnen door de meeste POH's-GGZ worden

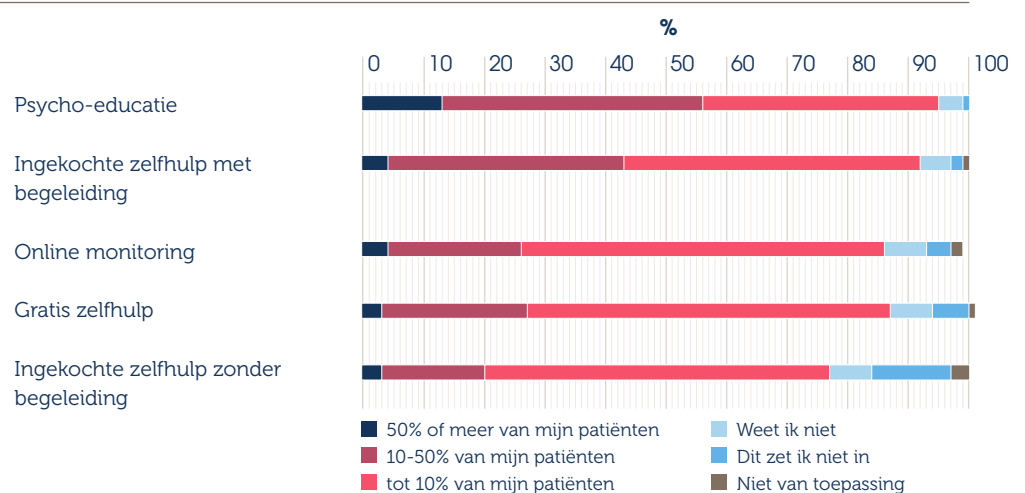
gebruikt, maar ook de andere vormen van eMental Health zijn beschikbaar voor ten minste de helft van de POH's-GGZ die eMental Health hebben ingezet (zie ook tabel 6-24).

Uit figuur 6-9 blijkt dat 20% tot 56% van de POH's-GGZ die ten minste een vorm van eMental Health heeft ingezet (afhankelijk van de toepassing) de

*Figuur 6-8
POH's-GGZ - Percentage van POH's-GGZ die ten minste een vorm van eMental Health hebben ingezet, dat aangeeft of zij de volgende vormen van eMental Health in kunnen zetten voor patiënten in de praktijk waar zij het meeste werken; in 2016 (n=115).*



*Figuur 6-9
POH's-GGZ - Percentage van POH's-GGZ dat de volgende eMental Health-toepassingen heeft ingezet bij het aangegeven gedeelte van hun patiënten; in 2016 (n=60-107).*



toepassingen inzet bij ten minste 10% tot meer dan 50% van de patiënten. Verder zet nog eens 39% tot 60% van de POH's-GGZ deze toepassingen in bij tot 10% van de patiënten (zie ook tabel 6-25).

Gezien dit aanbod is het verrassend dat van de mensen die het afgelopen jaar een GGZ-hulpverlener bezochten, een relatief laag percentage bekend is met de mogelijkheid tot online behandelingen.

Tabel 6-26 toont bij welke patiëntgroepen de eMental Health-toepassingen wordt ingezet. Het meest gebeurt dit bij angstklachten, piekeren, stemmingsklachten, stressklachten, slaapproblemen en paniekgevoelens.

Tabel 6-27 toont dat bij 63% van de POH-GGZ door de praktijk/instelling een definitieve keuze is gemaakt uit de aanbieders van eMental Health. Tabel 6-28 toont welke aanbieders gekozen zijn. Minddistrict, Ksyos, Mentalshare Direct en Therapieland worden met name genoemd.

6.4 Conclusie en discussie

Veel zorggebruikers zoeken informatie op over ziekte of een behandeling. Maar het gebruik van de meeste andere voorbeelden van eHealth-toepassingen die zelfmanagement kunnen ondersteunen, is nog geen gemeengoed. Toch zijn er wel steeds meer mensen die zelf online informatie bijhouden over aan leefstijl gerelateerde zaken. Zo heeft 22% van de zorggebruikers zijn of haar lichamelijke activiteit bijgehouden in 2016. In 2014 bedroeg dat percentage nog 12%.

Veel minder mensen houden informatie bij over zorg, zoals doktersbezoeken of behandelingen, en

vergeleken met de afgelopen jaren zien we daar ook geen toename in. Dit is een opvallende uitkomst omdat er voor meerdere gezondheidsproblemen indicaties zijn dat het zelf meten en bijhouden van gegevens over de gezondheid bijdraagt aan vermindering van klachten (bijvoorbeeld. Bray, 2010; Dixon, 2016; Sheppard, 2016).

Het is van belang dat zorgverleners patiënten wijzen op de mogelijkheden en hen ondersteunen bij het gebruik van online zelfmanagementtoepassingen (Knapp, 2016). In ons onderzoek geven patiënten aan dat artsen hen niet vaak aanraden om dit soort toepassingen te gebruiken. Dit is in tegenspraak met wat artsen zelf zeggen. Zij geven namelijk wel aan dat zij patiënten soms of regelmatig aanraden gebruik te maken van dergelijke toepassingen.

Er is een aantal verklaringen voor deze discrepantie. Mogelijk is er sprake van passieve informatie-overdracht, waarbij artsen bijvoorbeeld via een website patiënten adviseren zelfmanagement toepassingen te gebruiken. Ook kan het zijn dat een arts wel een dergelijk advies geeft, maar dat de patiënt dit niet zo interpreteert en dat dergelijke adviezen daardoor niet beklijven. Om meer inzicht te krijgen in de mate waarin artsen deze toepassingen aanraden, is nader onderzoek nodig.

Relevante informatie over gezondheid wordt door ruim een derde van de zorggebruikers overzichtelijk bij elkaar bewaard. In vrijwel alle gevallen houden ze de gegevens op papier bij. Onder mensen met een chronische aandoening is het percentage dat gegevens bijhoudt niet hoger dan onder zorggebruikers zonder chronische aandoening.

Een mogelijkheid om gegevens over de gezondheid en zorg te verzamelen en bij te houden is het gebruik van een PGD, in een online omgeving. Dit wordt vooralsnog door vrijwel niemand gedaan, ook niet binnen de populatie met een chronische aandoening. Dit resultaat is vergelijkbaar met wat we vonden in het Doelstellingenrapport Krijgsman et al., 2016). Een klein aantal (n=11) zorggebruikers heeft wel geprobeerd om het te gebruiken. Zij vinden het in algemene zin nuttig, handig en prettig, maar het kost enkelen ook veel tijd. Uit ons onderzoek blijkt daarnaast dat het gebruik van een PGD niet of nauwelijks wordt aangeraden.

Ook uit het project 'PGD kader 2020' blijkt dat onbekendheid met PGD's een probleem is (Patiëntenfederatie Nederland, 2015). De Patiëntenfederatie Nederland stelt verder dat onbekend onbemand maakt en merkt op dat om voldoende schaal-grootte te bereiken er geïnvesteerd moet worden in het bekend maken van de mogelijkheden van het PGD (Patiëntenfederatie Nederland, 2016).

Hoewel bijna alle POH's-GGZ een of meer vormen van eMental Health inzetten, zien we dat zorggebruikers die een GGZ-hulpverlener bezoeken, nog maar beperkt bekend zijn met en gebruikmaken van eMental Health-toepassingen. Dit geldt ook voor mensen met een aanhoudende psychische aandoening. Deze bevinding komt overeen met ander onderzoek: van der Vaart et al. (2016) geeft aan dat eMental Health breed beschikbaar is onder zorgverleners, terwijl Lokman et al. (2016) rapporteert dat eMental Health maar op beperkte schaal wordt ingezet en dat daarmee waarschijnlijk weinig zorggebruikers bereikt worden.

Om een voorbeeld te geven: van de POH's-GGZ heeft 92% in het afgelopen jaar ten minste een vorm van eMental Health ingezet bij hun patiënten. Echter, de toepassingen worden meestal ingezet bij maximaal 10% van de patiënten van de POH-GGZ. Dit komt overeen met het gegeven dat 9% van de zorggebruikers zegt een gedeeltelijk online behandeling te volgen. Op basis van gegevens uit NIVEL Zorgregistraties eerste lijn weten we dat in 2014 29 op de 1000 ingeschreven patiënten de POH-GGZ bezochten (Magnée, 2016). Dat zijn ruim 475.000 patiënten (in 2014 waren er 16.429.462 ingeschreven patiënten; Vektis 2016). Als daarvan 9% een gedeeltelijk online behandeling volgt, gaat het naar schatting nog altijd om ten minste 40.000 patiënten. Een van de verklaringen voor het beperkte gebruik is dat de toepassingen niet bij alle patiënten even goed aansluiten (zie ook hoofdstuk 3).

Ondanks het beperkte gebruik zien we onder zorggebruikers wel degelijk interesse voor eMental Health. Een op de vijf zorggebruikers zou bijvoorbeeld gebruik willen maken van een website of app om stress, slecht slapen of piekeren tegen te gaan. Ook heeft een vijfde interesse in een combinatie van face-to-face behandelingen en online behandelingen. Echter, zoals in hoofdstuk 3 wordt besproken, het is noodzakelijk om op meerdere vlakken initiatieven te ontplooiën om het gebruik van eMental Health te bevorderen. Het is bijvoorbeeld aan te raden dat zorgverleners onder hun patiënten nagaan hoe de aangeboden online diensten worden ervaren en hoe deze ervaring verbeterd kan worden.

6.5 Referenties

- Bray, E.P., Holder, R., Mant, J., McManus, R.J. (2010). Does self-monitoring reduce blood pressure? Meta-analysis with meta-regression of randomized controlled trials. *Annals of medicine*, 42(5), 371-86.
- Dixon, L.C., Ward, D.J., Smith, J., Holmes, S., Mahadeva, R. (2016) *New and emerging technologies for the diagnosis and monitoring of chronic obstructive pulmonary disease A horizon scanning review*. Chronic Respiratory Disease. 1479972316636994.
- Knapp, S., Manroa, P., Doshi, K. (2016). Self-monitoring of blood-glucose: advice for providers and patients. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 83(5), 355-360.
- Lokman S., Van der Poel, A., Smeets, O., Martin Abello, K., Boon, B. (2016). *E-Mental health in de huisartsenpraktijk. Onderzoek naar gebruik en ervaringen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Magnée, T., de Beurs, D.P., Verhaak, P.F.M. (2015). *Consulten bij de huisarts en de POH-GGZ in verband met psychosociale problematiek. Een analyse van NIVEL Zorgregistraties gegevens van 2010-2014*. Utrecht: NIVEL.
- Meulmeester, M. (2013). *Visiedocument preventief (zelf)onderzoek. Kwaliteit vanuit het gebruikersperspectief*. Utrecht: Patiëntenfederatie Nederland.
- Minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2014). *Brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer betreffende e-health en zorgverbetering*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Patiëntenfederatie Nederland. (2016). *Doorpakken met PGD's (persoonlijke gezondheidsdossiers). Samenvatting programmaplan voor 2016*. Utrecht: Patiëntenfederatie Nederland.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2015). *Consumenten-eHealth. Advies*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Rijksoverheid. (2016). *E-health (digitale zorg). Wat is een persoonlijke gezondheidsomgeving?* Geraadpleegd op 24 juni 2016 op <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/e-health/vraag-en-antwoord/online-persoonlijke-gezondheidsomgeving>.
- Sheppard, J.P., Schwartz, C.L., Tucker, K.L., McManus, R.J. (2016) Modern management and diagnosis of hypertension in the United Kingdom: home care and self-care. *Annals of Global Health*, 82(2), 274-287.
- Van der Vaart, R., Atema, V., Evers, A.W.M. (2016). Guided online self-management interventions in primary care: a survey on use, facilitators, and barriers. *BMC Family Practice*, 17(27).
- Vektis. (2016). *Zorgprisma Publiek. Feiten en cijfers over de zorg en zorgverzekeringsmarkt. Volumemonitor*. Geraadpleegd op 9 augustus 2016 op <https://www.zorgprismapubliek.nl/producten/huisartsenzorg/ontwikkeling-huisartsenzorg/monitor/volumemonitor/>.

7 Begeleiding en ondersteuning op afstand

Manager in de care: *“Cliënten geven aan dat het hen ondersteunt en de eigen regie versterkt.”*



Verpleegkundige: *“De komende generatie heeft meer achtergrondinformatie over computers en systemen.*



Bij de oudere cliënten is vernieuwing soms erg moeilijk.”



Belangrijkste resultaten in dit hoofdstuk

- Er is weinig beweging te zien in het gebruik van eHealth-toepassingen onder verpleegkundigen.
- Er is wel een stijging zichtbaar in het gebruik van computers en tablets in het contact met de patiënt door verpleegkundigen in de care. Met name online informatie voor de zorg van patiënten zoeken verpleegkundigen vaak op. Daarnaast is sinds 2014 een stijging waarneembaar in het gebruik van mobiele apps voor zorg en gezondheid (van 19% in 2014 naar 40% in 2016) en in het gebruik van een computer of tablet om een patiënt informatie te laten zien (van 23% in 2014 naar 42% in 2016).
- De eHealth-toepassing die het vaakst wordt ingezet door verpleegkundigen, zijn in zowel de care als de cure de toezichthoudende technieken (respectievelijk 48% en 43%). Het percentage onder verpleegkundigen in de cure dat daarvan gebruikmaakt, is in vergelijking met 2014 toegenomen.
- Er is geen verdere toename van beeldbellen onder verpleegkundigen. Het gebruik van medicijn dispensers neemt toe onder verpleegkundigen in de care (van 11% in 2014 naar 23% in 2016). Het zijn voornamelijk verpleegkundigen in een thuiszorginstelling die hier gebruik van maken.
- Volgens een kleine groep managers en verpleegkundigen in de care worden zorgrobots op beperkte schaal ingezet in hun organisatie.
- Telemonitoring wordt als relevant ervaren, maar is nog niet overal verspreid of veel gebruikt. Van de huisartsen gebruikt ruim een op de tien telemonitoring. Bijna de helft van de medisch specialisten geeft aan dat telemonitoring voor hen relevant is maar nog niet mogelijk. Van hen maakt 9% hier al wel gebruik van.
- Artsen zetten meestal bij maximaal 10% van de patiënten voor wie dit zinvol is, telemonitoring in. Zij vinden het vooral relevant voor patiënten met diabetes. Wel zien we bij verpleegkundigen in de cure dat telemonitoring vrij breed wordt toegepast. In de care-sector is het gebruik ervan nog ongebruikelijk.

7.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat in op het gebruik van vormen van eHealth die vooral gericht zijn op begeleiding en ondersteuning van patiënten¹⁷ door zorgverleners op afstand. Deze vormen van eHealth zijn voorbeelden van informatie- en communicatie-technologie (ICT), zoals internet, om gezondheid en de zorg te ondersteunen en te verbeteren wat betreft begeleiding en ondersteuning op afstand. Bij de presentatie van de resultaten maken we onderscheid tussen verpleegkundigen werkzaam in de care en werkzaam in de cure. Er is namelijk

een verschil in de relevantie van de in dit hoofdstuk besproken eHealth-toepassingen voor de care en de cure. Tot de care rekenen we verpleegkundigen¹⁸ werkzaam in de thuiszorg en in verpleeg- en verzorgingshuizen. Tot de cure rekenen we verpleegkundigen werkzaam in huisartsenpraktijken, gezondheidscentra en ziekenhuizen.

We bespreken de resultaten per toepassing, zodat dit een overzicht biedt voor ondersteuning en begeleiding op afstand over het geheel in plaats van per doelgroep. Voordat we ingaan op speci-

17 In sommige sectoren van de zorg spreekt men niet van patiënten, maar van cliënten. Waar dit van toepassing is, kan in dit hoofdstuk in plaats van patiënt ook cliënt worden gelezen.

18 We hebben onderzoek gedaan onder verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners, maar noemen deze groep in verband met de leesbaarheid in dit hoofdstuk 'verpleegkundigen'.

fieke toepassingen, gaan we in op het gebruik van internet door verpleegkundigen in het directe patiëntencontact.

Vervolgens bespreken we toezichthoudende technieken. Denk hierbij aan allerlei elektronische voorzieningen waarmee zorgverleners een patiënt op afstand in de gaten kunnen houden, zoals bewegingsmelders, een elektronische bedmat, polsbandjes, een inactiviteitsmelder (er komt een melding als een patiënt zich langere tijd niet beweegt) of een valmelder, of een alarmknop die een persoon bij zich draagt, zodat in geval van nood een hulpverlener en/of een naaste kan worden gealarmeerd.

Daarna wordt ingegaan op beeldbellen¹⁹. Met beeldbellen (ook wel beeldschermzorg of videobellen genoemd) bedoelen we een vorm van zorgverlening op afstand waarbij de zorgverlener en zorggebruiker elkaar zien en spreken via een beeldscherm en camera.

Ook medicijndispensers en zorgrobots komen aan bod. Met medicijndispensers bedoelen we elektronische hulpmiddelen die zorgverleners en patiënten ondersteunen bij het verstrekken en gebruiken van medicijnen. Met zorgrobots bedoelen we robots die bepaalde huishoudelijke taken kunnen uitvoeren, zoals dranken bereiden en brengen, met patiënten een gesprek voeren of oefeningen voordoen. We rekenen ook knuffelrobots of telepresence robots tot deze groep. Telepresence robots zijn op afstand bestuurbare tablets op wielen die bijvoorbeeld kunnen worden ingezet als toezichthoudende techniek of voor beeldcontact.

Tot slot bespreken we een andere vorm van begeleiding op afstand, die vooralsnog een grotere rol speelt in het curatieve domein dan in de care: telemonitoring. Met telemonitoring bedoelen we het op afstand monitoren van een patiënt, waarbij deze in de thuissituatie de eigen gezondheidswaarden meet met een meter, sensor of ander apparaat (bijvoorbeeld bloeddruk, bloedsuikerwaarde). Soms vult de patiënt digitaal vragenlijsten in. Op basis van de resultaten van de metingen en de vragenlijsten kan de zorgverlener gewaarschuwd worden als de gezondheid van de patiënt achteruit lijkt te gaan. Bij telemonitoring houdt de zorgverlener dus op afstand de gezondheid van de patiënt in de gaten. Vaak gaat het hier om mensen met een chronische ziekte, zoals diabetes, COPD of hartfalen (Schers, 2012).

De resultaten uit dit hoofdstuk zijn grotendeels gebaseerd op een schriftelijke peiling van het Panel Verpleging & Verzorging van het NIVEL (zie bijlage A) en betreffen voornamelijk veranderingen sinds 2014.²⁰ Specifieke resultaten van 2016 worden toegelicht. We hebben dit jaar daarnaast data verkregen vanuit drie andere panels. Het WLZ-panel van Vilans geeft de visie van managers en bestuurders in de care over het gebruik van eHealth-toepassingen in hun organisatie. Aan de leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL zijn vragen gesteld over het gebruik van zorg en ondersteuning die aan hen op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) verleend wordt. Een peiling onder het KNMG-artsenpanel biedt informatie over het gebruik van telemonitoring door artsen (huisartsen en medisch specialisten). Zie bijlage A voor meer informatie.

19 De overheid heeft in juli 2014 drie eHealth-doelstellingen geformuleerd die men binnen vijf jaar wil realiseren (Minister en staatssecretaris van VWS, 2014; zie hoofdstuk 2). Doelstelling 2 en 3 gaan over toepassingen die gedeeltelijk in dit hoofdstuk aan de orde komen, namelijk telemonitoring en beeldschermzorg. De doelstellingenrapportage van de eHealth-monitor van juni 2016 belicht de vorderingen op dit gebied vanuit het perspectief van chronisch zieken, kwetsbare ouderen en mensen met zorg en ondersteuning thuis (Krijgsman et al., 2016). In deze reguliere meting van de eHealth-monitor gaan we in op de toepassingen vanuit het perspectief van de zorgverleners (verpleegkundigen en artsen).

20 We spreken alleen over een toename of afname indien dit een statistische significante toe- of afname betreft ($p \leq 0,05$).

7.2 Gebruik van internet in het directe patiëntencontact

Aan verpleegkundigen is gevraagd in hoeverre zij gebruikmaken van computers, tablets, internet en apps tijdens de zorg voor patiënten.

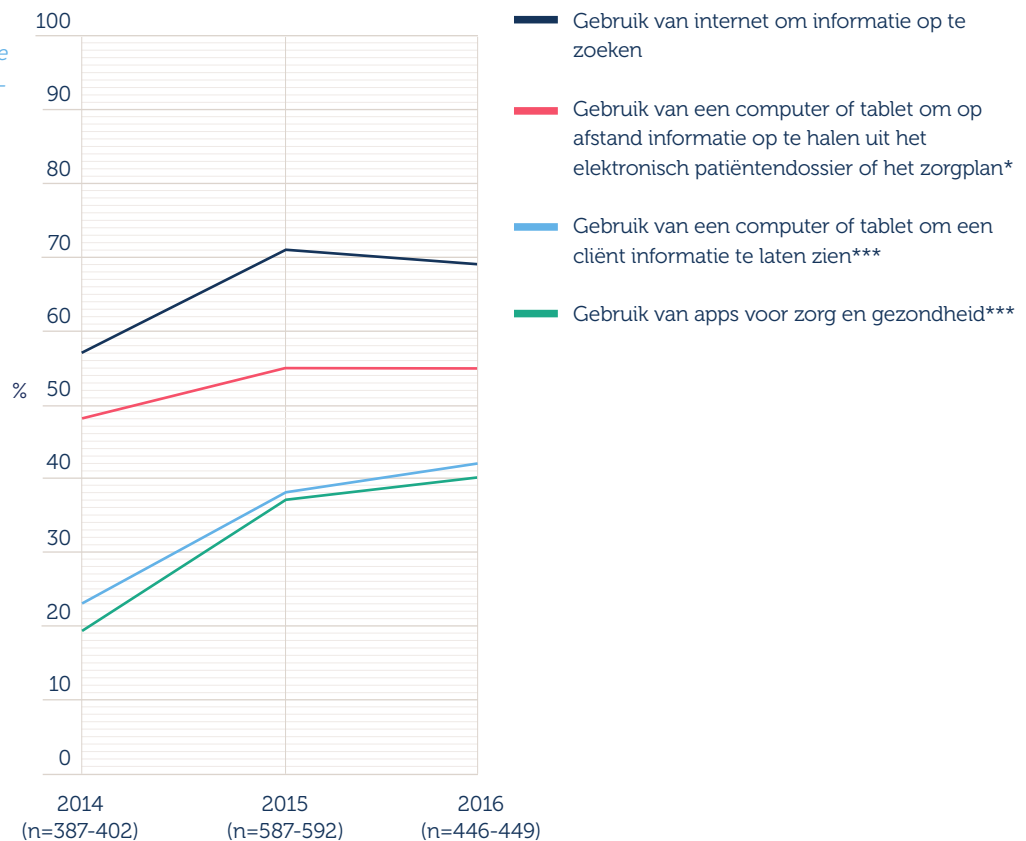
In de care (zie figuur 7-1 en tabel 7-3²¹) is onder verpleegkundigen een stijging te zien van het gebruik van mobiele apps voor zorg en gezondheid (van 19% in 2014 naar 40% in 2016), en in het gebruik van een computer of tablet om een patiënt informatie te laten zien (van 23% in 2014 naar 42%

in 2016). Ook het gebruik van een computer of tablet om op afstand informatie op te halen uit het elektronisch cliënten- of patiëntendossier neemt licht toe (van 48% in 2014 naar 55% in 2016).

Verpleegkundigen in de cure (zie figuur 7-2 en tabel 7-2) geven vaak aan dat zij regelmatig of vaak computers of tablets gebruiken om op afstand informatie uit het elektronisch cliënten- of patiëntendossier op te halen (68%), om via internet informatie op te zoeken (86%), of om aan patiënten informatie te laten zien (48%).

*Figuur 7-1
Verpleegkundigen in de care
- Percentage verpleegkundigen dat aangeeft diverse toepassingen regelmatig of vaak tijdens het werk in de directe patiëntenzorg te hebben gebruikt; van 2014 tot 2016.*

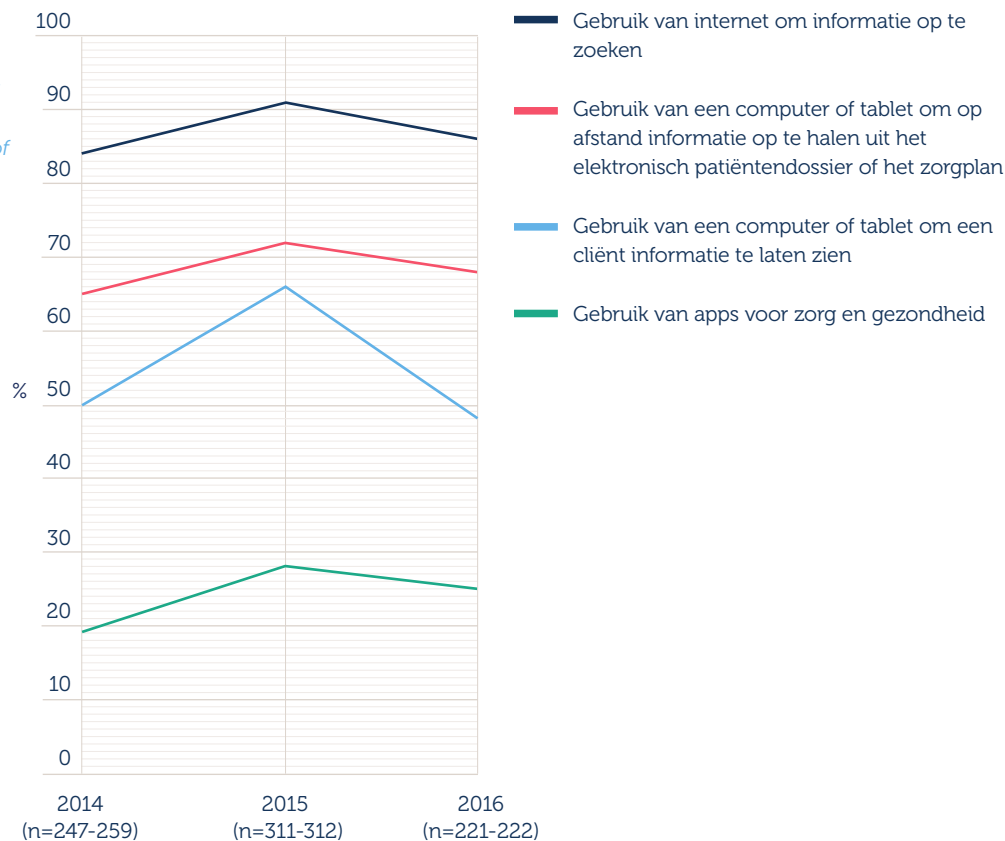
* $p \leq 0,05$
** $p \leq 0,01$
*** $p \leq 0,001$



21 Tenzij anders aangegeven, verwijzen we voor tabellen naar de losse tabellenbijlage bij dit rapport.

*Figuur 7-2
Verpleegkundigen in de
care - Percentage verpleeg-
kundigen dat aangeeft
diverse toepassingen vaak of
regelmatig tijdens het werk
in de directe patiëntenzorg
te hebben gebruikt; van
2014 tot 2016.*

* $p < 0,05$
** $p < 0,01$
*** $p < 0,001$



7.3 Toezichhoudende technieken

Aan verpleegkundigen en managers en bestuurders in de care is gevraagd of zij het afgelopen jaar hebben gewerkt met toezichhoudende technieken. Ook zorggebruikers is gevraagd of zij daarvan gebruik hebben gemaakt.

7.3.1 Verpleegkundigen

We zien dat het percentage verpleegkundigen werkzaam in de care dat aangeeft zelf toezichhoudende technieken in te zetten of aangeeft dat deze technieken in de instelling worden gebruikt, is toegenomen (van 32% in 2014 naar 43% in 2016)

(zie figuur 7-3 en tabel 7-6). In 2014 zette de helft (53%) van de verpleegkundigen in de care en een derde (32%) in de cure toezichhoudende technieken in. In 2016 liggen de percentages veel dicht bij elkaar: respectievelijk 48% en 43%. Onder zowel verpleegkundigen in de care als in de cure wordt deze toepassing het meest ingezet van alle hulpmiddelen die wij in de vragenlijst hebben opgenomen.

In de cure-sector is een duidelijke verdeling naar werksetting te zien in het gebruik van toezichhoudende technieken. Het zijn hoofdzakelijk verpleegkundigen in ziekenhuizen die aangeven dat dit

soort technieken door henzelf of door anderen in de instelling worden ingezet. Verpleegkundigen in een huisartsenpraktijk of gezondheidscentrum geven zelden aan met toezichthoudende technieken te werken. Dit contrast is vermoedelijk te verklaren doordat het gebruik van dit soort technieken meer relevant is in ziekenhuizen, omdat mensen daar ook 's nachts verblijven.

Volgens de helft (48%) van de verpleegkundigen in de care die zeggen dat in hun instelling wordt gewerkt met toezichthoudende technieken, worden deze ingezet bij maximaal 10% van de

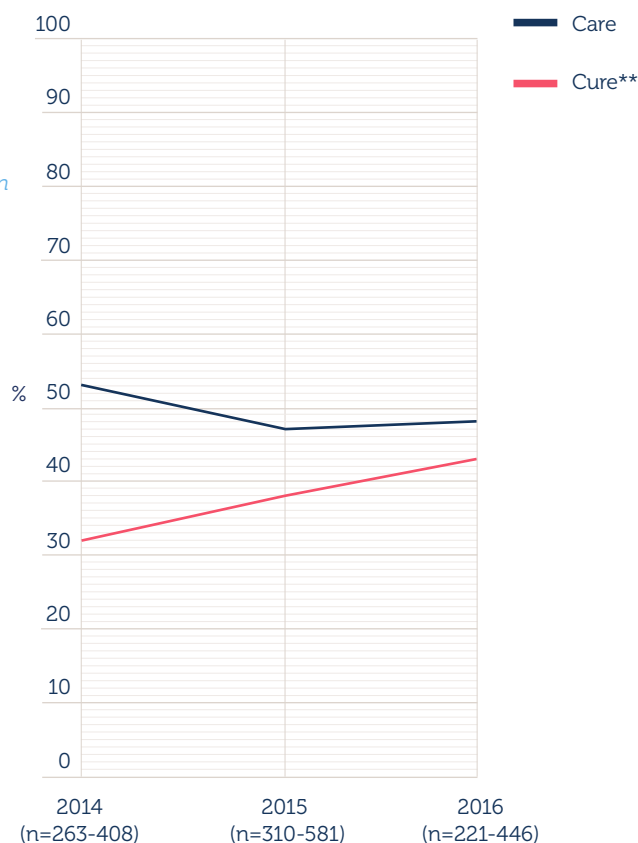
patiënten. Voor patiënten in de cure ligt het percentage verpleegkundigen dat voor maximaal 10% van de patiënten toezichthoudende technieken inzet, wat lager - namelijk op 38% (zie figuur 7-4 en tabel 7-7).

7.3.2 Managers en bestuurders in de care

Aan de 68 managers en bestuurders in de care die aan het onderzoek deelnamen is eveneens een aantal toepassingen voorgelegd. We hebben hun gevraagd naar de mate waarin er in hun instelling toezichthoudende technieken zijn ingevoerd. Als voorbeelden hebben we aangereikt: sensortechno-

*Figuur 7-3
Verpleegkundigen - Percentage verpleegkundigen dat aangeeft dat zij zelf of anderen in de instelling toezichthoudende technieken hebben ingezet, uitgesplitst naar care (n=408-581) en cure (n=221-310); van 2014 tot 2016.*

* $p \leq 0,05$
** $p \leq 0,01$
*** $p \leq 0,001$



logie, akoestische en videobewaking, (smartphones voor) alarmering, dwaaldetectie (GPS) en leefcirkels.

Van alle toepassingen die in dit hoofdstuk aan de orde komen, zijn volgens managers en bestuurders in de care de toezichhoudende technieken het meest geïmplementeerd in hun organisaties. Van hen geeft 19% (n=13) aan dat toezichhoudende technieken organisatiebreed geïmplementeerd zijn en nog eens 40% (n=27) meldt dat dit op beperkte schaal het geval is (samen 59%; zie tabel 7-18).

7.3.3 Zorggebruikers

Aan zorggebruikers die zelf zorg of ondersteuning krijgen op basis van de Wmo, of van wie de (schoon)ouders dit ontvangen (zie tabel 7-19), is voor een aantal toepassingen gevraagd of daar gebruik van wordt gemaakt (zie tabel 7-20). Een apparaat waarmee in geval van nood een alarm kan worden verzonden naar een zorgverlener wordt het vaakst gebruikt (respectievelijk 6 van de 28 mensen en 22 van de 37 mensen geven aan dit

te gebruiken). Op de tweede plaats komt een elektronisch deurslot of een elektronisch sleutelkastje (respectievelijk 2 van de 26 mensen en 9 van de 36 mensen).

7.4 Beeldbellen

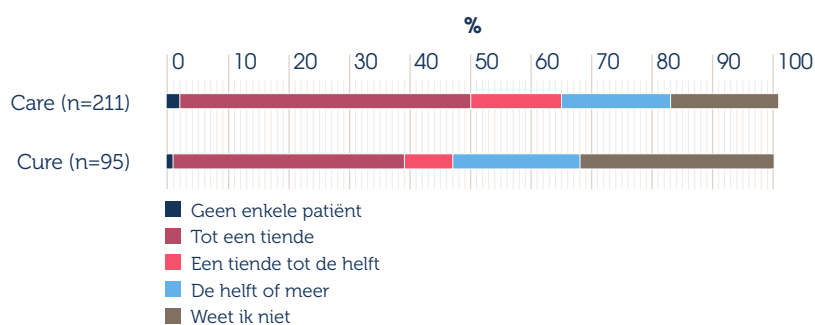
Dit jaar hebben we verpleegkundigen, managers en bestuurders in de care en zorggebruikers gevraagd naar het gebruik van beeldbellen. Denk bij beeldbellen aan Skype of Facetime, met behulp van een tablet, mobiel, computer of een televisie.

7.4.1 Verpleegkundigen

Dit jaar is er geen groei te zien in het percentage verpleegkundigen dat gebruikmaakt van beeldbellen (zie figuur 7-5 en tabel 7-9). De stijging die tussen 2014 en 2015 is gesignaleerd, heeft zich dus niet doorgezet.

Wanneer we onderscheid maken tussen de cure en care, zien we net als in voorgaande jaren dat er in de care meer gebruikgemaakt wordt van beeldbellen (20%; door de verpleegkundige zelf of in de

*Figuur 7-4
Verpleegkundigen – Percentage verpleegkundigen dat aangeeft voor hoeveel patiënten in het afgelopen jaar toezichhoudende technieken werden ingezet (naar schatting), onder verpleegkundigen bij wie toezichhoudende technieken worden ingezet, uitgesplitst naar care en cure; in 2016.*



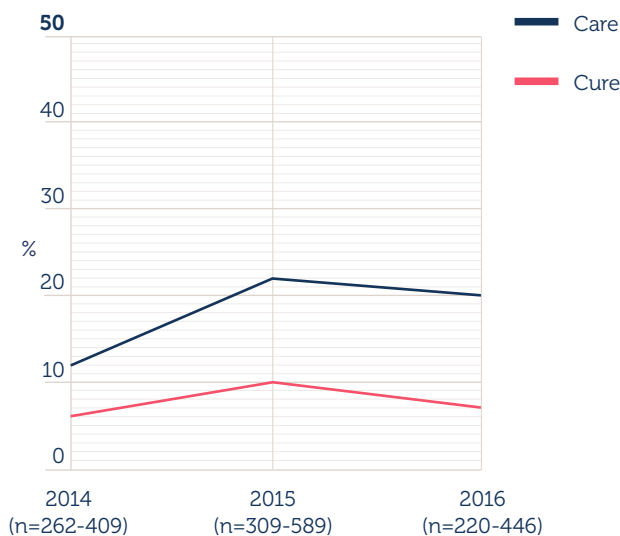
instelling waar hij werkt) dan in de cure (7%). Wanneer we rekening houden met de werksetting, zien we dat in de thuiszorg een derde (30%) van de verpleegkundigen aangeeft dat zichzelf of anderen in de instelling met beeldbellen werken. Verpleegkundigen in academische ziekenhuizen geven geen enkele keer aan gebruik te maken van beeldbellen.

De helft (54%) van de verpleegkundigen werkzaam in de care en bij wie in hun instelling wordt gewerkt met beeldbellen, geeft aan dat beeldbellen bij tot een tiende van de patiënten is gebruikt in het afgelopen jaar (zie figuur 7-6 en tabel 7-10).

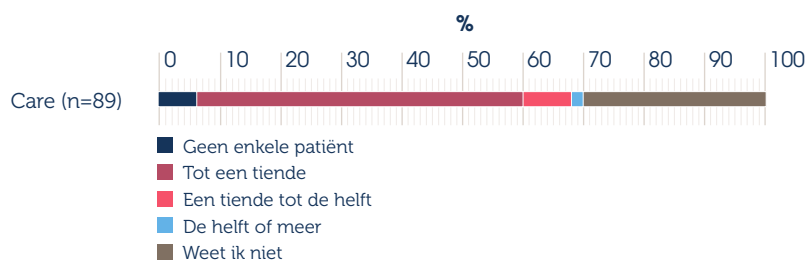
7.4.2 Managers en bestuurders in de care

Van de managers en bestuurders in de care geeft

*Figuur 7-5
Verpleegkundigen
- Percentage
verpleegkundigen dat
aangeeft dat zichzelf of
anderen in hun instelling
gebruikmaken van
beeldbellen, uitgesplitst
naar care (n=409-589) en
cure (n=220-309); van 2014
tot 2016.*



*Figuur 7-6
Verpleegkundigen in de care*
- Percentage verpleegkundi-
gen dat aangeeft hoeveel
patiënten het afgelopen jaar
gebruikmaakten van beeldbel-
len (naar schatting), onder
verpleegkundigen bij wie beeld-
bellen wordt in gezet; in 2016.*



* Aantallen in de cure zijn te laag voor uitsplitsing.

13% (n=9) aan dat beeldbellen met patiënt en/of mantelzorger in de hele zorgorganisatie wordt toegepast. Nog eens 27% (n=18) meldt dat dit op beperkte schaal het geval is (zie tabel 7-18). Hiermee lijkt beeldbellen in de organisaties van de deelnemende managers wat breder te zijn geïmplementeerd dan in de organisaties van de deelnemende verpleegkundigen. De thuiszorg, waar beeldbellen verhoudingsgewijs veel voorkomt, was even sterk vertegenwoordigd in de groep verpleegkundigen als in de groep managers. Dit levert dus geen verklaring voor het gevonden verschil.

7.4.3 Zorggebruikers

Van de zorggebruikers die in 2016 zelf zorg of ondersteuning ontvangen op basis van de WMO (n=29) of van wie de (schoon)ouders dat ontvangen (n=38), geven respectievelijk 1 en 5 mensen aan dat er direct contact mogelijk is via een beeldscherm met een zorgverlener (zie tabel 7-20). Respectievelijk 1 en 6 mensen melden dat dit

mogelijk is met hun mantelzorgers. Ter vergelijking: uit de rapportage over de eHealth-doelstellingen van juni 2016 (Krijgsman et al., 2016) is bekend dat onder de mensen die zorg en ondersteuning thuis ontvangen ongeveer 5% toegang heeft tot beeldschermzorg met een zorgverlener. De cijfers uit het Doelstellingenrapport komen overeen met de meting voor deze editie van de eHealth-monitor.

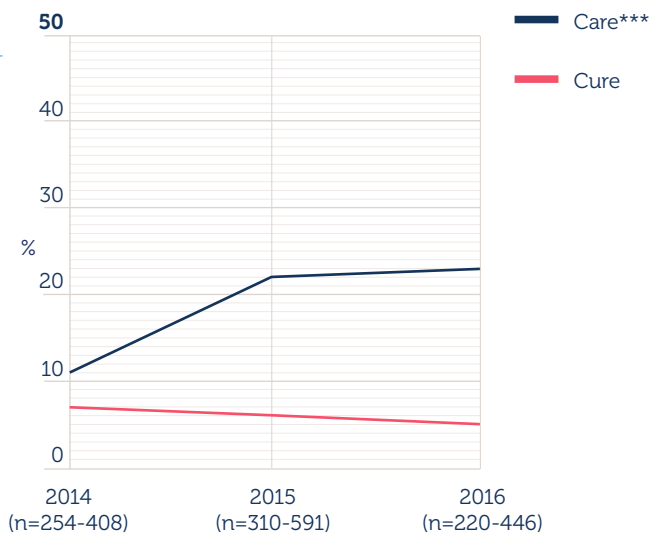
7.5 Medicijndispensers

Aan verpleegkundigen, managers en bestuurders in de care, en zorggebruikers is gevraagd naar het gebruik van medicijndispensers in de zorg. Een voorbeeld van een medicijndispenser is een elektronisch aangestuurd afleverapparaat voor medicatie, dat de patiënt eraan herinnert tijdig zijn medicijnen in te nemen.

7.5.1 Verpleegkundigen

In de care is een stijging te zien in het gebruik van medicijndispensers sinds 2014 (zie figuur 7-7 en

Figuur 7-7
Verpleegkundigen - Percentage verpleegkundigen dat aangeeft dat zij zelf of anderen in de instelling gebruikmaken van medicijndispensers, uitgesplitst naar care (n=408-591) en cure (n=220-310); van 2014 tot 2016.



* $p \leq 0,05$

** $p \leq 0,01$

*** $p \leq 0,001$

tabel 7-12). Van de verpleegkundigen in de care geeft 23% in 2016 aan dat zij dit zelf gebruiken of dat anderen in hun instelling dit doen. Dit percentage was nog 11% in 2014. In de cure meldt in 2016 5% van de verpleegkundigen dat een medicijn dispenser door de verpleegkundige zelf of door anderen in de instelling wordt gebruikt.

Er is een aanzienlijk verschil in gebruik te zien onder verpleegkundigen in de care wanneer we onderscheid maken naar werksetting. Het gebruik van medicijn dispensers (door verpleegkundigen zelf of door anderen in de instelling) is vooral hoog onder verpleegkundigen in de thuiszorg (31%); in het verpleeghuis wordt er relatief weinig gebruik van gemaakt (7%). Dit is te verklaren doordat verpleegkundigen in het verpleeghuis zelf langsgaan met medicijnen, terwijl medicijn dispensers in de thuissituatie een uitkomst kunnen bieden om de medicatietrouw te bevorderen. In de cure zien we dat verpleegkundigen in academische ziekenhuizen melden geen gebruik te maken van medicijn dispensers.

Ruim de helft (57%) van de verpleegkundigen in de care die werken met medicijn dispensers, geven aan dat dit bij tot een tiende van de patiënten het afgelopen jaar zijn ingezet (zie figuur 7-8 en tabel 7-13).

7.5.2 Managers en bestuurders in de care

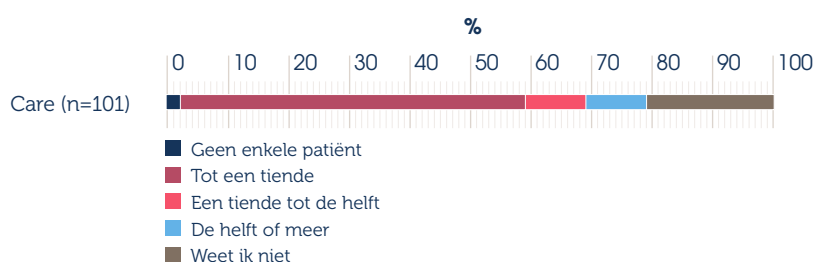
Volgens een kwart (23%) van de managers en bestuurders in de care zijn medicijn dispensers geïmplementeerd. Dat wil zeggen: 10% (n=7) geeft aan dat medicijn dispensers organisatiebreed geïmplementeerd zijn en nog eens 13% (n=9) meldt dat dit op beperkte schaal het geval is (zie tabel 7-18).

7.5.3 Zorggebruikers

Slechts een klein deel van de zorggebruikers die zelf zorg of ondersteuning ontvangen vanuit de Wmo of van wie de (schoon)ouders dat ontvangen, geeft aan een medicijn dispenser te gebruiken (respectievelijk 1 van de 26 en 3 van de 36) (zie tabel 7-20).

*Figuur 7-8
Verpleegkundigen in de care*
- Percentage verpleegkundigen dat aangeeft hoeveel patiënten het afgelopen jaar gebruikmaakten van medicijn dispensers (naar schatting), onder verpleegkundigen bij wie medicijn dispensers worden ingezet; in 2016.*

** Aantallen in de cure zijn te laag voor uitsplitsing.*



7.6 Zorgrobots

We hebben aan verpleegkundigen gevraagd of ze het afgelopen jaar hebben gewerkt met zorgrobots. Ook aan de managers en bestuurders in de care is de vraag voorgelegd in hoeverre zorgrobots hun intrede hebben gedaan in hun organisatie.

7.6.1 Verpleegkundigen

Een gering percentage verpleegkundigen in de care (3%) geeft aan dat zij zelf met zorgrobots werken of dat anderen in de instelling dit doen. De resultaten laten zien dat er in de cure helemaal niet mee gewerkt wordt (zie tabel 7-14).

7.6.2 Managers en bestuurders in de care

Van de managers en bestuurders in de care rapporteert 13% (n=9) dat zorgrobots op beperkte schaal in hun organisatie worden ingezet (zie tabel 7-18). Overigens geeft 60% (n=41) van hen aan dat er nog geen plannen zijn in de organisatie voor de inzet van zorgrobots als onderdeel van zorg en ondersteuning in hun instelling.

7.7 Telemonitoring

In deze eHealth-monitor is aan verpleegkundigen, zorggebruikers en artsen gevraagd of ze telemonitoring gebruiken. Aan managers en bestuurders in de care hebben we gevraagd in hoeverre telemonitoring wordt toegepast in hun organisatie.

7.7.1 Verpleegkundigen

In de periode 2014 tot 2016 blijft zowel in de cure als de care het gebruik van telemonitoring door verpleegkundigen zelf of in de instelling ongeveer gelijk (zie figuur 7-9 en tabel 7-16). In 2016 wordt in de cure (38%) vaker met telemonitoring gewerkt dan in de care (13%).

In de cure zien we dat de percentages van ziekenhuizen en huisartsenpraktijken die hier gebruik van maken, ongeveer gelijk ligt.

In de care zien we dat een grote groep verpleegkundigen aangeeft dat telemonitoring in hun zorginstelling niet van toepassing is (52%), met name niet in verpleeg- of verzorgingshuizen.

Van de verpleegkundigen in de cure geeft 22% aan dat als in hun instelling wordt gewerkt met telemonitoring, dit het afgelopen jaar bij tot een tiende van de patiënten is gebeurd. Onder verpleegkundigen in de care bedraagt dit percentage 48% (zie figuur 7-10 en tabel 7-17).

7.7.2 Managers en bestuurders in de care

Van de managers en bestuurders in de care geeft 2% (n=1) aan dat telemonitoring organisatiebreed wordt toegepast en nog eens 7% (n=5) dat dit op beperkte schaal het geval is (zie tabel 7-18). Daarmee ligt de rapportage door managers iets onder de rapportage door verpleegkundigen in de care.

7.7.3 Zorggebruikers

Een zeer gering percentage van de zorggebruikers (4%) gebruikt telemonitoring. Dit is vergelijkbaar met voorgaande jaren. Ook het percentage zorggebruikers dat hier geen gebruik van maakt maar dit wel zou willen, is vergelijkbaar met eerdere jaren (21%) (zie tabel 6-6²²).

7.7.4 Huisartsen

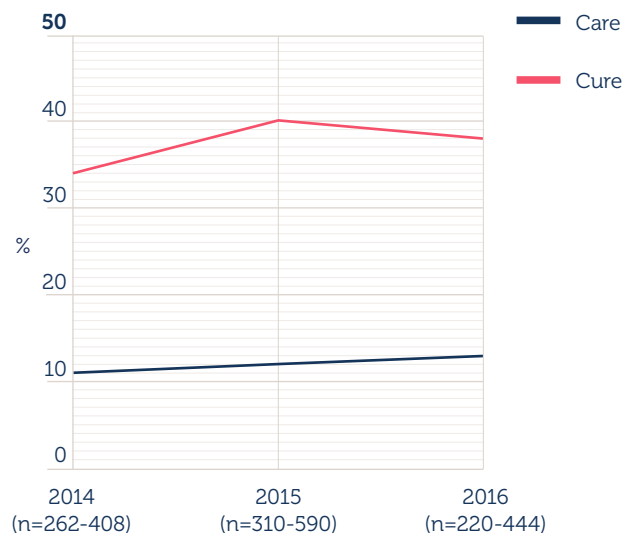
Huisartsen spelen een centrale rol in de zorg voor mensen met een chronische aandoening. Telemonitoring kan de huisarts daarbij ondersteunen. Figuur 7-9 (en tabel 7-21) toont het percentage

22 Het gaat om de regel "Een apparaat gebruikt dat geregeld gezondheidswaarden (zoals bloeddruk of bloedsuikerwaarden) meet en verstuurt naar mijn zorgverlener of het ziekenhuis"

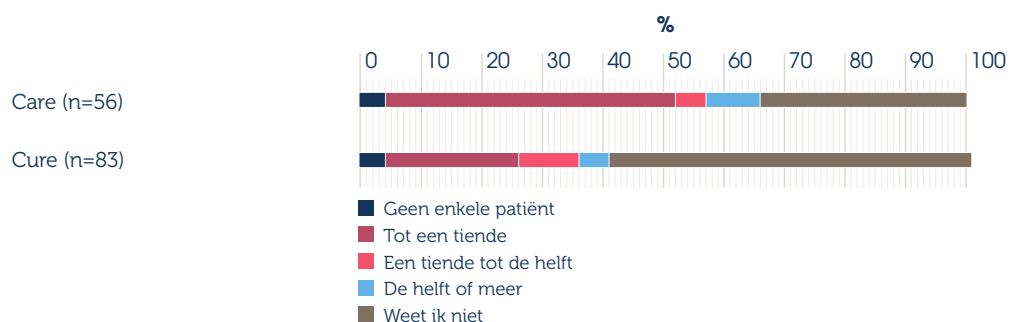
huisartsen dat telemonitoring inzet van 2014 tot 2016. Sinds 2014 is hierin geen ontwikkeling te zien. Onder huisartsen is gevraagd naar de toepassing van telemonitoring bij patiënten met diabetes, hartfalen, COPD en astma. In 2016 paste in totaal 13% van de huisartsen telemonitoring toe bij een of meer van deze patiëntgroepen. Dit gebeurde het meest bij patiënten met diabetes (12%). Voor meer dan de helft van de huisartsen die telemonitoring

bij diabetes inzet, geldt dat zij dit doen bij minder dan 10% van de patiënten voor wie zij dit zinvol achten. Interessant is dat huisartsen telemonitoring bij diabetes kennelijk zinvol vinden voor een aanmerkelijk grotere groep dan waarvoor zij het daadwerkelijk inzetten. Daarnaast vindt het merendeel van de huisartsen bij wie telemonitoring voor diabetes nog niet mogelijk is, dit wel wenselijk.

Figuur 7-9
Verpleegkundigen - Percentage verpleegkundigen dat aangeeft of zij zelf of anderen in de instelling gebruikmaakten van telemonitoring, uitgesplitst naar care (n=408-590) en cure (n=220-310); van 2014 tot 2016.



Figuur 7-10
Verpleegkundigen - Percentage verpleegkundigen dat aangeeft voor hoeveel patiënten het afgelopen jaar telemonitoring werd ingezet (naar schatting), onder verpleegkundigen bij wie telemonitoring wordt ingezet, uitgesplitst naar care en cure; in 2016.



7.7.5 Medisch specialisten

Ook medisch specialisten is gevraagd naar de toepassing van telemonitoring. Van hen past 9% het al toe en vindt het relevant. Dit percentage is onveranderd sinds 2014 (zie tabel 7-24).

Iets minder dan de helft van de medisch specialisten voor wie telemonitoring nog niet mogelijk is, geeft aan dat telemonitoring voor hen relevant is (47%). Van hen meldt 6% dat er plannen zijn om telemonitoring binnen een jaar mogelijk te maken (zie tabel 7-25). De overige 41% geeft aan dat er geen plannen zijn om telemonitoring toe te passen.

Van de 9% (n=25) die telemonitoring al toepast, geeft 73% (n=18) aan dat dit wordt ingezet bij minder dan 10% van de patiënten voor wie dit zinvol is (zie tabel 7-26).

Van de medisch specialisten die zeggen dat telemonitoring voor hen relevant is (n=154), geeft

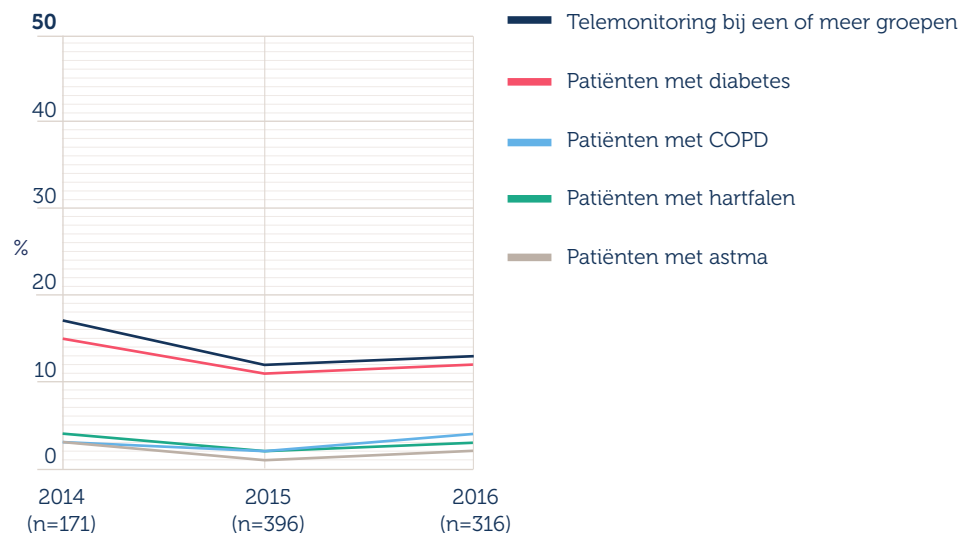
34% aan dat dit gaat om patiënten met diabetes, 26% om patiënten met hartfalen, 12% om patiënten met COPD en 11% noemt astma (zie tabel 7-27).

Twee derde van de medisch specialisten die telemonitoring relevant vinden, vindt dit relevant voor een scala aan andere situaties (68%). Als voorbeelden noemen ze de monitoring van zwangerschappen, dementie, psychische klachten en postoperatieve patiënten.

7.8 Conclusie en discussie

Dit hoofdstuk laat zien dat er zowel binnen de cure als de care weinig beweging is in de inzet van eHealth-toepassingen voor begeleiding en ondersteuning op afstand. Wel constateren we een stijging in het gebruik van de computer en tablets in het contact met de patiënt in de care. Vooral het opzoeken van informatie via internet voor de zorg van patiënten door verpleegkundigen gebeurt veel. Bij alle voorgelegde toepassingen is nog ruimte voor verdere uitrol in de instellingen en organisaties.

*Figuur 7-11
Huisartsen - Percentage huisartsen dat aangeeft dat telemonitoring wordt toegepast bij bepaalde patiëntgroepen; van 2014 tot 2016.*



Hoewel enkele technieken al vrij breed worden ingezet door verpleegkundigen (vooral toezicht-houdende technieken, zoals bewegingsmelders, valmeter, en persoonlijk alarm), zien we weinig toename in dit gebruik ten opzichte van 2014. De toename die we vorig jaar hebben waargenomen in de beeldschermzorg, is dit jaar gestagneerd. Alleen de inzet van medicijndispensers neemt momenteel toe in de care. Tot slot zien we in de care de eerste zorgrobots verschijnen: ruim een op de tien managers en bestuurders in de care zeggen dat robotica al op beperkte schaal zijn geïmplementeerd in de organisatie en 4% van de verpleegkundigen in de care geeft aan dat deze in hun instelling worden gebruikt. Robotica is een relatief nieuwe toepassing, waar veel van verwacht wordt. Het is belangrijk bij deze gebruikers van robotica te inventariseren wat de eerste ervaringen zijn hiermee zijn.

Opvallend is dat de deelnemende managers en bestuurders in de care in het algemeen vaker rapporteren dat een eHealth-toepassing ingezet wordt dan de verpleegkundigen. Dat zien we niet alleen bij robotica, maar ook bij beeldbellen. De gevonden verschillen worden mogelijk veroorzaakt doordat de deelnemende groep managers relatief klein is, of doordat zij zich meer bezighouden met innovatie waardoor er een positieve selectiebias optreedt. Een andere mogelijke verklaring voor dit verschil is dat kleinschalige pilots in een organisatie vaak zichtbaarder zijn voor managers dan voor verpleegkundigen in het dagelijkse zorgproces.

De antwoorden van de verpleegkundigen en de managers en bestuurders op de vraag naar de inzet van toezichthoudende technieken en het

gebruik van medicijndispensers liggen echter wel met elkaar in lijn. Mogelijk zijn deze technieken zichtbaarder voor een grotere groep verpleegkundigen, omdat zij er in hun werk vaker direct zelf mee te maken krijgen. Dit onderzoek biedt hierover geen uitsluitel.

Wat betreft de inzet van telemonitoring lijkt er winst te behalen. Op dit terrein doen zich ten opzichte van 2014 geen meetbare ontwikkelingen voor. Dit is opvallend omdat huisartsen en medisch specialisten voor grote patiëntgroepen een meerwaarde zien. Verpleegkundigen in de cure maken vaker gebruik van telemonitoring dan hun collega's in de care, maar het gebruik ervan stijgt niet. Een recent artikel (Radhakrishnan et al., 2016) brengt op basis van zestien eerdere studies zes factoren in kaart, die ertoe kunnen leiden dat het gebruik van telemonitoring bij organisaties niet goed van de grond komt. Deze factoren komen grotendeels overeen met de belemmeringen die zorgverleners ervaren bij elektronisch contact met patiënten (zie ook hoofdstuk 3). De overzichtsstudie laat zien dat er behoefte is aan scholing over de inzet van telemonitoring om zelfmanagement bij patiënten te verbeteren, en scholing over de klinische effecten van telemonitoring.

Daarnaast vinden de artsen dat telemonitoring onvoldoende mogelijkheden biedt om verergering van ziektes op tijd te herkennen. Ook vinden zij dat patiënten te veel op zorgverleners steunen in plaats van zelfstandig hun ziektebeeld te beoordelen en zelf beslissingen te nemen. Het is volgens Radhakrishnan et al. (2016) belangrijk dat een patiënt, voor wie men telemonitoring wil inzetten,

wordt geselecteerd op basis van duidelijke criteria en dat de aangeboden zorg past bij diens omstandigheden en vaardigheden. Niet alle patiënten beschikken over voldoende informatie en kennis om hun eigen gezondheid te kunnen managen. Het kan daarom belangrijk zijn om hen gezondheidsvaardigheden aan te leren, zodat zij actief met hun eigen gezondheid aan de slag kunnen gaan (Rademakers, 2014). Telemonitoring kan hun hierbij ondersteunen.

Ook blijkt volgens Radhakrishnan et al. (2016) dat implementatie van telemonitoring moet plaatsvinden met een duidelijk doel, en dat er rekening moet worden gehouden met verandering in de werkprocessen van de zorgverleners.

7.9 Referenties

Krijgsman J., Peeters J., Waverijn G., Van Lettow B., Van der Hoek L., De Jong J., Friele R., Van Gennip L. (2016). *Omdat ik het belangrijk vind om goed voor mezelf te zorgen. Rapportage eHealth-doelstellingen 2016*. Den Haag & Utrecht: Nictiz & NIVEL.

Minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2014). *Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer betreffende e-health en zorgverbetering*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Rademakers, J. (2014). *Kennissynthese. Gezondheidsvaardigheden. Niet voor iedereen vanzelfsprekend*. Utrecht: NIVEL.

Radhakrishnan, K., Xie, B., Berkley, A., Kim, M. (2016). Barriers and facilitators for sustainability of tele-homecare programs: a systematic review. *Health Research and Educational Trust*, 51(1), 48-75.

Schers, H., (2012). *Gunstig effect van telehealth*. *Huisarts en wetenschap*, 55(11), 484.

8 Elektronische dossiervoering voor zorgverleners



Huisarts: *“Het zou mij helpen als dingen meteen werken, duidelijk en overzichtelijk zijn en realiseerbaar met weinig muisklikken.”*



Verpleegkundige: *“Door het gebruik van het elektronisch patiëntendossier vind ik dat ik juist meer persoonlijke aandacht kan geven aan de patiënt.*



Het scheelt mij een hoop tijd, die ik weer aan hem kan besteden. Ook ben ik voorbereid als ik bij iemand binnenstap.”



Belangrijkste resultaten in dit hoofdstuk

- De dossiervoering van huisartsen is vrijwel volledig digitaal (96%). Van hen houdt nog 4% het patiëntendossier zowel elektronisch als op papier bij.
- Medisch specialisten maken op dit punt een inhaalslag: in 2013 hield 66% het patiëntendossier voornamelijk of uitsluitend elektronisch bij. In 2016 is dit percentage opgelopen tot 86%. Vooral de medisch specialisten in ziekenhuizen maken deze inhaalslag. Van alle specialisten houdt nog 7% het dossier voornamelijk of uitsluitend op papier bij.
- Onder verpleegkundigen in de de cure houdt 84% uitsluitend of voornamelijk elektronisch het patiëntendossier bij. Onder verpleegkundigen in de care neemt de elektronische dossiervoering toe (van 31% in 2014 naar 40% in 2016). Ruim een kwart van de verpleegkundigen in de care (26%) werkt in 2016 nog uitsluitend of voornamelijk met papieren dossiers.
- Volgens drie kwart van de managers en bestuurders in de care is het elektronisch patiëntendossier geïmplementeerd, al dan niet organisatiebreed.
- Het aantal medisch specialisten dat automatische waarschuwingen in het informatiesysteem (bijvoorbeeld van allergieën) heeft ingesteld, is toegenomen. Zo groeide bijvoorbeeld de melding van allergieën van de patiënt van een beschikbaarheid van 59% in 2013 naar 78% in 2016.
- Van de medisch specialisten is 45% niet tevreden over de mogelijkheden van het elektronisch patiëntendossier, onder huisartsen bedraagt dit percentage 19%. Van de medisch specialisten vindt de helft dat de tijd die zij besteden aan de registratie in het elektronisch dossier niet in verhouding staat tot wat het hun oplevert. Onder huisartsen is dit iets meer dan een kwart.

8.1 Inleiding

Elektronische patiëntendossiers (EPD's²³) ondersteunen het zorgproces rondom zorggebruikers. Het EPD biedt transparantie over en continuïteit in de geleverde zorg. Ook bewaakt het de kwaliteit van zorg (NHG, 2010; KNMG, 2010). EPD's worden door veel zorginstellingen gebruikt voor de gestructureerde registratie van patiëntgegevens. Het gebruik van EPD's is een voorwaarde om patiëntgegevens onder huisartsen en medisch specialisten uit te wisselen. Daarnaast bieden EPD's een basis om informatie elektronisch beschikbaar te maken voor patiënten, zodat zij online hun gegevens kunnen inzien. Tot slot kunnen gegevens

uit de EPD's worden gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek (KNMG, 2010).

Dit hoofdstuk bespreekt het gebruik van EPD's door zorgverleners in 2016 in vergelijking met voorgaande jaren. Vragen over het EPD zijn gesteld aan medisch specialisten en huisartsen, verpleegkundigen, en bestuurders in de care. Dit jaar zijn de meningen van artsen over het EPD in kaart gebracht aan de hand van een aantal stellingen. We hebben hierover vragen gesteld aan medisch specialisten en huisartsen, verpleegkundigen, en managers en bestuurders in de care. Dit jaar zijn de meningen van artsen over het EPD in kaart gebracht aan de hand van een aantal stellingen.

23 Dit omvat ook elektronische cliëntendossiers (ECD's).

Verder kijken we naar waarschuwingen en signalen die in het informatiesysteem kunnen worden ingezet, bijvoorbeeld om de zorgverlener te waarschuwen voor allergieën van de patiënt.

Daarnaast hebben we onderzocht of er verschillen bestaan in de mate van elektronische dossiervoering onder medisch specialisten in ziekenhuizen en verpleeghuizen of revalidatiecentra.

De nadruk ligt in dit hoofdstuk op de veranderingen, stijgende of afnemende trends, sinds 2013 of

2014 tot 2016. Ook worden interessante resultaten besproken die specifiek voor 2016 gelden.

8.2 Elektronische dossiervoering

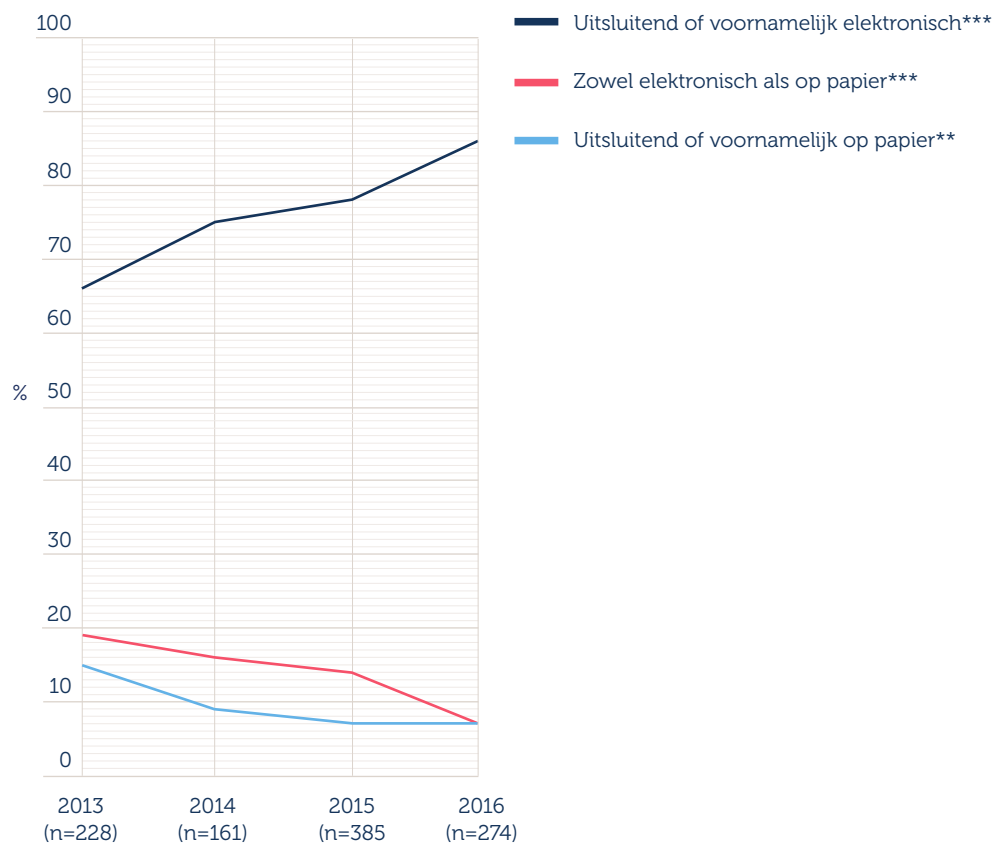
Sinds 2013 brengen we in kaart hoe zorgverleners hun dossiers bijhouden. We zien enige veranderingen in de tijd optreden onder de verschillende groepen zorgverleners. Managers en bestuurders in de care zijn dit jaar voor het eerst ondervraagd.

8.2.1 Elektronische dossiervoering bij artsen

Medisch specialisten maken een inhaalslag in

*Figuur 8-1
Medisch specialisten -
Manier waarop medisch
specialisten het patiënten-
dossier bijhouden; van
2013 tot 2016.*

* $p \leq 0,05$
** $p \leq 0,01$
*** $p \leq 0,001$



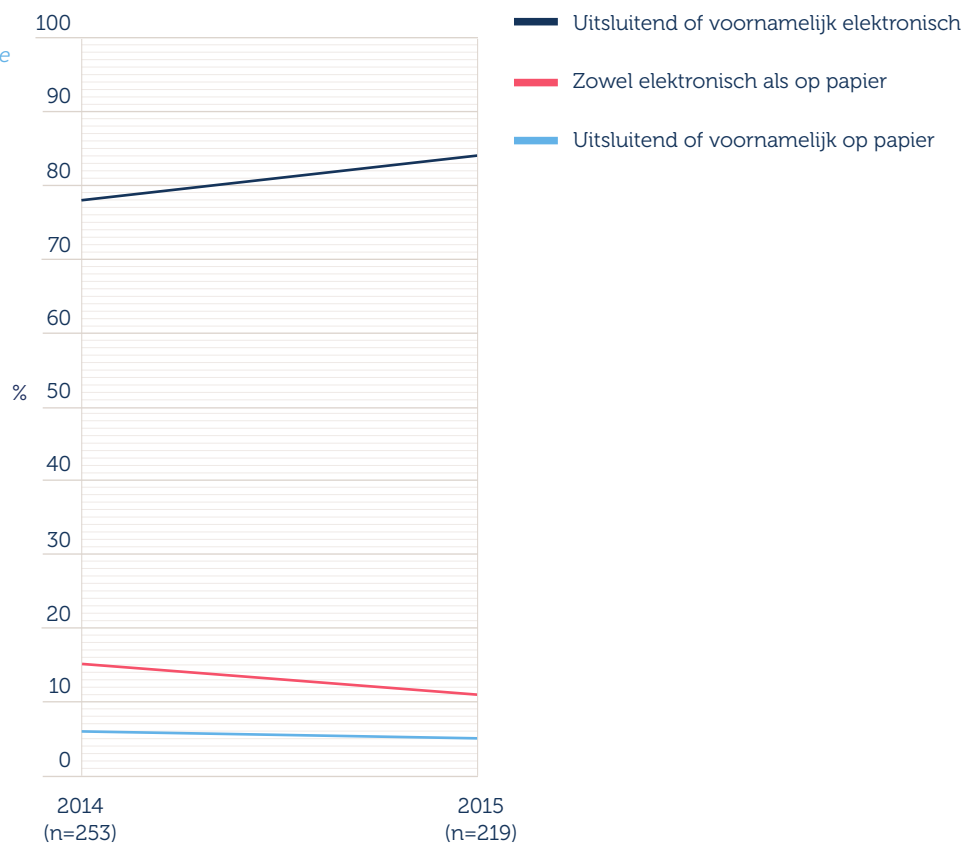
digitale dossiervoering. Het percentage medisch specialisten dat voornamelijk of uitsluitend elektronisch dossiers bijhoudt, steeg van 66% in 2013 naar 86% in 2016. Tegelijkertijd zijn er steeds minder medisch specialisten die zowel elektronisch als op papier werken (7% in 2016), of uitsluitend of voornamelijk op papier (ook 7% in 2016). Zie figuur 8-1 en tabel 8-1.²⁴

Vrijwel alle huisartsen werken in 2016 voornamelijk of uitsluitend elektronisch (96%). Zij werken in 2016 alleen nog op papier wanneer dit in combi-

natie is met elektronische dossiers. Zie tabel 8-2 in de tabellenbijlage.

Als we de medisch specialisten indelen naar werksetting, zien we dat medisch specialisten in ziekenhuizen steeds meer uitsluitend of voornamelijk werken met elektronische dossiers (van 76% in 2014 naar 87% in 2016). In 2016 werkt nog maar 6% van deze groep uitsluitend of voornamelijk op papier; in 2014 bedroeg dit percentage nog 11% (zie tabel 8-3). Bij medisch specialisten werkzaam in verpleeghuizen en revalidatiecentra is de mate

*Figuur 8-2
Verpleegkundigen in de cure
- Manier waarop verpleegkundigen in de cure het patiëntendossier bijhouden; in 2014 en 2016.*



24 Tenzij anders aangegeven, verwijzen we voor tabellen naar de losse tabellenbijlage bij dit rapport.

waarin met elektronische dossiers wordt gewerkt gelijk gebleven sinds 2014.²⁵

8.2.2 Dossiervoering door verpleegkundigen

Er is een groot verschil waarneembaar tussen verpleegkundigen in de care en verpleegkundigen in de cure wat betreft het gebruik van digitale dossiervoering. Van de verpleegkundigen in de cure maakt 84% uitsluitend of voornamelijk gebruik van elektronische dossiervoering (zie figuur 8-2 en tabel 8-4). Voor verpleegkundigen in de care ligt dit percentage op 40% (zie figuur 8-3 en tabel 8-5).

Wel kunnen we vaststellen dat het gebruik van elektronische dossiervoering toeneemt onder verpleegkundigen in de care. Er is onder hen een stijging te zien van 2014 tot 2016 in het voornamelijk of uitsluitend gebruiken van digitale dossiervoering (van 31% naar 40%). Tegelijkertijd is het gebruik van dossiervoering voornamelijk of uitsluitend op papier gedaald van 35% naar 26% (zie figuur 8-3 en tabel 8-5).

tend op papier gedaald van 35% naar 26% (zie figuur 8-3 en tabel 8-5). Onder verpleegkundigen in de cure is op dit punt geen verandering waarneembaar (zie figuur 8-2 en tabel 8-4).

8.2.3 Dossiervoering bij managers en bestuurders in de care

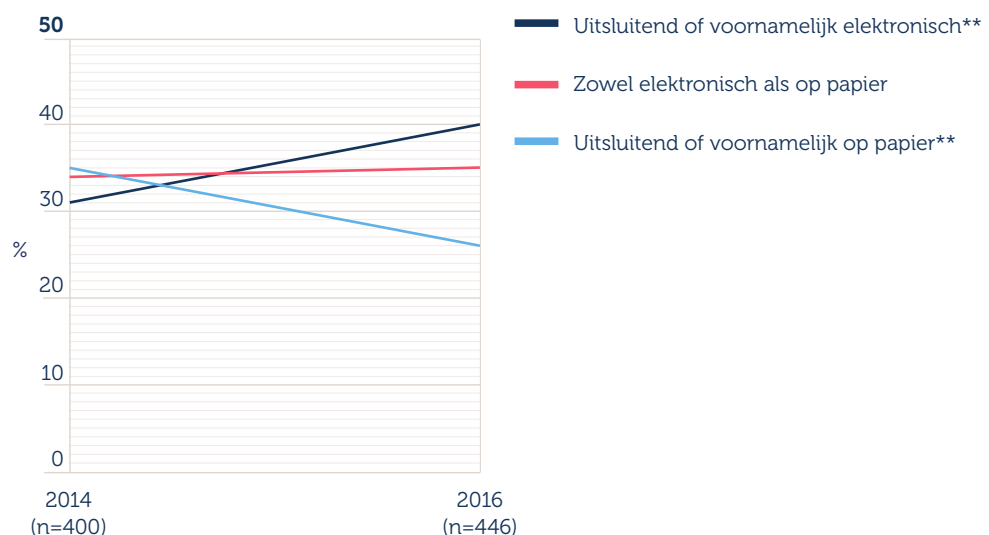
Bij drie kwart van de managers en bestuurders in de care is het elektronisch patiëntendossier geïmplementeerd in de organisatie (zie tabel 8-6): bij 71% in de hele organisatie en bij 3% op beperkte schaal. Van de managers en bestuurders geeft 22% aan dat er plannen zijn om elektronische dossiervoering te implementeren of dat er al een test wordt gedaan. Slechts bij 5% zijn er geen plannen of is het initiatief gestaakt.

8.3 Geautomatiseerde waarschuwingen

Binnen de informatiesystemen van medisch

*Figuur 8-3
Verpleegkundigen in de care - Manier waarop verpleegkundigen in de care het patiëntendossier bijhouden; in 2014 en 2016.*

* $p \leq 0,05$
** $p \leq 0,01$
*** $p \leq 0,001$



25 Verloop is statistisch niet significant. NB: er waren weinig specialisten in 2014 in deze groep die deelnamen aan het onderzoek.

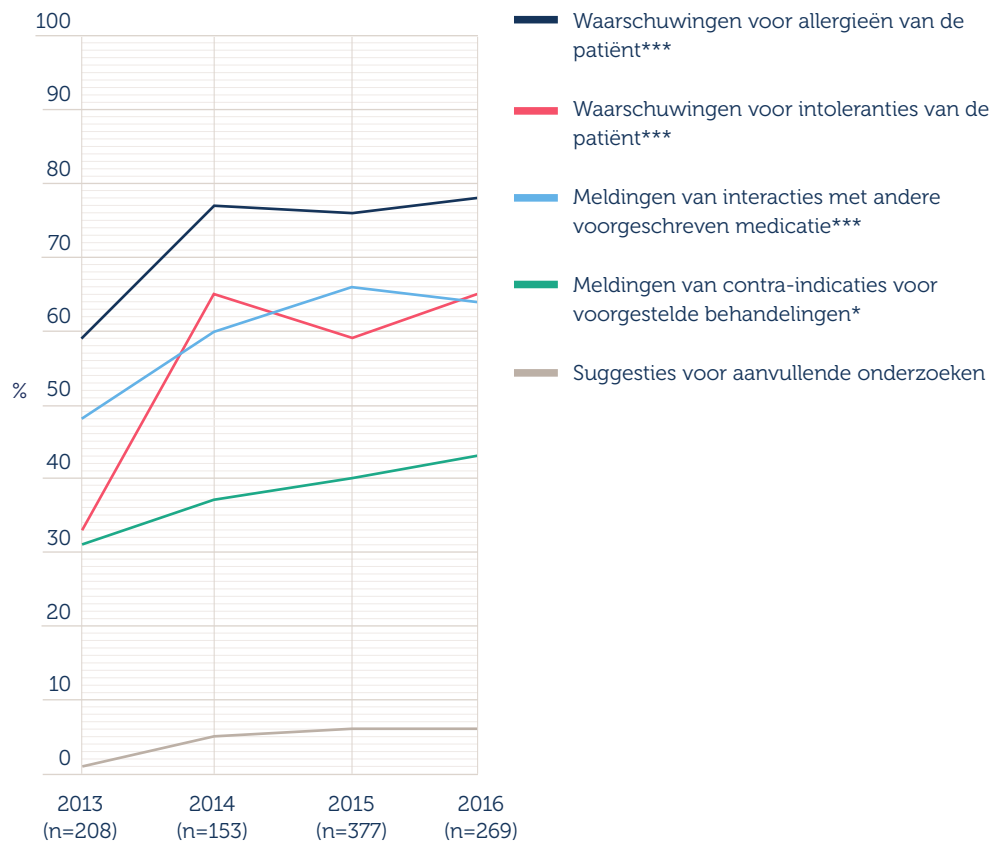
specialisten kan een aantal automatische waarschuwingen ingesteld zijn. We hebben gevraagd welke er voor hen beschikbaar zijn (zie figuur 8-4 en tabel 8-7). Sinds 2013 zien we een toename in bijna alle onderzochte waarschuwingen in de groep van artsen die deze waarschuwingen of meldingen wenselijk vinden; alleen de beschikbaarheid van suggesties voor aanvullende onderzoeken is niet toegenomen in de afgelopen jaren. De beschikbaarheid van waarschuwingen voor allergieën (de meest voorkomende) is bijvoorbeeld van 59% in 2013 naar 78% gestegen in 2016.

De beschikbaarheid van waarschuwingen voor intoleranties is sterk toegenomen, van 34% naar 65%. Ook een melding van interacties met andere voorgeschreven medicatie komt veel voor (gestegen van 48% naar 64%).

Bij ruim een derde (34%) van alle specialisten is de melding van contra-indicaties voor voorgestelde behandelingen niet mogelijk in 2016, terwijl zij dit wel wenselijk vinden. Ook heeft een derde (32%) behoefte aan suggesties voor aanvullende onderzoeken in het systeem; de helft (49%) vindt dit

*Figuur 8-4
Medisch specialisten -
Percentage medisch
specialisten dat het
patiëntendossier (gedeelte-
lijk) elektronisch bijhoudt
en bij wie in het informatie-
systeem de volgende
automatische signalen,
waarschuwingen of andere
meldingen zijn ingesteld;
van 2013 tot 2016.*

* $p \leq 0,05$
** $p \leq 0,01$
*** $p \leq 0,001$



niet nodig. Dit blijkt bij de meeste medisch specialisten dan ook geen veel voorkomend onderdeel van hun systeem (6%). Zie figuur 8-5 en tabel 8-8.

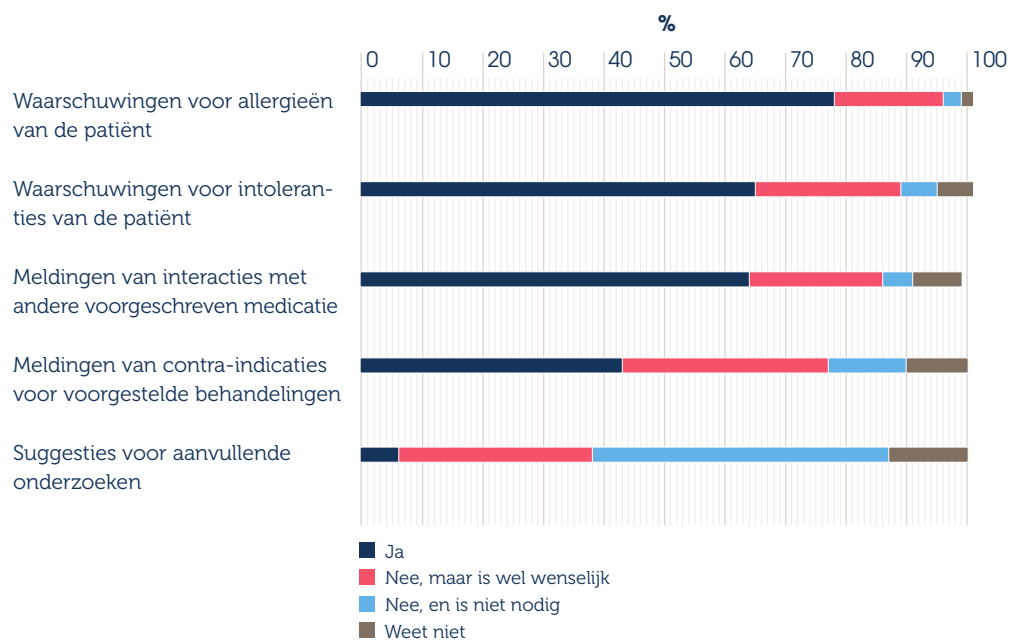
8.4 Meningen over EPD's onder artsen

Aan artsen die dossiers (uitsluitend of voornamelijk) elektronisch bijhouden, hebben we gevraagd naar hun mening over een aantal stellingen over EPD's. Hieruit blijkt dat de helft van de huisartsen tevreden is over de mogelijkheden van het EPD (figuur 8-6 en tabel 8-9). Onder de medisch specialisten is bijna de helft (45%) *niet* tevreden hierover (figuur 8-7 en tabel 8-10). Ook vindt iets meer dan een kwart (27%) van de huisartsen en de

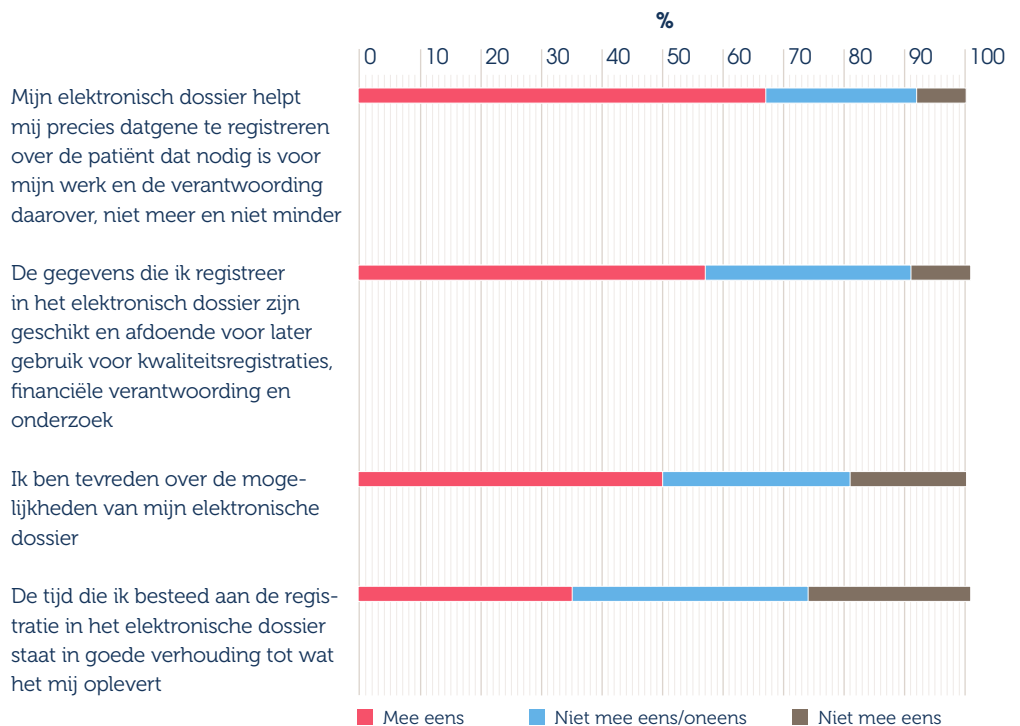
helft van de medisch specialisten (49%) dat de tijd die zij besteden aan registratie van patiëntgegevens in het EPD niet in verhouding staat tot wat het hun oplevert.

Veel huisartsen (67%) vinden wel dat het EPD helpt om datgene over patiënten te registreren dat nodig is voor hun werk en de verantwoording daarover. Van de medisch specialisten ervaart 41% dit ook zo. Ook zijn huisartsen het vaak eens met de stelling dat gegevens die artsen registreren in het EPD, geschikt en afdoende zijn voor later gebruik voor kwaliteitsregistraties, financiële verantwoording en onderzoek (57%). Ter vergelijking: van de medisch specialisten was 38% het met deze stelling eens.

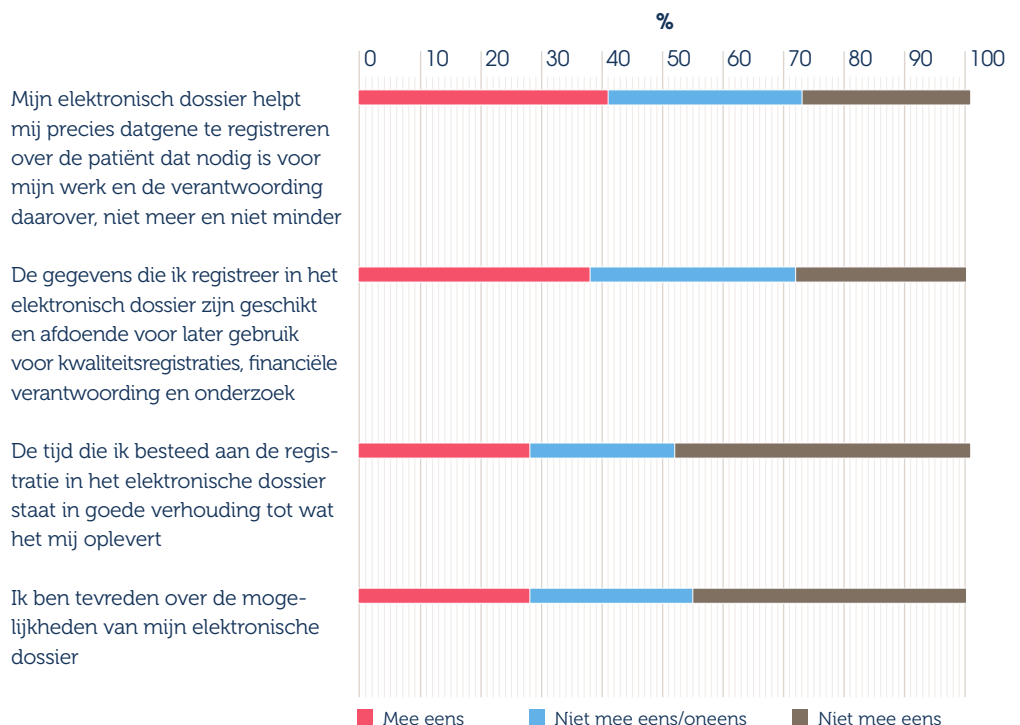
Figuur 8-5. Medisch specialisten - Percentage medisch specialisten dat het patiëntendossier (gedeeltelijk) elektronisch bijhoudt en bij wie in het informatiesysteem de volgende automatische signalen, waarschuwingen of andere meldingen zijn ingesteld; in 2016 (n=269).



*Figuur 8-6
Huisartsen - Meningen over
EPD's onder huisartsen die
elektronisch patiëntendossiers
bijhouden; in 2016 (n=316).*



*Figuur 8-7
Medisch specialisten - Meningen over EPD's onder medisch specialisten die elektronisch patiëntendossiers bijhouden; in 2016 (n=269).*



8.5 Conclusie en discussie

Elektronische dossiervoering is inmiddels deel geworden van de werkprocessen van artsen. Sinds de eHealth-monitor van 2013 zien we een aantal trends. Zo werken medisch specialisten steeds meer voornamelijk of uitsluitend elektronisch. Zij maken een inhaalslag, zodat het EPD langzamerhand net als bij huisartsen steeds meer ingeburgerd raakt. Ook volgens managers en bestuurders in de care is elektronische dossiervoering veelal in de organisatie geïmplementeerd. De cure loopt wel voor op de care in het gebruik van elektronische dossiers, zoals blijkt onder de verpleegkundigen die daar werkzaam zijn.

Er is echter nog een aanzienlijke groep, voornamelijk verpleegkundigen in de care, die nog met papieren patiëntendossiers werkt (al dan niet in combinatie met elektronische dossiers). Elektronische registratie is onder andere een noodzakelijke eerste (maar uiteraard niet de enige) voorwaarde voor elektronische uitwisseling van informatie onder zorgverleners. Wanneer patiëntgegevens niet elektronisch worden geregistreerd, kunnen ze minder eenvoudig met andere zorgverleners worden gedeeld, bijvoorbeeld bij overdrachtsmomenten. Zorgverleners kunnen daardoor mogelijk niet in alle gevallen beschikken over de juiste en meest actuele medische gegevens van de patiënt. Dit kan leiden tot ontbreken van relevante patiëntinformatie bij medische beslissingen en kan daarmee een rechtstreekse bedreiging voor de patiëntveiligheid vormen (bijvoorbeeld, Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2015). Vooral binnen de care is het belangrijk te onderzoeken hoe elektro-

nische dossiervoering nog verder verspreid kan worden en (beter) in de werkprocessen kan worden ingepast.

Het is verder belangrijk om te bepalen waar de knelpunten liggen in de informatiesystemen en hoe deze het beste kunnen worden aangepakt. In dit hoofdstuk komen twee knelpunten vooral naar voren.

Ten eerste wensen de medisch specialisten uitbreiding van waarschuwingen in het informatiesysteem, zoals meldingen van contra-indicaties voor voorgestelde behandelingen. Hiermee kan bijvoorbeeld worden voorkomen dat een geneesmiddel wordt afgegeven aan iemand voor wie dit schadelijke gevolgen kan hebben (Nictiz, 2016).

Ten tweede blijkt dat de EPD's verder kunnen worden verbeterd, gezien het relatief grote deel onder de artsen dat niet tevreden is over de mogelijkheden ervan. Medisch specialisten zijn minder tevreden dan de huisartsen. Mogelijk heeft dit te maken met het verschil in de mate waarin huisartsen en medisch specialisten zelf invloed hebben op ICT-gerelateerde keuzes. De systemen lijken vooral niet tijdsefficiënt te werken. Slechts ongeveer een op de drie artsen vindt dat de tijd die hij besteedt aan het registreren van patiëntgegevens in het EPD, in verhouding staat tot wat het hem oplevert. Het is onbekend of dat dit ligt aan het gebruiksgemak van de EPD's, of de inrichting van de systemen onvoldoende aansluit bij de werkprocessen van de artsen. Een andere mogelijkheid is dat de baten van de registratie meer bij

anderen terechtkomen dan bij de zorgverlener die de tijdsinvestering doet. Het gaat waarschijnlijk om een combinatie van factoren.

Belangrijk is om deze knelpunten nader te onderzoeken en te kijken hoe het gebruik van EPD's kan worden geoptimaliseerd. Het is wenselijk voor een goed doelmatig verloop van het zorgproces dat artsen geen onnodige belasting ervaren in hun werkprocessen wanneer zij EPD's gebruiken. Daarbij kunnen gemeenschappelijke afspraken helpen tussen beroepsgroepen van zorgverleners en andere belanghebbenden van goede dossiervoering over de optimale wijze van registratie en de bijbehorende inrichting van systemen. Daar dienen zowel zorgverleners als leveranciers van EPD-systemen bij betrokken te worden.

8.6 Referenties

Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2015). *Continuïteit van zorg voor kwetsbare ouderen vanuit het ziekenhuis naar verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg en huisartsen niet gewaarborgd*. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg.

KNMG. (2010). *Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens*. Utrecht: KNMG. http://www.nvpc.nl/uploads/stand/64Richtlijnen_Omgaan_met_medische_gegevens.pdf.

NHG/LHV. (2010). Standpunt. *Het elektronisch huisartsendossier (H-EPD). Gegevensbeheer en gegevensuitwisseling*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap. Geraadpleegd op 26 juli 2016 op <https://www.nhg.org/sites/default/files/content/>

[nhg.org/uploads/toekomstvisie_-_nhg-lhv-standpunt_het_elektronisch_huisartsendossier_h-epd_-_gegevensbeheer_en_gegevensuitwisseling_april_2010.pdf](https://www.nhg.org/uploads/toekomstvisie_-_nhg-lhv-standpunt_het_elektronisch_huisartsendossier_h-epd_-_gegevensbeheer_en_gegevensuitwisseling_april_2010.pdf).

Nictiz. (2016). *Contra-indicaties*. Geraadpleegd op 26 juli 2016 op <https://www.nictiz.nl/Paginas/Contra-Indicaties.aspx>.

9 Elektronische communicatie tussen zorgverleners



Medisch specialist: *“Er dient een inhaalslag gemaakt te worden in de uitwisseling van medische informatie in Nederland tussen ziekenhuizen.”*



Medisch specialist: *“eHealth heeft ons een enorm gemak en kwalitatieve verbetering opgeleverd, omdat in principe alle informatie met een druk op de knop (lees: vele muisklikken) beschikbaar is.”*



Belangrijkste resultaten in dit hoofdstuk

- De meeste huisartsen maken gebruik van een systeem voor gestandaardiseerde elektronische informatie-uitwisseling om informatie uit te wisselen met huisartsenposten, apotheken, laboratoria en ziekenhuizen (91-96%). Ook in vorige jaren was dit al het geval. Er is een toename in de mogelijkheden voor uitwisseling van gestandaardiseerde elektronische informatie met zelfstandige behandelcentra (ZBC's).
- Op gestandaardiseerde wijze elektronisch informatie uitwisselen met thuiszorg, wijkverpleegkundige, verpleeghuizen of de dienst voor maatschappelijke ondersteuning van de gemeente is echter voor de huisartsen bijna niet mogelijk (4%-10%), terwijl zij dit wel willen.
- Sinds 2014 is het percentage medisch specialisten dat elektronisch informatie kan uitwisselen met andere zorgverleners buiten de instelling of afdeling, gelijk gebleven. Met andere afdelingen binnen de eigen instelling kan het meest uitgewisseld worden (83%). Uitwisseling van gestandaardiseerde elektronische informatie is het minst vaak mogelijk met GGZ-instellingen, thuiszorgorganisaties, ZBC's, verpleeghuizen en ziekenhuizen.
- Huisartsen kunnen sinds 2014 vaker verwijzingen *versturen* naar medisch specialisten en kunnen vaker dossiers doorsturen naar een andere huisarts als de patiënt van huisarts verandert. Elektronisch verwijzen naar paramedici en elektronisch aanvragen van huishoudelijke hulp blijft in mindere mate mogelijk, maar is wel wenselijk. Ook kunnen huisartsen vaker dossiers van andere huisartsen ontvangen van nieuwe patiënten. Daarnaast is vooral het *ontvangen* van gestandaardiseerde elektronische informatie over ontslagmedicatie gewenst.
- Volgens medisch specialisten nam de mogelijkheid om informatie elektronisch te *verzenden* toe wat betreft het versturen van recepten naar een openbare apotheek of ziekenhuisapotheek. Zij kunnen ook meer verwijsbrieven ontvangen van huisartsen. Wel kunnen minder specialisten rapportages van beeldvormende diagnostiek of laboratoriumonderzoek *ontvangen*. Voor een groot deel is het ontvangen van actuele medicatieoverzichten niet mogelijk, maar wel wenselijk.
- Huisartsen ontvangen sinds voorgaande jaren vaker de patiëntgegevens tijdig. Ook bevatten de gegevens vaker alle relevante informatie. Bij medisch specialisten is dit niet veranderd.
- Verpleegkundigen in de cure maken meer gebruik van elektronische gegevensuitwisseling met andere instellingen dan verpleegkundigen in de care. In de care is een toename van mogelijke uitwisseling van 31% (2014) naar 58% (2016) waargenomen.
- Volgens de helft (50%) van de managers en bestuurders in de care is elektronische gegevensuitwisseling geïmplementeerd in hun organisatie op beperkte tot volledige schaal.
- Huisartsen hebben meer mogelijkheden voor teleconsultatie bij cardiologie (63% in 2016 tegen 48% in 2015). Medisch specialisten kunnen minder vaak gegevens uitwisselen met specialisten buiten de eigen instelling (28% in 2016 tegen 40% in 2014).

9.1 Inleiding

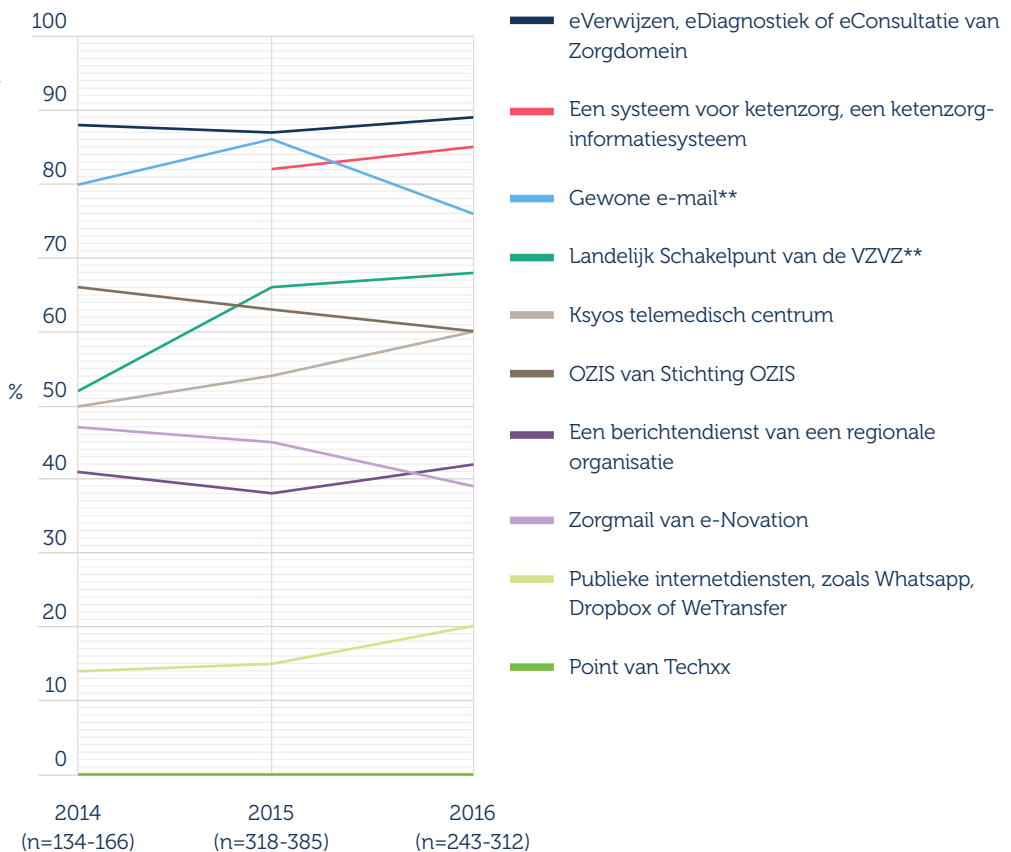
Om patiënten goede zorg te geven, is het essentieel dat zorgverleners over de meest actuele patiëntgegevens beschikken. Deze kunnen worden opgeslagen in het elektronisch patiëntendossier (EPD). De betrokken arts of zorgverlener kan over deze gegevens beschikken door elektronische gegevensuitwisseling met andere zorgverleners van een patiënt. Wanneer uitwisseling niet of beperkt mogelijk is, heeft dit consequenties voor de zorg. Enerzijds kunnen incomplete en inaccuraten patiëntendossiers de continuïteit van de zorg

belemmeren; anderzijds is het voor de patiëntveiligheid belangrijk dat patiëntendossiers accuraat en volledig zijn (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2011; Janssen et al., 2011).

Dit hoofdstuk bespreekt de mogelijkheden van zorgverleners voor het elektronisch uitwisselen van gestandaardiseerde gegevens.²⁶ Eerst bespreken we welke systemen huisartsen gebruiken. Ook is aan huisartsen en medisch specialisten gevraagd met welke instellingen zij gegevens kunnen uitwisselen en welke gegevens zij kunnen versturen en ont-

Figuur 9-1
Huisartsen - Percentage huisartsen dat gebruikmaakt van een of meer van de volgende systemen, netwerken of diensten om elektronisch informatie over patiënten te delen met zorgverleners of zorginstellingen buiten hun praktijk (ten opzichte van de huisartsen die dat wenselijk vinden); van 2014 tot 2016.

* $p \leq 0,05$
** $p \leq 0,01$
*** $p \leq 0,001$



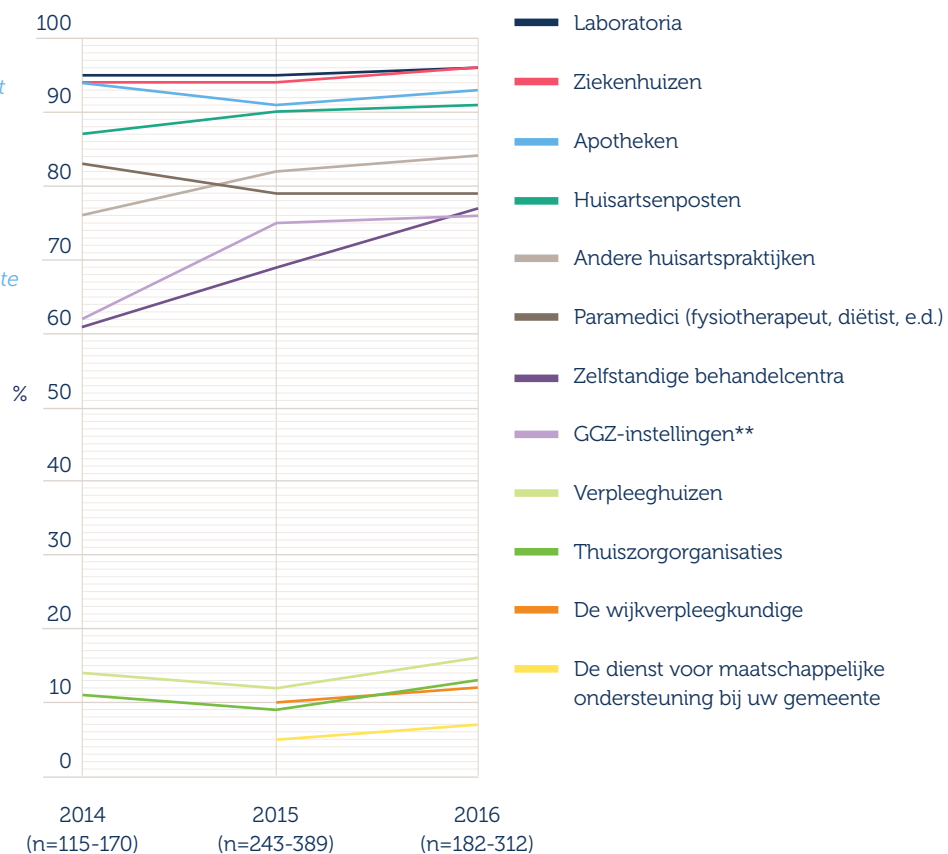
26 Gestandaardiseerde elektronische gegevensuitwisseling houdt in dat de berichten die van het ene systeem naar het andere systeem verstuurd worden, volgens een vaste technische structuur zijn ingericht.

vangen. Daarnaast gaan we in op de mate waarin artsen informatie tijdig ontvangen en of daarbij alle relevante informatie aanwezig is. Vervolgens bespreken we in welke mate elektronische gegevensuitwisseling is geïmplementeerd volgens managers en bestuurders in de care. Daarna gaan we na in hoeverre instellingen van verpleegkundigen gewerkt hebben met elektronische gegevensuitwisseling. Tot slot gaan we in op teleconsultatie en digitale consultgesprekken, waarbij artsen langs de elektronische weg specialistische expertise kunnen inroepen.

De nadruk in dit hoofdstuk ligt op de veranderingen sinds voorgaande jaren. Alleen significante trends worden toegelicht. Daarbij kijken we steeds naar het percentage artsen dat aangeeft dat een toepassing mogelijk is, ten opzichte van de artsen die dat wenselijk vinden. We tonen eveneens interessante resultaten uit 2016. Voor 2016 geven we dan aan of een toepassing beschikbaar is, en zo niet, of dat volgens de arts wenselijk is of irrelevant.

Figuur 9-2
Huisartsen - Percentage huisartsen dat gebruikmaakt van een systeem voor gestandaardiseerde elektronische informatieuitwisseling met andere zorgverleners of zorginstellingen (ten opzichte van de huisartsen die dat wenselijk vinden); van 2014 tot 2016.

* $p \leq 0,05$
 ** $p \leq 0,01$
 *** $p \leq 0,001$



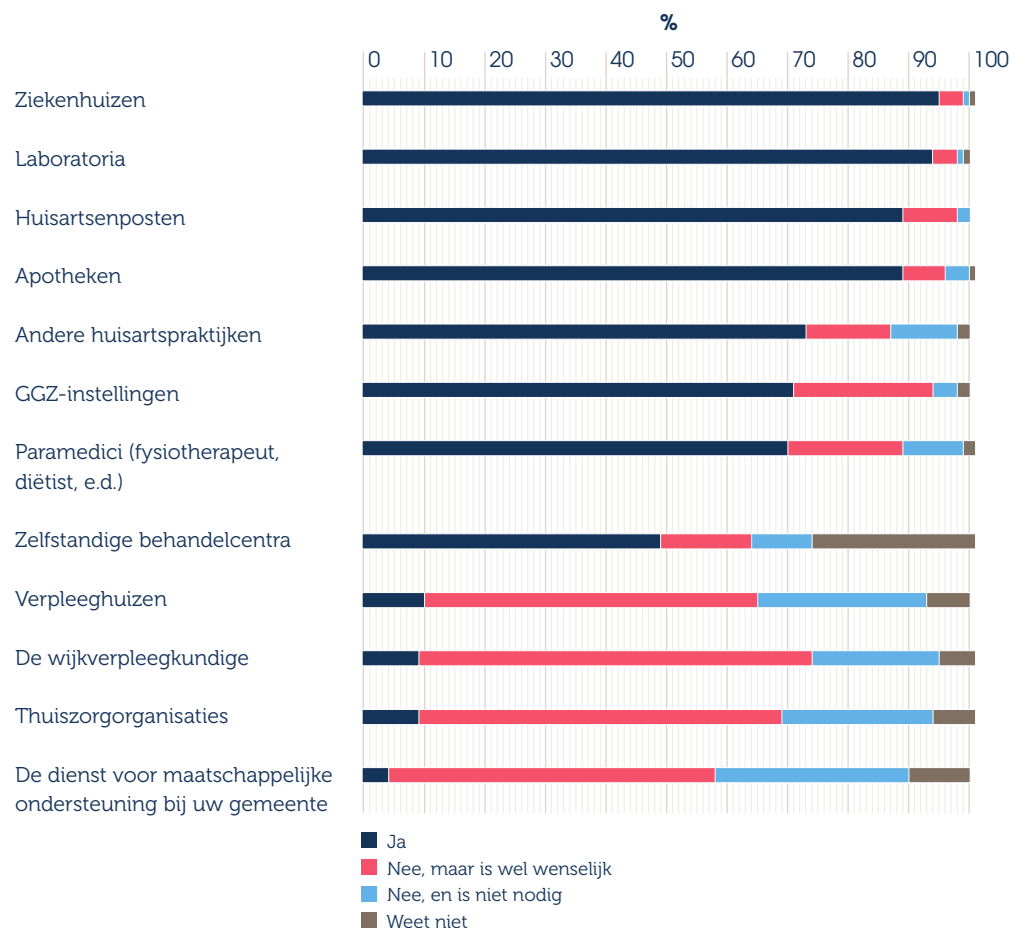
9.2 Gebruikte systemen voor elektronische gegevensuitwisseling

Aan huisartsen is gevraagd welke systemen, netwerken of diensten zij gebruiken om elektronisch informatie over patiënten te delen met zorgverleners of zorginstellingen buiten hun instelling of praktijk. Huisartsen konden meerdere systemen opgeven. Er zijn twee trends sinds 2014 te zien in figuur 9-1 (zie ook tabel 9-1 en 9-2 in de tabellenbijlage²⁷). Ten eerste gebruiken steeds

meer huisartsen het Landelijk Schakelpunt (LSP). In 2014 was dit nog de helft van het aantal huisartsen (52%); in 2016 bedraagt dit percentage 68%. Ten tweede schommelt het gebruik van e-mail onder huisartsen, maar de richting van deze trend is onduidelijk.

In 2016 was de meest genoemde dienst het gebruik van eVerwijzen, eDiagnostiek of eConsultatie van Zorgdomein (89%). Het gebruik van deze dienst is in de jaren 2014 tot 2016 onveranderd. Enkele

*Figuur 9-3
Huisartsen - Percentage huisartsen waarbij de praktijk gebruikmaakt van een systeem voor gestandaardiseerde elektronische informatie-uitwisseling met andere zorgverleners of zorginstellingen; in 2016 (n=316).*



27 Tenzij anders aangegeven, verwijzen we voor tabellen naar de losse tabellenbijlage bij dit rapport.

huisartsen geven aan andere netwerken of diensten te gebruiken, zoals Edifact of een zorgportaal.

9.3 Elektronische informatie-uitwisseling met andere zorgverleners

Elektronisch gestandaardiseerde informatie-uitwisseling is mogelijk met verschillende soorten instellingen. Hieronder wordt besproken met welke instellingen huisartsen buiten de eigen praktijk elektronisch gegevens kunnen uitwisselen. Aan medisch specialisten hebben we gevraagd naar de

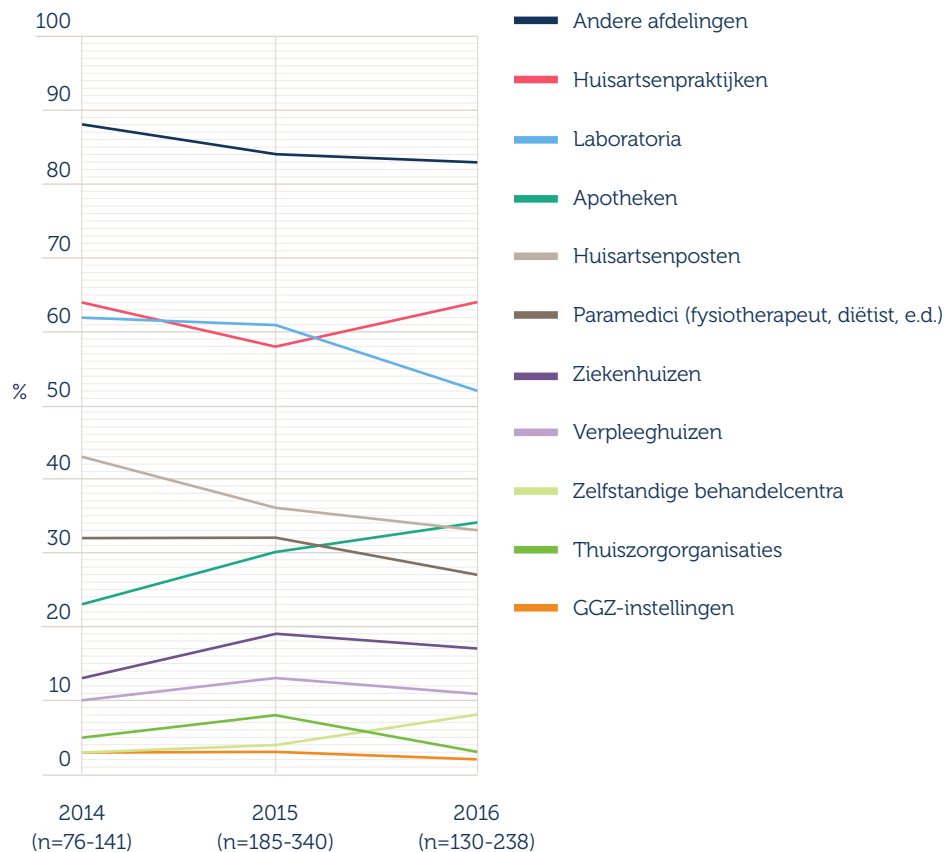
mogelijkheden om binnen en buiten de eigen instelling elektronisch gegevens te kunnen uitwisselen.

9.3.1 Huisartsen

De meeste huisartsen maken gebruik van een systeem om elektronisch gegevens uit te wisselen met huisartsenposten, apotheken, laboratoria en ziekenhuizen (het percentage varieert tussen 91% en 96%). We zien dat meer huisartsen met zelfstandige behandelcentra (ZBC's) kunnen uitwisselen (77% in 2016 tegen 61% in 2014; ten opzichte van

*Figuur 9-4
Medisch specialisten
- Percentage medisch specialisten dat gebruik maakte van een systeem voor gestandaardiseerde elektronische informatie-uitwisseling met andere zorgverleners of zorginstellingen (ten opzichte van de medisch specialisten die dat wenselijk vinden); van 2014 tot 2016.*

* $p \leq 0,05$
** $p \leq 0,01$
*** $p \leq 0,001$



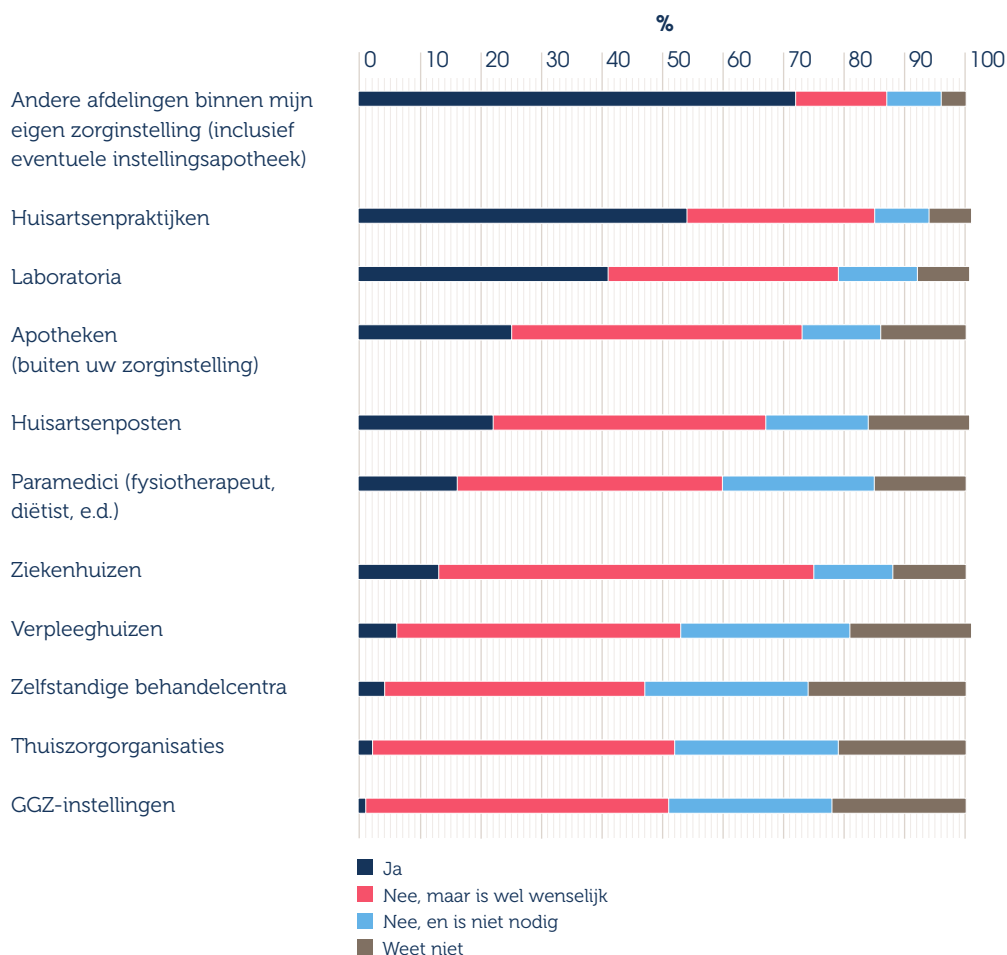
de artsen die dat wenselijk vinden). Ook de mogelijkheid om met GGZ-instellingen (geestelijke gezondheidszorg) elektronisch gegevens uit te wisselen, is sinds 2014 toegenomen – al is er tussen 2015 en 2016 weinig verschil (zie figuur 9-2, en tabel 9-3).

In 2016 is het percentage huisartsen het laagst dat elektronisch gegevens kan uitwisselen met de dienst voor maatschappelijke ondersteuning bij gemeen-

tes, wijkverpleegkundigen, thuiszorgorganisaties en verpleeghuizen. Dit was ook het geval in 2014.

Wanneer we kijken naar 2016, zien we dat een groot deel van de huisartsen het wenselijk vindt om met wijkverpleegkundigen en met instellingen als gemeentes, thuiszorgorganisaties en verpleeghuizen elektronisch informatie te kunnen uitwisselen. Maar er is ook een groep van een vijfde tot een derde die dit niet nodig vindt (zie figuur 9-3 en tabel 9-4).

*Figuur 9-5
Medisch specialisten - Percentage medisch specialisten bij wie de afdeling gebruikt van een systeem voor gestandaardiseerde elektronische informatie-uitwisseling met andere zorgverleners of zorginstellingen; in 2016 (n=274).*



9.3.2 Medisch specialisten

Sinds 2014 is het percentage medisch specialisten die elektronische informatie uit kunnen wisselen met andere zorgverleners buiten de instelling of afdeling, gelijk gebleven (ten opzichte van de specialisten die dat wenselijk vinden; zie figuur 9-4 en tabel 9-5). In 2016 gaven specialisten, net als in voorgaande jaren, het vaakst aan elektronisch informatie te kunnen uitwisselen met andere afdelingen binnen hun instelling. Gegevensuitwisseling is voor hen het minst mogelijk met GGZ-instellingen, thuiszorgorganisaties, ZBC's, verpleeg-

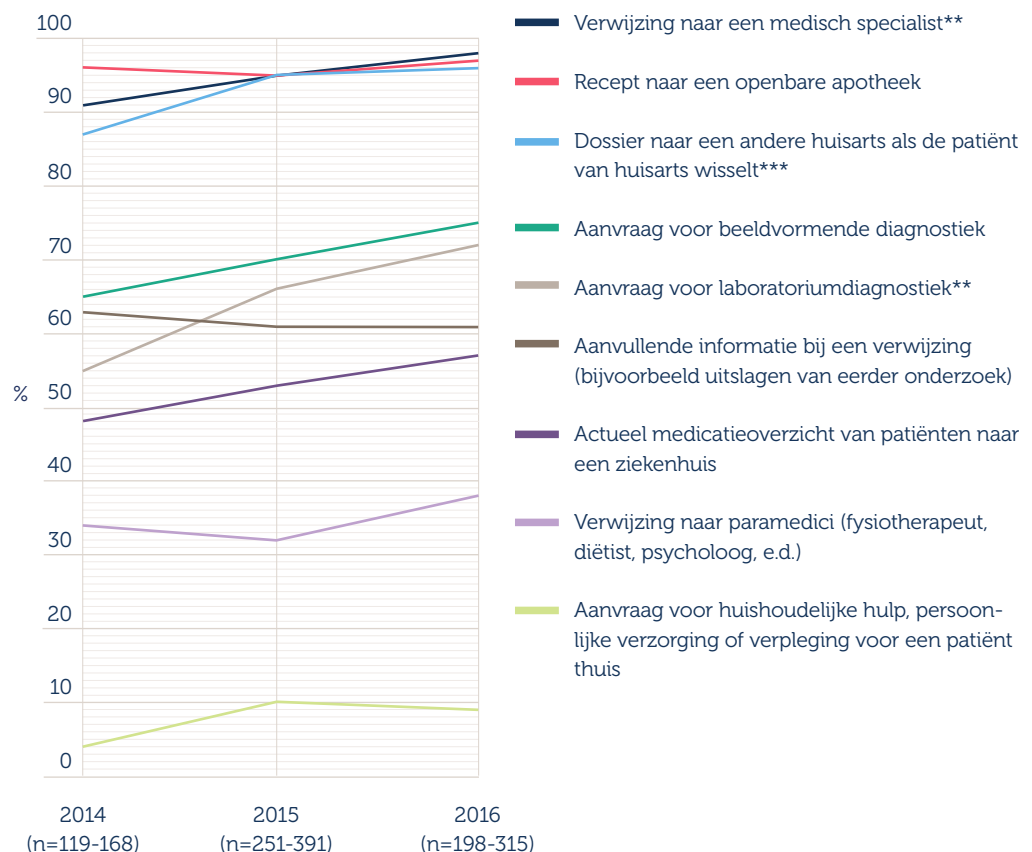
huizen en ziekenhuizen. Wanneer we naar de medisch specialisten kijken in 2016, geeft ongeveer de helft van hen aan met deze instanties niet elektronisch gegevens te kunnen uitwisselen, maar dit wel te willen (zie figuur 9-5 en tabel 9-6).

9.4 Gegevens versturen en ontvangen

Aan zowel huisartsen als medisch specialisten wordt sinds 2014 gevraagd welk type bestanden zij kunnen *versturen aan en/of ontvangen* van andere zorgverleners of instellingen.

Figuur 9-6
Huisartsen - Percentage huisartsen van wie het informatiesysteem de volgende voorbeelden van patiëntinformatie elektronisch kan **versturen** (ten opzichte van de huisartsen die dat wenselijk vinden); van 2014 tot 2016.

* $p \leq 0,05$
** $p \leq 0,01$
*** $p \leq 0,001$

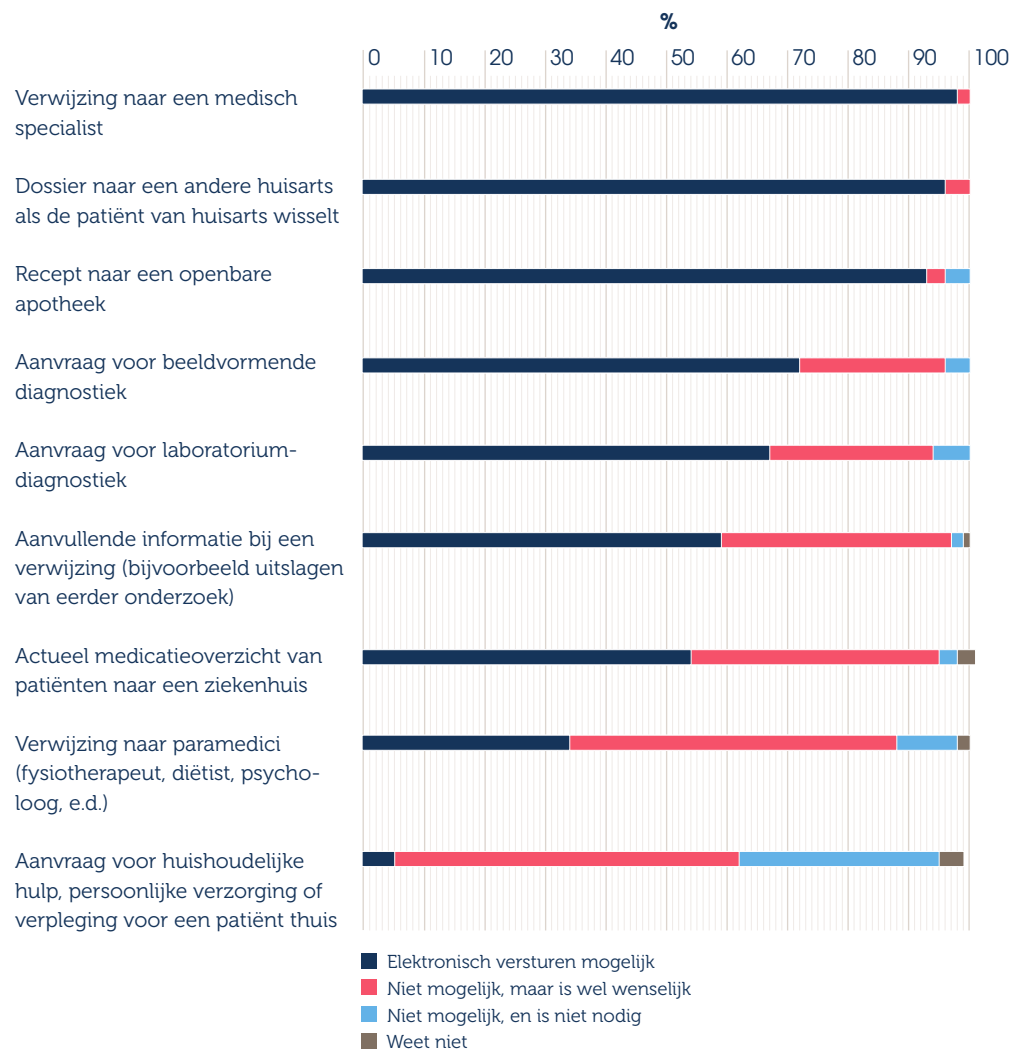


9.4.1 Huisartsen

Huisartsen kunnen sinds 2014 vaker verwijzingen *versturen* naar medisch specialisten (98% in 2016 tegen 91% in 2014; ten opzichte van de huisartsen die dat wenselijk vinden). Ook kunnen de huisartsen vaker dossiers naar een andere huisarts versturen als de patiënt van huisarts wisselt (van 87% in 2014,

naar 96% in 2016). Een sterke groei is te zien in de elektronische mogelijkheid om laboratoriumdiagnostiek aan te vragen. Deze aanvragen konden in 2014 door ruim de helft (55%) van de huisartsen worden verstuurd en in 2016 door bijna drie kwart van hen (72%; zie figuur 9-6 en tabel 9-7). Onder huisartsen blijft het in 2016 (figuur 9-7 en

*Figuur 9-7
Huisartsen - Percentage huisartsen van wie het informatiesysteem de volgende voorbeelden van patiëntinformatie elektronisch kan **versturen**; in 2016 (n=316).*



tabel 9-8) echter nauwelijks mogelijk om aanvragen te versturen voor huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging of verpleging voor een patiënt thuis. Ruim de helft vindt dit wel wenselijk (57%). Ook is het in mindere mate mogelijk (34%) om elektronisch verwijzingen naar paramedici (zoals een fysiotherapeut, diëtist, en psycholoog) te versturen, terwijl de helft van de huisartsen dat wel wenselijk vindt (54%).

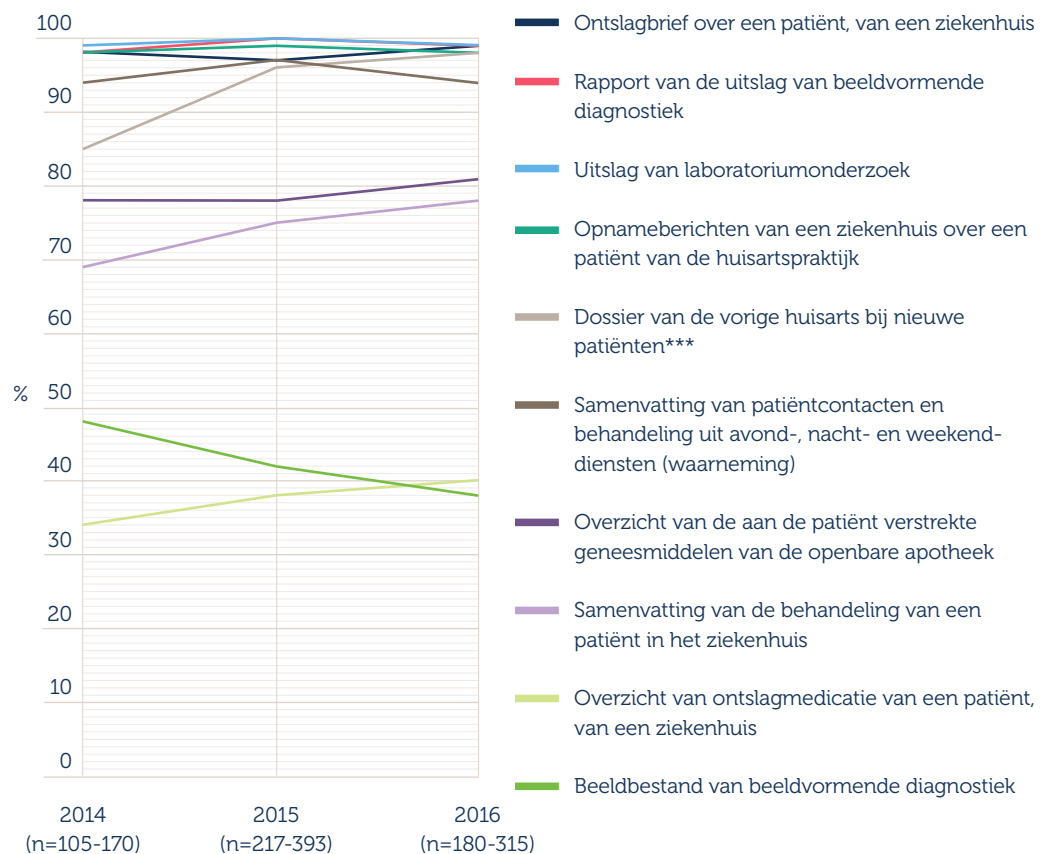
Het percentage huisartsen dat de mogelijkheid heeft om gegevens te kunnen *ontvangen* van andere zorginstellingen of praktijken is in het

algemeen stabiel sinds de voorgaande jaren (ten opzichte van de huisartsen die dat wenselijk vinden). De enige toename zien we in de mogelijkheid om dossiers van de vorige huisarts te ontvangen voor nieuwe patiënten (zie figuur 9-8 en tabel 9-9).

In 2016 geeft zes op de tien huisartsen (58%) aan dat het niet mogelijk is om een overzicht te ontvangen van ontslagmedicatie van een patiënt uit het ziekenhuis, terwijl dit wel gewenst is. Beeldbestanden van beeldvormende diagnostiek kunnen door een op de vijf huisartsen worden

Figuur 9-8
Huisartsen - Percentage huisartsen van wie het informatiesysteem de volgende voorbeelden van patiëntinformatie elektronisch kan **ontvangen** (ten opzichte van de huisartsen die dat wenselijk vinden); van 2014 tot 2016.

* $p \leq 0,05$
** $p \leq 0,01$
*** $p \leq 0,001$

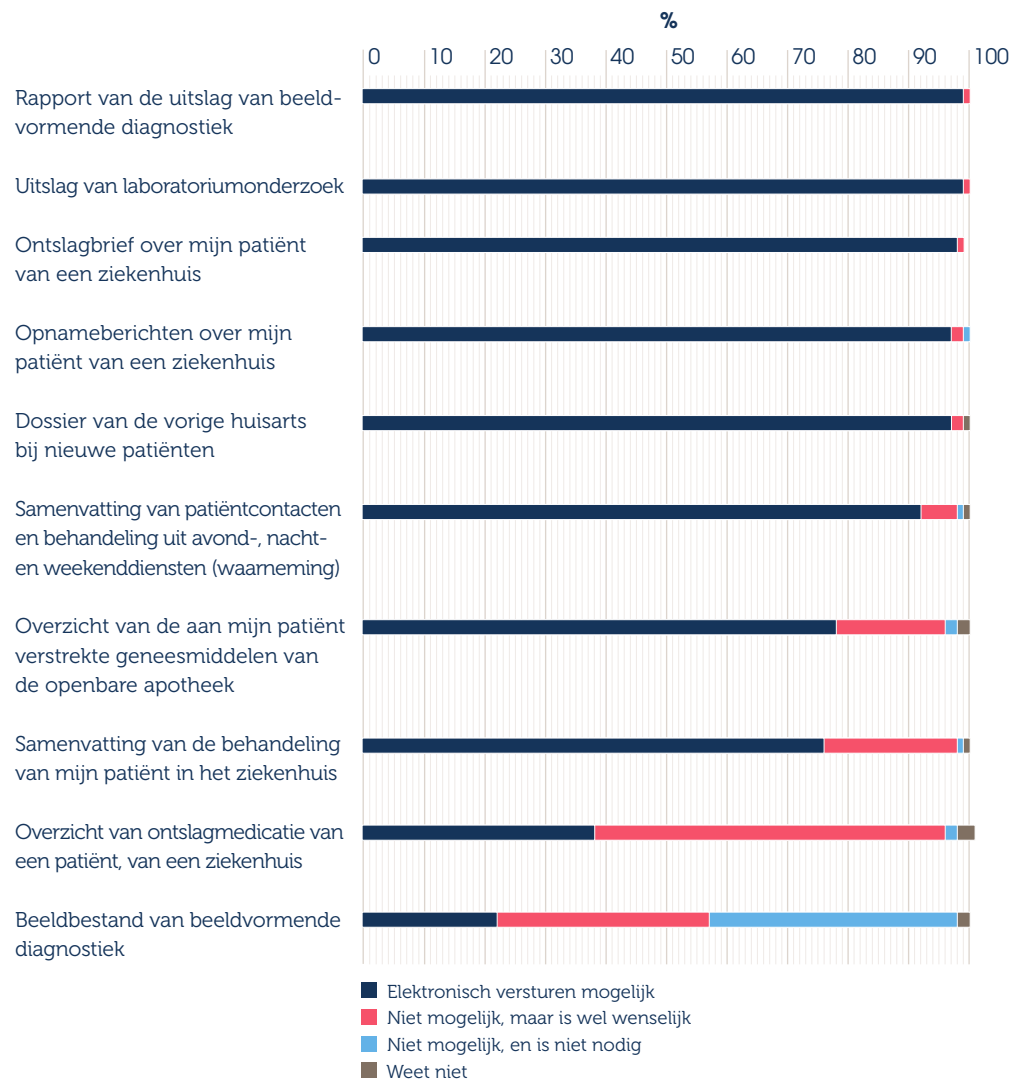


ontvangen. Het deel van hen dat dat wel wenselijk vindt, is echter ongeveer even groot als het deel dat dat niet nodig vindt. Zie figuur 9-9 en tabel 9-10.

Om een indruk te krijgen van hoe adequaat de gegevensuitwisseling is, maken we een onderscheid in de tijdigheid waarmee de informatie

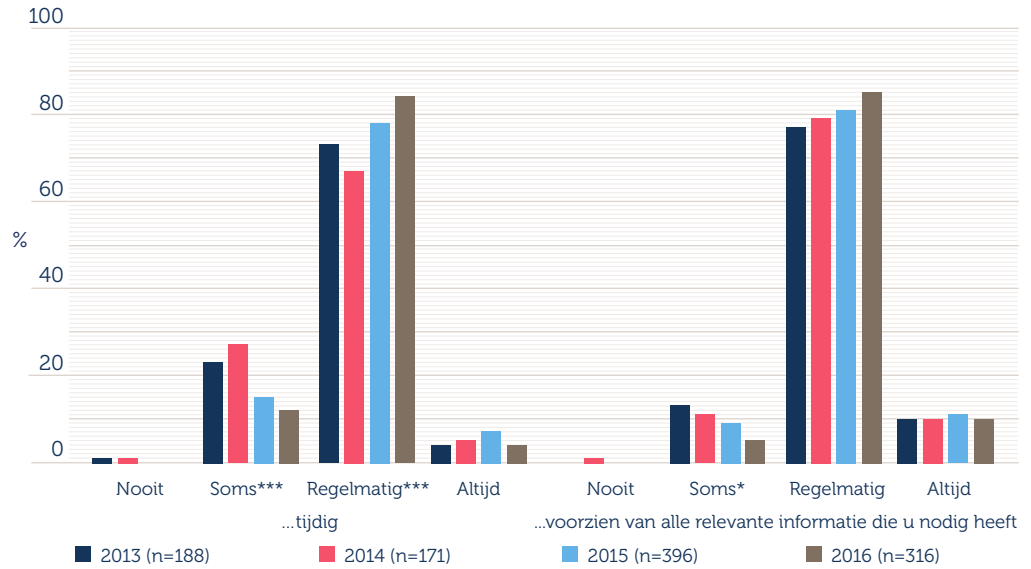
wordt ontvangen en of daarbij alle relevante informatie aanwezig is. We zien dat huisartsen ten opzichte van voorgaande jaren vaker de informatie tijdig ontvangen en dat de gegevens vaker alle relevante informatie bevatten. Deze verschuiving is te zien in figuur 9-10 (en tabel 9-11).

*Figuur 9-9
Huisartsen - Percentage huisartsen van wie het informatiesysteem de volgende voorbeelden van patiëntinformatie elektronisch kan **ontvangen**; in 2016 (n=316).*



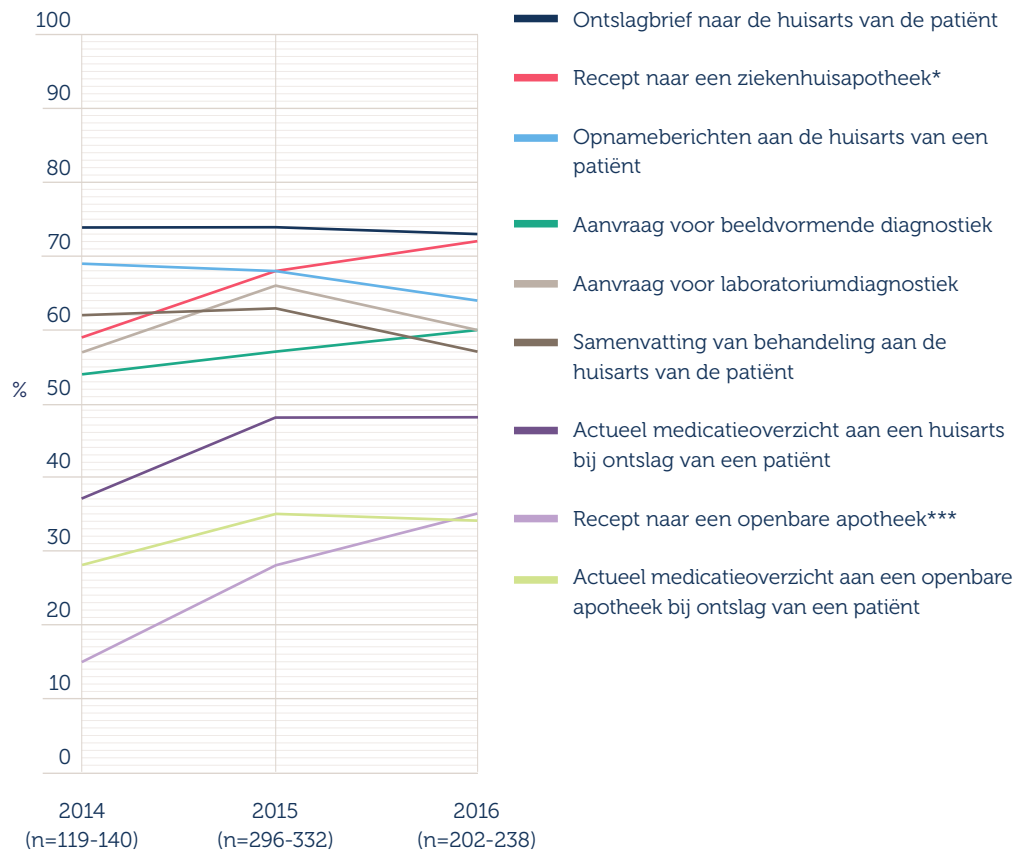
Figuur 9-10
 Huisartsen - Percentage huisartsen dat tijdig en alle relevante informatie ontvangt als hun patiënt een medisch specialist of ziekenhuis heeft bezocht; van 2013 tot 2016.

* $p \leq 0,05$
 ** $p \leq 0,01$
 *** $p \leq 0,001$



Figuur 9-11
 Medisch specialisten - Percentage medisch specialisten van wie het informatiesysteem de volgende voorbeelden van patiëntinformatie elektronisch kan **versturen** (ten opzichte van de medisch specialisten die dat wenselijk vinden); van 2014 tot 2016.

* $p \leq 0,05$
 ** $p \leq 0,01$
 *** $p \leq 0,001$



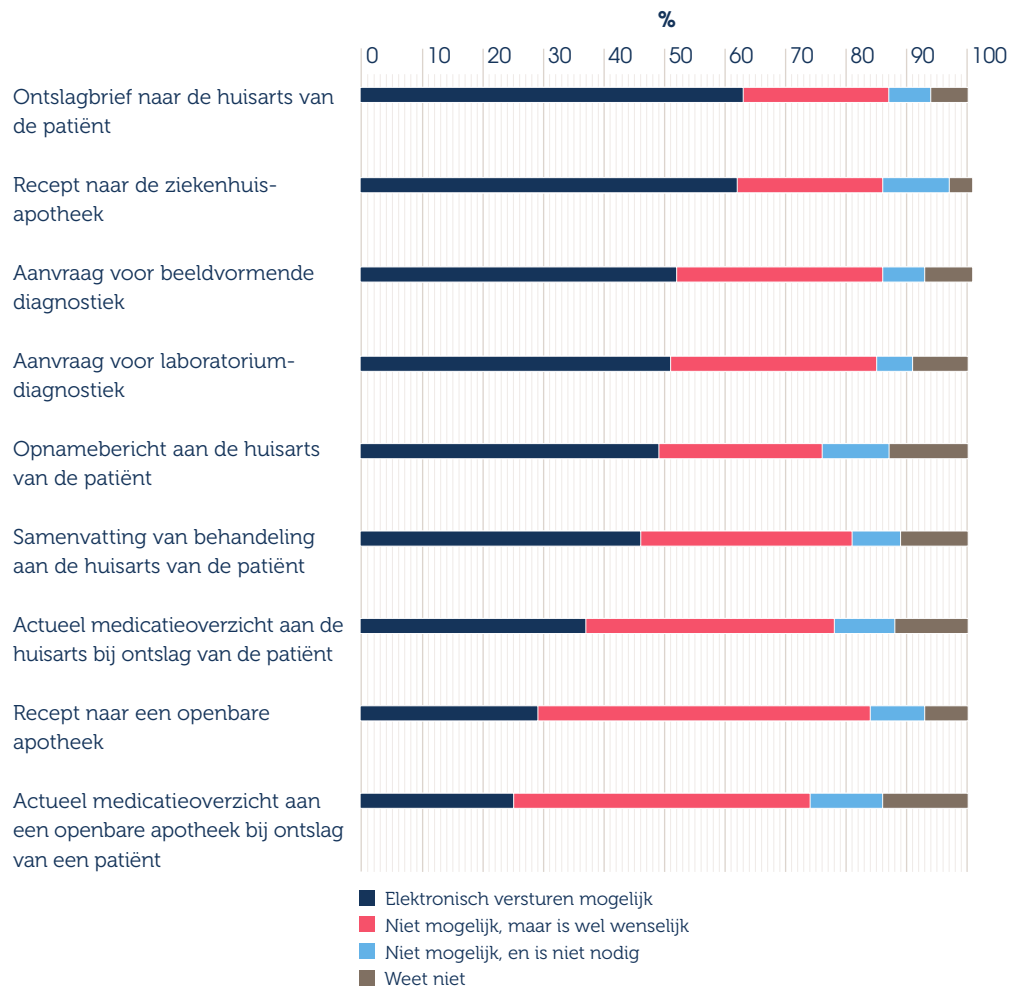
9.4.2 Medisch specialisten

Onder medisch specialisten zijn er twee trends waargenomen in het percentage dat elektronisch gestandaardiseerde gegevens kan *versturen* (ten opzichte van de artsen die dat wenselijk vinden; zie figuur 9-11 en tabel 9-12). Er is een redelijk sterke toename te zien in het percentage medisch specialisten dat recepten naar ziekenhuisapotheken kan versturen (van 59% in 2014 naar 72% in

2016). Ook is er een toename in het percentage medisch specialisten dat recepten naar openbare apotheken kan versturen (van 15% in 2014 naar 35% in 2016).

Er is ruimte voor verdere groei. Zo is het in 2016 voor de helft van alle bevroegde medisch specialisten nog niet mogelijk recepten naar openbare apotheken te versturen, terwijl zij dit wel willen.

*Figuur 9-12 Medisch specialisten - Percentage medisch specialisten van wie het informatiesysteem de volgende voorbeelden van patiëntinformatie elektronisch kan **versturen**; in 2016 (n=274).*



Bovendien kunnen nog maar weinig medisch specialisten actuele medicatieoverzichten versturen aan een openbare apotheek (25%) en actuele medicatieoverzichten aan de huisarts bij ontslag van een patiënt (37%). Zie figuur 9-12 en tabel 9-13.

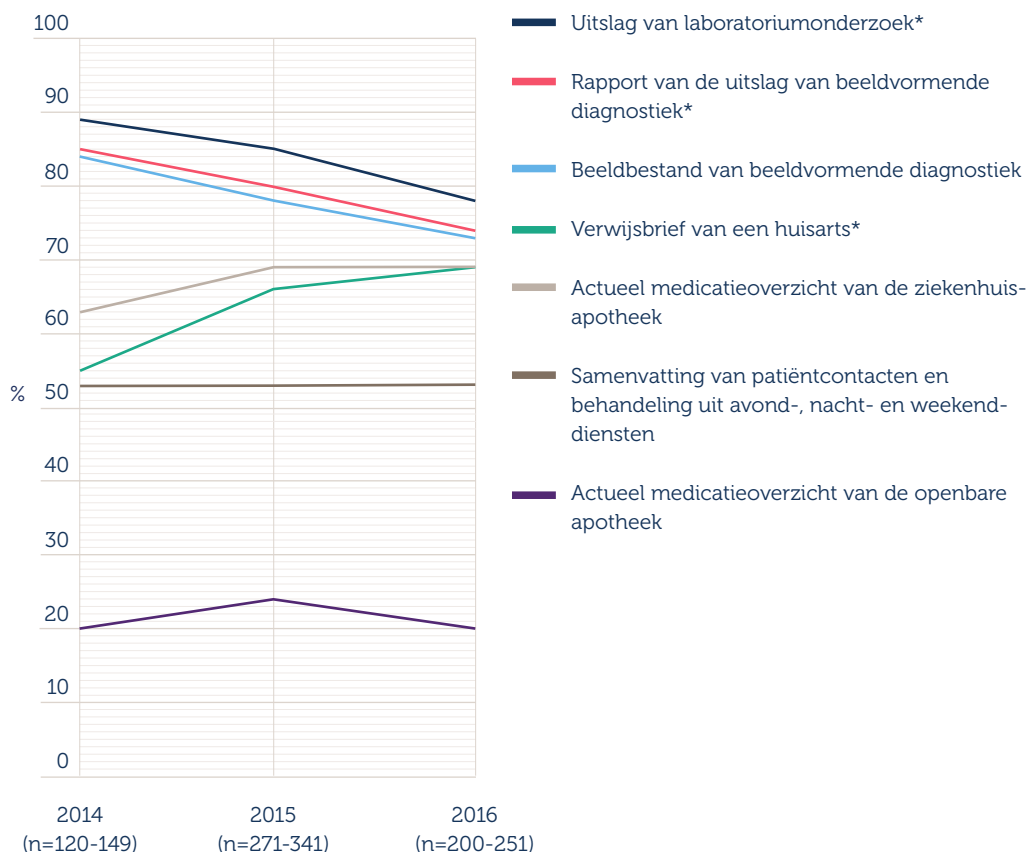
Ten opzichte van de medisch specialisten die het wenselijk vinden om bepaalde informatie te ontvangen, zien we drie trends optreden sinds voorgaande jaren (zie figuur 9-13 en tabel 9-14). Ten eerste is er een hoger percentage specialisten dat verwijsbrieven kan ontvangen van huisartsen.

Was dat in 2014 nog 55%, in 2016 bedraagt dit percentage 69%. Ten tweede zien we dat het percentage medisch specialisten dat rapportages van uitslagen van beeldvormende diagnostiek kan ontvangen, is gedaald van 85% in 2014 naar 74% in 2016. Ten derde kunnen iets minder medisch specialisten uitslagen ontvangen van laboratoriumonderzoek: 89% in 2014 tegen 78% in 2016.

In 2016 kan een relatief laag percentage van alle bevroegde medisch specialisten een actueel medicatieoverzicht ontvangen van een openbare

Figuur 9-13
Medisch specialisten
- Percentage medisch specialisten van wie het informatiesysteem de volgende voorbeelden van patiëntinformatie elektronisch kan ontvangen (ten opzichte van de medisch specialisten die dat wenselijk vinden); van 2014 tot 2016.

* $p \leq 0,05$
** $p \leq 0,01$
*** $p \leq 0,001$



apothek bij opname van een patiënt (16%). Het merendeel van hen vindt dit echter wel wenselijk. Andere informatie kan vaker ontvangen worden. Zie figuur 9-14 en tabel 9-15.

We hebben medisch specialisten ook gevraagd in hoeverre zij gegevens tijdig ontvangen en of de gegevens alle relevante informatie bevatten. De tijdigheid van ontvangst is in deze groep sinds 2013 onveranderd. De mate waarin de ontvangen gegevens alle relevante informatie bevatten, varieert onder de specialisten die aangeven dat soms alle relevante informatie wordt ontvangen. Zie figuur 9-15 en tabel 9-16.

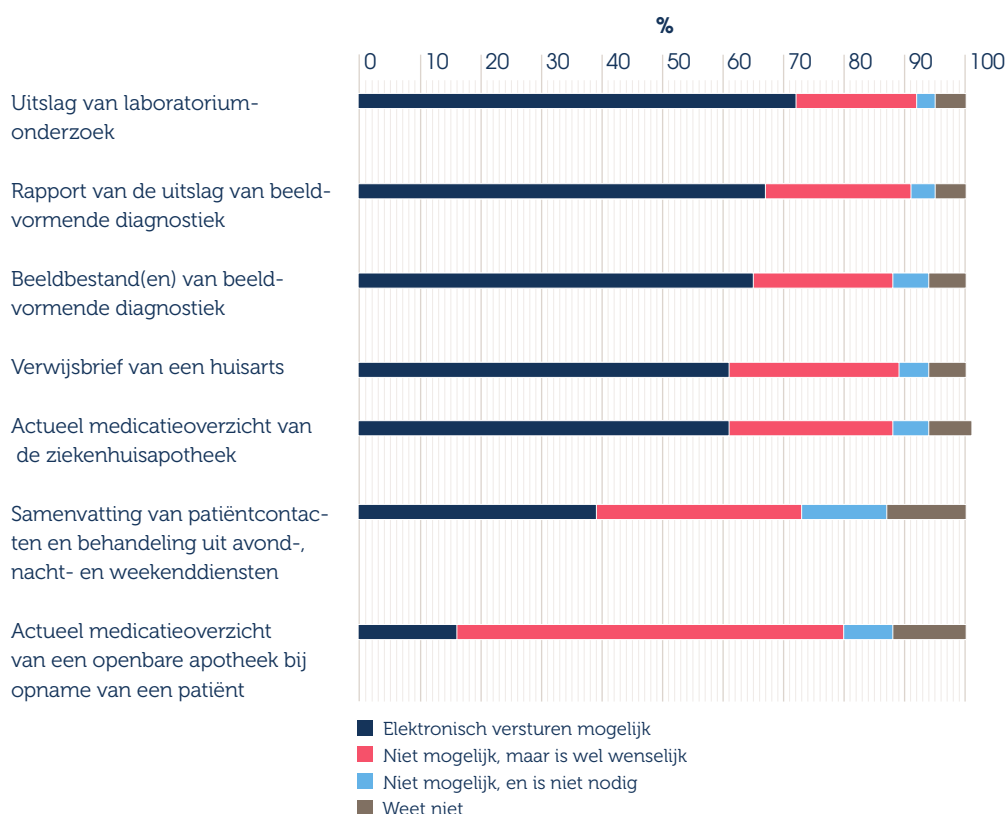
9.5 Elektronische gegevensuitwisseling volgens managers, bestuurders en verpleegkundigen

Aan managers en bestuurders van zorginstellingen in de care en aan verpleegkundigen²⁸ hebben we gevraagd of elektronische uitwisseling van medische gegevens mogelijk is voor hun instelling met andere zorgverleners.

9.5.1 Managers en bestuurders in de care

Volgens de helft (50%) van de managers en bestuurders in de care is elektronische gegevensuitwisseling op beperkte tot volledige schaal in hun organisatie geïmplementeerd. Daarnaast zijn er

Figuur 9-14 Medisch specialisten - Percentage medisch specialisten van wie het informatiesysteem de volgende voorbeelden van patiëntinformatie elektronisch kan ontvangen; in 2016 (n=274).



28 We hebben onderzoek gedaan onder verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners, maar duiden deze groep in verband met de leesbaarheid aan als 'verpleegkundigen'.

plannen om elektronische gegevensuitwisseling te implementeren bij ruim een kwart van de organisaties. Zie tabel 9-17.

9.5.2 Verpleegkundigen

Onder verpleegkundigen in de care is een aanzienlijke stijging te zien in het gebruik van elektronische gegevensuitwisseling. In 2016 gaf 58% van hen aan dat zij zelf gebruikmaakten van elektronische gegevensuitwisseling of dat anderen in hun instelling dit deden. In 2014 bedroeg dit percentage 31% (zie figuur 9-16 en tabel 9-18).

Hoewel er geen stijging te zien is in het gebruik van elektronische gegevensuitwisseling onder verpleegkundigen in de cure, maken zij er wel meer gebruik van dan verpleegkundigen in de care. Van de verpleegkundigen in de cure geeft 68% namelijk aan dat zij zelf werken met elektronische gegevensuitwisseling of dat anderen in de

instelling dit doen. Daarnaast geeft 8% aan dat de instelling plannen heeft om dit binnen een jaar te gaan gebruiken (zie tabel 9-19).

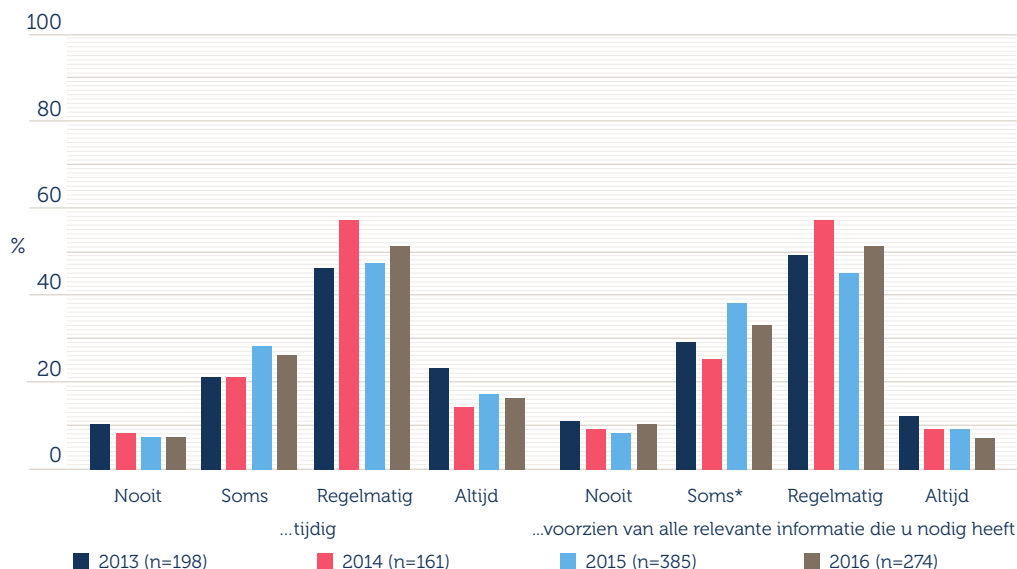
9.6 Teleconsultatie en digitale consultgesprekken

Artsen kunnen elkaar via het internet op afstand consulteren over bepaalde patiënten en de waarnemingen die zij bij hen hebben gedaan. Sinds 2015 hebben we huisartsen gevraagd welke mogelijkheden er zijn voor teleconsultatie, waarbij de huisarts digitaal advies vraagt aan een medisch specialist. Dat wil zeggen: de huisarts doet zelf onderzoek bij een patiënt en stuurt de resultaten naar de specialist ter beoordeling of advies.

Aan medisch specialisten hebben we gevraagd of zij digitale consultgesprekken met andere zorgverleners binnen en/of buiten de instelling kunnen voeren, waarbij de zorgverleners elkaar kunnen zien

*Figuur 9-15
Medisch specialisten
- Percentage medisch specialisten dat tijdig en alle relevante informatie ontvangt bij opname van een patiënt; van 2013 tot 2016.*

* $p \leq 0,05$
** $p \leq 0,01$
*** $p \leq 0,001$



via een videoverbinding. Hieronder bespreken we de trends die we waarnemen.

9.6.1 Huisartsen

Onder de huisartsen die gebruik willen maken van teleconsultatie, hebben we gekeken naar veranderingen in het de toepassing van teleconsultatie voor een aantal gebieden. We zien dat huisartsen sinds vorig jaar meer teleconsultatie toepassen voor cardiologie (voor de beoordeling van een elektrocardiogram). Het percentage is gestegen van 48% in 2015 naar 63% in 2016. Andere trends zijn nog niet waarneembaar (zie figuur 9-17 en tabel 9-20).

Het percentage huisartsen dat in 2016 teleconsultatie toepast, is het hoogst voor dermatologie (78%) en het laagst voor radiologie (4%). Er zijn onder huisartsen weinig plannen om mogelijkheden voor teleconsultatie voor radiologie uit te breiden. Voor cardiologie, pulmonologie en psychische klachten zijn er bij ongeveer een kwart van de huisartsen nog geen plannen om teleconsultatie te gaan gebruiken, terwijl deze groep dit wel zou willen (zie figuur 9-18 en tabel 9-21).

9.6.2 Medisch specialisten

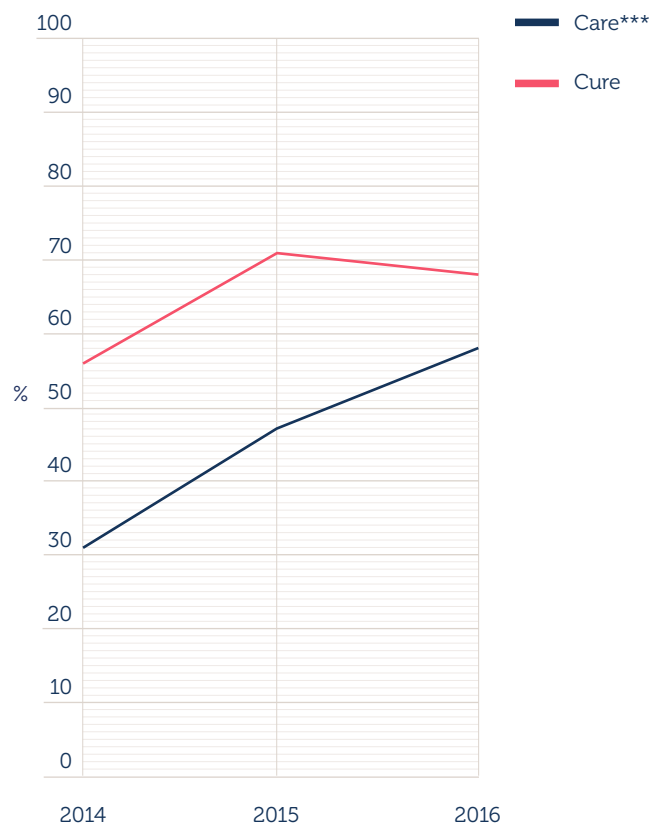
Wij hebben medisch specialisten gevraagd of zij

*Figuur 9-16
Verpleegkundigen in de
cure en care - Percentage
verpleegkundigen
dat aangeeft dat zij
zelf of anderen in de
instelling gebruikmaken
van elektronische
gegevensuitwisseling,
uitgesplitst naar care
(n=399-589) en cure
(n=220-311); van 2014
tot 2016.*

* $p \leq 0,05$

** $p \leq 0,01$

*** $p \leq 0,001$



via internet een gesprek kunnen voeren met een aantal soorten zorgverleners binnen en buiten de eigen zorginstelling, waarbij de zorgverleners elkaar kunnen zien. Het percentage medisch specialisten (ten opzichte van de specialisten die dat wenselijk vinden) dat een digitaal consultgesprek kan voeren met een andere medisch specialist buiten de eigen instelling, is afgenomen van 40% in 2015 naar 28% in 2016. Er zijn geen andere trends waargenomen sinds vorig jaar (zie figuur 9-19 en tabel 9-22).

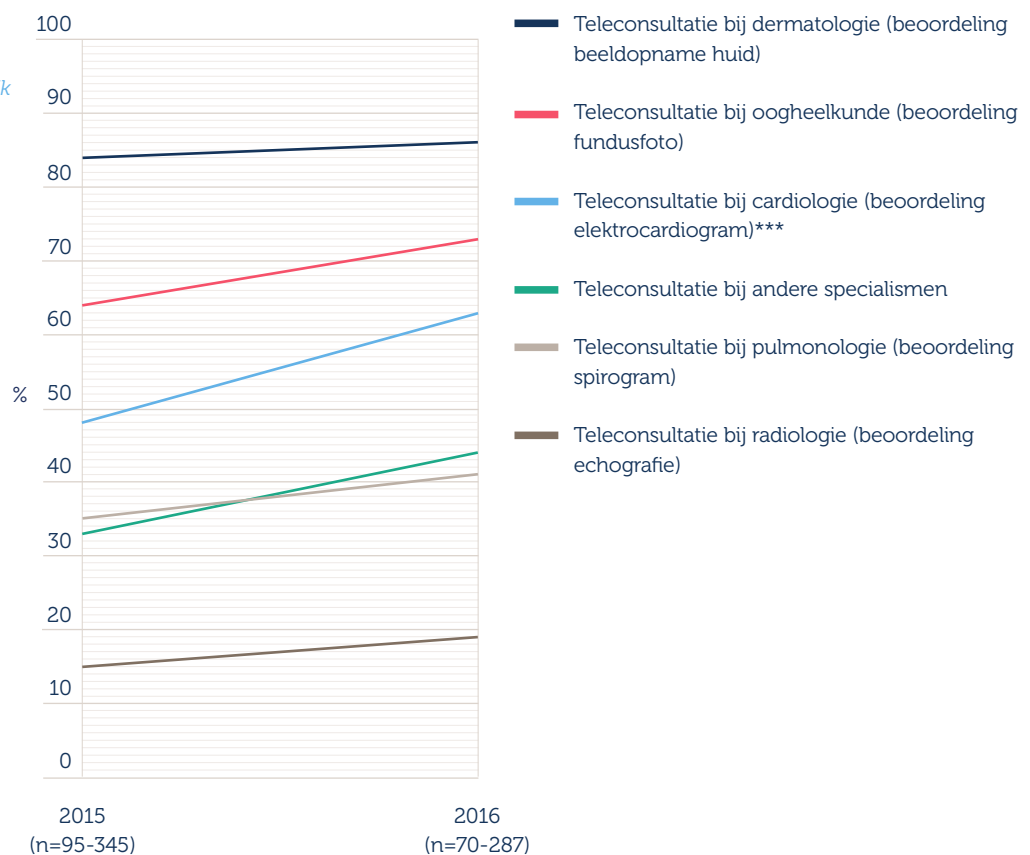
Wanneer we specifiek naar 2016 kijken, zien we dat er weinig medisch specialisten digitale consultgesprekken kunnen voeren met huisartsen (2%) en psychiaters (1%). Bijna de helft van alle specialisten vindt het gewenst met een huisarts een digitaal consultgesprek te kunnen voeren en 35% wil dit met een psychiater kunnen (zie figuur 9-20 en tabel 9-23).

9.7 Conclusie en discussie

Vooral huisartsen kunnen met meerdere instanties gegevens uitwisselen; medisch specialisten kun-

*Figuur 9-17
Huisartsen - Percentage huisartsen dat in hun praktijk teleconsultatie gebruikt (ten opzichte van de huisartsen die dat wenselijk vinden); in 2015 en 2016.*

* $p \leq 0,05$
** $p \leq 0,01$
*** $p \leq 0,001$

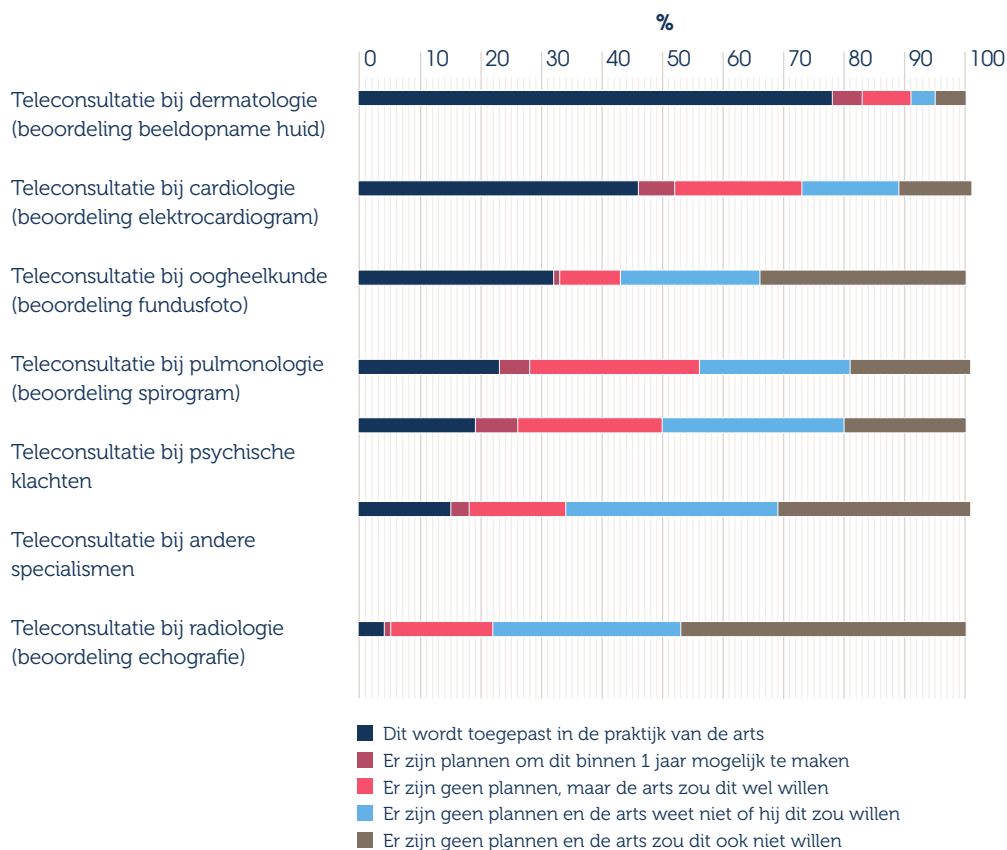


nen dat in veel mindere mate. Onder medisch specialisten zien we weinig ontwikkeling tussen 2014 en 2016 in de mate waarin zij elektronisch informatie kunnen uitwisselen met andere instellingen.

Elektronische gegevensuitwisseling met de thuiszorg, wijkverpleegkundige of het verpleeghuis is voor huisartsen nog steeds nauwelijks mogelijk. Ook medisch specialisten kunnen vaak nog weinig elektronisch informatie uitwisselen met andere ziekenhuizen, apotheken, of care-instellingen.

Toch zien we enkele ontwikkelingen in de elektronische communicatie onder zorgverleners. Zo kunnen meer huisartsen elektronisch informatie delen met ZBC's en GGZ-instellingen. Dossieroverdracht aan een andere huisarts als een patiënt overstapt, is voor meer huisartsen mogelijk geworden. Ook kunnen zij vaker elektronisch verwijzingen versturen naar medisch specialisten, die op hun beurt verwijzingen vaker elektronisch kunnen ontvangen. Verder geven huisartsen aan dat gegevens iets vaker tijdig worden ontvangen en alle relevante informatie bevatten als een patiënt een medisch specialist bezoekt.

*Figuur 9-18
Huisartsen - Percentage huisartsen dat in hun praktijk teleconsultatie gebruikt; in 2016 (n=316).*

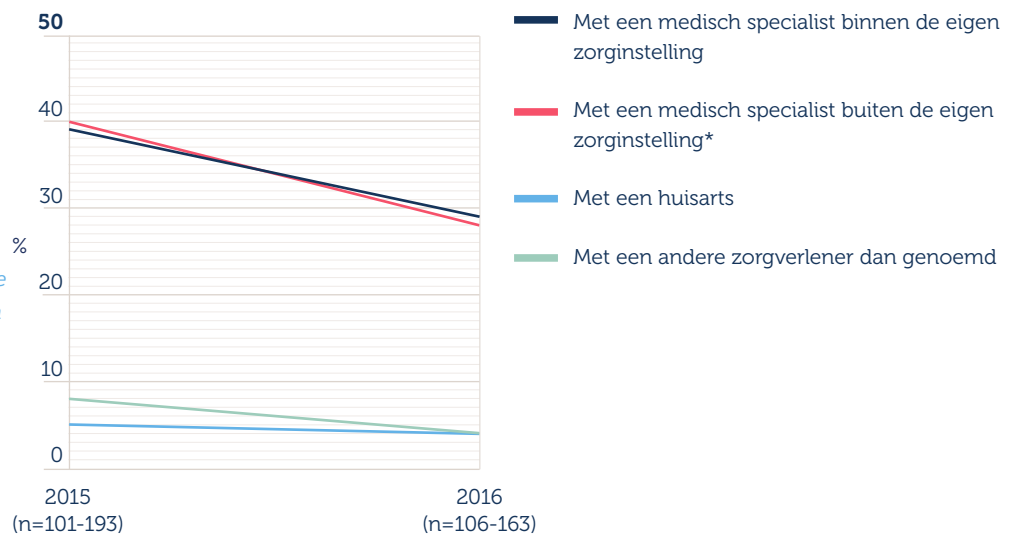


Onder verpleegkundigen zien we dat in het gebruik van elektronische informatie-uitwisseling verpleegkundigen in de cure (68%) voorlopen op de care (58%). Deze bevinding sluit aan bij de

situatie op het gebied van elektronische dossiervoering (zie hoofdstuk 8).

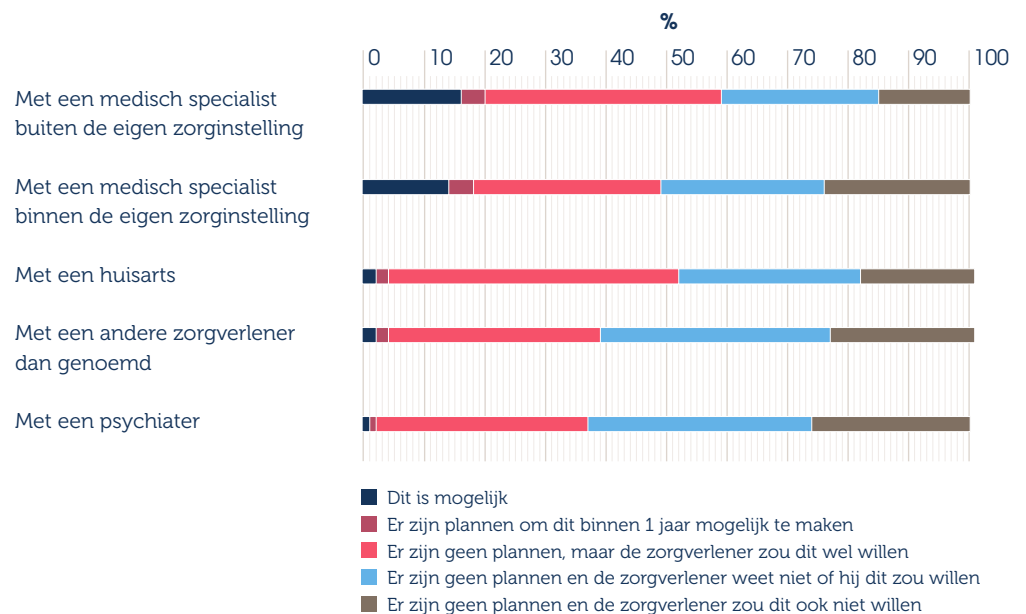
Goede overdracht van patiëntgegevens is van

Figuur 9-19
Medisch specialisten
- Percentage medisch specialisten dat op hun afdeling een digitaal consultgesprek kan voeren met de volgende zorgverleners waarbij men elkaar kan zien (ten opzichte van de medisch specialisten die dat wenselijk vinden); in 2015 en 2016.



* $p \leq 0,05$
** $p \leq 0,01$
*** $p \leq 0,001$

Figuur 9-20
Medisch specialisten -
Percentage medisch specialisten dat op hun afdeling een digitaal consultgesprek kan voeren met de volgende zorgverleners waarbij men elkaar kan zien; in 2016 (n=274).



essentieel belang voor goede zorgverlening. Uit eerder onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) blijkt echter dat patiëntgegevens niet in alle gevallen correct aanwezig of geadministreerd waren in EPD's en dat de medicatieoverdracht een knelpunt is (IGZ, 2015). Ook uit ons onderzoek blijkt medicatie-overdracht een probleem. Zo zien we dat zes op de tien huisartsen (58%) geen overzicht van ontslagmedicatie van een patiënt uit het ziekenhuis kan ontvangen. Lang niet alle medisch specialisten kunnen actuele medicatieoverzichten uitwisselen met openbare apotheken bij opname of ontslag van een patiënt. Daarnaast kunnen specialisten het actuele medicatieoverzicht vaak niet versturen naar de huisarts bij ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis.

Verbetering in de mogelijkheid tot uitwisseling van deze gegevens is vooral belangrijk omdat de continuïteit van de zorg kan worden belemmerd en de patiëntveiligheid in het geding kan komen, wanneer artsen en andere zorgverleners niet kunnen beschikken over het actuele medicatieoverzicht of incomplete patiëntendossiers hebben (IGZ, 2011; Janssen et al., 2011). Uit recent onderzoek onder zorggebruikers blijkt dat de helft wel eens heeft meegemaakt dat er fouten dreigden te ontstaan of daadwerkelijk ontstonden bij een huisarts, in een ziekenhuis, of bij een zorginstelling. Dit ging dan vaak om het voorschrijven van verkeerde medicatie of het stellen van een foutieve diagnose (Lekkerkerk & Van der Steen, 2015).

Vooraf in het geval van kwetsbare ouderen is de continuïteit van zorg problematisch wanneer medische gegevens ontbreken. Zij hebben vaak

meerdere gezondheidsproblemen, gebruiken verschillende geneesmiddelen en het herstel na een ziekenhuisopname vindt steeds vaker thuis plaats (IGZ, 2015). Patiënten kunnen risico lopen op gezondheidsschade of verlies van kwaliteit van leven als de zorgverleners die de verantwoordelijkheid voor de zorg overnemen, niet tijdig kunnen beschikken over complete en correcte gegevens (IGZ, 2015).

Er zijn verschillende initiatieven gaande om de mogelijkheden om de elektronische informatie-uitwisseling te verbeteren. Dit is een aandachtspunt binnen het programma Innovatie en zorgvernieuwing van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en ook binnen het in 2014 opgerichte Informatieberaad. Hoofdstuk 2 gaat hier kort op in. Er zijn daarnaast richtlijnen opgesteld op het gebied van standaardisatie van informatie-uitwisseling, maar deze worden nog niet door alle zorgaanbieders omarmd en geïmplementeerd (IGZ, 2014).

Ook zien we dat smartphones en diensten als WhatsApp niet meer weg te denken zijn uit ons leven. Ook artsen gebruiken deze diensten. Het is daarom interessant om nader te onderzoeken welke andere manieren artsen gebruiken om gegevens uit te wisselen via smartphones en tablets. Zo bleek uit ons onderzoek dat artsen daarvoor ook wel publieke diensten gebruiken, zoals WhatsApp en Dropbox (20% van de huisartsen). Mogelijk is dit een makkelijke en snelle manier om te overleggen met collega's. Een onderzoek van KNMG (2016) gaat dieper in op het gebruik van WhatsApp in de zorg.

Tot slot kunnen we concluderen dat het belangrijk is om de bestaande mogelijkheden voor gestandaardiseerde elektronische informatie-uitwisseling te verbeteren, aangezien er op veel onderdelen nog geen of weinig verandering is (of zelfs achteruitgang) en gezien de grote wens onder artsen om meer vormen van elektronische informatie-uitwisseling te kunnen gebruiken.

9.8 Referenties

Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2011). De staat van de gezondheidszorg 2011. *Informatie-uitwisseling in de zorg: ICT lost knelpunten zonder standaardisatie van de informatie-uitwisseling niet op*. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2014). *'Quick scan' Standaarden elektronische informatie-uitwisseling*. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2015). *Continuïteit van zorg voor kwetsbare ouderen vanuit het ziekenhuis naar verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg en huisartsen niet gewaarborgd*. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Janssen, M.J.A., Van Breukelen, R.L., Borgsteede, S.D., Kooy, M.J., Karapinar-Çarkit, F. (2011). Registratie ontslagmedicatie in de regio Amsterdam: overdracht medicatiegegevens nog verre van ideaal. *PW Wetenschappelijk Platform*, 5(4), 35-57.

KNMG. (2016). *KNMG Artsenpanel: WhatsApp is waardevol, maar beveiliging een must*. Geraadpleegd op 24 augustus 2016 op [https://www.knmg.](https://www.knmg.nl/actualiteit-opinie/nieuws/nieuwsbericht/knmg-artsenpanel-whatsapp-is-waardevol-maar-beveiliging-een-must.htm)

[nl/actualiteit-opinie/nieuws/nieuwsbericht/knmg-artsenpanel-whatsapp-is-waardevol-maar-beveiliging-een-must.htm](https://www.knmg.nl/actualiteit-opinie/nieuws/nieuwsbericht/knmg-artsenpanel-whatsapp-is-waardevol-maar-beveiliging-een-must.htm).

Lekkerkerk, T., Van der Steen, J. (2015). *Rapport medicatie 'Veilige zorg'*. Utrecht: Patiëntenfederatie NPCF. Geraadpleegd op 24 augustus 2016 op <https://www.patiëntenfederatie.nl/images/themes/RapportVeiligeZorgdef.pdf>.

Minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2014). *Kamerbrief betreffende e-health en zorgverbetering*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Dankwoord

Nictiz en het NIVEL bedanken de volgende personen en organisaties voor hun bijdrage aan het onderzoek.

- De leden van de begeleidingscommissie, voor hun waardevolle suggesties en opmerkingen: Guus Schrijvers, Arina Burghouts, Jeroen Crasborn, Erwin Eisinger, Annemiek Mulder, Henk Herman Nap, Sjaak Nouwt, Inga Tharun, Albert Versteegde en Renée Verwey.
- De volgende organisaties, voor hun bijdrage aan de begeleidingscommissie: Actiz, KNMG, Patiëntenfederatie Nederland, V&VN, Vilans, het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Zilveren Kruis en Zorgverzekeraars Nederland.
- Voor hun deelname aan het onderzoek, zonder welke dit onderzoek onmogelijk zou zijn geweest: de leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg en het Panel Verpleging & Verzorging, de deelnemers aan het KNMG-artsenpanel, de deelnemers aan het Panel Psychisch Gezien van het Trimbos-instituut, de leden van de landelijke vereniging POH-GGZ en de deelnemers aan de enquête die verspreid is via Vilans.
- De KNMG voor de inzet van het KNMG-artsenpanel en onderzoeksbureau MWM2 voor de praktische ondersteuning hierbij.
- Het Trimbos-instituut voor de inzet van het Panel Psychisch Gezien en voor de bijdragen aan de vragenlijst voor POH's-GGZ.
- Vilans voor de dataverzameling en ondersteuning bij de enquête onder managers en bestuurders in de care.
- De afdeling Klinische, Neuro- en Ontwikkelingspsychologie van de Vrije Universiteit Amsterdam (VU) voor de bijdrage aan de vragenlijst voor POH's-GGZ en voor de verwerking van de gegevens van de NoMAD vragenlijst.
- Voor hun ondersteuning, inbreng en expertise: Michiel Noordanus en Sjaak Nouwt van de KNMG; Katherina Martin Abello, Harry Michon, Caroline Place en Odile Smeets van het Trimbos-instituut; Henk Herman Nap en Sanne van der Weegen van Vilans; Christiaan Vis en Jeroen Ruwaard van de VU; Derek de Beurs, Anne Brabers, Geeke Waverijn en Lucas van der Hoek van het NIVEL; en Marinka de Jong van Nictiz.
- Voor al hun bijdragen aan de redactie en vormgeving van dit rapport: het communicatieteam van Nictiz, de medewerkers van No Panic, en Marieke Keur Tekst & Advies.
- Voor het mogelijk maken van dit onderzoek: het ministerie van VWS.

Bijlagen

Bijlage A. Onderzoeksmethode

Om de onderzoeksvragen van deze eHealth-monitor te beantwoorden, hebben we gebruikgemaakt van vragenlijstonderzoek. Dit is uitgevoerd onder verschillende doelgroepen in de zorg om inzicht te krijgen in de beschikbaarheid van eHealth, het gebruik hiervan, en de ervaren effecten in de praktijk. Deze bijlage beschrijft de onderzoeksmethode.

Dataverzameling voor het vragenlijstonderzoek

Voor de eHealth-monitor van 2016 zijn, net zoals in de voorgaande jaren, vragenlijsten afgenomen onder zorggebruikers en artsen (huisartsen en medisch specialisten). Ook hebben dit jaar verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners vragen beantwoord over het gebruik van een aantal technologische toepassingen. Dit jaar zijn voor het eerst ook specifiek praktijkondersteuner van de huisarts voor de geestelijke gezondheidszorg (POH's-GGZ) en managers en bestuurders in de care ondervraagd. De eHealth-monitor geeft hiermee inzicht in de care (thuiszorg, verzorgingshuizen en verpleeghuizen) en in de cure (ziekenhuizen en huisartsenpraktijken).

Voor zorggebruikers en verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners is voor het vragenlijstonderzoek gebruikgemaakt van twee panels van het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg): het Consumentenpanel Gezondheidszorg en het Panel Verpleging & Verzorging. Voordeel van het gebruik van dergelijke panels, ten opzichte van andere manieren van dataverzameling onder deze groepen, is dat hiermee op een efficiënte en betrouwbare

manier data kunnen worden verzameld. Panelleden hebben immers aangegeven bereid te zijn tot deelname aan onderzoeken. Doorgaans ligt daarom de respons hoog bij een onderzoek waarbij gebruik wordt gemaakt van een panel (zie tabel A-1).

Voor de artsen (huisartsen en medisch specialisten) is, net zoals in 2013 en 2015, opnieuw gebruikgemaakt van het KNMG-artsenpanel (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst). De dataverzameling voor de artsen is in 2014 anders verlopen. In 2014 was het gebruik van het KNMG-artsenpanel niet mogelijk door de overgang naar een ander informatiesysteem bij de KNMG. Ook wat betreft de respons onder artsen geldt dat die bij een panel hoger ligt, omdat panelleden van tevoren hebben aangegeven dat ze mee willen doen aan onderzoeken (zie tabel A-2).

Voor de nieuwe dataverzamelingen in deze monitor zijn ook nieuwe bronnen aangeboord. Voor zorggebruikers van de GGZ (eMental Health) is gebruikgemaakt van het Panel Psychisch Gezien van het Trimbos-instituut. Data van managers en bestuurders in de care zijn afkomstig van het WLZ-panel van Vilans.

Voor praktijkondersteuners huisarts voor de geestelijke gezondheidszorg (POH's-GGZ) is contact gezocht met de landelijke vereniging POH-GGZ Nederland. Voor het eerst dit jaar is de POH-GGZ opgenomen in de monitor. Leden van de vereniging kregen een uitnodiging om deel te nemen per e-mail en via de verenigingswebsite.

Zorggebruikers

Voor de groep zorggebruikers is het Consumenten-panel Gezondheidszorg van het NIVEL (Brabers et al., 2015) gebruikt. Dit panel verzamelt informatie over meningen en ervaringen over de gezondheidszorg onder de algemene bevolking in Nederland (kader A-1). Voor dit onderzoek is in maart 2016 een

steekproef van 1.500 panelleden benaderd met een schriftelijke of online vragenlijst, al naar gelang hun voorkeur. Respondenten die in eerste instantie nog niet gereageerd hadden, ontvingen respectievelijk een schriftelijke of twee online reminders.

Van de 1.500 panelleden die zijn benaderd, reageerden er 590 panelleden (39%). De steekproef is representatief naar leeftijd en geslacht voor de algemene bevolking van 18 jaar en ouder in Nederland op basis van gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Volgens cijfers van het CBS is 49% van de mensen jonger dan 18 jaar; 34% is 18-39 jaar; 45% is 40-64 jaar; en 21% is 65 jaar of ouder. Daarnaast is 49% man.

Tabel A-1
Respons onder zorggebruikers.

Zorggebruikers	
Online respons	
Aantal verzonden online uitnodigingen (n)	838
Bezorging niet mogelijk (n)	8
Netto aantal deelname mogelijk (n)	830
Respondenten (n)	302
Respons (%)	36
Schriftelijke respons	
Aantal verzonden schriftelijke uitnodigingen (n)	669*
Bezorging niet mogelijk (n)	2
Netto aantal deelname mogelijk (n)	667
Respondenten (n)	289
Respons (%)	43
Totale respons (n)	591
Totale respons (%)	39

*7 respondenten zijn gewisseld van online naar schriftelijk

De groep respondenten week op een aantal kenmerken iets af van de Nederlandse bevolking. Van de respondenten was 52% man en de gemiddelde leeftijd bedroeg 56 jaar. Om de verdeling van de responderende groep representatief te houden voor de algemene bevolking in Nederland werd, net als in voorgaande jaren, een weefactor toegepast. Deze is berekend op basis van de CBS-gegevens over drie leeftijdscategorieën (18-49 jaar; 50-64 jaar; en 65 jaar en ouder) en geslacht. Deze weefactor varieerde van 0,6 tot 1,9 en werd alleen toegepast op vragen die door de hele groep zorggebruikers moest worden beantwoord. Vragen die aan subgroepen zijn gesteld, zijn niet gewogen.

Panel Psychisch Gezien

Om het gebruik van eMental Health onder zorggebruikers in kaart te brengen, hebben we gebruikgemaakt van het Panel Psychisch Gezien. Het Trimbos-instituut heeft data beschikbaar gesteld van 2014 en 2016.

Het panel bestaat uit mensen met aanhoudende of ernstige psychische aandoeningen (intern en ambulant) vanaf 18 jaar. Voorbeelden van dit soort aandoeningen zijn schizofrenie, bipolaire stoornissen, psychosen, angsten, ernstige en aanhoudende depressies, en persoonlijkheidsstoornissen (Trimbos-instituut, 2016). Panelleden voldoen aan drie

Kader A-1.

Consumentenpanel Gezondheidszorg

Het Consumentenpanel Gezondheidszorg is opgezet om onder de algemene bevolking in Nederland meningen en kennis over de gezondheidszorg en de verwachtingen en ervaringen te meten (www.nivel.nl/consumentenpanel-gezondheidszorg). Deze informatie wordt verzameld in peilingen. De vraagstelling binnen het panel is heel breed en betreft de gezondheidszorg in Nederland. Het Consumentenpanel bestond ten tijde van het onderzoek uit ongeveer 12.000 panelleden van 18 jaar en ouder. Om met het panel een representatieve afspiegeling te kunnen vormen van de algemene bevolking, werft NIVEL regelmatig nieuwe leden. Voor het benaderen van potentiële nieuwe leden wordt een adresbestand aangekocht bij een adresleverancier. Per jaar worden ongeveer acht vragenlijsten verstuurd, waarbij ieder panellid

ongeveer drie vragenlijsten per jaar krijgt voorgelegd. Panelleden ontvangen een schriftelijke vragenlijst of een vragenlijst via internet. Zij kunnen hierbij zelf aangeven wat hun voorkeur heeft. De respons bij een peiling hangt af van het onderwerp en de doelgroep, maar is doorgaans erg hoog en kan oplopen tot ruim 70%. Onderwerpen voor de panelleden worden in overleg met de programma-commissie van het Consumentenpanel gekozen. In deze commissie zitten afgevaardigden van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Zorginstituut Nederland, de Patiëntenfederatie Nederland, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Consumentenbond. Meer informatie over het panel is te vinden in het basisrapport met informatie over het Consumentenpanel Gezondheidszorg (Brabers et al., 2015).

kenmerken (Place, Hulsbosch, Michon, 2014):

- 1) er is sprake van een psychische stoornis;
- 2) de klachten zijn van lange duur;
- 3) de klachten hebben beperkingen in het sociaal-maatschappelijk functioneren als gevolg.

Periodiek worden panelleden uitgenodigd om deel te nemen aan onderzoek. Ze worden ondervraagd over verschillende thema's. De vragenlijst wordt schriftelijk of telefonisch afgenomen. De antwoorden bieden inzicht in het maatschappelijk functioneren, de zorgsituatie en de leefsituatie van mensen uit deze doelgroep. Tegelijkertijd geeft het hen een stem in voor de GGZ relevante discussies (Trimbos-instituut, 2016). Voor de eHealth-monitor

worden alleen de vragen uit het thema eMental Health aangeboden (Trimbos-instituut, 2016).

In 2014 hebben er 415 panelleden geantwoord op de voor de eHealth-monitor relevante vragen; in 2016 bedroeg dit aantal 1357. In 2016 was 63% van de deelnemers vrouw en 86% autochtoon. Het merendeel (95%) had langer dan twee jaar last van psychische klachten en een vijfde (22%) was gehuwd of had een geregistreerd partnerschap. De gemiddelde leeftijd was 49 jaar. De jongste deelnemer was 17 jaar, de oudste 93 jaar. In 2014 waren de kenmerken van de deelnemers vergelijkbaar met die van de deelnemers uit 2016. Er waren iets meer gehuwden (30%).

Kader A-2. Panel Psychisch Gezien

Dit panel is een samenwerking van het Trimbos-instituut (coördinerende rol) met het NIVEL, Landelijk Platform GGZ en kenniscentrum Phrenos (Trimbos-instituut, 2016). Het panel bestaat sinds 2010.

In augustus t/m november 2010 heeft een tiental instellingen systematisch leden geworven voor deelname aan het panel. Deelname vereist wel enige beheersing van de Nederlandse taal. In totaal hebben in dat jaar 3190 cliënten een uitnodiging ontvangen, van wie 16% zich heeft aangemeld. Daarna is er tot 2013 geen werving meer geweest (Place, Hulsbosch, Michon, 2014).

In juli 2013 telde het panel 854 leden, onder wie 48% afkomstig uit de systematische werving en 52% via vrije werving. In dat jaar is 61% vrouw en

tussen de 21 en 90 jaar oud met een gemiddelde leeftijd van 48 jaar. Van de leden is 83% autochtoon, 9% is westers allochtoon en 8% niet-westers allochtoon. De definitie voor afkomst is opgevolgd van het CBS. De meeste panelleden wonen zelfstandig op het moment van aanmelding, al dan niet met partner en/of kinderen. Zo'n 15% woont in een instelling of in een Regionale Instelling voor Beschermd Wonen (RIBW). Van de leden heeft 94% ooit een diagnose gekregen voor psychische klachten door een arts of behandelaar. Bij bijna de helft is sprake van co-morbiditeit. Ook gebruikt 91% medicatie en 91% ervaart beperkingen onder meer op het gebied van wonen, werken, leren, sociale klachten, of andere gebieden. Het opleidingsniveau van de leden loopt uiteen, maar de grootste groep (38%) heeft een laag opleidingsniveau volgens de CBS definitie (Place, Hulsbosch, Michon, 2014).

Artsen

Voor de ondervraging van de artsen zijn artsen van het KNMG-artsenpanel benaderd. Dit bestaat uit ruim 4.600 artsen die lid zijn van de KNMG. In totaal zijn 1.226 huisartsen benaderd en 1.820 medisch specialisten. In tegenstelling tot voorgaande jaren zijn dit jaar geen psychiaters benaderd. De artsen zijn benaderd met een online vragenlijst en er werden twee herinneringen gestuurd. De gegevens over de respons per groep zijn opgenomen in tabel A-2, en bedraagt 26% voor de huisartsen en 15% voor de medisch specialisten. Dit betekent dat er 316 huisartsen en 274 medisch specialisten zijn meegenomen in de analyses. De aantallen artsen zijn hoog genoeg om betrouwbare conclusies te kunnen trekken (zie tabel A-4).

Artsen die aangaven dat ze in het afgelopen jaar niet in de praktijk werkzaam waren, zijn niet meegenomen in de analyses. Medisch specialisten die naar eigen zeggen in het afgelopen jaar niet betrokken waren bij de diagnose en/of behandeling van patiënten, zijn eveneens niet meegenomen. Van de medisch specialisten werd ten slotte een aantal specialismen uitgesloten van de analyses, omdat zij een specialisme hadden waarvoor de vragenlijst minder van toepassing is. Het gaat hierbij om de specialismen arbeid en gezondheid, huisartsgeneeskunde, maatschappij en gezondheid, beleid en advies, forensische geneeskunde, infectieziektebestrijding, medische milieukunde en sociaal-medische indicatiestelling, verslaving, psychiatrie en advisering.

De steekproef van *huisartsen* is representatief naar regio, geslacht en leeftijd. De groep is niet repre-

sentatief naar leeftijd. Zo zijn huisartsen onder de 35 jaar iets ondervertegenwoordigd (9% ten opzichte van 17% in de populatie) en huisartsen boven de 50 oververtegenwoordigd (60% ten opzichte van 40% in de populatie).

De steekproef van *medisch specialisten* is representatief naar geslacht en regio. De groep is niet representatief naar leeftijd. De medisch specialisten tussen de 35 en 50 jaar zijn ondervertegenwoordigd (29% ten opzichte van 53% in de populatie). Ook is de groep niet representatief naar specialisme.

Wat betreft specialisme kunnen de medisch specialisten worden ingedeeld in drie categorieën. Enerzijds zijn er de medisch specialisten die werkzaam zijn in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (ZBC). Zij kunnen worden opgedeeld in poort- en niet-poortspecialisten. Poortspecialisten zijn de medisch specialisten naar wie een patiënt wordt verwezen voor zorg en die een zorgtraject kan starten, bijvoorbeeld cardiologen, internisten en dermatologen. Niet-poortspecialisten, zoals pathologen en anesthesiologen, zijn ondersteunende medisch specialisten die medisch specialistische handelingen uitvoeren voor een zorgtraject van een poortspecialist (Nederlandse Zorgautoriteit, 2013). Naast medisch specialisten in een ziekenhuis, onderscheiden we anderzijds medisch specialisten die in een verpleeghuis of revalidatiecentrum werkzaam zijn. Dit onderscheid is gemaakt vanwege het verschil in werksetting, functie, en in het contact met de patiënt. Daardoor kunnen er verschillen optreden in het aanbod aan en het gebruik van eHealth-toepassingen.

Uit de analyse voor de representativiteit per specialisme blijkt dat voornamelijk de groep medisch specialisten werkzaam in de ouderengeneeskunde oververtegenwoordigd is in de steekproef, in vergelijking met de landelijke groep specialisten. We hebben gekeken naar de weging op basis van ziekenhuis/ZBC (onderverdeeld in poortspecialismen en niet-poortspecialismen), verpleeg-, verzorgingshuizen en revalidatiecentra, en de categorie overig. Dat leidde tot redelijke weegfactoren (waarbij vooral de oververtegenwoordiging van ouderengeneeskunde enigszins wordt gecompenseerd). We hebben een weging toegepast met weegfactoren variërend van 0,5 tot 1,7.

Vanwege de waargenomen verschillen op basis van leeftijd en specialisme hebben we gekeken in hoeverre deze twee factoren afzonderlijk en gezamenlijk de resultaten beïnvloeden. Als op basis van specialisme wordt gewogen, heeft

leeftijd al verminderde invloed. In 2015 is alleen op specialisme gewogen, omdat leeftijd geringe verschillen opleverde (Krijgsman et al., 2015).

Ook dit jaar is besloten om alleen op specialisme te wegen om de resultaten over de verschillende jaren goed te kunnen vergelijken en omdat leeftijd verminderde invloed heeft wanneer specialisme al wordt meegenomen in de analyses.

Verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners

Voor het ondervragen van de verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners is gebruik gemaakt van het Panel Verpleging & Verzorging van het NIVEL (zie kader A-3). Voor dit onderzoek zijn verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners van (academische) ziekenhuizen, thuiszorginstellingen, verpleeg- en verzorgingshuizen, huisartsenpraktijken, revalidatiecentra en GGZ-instellingen benaderd.

Tabel A-2
Respons onder huisartsen
en medisch specialisten.

	Huisartsen	Medisch specialisten
Aantal verstuurd uitnodigingen (n)	1.226	1.820
Bezorging niet mogelijk (n)	-	-
Netto aantal deelname mogelijk (n)	1.226	1.820
Respondenten (n)	321	353
Bruto respons (%)	26%	19%
Was volgens eigen opgave afgelopen jaar niet werkzaam in de praktijk (n)	4	53
In het afgelopen jaar niet betrokken bij diagnose of behandeling van patiënten en/of vraagstelling niet van toepassing voor specialisme (n)	1	26
Netto respons (n)	316	274
Netto respons (%)	26%	15%

In totaal zijn 1.521 panelleden naar voorkeur online of schriftelijk uitgenodigd voor deelname aan het onderzoek. Er zijn twee herinneringen verstuurd: online na een week en na twee weken; schriftelijk na twee weken en na vier weken. Bij de tweede schriftelijke reminder werd de vragenlijst opnieuw meegestuurd. Van de benaderde panelleden vulden 878 deelnemers de vragenlijst in (bruto respons 58%). De vragenlijsten die nauwelijks waren ingevuld zijn verwijderd, evenals de vragenlijsten ingevuld door panelleden met alleen een leidinggevende functie of door panelleden die niet meer werkzaam zijn in de zorg. Dit leidde tot 859 vragenlijsten (netto respons 56%; tabel A-3). In de analyses zijn alleen de verpleegkundigen meegenomen die werkzaam zijn in (academische) ziekenhuizen, huisartsenpraktijken, verzorgings- en verpleeghuizen, revalidatiecentra en de thuiszorg. Verpleegkundigen in instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg zijn, vanwege de vergelijkbaarheid met 2014 en 2015, in deze meting buiten

beschouwing gelaten. Deelnemers van wie onbekend was in welke sector zij werken, zijn ook niet meegenomen. Uiteindelijk kwamen we uit op een aantal van 671 verpleegkundigen die zijn meegenomen in de analyses.

Van de deelnemende verpleegkundigen is 7% man. Ter vergelijking, in een landelijke referentiegroep was dit 10% (De Veer et al., 2009). De gemiddelde leeftijd bedraagt 49 jaar, de jongste is 22 jaar en de oudste 66 jaar. Vooral de groep van 55-65 jaar is oververtegenwoordigd in vergelijking met een landelijke referentiegroep. In deze peiling is dit 37% tegenover 18% landelijk (De Veer et al., 2009).

Een kwart (25%) van deze deelnemers werkt in een algemeen of academisch ziekenhuis. Eveneens een kwart werkt in een verzorgings- of verpleeghuis (26%); vier op de tien werkt in de zorg thuis (41%); 8% werkt als praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige in een huisartsenpraktijk of gezond-

*Tabel A-3
Respons onder verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners.*

Verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners	
Aantal schriftelijk verstuurde uitnodigingen (n)	1.521
Bezorging niet mogelijk (n)	8
Aantal deelname mogelijk (n)	1.513
Bruto respons (n; %)	878 (58%)
Niet meer werkzaam als verpleegkundige (n)	14
Nauwelijks ingevuld (n)	5
Netto respons (n; %)	859 (56%)
Behoort niet tot de specifieke doelgroep (werkzaam in geestelijke gezondheidszorg of onbekend)	188
Aantal vragenlijsten bruikbaar voor analyses (n)	671

heidscentrum; en 1% is werkzaam in een revalidatiecentrum. In vergelijking met 2014 zijn er in de peilingen van 2015 en 2016 meer verpleegkundigen werkzaam in de zorg thuis (was 30% in 2014).

Het percentage praktijkondersteuners van de huisarts in 2015 en 2016 is iets lager (was 13% in 2014). De verhouding tussen het aantal verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners die werkzaam zijn in de care (67%) en de cure (33%) is vergelijkbaar met 2015. In 2014 waren er in verhouding meer verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners werkzaam in de cure (39%).

Het merendeel van de verpleegkundigen heeft taken in de uitvoerende zorg voor patiënten (86%),

en 14% heeft zowel een uitvoerende als een leidinggevende functie. Dit komt overeen met eerdere peilingen van het Panel Verpleging & Verzorging (Maurits et al., 2015).

POH-GGZ

Naar schatting waren er in 2015 zo'n 960 POH's-GGZ werkzaam (Van Es & Nicolai, 2015). In overleg met de Landelijke Vereniging POH-GGZ, het Trimbos-instituut en onderzoekers van de Vrije Universiteit is een vragenlijst ontwikkeld en uitgezet onder leden van de vereniging POH-GGZ. Begin 2016 zijn alle 547 leden per e-mail uitgenodigd om deel te nemen aan het online onderzoek. Daarnaast is een link naar de online vragenlijst op

Kader A-3. Panel Verpleging & Verzorging

Het Panel Verpleging & Verzorging bestaat uit een landelijke groep van circa 2.000 verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners (<http://www.nivel.nl/over-het-panel-vv>). De deelnemers voor dit panel zijn geworven door aselechte steekproeven te trekken van werkenden in de gezondheidszorg, waardoor het een landelijke dekking heeft. Het Panel Verpleging & Verzorging wordt gecoördineerd door het NIVEL met financiële ondersteuning van het ministerie van VWS.

De uitkomsten van de peilingen onder het panel worden gebruikt om bij beleidsmakers en landelijke koepelorganisaties aan te geven hoe het werken in de zorg aantrekkelijker gemaakt kan worden.

De deelnemers werken in de grootste sectoren van de zorg en zijn:

- verpleegkundigen in academische en algemene

ziekenhuizen;

- verpleegkundigen in de geestelijke gezondheidszorg;
- sociaal agogisch opgeleide begeleiders en verpleegkundigen in de gehandicaptenzorg;
- verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg, verpleeg- en verzorgingshuizen;
- praktijkondersteuners in huisartsenpraktijken.

Deelnemers aan het panel worden minimaal twee keer per jaar benaderd voor het invullen van een vragenlijst. Het invullen van een vragenlijst gebeurt schriftelijk en/of via internet. Een keer per twee jaar gaat de vragenlijst over de aantrekkelijkheid van het beroep. Daarnaast worden meningen en ervaringen gevraagd over actuele onderwerpen zoals technologie in de zorg, zelfmanagement en preventie, en competenties in een veranderende gezondheidszorg.

de ledenwebsite geplaatst. Ook is er een herinnering verstuurd. In totaal hebben 164 leden gerespondeerd. Er waren vier POH's-GGZ niet betrokken bij behandeling en 35 deelnemers hadden te weinig vragen beantwoord om mee genomen te kunnen worden in de analyses.

In totaal zijn er 125 POH's-GGZ meegenomen in de analyses; een netto respons van 23%. Hiervan is 86% vrouw. De gemiddelde leeftijd is 49 jaar; 14% is tot 35 jaar, 34% is tussen de 35 en 50 jaar, en 52% is boven de 50 jaar. Het grootste deel heeft meer dan vijftien jaar ervaring in de GGZ (huisartsenpraktijk, basis-GGZ, of gespecialiseerde GGZ). Van hen geeft 98% aan een POH-functie te hebben en 6% werkt (ook) als basispsycholoog. Het merendeel heeft een HBO- of HBO+-opleiding afgerond (70%). De meesten hebben een opleiding psychologie (23%) of SPV (sociaal psychiatrische verpleegkundige) met certificaat POH-GGZ (25%) afgerond.

Het is onbekend of de steekproef representatief is voor deze doelgroep in de Nederlandse bevolking. Er is eerder een peiling binnen de landelijke vereniging gedaan, die een respons van 122 POH's-GGZ opleverde. De samenstelling van de huidige steekproef (aantallen, leeftijd en opleiding) zijn nagenoeg gelijk aan de peiling van de vereniging (Van Es & Nicolai, 2015).

Er kan bij dit onderzoek sprake zijn van een licht positieve selectie-*bias* met betrekking tot eHealth. Dit betekent dat er mogelijk meer POH's-GGZ met het onderzoek meedoen die al interesse hebben in het onderwerp en daardoor positievere antwoorden geven. Aan een andere groep van POH's-GGZ is

recent in een arbeidsmarktonderzoek van het NIVEL (onderzoek dat niet specifiek ging over eHealth) gevraagd naar het gebruik van e(Mental) Health (zonder specifieke toepassingen te noemen). Hierbij werd een percentage gevonden van 83%. Dit ligt iets lager dan in onze responsgroep, waarin we 92% vonden.

Managers en bestuurders in de care

Dit jaar is voor het eerst de stand van zaken rondom eHealth bij managers en bestuurders in de care in kaart gebracht. De data zijn afkomstig van het WLZ-panel van Vilans. In eerste instantie hadden 72 leden gerespondeerd op de voor de monitor relevante vragen. Er waren echter meerdere personen van een zelfde organisatie die hadden geantwoord. De persoon die over het grootste deel van de organisatie gaat, is in dat geval meegenomen. De analyses zijn ten slotte op basis van 68 personen gedaan.

De organisaties zijn geworven door middel van *convenience sampling*.²⁹ Er zijn 110 organisaties benaderd die deelnamen aan de WLZ-monitor (Wet langdurige zorg) van Vilans en 71 leden van de kenniscirkel domotica. Tot slot is de vragenlijst verstuurd aan bestuurders en beleidsmedewerkers van Verpleging, Verzorging en Thuiszorgorganisaties (VVT), gehandicaptenorganisaties en GGZ-organisaties uit de database van Vilans. Van de 68 deelnemende organisaties aan de eHealth-monitor nemen zeventien organisaties deel aan de WLZ-monitor (25%) en twaalf organisaties (18%) zijn lid van de kenniscirkel Domotica. De overige organisaties zijn via de algemene mailing naar het netwerk van Vilans geworven.

29 Bij 'convenience sampling' worden deelnemers geselecteerd welke goed bereikbaar zijn voor onderzoek. De steekproef is daardoor niet per se representatief voor de totale populatie.

Het is onbekend wat de verdeling is op basis van geslacht en leeftijd onder de managers en bestuurders. Zij konden wel (meerdere) provincies opgeven waarin hun organisaties werkzaam zijn. De twaalf provincies zijn onderverdeeld in de vier regio's van Nederland – Noord, Oost, Zuid en West Nederland – op basis van de definitie van de regioatlas (ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, 2016). Vijf van de 68 (7%) panelleden geven aan landelijk te opereren, 12% in noordelijke provincies, 27% in Oost-Nederland, 41% in West-Nederland en 27% in Zuid-Nederland. West-Nederland is daarmee het vaakst vertegenwoordigd.

Van de 68 leden gaf de helft aan zorg te leveren in de sector Verpleging & verzorging, 43% in de thuiszorg, 26% in de GGZ, 21% in de jeugdzorg en 34% in de gehandicaptenzorg. 16% gaf aan in andere sectoren zorg te leveren. Voorbeelden van andere sectoren zijn de huisartsenzorg (eerste lijn), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en revalidatie.

Door de wijze van werving bestaat de mogelijkheid van een positieve bias doordat de respondenten mogelijk meer geïnteresseerd zijn in eHealth dan panelleden die niet reageerden. Om hier een beeld van te krijgen, hebben we onderzocht of een meer algemene innovatie bovengemiddeld was ingevoerd in de organisaties van de deelnemende managers en bestuurders dan in andere organisaties in de care. Hierbij keken we naar de mate waarin elektronische dossiervoering is ingevoerd. Volgens 74% van de managers en bestuurders in deze groep is elektronische dossiervoering organisatiebreed of op beperkte schaal ingevoerd.

Van onderzoek onder verpleegkundigen in de care in deze monitor weten we dat bij 26% de dossiervoering nog voornamelijk of uitsluitend op papier gaat en dat dus bij 75% ten minste gedeeltelijk elektronische dossiervoering wordt gebruikt. Deze getallen lijken dus redelijk met elkaar in overeenstemming. Dit is een indicatie dat de organisaties die door deze groep managers worden vertegenwoordigd, een redelijke afspiegeling kunnen zijn van alle zorgorganisaties in de care.

Selectie van eHealth-toepassingen

Voor het vragenlijstonderzoek onder zorggebruikers is een brede selectie gemaakt van Health-toepassingen (zie tabel 1-1 tot en met 1-6 in bijlage B). Hierbij is gekozen voor generieke beschrijvingen van toepassingen, uitgaande van de functionaliteit. Daarbij gaat het om wat de gebruiker met de eHealth-toepassing kan doen, bijvoorbeeld het maken van een online afspraak, en niet zozeer om het specifieke product dat hij gebruikt. Verder is voor de vergelijkbaarheid tussen groepen van deelnemers van het onderzoek zoveel mogelijk gekozen voor toepassingen die in meerdere werksituaties en voor zowel zorgverleners als zorggebruikers relevant zijn.

Voor de vragenlijst onder verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners is, net zoals in 2014, gevraagd naar technologische toepassingen die momenteel in de cure en care worden gebruikt. Denk hierbij aan toezichthoudende technieken, monitoring van gegevens op afstand, beeldbellen en het gebruik van medicijndispensers. Daarnaast komen elektronische dossiervoering en elektronische gegevensuitwisseling aan bod.

Hierbij is, net zoals in de voorgaande jaren, de nadruk gelegd op functionaliteit die in het primaire zorgproces relevant is (inclusief zaken die de zorggebruiker zelf kan doen), boven ondersteunende, administratieve of facilitaire zaken, zoals inkoop en declaratieverkeer.

Voor de managers en bestuurders in de care uit het WLZ-panel is gekozen voor toepassingen die passen binnen het innovatieklimaat van eHealth. Dit brengt hun ervaringen in kaart wat betreft de implementatie van en opschaling van eHealth toepassingen, zoals telemonitoring en beeldbellen.

Voor de vragenlijst onder POH's-GGZ is een samenwerking aangegaan met het Trimbos-instituut en de VU Amsterdam. Gevraagd is naar verschillende eHealth toepassingen die gebruikt kunnen worden voor behandeling, screening en triage door de POH's-GGZ. Het gaat dan niet om specifieke producten, maar vooral om de mogelijkheden die POH's-GGZ hebben in de praktijk en in hoeverre zij de toepassing inzetten. Een voorbeeld is online modules die al dan niet in combinatie met face-to-face gesprekken gecombineerd kunnen worden. Dit zijn vaak modules voor specifieke klachten, zoals depressie. Andere voorbeelden zijn online vragen stellen en beeldbellen (via internet een gesprek voeren waarbij de patiënt en behandelaar elkaar kunnen zien).

Om implementatievraagstukken bij POH's-GGZ in kaart te brengen hebben we gebruikgemaakt van de NoMAD vragenlijst (Normalisation Assessment Development; Finch et al., 2013), beschikbaar gesteld door de VU. Het NoMAD project ([http://](http://www.normalizationprocess.org)

www.normalizationprocess.org) is bedoeld om de implementatie van innovaties zoals eMental Health te volgen en te verbeteren. De NoMAD bestaat uit drie delen (Finch et al., 2015). Deel A betreft informatie over de achtergrond van de respondent, deel B bevat globale vragen over de normalisatie van de innovatie, en deel C bevat gedetailleerde vragen toegespitst op de vier kernprocessen van de Normalisatie Proces Theorie (NPT): Samenhang, Betrokkenheid, Uitvoering, en Reflectie. De interne consistentie van de NoMAD voor de huidige peiling is voldoende tot goed ($0.69 < \alpha < 0.96$), hoewel drie items werden geïdentificeerd die mogelijk minder goed pasten binnen de te meten kernprocessen. De complete POH vragenlijst voor de monitor is eerst getoetst onder POH's-GGZ op duidelijkheid en correctheid.

Analyses en betrouwbaarheid

Voor de analyses van de vragenlijsten onder zorggebruikers en verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners heeft het NIVEL gebruikgemaakt van STATA, versie 13.1. De vragenlijsten onder artsen, managers en bestuurders in de care (WLZ-panel) en POH's-GGZ zijn door Nictiz geanalyseerd met behulp van SPSS, versie 19.0. Er is beschrijvende statistiek toegepast. Voor vergelijkende testen op verschillen tussen groepen, bijvoorbeeld tussen de care en de cure, of tussen de uitkomsten van verschillende jaargangen, is gebruikgemaakt van de chi-square-test ($p \leq 0,05$), logistische longitudinale trendanalyses en de independent samples t-test ($p \leq 0,05$).

De tabellen en de tekst geven percentages weer van de antwoorden op de gestelde vragen. We

presenteren de resultaten alsof die mening gedeeld wordt door alle artsen of zorggebruikers, maar we hebben de vragen slechts aan een deel van hen, een steekproef, voorgelegd. Dit betekent dat de gepresenteerde percentages een zekere mate van onbetrouwbaarheid hebben. Voor elk percentage geldt dat er sprake is van een *betrouwbaarheidsmarge*. Dat is de marge waarvoor we met vrij grote zekerheid (95%) kunnen stellen dat het 'echte' antwoord hier binnen ligt.

De betrouwbaarheidsmarges zijn afhankelijk van het aantal deelnemers: hoe meer deelnemers meedoen aan het onderzoek, hoe kleiner die marge. De marges verschillen ook per percentage. Zegt bijvoorbeeld 90% van 500 zorggebruikers dat ze toegang hebben tot internet, dan kunnen we met 95% zekerheid stellen dat het juiste cijfer voor de hele populatie ligt tussen de 87% en de 93%. Of als 50% van 200 huisartsen zegt dat patiënten via e-mail een vraag kunnen stellen, dan kunnen we met 95% zekerheid zeggen dat het juiste cijfer voor alle huisartsen ligt tussen de 43% en de 57%. Ter illustratie laat tabel A-4 voorbeelden zien van 95%-betrouwbaarheidsmarges van gemeten percentages bij verschillende aantallen deelnemers.

Ten slotte hebben niet alle door ons benaderde mensen op de vragenlijst gereageerd. De respons bedroeg:

- 39% onder het Consumentenpanel;
- 64% onder verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners;
- 26% onder huisartsen;
- 15% onder medisch specialisten;
- 23% onder POH's-GGZ;
- 38% onder managers en bestuurders in de care.

Het ligt voor de hand dat deze respons niet aselekt is geweest. Mensen met interesse in het onderwerp eHealth zullen eerder hebben gerespondeerd dan mensen zonder interesse hierin. Dit betekent dat de resultaten van dit onderzoek eerder een iets te positief beeld dan een te negatief beeld schetsen.

Referenties

Brabers, A., Reitsma-van Rooijen, M., De Jong, J. (2015). *Consumentenpanel Gezondheidszorg: basisrapport met informatie over het panel*. Utrecht: NIVEL.

De Veer, A.J.E. & Francke, A.L. (2009). *Ervaringen van verpleegkundigen en verzorgenden met nieuwe technologie in de zorg. Resultaten van de peiling onder de leden van het Panel Verpleging en Verzorging*. Utrecht: NIVEL.

Tabel A-4
Voorbeelden van 95%-betrouwbaarheidsmarges van gemeten percentages.

Aantal respondenten:	Is 10% eigenlijk	Is 50% eigenlijk	Is 90% eigenlijk
100	10% ± 6%	50% ± 10%	90% ± 6%
200	10% ± 4%	50% ± 7%	90% ± 4%
500	10% ± 3%	50% ± 4%	90% ± 3%

Finch, T.L., Girling, M., May, C.R., Mair, F.S., Murray, E., Treweek, S., et al. (2015). *NoMAD: Implementation measure based on Normalization Process Theory*. Geraadpleegd op 24 augustus 2016 <http://www.normalizationprocess.org>.

Finch, T.L., Rapley, T., Girling, M., Mair, F.S., Murray, E., Treweek, S., May, C.R. (2013). *Improving the normalization of complex interventions: measure development based on normalization process theory (NoMAD): study protocol*. *Implement Science*, 8(43).

Krijgsman, J., Peeters, J., Burghouts, A., Brabers, A., De Jong, J., Moll, T., Friele, R. (2015). *Tussen vonk en vlam – eHealth-monitor 2015*. Den Haag & Utrecht: Nictiz & NIVEL.

Maurits, E.E.M., De Veer, A.J.E., Francke A.L. (2015). *Competenties in een veranderende gezondheidszorg. Ervaringen van verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners*. Utrecht: NIVEL.

Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (2016). *Provincies*. Geraadpleegd op 20 augustus 2016 op http://www.regioatlas.nl/indelingen/indelingen_indeling/t/provincies.

Nederlandse Zorgautoriteit (2013). *Beleidsregel BR/CU 2108 Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

Place, C., Hulsbosch, L., Michon, H. (2014). *Representativiteit panel Psychisch Gezien*. Utrecht: Trimbos-instituut. Geraadpleegd op 24 augustus 2016 op <https://assets-sites.trimbos.nl/docs/a8d1b5fe-9bfe-47e7-9159-dc27b7f48c80.pdf>.

Trimbos-instituut (2016). *Panel Psychisch Gezien*. Geraadpleegd op 24 augustus 2016 op <https://www.psychischgezien.nl>.

Van Es, M. & Nicolai, L. (2015). *Hoe gaat het met de praktijkondersteuner-ggz?* *Tijdschrift voor praktijkondersteuning*, 2, 42-48.

Bijlage B. Indicatoren voor beschikbaarheid en gebruik van eHealth

Tabel B-1

Indicatoren bij hoofdstuk 3:
"Wat helpt eHealth beter of gemakkelijker toe te passen?"

Indicatoren bij hoofdstuk 3: Wat helpt eHealth beter of gemakkelijker toe te passen?
(H = herhaald, N = nieuw toegevoegd)

Indicatoren	Items	Zorg-gebruikers	Artsen	Verpleegkundigen	Managers en bestuurders in de care	POH's-GGZ
Attitude	Houding ten aanzien van eHealth			N		
	Houding ten aanzien van eMental Health					N
	Bekendheid met voorbeelden van eHealth		H			
Meerwaarde	Positieve effecten in contact met patiënten via internet		H			
	Positieve effecten door elektronische informatie-uitwisseling		H			
	Positieve effecten door de inzet van eHealth		N	N	N	
	Positieve effecten door de inzet eMental Health					N
Ervaren belemmeringen	Belemmerende factoren in contact met patiënten via internet		H			
	Belemmerende factoren bij elektronische informatie-uitwisseling		H			
	Belemmerende factoren in het gebruik van eHealth-toepassingen			N	N	
	Belemmerende factoren in het gebruik van eMental Health-toepassingen					N
	Argumenten waarom er (nog) niet met eMental Health wordt gewerkt					N

Vervolg Tabel B-1
 Indicatoren bij hoofdstuk 3:
 "Wat helpt eHealth beter of
 gemakkelijker toe te passen?"

Indicatoren bij hoofdstuk 3: Wat helpt eHealth beter of gemakkelijker toe te passen?
 (H = herhaald, N = nieuw toegevoegd)

Indicatoren	Items	Zorg-gebruikers	Artsen	Verpleegkundigen	Managers en bestuurders in de care	POH's-GGZ
Stimulansen	Wat zou helpen om eHealth-toepassingen gemakkelijker of beter in te zetten?		N	N	N	
	Doorslaggevende aspecten om implementatie tot een succes te maken				N	
	Wat zou helpen om e(Mental) Health-toepassingen gemakkelijker of beter in te zetten?					N
	Vorm van eHealth die het meest succesvol is geïmplementeerd					N
Pilots eHealth	Uit testen van vorm van eHealth (pilots) en welke vorm van eHealth			N		
	Besluit over pilot en belangrijkste reden om pilot te stoppen			N		
Innovatieklimaat	Stellingen over innovatie				N	
	Stellingen over het belang en toepassing van strategieën				N	
Budgetafspraken	Afspraken met verzekeraars over de vergoeding of beloning van eHealth in segment 3 van het bekostigingsmodel voor huisartsen		H			
Verwachtingen	Plannen op het gebied van eHealth		H			
	Investeren of inspanningen verrichten op eHealth-mogelijkheden		H			

Tabel B-2
 Indicatoren bij hoofdstuk 4
 "Gemak en service voor
 zorggebruikers"

Indicatoren bij hoofdstuk 4: Gemak en service voor zorggebruikers
 (H = herhaald, N = nieuw toegevoegd)

Indicatoren	Items	Zorggebruikers	Artsen	POH's-GGZ
Voorbeelden eHealth	Voorbeelden van eHealth of ICT in de zorg	H		
Contact	Contact met de huisarts, medisch specialist, GGZ-hulpverlener	H		
Online contactmogelijkheden	Afspraak maken via internet	H	H	
	Via e-mail of sms een herinnering ontvangen voor een afspraak met de zorgverlener	H	H	
	Herhaalrecept aanvragen via internet	H	H	
	Verwijzing aanvragen via internet*		H	
	Via e-mail (of website) een vraag stellen	H	H	N
	Beeldbellen	H	H	N
	Online vragenlijsten inzetten			N
	Online triage inzetten			N
	Mobile Health inzetten			N
Online contact gebruikt/ingezet	Afspraak maken via internet	H	H	
	Via e-mail of sms een herinnering ontvangen voor een afspraak met de zorgverlener	H	H	
	Herhaalrecept aanvragen via internet	H	H	
	Verwijzing aanvragen via internet*		H	
	Via e-mail (of website) een vraag stellen	H	H	N
	Beeldbellen	H	H	N
	Online vragenlijsten inzetten			N
	Online triage inzetten			N
	Mobile Health inzetten			N

Vervolg Tabel B-2
 Indicatoren bij hoofdstuk 4
 "Gemak en service voor
 zorggebruikers"

Indicatoren bij hoofdstuk 4: Gemak en service voor zorggebruikers
 (H = herhaald, N = nieuw toegevoegd)

Indicatoren	Items	Zorggebruikers	Artsen	POH's-GGZ
Ervaringen eHealth	Houding ten aanzien van het maken van een afspraak via internet	N		
	Argumenten waarom zorggebruikers nooit hebben geprobeerd via internet een afspraak te maken met een zorgverlener	N		
Aangeraden door zorgverlener	Wijze van attentering op eHealth-mogelijkheden voor patiënten		H	
	Patiënten aangeraden om zelf gebruik te maken van eHealth-mogelijkheden	N	H	

*Alleen gemeten onder huisartsen; ** Alleen gemeten onder medisch specialisten

Tabel B-3
 Indicatoren bij hoofdstuk 5:
 "Onsluiting van medische
 gegevens voor de patiënt"

Indicatoren bij hoofdstuk 5: Onsluiting van medische gegevens voor de patiënt
 (H = herhaald, N = nieuw toegevoegd)

Indicatoren	Items	Zorggebruikers	Artsen	Verpleegkundigen	Managers en bestuurders in de care	
Online inzagemogelijkheden	Inzage in gestelde diagnose		H			
	Inzage in notities (decursus) in het patiëntendossier		H			
	Inzage in binnengekomen uitslagen van onderzoeken en laboratoriumbepalingen		H			
	Inzage in voorgeschreven medicatie		H			
	Zelf meten en/of gezondheidswaarden toevoegen aan eigen medische gegevens		H			
	Inzage voor patiënten in patiëntendossier wenselijk of onwenselijk, en reden waarom		H			
	Gebruik cliënten-/patiëntenportaal				N	N
	Mogelijkheid en gebruik om via internet medische gegevens in te zien die de zorgverlener bijhoudt (huisarts, medisch specialist en GGZ-hulpverlener)		H			

Tabel B-4
 Indicatoren bij hoofdstuk 6:
 "Zelfmanagement en online
 behandeling"

Indicatoren bij hoofdstuk 6: Zelfmanagement en online behandeling
 (H = herhaald, N = nieuw toegevoegd)

Indicatoren	Items	Zorg-gebruikers	Artsen	POH's-GGZ	Mensen met een psychische aandoening
Online informatie zoeken	Via internet informatie gezocht over een ziekte of behandeling	H			
	Via internet informatie gezocht of ik met een bepaald probleem naar de huisarts zou moeten	H			
	Via internet informatie gezocht over voeding en bewegen	H			
	Aan mijn zorgverlener informatie voorgelegd die ik op internet heb gevonden	H			
	Via internet informatie gezocht om een keuze te maken voor een bepaalde zorgverlener of zorginstelling	H			
Online zelfzorg	Gegevens bijgehouden over gezondheid	H			
	Gegevens bijgehouden over voeding en/of dieet	H			
	Apparaat of mobiele app dat lichamelijke activiteit bijhoudt	H			
	Gegevens bijgehouden over doktersbezoek en/of behandeling	H			
	Gezondheidswaarden gemeten en bijgehouden	H			
	Apparaat gebruikt dat gezondheidswaarden meet en verstuurt (telemonitoring)	H			
	Automatische herinnering om medicijnen in te nemen ingesteld	H			
	Deelgenomen aan een discussiegroep over gezondheidsproblemen	H			
	Computerspel (game) gespeeld om gezond gedrag aan te leren of beter om te gaan met gevolgen van ziekte	H			

Vervolg Tabel B-4
 Indicatoren bij hoofdstuk 6:
 "Zelfmanagement en online
 behandeling"

Indicatoren bij hoofdstuk 6: Zelfmanagement en online behandeling
 (H = herhaald, N = nieuw toegevoegd)

Indicatoren	Items	Zorg-gebruikers	Artsen	POH's-GGZ	Mensen met een psychische aandoening
Online mogelijkheden bij psychische klachten	Psychologische zelftest	H			
	(Anoniem) een behandeling gevolgd voor psychologische problemen	H			
	(Anoniem) een behandeling gevolgd voor drugsgebruik, alcoholgebruik of gokken	N			
	Gebruikgemaakt van een website of een app tegen stress, slecht slapen of piekeren	N			
Contact en online behandeling	Contact met GGZ-hulpverlener	H			
	Online behandeling mogelijk	H			
	Online behandeling gebruikt	H			
Online behandeling bij psychische klachten	Online psycho-educatie			N	H
	Online beheer en gebruik van medicatie				H
	Online communicatie				H
	Keuzehulp/shared decision making				H
	Online behandelprogramma's				H
	Serious gaming				H
	Online monitoring			N	
	Vrij toegankelijke online (zelfhulp)programma's			N	
	Ingekochte online (zelfhulp) programma's met en zonder begeleiding			N	
	Klachten waarvoor eMental Health is ingezet			N	
	Keuze inkoop eMental Health aanbod			N	

Vervolg Tabel B-4
 Indicatoren bij hoofdstuk 6:
 "Zelfmanagement en online
 behandeling"

Indicatoren bij hoofdstuk 6: Zelfmanagement en online behandeling
 (H = herhaald, N = nieuw toegevoegd)

Indicatoren	Items	Zorg-gebruikers	Artsen	POH's-GGZ	Mensen met een psychische aandoening
Persoonlijk gezondheidsdossier (PGD)	Relevante informatie over gezondheid overzichtelijk bewaard op papier of online	N			
	Ooit geprobeerd om online een PGD te gebruiken en zo ja welke	N			
	Redenen waarom nog nooit een online PGD is gebruikt	N			
	Attitude over een online PGD	N			
Aanbevelingen door zorgverlener	Opzoeken van medische informatie op een website	H	H		
	Gebruik van een medische app	H	H		
	Online hulpprogramma voor psychische klachten*		H		
	Online bijhouden van zelf gemeten gezondheidswaarden	H	H		
	Online bijhouden van een persoonlijk gezondheidsdossier	H	H		

*Alleen gemeten onder huisartsen; ** Alleen gemeten onder medisch specialisten

Tabel B-5
 Indicatoren bij hoofdstuk 7:
 "Begeleiding en ondersteuning
 op afstand"

Indicatoren bij hoofdstuk 7: begeleiding en ondersteuning op afstand
 (H = herhaald, N = nieuw toegevoegd)

Indicatoren	Items	Zorg-gebruikers	Artsen	Verpleegkundigen	Managers en bestuurders in de care
Gebruik van internet in direct patiënten-contact	Gebruik van een computer of tablet om een cliënt informatie te laten zien			H	
	Gebruik van een computer of tablet om op afstand informatie op te halen uit het elektronisch cliënten-/ patiëntendossier of het zorgplan			H	
	Gebruik van internet om informatie op te zoeken			H	
	Gebruik van apps voor zorg en gezondheid			H	

Vervolg Tabel B-5

Indicatoren bij hoofdstuk 7:
"Begeleiding en ondersteuning
op afstand"

Indicatoren bij hoofdstuk 7: begeleiding en ondersteuning op afstand
(H = herhaald, N = nieuw toegevoegd)

Indicatoren	Items	Zorg-gebruikers	Artsen	Verpleegkundigen	Managers en bestuurders in de care
Toezicht-houdende technieken	Inzet toezichthoudende technieken			H	N
	Aantal patiënten waarvoor toezichthoudende technieken zijn ingezet			H	
	Gebruik van een apparaat waarmee in geval van nood een alarm kan worden verzonden naar een zorgverlener	H			
	Gebruik van een elektronisch deurslot of een elektronisch bewaarkastje voor de huis-sleutel	H			
	Gebruik van technologie om op afstand zaken in huis te bedienen	H			
Beeldbellen	Gebruik beeldbellen	H		H	N
	Aantal patiënten voor wie beeldbellen hebben gebruikt			H	
Medicijn-dispenser	Gebruik medicijn dispenser	H		H	N
	Aantal patiënten die medicijn dispensers hebben gebruikt			H	
Robotica	Inzet robotica			N	N
Telemoni-toring	Inzet telemonitoring		H	H	N
	Aantal patiënten voor wie telemonitoring is gebruikt			H	
	Groep patiënten voor wie telemonitoring relevant is en hoe vaak het al wordt toegepast		H		

Tabel B-6
 Indicatoren bij hoofdstuk 8:
 "Elektronische dossiervoering
 voor zorgverleners"

Indicatortypen bij hoofdstuk 8: elektronische dossiervoering voor zorgverleners
 (H = herhaald, N = nieuw toegevoegd)

Indicatoren	Items	Artsen	Verpleeg- kundigen	Managers en bestuurders in de care
Elektronische dossiervoering (huisarts en medisch specialist)	Gebruik van elektronische cliënten-/patiëntendossiers	H	H	N
	Automatische meldingen voor beslissingsondersteuning	H		
	Mening over elektronische cliënten-/patiëntendossiers	N		

Tabel B-7
 Indicatoren bij hoofdstuk 9:
 "Elektronische communicatie
 tussen zorgverleners"

Indicatortypen bij hoofdstuk 9: Elektronische communicatie tussen zorgverleners
 (H = herhaald, N = nieuw toegevoegd)

Indicatoren	Items	Artsen	Verpleegkundigen
Uitwisseling met andere zorgverleners	Gebruik van specifieke systemen voor elektronische informatie-uitwisseling met andere zorgverleners of zorginstellingen	H	
	Gebruik elektronische gegevensuitwisseling		H
Mogelijkheid tot elektronisch versturen (gevraagd aan huisarts en medisch specialist)	Recept naar een openbare apotheek	H	
	Aanvraag voor beeldvormende diagnostiek	H	
	Aanvraag voor laboratoriumdiagnostiek	H	
Mogelijkheid tot elektronisch versturen (gevraagd aan huisarts)	Actueel medicatieoverzicht naar een ziekenhuis	H	
	Verwijzing naar een medisch specialist	H	
	Aanvullende informatie bij een verwijzing	H	
	Verwijzing naar een paramedicus	H	
	Aanvraag van huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging of verpleging voor een patiënt thuis	H	
	Dossier naar een andere huisarts als de patiënt van huisarts wisselt	H	

Vervolg Tabel B-7
 Indicatoren bij hoofdstuk 9:
 "Elektronische communicatie
 tussen zorgverleners"

Indicatoren bij hoofdstuk 9: Elektronische communicatie tussen zorgverleners
 (H = herhaald, N = nieuw toegevoegd)

Indicatoren	Items	Artsen	Verpleegkundigen
Mogelijkheid tot elektronisch versturen (gevraagd aan medisch specialist)	Recept naar de ziekenhuisapotheek	H	
	Actueel medicatieoverzicht naar een openbare apotheek bij ontslag uit het ziekenhuis	H	
	Actueel medicatieoverzicht naar de huisarts bij ontslag uit het ziekenhuis	H	
	Opnamebericht aan de huisarts	H	
	Samenvatting van behandeling aan de huisarts	H	
	Ontslagbrief naar de huisarts	H	
Mogelijkheid tot elektronisch ontvangen (gevraagd aan huisarts en medisch specialist)	Samenvatting van patiëntcontacten en behandeling uit avond-, nacht- en weekenddiensten	H	
	Rapport van de uitslag van beeldvormende diagnostiek	H	
	Beeldbestand van beeldvormende diagnostiek	H	
	Uitslag van een laboratoriumonderzoek		
Mogelijkheid tot elektronisch ontvangen (gevraagd aan huisarts)	Overzicht van verstrekte geneesmiddelen van de openbare apotheek	H	
	Overzicht van ontslagmedicatie van een ziekenhuis	H	
	Opnamebericht van een ziekenhuis	H	
	Samenvatting van de behandeling in een ziekenhuis	H	
	Ontslagbrief van een ziekenhuis	H	
	Dossier van de vorige huisarts bij nieuwe patiënten	H	
Mogelijkheid tot elektronisch ontvangen (gevraagd aan medisch specialist)	Verwijsbrief van een huisarts	H	
	Actueel medicatieoverzicht van de ziekenhuisapotheek	H	
	Actueel medicatieoverzicht van een openbare apotheek bij opname	H	
Ervaringen	Tijdigheid en volledigheid van informatie bij gegevensuitwisseling	H	
Teleconsultatie	Gebruik teleconsultatie	H	
	Mogelijkheid tot consultgesprek met andere zorgverleners**	H	

*Alleen gemeten onder huisartsen; ** Alleen gemeten onder medisch specialisten

Bijlage C. Lijst van afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
COPD	Chronic obstructive pulmonary disease (chronische obstructieve longziekte)
ECD	Elektronisch cliëntendossier
ECP	Electronic Commerce Platform (platform voor informatiesamenleving)
EPD	Elektronisch patiëntendossier
EU	Europese Unie
FMS	Federatie Medisch Specialististen
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GPS	Global positioning system
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
HIS	Huisartsinformatiesysteem
ICT	Informatie- en communicatietechnologie
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
KIS	Ketenzorginformatiesysteem
KNGF	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LSP	Landelijk Schakelpunt
M&I(-verrichtingen)	Modernisering en innovatie
MKB	Midden- en kleinbedrijf
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NVZA	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
NPT	Normalisatie Proces Theorie
OZIS	Open Zorg Informatie Systeem
PGD	Persoonlijk gezondheidsdossier
PGO	Persoonlijke gezondheidsomgeving
POH	Praktijkondersteuner huisarts
POH-GGZ	Praktijkondersteuner huisarts voor de geestelijke gezondheidszorg
RVZ	Raad voor Volksgezondheid & Zorg

UMC	Universitair medisch centrum
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
VIPP	Versnellingsprogramma informatie-uitwisseling patiënt en professional
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
VZVZ	Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie
WHO	World Health Organisation
WLZ	Wet langdurige zorg
WMO	Wet maatschappelijke ondersteuning
XIS	Zorgaanbiederinformatiesysteem
ZBC	Zelfstandig behandelcentrum
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
ZO!	Zelfzorg Ondersteund!

Colofon

Auteurs:

Johan Krijgsman
Ilse Swinkels
Britt van Lettow
Judith de Jong
Kim Out
Roland Friele
Lies van Gennip

Begeleidingscommissie:

Guus Schrijvers (voorzitter)
Arina Burghouts (Patiëntfederatie Nederland)
Jeroen Crasborn (Zilveren Kruis)
Erwin Eisinger (VWS)
Annemiek Mulder (Actiz)
Henk Herman Nap (Vilans)
Sjaak Nouwt (KNMG)
Inga Tharun (Ministerie van VWS)
Albert Versteegde (Zorgverzekeraars Nederland)
Renée Verwey (V&VN)

Bij dit rapport horen een losse tabellenbijlage, de tabellenbijlage eHealth-monitor 2016, en een infographic met een verkort overzicht van de resultaten.

Dit is een uitgave van Nictiz en het NIVEL.
Den Haag en Utrecht, oktober 2016
© Nictiz en het NIVEL

Vormgeving en productie:

No Panic – Communicatiemakers
Roel Schenk (Nictiz)

ISBN: 978-90-820304-7-1

Nictiz

Bezoekadres

Oude Middenweg 55
2491 AC Den Haag
T 070 31 73 450
F 070 32 07 437

www.nictiz.nl

Postadres

Postbus 19121
2500 CC Den Haag

Nivel

Bezoekadres

Otterstraat 118 – 124
3513 CR Utrecht
T 030 27 29 700
F 030 27 29 729

www.nivel.nl

Postadres

Postbus 1568
3500 BN Utrecht