

eHealth-monitor

Kies bewust voor eHealth

eHealth-monitor 2017

Nictiz 
Betere gezondheid door betere informatie


nivel

Kies bewust voor eHealth

eHealth-monitor 2017

**Myrah Wouters
Ilse Swinkels
Judith Sinnige
Judith de Jong
Anne Brabers
Britt van Lettow
Roland Friele
Lies van Gennip**

Dit is een uitgave van Nictiz en het NIVEL
Den Haag en Utrecht, november 2017
©Nictiz en het NIVEL

Inhoudsopgave

SAMENVATTING: DE EHEALTH-MONITOR 2017 IN VOGELVLUCHT	7	5 ZELFMANAGEMENT EN ONLINE BEHANDELING	61
Kernresultaten 2017	8	5.1 Inleiding	61
eHealth-doelstellingen ministerie VWS	11	5.2 Online zelfmanagement	62
Aanbevelingen voor beleidsmakers en belangengroepen	14	5.3 eMental Health	66
		5.4 Conclusie en discussie	69
1 INLEIDING	19	6 BEGELEIDING EN ONDERSTEUNING OP AFSTAND	73
1.1 Vraagstelling en indeling van eHealth-toepassingen	20	6.1 Inleiding	73
1.2 Onderzoeksmethode	21	6.2 Gebruik van internet in het directe patiëntencontact	75
1.3 Anders in deze monitor	21	6.3 Telemonitoring	76
1.4 Leeswijzer	22	6.4 Beeldbellen	77
1.5 Toelichting op enkele gebruikte termen	22	6.5 Domotica	78
		6.6 Toezichhoudende technieken	79
2 ONTWIKKELINGEN SINDE DE EHEALTH-MONITOR 2016	25	6.7 Digitale medicatieondersteuning	79
2.1 Activiteiten in Nederland sinds het uitkomen van de eHealth-monitor 2016	25	6.8 Zorgrobots	81
2.2 Outcomedoelen Informatieberaad	29	6.9 Taakopvatting	81
2.3 Relevante onderzoeken voor de opschaling van eHealth	30	6.10 Ondersteuning	81
2.4 Ontwikkelingen in Europa	31	6.11 Conclusie en discussie	81
2.5 Terugblik aanbevelingen 2016	32	7 ELEKTRONISCHE DOSSIERVEROERING EN COMMUNICATIE TUSSEN ZORGVERLENERS	85
3 GEMAK EN SERVICE VOOR ZORGGEBRUIKERS	37	7.1 Inleiding	86
3.1 Inleiding	37	7.2 Elektronische dossiervoering	86
3.2 Houding ten aanzien van online contact	38	7.3 Elektronische informatie-uitwisseling met andere zorgverleners	87
3.3 Online contactmogelijkheden tussen zorggebruikers en zorgverleners	42	7.4 Gegevens versturen en ontvangen	89
3.4 Conclusie en discussie	46	7.5 Elektronische afstemming van zorg	92
		7.6 Teleconsultatie en digitale consultgesprekken	93
4 ONTSLUITING VAN MEDISCHE GEGEVENS VOOR DE PATIËNT	51	7.7 Conclusie en discussie	94
4.1 Inleiding	51	DANKWOORD	99
4.2 Inzagemogelijkheden in het medisch dossier	53	BIJLAGE A. ONDERZOEKSMETHODE	101
4.3 Wenselijkheid van inzage volgens artsen	54	Kwalitatief onderzoek onder zorggebruikers	101
4.4 Conclusie en discussie	56	Dataverzameling voor het vragenlijstonderzoek	101
		Selectie van eHealth-toepassingen	109
		Analyses en betrouwbaarheid	110
		BIJLAGE B. LIJST VAN AFKORTINGEN	112





Samenvatting: de eHealth-monitor 2017 in vogelvlucht

Kernresultaten, beschouwing en aanbevelingen

Vijf jaar geleden verscheen de eerste eHealth-monitor. In de tussentijd heeft de ontwikkeling van eHealth bepaald niet stilgestaan. In de afgelopen jaren zijn grote stappen gezet op het gebied van technologische ontwikkelingen en het creëren van aanbod. Standaarden voor informatie-uitwisseling en gegevensvastlegging worden steeds meer toegepast voor adequate gegevensoverdracht. Onderzoek naar de effecten van eHealth-toepassingen neemt toe. En ook op het gebied van financiering worden nieuwe mogelijkheden onderzocht en benut.

eHealth (zie box 1) biedt interessante mogelijkheden om de kwaliteit van zorg, kwaliteit van leven van patiënten en efficiëntie en continuïteit van de zorg te verbeteren. Zo is digitale

Box 1: eHealth en de eHealth-monitor

eHealth is het gebruik van hedendaagse informatie- en communicatietechnologieën, in het bijzonder internettechnologie, 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 741 leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg, 3.040 leden van het Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten, 536 artsen, 712 verpleegkundigen en 225 praktijkondersteuners voor de geestelijke gezondheidszorg (POH's-GGZ) en op gesprekken die zijn gehouden tijdens een workshopdag met elf deelnemers van het Consumentenpanel Gezondheidszorg.

In 2016 werden de eHealth-doelstellingen die het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in 2014 heeft opgesteld apart beschreven in een doelstellingenrapport¹. Dit jaar kozen we ervoor de bevindingen met betrekking tot deze doelstellingen op te nemen in dit rapport. Deze bevindingen bespreken we in de betreffende hoofdstukken en in deze samenvatting.

¹ 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.

Samenvatting: de eHealth-monitor 2017 in vogelvlucht

informatie-uitwisseling tussen zorgverleners onderling én met patiënten veelbetekenend voor de precisie en volledigheid van patiëntendossiers. Daarnaast kan digitale ondersteuning op het gebied van medicatie fouten voorkomen en therapietrouw bevorderen. Technologie ondersteunt kwetsbare ouderen bij het zelfstandig wonen, bijvoorbeeld door sensoren, digitale sleutelkastjes en GPS-trackers. Verder zijn tal van applicaties en online coaches beschikbaar om zorggebruikers^{II} naar een gezondere leefstijl te begeleiden. Ook 'gemakdiensten' kunnen de zorg toegankelijker maken voor zorggebruikers: beeldbeltoepassingen brengen een consult letterlijk dicht bij huis.

Van aanbod moeten we nu naar gebruik: opschaling van eHealth-toepassingen blijft een uitdaging. Vijf jaar na de eerste monitor krijgen we steeds beter in beeld hoe het komt dat het gebruik achter blijft op het aanbod en waarom opschaling van toepassingen vaak uitblijft. Zo blijkt dat er nog steeds veel onbekendheid en onduidelijkheid is op het gebied van eHealth. Zorggebruikers zijn vaak niet op de hoogte van het aanbod en de mogelijkheden bij hun zorgverleners, die op hun beurt onduidelijkheid ervaren over de inzet van toepassingen.

Focus is noodzakelijk om duidelijkheid te creëren. De mogelijkheden op eHealth-gebied zijn groot en blijven toenemen. Zolang niet concreet is waarom, met welk doel en voor wie eHealth wordt ingezet, is het moeilijk te bepalen wanneer een implementatie 'geslaagd' is. Uit de eHealth-monitor 2016 bleek dat eHealth vraagt om een maatschappelijke innovatie. Hiervoor is een veranderkundige aanpak nodig. En zoals bij elk verandertraject zijn duidelijkheid en overeenstemming over de reden om te veranderen belangrijk om eHealth-toepassingen succesvol te implementeren.

Voor de uiteindelijke adoptie van eHealth lijkt het daadwerkelijk *doen* van toegevoegde waarde. Uit dit onderzoek blijkt dat zorgverleners en zorggebruikers die ervaring hebben met eHealth-toepassingen positiever zijn dan diegenen die de toepassing (nog) niet hebben gebruikt. Het opdoen van ervaring en leren van good practices kan bijdragen aan het ervaren van de werkelijke meerwaarde.

Deze samenvatting beschrijft de belangrijkste resultaten, conclusies en aanbevelingen uit de eHealth-monitor 2017. Ook bespreken we de stand van zaken betreffende de drie eHealth-doelstellingen die het ministerie van VWS in 2014 heeft gesteld.

Kernresultaten 2017 Gemak en service voor zorggebruikers

Online contact roept vaak nog vragen op

Het merendeel van de artsen beoordeelt online contact tussen patiënt en arts positief: zij zien het als goede aanvulling op – maar zelden als vervanging van – reguliere vormen van contact. Het aanbod van online contactmogelijkheden door artsen is toegenomen. Op dit moment zijn maar weinig huisartsen en medisch specialisten van mening dat online contact geschikt is voor het grootste deel van hun patiënten.

Zorggebruikers staan neutraal tot positief tegenover online contact. De bekendheid met de mogelijkheden van online contact neemt toe bij deze groep. Bijna de helft van de zorggebruikers geeft aan gebruik te *willen* maken van het grootste deel van de toepassingen. Echter, het daadwerkelijke *gebruik* van online contactmogelijkheden neemt niet altijd toe. Uit de resultaten komt ook dit jaar weer naar voren dat veel zorggebruikers niet op de hoogte zijn van de mogelijkheden. Minder dan een op de drie zorggebruikers geeft aan dat de zorgverlener wel eens wat heeft verteld over de mogelijkheden van online contact.

Bij zowel artsen als zorggebruikers roept online contact vaak nog vragen op. Zo is een deel van de artsen er niet van overtuigd dat online contact veilig is. Voor een deel van de zorggebruikers geldt eveneens dat zij online contact niet veilig achten, of niet goed weten of het wel voldoende informatie oplevert.

Nog veel onduidelijkheid over het gebruik van een e-consult

Onder artsen is behoefte aan meer duidelijkheid over het e-consult. Er heerst vooral onder medisch specialisten onduidelijkheid over het gebruik, vergoedingen, regels en richtlijnen. Bij huisartsen zien we dit beeld minder. Mogelijk kunnen zij

II Als we in dit rapport spreken over zorggebruikers, bedoelen we elke in Nederland wonende 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.

voldoende uit de voeten met bestaande richtlijnen en checklists. Wel geeft het grootste deel van de huisartsen aan de vergoeding ontoereikend te vinden, of niet te weten of deze toereikend is. Het e-consult roept bij beide groepen artsen vragen op over wat wel of niet mag en een kwart van de huisartsen en een derde van de medisch specialisten voelt zich niet competent om een e-consult in te zetten. Meer dan de helft van de artsen is van mening dat veel van hun patiënten geen gebruik willen maken van een e-consult of geven aan dit niet te weten.

Zorggebruikers zien zowel positieve als negatieve kanten aan het e-consult. Zo zijn ze van mening dat ze in het geval van een e-consult beter kunnen nadenken over hun vraag, maar verwachten ze minder persoonlijke aandacht. Verder bleek uit de workshopdag (zie box 1) dat zorggebruikers vinden dat het gebruik van het e-consult afhangt van de context. Zo lijken ze vooral meerwaarde te zien in het gebruik van een e-consult bij het stellen van eenvoudige vragen. Zorggebruikers willen graag meer duidelijkheid over het e-consult: hoe het precies werkt, de betrouwbaarheid en het soort vragen dat zij kunnen stellen.

Bij zowel zorggebruikers als artsen zien we dat degenen die ervaring hebben met het e-consult positiever zijn dan degenen zonder ervaring.

Ontsluiting van medische gegevens voor de patiënt

Toename online inzage bij medisch specialisten en verpleegkundigen

Bij medisch specialisten is een toename te zien wat betreft mogelijkheden voor online inzage in verschillende onderdelen van het medisch dossier. Bij de huisartsen is nauwelijks een stijging waarneembaar. Het aantal huisartsen dat aangeeft niet te weten of ze online inzage gewenst vinden of zegt hierover geen mening te hebben, is de afgelopen jaren gestegen.

In de ouderenzorg zien we een positieve ontwikkeling op het gebied van online inzage. Ruim vier op de tien verpleegkundigen en verzorgenden in deze sector werken met een elektronisch patiëntenportaal^{III}. Dit is een verdubbeling ten opzichte van het voorgaande jaar. Ook in de ziekenhuiszorg en huisartsenzorg

werken verpleegkundigen veel vaker dan vorig jaar met een patiëntenportaal.

Chronisch zieken zien na ervaring vaak meerwaarde in online inzage

Het percentage zorggebruikers dat aangeeft online hun medische gegevens bij de medisch specialist te kunnen inzien, neemt toe naar 13% in 2017. Het aantal zorggebruikers dat aangeeft online inzage te hebben in hun gegevens bij de huisarts, is de afgelopen jaren niet toegenomen en schommelt rond de 3%-5%. Een groot deel van de zorggebruikers weet in 2017 niet of inzage mogelijk is bij de medisch specialist of huisarts.

Van de chronisch zieken geeft bijna een kwart aan bij de huisarts online inzage te hebben gehad in voorgeschreven medicatie. De meerderheid van de groep die inzage in medische gegevens had, vond dit nuttig. Met name omdat het meer inzicht geeft en gegevens beter te controleren zijn. Vier op de tien artsen die dit nu niet aanbieden, zou de mogelijkheid tot online inzage in het medicatieoverzicht wel willen geven.

Zelfmanagement en online behandeling

Toename in aantal zelfmetingen

Ongeveer de helft van de chronisch zieken en kwetsbare ouderen heeft in 2017 zelfstandig gezondheidswaarden gemeten, met name gewicht, bloeddruk en bloedsuikerwaarden. Dit is een stijging ten opzichte van vorig jaar. Gezondheidswaarden worden ook vaker bijgehouden dan eerdere jaren. Minder dan een tiende van de chronisch zieken en kwetsbare ouderen geeft aan wel te willen meten, maar dit niet te kunnen. Een evenredig klein deel geeft aan niet te meten, maar dit wel te willen.

Van de chronisch zieken maakt 4% gebruik van een persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO). Bijna een kwart geeft aan dit wel te willen gebruiken en ruim een derde zegt niet te weten of ze een PGO wil gebruiken.

POH's-GGZ hebben behoefte aan beslisondersteuning en onderzoek naar effecten van eMental Health

eMental Health is in 2017 door bijna alle POH's-GGZ ingezet bij een deel van hun patiënten. Hoewel POH's-GGZ in het

III Dit is een digitale omgeving waar zorggebruikers niet alleen hun medische gegevens kunnen bekijken en mogelijk kunnen aanvullen, maar bijvoorbeeld ook online een afspraak kunnen maken of vragen kunnen stellen aan een zorgverlener.

Samenvatting: de eHealth-monitor 2017 in vogelvlucht

algemeen tevreden zijn over de inzet van eMental Health, zijn zij van mening dat het huidige aanbod niet voor iedere patiënt geschikt is. Zij geven onder andere aan dat het aanbod niet goed aansluit bij het opleidingsniveau, de culturele achtergrond of de digitale vaardigheden van patiënten.

Daarnaast geven POH's-GGZ aan behoefte te hebben aan beslisondersteuning en onderzoek naar de effecten van eMental Health. Een keuzehulp zou volgens hen helpen om te beslissen welke vorm van eMental Health bij wie is in te zetten. Hoewel een deel van de POH's-GGZ aangeeft dat eMental Health is opgenomen in hun werkprocessen en dat zij ondersteuning krijgen bij het gebruik van eMental Health, lijken richtlijnen of een door de praktijk opgestelde visie in veel gevallen te ontbreken. Ook heerst nog vaak onduidelijkheid over de regels voor vergoeding.

Begeleiding en ondersteuning op afstand

Artsen zien meerwaarde telemonitoring vooral bij diabetes en hartfalen

Telemonitoring wordt in verhouding tot eerdere jaren in vergelijkbare mate ingezet volgens zorgverleners en zorggebruikers. Bijna de helft van de zorgverleners is van mening dat het relevant is telemonitoring in te zetten. Artsen zien met name meerwaarde bij patiënten met diabetes en hartfalen – dit laatste geldt met name voor medisch specialisten. Ongeveer een op de vijf chronisch zieken en kwetsbare ouderen vindt telemonitoring ook wenselijk. Rond een derde van deze groep staat neutraal tegenover de stelling dat telemonitoring voor hen zelf wenselijk of noodzakelijk is.

Verpleegkundigen zien kansen voor verbetering medicatieveiligheid via eHealth

Medicatieveiligheid is voor verpleegkundigen een belangrijk thema. Ruim 80% van de verpleegkundigen in de ouderenzorg en ziekenhuiszorg geeft aan digitale dubbele medicatiecontrole noodzakelijk of wenselijk te vinden. Het gebruik hiervan ligt, met respectievelijk 23%-31%, beduidend lager. Daarnaast vindt 71% van de verpleegkundigen in de ouderenzorg en 40% van de verpleegkundigen in de ziekenhuiszorg de inzet van medicijndispensers noodzakelijk of wenselijk. Verpleegkundigen in de ouderenzorg gebruiken deze de afgelopen jaren vaker. Wel valt op dat medicijndispensers bij een beperkt deel van de patiënten worden ingezet.

In alle drie de sectoren is de meerderheid van de verpleegkundigen van mening dat het hun taak is om patiënten in te lichten over en te ondersteunen bij het gebruik van eHealth. Van de verpleegkundigen in alle drie de sectoren mist 25%-40% duidelijkheid over wat tot hun takenpakket behoort, wanneer het aankomt op nieuwe ICT-toepassingen. Andere behoeften op het gebied van ondersteuning bij nieuwe ICT-toepassingen variëren tussen de sectoren.

Elektronische dossiervoering en communicatie tussen zorgverleners

Zorgverleners vinden nog meer informatie-uitwisseling gewenst

Het merendeel van de zorgverleners houdt het patiëntendossier voornamelijk digitaal bij. Vrijwel alle huisartsen kunnen digitaal medische gegevens uitwisselen met ziekenhuizen, laboratoria en huisartsenposten. Echter, dit kunnen ze in veel mindere mate met de dienst voor maatschappelijke ondersteuning bij de gemeente, de thuiszorg, wijkverpleegkundige of het verpleeghuis. Huisartsen vinden deze uitwisseling wel wenselijk.

Medisch specialisten en verpleegkundigen in de ouderenzorg en ziekenhuiszorg wisselen vergeleken met huisartsen minder vaak digitaal informatie uit. Dit terwijl het merendeel van de verpleegkundigen dit wel wenselijk vindt en daarvan positieve effecten verwacht. Verpleegkundigen in de ziekenhuiszorg en ouderenzorg dragen medische gegevens veelal nog op papier over. Ruim de helft van de verpleegkundigen in de ouderenzorg geeft in 2017 aan dat de organisatie gebruik maakt van elektronische gegevensuitwisseling.

Onder medisch specialisten is het steeds vaker mogelijk digitaal een actueel medicatieoverzicht te versturen naar en te ontvangen van de openbare apotheek. Toch geeft ongeveer de helft van de medisch specialisten in 2017 aan dat zij deze mogelijkheid nog niet hebben, maar dit wel wenselijk vinden.

eHealth-doelstellingen ministerie van VWS

Het ministerie van VWS heeft in juli 2014 drie doelstellingen geformuleerd, waarvan de wens is deze binnen vijf jaar te realiseren^{IV}. Deze doelstellingen bespreken we in deze paragraaf. De doelstellingen zelf staan in de boxen 2 tot en met 4.

Mogelijkheid online inzage neemt toe bij medisch specialisten en verpleegkundigen

De mogelijkheid voor zorggebruikers om online inzage te hebben, begint met het aanbod hiervan door zorgverleners. Het is daarom positief dat de mogelijkheid tot online inzage bij medisch specialisten en verpleegkundigen in de ouderenzorg is gestegen. Bij huisartsen, waar we vrijwel geen toename zien, steeg de groep die niet weet of ze online inzage gewenst vindt of hierover geen mening heeft.

Ook dit jaar zien we dat het percentage artsen dat zegt online inzage aan te bieden veel groter is dan het percentage zorggebruikers dat hiervan op de hoogte is of het gebruikt. Ook in de groep waar online inzage het meest relevant lijkt te zijn, namelijk patiënten met een chronische aandoening, zijn nog veel patiënten niet op de hoogte van de mogelijkheid en is het gebruik nog relatief laag.

Dit betekent dat er nog een weg te gaan is om de geformuleerde doelstelling in 2019 te bereiken (zie box 2). Er zijn meerdere initiatieven gaande met als doel om patiënten door online inzage in de medische gegevens meer centraal te stellen en meer de regie te geven. Voorbeelden hiervan zijn het programma MedMij^V, de outcomedoelen van het Informatie-beraad^{VI} en het Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional (VIPP)^{VII}. Deze inspanningen leiden de

Box 2: doelstelling online inzage

De eerste doelstelling stelt dat 80% van de chronisch zieken binnen vijf jaar direct toegang heeft tot bepaalde medische gegevens, waaronder medicatie-informatie, vitale functies en testuitslagen, en deze desgewenst kan gebruiken in mobiele apps of internetapplicaties. Van de overige mensen betreft dit 40%.

komende jaren hopelijk tot meer aanbod van online inzage en een hoger gebruik. Belangrijk hierbij is om de eindgebruiker niet uit het oog te verliezen: zowel zorggebruikers als zorgverleners zijn soms nog terughoudend. Het is daarom van belang dat eHealth-toepassingen vanuit meerwaarde ontwikkeld worden met het oog op de eindgebruiker. Dat betekent dat ze makkelijk en intuïtief in gebruik zijn en aansluiten op de belevingswereld van de zorggebruiker én zorgverlener.

Chronisch zieken meten vaker gezondheidswaarden

De helft van de kwetsbare ouderen en 55% van de chronisch zieken hebben het afgelopen jaar zelf gezondheidswaarden gemeten, zoals gewicht, bloeddruk en bloedsuikerwaarde. Bij de chronisch zieken is dit percentage ten opzichte van de vorige meting (najaar 2015) iets gestegen; ook houden zij

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

V MedMij. (2017). *Grip op je eigen gezondheidsgegevens*. Geraadpleegd op 1 augustus 2017 op <https://www.medmij.nl>.

VI Informatieberaad. (2017). *Outcome-doelen Informatieberaad*. Geraadpleegd op 2 augustus 2017 op <https://www.informatieberaadzorg.nl/publicaties/publicaties/2017/3/24/generieke-outcome-doelen-informatieberaad>.

VII NVZ. (2017). *Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional*. Geraadpleegd op 28 juni 2017 op <https://www.nvz-ziekenhuizen.nl/onderwerpen/vipp-programma>

Samenvatting: de eHealth-monitor 2017 in vogelvlucht

vergeleken met de vorige meting iets vaker gezondheidswaarden bij. In de tweede doelstelling van VWS (zie box 3) wordt er rekening mee gehouden dat niet alle chronisch zieken en kwetsbare ouderen willen of kunnen meten. Een grote groep chronisch zieken of kwetsbare ouderen geeft aan geen gezondheidswaarden te willen meten. Daardoor wordt – evenals vorig jaar – aan het eerste deel van de doelstelling voldaan. Ongeveer de helft van de huisartsen zegt patiënten wel eens aan te raden zelf gezondheidswaarden te meten. Onbekend is hoe zij dit doen en tot welk resultaat dit leidt. Het is daarom niet alleen belangrijk zicht te krijgen op de omvang van de groep patiënten die gestimuleerd kan worden om zelf te meten, maar ook op de mate waarin zorgverleners in staat zijn patiënten hierbij te stimuleren.

Box 3: doelstelling gezondheidswaarden meten

De tweede doelstelling stelt dat 75% van de chronisch zieken en kwetsbare ouderen, die dit willen en hiertoe in staat zijn, binnen vijf jaar zelfstandig metingen kunnen uitvoeren, veelal in combinatie met gegevensmonitoring op afstand door een zorgverlener.

Telemonitoring, waar het tweede deel van de doelstelling over gaat, komt moeizaam van de grond. De vraag is hoe dit komt en wat dit betekent. Telemonitoring kan leiden tot een vermindering van het aantal bezoeken aan een zorgverlener. Overtuigend bewijs dat telemonitoring leidt tot een betere gezondheid is echter nog maar voor weinig aandoeningen gevonden. Voor diabetes mellitus type 2 en hartfalen is dat in ieder geval wel het geval^{VIII}. En voor deze patiëntenpopulatie vinden huisartsen en medisch specialisten telemonitoring het vaakst relevant, blijkt uit dit onderzoek. Toch blijft daar ook een kloof tussen gewenst en daadwerkelijk gebruik. Eén van de oorzaken hiervan is dat patiënten vaak de noodzaak of persoonlijke meerwaarde van telemonitoring niet inzien. Op de tweede plaats worden er belemmeringen ervaren op het gebied van scholing, de toepassingen en de werkwijzen^{IX}.

Gezien de bewezen effectiviteit bij diabetes mellitus en hartfalen lijkt het het meest zinvol eerst bij deze patiëntengroep ervaring op te gaan doen. Aandachtspunten daarbij zijn dat patiënten gewezen worden op de potentiële meerwaarde, dat werkprocessen worden aangepast, regelgeving helder is en scholing plaatsvindt. Verpleegkundigen en praktijkondersteuners van huisartsen (POH's) kunnen een belangrijke rol spelen in het informeren, adviseren en enthousiasmeren van patiënten. Aangezien zij dit veelal ook als hun taak zien, biedt dit een mooie uitgangspunt. Wel is het van belang dat de genoemde professionals hiervoor zijn, of worden, toegerust.

Geen ontwikkeling op het gebied van beeldbellen en domotica

Dit onderzoek laat zien dat het aanbod en gebruik van beeldbellen en domotica stabiel is (zie box 4). Patiënten die thuis zorg en ondersteuning ontvangen, maken hiervan nauwelijks gebruik. En dat terwijl ongeveer een derde van deze patiënten beeldbellen zou willen gebruiken en dan met name als aanvulling op reguliere zorg. Ongeveer de helft van de verpleegkundigen vindt beeldbellen noodzakelijk of wenselijk. Beeldbellen vraagt, zoals de meeste eHealth-toepassingen, om een nauwgezette implementatiestrategie. In die gevallen waar beeldbellen of domotica leidt tot betere zorg of betere ondersteuning, en het relevant is dergelijke toepassingen in te zetten, is het van belang voldoende aandacht te hebben voor eventuele belemmeringen en betrokkenheid van zorgverleners en patiënten. Kennis, kunde en tijd van de professionals en managers zijn daarbij essentieel. Ook op het gebied van beeldbellen en domotica geldt dat verpleegkundigen een belangrijke rol kunnen hebben in het introduceren en ondersteunen van gebruik hiervan bij hun patiënten.

Box 4: doelstelling beeldbellen en domotica

De derde doelstelling stelt dat iedereen die zorg en ondersteuning thuis ontvangt de mogelijkheid heeft om – desgewenst – via een beeldscherm 24 uur per dag met een zorgverlener te communiceren. Naast beeldschermzorg wordt hierbij domotica ingezet.

VIII Hanlon, P., Daines, L., Campbell, C., McKinstry, B., Weller, D., Pinnock, H. (2017) *Telehealth interventions to support self-management of long-term conditions: a systematic metareview of diabetes, heart failure, asthma, chronic obstructive pulmonary disease, and cancer*. Journal of Medical Internet Research, 19(5), e172.

IX 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.

Beschouwing

De inzet van eHealth vraagt om verandering: van organisaties en processen, maar vooral ook van gedrag. En gedragsverandering is moeilijk, maar niet onmogelijk. Echter, wanneer er geen duidelijke motivatie is om op een andere manier te werken of handelen, vallen mensen al gauw terug op 'bekend' gedrag.

Zowel zorggebruikers als zorgverleners geven geregeld aan niet te weten óf ze eHealth willen inzetten of gebruiken of zeggen hierover geen mening te hebben. Motivatie, of het ontbreken daarvan, kan hierbij een factor zijn. Wanneer eHealth gericht wordt ingezet en er sprake is van noodzaak en/of meerwaarde voor zorgverleners en zorggebruikers die de toepassing ook daadwerkelijk kunnen gebruiken, kan dit een positief effect hebben op de adoptiegraad.

Kansen voor opschaling van eHealth vanuit focus op noodzaak of meerwaarde

Op het gebied van medicatieveiligheid ervaren velen de noodzaak van verandering. Een niet compleet of niet actueel medicatieoverzicht kan leiden tot geneesmiddelinteracties en in sommige gevallen zelfs tot ziekenhuisopname. Verschillende onderzoeken bevestigen dat er op het gebied van medicatieveiligheid nog winst valt te behalen^x. Medicatieveiligheid is niet voor niets een van de outcomedoelen van het Informatieberaad^{xi}.

Een kans voor opschaling op het gebied van medicatieveiligheid zien we bij de digitale dubbele medicijncontrole in de verpleegkundigenzorg. De meerderheid van de verpleegkundigen in de ouderenzorg en ziekenhuiszorg geeft aan dat het gebruik van digitale dubbele medicatiecontrole noodzakelijk of wenselijk is. Echter, nog maar een op de vijf verpleegkundigen maakt hiervan gebruik^{xii}.

Noodzaak voor verbetering is er ook in het geval van elektronische gegevensuitwisseling. Informatie-uitwisseling tussen zorgverleners kan voor een actueel en eenduidig beeld van de patiënt zorgen. En draagt daarmee bij aan de continuïteit van

de zorg en de patiëntveiligheid. Elektronische gegevensuitwisseling tussen zorgverleners onderling en met instellingen is nog niet altijd mogelijk, hoewel er dit jaar op veel gebieden een toename is gevonden. In de praktijk lijkt het ook geen kwestie van niet *willen*, maar van niet *kunnen*. Gebrekkige techniek is vaak onderdeel van het probleem. Zo gaf bijna de helft van de medisch specialisten aan dat ICT-systemen voor gegevensuitwisseling niet naar behoren werken. Onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg toont aan dat veel tijd verloren gaat door het niet volledig overdragen van informatie of door niet op elkaar aansluitende systemen^{xiii}.

Kansen voor opschaling van eHealth vanuit focus op doelgroep

Onder gebruikers van eHealth-toepassingen kan de mate waarin de noodzaak of meerwaarde wordt gevoeld verschillen. Uit dit onderzoek blijkt dat chronisch zieken vaker hun gezondheidswaarden meten en deze gegevens ook geregelder bijhouden, mogelijk omdat ze zich meer bewust worden van het belang van het monitoren van gezondheidswaarden. Maar niet iedereen hoeft te meten. Uit eerder onderzoek binnen de eHealth-monitor blijkt dat een op de drie chronisch zieken en kwetsbare ouderen hun gezondheidswaarden niet zelf wil meten. Daaraan kunnen 'geldige' redenen ten grondslag liggen. Bijvoorbeeld omdat de zorgverlener al meet, of omdat het gezien de aandoening niet nodig is. Het lijkt zinnig om dan de focus te leggen op patiënten voor wie het juist wel noodzakelijk of nuttig kan zijn om bepaalde gezondheidswaarden te meten en die groep hierin te stimuleren.

Er zijn natuurlijk ook patiënten die aangeven eHealth niet te kunnen gebruiken. Als het gebruik van eHealth voor deze groep wel een duidelijke noodzaak of meerwaarde zou hebben, kunnen zij baat hebben bij begeleiding in het meten van gezondheidswaarden.

Het is niet meer dan reëel dat eHealth niet voor alle zorggebruikers en niet in alle situaties geschikt is. Wel is het belangrijk dat zorggebruikers en zorgverleners weten voor wie en in welke situaties zij vormen van eHealth kunnen inzetten en

X Zie hoofdstuk 4 uit dit rapport, Ontsluiting van medische gegevens, voor meer achtergrondinformatie.

XI Zie hoofdstuk 2 uit dit rapport, Ontwikkelingen in eHealth, voor meer achtergrondinformatie.

XII Zie hoofdstuk 6 uit dit rapport, Begeleiding en ondersteuning op afstand, voor meer informatie.

XIII Inspectie voor de Gezondheidszorg (2016). Veilig voorschrijven moet beter. Een gezamenlijke zorgbrede verantwoordelijkheid. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Samenvatting: de eHealth-monitor 2017 in vogelvlucht

welke meerwaarde dit biedt. Dit kan de stap naar het daadwerkelijke doen verkleinen.

Kansen voor opschaling door samenwerking

Implementatie van eHealth-toepassingen is vaak een complex proces. Zorgaanbieders dienen zich hier bewust van te zijn, maar zij moeten vooral ook vaardig genoeg zijn om dit te organiseren. Zeker in de eerstelijnszorg, waar de zorgorganisaties veelal kleinschalig zijn, is het de vraag of zij dit alleen kunnen organiseren. Onderzoek laat zien dat het voor eerstelijns gezondheidscentra moeilijk is om eHealth-toepassingen te implementeren naast het leveren van de reguliere zorg^{XIV}. Het uitwisselen van ervaringen tussen zorgverleners, ondersteund door brancheorganisaties, kan voorkomen dat het wiel opnieuw uitgevonden wordt.

Ook het gezamenlijk optrekken van verschillende stakeholders zoals zorgverleners, managers, beleidsmakers, zorgverzekeraars en ontwikkelaars van eHealth-toepassingen, kan een positieve invloed hebben op de opschaling van eHealth. Daar komt bij, dat het op financieel vlak voordelig kan zijn om samen te werken. De inzet van eHealth kost tijd en geld en de baten komen niet altijd toe aan de investerende partij^{XV}. In dergelijke samenwerkingsverbanden kunnen partijen een gedeeld financieel risico nemen, met ook gedeelde financiële voordelen. Daar komt bij dat de kans op vroegtijdige terugtrekking kleiner is wanneer er een collectieve samenwerkingsovereenkomst is gesloten.

Aanbevelingen voor beleidsmakers en belangengroepen

Op basis van de huidige stand van zaken en bevindingen die voortkomen uit dit onderzoek, doen wij een aantal aanbevelingen voor beleidsmakers, (vertegenwoordigers van) zorgverleners, patiëntenorganisaties en marktpartijen.

1. Kies bewust voor eHealth

Een deel van de artsen die aangegeven heeft bepaalde eHealth-toepassingen wel te willen gebruiken, heeft geen

plannen voor implementatie. Daarnaast geven artsen geregeld aan niet te weten óf ze eHealth willen toepassen of zeggen hierover geen mening te hebben.

Wanneer de noodzaak of meerwaarde van eHealth voor de hand ligt, verbetert dat de kans op een geslaagde implementatie. Soms is noodzaak of meerwaarde echter niet evident. Dan is het voor zorgverleners van belang om duidelijkheid te krijgen over het *waarom* van eHealth. Zien ze eHealth als een noodzakelijke aanpassing in het zorgproces of een waardevolle uitbreiding van zorg? Biedt eHealth mogelijkheden om de patiënt meer regie te geven of om de patiënt juist te ontzorgen? En wat betekent dat voor de rol van de zorgverlener? Een visie op deze vraagstukken draagt bij aan een gefundeerde strategie die zorgverleners meer controle kan geven bij implementatie en toepassing van eHealth.

Uit visie volgt focus. Het zorgveld is groot en ook de mogelijkheden op het gebied van eHealth zijn legio. Zorgaanbieders moeten keuzes maken. Wanneer het *waarom* duidelijk is, moet *wat* ze willen bereiken en bij *wie* duidelijk worden. Overeenstemming binnen een zorgorganisatie over wat te bereiken, kan helpen in de opschaling. Focus daarbij op relevante en breed gedragen doelen, zoals verbetering van medicatieveiligheid. Betrek vanaf het begin ook relevante stakeholders, zoals medewerkers, zorggebruikers en zorgverzekeraars. Vanuit het te bereiken doel kan de inzet van eHealth worden gedefinieerd, als middel dat kan bijdragen aan het behalen van het doel.

Afbakening van de doelgroep (het '*wie*') helpt om het te bereiken doel beheersbaar te maken. Zorggebruikers die in eerste instantie het meeste baat hebben bij een specifieke eHealth-toepassing, zullen meer genegen zijn de toepassing te gebruiken. E-consulten kunnen bijvoorbeeld zinvol zijn bij patiënten waarbij regelmatig contact is zonder dat fysiek onderzoek nodig is. Telemonitoring is vooral voor mensen die goed in staat zijn zelf te meten, zoals mensen met diabetes en hartfalen.

XIV Swinkels, I.C.S., Huygens, M.W.J., Schoenmakers, T.M., Oude Nijeweme-d'Hollosy, W., Van Velsen, L., Schoone-Harmsen, M., . . . De Witte, L. *Lessons learned from a Living Lab on broad adoption of eHealth in primary healthcare*. Journal of Medical Internet Research (submitted 2017).

XV Inspectie der Rijksfinanciën, Bureau Strategische Analyse (2017). *IBO Innovatie in de zorg: Vernieuwing in de zorg, zorg voor implementatie*. Den Haag: Inspectie der Rijksfinanciën.

In de definiëring van het *waarom*, *wat* en voor *wie* is een belangrijke rol weggelegd voor belangenorganisaties van zorgverleners. Zij kunnen het voortouw nemen en hun achterban mobiliseren. De overheid kan zorgverleners en hun belangenorganisaties ondersteunen bij visie- en strategieontwikkeling, bijvoorbeeld door het organiseren van kennissessies of door onderzoek (zie ook aanbeveling 5).

2. Bevorder verbetering van digitale gegevens-uitwisseling en dubbele medicatiecontrole

Verbetering van de huidige ICT-systemen is noodzakelijk op de weg naar adequate informatie-uitwisseling van medische gegevens. Het verdient aandacht na te gaan welke opties er zijn om bestaande mogelijkheden voor gestandaardiseerde elektronische informatie-uitwisseling te verbeteren, gezien het belang van juiste en tijdige uitwisseling van gegevens voor patiëntveiligheid. Dit vraagt om actieve regie van de overheid, in samenspraak met (vertegenwoordigers van) zorgaanbieders en leveranciers van ICT-systemen. Het lijkt verder relevant te onderzoeken op welke manier partijen als huisartsen of apothekers en initiatieven als Registratie aan de Bron op elkaar kunnen aansluiten ten behoeve van eenduidige zorginformatie voor meervoudig gebruik.

Gezien de kloof tussen de wenselijkheid en noodzaak van digitale dubbele medicatiecontrole en het gebruik hiervan lijkt het zaak om in te zetten op een verdere uitrol van deze eHealth-toepassing in de ouderenzorg en ziekenhuiszorg. Bestuurders en managers van (thuis)zorgorganisaties spelen een voortrekkersrol, ondersteund door beroepsverenigingen zoals die voor verpleegkundigen en verzorgenden in Nederland (V&VN), in de bredere inzet van digitale toepassingen voor dubbele medicatiecontrole voor verpleegkundigen ter bevordering van medicatieveiligheid.

3. Stimuleer ervaring in opleidingen en nascholingen, creëer ambassadeurs

Om opschaling te bewerkstelligen, is meer ervaring met en kennis van eHealth-toepassingen nodig. Hierdoor kunnen gebruikers de toepasbaarheid en toegevoegde waarde ervan beter inschatten. Ervaring start voor zorgverleners al in de opleiding en dient dan ook hier aangeboden te worden, in theorie en praktijk. In lijn met de eHealth-monitor 2016 is de aanbeveling aan beroepsverenigingen, in samenwerking met opleidingsinstituten, om integratie van eHealth in curricula te

bevorderen. Dit geldt niet alleen voor de initiële opleiding, ook voor nascholing.

Ontwikkelaars van eHealth-toepassingen hebben eveneens een belangrijke rol in het bieden van de mogelijkheid ervaring op doen. Via softwaredemo's kunnen zij praktiserende zorgverleners en patiënten ervaringen op laten doen met een dienst of toepassing. Ook kunnen zorggebruikers meer gestimuleerd worden om eHealth te ervaren door proeflabs in te zetten.

Het is van belang dat eindgebruikers betrokken worden bij de ontwikkeling van een toepassing. Maar ook goede ondersteuning bij het juiste gebruik is belangrijk. Ambassadeurs onder zorgverleners en patiëntenorganisaties kunnen helpen om ervaring te stimuleren en begeleiden. Binnen patiëntenorganisaties en zorgorganisaties is ambassadeurschap nodig om collega's voor te lichten, te enthousiasmeren, vertrouwen op te bouwen en zo implementatie aan te jagen. Buiten instellingen en organisaties zijn ambassadeurs nodig om hun ervaringen te delen en nieuwe gebruikers te adviseren bij implementatie. Belangenorganisaties moeten ambassadeurs benoemen en ondersteunen in het uitdragen van het nut en de noodzaak van eHealth.

4. Informeer, communiceer en begeleid

In de resultaten van 2017 zien we dat er regelmatig sprake is van onbekendheid en onduidelijkheid. Zo zien we dat regels, werkwijzen en richtlijnen voor zorgverleners vaak niet helder zijn. Daarnaast hebben zorgverleners duidelijkheid nodig over de veiligheid en toegevoegde waarde van mogelijkheden zoals online contact. Partijen die betrokken zijn bij het opstellen van kwaliteitsrichtlijnen voor zorg, zoals beroepsverenigingen van zorgverleners en patiëntenverenigingen, kunnen informatie over regels, bekostiging en wetgeving bij eHealth-toepassingen (zoals het e-consult) onderdeel maken van nieuwe of herziene richtlijnen en zorgstandaarden. Kennis- en expertisecentra op het gebied van eHealth kunnen middels bijeenkomsten en kennispublicaties bijdragen aan de bewustwording omtrent doelmatige en duurzame inzet van eHealth. Ook argumentenwijzers en bewezen good practices kunnen zorgverleners over de streep trekken om eHealth actief aan te bieden.

Evenals in eerdere edities van de eHealth-monitor blijkt ook dit jaar dat veel zorggebruikers niet op de hoogte zijn van de mogelijkheden op het gebied van eHealth. Zorgverleners,

Samenvatting: de eHealth-monitor 2017 in vogelvlucht

ondersteund door hun beroepsverenigingen, hebben een belangrijke rol in het persoonlijk onder de aandacht brengen van eHealth. Hierbij is het van belang dat zij de meerwaarde voor de individuele zorggebruiker benadrukken. Ze moeten eHealth aanbieden op een moment dat het voor de zorggebruiker relevant is. Daarnaast hebben zorggebruikers behoefte aan begeleiding bij de inzet van online toepassingen. Ambassadeurs (zie aanbeveling 3) kunnen hier een rol in spelen. Voor het informeren over en begeleiden van patiënten bij het gebruik van eHealth zien ook verpleegkundigen een belangrijke taak voor zichzelf weggelegd. Het zou goed zijn als zij deze rol (kunnen) oppakken, ondersteund door belangenorganisaties als V&VN en Actiz.

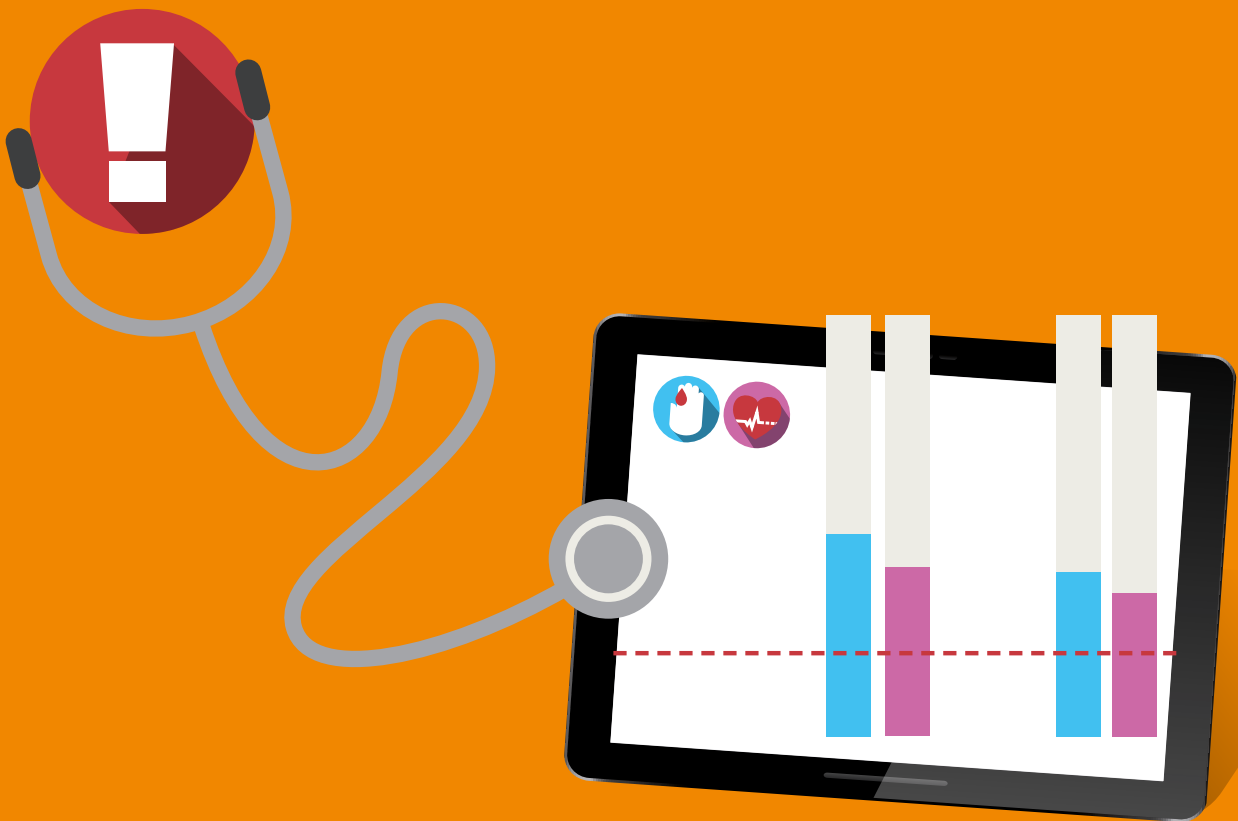
De brede mogelijkheden van eHealth mogen via meer kanalen onder de aandacht van patiënten/zorggebruikers komen. Persoonlijke (nieuws)brieven, patiëntfolders of Postbus 51-achtige boodschappen zijn in te zetten om de beschikbaarheid en toegevoegde waarde van eHealth-toepassingen te communiceren. Ook de e-healthweek biedt kansen en mogelijkheden om bewustwording te creëren omtrent eHealth-toepassingen en deze te ervaren. Hier ligt een duidelijke rol voor (beroepsverenigingen van) zorgaanbieders, zorgorganisaties, patiëntenorganisaties en de overheid.

5. Onderzoek good/bad practices

Na het *waarom*, *wat* en *wie* moet er invulling gegeven worden aan het *hoe*. In de resultaten van dit jaar zien we dat zorgverleners ondersteuning kunnen gebruiken bij de toepassing van eHealth. Kennis van de effectiviteit van implementatiestrategieën kan hieraan bijdragen. Hoe kunnen zorgorganisaties duidelijkheid krijgen over de noodzaak of meerwaarde van eHealth, het te bereiken doel en hoe hier te komen? Welke ondersteuning hebben zorgverleners nodig tijdens het implementeren van eHealth-toepassingen en hoe kunnen zij zorggebruikers het beste informeren en motiveren?

Onderzoek is en blijft noodzakelijk om inzicht te krijgen in de effectiviteit en opschalingsmogelijkheden van eHealth-toepassingen. Opschaling van bewezen effectieve eHealth-toepassingen vindt nog te weinig plaats. Goede voorbeelden zijn een belangrijke stimulans hiervoor. Op dit moment is er nog te weinig inzicht in good/bad practices. Onderwijs- en onderzoeksinstituten, ondersteund door fondsen voor onderzoek, kunnen good en bad practices van eHealth analyseren om

meer inzicht te krijgen in de processen en factoren die ten grondslag liggen aan een geslaagde of juist mislukte implementatie. Door het relatieve voordeel van een eHealth-toepassing te analyseren ten opzichte van de oude werkwijze worden gezondheidsuitkomsten, tevredenheid van patiënten en zorgverleners evenals veranderingen in kosten van zorg op een wetenschappelijke manier inzichtelijk gemaakt. Dergelijk onderzoek leidt tot geleerde lessen op het gebied van het implementatieproces en inzicht in de effecten en kosteneffectiviteit van geselecteerde vormen van eHealth. Dit creëert bewustwording voor beleidsmakers, managers, bestuurders en zorgverleners die deze kennis kunnen gebruiken voor de toepassing en implementatie van eHealth.



Inleiding

Hoe denkt de bevolking in Nederland over online contact met zorgverleners? Helpen ICT-toepassingen zorgverleners bij de afstemming van zorg? Waarom zetten praktijkondersteuners voor de geestelijke gezondheidszorg eHealth slechts bij een beperkt deel van hun patiënten in? Hoeveel mensen met een chronische aandoening hebben online inzage in hun medische gegevens? Deze en andere vragen worden in deze vijfde editie van de eHealth-monitor beantwoord. We geven opnieuw inzicht in de mate waarin verschillende eHealth-toepassingen in Nederland worden aangeboden en gebruikt. Daarnaast kijken we naar de ontwikkelingen in de afgelopen jaren.

De eHealth-monitor

Sinds 2013 brengen Nictiz en het NIVEL, op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), jaarlijks de eHealth-monitor uit. Deze monitor beschrijft de stand van zaken op het gebied van eHealth¹ in Nederland¹⁻⁴. Daarbij gaat het om aspecten als: over welke eHealth-toepassingen beschikken zorggebruikers, chronisch zieken, artsen, verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners? In hoeverre maken ze gebruik van deze mogelijkheden en wat is veranderd ten opzichte van eerdere jaren?

eHealth-monitor versus de beleidsdoelstellingen van het ministerie van VWS

De overheid vindt een doorbraak van eHealth in de zorg belangrijk, 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 middel om in de zorg een beweging op gang te brengen naar meer zelfredzaamheid, zelfregie en zelfzorg van patiënten. Het ministerie van VWS

eHealth-doelstellingen van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2014)

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 en kwetsbare ouderen, die dit willen en hiertoe in staat zijn, kan 75% 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.

¹ Zie voor de gehanteerde definitie paragraaf 1.5 'Toelichting op enkele gebruikte termen'.

Inleiding

heeft daarom in juli 2014 drie doelstellingen geformuleerd met als wens deze binnen vijf jaar te realiseren⁵. Deze doelstellingen gaan over (zie het kader voor meer informatie):

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 het ministerie van VWS is vast onderdeel van de eHealth-monitor. Eerdere jaren rapporteerden we hierover in aparte publicaties^{6,7}. Dit jaar zijn de bevindingen voor deze drie specifieke doelstellingen opgenomen in de voorliggende rapportage.

Meer recent heeft het Informatieberaad, een bestuurlijke samenwerking tussen deelnemers uit het zorgveld en het ministerie van VWS, vier Outcomedoelen vastgesteld. Deze geven richting aan programma's, projecten en activiteiten binnen de zorg. Meer informatie hierover staat in hoofdstuk 2.

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 vier deelvragen:

1. In welke mate hebben zorggebruikers, chronisch zieken 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 effecten ervaren/verwachten zorgverleners van het gebruik van eHealth-toepassingen?

Deze vragen beantwoorden we in het algemeen en specifiek voor de drie beleidsdoelstellingen van het ministerie van VWS.

1.1.1 Thema's

Evenals in eerdere jaren zijn in de eHealth-monitor van 2017 specifieke accenten gelegd. Dit jaar geven we speciale

aandacht aan de houding van artsen en zorggebruikers ten aanzien van online contact en in het bijzonder het e-consult. Ook hebben we ons verdiept in de ervaringen rondom afstemming van zorg door artsen en verpleegkundigen en in de vraag wanneer POH's-GGZ eMental Health inzetten.

We presenteren de resultaten binnen de thema's, zoals die ook in eerdere edities van de eHealth-monitor zijn opgenomen^{3,4}. Zo kunnen we binnen elk thema de belangrijkste resultaten tonen wat betreft de beschikbaarheid en het gebruik van relevante eHealth-toepassingen. Twee thema's van afgelopen jaren zijn dusdanig verweven dat ze dit jaar zijn samengevoegd. Het gaat om 'Elektronische dossiervoering voor zorgverleners' en 'Elektronische communicatie tussen zorgverleners'. Waar relevant zullen we resultaten tussen verschillende disciplines vergelijken. Dit helpt bij het duiden waarom eHealth-toepassingen al dan niet aanslaan. Wel is het van belang de beroepsspecifieke context bij vergelijkingen altijd in ogenschouw te nemen. 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.

De vijf thema's zijn als volgt omschreven:

1. Gemak en service voor zorggebruikers

Vormen van online contact en communicatie tussen zorggebruikers en zorgverleners staan centraal binnen dit thema. Het gaat bijvoorbeeld om online afspraken maken met de zorgverlener of digitaal vragen stellen aan de zorgverlener (e-consult).

2. Ontsluiting van medische gegevens voor de patiënt

Binnen dit thema gaat het om elektronische inzage voor zorggebruikers in het dossier van de zorgverlener. We bespreken de eerste doelstelling van het ministerie van VWS: online inzage in medische gegevens.

3. Zelfmanagement en online behandeling

Dit thema omvat zaken rondom ziekte en gezondheid die de zorggebruiker zelf kan verrichten in zijn eigen omgeving. Denk hierbij aan het gebruik van internet en mobiele apps om informatie op te zoeken. Of aan het zelf bijhouden van gegevens over de gezondheid - bijvoorbeeld in een persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO). Andere voorbeelden zijn digitale zelftests doen, deelname aan een online discussiegroep met lotgenoten

of een online behandeling volgen. Wat betreft online behandeling hebben we gekeken naar online geestelijke ondersteuning aangeboden door GGZ-hulpverleners. Dit hoofdstuk behandelt tevens een gedeelte van de tweede beleidsdoelstelling van VWS: meten van gezondheidsgegevens.

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 toezichhoudende technieken, inzet van medicijn dispensers en beeldcontact tussen patiënt en zorgcentrale. Daarnaast gaat dit thema in op het tweede deel van de tweede beleidsdoelstelling van het ministerie van VWS, namelijk telemonitoring. Bij telemonitoring wordt een patiënt thuis op afstand gemonitord door een zorgverlener. Ook de inzet van robotica komt aan de orde, zoals robots die ondersteunen bij huishoudelijke taken of oefeningen. Tot slot wordt in dit thema de derde beleidsdoelstelling van het ministerie van VWS besproken: beeldbellen en domotica.

5. Elektronische dossiervoering voor zorgverleners en communicatie tussen zorgverleners

Dit thema gaat over het elektronisch patiënten- of cliënten-dossier (EPD) van de zorgverlener. Hierin vindt de registratie van patiëntgegevens plaats. Daarnaast gaat dit thema in op elektronische communicatie tussen zorgverleners in het kader van overdracht en afstemming van zorg. Een patiënt kan tijdens het zorgproces te maken krijgen met meerdere zorgverleners. Zorgverleners wisselen in dat geval onderling veel informatie uit, zoals verwijsbrieven en behandelverslagen. Daarnaast zijn er digitale mogelijkheden om advies te vragen aan collega-zorgverleners (teleconsultatie).

1.2 Onderzoeksmethode

De eHealth-monitor is uitgevoerd door middel van schriftelijke vragenlijstonderzoeken onder representatieve groepen van zorgprofessionals en zorggebruikers. We hebben vragenlijsten uitgezet onder:

- 1) zorggebruikers^{II};
- 2) chronisch zieken^{III};
- 3) verpleegkundigen, verzorgenden (in de cure en care) en praktijkondersteuners van de huisarts^{IV};
- 4) huisartsen;
- 5) medisch specialisten;
- 6) praktijkondersteuners van de huisarts voor de geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ).

De periode waarover de deelnemers van het onderzoek zijn ondervraagd, betreft het voorjaar 2016 tot het voorjaar 2017. Daarnaast vond op 23 juni 2017 een workshopdag plaats met elf zorggebruikers uit het Consumentenpanel Gezondheidszorg. Het doel: informatie verzamelen over de beleving van de Nederlandse bevolking op het vlak van online contact met zorgverleners en het online inzien van medische gegevens. Bijlage A bevat meer informatie over de onderzoeksmethode.

1.3 Anders in deze monitor

In de eHealth-monitor volgen we ontwikkelingen in de tijd. Daarom proberen we indicatoren voor de beschikbaarheid en het gebruik van eHealth stabiel te houden. Tegelijkertijd is het soms nodig om vragen aan te scherpen, te vervangen of nieuwe toepassingen toe te voegen. Bovendien zoeken we jaarlijks naar een nieuwe verdieping. Dit betekent dat een deel van de vragenlijst jaarlijks gelijk blijft, maar dat we ook een deel variëren.

Dit jaar geven we speciale aandacht aan de houding van artsen en zorggebruikers ten aanzien van een aantal zaken:

- 1) online contact;
- 2) de ervaringen rondom afstemming van zorg door artsen en verpleegkundigen;
- 3) de mogelijkheden voor elektronische informatie-uitwisseling;
- 4) de mate waarin verpleegkundigen eHealth-toepassingen noodzakelijk of wenselijk vinden;
- 5) de mate waarin POH's-GGZ eHealth-toepassingen geschikt vinden voor hun patiëntenpopulatie.

II Dit betreft een afspiegeling van de algemene bevolking in Nederland van 18 jaar en ouder.

III Dit betreft een landelijk representatieve afspiegeling van zelfstandig wonende mensen van 15 jaar en ouder met een somatische ziekte of langdurige lichamelijke beperking.

IV Dit betreft zowel praktijkondersteuners in de somatiek, ouderenzorg als geestelijke gezondheidszorg. Onder punt 6 zijn via een andere steekproef specifiek praktijkondersteuners voor de geestelijke gezondheidszorg geworven. Zij kregen andere vragen dan de verpleegkundigen onder punt 3.

Inleiding

Dit jaar zijn er geen vragenlijsten uitgezet onder managers. We hebben zorggebruikers niet gevraagd naar de ervaringen bij zorgverleners in de geestelijke gezondheidszorg. Ook hebben we artsen en verpleegkundigen niet gevraagd naar ondersteunende factoren bij het gebruik van eHealth-toepassingen. We hebben deze onderdelen laten vervallen om ruimte te maken voor nieuwe vragen.

1.4 Leeswijzer

De uitgebreide samenvatting van dit rapport 'de eHealth-monitor 2017 in vogelvlucht' eindigt met aanbevelingen voor beleidsmakers en belangengroepen. Hoofdstuk 2 beschrijft relevante (beleids)ontwikkelingen op het gebied van eHealth sinds 2016 tot aan de zomer van 2017. Vervolgens komen in de hoofdstukken 3 tot en met 7 de resultaten van het vragenlijstonderzoek voor elk van de vijf genoemde thema's aan de orde.

- Hoofdstuk 3: gemak en service voor zorggebruikers.
- Hoofdstuk 4: ontsluiting van medische gegevens voor de patiënt, inclusief beleidsdoelstelling 1.
- Hoofdstuk 5: zelfmanagement en online behandeling, inclusief beleidsdoelstelling 2.
- Hoofdstuk 6: begeleiding en ondersteuning op afstand, inclusief beleidsdoelstelling 3.
- Hoofdstuk 7: elektronische dossiervoering en communicatie tussen zorgverleners.

De hoofdstukken 3 tot en met 7 geven daarmee antwoord op de eerste drie onderzoeksvragen. Deze zijn ook terug te lezen in de samenvatting 'de eHealth-monitor 2017 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 sinds 2013 zichtbaar als het gaat om beschikbaarheid en gebruik van eHealth?

De hoofdstukken 3 en 7 geven voor enkele toepassingen ook antwoord op de vierde onderzoeksvraag:

4. 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.

1.5 Toelichting op enkele gebruikte termen

Als definitie van *eHealth* gebruiken we in dit rapport: het gebruik van moderne informatie- en communicatietechnologieën, in het bijzonder internettechnologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren⁷. 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^{8,9}. *eMental Health* is een onderdeel van eHealth. Dit betreft online toepassingen die de behandeling van psychische klachten ondersteunen.

Als we in dit rapport over *zorggebruikers* spreken, bedoelen we elke burger die in Nederland woont en 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.

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, tenzij de term cliënt de duidelijkheid ten goede komt. In het algemeen kan in dit rapport in plaats van patiënt ook cliënt worden gelezen. In vragenlijsten voor zorgverleners is, als dit voor de duidelijkheid noodzakelijk was, gesproken van 'patiënt/cliënt'.

In dit onderzoek maakten we onder andere gebruik van het Panel Verpleging & Verzorging van het NIVEL. Dit panel bestaat uit verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners. Voor het gemak van de lezer zullen we regelmatig spreken over *verpleegkundigen*. Tenzij expliciet anders vermeld, bedoelen we daarmee verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners. Begeleiders zijn voornamelijk werkzaam in de verstandelijk gehandicaptensector. De bevindingen in deze sector zijn in een aparte publicatie besproken¹⁰.

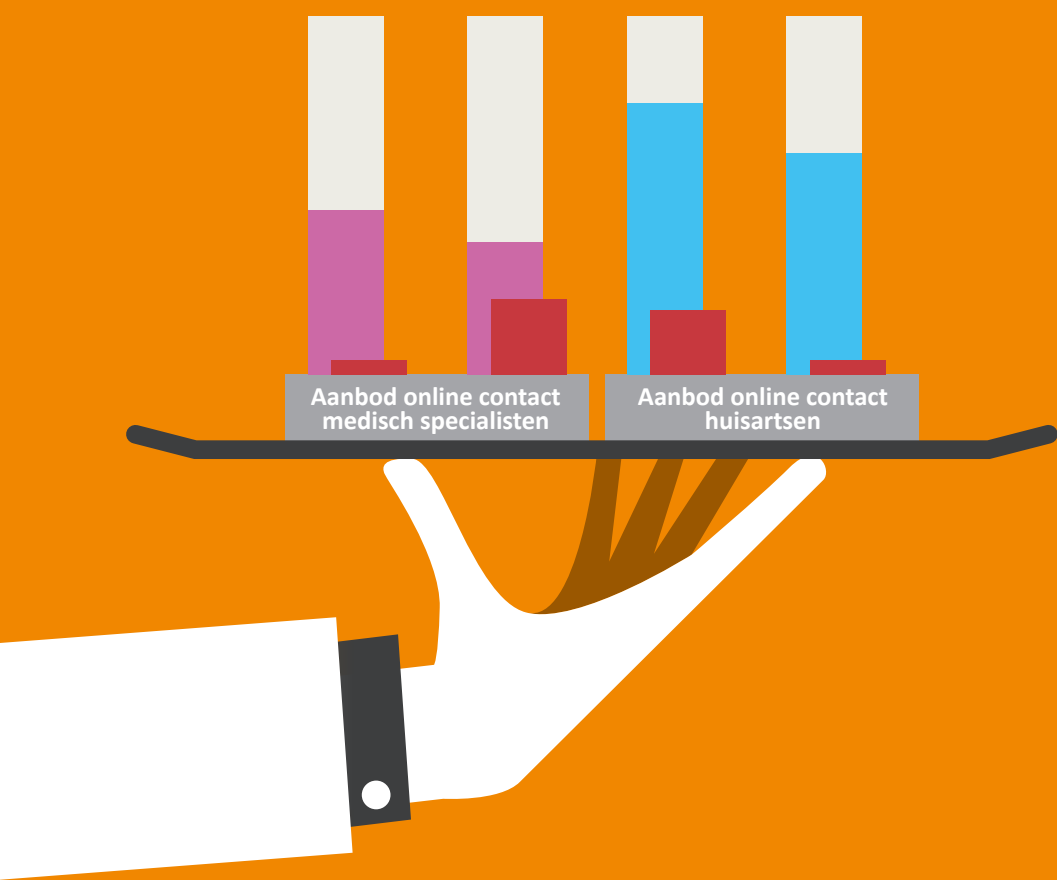
In de vorige editie splitsten we de resultaten uit het panel Verpleging & Verzorging voor de *cure* en voor de *care*. Tot de *cure* rekenden we verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners die werkzaam zijn in een ziekenhuis of een huisartsenpraktijk. Tot de *care* rekenden we de verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg en verpleeg- en verzor-

gingshuizen. Waar we in eerdere edities over de *care* spraken, spreken we in de huidige editie over *ouderenzorg*. Wat betreft de *cure* splitsen we de resultaten dit jaar naar *huisartsenzorg* en *ziekenhuiszorg*.

Tot slot spreken we in dit rapport soms over ‘het afgelopen jaar’. Hiermee bedoelen we voorjaar 2016 tot voorjaar 2017, de periode waarover de deelnemers zijn ondervraagd.

Referenties

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. Krijgsman, J., Swinkels, I., Van Lettow, B., De Jong, J., Out, K., Friele, R., Van Gennip, L. (2016). *Meer dan techniek. eHealth-monitor 2016*. Den Haag & Utrecht: Nictiz & NIVEL.
5. 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.
6. 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.
7. Van Rijen, A.J.G., De Lint, M.W., Ottes, L. (2002). *Inzicht in e-health*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
8. 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.
9. Dobrev, A., Haesner, M., Hüsing, T., Korte, W.B., Meyer, I. (2008). *Benchmarking ICT use among General Practitioners in Europe*. Bonn: Empirica.
10. Out, K., Swinkels I., Sinnige, J., De Veer, A. (2017). *Het gebruik van eHealth in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking in 2015 en 2017*. Utrecht & Den Haag: NIVEL & Nictiz.



Ontwikkelingen sinds de eHealth-monitor 2016

Voor het vijfde jaar op rij inventariseerden Nictiz en het NIVEL middels vragenlijstenonderzoek wat het gebruik, het aanbod en de beleving van eHealth is in Nederland. Maar er gebeurt meer: gedurende het hele jaar vinden nieuwe initiatieven of aanpassingen plaats op het gebied van innovatie, beleid, scholing en onderzoek. In dit hoofdstuk schetsen we enkele, Nederlandse en internationale, relevante ontwikkelingen en onderzoeken op het gebied van eHealth van het afgelopen jaar.

2.1 Activiteiten in Nederland sinds het uitkomen van de eHealth-monitor 2016

De Nederlandse ontwikkelingen in het voorgaande jaar beschrijven wij dit jaar aan de hand van drie thema's; hiermee hebben we het aantal thema's uit de eHealth-monitor 2016 teruggebracht. Het gaat om bevordering van adequate informatie-uitwisseling, aandacht voor financiering en het creëren van bewustwording en vergroten van kennis, competenties en ervaring. We gebruiken deze thema's als kapstok om enkele relevante initiatieven in het zorgveld te bespreken. Het gaat daarbij om zowel activiteiten waarbij de overheid direct betrokken is als initiatieven van bijvoorbeeld beroepsorganisaties. Het kan ook om een combinatie van beide gaan.

Gezien de grote aandacht voor eHealth in Nederland is het niet mogelijk om in ons overzicht volledig te zijn. We zullen in deze paragraaf een overzicht schetsen van enkele relevante ontwikkelingen in beleid, lopende programma's ter bevordering van opschaling van eHealth en aandacht voor eHealth in onderzoeken en opleidingen. Voor een beter begrip zullen we soms ook

verwijzen naar ontwikkelingen die vóór het uitkomen van de eHealth-monitor in 2016 plaatsvonden.

2.1.1 Bevordering van adequate informatie-uitwisseling

Adequate informatie-uitwisseling tussen zorgverleners bevordert een actueel en eenduidig beeld van de patiënt en is daarmee van belang voor de continuïteit van de zorg en patiëntveiligheid. Om eenduidig en uniform informatie met elkaar uit te wisselen, is het noodzakelijk dat de betrokken partijen in het zorgproces afspraken met elkaar maken. Afspraken over hoe de informatie wordt vastgelegd, wat het doel is van de uitwisseling en welke informatie hierbij nodig is. Deze afspraken worden vastgelegd in standaarden, die gelden als basis voor de elektronische uitwisseling van informatie.

Naast wetgeving worden deze afspraken concreet gemaakt dankzij een aantal landelijke programma's. Elk programma met zijn eigen focus, maar wel in samenhang om ervoor te zorgen dat informatie maar één keer hoeft te worden vastgelegd en overal hetzelfde is. Hieronder volgt een kort overzicht van

Ontwikkelingen sinds de eHealth-monitor 2016

relevante wetgeving en enkele van deze programma's en afsprakensets.

De Wet cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens

Sinds 2017 zijn zorgverleners verplicht om zorggebruikers in hun praktijk te informeren over de elektronische gegevensuitwisseling. Ook moeten zij toestemming vragen voor het beschikbaar stellen van de cliëntgegevens via een elektronisch uitwisselingsstelsel. Dit is bepaald in de Wet cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens. Ook vastgelegd in deze wet zijn de randvoorwaarden waaronder medische gegevens veilig en elektronisch mogen worden uitgewisseld of ingezien. Dit geldt eveneens voor de rechten van cliënten bij elektronische gegevensuitwisseling.

Vanaf 2020 heeft de zorggebruiker bovendien recht op gespecificeerde toestemming aan zorgverleners waarmee een behandelrelatie bestaat. Hierdoor kan de zorggebruiker zelf aangeven welke gegevens zorgverleners wel of niet mogen inzien. Verder heeft de zorggebruiker recht op kosteloze elektronische inzage in zijn dossier en recht op een elektronisch afschrift daarvan. De zorgverlener moet ook zorgen voor loggegevens in het elektronisch uitwisselingsstelsel, waarin wordt vastgelegd wie de gegevens beschikbaar heeft gesteld en wie ze heeft ingezien¹.

MedMij

Sinds begin 2016 werkt een brede coalitie onder leiding van de Patiëntenfederatie Nederland aan het afsprakenstelsel MedMij². MedMij wil bereiken dat iedereen die dat wil, kan beschikken over zijn eigen gezondheidsgegevens in een persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO). Hiertoe biedt MedMij een afsprakenstelsel met zowel technische standaarden als juridische richtlijnen. Aan de hand hiervan kunnen PGO's veilig en betrouwbaar communiceren met de registratiesystemen van bijvoorbeeld ziekenhuizen, huisartsen, consultatiebureaus, gemeentes en apotheken. Zo kan iedereen zijn eigen persoonlijke informatie, die bij verschillende zorgverleners wordt bewaard, in één online omgeving verzamelen en beheren. Dit overzicht is ook weer te delen met zorgverleners, zodat ook zij een compleet en actueel overzicht hebben.

In 2016 ontwikkelde MedMij specificaties bij standaarden voor het uitwisselen van medicatie, allergieën, laboratoriumuitslagen

en zelfmetingen van patiënten (lengte, gewicht, bloeddruk). In 2017 is de set verder uitgebreid met onder andere de gehele Basisgegevensset Zorg. Ook zijn standaarden voor een e-afspraak en het huisartsendossier in ontwikkeling. Verder wordt gewerkt aan het wegnemen van financiële barrières. Bureau Gupta Strategists heeft de maatschappelijke businesscase voor PGO's berekend en MedMij heeft een advies voor financiering uitgebracht aan overheid en zorgverzekeraars. Publicatie van versie 1.0 van het afsprakenstelsel volgt in de loop van 2017.

Versnellingsprogramma informatie-uitwisseling patiënt en professional (VIPP)

Het Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional (VIPP) moet ervoor zorgen dat patiënten in 2020 digitaal toegang hebben tot de eigen gegevens bij het ziekenhuis³. Net als bij MedMij - waaraan VIPP expliciet refereert - gaat dit programma uit van de veranderende rol van de patiënt, die mede door informatie-uitwisseling steeds meer partner kan worden in het zorgproces. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) heeft met haar leden zelf een plan gemaakt hoe zij deze ontwikkeling in de ziekenhuissector kunnen bevorderen. Op basis van dit plan riep de overheid de VIPP-subsidieregeling in het leven ter ondersteuning van de algemene ziekenhuizen. Medio 2017 is een tweede regeling gepubliceerd voor overige instellingen voor medisch-specialistische zorg. De NVZ en Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) ondersteunen hun leden bij de implementatie van VIPP. Academische ziekenhuizen/universitair medische centra zijn uitgezonderd van deze subsidieregeling.

VIPP is opgebouwd uit verschillende modules, zodat alle ziekenhuizen kunnen deelnemen – ongeacht het stadium van digitalisering van informatie-uitwisseling waarin zij verkeren. Voorlopers kunnen zich daardoor richten op andere zaken dan ziekenhuizen die nog aan het begin staan van digitale informatie-uitwisseling. De voortgang van VIPP is te volgen via de online VIPP-monitor³.

Basisgegevensset Zorg (BgZ)

Programma's als MedMij en VIPP gebruiken de Basisgegevensset Zorg (BgZ) als standaard. In juni 2016 is de BgZ vastgesteld door de bestuurders van de UMC's en gepresenteerd in het Informatieberaad⁴. De BgZ bevat de minimale set van patiëntgegevens die specialisme-, ziektebeeld- en beroepsgroep overstijgend is en van belang is voor de continuïteit van zorg.

De BgZ is ontwikkeld binnen het programma Registratie aan de Bron⁴. De kern van dit programma is het eenduidig vastleggen van zorginformatie tijdens het zorgproces. Dat vastleggen gebeurt aan de hand van zorginformatiebouwblokken (ZIB's) die ontwikkeld zijn op basis van internationale standaarden. Een ZIB beschrijft wat er over een bepaald onderwerp van het zorgproces van de patiënt kan worden vastgelegd en omvat afspraken over een (medisch) concept, zoals een diagnose of een verrichting. De in 2017 ontwikkelde ZIB's voor verpleegkundigen, die onderdeel vormen van de informatiestandaard verpleegkundige overdracht (eOverdracht), zijn hiervan een voorbeeld. Deze ZIB's moeten bijdragen aan een verbeterde overdracht van patiëntgegevens binnen de zorgketen.

De BgZ is onderling te delen en te hergebruiken, en zorgt voor focus bij zorgorganisaties, zorgverleners, leveranciers, ketenpartners en anderen om steeds dezelfde gegevens te implementeren en te gebruiken. Hiermee brengt de BgZ eenduidige vastlegging en meervoudig gebruik van patiëntgegevens in de praktijk een stap dichterbij.

eID: veilig inzicht in gezondheidsgegevens

Mede door nieuwe wet- en regelgeving krijgen zorggebruikers meer toegang tot en regie over hun eigen medische informatie. In combinatie met de toename aan digitale dienstverlening stellen deze ontwikkelingen hogere eisen aan de veiligheid van het digitale legitimatieproces. Om de betrouwbaarheid van online identificatie en authenticatie te verhogen, werkt de overheid aan een set van afspraken, het zogenaamde eID-stelsel^l. De komende jaren wordt dit stelsel stapsgewijs ingevoerd, waarbij de zorgsector een voortrekkersrol heeft. In 2016 zijn een aantal eID-pilots uitgevoerd, ook binnen de zorg. In 2017 werden DigiD- en Idensys-middelen verder ontwikkeld. De eerste uitrol start in 2018, waarbij de middelen in samenhang worden beproefd.

Het doel van de overheid is om het gebruik van de middelen op termijn wettelijk verplicht te stellen voor aanbieders van digitale diensten binnen het BSN-domein. De oude (DigiD)voorzieningen op niveau 'laag' worden dan afgebouwd.

2.1.2 Aandacht voor financiering

Het is niet alleen belangrijk om duidelijke afspraken te maken over informatie-uitwisseling en de ontwikkeling van hieruit volgende standaarden. Ook is het voor de opschaling van belang ruimte te bieden aan discussie over de financiering van eHealth. Om bestaande bekostigingsmogelijkheden onder de aandacht te brengen en om financiële ondersteuning aan innovaties te bieden vonden enkele relevante initiatieven plaats, die we hieronder kort beschrijven.

Wegwijzer bekostiging e-health

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) wijst zorgaanbieders en zorgverzekeraars op de ruimte per zorgsector om eHealth toepassingen te declareren middels de in 2017 gepubliceerde Wegwijzer bekostiging e-health⁵. Doel is om een bekostiging te bewerkstelligen die eHealth faciliteert en stimuleert. De NZa wil door verder onderzoek bepalen hoe ook regelgeving hieraan kan bijdragen.

Verruiming bekostigingsmogelijkheden eHealth

De NZa bereidt verruiming voor van de mogelijkheden voor het bekostigen van eHealth in de medisch-specialistische zorg. Vanaf 2018 moeten zorgaanbieders in de medisch-specialistische zorg ook telefonische of e-mailconsulten kunnen declareren, in aanvulling op de reeds bestaande mogelijkheid voor declaratie van polikliniekbezoeken. De NZa wil hiermee eHealth-toepassingen stimuleren en voorkomen dat patiënten onnodig op de polikliniek moeten komen, vooral als een bel- of e-mailconsult al voldoende kan zijn. Voorwaarde is wel dat de patiënt aan het begin van het zorgtraject een face-to-face-consult heeft gehad bij de behandelaar.

2.1.3 Creëren van bewustwording, vergroten van kennis, competenties en ervaring

Willen we zorggebruikers en zorgverleners stimuleren om eHealth-toepassingen vaker in te zetten, dan is het noodzakelijk dat ze zich bewust zijn van de mogelijkheden en voordelen. Bewustwording kan aanzetten tot een grotere adoptie van

I Het Informatiebeeraad is een door het ministerie van VWS georganiseerd bestuurlijk overleg, waarin verschillende organisaties uit het zorgveld samenwerken aan een duurzaam informatiestelsel voor de zorg. Het Informatiebeeraad is opgericht in 2014 en bestaat uit de volgende partijen: Actiz, FMS, GGZ Nederland, InEen, KNGF, KNMP, LHV, NHG, NFU, Patiëntenfederatie Nederland, NVZ, VGN, V&VN, VNG, het ministerie van VWS en ZN.

II Om de werking van de identificatiemiddelen te toetsen, ervaring op te doen en inzicht te krijgen in de implementatie van het nieuwe eID-stelsel, zijn in 2016 in de zorg onder de regie van Nictiz zes pilots met Idensys (private partij) uitgevoerd. In 2017 staan verdere beproevingen met Idensys en DigiD (publieke partij) gepland.

Ontwikkelingen sinds de eHealth-monitor 2016

eHealth. Daarbij heeft de inzet van eHealth invloed op alle processen in de praktijk. Dit betekent dat aanpassing van de werkprocessen van alle betrokken zorgverleners nodig is. Hiervoor zijn andere competenties en vaardigheden nodig dan die in de huidige praktijk gebruikt worden. Bovendien vragen nieuwe technologieën om ander gedrag van zowel de zorgverlener als de zorggebruiker. Kennisvergaring en -uitwisseling kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan het vergroten van de benodigde vaardigheden en competenties. Ook levert ervaring met eHealth-toepassingen inzicht en kennis op die nodig is voor verdere doorontwikkeling en opschaling. We noemen kort enkele relevante ontwikkelingen op dit gebied.

Nationale e-healthweek

Het ministerie VWS en het Platform voor Informatiesamenleving (ECP) organiseerden samen met 249 partners uit heel Nederland eind januari 2017 voor het eerst in Nederland de nationale e-healthweek. Tijdens de e-healthweek konden mensen zelf de mogelijkheden van eHealth ervaren. Ook boden diverse partners zoals onderwijsinstellingen tijdens de e-healthweek informatie en inzicht, bijvoorbeeld door seminars over educatieve programma's op het gebied van eHealth.

Het ministerie van VWS en ECP hebben aangekondigd in 2018 opnieuw een nationale e-healthweek te organiseren, van 20 t/m 26 januari 2018⁶. Doel is om samen met partners zo veel mogelijk Nederlanders met eHealth in contact te brengen.

eHealth in opleidingen

Opleidingsinstituten besteden in toenemende mate aandacht aan eHealth. Om zorgverleners op technologische ontwikkelingen in hun werkgebied voor te bereiden, namen enkele beroepsopleidingen de afgelopen jaren eHealth in het curriculum op. Zo besteden verschillende hbo-opleidingen voor verpleegkundigen tijdens colleges meer aandacht aan zorginnovatie en eHealth-technologie. Verder heeft het merendeel van de hogescholen een lectoraat gericht op zorginnovatie en technologie. Daarnaast krijgen studenten vaker de mogelijkheid directe ervaring op te doen met eHealth via zogenoemde skillslabs⁷. Ook bij diverse UMC's krijgen technologie en digitalisering van de zorg meer aandacht. Naast wijzigingen in het curriculum van academische opleidingen verschijnen er ook meer nascholingen en cursussen op het gebied van eHealth voor zorgprofessionals.

Er zijn ook kortdurende trainingen op het gebied van eHealth, zoals de Health Innovation School⁸. Dit vijf maanden durend scholingsprogramma werd ontwikkeld door het Radboudumc RShape Center en het Innovatieteam van het ministerie van VWS, in samenwerking met patiënten, gezondheidsprofessionals en adviseurs uit het zorgveld. Het programma is gericht op verandering van houding en gedrag op het gebied van zorginnovatie. Daarnaast ontwikkelde het Academisch Medisch Centrum (AMC) de post-initiële master Health Informatics, gericht op het vergroten van wetenschappelijke kennis ten aanzien van informatiekundige methoden. Professionals in de zorg kunnen deze master in zijn geheel of in losse modules volgen via e-learning⁹. Verder ontwikkelde de Universiteit Twente een voor iedereen toegankelijke digitale cursus eHealth. De cursus biedt inzicht in technologische innovaties die moeten bijdragen aan welzijn en gezondheid en de benodigde psychologische kennis om de innovaties zo goed mogelijk te laten aansluiten bij de praktijk¹⁰.

Landelijk Netwerk Zorginnovatie

In de zomer van 2016 is het Landelijk Netwerk Zorginnovatie gestart. Dit netwerk, dat wordt gehost door Vitavalley en Zorginnovatie.nl, richt zich op versnelling en opschaling van innovaties en startups door versterkte samenwerking van zorginnovatieregio's. Kennis en ervaringen over opschaling, businessmodellen, financiering, privacy, security en internationale kansen worden gedeeld met MKB'ers en andere innovatoren in de regio's. Het netwerk wordt ondersteund door het ministerie van VWS om de opschaling van goede eHealth-producten te bevorderen. Het netwerk heeft zich in eerste instantie toegelegd op de ontwikkeling van praktische ondersteuning, zoals een checklist voor regionale samenwerking en een toolbox zorginnovatie. De toolbox bevat een beschrijving van methoden en technieken van zorginnovatie, die wordt begeleid met praktijkcasussen uit het netwerk.

Health Deals

Om brede toepassing van effectieve zorginnovaties te versnellen, is in 2015 het digitaal loket 'Health Deals' geopend. Health Deals zijn afspraken tussen publieke en private partijen, gericht op opschaling van lokale zorgvernieuwingen. Health Deals worden gesloten op initiatief van veldpartijen, waarbij patiënten en gebruikers nadrukkelijk worden betrokken. Op 25 januari 2017 tekenden vijftig partijen de Health Deal Academy Het Dorp¹¹, ten behoeve van de woongemeenschap voor mensen

met een beperking in Arnhem. Het akkoord werd gesloten om de zorg voor mensen met een beperking te vernieuwen middels onder andere technologische innovatie.

Het doel van de Health Deal Academy Het Dorp: producten ontwikkelen die mensen in staat stellen zelfredzaam te zijn en minder afhankelijk te zijn van zorg. Tegelijkertijd moet zorginnovatie ertoe leiden dat zorg van betere kwaliteit wordt en betaalbaar blijft.

NFU eHealth-programma

Om bij te dragen aan duurzame oplossingen ter verbetering van de gezondheidszorg, werken de UMC's gezamenlijk aan een vijftal thema's. eHealth is daar één van. Het eHealth-programma loopt van juni 2016 tot december 2018 en wordt gefinancierd vanuit het Citrienfonds. De Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), de overkoepelende organisatie van de

UMC's, leidt het programma. Tot de gestelde op te leveren onderdelen (deliverables), die eind 2018 behaald moeten zijn, behoren onder andere het opstellen van een NFU-visie en NFU eHealth Roadmap ten aanzien van de kansen en bedreigingen van digitalisering voor de gezondheidszorg, het onderwijs, het onderzoek en innovatie. Verder streeft het programma ernaar een virtueel landelijk expertisecentrum voor eHealth op te zetten. Deze en de andere deliverables (elf in totaal) zijn onderdeel van drie programmathema's - visie, digitale verbondenheid en interactie. Op de website van de NFU is de voortgang van de verschillende projecten te volgen, zoals het project *Competenties en vaardigheden voor eHealth bij dementie* van het VUmc¹².

2.2 Outcomedoelen Informatieberaad

Door het Informatieberaad zijn in 2016 vier zogenoemde outcomedoelen vastgesteld (zie kader). Deze doelen dienen

Outcomedoelen Informatieberaad:

1. Eenmalig vastleggen, meervoudig gebruik

- Vanaf 1 januari 2021 vormt het primaire zorgproces de basis voor gegevensvastlegging in de zorg en worden vastgelegde gegevens hergebruikt voor declaratie, onderzoek, kwaliteitstransparantie en governance.
- Target: vanaf 1 januari 2019 gelden er afspraken voor 'eenheid van taal' in de zorg. Daarmee is de weg vrij om met eenduidig gedefinieerde data te werken aan meer kwaliteit, meer veiligheid en efficiëntere zorg.

2. Gegevensuitwisseling en -overdracht

- Per 1 januari 2020 dragen zorgverleners altijd de gegevens die nodig zijn voor goede zorg en behandeling van een patiënt digitaal, gestandaardiseerd, beveiligd en, tenzij dat onmogelijk is, met toestemming van de patiënt, over aan andere bij het zorgproces van die patiënt betrokken zorgverleners.
- Target: er is afgesproken dat per sector vanaf 1 januari 2018 voor geprioriteerde subdomeinen digitale uitwisseling een feit is. Daarna kan verder worden gebouwd.

3. Patiënt centraal

- Alle zorgaanbieders ondersteunen een gelijkwaardiger samenwerking tussen patiënt en zorgverleners en bieden daarom vanaf 1 januari 2020 aan burgers de mogelijkheid hun medische gegevens digitaal en gestructureerd in te zien en die gegevens te ontsluiten voor hun persoonlijke gezondheidsomgeving waaraan zij eigen gegevens kunnen toevoegen.
- Target: er is afgesproken dat alle zorgaanbieders vanaf 1 januari 2018 aan al hun patiënten de mogelijkheid geven hun belangrijkste medische gegevens digitaal in te zien, veilig, op eigen initiatief, zelfstandig, vanuit een willekeurige locatie.

4. Medicatieveiligheid

- Vanaf 1 januari 2019 worden medicatierecepten conform de richtlijn Medicatieoverdracht uitgeschreven, waarbij in voorkomende gevallen een met de patiënt afgestemd actueel medicatieoverzicht (Basisset Medicatieoverdracht) beschikbaar is.
- Target: er is afgesproken dat vanaf 1 januari 2018 alle patiënten bij hun apotheek digitaal toegang krijgen tot hun medicatiegegevens waarin in ieder geval de verstrekte medicatie is opgenomen.

Ontwikkelingen sinds de eHealth-monitor 2016

richting te geven aan programma's, projecten en activiteiten binnen de zorg¹³. Onder het motto 'vrijwillig maar niet vrijblijvend' kunnen de leden hun eigen activiteiten en projecten op deze outcomedoelen richten. De verwachting is dat, nu alle betrokkenen een gezamenlijke stip op de horizon hebben, de samenhang tussen deze activiteiten wordt bevorderd.

2.3 Relevante onderzoeken voor de opschaling van eHealth

Naast activiteiten en programma's zijn er ook onderzoeken die bijdragen aan een beter begrip van of betere toepasbaarheid van eHealth. Voor adoptie van eHealth is het van wezenlijk belang dat de vragen en zorgen, maar ook de potentie en meerwaarde van eHealth worden onderzocht. Ook de technische mogelijkheden van eHealth moeten in een breder wetenschappelijk perspectief geplaatst worden om meer draagvlak te creëren. In deze paragraaf lichten we enkele onderzoeken uit die het afgelopen jaar zijn uitgebracht.

Implementatie van e-health vraagt om durf en ruimte

Implementatie van nieuwe technologieën en manieren van werken vraagt vooral bereidheid: bereidheid om afstand te doen van oude vertrouwde werkwijzen en om ruimte te bieden aan nieuwe methoden. Dit concludeerde de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) in het briefadvies *Implementatie van e-health vraagt om durf en ruimte* aan het ministerie van VWS¹⁴.

Hieruit volgden enkele aanbevelingen: de Rijksoverheid kreeg het advies zich te richten op afspraken over implementatie van eHealth, alternatieve bekostigingsprincipes, het wegnemen van belemmeringen in wet- en regelgeving en de realisatie van een 'e-health snelweg'. Zorgaanbieders en zorginkopers zouden moeten komen tot meerjarenafspraken op basis van een gedeelde visie en strategie. Het advies aan patiënten en zorgprofessionals was om te participeren in wetenschappelijk onderzoek om de effecten van eHealth verder te onderbouwen. Patiëntenorganisaties ten slotte, kunnen een bijdrage leveren aan kennisvergroting over de mogelijkheden van eHealth voor patiënten en cliënten, zodat zij weten wat er te kiezen valt.

Weten is nog geen doen

Naar aanleiding van de verwachting van de overheid dat burgers in toenemende mate zelfredzaam zijn op, onder andere, het gebied van gezondheid, publiceerde de wetenschappelijke Raad

voor het Regeringsbeleid (WRR) het rapport *Weten is nog geen doen*¹⁵. De Raad concludeert dat er een aanzienlijk verschil bestaat tussen wat van burgers wordt verwacht en waartoe zij daadwerkelijk in staat zijn. Dit beperkt zich niet tot een kleine groep 'kwetsbaren', zoals mensen met een laag IQ. Omdat er een beroep wordt gedaan op verschillende mentale vermogens, zoals het vermogen om in actie te komen, kunnen ook hoger opgeleiden in situaties komen waarin hun redzaamheid onvoldoende is. Om die reden is de aandacht voor 'doenvermogen' naast denkvermogen minstens zo belangrijk om aan de hoge eisen van de participatiesamenleving te kunnen voldoen. Ook bij het gaan gebruiken van eHealth-toepassingen is een grote rol weggelegd voor zorggebruikers en wordt een beroep gedaan op het doenvermogen.

Onderzoek zorg-infrastructuur

In opdracht van het ministerie van VWS deed Nictiz onderzoek naar digitale informatie-uitwisseling in Nederland¹⁶.

Genoemde knelpunten in de informatie-uitwisseling zijn het ontbreken van een landelijke, gedeelde visie op gegevensuitwisseling in de zorg en een gebrek aan regie en sturing op de ontwikkeling daarvan. Zorgpartijen hebben sterke behoefte aan landelijke, generieke en leveranciersonafhankelijke oplossingen voor het omgaan met zaken als patiënttoestemming en identificatie/authenticatie.

Om goede zorgverlening en de ambities van het Informatieberaad te realiseren, zijn goede ICT-voorzieningen noodzakelijk. In het verlengde hiervan gold als belangrijkste aanbeveling om landelijke afspraken te formuleren op het gebied van informatie-uitwisseling. In het algemeen en specifiek op het gebied van standaardisatie, kennis, afstemming en beveiliging.

Analyse zelfmanagement Rijksdienst voor Ondernemend Nederland (RVO)

In de zorgmarkt ontbreekt het vaak aan voldoende incentive om zelfmanagement in te bouwen in de zorgpraktijk. Hierdoor leiden projecten en initiatieven vaak niet tot opschaling. Dit schreef de Rijksdienst voor Ondernemend Nederland (RVO) in een *analyse over het innovatiesysteem voor ondersteunende producten en diensten rondom zelfmanagement in de gezondheidszorg*¹⁷. De RVO raadt aan om als sector met elkaar in gesprek te gaan. Het doel: een breed gedeelde visie over zelfmanagement in de zorgpraktijk formuleren. Daarnaast moet legitimiteit worden gecreëerd. Bijvoorbeeld door op kleine schaal te starten met pilots.

Een tweede aandachtspunt was dat de afzetmarkt voor zelfmanagementproducten en -diensten onvoldoende wordt bereikt. Dit komt enerzijds door het ontbreken van een breed gedragen economisch model waarin gezondheid in plaats van ‘disease management’ centraal staat. Anderzijds liggen de investeringskosten en baten van innovaties op verschillende plaatsen. Dit resulteert in een gebrek aan tijd en financiële middelen om te experimenteren met zelfmanagement. Als oplossing hiervoor werd het stimuleren van marktvorming genoemd, door bij zorgverleners en zorgverzekeraars – tijdelijk – financiële ruimte te creëren om zelfmanagement in te bouwen. Wanneer de efficiëntie van zelfmanagement duidelijk is, kan overheidssteun worden afgebouwd en vallen de kosten en baten onder de reguliere zorg.

Evaluatie van eHealth

‘Gebrek aan bewezen effecten van eHealth-toepassingen en het ontbreken van inzicht in de kwaliteit ervan, wordt als een belemmering gezien voor het gebruik.’ Deze stelling werd als uitgangspunt genomen in het discussiepaper *Evaluatie van eHealth-technologie* dat het Zorginstituut Nederland (ZIN) en Nictiz in mei 2017 publiceerden¹⁸. Reductie van de onzekerheid voorafgaand aan het inzetten van nieuwe toepassingen is nodig, betoogden de onderzoekers. In de praktijk verschilt de discussie over kwaliteit vaak per toepassing. De aspecten van de kwaliteit van zorg – effectiviteit, veiligheid, patiëntgerichtheid, tijdigheid en doelmatigheid – gelden ook voor eHealth. In de praktijk blijkt het evenwel lastig om de kwaliteit, impact en verwachte opbrengst van eHealth-technologie te onderzoeken, doordat deze markt continu in ontwikkeling is.

Voor het wegnemen van onzekerheden over eHealth doen de onderzoekers enkele aanbevelingen. Bijvoorbeeld het advies om systematisch en stapsgewijs te innoveren en kwaliteit beter in beeld te brengen door verschillende bronnen te gebruiken. Ook adviseren de onderzoekers goede samenwerkingsverbanden aan te gaan, waarbij zowel publieke als private belangen worden gediend.

Informatie-uitwisseling in de zorg: zelden een technische issue

Na haar analyse van discussies over het landelijk elektronisch patiëntendossier (EPD) in Nederland en de invoering van digitale zorg in ziekenhuizen verkende Bettine Pluut de mogelijke manieren om conflicten om te buigen naar een constructieve

dialogo¹⁹. Een belangrijke conclusie uit haar onderzoek is dat betrokken partijen zich er in gesprekken over informatie-uitwisseling vaak niet van bewust zijn dat gesprekspartners verschillende ideeën of vertrekpunten hebben. Het is daarom van belang om inzicht te krijgen in de verschillende aannames.

Betrokken partijen kunnen de complexiteit in gesprekken over informatie-uitwisseling beter accepteren, zodat de focus is te verleggen naar manieren om met onzekerheid en verschillende meningen om te gaan. Om het veranderen in fundamenteel andere opvattingen over goede zorg en over de rol van patiënten daarbinnen te vermijden, kunnen stakeholders in gesprek gaan over het *waarom* van informatie-uitwisseling. Ook moet inzicht in verschillende aannames en betekenissen een constructieve dialoog mogelijk maken.

2.4 Ontwikkelingen in Europa

Op Europees niveau zijn de ambities omtrent eHealth vastgelegd door de Europese Unie (EU) in het eHealth Action Plan 2012-2020. Hierin wordt de visie op en realisatie van eHealth tot 2020 beschreven²⁰. Het eHealth Action Plan wil de visie op eHealth 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 op het gebied van eHealth op mondiaal niveau.

Middels diverse instituten werkt de EU aan realisatie van het beleid rondom eHealth. Zo wordt grensoverschrijdende samenwerking gestimuleerd door R&D-programma's, gezamenlijke onderzoekprojecten en onderlinge benchmarks van EU-lidstaten. Ook doet de Europese Commissie ieder jaar concrete aanbevelingen aan lidstaten om de effectiviteit en duurzaamheid van hun zorgsystemen te verbeteren.

Onderzoek naar ontwikkeling van eHealth-oplossingen binnen de EU

De Poolse organisatie Polityka Insight rapporteerde op basis van onderzoek naar het eHealth-ontwikkelingspercentage onder de Europese landen een gebrek aan harmonisatie van eHealth-implementatie binnen de EU en ontoereikende toegang

Ontwikkelingen sinds de eHealth-monitor 2016

tot grensoverschrijdende gezondheidszorg tussen lidstaten²¹. Volgens de onderzoekers steeg de implementatie van elektronische gezondheidsrecords, elektronische voorschrijfsystemen en nationale eHealth-programma's aanzienlijk binnen de lidstaten. Landen met de meest ontwikkelde eHealth-oplossingen zijn Denemarken, IJsland, Finland, Spanje en Zweden.

Ongelijkmatige ontwikkeling van eHealth-oplossingen binnen de EU blijft een belangrijk obstakel om grensoverschrijdende gezondheidszorg voor Europese burgers mogelijk te maken, zo concluderen de onderzoekers. De belangrijkste uitdaging voor de EU is harmonisatie van de systemen.

Enkele aanbevelingen van de onderzoekers zijn om de implementatie van gestandaardiseerde elektronische gezondheidsdossiers te bewerkstelligen, nieuwe Europese registers van chronische ziekten te creëren en de samenwerking op het gebied van eHealth R&D tussen lidstaten te intensiveren. Om zorgen onder patiënten over gegevensbeveiliging aan te pakken, dienen gegevensbeveiligings- en privacyregels meer aandacht te krijgen. Onder andere in de vorm van verscherpte wetgeving en beleid. Ten slotte benadrukken de onderzoekers dat nieuwe gezondheidsprogramma's en -producten op dezelfde wijze behandeld moeten worden als reguliere gezondheidszorg-producten – standaarden zijn hierbij van belang.

Aanbevelingen 2016

1. Stimuleer actief het gebruik van eHealth door zorggebruikers.
2. Bevorder de mogelijkheden voor het elektronisch delen van informatie tussen zorgverleners onderling en tussen zorgverleners en patiënten.
3. Bevorder het opnemen van best practices op het gebied van eHealth in zorgrichtlijnen en zorgpaden.
4. Bevorder integratie van eHealth in curricula en bevorder training en nascholing op het gebied van eHealth.
5. Bevorder onderzoek naar (randvoorwaarden voor) veilige en effectieve toepassing van eHealth.
6. Doe nader onderzoek naar het financieringsvraagstuk rondom eHealth.

2.5 Terugblik aanbevelingen 2016

In de eHealth-monitor 2016²² werden drie aanbevelingen gedaan (zie kader). Sindsdien is er op een aantal van deze onderwerpen ontwikkelingen te zien. Deze lichten we hieronder toe.

2.5.1 Stimuleer actief het gebruik van eHealth door zorggebruikers

De aanbeveling aan zorgaanbieders was om, al dan niet ondersteund door hun beroepsverenigingen, hun aanbod van online diensten vaker en via meerdere kanalen onder de aandacht te brengen van patiënten. Ook werd geadviseerd dit structureel op te nemen in het reguliere zorgproces. We geven een paar voorbeelden van hoe deze aanbeveling gestalte heeft gekregen. De Actieagenda e-consult²³ (een samenwerking van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), het ministerie van VWS en Nictiz) bevat onder andere de ontwikkeling van een communicatie-toolkit, die de mogelijkheden en voordelen van het e-consult onder de aandacht brengt. De Actieagenda e-consult wordt na de zomer van 2017 gestart. Ook de Patiëntenfederatie Nederland besteedt aandacht aan bewustwording onder haar doelgroep via digitalezorggids.nl en door de lancering van informatieve filmpjes. Deze gaan onder meer over het e-consult, online inzage, het videoconsult en digitale ondersteuning bij zelfzorg²⁴.

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

Een van de aanbevelingen was actieve overheidsregie voor de aanpak van hardnekkige belemmeringen op het gebied van elektronische informatie-uitwisseling. Hierbij valt samenwerking te zoeken met (vertegenwoordigers van) zorgaanbieders en leveranciers van ICT-systemen in de vorm van een gemeenschappelijke, niet-vrijblijvende, meerjarige agenda. Voor het ontwikkelen, vaststellen én het consequent gebruik van standaarden zijn afspraken nodig. De in dit hoofdstuk beschreven programma's MedMij en VIPP zijn goede voorbeelden van initiatieven, waarbij publieke en private partijen samenwerken om elektronische gegevensuitwisseling tussen zorgverlener en de zorggebruiker te bevorderen. Standaarden die ontwikkeld worden ter ondersteuning hiervan, zoals de Basisgegevensset Zorg binnen het programma Registratie aan de Bron, dragen eveneens bij aan de mogelijkheden voor het elektronisch delen.

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

Om zorgaanbieders duidelijkheid te bieden welke vormen van eHealth een positieve bijdrage leveren aan goede zorg, was de aanbeveling om meer aandacht te genereren voor best practices. Partijen die betrokken zijn bij het ontwikkelen van kwaliteitsrichtlijnen voor zorg kunnen bewezen effectieve vormen van eHealth onderdeel maken van richtlijnen.

Het Nederlands Jeugdinstituut en Kwaliteitsontwikkeling GGZ werken aan een generieke module eHealth. Deze module dient ter ondersteuning van zorgverleners in de geestelijke gezondheidszorg in het maken van gefundeerde keuzes op het gebied van eHealth. Hiertoe zijn criteria en handvatten opgenomen ter ondersteuning van patiënten en familieleden – wat moet leiden tot versterking van empowerment en zelfmanagement. De generieke module bevindt zich momenteel in de autorisatiefase, waarna deze opgenomen wordt in de standaarden²⁵.

Koepels en brancheorganisaties voor artsen, zoals de artsenfederatie KNMG, ontwikkelen waar nodig richtlijnen en praktische hulpmiddelen en delen kennis wat betreft eHealth-ontwikkelingen. Zo schenkt het NHG middels het dossier eHealth²⁶ aandacht aan drie thema's:

- online dienstverlening van de huisarts: e-consult, online afspraken en online recepten aanvragen;
- ondersteuning van zelfmanagement door patiënten, onder meer door het individueel zorgplan;
- ondersteunen van de patiënt door het digitaal beschikbaar stellen van gegevens uit het Huisartsinformatiesysteem (HIS).

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

Beroepsverenigingen en opleidingsinstituten moeten ervoor zorgen dat bestaande curricula beter aansluiten bij de integratie van eHealth in het zorgproces, zo was het advies in 2016. Daarnaast kunnen zij zorgen voor een breder aanbod van (geaccrediteerde) scholingsmogelijkheden op het gebied van eHealth. Deze aanbevelingen golden zowel voor de basisopleiding als voor nascholing. In paragraaf 2.1.3 beschrijven we enkele ontwikkelingen betreffende eHealth in opleidingen.

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

Onderzoek naar de effectiviteit van eHealth en de randvoorwaarden voor effectief en veilig gebruik ervan, kan leiden tot meer vertrouwen in het zorgveld over de inzet van veilige en effectieve eHealth. Deze aanbeveling blijft actueel. Er is niet één beproefde beoordelingsmethode om de kwaliteit van eHealth vast te stellen, bleek uit het discussiepaper *Evaluatie van eHealth-technologie*, dat eerder in dit hoofdstuk werd besproken. Goede beoordeling van de effectiviteit, veiligheid en kwaliteit van eHealth blijft een punt van aandacht.

2.5.6 Doe nader onderzoek naar het financieringsvraagstuk rondom eHealth

Problemen die zorgaanbieders ervaren bij de financiering van eHealth dienen in kaart gebracht te worden, zodat maatregelen zijn te nemen om negatieve prikkels weg te nemen. In paragraaf 2.1.2 beschrijven we activiteiten rondom het financieringsvraagstuk. Financiering blijft een punt van aandacht in de implementatie van eHealth.

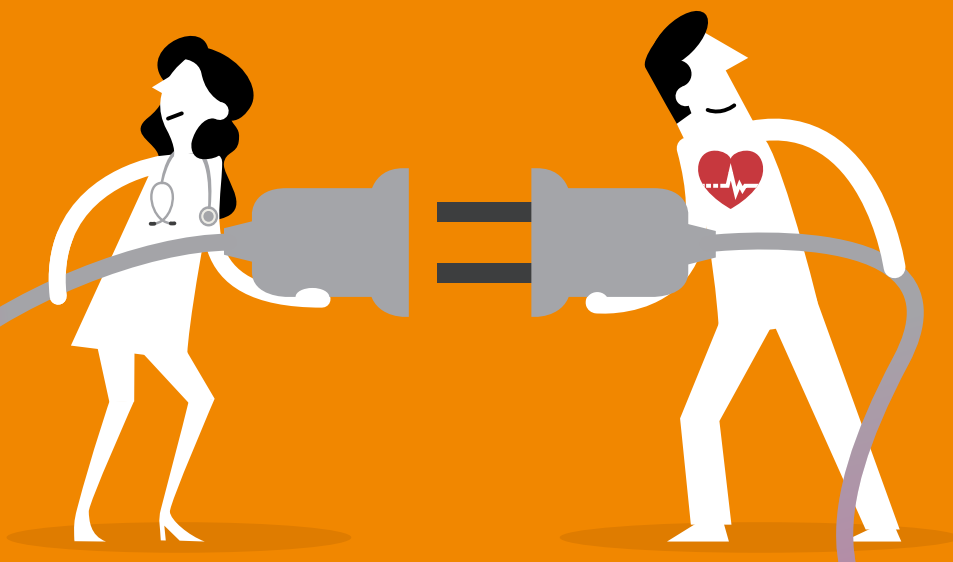
Zoals genoemd in paragraaf 2.3 concludeert de RVO dat het de zorgmarkt ontbreekt aan een breed gedragen economisch model, waarin gezondheid in plaats van 'disease management' centraal staat. Daar komt bij dat de investeringskosten en baten van innovaties op verschillende plaatsen liggen. Door gebrek aan tijd en financiële middelen zullen zorgverleners niet snel genegen zijn om te experimenteren met zorginnovaties. Onderzoek is nodig naar nieuwe financieringsmodellen of good practices van samenwerking op het gebied van gedeelde investeringen ten behoeve van eHealth-implementaties.

Referenties

1. Minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2017). *Elektronische gegevensuitwisseling in de zorg. De Wet cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens in de zorg*. Brochure. Den Haag: VWS.
2. MedMij (2017). *MedMij*. Geraadpleegd op 14 augustus 2017 op <http://www.medmij.nl/>.
3. VIPP (2017). *Programma overzicht*. Geraadpleegd op 27 juli 2017 op <https://www.vipp-programma.nl/vipp-monitor/alle-ziekenhuizen/junimeting-ziekenhuizen-q2-2017/>.

Ontwikkelingen sinds de eHealth-monitor 2016

4. Registratie aan de bron (2017). *Basisgegevensset Zorg*. Geraadpleegd op 27 juli 2017 op <https://www.registratie-aandebron.nl/wat-is-registreren-aan-de-bron/de-kern-van-registreren-aan-de-bron/basisgegevensset/>.
5. NZa (2017). *Wegwijzer bekostiging e-health: overzicht per zorgsector*. Geraadpleegd op 6 oktober 2017 op https://www.nza.nl/1048076/1048181/Wegwijzer_bekostiging_e_health_overzicht_per_zorgsector.pdf
6. ehealthweek (2017). *E-healthweek 2018*. Geraadpleegd op 21 september 2017 op <https://www.ehealthweek.net/>
7. Hogeschool Utrecht (2016). *Onderwijs*. Geraadpleegd op 27 juli 2017 op https://www.hu.nl/los/Zorg_en_Technologie/Onderwijs.
8. Health Innovation School (2017). *Programma 2017*. Geraadpleegd op 27 juli 2017 op <http://healthinnovationschool.nl/programma-2017/?lang=nl>.
9. Academisch medisch Centrum (2017). *Post-initiële master Health Informatics*. Geraadpleegd op 26 september 2017 op <https://www.amc.nl/web/Onderwijs-Nieuw/Student/Health-Informatics-1/Programma.htm>
10. University of Twente (2017). *Launch eHealth MOOC online learning module verbindt werelden van technologie en zorg*. Geraadpleegd op 26 juli 2017 op <https://www.utwente.nl/nieuws/!/2016/3/492870/launch-ehealth-mooc>.
11. Rijksdienst voor Ondernemend Nederland (2017). *Health Deal Academy Het Dorp*. Geraadpleegd op 15 augustus 2017 op <http://www.rvo.nl/onderwerpen/innovatief-ondernemen/research-development/health-deals/overzicht-health-deals/academy-het-dorp>.
12. Nederlandse federatie van UMC's (2017). *Proces en deliverables*. Geraadpleegd op 26 juli 2017 op <https://www.nfu-ehealth.nl/over/over-het-programma/proces-en-deliverables/>.
13. Informatieberaad (2017). *Outcomedoelen*. Geraadpleegd op 26 september 2017 op <https://www.informatieberaad-zorg.nl/outcomedoelen>.
14. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2017). *Implementatie van e-health vraagt om durf en ruimte*. Den Haag: RVS.
15. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2017). *Weten is nog geen doen. Een realistisch perspectief op redzaamheid*. Den Haag: WRR.
16. Van Duivenboden, J.L. (2017), *Onderzoek zorg-infrastructuur*. Den Haag: Nictiz.
17. Eveleens, C., Hillenius, R., Van Leeuwen, M., Sloots, F. (2017). *Een analyse van het innovatiesysteem ten behoeve van ondersteunende producten en diensten voor zelfmanagement in de gezondheidszorg*. Utrecht: Rijksdienst voor Ondernemend Nederland.
18. Ossebaard, H., Van Duivenboden, J., Krijgsman, J. (2017). *Evaluatie van eHealth-technologie in de context van beleid*. Den Haag: Zorginstituut Nederland & Nictiz.
19. Pluut, B. (2017), *The unfolding of discursive struggles in the context of Health Information Exchange*. Utrecht: Utrecht University.
20. European Union (2012). *eHealth action plan 2012-2020*. Geraadpleegd op 26 juli 2017 op <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/ehealth-action-plan-2012-2020-innovative-healthcare-21st-century>.
21. Arak, P., Wójcik, A. (2017). *Transforming eHealth into a political and economic advantage*. Warsaw: Polityka Insight.
22. Krijgsman, J., Swinkels, I., Van Lettow, B., De Jong, J., Out, K.E.M., Friele, R., Van Gennip, L. (2016) *Meer dan techniek: eHealth-monitor 2016*. Den Haag, Utrecht; Nictiz, NIVEL.
23. Nictiz (2017). *Kennismagazine e-consult bij de huisarts*. Geraadpleegd op 27 juli 2017 op <https://www.nictiz.nl/publicaties/kennismagazine-econsult-bij-de-huisarts>.
24. Patiëntenfederatie Nederland. *Video's*. Geraadpleegd op 15 augustus 2017 op <https://www.youtube.com/user/NPCFNL/videos?view=0&flow=grid&sort=dd>.
25. Kwaliteitsontwikkeling GGZ (2017). *Generieke module ontrafelt kluwen eHealth*. Geraadpleegd op 18 augustus 2017 op <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/2017/03/07/generieke-module-ontrafelt-kluwen-ehealth/>.
26. Nederlands Huisartsen Genootschap (2017). *Dossier e-Health*. Geraadpleegd op 18 augustus 2017 op <https://www.nhg.org/actueel/dossiers/dossier-e-health>.



Consult

Gemak en service voor zorggebruikers

Belangrijkste resultaten in dit hoofdstuk

- In het algemeen staan zorggebruikers neutraal tot positief tegenover online contact. Artsen zijn in het algemeen positief. Ten aanzien van een e-consult valt op dat artsen hiervan voordelen inzien, maar nog niet altijd weten wat wel en niet mag. Zorggebruikers zien zowel positieve als negatieve kanten van het e-consult. Als meerwaarde vinden ze vooral dat ze het kunnen doen wanneer het uitkomt en dat ze tijd hebben om na te denken over de vraag. Als negatieve punten noemen zij minder persoonlijk contact en minder mogelijkheden om door te vragen.
- 87% van de huisartsen en 63% van de medisch specialisten geeft aan dat zij ten minste één manier van online contact aanbieden. Bij huisartsen zien we een stijging in het aanbod van online een afspraak maken en via e-mail of sms een herinnering ontvangen. Bij de medisch specialist zien we dit laatste ook. Ook is sprake van een stijging in het aanbod van herhaalrecepten online aanvragen en via e-mail of een website een vraag stellen.
- De *bekendheid* onder zorggebruikers met de mogelijkheden om online contact te hebben, blijft toenemen. Het percentage zorggebruikers dat zegt een afspraakherinnering van een medisch specialist via sms of e-mail te kunnen ontvangen, steeg van 8% in 2013 tot 34% in 2017. Inmiddels geeft 20% van de zorggebruikers aan via internet een afspraak te kunnen maken met een huisarts. Dit was in 2013 nog 7%. Bovendien blijven grote groepen zorggebruikers geïnteresseerd in specifieke toepassingen. Voor alle toepassingen, behalve een gesprek via internet met de zorgverlener, geeft ongeveer 40% tot 50% van de zorggebruikers aan ervan gebruik te willen maken.
- Het *gebruik* van deze online toepassingen neemt echter niet altijd toe. Bij de meeste toepassingen ligt het gebruik nog onder de 10%. Uitzonderingen hierop vormen het via internet aanvragen van een herhaalrecept bij de huisarts (18% in 2017), het ontvangen van een herinnering voor een afspraak bij de medisch specialist (21% in 2017) en het via internet maken van een afspraak bij de medisch specialist (10% in 2017).

3.1 Inleiding

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

website of e-mail (e-consult), een videoconsult en via internet een herhaalrecept aanvragen. Dergelijke toepassingen maken de zorg in theorie toegankelijker voor zorggebruikers. Zorgverleners zijn eenvoudiger te benaderen en de zorg wordt minder tijd- en plaatsgebonden¹⁻³. Internationaal onderzoek laat zien dat zorgverleners online contact waarderen: het geeft meer

Gemak en service voor zorggebruikers

mogelijkheden voor communicatie tussen arts en patiënt, er kunnen andere vormen van relaties ontstaan en het bespaart tijd⁴⁻⁷. Ook patiënten geven aan dat het de toegang tot zorg verbetert en bijvoorbeeld reistijd bespaart. Ook is rechtstreeks contact met de arts mogelijk, zonder dat daar iemand anders tussenzit⁸⁻¹⁰.

Uit de vorige edities van de eHealth-monitor kwam een groot verschil naar voren tussen het aanbod van online contactmogelijkheden door zorgverleners en het daadwerkelijke gebruik door zorggebruikers¹¹. Om deze bevinding meer duiding te kunnen geven, onderzochten we dit jaar de houding van zorgverleners en zorggebruikers ten aanzien van online contact. We keken in hoeverre online contact leeft onder zorggebruikers en hoe zorgverleners en zorggebruikers hiertegen aankijken. De resultaten beschrijven we in de volgende paragraaf. Daarna bekijken we dit specifiek voor het e-consult. Het e-consult is het stellen van een medische vraag via een website of e-mail. Dit is een van de mogelijkheden van online contact met een arts. Ook hierover blijkt uit de eerdere edities van de monitor dat artsen het relatief veel aanbieden, maar dat het gebruik laag is¹¹. Om hierin meer inzicht te krijgen, vroegen we aan zorgverleners en zorggebruikers hoe zij tegen een e-consult aankijken. Ook wilden we weten of zij een meerwaarde zien in het e-consult ten opzichte van een telefonisch consult. Aan zorgverleners vroegen we bovendien hoe zij aankijken tegen wet- en regelgeving en vergoedingen voor het e-consult.

In de daaropvolgende paragrafen gaan we na in hoeverre online contactmogelijkheden volgens artsen worden aangeboden en of zorggebruikers online contactmogelijkheden kennen, er toegang tot hebben en er daadwerkelijk gebruik van maken. Voor elk van de onderwerpen, waar dit van toepassing is, kijken we naar ontwikkelingen in de periode van 2013 tot 2017¹. 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. Waar mogelijk zijn deze resultaten aangevuld met bevindingen uit de workshopdag onder zorggebruikers. Zie bijlage A voor meer informatie over de methoden. Tenzij anders aangegeven, verwijzen we voor tabellen in dit hoofdstuk naar de losse tabellenbijlage behorend bij dit rapport.

3.2 Houding ten aanzien van online contact

We vroegen zorggebruikers en artsen hoe zij tegen online contact aankijken in het algemeen en een e-consult in het bijzonder. Zo legden we aan zorggebruikers de vraag voor in hoeverre zij van online contact hebben gehoord en in hoeverre online contact een onderwerp is van gesprek. Aan artsen is onder andere gevraagd wat zij vinden van de wet- en regelgeving en de vergoeding voor een e-consult.

3.2.1 Online contact: wat vinden artsen ervan?

Bijna twee derde (64%) van de huisartsen vindt online contact een goede aanvulling op face-to-face- en/of telefonisch contact met patiënten. 27% geeft aan dat het (deels) in de plaats komt van face-to-face- en/of telefonisch contact (zie figuur 3.1 en tabel 3.1). Bijna zes op de tien (59%) huisartsen vinden dat online contact voor betere bereikbaarheid zorgt. Een vijfde (21%) denkt dat online contact geschikt is voor het grootste deel van zijn patiënten. Over de vraag of het efficiëntere zorg oplevert, zijn huisartsen verdeeld: 35% is het hiermee (helemaal) oneens, 29% is het (helemaal) eens en 37% heeft er geen duidelijke mening over.

Onder medisch specialisten^{II} zien we hetzelfde beeld (zie figuur 3.1 en tabel 3.2). Bijna zeven op de tien (69%) vinden online contact een goede aanvulling op face-to-face- en/of telefonisch contact. Ongeveer een op de vijf (17%) is van mening dat online contact geschikt is voor het grootste deel van zijn patiënten. In vergelijking met huisartsen vinden medisch specialisten vaker dat online contact efficiëntere zorg kan opleveren (44%).

3.2.2 Online contact: wat horen zorggebruikers erover en wat vinden zij ervan?

Iets meer dan de helft (54%) van de zorggebruikers heeft wel eens over online contact gelezen in kranten/tijdschriften of erover gehoord op radio/tv (zie tabel 3.3). Bijna een derde (31%) heeft via een zorgverlener gehoord over online contact. Ongeveer een derde (34%) kent mensen die online contact hebben met een zorgverlener.

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

II Dit betreft medisch specialisten die hebben aangegeven dat het denkbaar is dat zij online contact met hun patiënten hebben (88% van de medisch specialisten).

Uit figuur 3.2 blijkt dat zorggebruikers neutraal tot positief staan tegenover het hebben van online contact met een zorgverlener (zie tabel 3.4). Als positief punt zien zorggebruikers de bereikbaarheid van zorgverleners. Iets meer dan de helft (53%) is het (helemaal) eens met de stelling dat online contact een zorgverlener beter bereikbaar maakt. Verder is iets minder dan de helft (46%) van mening dat online contact iets is, of lijkt, dat bij hen past.

3.2.3 Het e-consult: wat vinden artsen ervan?

Dit jaar zoomden we in op één manier van online contact: het e-consult. Artsen zijn van mening dat het e-consult, in vergelijking tot een telefonisch consult, minder persoonlijk is en dat het minder vaak voldoende informatie geeft. Een e-consult kan volgens de artsen wel beter plaatsvinden op het moment dat het ze uitkomt (zie tabellen 3.5 en 3.6).

Figuur 3.1

Artsen – Percentage huisartsen en medisch specialisten dat aangeeft het (helemaal) eens te zijn met stellingen over online contact; in 2017*.

* Dit betreft medisch specialisten die aangaven dat online contact denkbaar is (88% van 253).

Online contact is iets dat bij de arts past

Online contact is moeilijk te gebruiken

Online contact met patiënten is veilig

De arts heeft vertrouwen in online contact

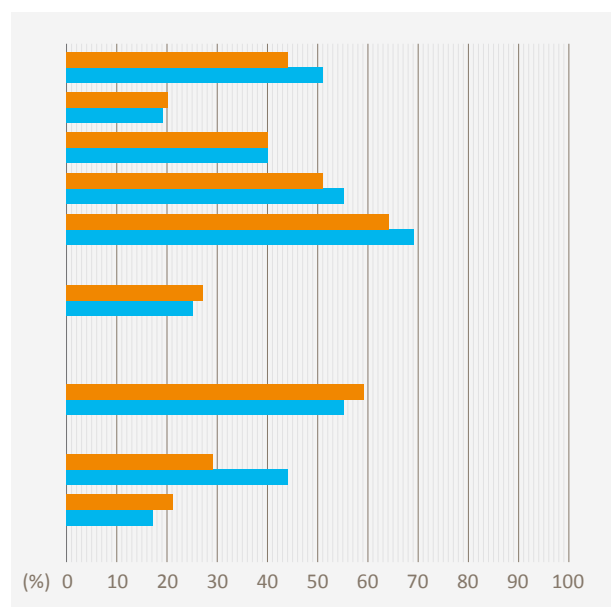
Online contact is een goede aanvulling op face-to-face en/of telefonisch contact

Online contact is (deels) in de plaats aan het komen van face-to-face en/of telefonisch contact

Online contact maakt de arts beter bereikbaar

Online contact levert efficiëntere zorg op

Online contact past bij het grootste deel van de patiënten van de arts



■ Huisartsen (n=290), (helemaal) mee eens
 ■ Medisch specialisten (n=223), (helemaal) mee eens

Figuur 3.2

Zorggebruikers – Percentage zorggebruikers dat aangeeft het eens te zijn met stellingen over online contact (n=580-593); in 2017.

Online contact maakt een zorgverlener beter bereikbaar

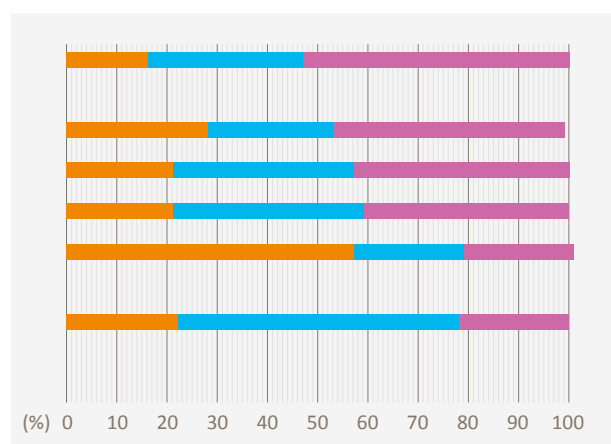
Online contact is of lijkt mij iets dat bij mij past

Ik heb vertrouwen in online contact

Ik denk dat online contact veilig is

Online contact is of lijkt mij moeilijk te gebruiken

Ik ben tevreden over het aanbod van online contact bij de zorgverlener waar ik het meest kom



■ (Helemaal) oneens
 ■ Niet oneens/ niet eens
 ■ (Helemaal) eens

Gemak en service voor zorggebruikers

Ongeveer acht op de tien huisartsen (82%) en medisch specialisten (79%) zijn van mening dat het e-consult makkelijk is om te leren gebruiken (zie figuren 3.3 en 3.4 en tabellen 3.7 en 3.8). Een e-consult is of lijkt volgens artsen eenvoudig om te doen. Wel zijn ze van mening dat de arts hun patiënt vaker om extra toelichting moet vragen. Ook zijn ze van mening dat patiënten vaker vragen stellen. Bij ruim zes op de tien artsen roept het e-consult vragen op over wat wel en niet mag. Ook is 72% van de huisartsen en 60% van de medisch specialisten het er niet mee eens dat het e-consult zorgt voor meer persoonlijke aandacht van de arts aan zijn patiënten.

Huisartsen die een e-consult aanbieden, zijn positiever hierover dan huisartsen bij wie dit nog niet mogelijk is (zie tabel 3.9). Onder de medisch specialisten is dit beeld wat minder duidelijk (zie tabel 3.10). Huisartsen bij wie een e-consult mogelijk is geven vaker aan dat het e-consult goed werkt (64% versus 23% dat het niet aanbiedt). Verder geven zij minder vaak aan dat het

e-consult leidt tot extra vragen, risico's oplevert voor de privacy van patiënten, veel tijd kost of dat het vragen oproept over wat wel en niet mag.

Meer dan de helft van de huisartsen voelt zich competent om e-consulten in te zetten (62%) en vindt de regels voor vergoeding duidelijk genoeg (56%) (zie figuur 3.5 en tabel 3.11). Ruim vier op de tien huisartsen (46%) vinden deze vergoeding niet toereikend en eveneens vier op de tien huisartsen zijn bekend met richtlijnen over het e-consult en vinden deze duidelijk genoeg. Minder dan een op de vijf (18%) heeft behoefte aan individuele werkbegeleiding of supervisie bij de invoering van het e-consult.

Onder medisch specialisten zien we een ander beeld: 47% heeft behoefte aan individuele werkbegeleiding of supervisie. Voor 4% van de medisch specialisten zijn de regels voor vergoeding duidelijk. Driekwart van de medisch specialisten (77%) weet niet

Figuur 3.3

Huisartsen – Percentage huisartsen dat aangeeft in hoeverre ze het eens zijn met uitspraken over het e-consult; in 2017 (n=290). *Het e-consult.../Door een e-consult...*

Is makkelijk om te leren gebruiken

Moet vaak om extra toelichting van de patiënt gevraagd worden

Is eenvoudig te doen

Roept vragen bij de arts op over wat wel en niet mag

Is makkelijk te combineren met overige werkzaamheden

Werkt goed

Levert risico's op voor de privacy van patiënten

Is een prettige manier van communiceren met patiënten

Is betrouwbaar

Kost de arts veel tijd

Zorgt er voor dat patiënten vaker vragen stellen

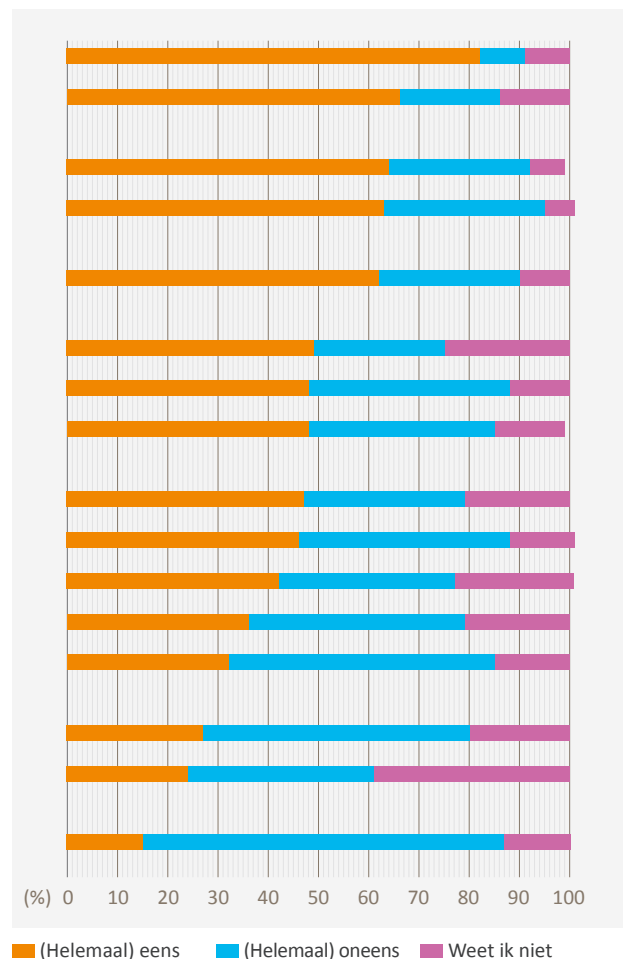
Is iets dat veel patiënten willen gebruiken

Vergemakkelijkt het beantwoorden van een patiëntvraag

Stellen patiënten duidelijkere vragen

Is iets dat veel van de collega's willen gebruiken

Kan meer persoonlijke aandacht gegeven worden aan patiënten

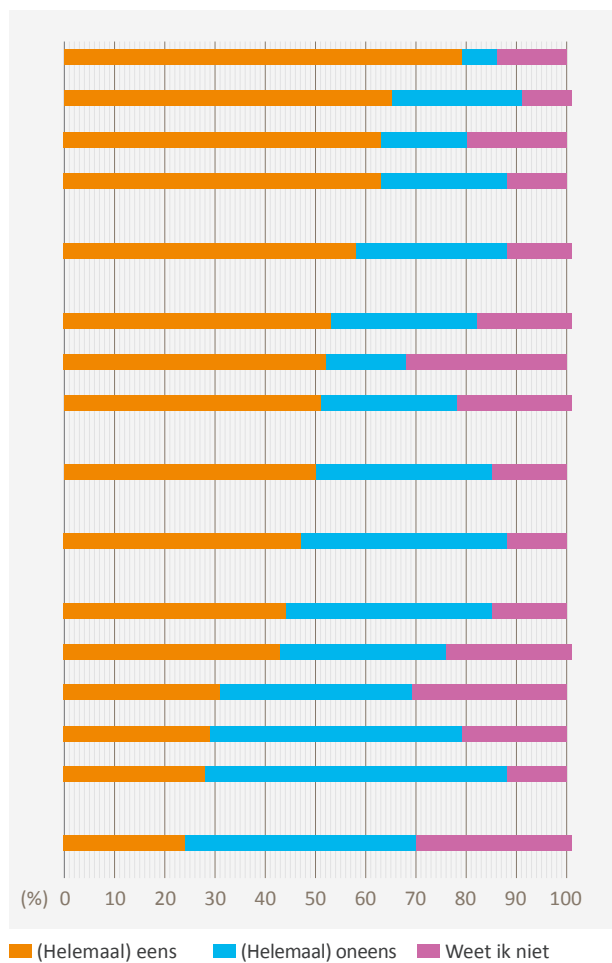


Figuur 3.4

Medisch specialisten – Percentage medisch specialisten dat aangeeft in hoeverre ze het eens zijn met uitspraken over het e-consult; in 2017 (n=223). *Het e-consult.../Door een e-consult...**

* Dit betreft medisch specialisten die aangaven dat online contact denkbaar is (88% van 253).

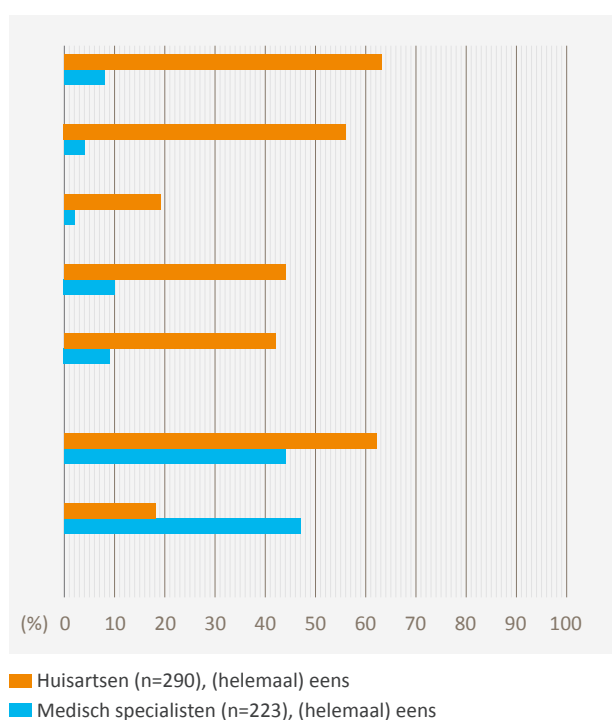
Is makkelijk om te leren gebruiken
Is eenvoudig te doen
Zorgt er voor dat patiënten vaker vragen stellen
Roept vragen bij de arts op over wat wel en niet mag
Is makkelijk te combineren met overige werkzaamheden
Levert risico's op voor de privacy van patiënten
Werkt goed
Moet vaak om extra toelichting van de patiënt gevraagd worden
Is een prettige manier van communiceren met patiënten
Vergemakkelijkt het beantwoorden van een patiëntvraag
Kost de arts veel tijd
Is betrouwbaar
Is iets dat veel patiënten willen gebruiken
Stellen patiënten duidelijkere vragen
Kan meer persoonlijke aandacht gegeven worden aan patiënten
Is iets dat veel van de collega's willen gebruiken

**Figuur 3.5**

Artsen – Percentage huisartsen en medisch specialisten dat aangeeft in hoeverre ze het eens zijn met stellingen over het e-consult; in 2017*.

* Alleen ingevuld door medisch specialisten die aangaven dat online contact denkbaar is (88% van 253).

De regels voor vergoeding van het e-consult zijn de arts bekend
De regels voor vergoeding van het e-consult zijn voor de arts duidelijk genoeg
De vergoeding voor het e-consult is toereikend
De richtlijnen hoe ik een e-consult kan inzetten zijn de arts bekend
De richtlijnen hoe de arts een e-consult kan inzetten zijn voor hem of haar duidelijk genoeg
De arts voelt zich competent om e-consulten in te zetten
De arts heeft behoefte aan individuele werkbegeleiding of supervisie, coaching of advisering bij het invoeren van het e-consult



Gemak en service voor zorggebruikers

of de vergoeding voor het e-consult toereikend is en 2% vindt dat dit wel zo is (zie figuur 3.5 en tabel 3.12). Verder is 80% niet bekend met de regels voor vergoeding. Minder dan 10% van de medisch specialisten is bekend met richtlijnen over het e-consult en vindt deze duidelijk genoeg. Onder medisch specialisten voelt 44% zich competent genoeg om e-consulten in te zetten.

3.2.4 Het e-consult: wat vinden zorggebruikers ervan?

Het gebruik van het e-consult onder zorggebruikers is laag (zie de optie 'via e-mail of de website een vraag stellen aan mijn zorgverlener' in figuur 3.9 in paragraaf 3.3.2 en in figuur 3.12 in paragraaf 3.3.3). Dit terwijl een groeiend aantal huisartsen en medisch specialisten een e-consult aanbiedt (zie figuren 3.6 en 3.7 in paragraaf 3.3.1). Dit roept vragen op: wat vinden zorggebruikers van een e-consult en zien zij de meerwaarde hiervan in? We geven hier een overzicht van de belangrijkste antwoorden op deze vragen. In een aparte publicatie staan de resultaten uitgebreid beschreven¹².

Zorggebruikers zien zowel positieve als negatieve kanten van het e-consult (zie tabellen 3.13 en 3.14). Zorggebruikers vinden van het e-consult vooral dat ze het kunnen doen wanneer het ze uitkomt en dat ze de tijd hebben om na te denken over de vraag. Ze verwachten tegelijk minder persoonlijk contact en minder mogelijkheden om door te vragen. Zorggebruikers die ervaring hebben opgedaan met het e-consult, zijn positiever dan degenen zonder ervaring.

Tijdens de workshopdag met elf leden van het NIVEL Consumentenpanel (zie bijlage A) kwam naar voren dat zorggebruikers het gebruik van een e-consult erg contextafhankelijk vinden. Zo vonden ze dat het niet bruikbaar is als er nog geen diagnose is, als de arts en de zorggebruiker elkaar nog niet goed kennen of als lichaamstaal belangrijk is. Interactie wordt bij een e-consult gemist. Wel vonden de deelnemers een e-consult waardevol om informatie nog eens terug te lezen, rustig na te kunnen denken, bij simpele vragen, of als er sprake is van een controle-afspraak. De deelnemers aan de workshopdag gaven aan dat ze communicatie vanuit de huisarts over de mogelijkheid van een e-consult missen.

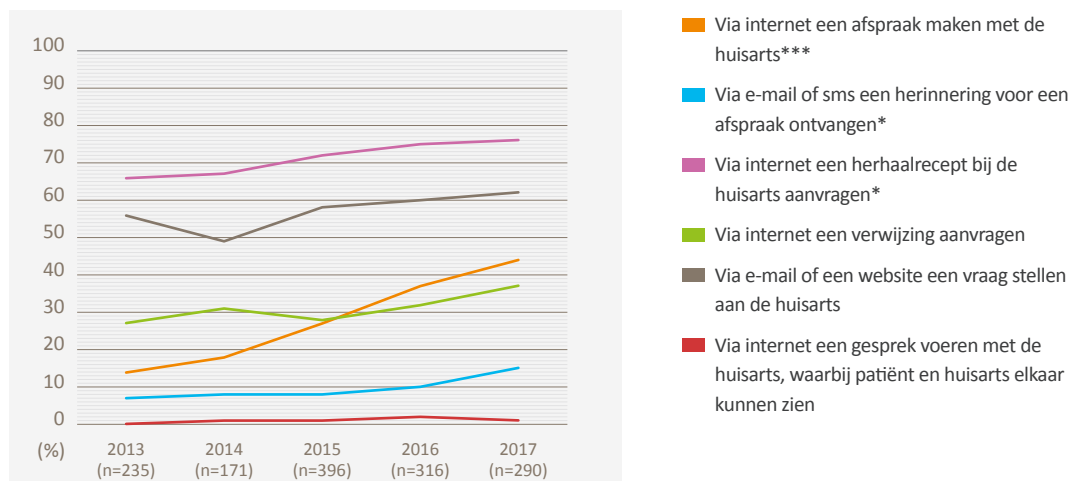
3.3 Online contactmogelijkheden tussen zorggebruikers en zorgverleners

In de vorige paragrafen gingen we in op de houding van artsen en zorggebruikers ten aanzien van online contact, en meer specifiek het e-consult. In deze paragraaf gaan we in op het aanbod van online contactmogelijkheden door artsen en het gebruik hiervan door zorggebruikers. Aan artsen vroegen we welke toepassingen voor online contact zij het afgelopen jaar hebben aangeboden. Aan zorggebruikers is gevraagd of zij weten welke mogelijkheden hun eigen zorgverleners aanbieden en of zij die gebruiken. De meest opvallende veranderingen in de periode 2013-2017 staan in deze paragraaf weergegeven. Voor meer gedetailleerde informatie over het verloop door de jaren heen verwijzen we naar de tabellenbijlage (zie de tabellen 3.15, 3.18, 3.22, 3.24, 3.26, 3.28, 3.30 en 3.32).

Figuur 3.6

Huisartsen - Percentage huisartsen dat aangeeft op welke manieren een patiënt online contact kan opnemen met henzelf of de praktijk; van 2013 tot 2017.

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



3.3.1 Online contactmogelijkheden bij artsen

Huisartsen en online contact

Bijna negen op de tien (87%) huisartsen geven aan dat zij een vorm van online contact aan hun patiënten aanbieden. Net als voorgaande jaren neemt het percentage huisartsen toe dat aangeeft dat patiënten online een afspraak kunnen maken (zie figuur 3.6 en de tabellen 3.16 en 3.17). In 2017 geeft 44% van de huisartsen aan dat dit mogelijk was, in 2013 was dit 14%. Er is een lichte stijging wat betreft de mogelijkheid om via e-mail of sms een herinnering voor een afspraak te ontvangen en de mogelijkheid om online een herhaalrecept aan te vragen.

Medisch specialisten en online contact

Bijna twee derde (63%) van de medisch specialisten biedt een vorm van online contact met de patiënt aan. Steeds meer

patiënten kunnen bij de medisch specialist via e-mail of sms een herinnering voor een afspraak ontvangen (37% in 2017, 18% in 2013) en een herhaalrecept aanvragen (22% in 2017, 11% in 2013) (zie figuur 3.7 en de tabellen 3.19 en 3.20). Patiënten hebben ook steeds vaker de mogelijkheid om via e-mail of een website een vraag te stellen aan de medisch specialist (46%). In 2016 was dit bij 34% van de medisch specialisten mogelijk.

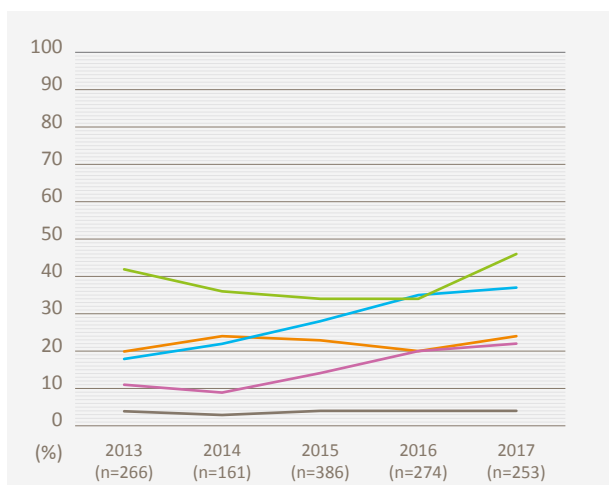
3.3.2 Online contactmogelijkheden bij huisartsen volgens zorggebruikers

In vergelijking met voorgaande jaren geeft in 2017 een groter percentage zorggebruikers (die een huisarts hebben bezocht, zie tabel 3.21) aan dat hun huisarts *mogelijkheden* biedt voor online contact (zie figuur 3.8 en de tabellen 3.22 en 3.23). Dit jaar steeg vooral het percentage zorggebruikers dat aangeeft

Figuur 3.7

Medisch specialisten
- Percentage medisch specialisten dat aangeeft op welke manieren een patiënt online contact kan opnemen met henzelf of de afdeling; van 2013 tot 2017.

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

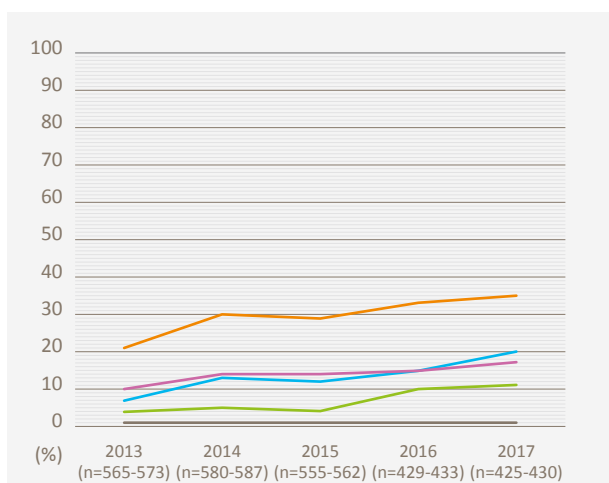


- Via internet een afspraak maken met de medisch specialist
- Via e-mail of sms een herinnering voor een afspraak ontvangen***
- Via internet een herhaalrecept bij de medisch specialist aanvragen***
- Via e-mail of een website een vraag stellen aan de medisch specialist**
- Via internet een gesprek voeren met de medisch specialist, waarbij patiënt en medisch specialist elkaar kunnen zien

Figuur 3.8

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 2017.

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



- Via internet een herhaalrecept aanvragen bij mijn zorgverlener***
- Via internet een afspraak maken met mijn zorgverlener***
- Via e-mail of website een vraag stellen aan mijn zorgverlener**
- Via e-mail of sms een herinnering ontvangen voor een afspraak met mijn zorgverlener***
- Via internet een gesprek voeren met mijn zorgverlener, waarbij we elkaar kunnen zien, bijvoorbeeld op een beeldscherm of tablet

Gemak en service voor zorggebruikers

dat het mogelijk is om online een afspraak te maken. In 2017 geeft 20% aan dat dit kan bij hun huisarts, tegenover 7% in 2013. Het *gebruik* van online contactmogelijkheden stijgt minder vaak en minder hard (zie figuur 3.9 en de tabellen 3.24 en 3.25). We zien met name een stijging in het gebruik van het online maken van een afspraak (van 2% in 2013 naar 9% in 2017). Zorggebruikers vragen in vergelijking met 2013 ook vaker online een herhaalrecept aan (11% in 2013 en 18% in 2017).

Een aanzienlijke groep zorggebruikers blijft geïnteresseerd in de verschillende mogelijkheden voor online contact, vergelijkbaar met voorgaande jaren (zie figuur 3.10 en tabel 3.26). Voor alle mogelijkheden, behalve een gesprek via internet met de huisarts, geeft ongeveer de helft van de zorggebruikers aan ervan gebruik te willen maken. Het meest geïnteresseerd zijn zorggebruikers in het ontvangen van een sms of e-mail als afspraakherinnering: 53% geeft in 2017 aan hiervan gebruik te willen maken.

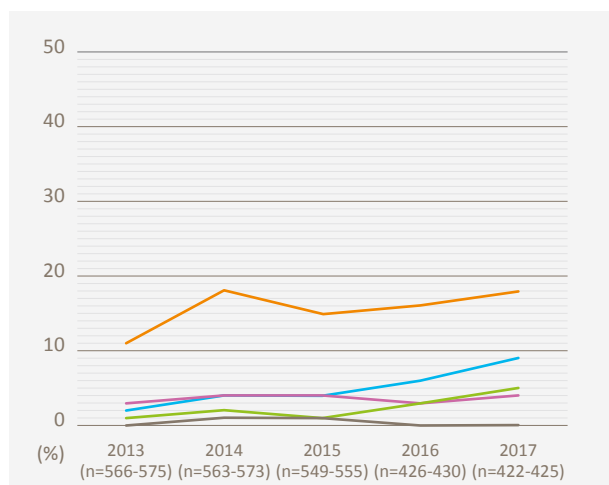
3.3.3 Online contactmogelijkheden bij medisch specialisten volgens zorggebruikers

We keken naar de online contactmogelijkheden die medisch specialisten aanbieden, volgens zorggebruikers die contact hadden met een medisch specialist (zie tabel 3.27). Daarbij zien we voor drie van de vijf mogelijkheden een stijging (zie figuur 3.11 en de tabellen 3.28 en 3.29). Het betreft: via e-mail of sms een herinnering ontvangen voor een afspraak, via internet een herhaalrecept aanvragen en via e-mail of een website een vraag stellen. In 2013 gaf nog 4% van de zorggebruikers die contact hadden met een medisch specialist aan dat ze via internet een herhaalrecept konden aanvragen. In 2017 was dit percentage 11%. Wanneer we naar het *gebruik* kijken, zien we dat het ontvangen van een afspraakherinnering steeg van 6% in 2013 naar 21% in 2017 (zie figuur 3.12 en tabellen 3.30 en 3.31). In het gebruik van de andere toepassingen zien we geen veranderingen.

Figuur 3.9

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 2017.

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

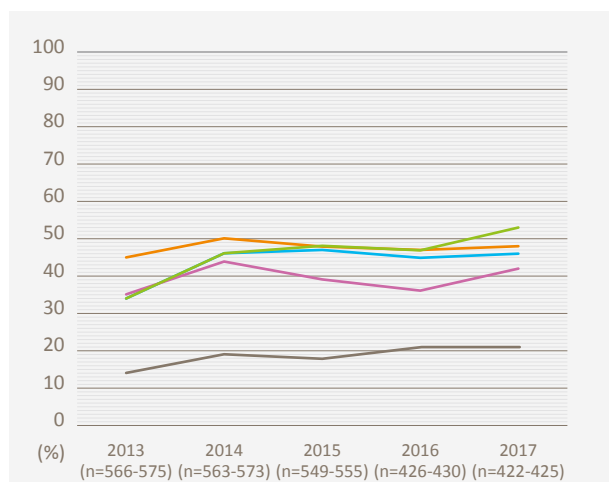


- Via internet een herhaalrecept aanvragen bij mijn zorgverlener*
- Via internet een afspraak maken met mijn zorgverlener***
- Via e-mail of website een vraag stellen aan mijn zorgverlener
- Via e-mail of sms een herinnering ontvangen voor een afspraak met mijn zorgverlener
- Via internet een gesprek voeren met mijn zorgverlener, waarbij we elkaar kunnen zien, bijvoorbeeld op een beeldscherm of tablet

Figuur 3.10

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 2017.

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



- Via internet een herhaalrecept aanvragen bij mijn zorgverlener
- Via internet een afspraak maken met mijn zorgverlener***
- Via e-mail of website een vraag stellen aan mijn zorgverlener
- Via e-mail of sms een herinnering ontvangen voor een afspraak met mijn zorgverlener***
- Via internet een gesprek voeren, waarbij we elkaar kunnen zien, bijvoorbeeld op een beeldscherm of tablet***

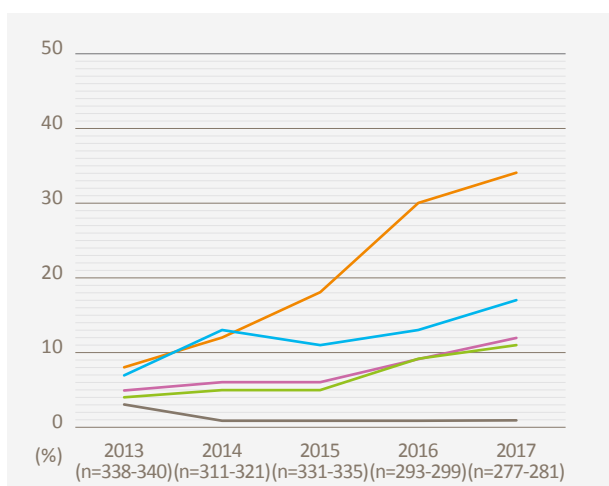
In 2017 wil de helft van de zorggebruikers graag via e-mail of een website een vraag stellen aan de medisch specialist. 44% wil via internet een afspraak maken met de medisch specialist

en 43% wil via een e-mail of sms een herinnering ontvangen voor een afspraak (zie figuur 3.13 en tabel 3.32).

Figuur 3.11

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
2017.

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

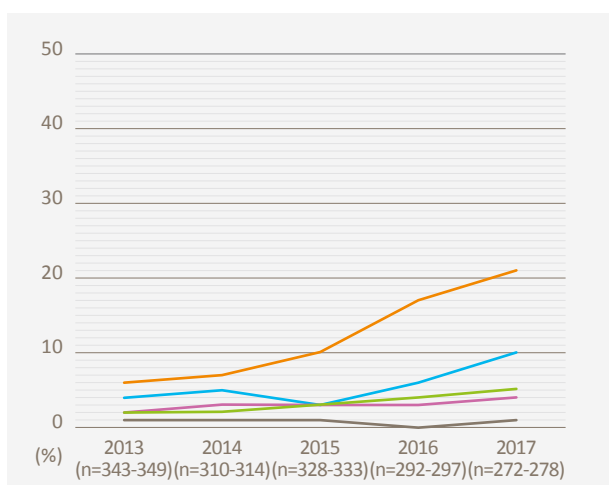


- Via e-mail of sms een herinnering ontvangen voor een afspraak met mijn zorgverlener***
- Via internet een afspraak maken met mijn zorgverlener
- Via e-mail of website een vraag stellen aan mijn zorgverlener**
- Via internet een herhaalrecept aanvragen bij mijn zorgverlener**
- Via internet een gesprek voeren met mijn zorgverlener, waarbij we elkaar kunnen zien, bijvoorbeeld op een beeldscherm of tablet

Figuur 3.12

Zorggebruikers
- Percentage
zorggebruikers dat
contact heeft gehad met
de medisch specialist
in het afgelopen
jaar en aangeeft
gebruik te hebben
gemaakt van de online
contactmogelijkheden
met de medisch
specialist; van 2013 tot
2017.

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

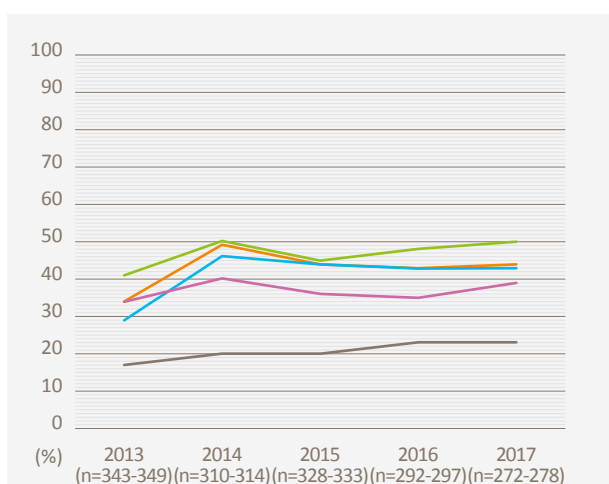


- Via e-mail of sms een herinnering ontvangen voor een afspraak met mijn zorgverlener***
- Via internet een afspraak maken met mijn zorgverlener
- Via e-mail of website een vraag stellen aan mijn zorgverlener
- Via internet een herhaalrecept aanvragen bij mijn zorgverlener
- Via internet een gesprek voeren met mijn zorgverlener, waarbij we elkaar kunnen zien, bijvoorbeeld op een beeldscherm of tablet

Figuur 3.13

Zorggebruikers
- Percentage
zorggebruikers dat
contact heeft gehad met
de medisch specialist
in het afgelopen
jaar en aangeeft
gebruik te willen
maken van de online
contactmogelijkheden
met de medisch
specialist; van 2013 tot
2017.

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



- Via e-mail of sms een herinnering ontvangen voor een afspraak met mijn zorgverlener
- Via internet een afspraak maken met mijn zorgverlener***
- Via e-mail of website een vraag stellen aan mijn zorgverlener
- Via internet een herhaalrecept aanvragen bij mijn zorgverlener*
- Via internet een gesprek voeren met mijn zorgverlener, waarbij we elkaar kunnen zien, bijvoorbeeld op een beeldscherm of tablet*

Gemak en service voor zorggebruikers

3.3.4 Meest gebruikte toepassingen

Zorggebruikers die in het afgelopen jaar een zorgverlener bezochten, gebruikten de volgende online toepassingen het meest:

- via e-mail of sms een herinnering ontvangen voor een afspraak met de medisch specialist (21%);
- via internet een herhaalrecept aanvragen bij de huisarts (18%);
- via internet een afspraak maken met de medisch specialist (10%).

Het gebruik van andere online toepassingen door zorggebruikers ligt onder de 10%.

De online toepassing die zorggebruikers het meest gebruiken bij de huisarts (herhaalrecept), bieden huisartsen ook het meest aan. De online toepassingen die zorggebruikers het meest gebruiken bij de medisch specialist (herinneringen via e-mail/sms en via internet een afspraak maken), zijn niet de toepassingen die medisch specialisten het meest aanbieden. Volgens medisch specialisten gaat het dan om een vraag stellen via de website of e-mail, gevolgd door een herinnering via e-mail/sms.

3.4 Conclusie en discussie

Uit de eerdere edities van de eHealth-monitor weten we dat artsen vaker aangeven dat zij mogelijkheden voor online contact aanbieden, dan dat zorggebruikers aangeven die mogelijkheid te hebben - laat staan daarvan gebruik te maken. De huidige editie van de eHealth-monitor leert ons dat online contact nog niet erg leeft onder zorggebruikers, maar dat ze hier wel neutraal tot positief tegenover staan. Een meerderheid van de artsen vindt online contact een goede aanvulling op regulier contact. We zien een voorzichtig stijging in de mate waarin zorggebruikers online toepassingen voor contact *willen* gebruiken. De meerwaarde van online contact zien zorggebruikers en artsen met name in dat ze het kunnen doen op momenten dat het ze uitkomt. Maar als deze positieve kanten er zijn, waarom wordt er dan nog zo weinig gebruik van gemaakt?

Op de eerste plaats blijkt ook dit jaar weer uit de resultaten dat veel zorggebruikers niet op de hoogte zijn van de mogelijkheden. Uit een eerdere monitor leerden we dat huisartsen en medisch specialisten hun patiënten voornamelijk informeren via de website van de instelling, afdeling of

praktijk. In mindere mate zetten artsen patiëntenfolders in en geven ze de mogelijkheden aan tijdens een regulier consult¹¹. De vraag was toen of deze informatie de patiënten voldoende bereikt. In de huidige editie geeft minder dan een op de drie zorggebruikers aan dat de zorgverlener wel eens heeft verteld over online contact. Uit de workshopdag bleek daarnaast dat de deelnemers de website van hun zorgverlener niet vaak bezoeken. Zij raadden aan vooral via verschillende kanalen aandacht te besteden aan de mogelijkheden op het gebied van online contact. De ideeën varieerden van persoonlijke brieven, folders aan de balie, boodschappen op het antwoordapparaat, persoonlijke e-mails en informatie in nieuwsbrieven tot informatieboodschappen op televisie (als voorbeeld werd het voormalige Postbus 51 genoemd). De meeste deelnemers worden het liefst geïnformeerd zodra de toepassing beschikbaar is, maar dit is volgens hen te herhalen tijdens een contact. Bijvoorbeeld via het antwoordapparaat als ze in de wachtrij staan om een afspraak te maken of door de huisarts bij een consult.

Op de tweede plaats blijkt dat online contact in de ogen van artsen en zorggebruikers niet altijd geschikt is. Internationaal onderzoek bevestigt onze resultaten bij artsen^{7,9,13}. Tijdens de workshopdag merkten de deelnemers op dat het gebruik van een e-consult afhangt van de context. Als lichamelijk onderzoek nodig is of de arts nog een diagnose moet stellen, lijkt een e-consult volgens hen niet zinvol. Een e-consult lijkt juist wel zinvol voor korte (vervolg)vragen. Ook bleek uit de workshopdag dat de deelnemers het online maken van een afspraak niet altijd geschikt vinden. Dit geldt met name als ze graag op korte termijn een afspraak hebben. Hiervoor vinden de deelnemers het zinvoller om te bellen. De perceptie is dat ze dan vaak nog dezelfde dag terechtkunnen, terwijl die dag in de online agenda al volgeboekt zou zijn. In situaties waarbij het minder noodzakelijk is om de arts op korte termijn te consulteren, zien de deelnemers als voordeel dat het online maken van een afspraak meer keuzemogelijkheden geeft. Het is niet meer dan reëel dat online contact niet voor alle zorggebruikers en niet in alle situaties geschikt is. Wel is het belangrijk dat zorggebruikers en zorgverleners weten voor wie en in welke situaties zij vormen van online contact kunnen inzetten.

Op de derde plaats lijken er voor artsen en zorggebruikers nog wat haken en ogen aan het gebruik van online contact te

zitten. Ook lijkt onder sommige artsen een gevoel van onzekerheid te heersen. Maar vier op de tien artsen zijn ervan overtuigd dat online contact veilig is en maar de helft heeft vertrouwen in online contact. Het e-consult blijkt bij ongeveer de helft van de artsen vragen op te roepen over wat wel en niet mag. Bij diezelfde groep geeft het zorgen over mogelijke risico's op het gebied van privacy. Bovendien voelt een aanzienlijk deel van de artsen zich niet competent om een e-consult in te zetten. Vooral bij veel medisch specialisten zijn de richtlijnen en regels voor vergoeding niet bekend of niet duidelijk. Onderzoek toont aan dat artsen soms bang zijn dat e-consulten leiden tot veel contactmomenten over zaken waarover in een regulier consult niet gesproken zou worden⁵. Bij medisch specialisten is er daarnaast veel onbekendheid of de vergoeding voor e-consulten wel toereikend is. Veel medisch specialisten hebben behoefte aan begeleiding bij de inzet van e-consulten. Bij huisartsen zien we dat beeld minder. Mogelijk kunnen zij voldoende uit de voeten met richtlijnen en checklists^{14,15}. Ook voor zorggebruikers geldt dat niet iedereen online contact veilig vindt, daar vertrouwen in heeft of denkt dat het voldoende informatie oplevert. Uit de workshopdag kwam bovendien naar voren dat de technologie niet altijd voor zich spreekt. Er is behoefte aan uitleg over de werkwijze van de toepassing. Tegelijkertijd zien we zowel bij zorggebruikers als zorgverleners dat degenen die ervaring hebben met het e-consult positiever zijn dan degenen zonder ervaring. Ervaring opdoen zou kunnen leiden tot meer vertrouwen en enthousiasme.

Ondanks deze drie belemmeringen zien we wel een toename in het aanbod van online contactmogelijkheden. Ook weten langzaam meer zorggebruikers van de meeste mogelijkheden en zien we een voorzichtige toename in het gebruik van een aantal toepassingen. Bovendien zien zowel zorgverleners als patiënten voordelen in online contact. Om meer mensen van deze gemaksdiensten te laten profiteren, lijkt het zinvol in te zetten op meer bekendheid en meer duidelijkheid over hoe en wanneer online contact gebruikt kan worden, zowel voor zorgverleners als zorggebruikers. Bijvoorbeeld door informatie over het gebruik van online contactmogelijkheden te verwerken in richtlijnen, communicatiekanalen, techniek, scholing en zorgprocessen. Dit wordt onderschreven door de Actieagenda e-consult¹⁶. Het organiseren van netwerken die ondersteunen bij het gebruik

van online contactmogelijkheden en de aanwezigheid van te raadplegen collega's helpen eveneens bij de opschaling⁵. Bovendien moet de wet- en regelgeving voor iedereen duidelijk zijn en is het essentieel dat de veiligheid gegarandeerd is en vertrouwd wordt.

Referenties

1. NHG, LHV. (2012). *Toekomstvisie Huisartsenzorg - Modernisering naar menselijke maat - Huisartsenzorg in 2020*. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging; Nederlandse Huisartsengenootschap.
2. NYFER. (2013). *Gezond online*. Utrecht: NYFER.
3. Van Hassel, D., Korevaar, J., Batenburg R., Schellevis, F. (2015). *De toekomstvisie huisartsenzorg 2022, waar staat de huisartsenzorg anno 2014?* Utrecht: NIVEL.
4. Bishop, T.F., Press, M.J., Mendelsohn, J.L., & Casalino, L.P. (2013). Electronic communication improves access, but barriers to its widespread adoption remain. *Health Affairs (Millwood)*, 32(8), 1361-1367.
5. Hanna, L., May, C., & Fairhurst, K. (2012). The place of information and communication technology-mediated consultations in primary care: GPs' perspectives. *Family Practice*, 29(3), 361-366.
6. Keplinger, L.E., Koopman, R.J., Mehr, D.R., Kruse, R.L., Wakefield, D.S., Wakefield, B.J., & Canfield, S.M. (2013). Patient portal implementation: resident and attending physician attitudes. *Family Medicine*, 45(5), 335-340.
7. Ozkaynak, M., Johnson, S., Shimada, S., Petrakis, B.A., Tulu, B., Archambeault, C., Woods, S. (2014). Examining the Multi-level Fit between Work and Technology in a Secure Messaging Implementation. *AMIA Annual Symposium Proceedings*, 2014, 954-962.
8. Atherton, H., Pappas, Y., Heneghan, C., & Murray, E. (2013). Experiences of using email for general practice consultations: a qualitative study. *British Journal of General Practice*, 63(616), e760-767.
9. Hansen, C.S., Christensen, K.L., & Ertmann, R. (2014). Patients and general practitioners have different approaches to e-mail consultations. *Danish Medical Journal*, 61(6).
10. Haun, J.N., Lind, J.D., Shimada, S.L., Martin, T.L., Gosline, R.M., Antinori, N., Simon, S.R. (2014). Evaluating user experiences of the secure messaging tool on the Veterans Affairs' patient portal system. *Journal of Medical Internet Research*, 16(3), e75.

Gemak en service voor zorggebruikers

11. Krijgsman, J., Swinkels, I., Van Lettow, B., De Jong, J., Out, K.E.M., Friele, R., Van Gennip, L. (2016). *Meer dan techniek: eHealth-monitor 2016*. Den Haag, Utrecht; Nictiz, NIVEL.
12. Brabers, A., Swinkels, I., Van Lettow, B., De Jong, J. (2017). *Zorggebruikers zien zowel positieve als negatieve kanten van het e-consult. Gebruikers zijn positiever over het e-consult dan niet gebruikers*. Utrecht/Den Haag: NIVEL/Nictiz, 2017.
13. Jiwa, M., & Meng, X. (2013). Video consultation use by Australian general practitioners: video vignette study. *Journal of Medical Internet Research*, 15(6), e117.
14. Van Meersbergen, D.Y.A. (2007). *Richtlijn online arts-patient contact. Herziene versie*. KNMG, Utrecht.
15. NHG (2014). *NHG-checklist e-consult v1.3*. Geraadpleegd op 22 augustus 2017 op https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/nhg-checklist_e-consult_1.3_-_februari_2014.pdf. Utrecht: NHG.
16. Nictiz (2017). *Kennismagazine e-consult bij de huisarts*. Geraadpleegd op 22 augustus 2017 op <https://www.nictiz.nl/publicaties/kennismagazine-econsult-bij-de-huisarts>.



Ontsluiting van medische gegevens voor de patiënt

Belangrijkste resultaten in dit hoofdstuk

- De mogelijkheid voor patiënten om bij de medisch specialist inzage te krijgen in verschillende onderdelen van het medisch dossier neemt toe. Dit geldt vooral voor de mogelijkheden voor patiënten om online de voorgeschreven medicatie en binnengekomen uitslagen van onderzoeken en laboratoriumbepalingen in te zien. Onder huisartsen is er dit jaar nauwelijks een positieve trend waarneembaar wat betreft mogelijkheden voor patiënten voor online inzage in hun medisch dossier.
- Bij verpleegkundigen en verzorgenden in de ouderenzorg wordt in bijna de helft van de organisaties (42%) gewerkt met een elektronisch patiëntenportaal. In 2016 lag dit op 17%. Bij verpleegkundigen in de ziekenhuiszorg en huisartsenzorg bedragen deze percentages in 2017 respectievelijk 38% en 31%.
- 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 12%-30% aan dat inzage in de gestelde diagnoses mogelijk is. Het percentage zorggebruikers dat aangeeft hun medische gegevens online te kunnen inzien bij de medisch specialist neemt toe, van 3% in 2013 naar 13% in 2017. Het aantal zorggebruikers dat aangeeft online hun gegevens te kunnen inzien bij de huisarts neemt niet toe. Dit aantal schommelt in de periode 2013-2017 tussen de 3%-5%. Ongeveer twee derde van de zorggebruikers weet niet of online inzage mogelijk is bij de medisch specialist en huisarts.
- Ook een groot deel van de chronisch zieken weet niet of zij bij de huisarts, apotheek of medisch specialist bepaalde onderdelen van het medisch dossier kunnen inzien. In 2017 geeft 24% van de chronisch zieken aan bij de huisarts online inzage te hebben in een medicatieoverzicht. De meerderheid van de groep die inzage heeft gehad, vond dit nuttig. Met name omdat het meer inzicht geeft en gegevens beter te controleren zijn.
- Opnieuw nam het deel medisch specialisten dat online inzage gewenst vindt toe: van 40% in 2015 en 49% in 2016 tot 53% in 2017. Deze toename is niet gevonden onder de huisartsen: 34% van de huisartsen vindt online inzage gewenst, vorig jaar was dit 42%. Meer huisartsen weten niet of zij online inzage gewenst vinden of hebben hierover geen duidelijke mening (25% in 2017 ten opzichte van 12% in 2015).

4.1 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.

Ontsluiting van medische gegevens voor de patiënt

Hiermee kan de zorggebruiker zijn eigen medisch dossier downloaden¹. Recentelijk is in kaart gebracht wat de ontwikkelingen zijn in Europa als het gaat om de mogelijkheid voor patiënten om online de eigen medische gegevens te kunnen inzien. Uit dit onderzoek blijkt onder andere dat de Europese landen een verschillende aanpak hebben wat betreft het aanbieden van online medische gegevens voor de patiënt².

Ook in Nederland zijn er verschillende partijen die zich inzetten voor online ontsluiting van medische gegevens voor zorggebruikers, bijvoorbeeld via een persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) (voorheen werd ook wel van het persoonlijk gezondheidsdossier gesproken). In 2016 is MedMij van start gegaan³. Het doel van dit programma is dat iedereen zijn eigen persoonlijke medische informatie online in één volledig overzicht kan verzamelen, beheren en delen (zie hoofdstuk 2). De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) is in 2017 gestart met het Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt & Professional (VIPP)⁴. Door dit programma kunnen ziekenhuizen extra stappen zetten om patiënten digitale toegang te geven tot de eigen medische gegevens (zie hoofdstuk 2). Daarnaast bieden steeds meer ziekenhuizen een patiëntenportaal aan^{5,6}. Dit is een digitale omgeving waar zorggebruikers niet alleen hun medische gegevens kunnen bekijken en mogelijk kunnen aanvullen, maar bijvoorbeeld ook online een afspraak kunnen maken of vragen kunnen stellen aan een arts.

De Nederlandse initiatieven sluiten aan bij het beleid van het ministerie van VWS. In dit beleid heeft iedereen recht op duidelijke informatie en inzage in zijn eigen medisch dossier. Het ministerie van VWS wil echter 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%.”⁷. In juni 2016 onderzochten Nictiz en het NIVEL in welke mate deze doelstelling werd behaald⁸. Uit het onderzoek bleek dat slechts zo’n 10% van de deelnemers met een chronische aandoening online inzage had in hun medische gegevens bij een of meerdere zorgverleners. Eind 2016 stemde de Eerste Kamer in met het wetsvoorstel Cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens. Hiermee krijgt de patiënt het recht

zijn medisch dossier online in te zien en kan hij bepalen welke zorgaanbieders in zijn dossier mogen kijken. Per 1 juli 2017 is de wet van kracht en zorgaanbieders hebben drie jaar de tijd om de uitvoering te gaan regelen^{9,10}.

Voorstanders van online inzage betogen dat het zorggebruikers kan helpen om eventuele fouten in hun dossier te ontdekken. Zij kunnen de volledigheid en exactheid van de gegevens controleren en eventueel een verzoek tot aanpassing doen^{11,12}. Zo kunnen zij zelf bijdragen aan patiëntveiligheid in de zorg. Daarnaast kunnen zorggebruikers meer inzicht in hun klachten krijgen door inzage in hun persoonlijke medische gegevens. In het dossier kan tevens aan de zorggebruiker een overzicht worden gegeven wie zijn gegevens heeft geraadpleegd en wanneer dat is geweest¹³. Tegenstanders vrezen met name dat online inzage kan leiden tot onnodige zorgen en misverstanden bij de patiënt. Huisartsen denken dat het de relatie tussen de arts en patiënt zal veranderen door discussie over het dossier, terwijl medisch specialisten vinden dat het dossier in beginsel is bedoeld voor de arts ter ondersteuning van de werkzaamheden. Zowel huisartsen als medisch specialisten zijn het erover eens dat online inzage een ongewenste invloed kan hebben op de wijze van dossiervoering¹³.

Dit hoofdstuk gaat in op de mogelijkheden voor online inzage in het medisch dossier en het gebruik ervan volgens medisch specialisten, huisartsen, verpleegkundigen, zorggebruikers en chronisch zieken. De resultaten in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op vragenlijstonderzoek onder huisartsen en medisch specialisten uit het KNMG-artsenpanel, zorggebruikers uit het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL, chronisch zieken uit het Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten van het NIVEL en verpleegkundigen van het Panel Verpleging & Verzorging van het NIVEL. We maken onderscheid tussen verpleegkundigen werkzaam in de *ouderenzorg* (in de eerdere monitors noemden we dit de care-sector), *huisartsenzorg* en *ziekenhuiszorg*. In eerdere edities van de eHealth-monitor rapporteerden we over de verpleegkundige cure-sector in zijn totaliteit. Dit jaar splitsen we de cure-sector in huisartsen- en ziekenhuiszorg, omdat de verhouding qua verpleegkundigen tussen deze sectoren afwijkt van voorgaande jaren. Bovendien doet dit ook recht aan de verschillen tussen de huisartsen- en ziekenhuiszorg wat betreft werkzaamheden en patiëntenpopulatie. Tot de *ouderenzorg* rekenen we verpleegkundigen¹ werkzaam in de thuiszorg en in verpleeg- en verzorgingshuizen

(zie Bijlage A). Tenzij anders aangegeven, verwijzen we voor tabellen in dit hoofdstuk naar de losse tabellenbijlage behorend bij dit rapport.

4.2 Inzagemogelijkheden in het medisch dossier

4.2.1 Inzagemogelijkheden volgens artsen

De mogelijkheden voor patiënten voor online inzage in onderdelen van het medisch dossier is onder huisartsen sinds vorig jaar vrijwel niet toegenomen. Alleen de mogelijkheid om via internet inzage te krijgen in de voorgeschreven medicatie steeg licht (van 12% in 2014 en 22% in 2016 naar 24% in 2017; zie tabel 4.1).

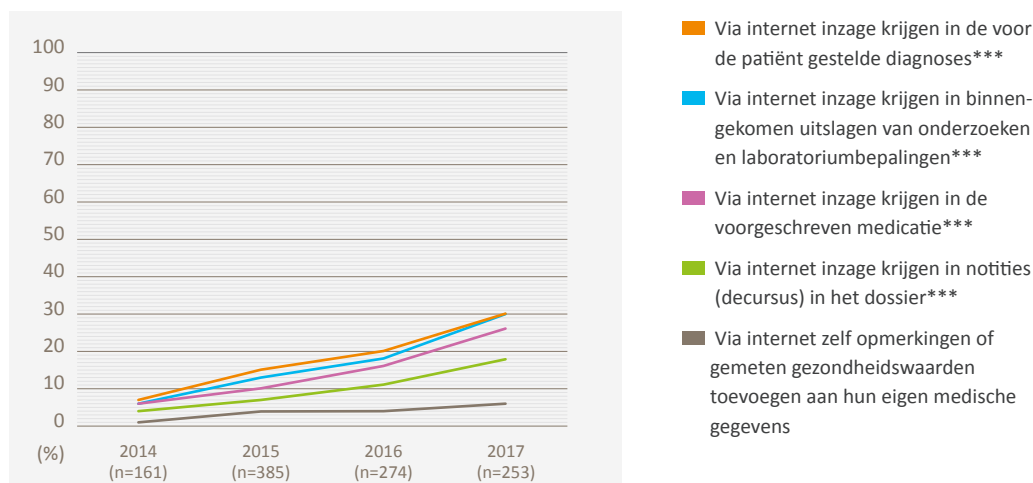
Bij de medisch specialisten zet de stijgende trend wel door. Bij vier van de vijf bevroegde dossieronderdelen is een toename te zien. Inzage krijgen in de gestelde diagnose is bij het hoogste percentage medisch specialisten mogelijk. Er is een toename van 7% in 2014 naar 30% in 2017 (zie figuur 4.1 en tabel 4.2). Daarnaast nam de mogelijkheid voor patiënten om via internet binnengekomen uitslagen van onderzoeken en laboratoriumbepalingen in te zien sterk toe (van 6% in 2014 en 18% in 2016 naar 30% in 2017). Hetzelfde geldt voor het online kunnen inzien van voorgeschreven medicatie (6% in 2014, 16% in 2016, 26% in 2017).

Bij de huisartsen kunnen patiënten in 2017 het vaakst online inzage krijgen in de voorgeschreven medicatie (24%; zie figuur 4.2

Figuur 4.1

Medisch specialisten - Percentage medisch specialisten dat aangeeft in welke onderdelen van het medisch dossier patiënten online inzage kunnen hebben; van 2014 tot 2017.

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



Figuur 4.2

Huisartsen - Percentage huisartsen dat aangeeft in welke onderdelen van het medisch dossier patiënten online inzage kunnen hebben; in 2017 (n=290).

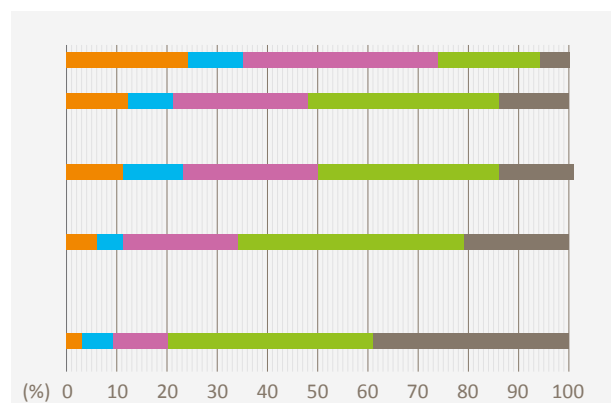
Online inzage in de voorgeschreven medicatie

Online inzage in de voor de patiënt gestelde diagnoses

Online inzage in binnengekomen uitslagen van onderzoeken en laboratoriumbepalingen

Online zelf opmerkingen of gemeten gezondheidswaarden toevoegen aan hun eigen medische gegevens

Online inzage in notities (decursus) in het dossier



■ Dit is mogelijk
■ Er zijn plannen om dit binnen 1 jaar mogelijk te maken
■ Er zijn geen plannen, maar de zorgverlener zou dit wel willen
■ Er zijn geen plannen en de zorgverlener weet niet of hij dit zou willen
■ Er zijn geen plannen en de zorgverlener zou dit ook niet willen

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

Ontsluiting van medische gegevens voor de patiënt

en tabel 4.3). Ruim een derde (39%) van de huisartsen vindt het wel gewenst dat zij deze mogelijkheid kunnen bieden, maar heeft hiervoor nog geen plannen.

Onder medisch specialisten komen in 2017 de mogelijkheden tot inzage in gestelde diagnoses en in uitslagen van onderzoeken en het laboratorium het meest voor (beide 30%; zie figuur 4.3 en tabel 4.4). Vier op de tien medisch specialisten vinden inzage in de voorgeschreven medicatie wenselijk, maar geven aan dat dit nog niet mogelijk is.

Een vijfde tot bijna de helft van de huisartsen weet niet goed of zij hun patiënten de mogelijkheid gaan bieden om verschillende onderdelen van het medisch dossier online in te kunnen zien. Onder medisch specialisten zijn deze percentages lager (9%-35%). Daarnaast lijkt er nog weinig behoefte bij artsen om patiënten online inzage te geven in notities (decursus) van de arts in het dossier: vier op de tien huisartsen (39%) en een kwart van de medisch specialisten (26%) bieden deze mogelijkheid niet aan en zouden dit ook niet willen.

4.2.2 Inzagemogelijkheden volgens verpleegkundigen

Net als vorig jaar vroegen we verpleegkundigen of hun patiënten het afgelopen jaar hebben gewerkt met een patiëntenportaal (zie figuur 4.4 en tabel 4.5). In 2017 geeft 42% van de verpleegkundigen in de ouderenzorg aan dat patiënten gebruikmaakten van een patiëntenportaal. Dat is meer dan in 2016 (17%). Ruim een kwart van de verpleegkundigen in de ouderenzorg geeft aan dat er plannen zijn om binnen een jaar te gaan werken met een patiëntenportaal. In de ziekenhuiszorg geeft 38% van de verpleegkundigen aan dat patiënten gebruikmaakten van een patiëntenportaal; in de huisartsenzorg is dit 31%.

4.2.3 Inzagemogelijkheden volgens zorggebruikers

Het percentage zorggebruikers dat aangeeft online hun medische gegevens te kunnen inzien bij de medisch specialist neemt toe. In 2017 geeft 13% van de zorggebruikers aan dat dit mogelijk was, tegenover 3% in 2013 (zie tabel 4.6). Het aantal zorggebruikers dat aangeeft online inzage te hebben in hun gegevens bij de huisarts neemt niet toe. Dit percentage schommelt in de periode 2013-2017 tussen de 3% en 5%. Een groot deel van de zorggebruikers weet in 2017 niet of

inzage mogelijk is bij de medisch specialist (65%) of de huisarts (64%) (zie tabel 4.7).

Tijdens de workshopdag vroegen we elf zorggebruikers wat volgens hen het doel is van online inzage. Ook vroegen we naar factoren die het bereiken van dat doel kunnen vergemakkelijken of juist belemmeren. De deelnemers gaven als doelen aan: informatiedeling en patiënten meer verantwoordelijkheden geven. Om deze doelen te bereiken, is volgens hen een veilige omgeving nodig, een compleet overzicht van de gezondheidsgegevens en kennisoverdracht dat inzage mogelijk is en hoe het systeem werkt. De deelnemers gaven aan dat duidelijke informatie - in lekttaal - hierbij helpt, evenals gebruiksvriendelijke programma's. Belangrijk vonden ze dat er naast het online contact sprake blijft van persoonlijk contact.

4.2.4 Inzagemogelijkheden volgens chronisch zieken

Het vaakst geven chronisch zieken aan dat het mogelijk is om thuis via internet inzage te krijgen in hun medicatie bij de huisartsenpraktijk (zie figuur 4.5 en tabel 4.8). In 2017 geeft 24% dit aan. Het is volgens 14% en 7% van de chronisch zieken mogelijk om dit in te zien bij respectievelijk de apotheek en medisch specialist.

Een klein deel van de chronisch zieken maakt gebruik van de mogelijkheid om thuis via internet hun gegevens in te zien bij de huisartsenpraktijk (2%-12%), de apotheek (4%-7%) en het ziekenhuis (4%-6%) (zie tabel 4.9). Ongeveer vier op de tien chronisch zieken maken hiervan nu geen gebruik (38%-46%), maar zegt dit wel te willen. Ruim een derde weet niet of ze dit zouden willen (35%-38%).

Chronisch zieken die zeggen inzage te hebben gehad (n=216), ervaren met name als voordelen dat ze sneller/meer inzicht hebben (47%) en dat ze hun gegevens kunnen controleren (43%) (zie tabel 4.10). Twee derde (68%) van deze groep chronisch zieken vindt inzage nuttig en ruim zes op de tien (63%) ervaart geen nadelen; 15% ervaart risico's op het gebied van veiligheid van gegevens (zie tabel 4.11).

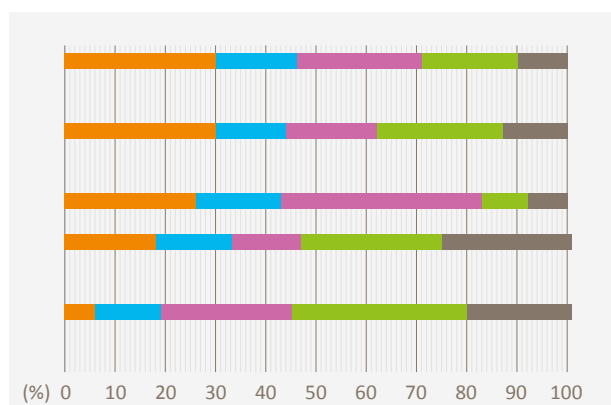
4.3 Wenselijkheid van inzage volgens artsen

In lijn met voorgaande jaren stijgt het aantal medisch specialisten dat online inzage gewenst vindt (53%) en daalt het

Figuur 4.3

Medisch specialisten
- Percentage medisch specialisten dat aangeeft in welke onderdelen van het medisch dossier patiënten online inzage kunnen hebben; in 2017 (n=253).

Online inzage in de voor de patiënt gestelde diagnoses
Online inzage in binnengekomen uitslagen van onderzoeken en laboratoriumbepalingen
Online inzage in de voorgeschreven medicatie
Online inzage in notities (decursus) in het dossier
Online zelf opmerkingen of gemeten gezondheidswaarden toevoegen aan hun eigen medische gegevens

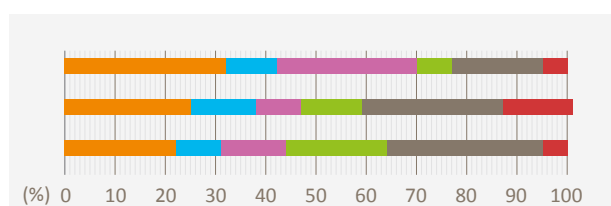


■ Dit is mogelijk
■ Er zijn plannen om dit binnen 1 jaar mogelijk te maken
■ Er zijn geen plannen, maar de zorgverlener zou dit wel willen
■ Er zijn geen plannen en de zorgverlener weet niet of hij dit zou willen
■ Er zijn geen plannen en de zorgverlener zou dit ook niet willen

Figuur 4.4

Verpleegkundigen
- Percentage verpleegkundigen dat aangeeft of in de organisatie gewerkt is met een patiëntenportaal; in 2017.

Ouderenzorg (n=338)
Ziekenhuiszorg (n=152)
Huisartsenzorg (n=211)



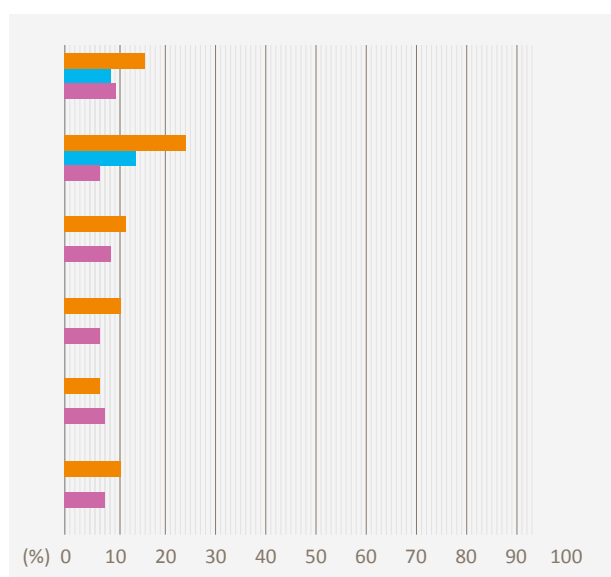
■ Ja, mijn cliënten/patiënten hebben hier zelf ook gebruik van gemaakt
■ Ja, dit wordt gebruikt door andere cliënten/patiënten binnen mijn organisatie
■ Nee, maar er zijn wel plannen om dit binnen een jaar toe te passen
■ Nee, en volgens mij zijn er geen plannen om dit binnen een jaar toe te passen
■ Nee, dit is niet van toepassing in mijn organisatie
■ Weet ik niet

Figuur 4.5

Chronisch zieken -
Percentage chronisch zieken dat aangeeft de mogelijkheid te hebben om online medische gegevens die de zorgverlener bijhoudt in te zien, naar soort zorgverlener en naar onderdeel; in 2017.

* Voor de apotheek zijn alleen medische gegevens en medicatie uitgevraagd.

Medische gegevens
Medicatie
Uitslagen labonderzoek
Uitslagen metingen lichaam
Uitslagen beeldvormend onderzoek
Overzicht doelen en afspraken



■ Huisartsenpraktijk (n=1083-1132)
■ Apotheek* (n=1089-1122)
■ Ziekenhuis (n=1079-1105)

Ontsluiting van medische gegevens voor de patiënt

aantal dat dit ongewenst vindt (30%). Vorig jaar vond 49% van de medisch specialisten online inzage door patiënten gewenst en vond 33% dit ongewenst (zie figuur 4.6 en tabel 4.12). Deze toename is niet gevonden onder de huisartsen: 34% van de huisartsen vindt online inzage gewenst, in 2016 en 2015 was dit respectievelijk 42% en 39%. Meer huisartsen weten niet of zij online inzage gewenst vinden of hebben hierover geen duidelijke mening (25% in 2017 ten opzichte van 12% in 2015).

4.4 Conclusie en discussie

In de ouderenzorg is volop ontwikkeling op het gebied van online inzage. Ruim vier op de tien verpleegkundigen en verzorgenden geven aan dat patiënten binnen hun zorgorganisatie werken met een elektronisch patiëntenportaal. Dit is een verdubbeling ten opzichte van het voorgaande jaar. Ook in de ziekenhuiszorg en huisartsenzorg wordt er veel vaker met een patiëntenportaal gewerkt. Toch geven zorggebruikers nog wel in veel mindere mate aan dat online inzage mogelijk is dan dat de artsen aangeven. Een groot deel van de zorggebruikers en chronisch zieken weet ook niet of online inzage bij hun arts kan. Wel noemt bijna een kwart van de chronisch zieken dat de huisarts de mogelijkheid biedt online inzage te hebben in een overzicht van de voorgeschreven medicijnen. Steeds meer medisch specialisten bieden patiënten online inzage in bepaalde onderdelen van het medisch dossier. Dit jaar is er nauwelijks een stijging wat betreft de mogelijkheden voor

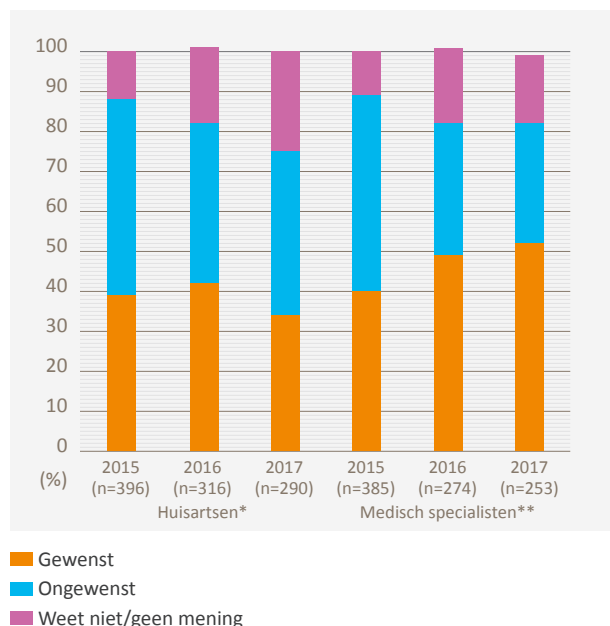
online inzage door patiënten bij hun huisarts. Op basis van de resultaten lijken huisartsen ook steeds vaker niet te weten of ze online inzage gewenst vinden.

Iedereen zou vanaf 2020 de mogelijkheid moeten hebben hun eigen medische gegevens online en gestructureerd in te kunnen zien. Dit staat onder andere in de Wet cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens, die sinds juli 2017 van kracht is. Daarnaast is het ten doel gesteld door het Informatieberaad^{9,14}. Door deze ontwikkelingen is het waarschijnlijk dat in korte tijd steeds meer zorggebruikers - waaronder chronisch zieken - directe toegang zullen hebben tot hun medische gegevens, zoals ten doel gesteld door het ministerie van VWS in 2014⁷. Uit deze eHealth-monitor blijkt dat bijna een kwart van de chronisch zieken bij de huisarts de mogelijkheid had om de medicatie in te zien. Bij de medisch specialist en apotheek was dit respectievelijk 14% en 7%. Bij de vorige meting lagen deze percentages nog beduidend lager (respectievelijk 8%, 9% en 4%)⁸. Een kanttekening bij deze toename is dat de vraagstelling ten opzichte van de vorige monitor is aangepast. Hierdoor zijn de resultaten wellicht niet zonder meer met elkaar te vergelijken.

De resultaten van de eHealth-monitor 2017 tonen aan dat er op het vlak van online inzage in de komende jaren nog wel winstmogelijkheden zijn. Zo lijken huisartsen nog niet overtuigd van het nut van online inzage. Een kwart van de

Figuur 4.6

Huisartsen en medisch specialisten - Mate van wenselijkheid van online inzage door patiënten in het medisch dossier, volgens huisartsen en medisch specialisten; van 2015 tot 2017.



* Het percentage 'Geen mening' ten opzichte van 'Gewenst' of 'Ongewenst' is verschillend onder huisartsen tussen 2015 en 2017 ($p \leq 0,05$).

** Het percentage 'Gewenst' ten opzichte van 'Ongewenst' of 'Weet niet/geen mening' is verschillend onder medisch specialisten tussen 2015 en 2017 ($p \leq 0,05$).

huisartsen gaf in de monitor aan dat zij niet goed weten of zij hun patiënten online toegang willen/gaan bieden in het medisch dossier. Onder medisch specialisten zijn deze percentages lager. Aanbevelenswaardig is na te gaan waarom de verschillen in houding bestaan. Het is mogelijk te verklaren door gestarte initiatieven, die voornamelijk gericht zijn op ziekenhuizen. Te denken valt aan het VIPP-programma en MedMij^{3,4}. Ook is het bij steeds meer ziekenhuizen mogelijk om via internet (een deel) van de eigen gegevens te bekijken middels een patiëntenportaal. Zo had in 2015 ongeveer 8% van alle ziekenhuizen een portaal, in augustus 2017 gaat het om een derde (28 ziekenhuizen)^{5,6}.

Patiënten zijn door online inzage in de medische gegevens beter geïnformeerd. Ze kunnen zich beter op een consult voorbereiden en na afloop van een consult kunnen ze thuis nalezen wat is besproken. Dit zijn enkele gestelde voordelen van online inzage^{11,15,16}. Een ander argument voor online inzage is de mogelijkheid bij patiënten om gegevens in het medisch dossier te controleren op accuratesse en compleetheid, bijvoorbeeld het medicatieoverzicht. Een niet compleet of actueel medicatieoverzicht kan leiden tot geneesmiddelinteracties, die in sommige gevallen zelfs kunnen leiden tot ziekenhuisopname¹⁷. Uit deze eHealth-monitor blijkt dat bij slechts een kwart van de artsen patiënten online inzage hebben in de voorgeschreven medicatie. Artsen lijken wel in te zien dat dit belangrijk is: 40% van de artsen wil deze mogelijkheid kunnen aanbieden. Uit onderzoek van de Patiëntenfederatie Nederland blijkt ook dat patiënten online inzage in het medicatieoverzicht erg belangrijk vinden¹⁸. Medicatieveiligheid is één van de Outcomedoelen van het Informatieberaad¹⁴. Meer specifiek wordt gesteld dat medicatierecepten vanaf 2019 conform de richtlijn Medicatieoverdracht worden uitgeschreven, dat een actueel medicatieoverzicht beschikbaar is en dat alle patiënten vanaf 2020 bij hun zorgverlener digitaal toegang krijgen tot hun medicatiegegevens¹⁴. Deze target kan leiden tot een sterke toename in de mogelijkheid voor online inzage in de voorgeschreven medicatie.

De vraag blijft of een toename in de mogelijkheid voor online inzage zal leiden tot meer bekendheid onder patiënten en uiteindelijk het daadwerkelijke gebruik van deze mogelijkheid. Het is daarom belangrijk zorggebruikers, maar ook zorgverleners (de aanbieders), de meerwaarde van online inzage te tonen. Gebruikers van een patiëntenportaal die in het algemeen

tevreden zijn^{18,19}, zouden hun ervaringen moeten delen met patiënten die er niet bekend mee zijn. Bijvoorbeeld tijdens regionale samenkomsten of bijeenkomsten in verzorgingsinstellingen of buurtcentra. Belangenorganisaties zouden hiervoor ambassadeurs kunnen benoemen. Onder zorgverleners die - gezien onze resultaten en op basis van recent onderzoek²⁰ - nog wat terughoudender zijn, kunnen argumentenwijzers^{15,16} en bewezen good practices hen over de streep trekken om tot online inzage over te gaan.

Referenties

1. 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.
2. JAsEHN. (2017). *Documents/deliverables. D7.5.1 Final report on EU state of play on patient access on eHealth data*. Geraadpleegd november 2017 op <http://jasehn.eu/index.php/downloads/>.
3. Medmij. (2017). *MedMij*. Geraadpleegd op 1 augustus 2017 op <http://www.medmij.nl/zorggebruikers/>.
4. NVZ. Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (2017). *VIPP-programma. Versnellingsprogramma informatie-uitwisseling patiënt en professional*. Geraadpleegd op 28 juni 2017 op <https://www.nvz-ziekenhuizen.nl/onderwerpen/vipp-programma>.
5. Van Luxemburg, A. & Willems, C. (2016). *Onderzoek patiëntportalen. Onderzoek voorjaar 2016*. Zeist: M&I Partners.
6. Nictiz. (2017). *Hoe online is jouw ziekenhuis?* Geraadpleegd 10 oktober 2017 op <https://www.hoeonlineis-jouwziekenhuis.nl/>.
7. 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.
8. 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.
9. Eerste Kamer der Staten-Generaal. (2016). *Wijziging van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg, de Wet marktordening gezondheidszorg en de Zorgverzekeringswet (cliëntenrechten bij elektronische verwerking van*

Ontsluiting van medische gegevens voor de patiënt

- gegevens). Geraadpleegd 28 juni 2017 op https://www.eerstekamer.nl/behandeling/20161114/brief_inzake_aanbieding_concept/document3/f=/vk98oote2czz.pdf.
10. Minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2017). *Elektronische gegevensuitwisseling in de zorg. De Wet cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens in de zorg*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport.
 11. Patiëntenfederatie Nederland. (2017). *Inzage in uw medisch dossier*. Geraadpleegd op 31 juli 2017 op <https://www.patiëntenfederatie.nl/themas/inzage-in-uw-medisch-dossier/>.
 12. Van Duivenboden, J. (2015). *Huisarts, patiënt en e-health*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap.
 13. Krijgsman, J., Swinkels, I., Van Lettow, B., De Jong, J., Out, K., Friele, R., Van Gennip, L. (2016). *Meer dan techniek, eHealth-monitor 2016*. Den Haag & Utrecht: Nictiz & NIVEL.
 14. Informatieberaad. (2017). *Outcome doelen Informatieberaad*. Geraadpleegd op 2 augustus 2017 op <https://www.informatieberaadzorg.nl/publicaties/publicaties/2017/3/24/generieke-outcome-doelen-informatieberaad>.
 15. Brusse, B., de Jong, M., Pluut, B., van Rest, B., Schreuder, C. (2017). *Online inzage, hoe regelen we dat?!*. Den Haag: Nictiz.
 16. Centrum voor Ethiek en Gezondheid. (2017). *Argumentenwijzer over Elektronische Patiëntendossier. Online inzage door patiënten*. Geraadpleegd op 2 augustus 2017 op http://www.ceg.nl/publicaties/Argumentenwijzer_EPD/online-inzage-door-patienten/.
 17. Minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Erasmus MC, NIVEL, Radboudumc, PHARMO. (2017). *Eindrapport: Vervolgonderzoek Medicatieveiligheid*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
 18. Harnas, S., Samoocha, D. (2017). *Rapport meldactie 'Patiëntportalen van ziekenhuizen'*. Utrecht: Patiëntenfederatie Nederland.
 19. UMC Utrecht. (2016). *Patiënten en zorgverleners positief over gebruik patiëntenportaal*. Geraadpleegd op 4 augustus 2017 op <http://www.umcutrecht.nl/nl/Over-Ons/Nieuws/2016/Patienten-en-zorgverleners-positief-over-gebruik-p>.
 20. Haan, M., de Man, Y., Ranke, S., Kool, T. (2017). *Het patiëntenportaal. Wat is belangrijk voor patiënten, zorgverleners en ziekenhuizen?*. Nijmegen: IQ Healthcare, Radboudumc.



Zelfmanagement en online behandeling

Belangrijkste resultaten in dit hoofdstuk

- Na een aantal stabiele jaren steeg in 2017 het aandeel zorggebruikers dat informatie op internet opzoekt over gezondheid en zorg. Zo leggen steeds meer zorggebruikers de online gevonden informatie voor aan een zorgverlener. Verder zoeken steeds meer zorggebruikers via internet informatie op om een keuze te maken voor een bepaalde zorgverlener of zorginstelling.
- De stijging van het percentage zorggebruikers dat gegevens over leefstijl bijhoudt, zette in 2017 door. Zo houdt inmiddels 30% van de zorggebruikers gegevens over lichamelijke activiteit bij. Bijvoorbeeld via een stappenteller of een app op een telefoon. Informatie over zorg en behandeling wordt vooralsnog door minder zorggebruikers bijgehouden. Wel steeg dit percentage de afgelopen jaren van 3% in 2014 naar 8% in 2017.
- Ongeveer de helft van de chronisch zieken (55%) en kwetsbare ouderen (50%) heeft het afgelopen jaar gezondheidswaarden gemeten. Het gaat daarbij vooral om gewicht, bloeddruk en bloedsuikerwaarden. Respectievelijk 70% en 66% van de chronisch zieken en kwetsbare ouderen houdt gezondheidswaarden bij. Zij doen dat dan het vaakst op papier.
- Van de chronisch zieken maakt 4% gebruik van een persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO). Daarnaast geeft bijna een kwart (24%) aan dat ze hiervan wel gebruik zou willen maken.
- Vrijwel alle POH's-GGZ zetten afgelopen jaar eMental Health in, maar geven aan dat het huidige aanbod niet voor iedereen geschikt is. Volgens hen komt dit met name doordat patiënten niet digitaal vaardig genoeg zijn, het aanbod niet altijd aansluit bij het opleidingsniveau van de patiënten en omdat patiënten niet altijd de meerwaarde inzien van eMental Health. Hoewel de POH's-GGZ aangeven de inhoud van het aanbod te kennen, geven zij wel aan hulp te willen bij de beslissing over wat het beste inzetbaar is. Ook willen ze graag informatie over de effectiviteit van het eMental Health aanbod.

5.1 Inleiding

De verwachting is dat eHealth-toepassingen een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de ondersteuning van het zelfmanagement van patiënten^{1,2}. Voorbeelden hiervan zijn toepassingen voor het zelf meten en bijhouden van gegevens over de leefstijl (zoals voeding en bewegen), gezondheidswaarden (zoals gewicht en bloeddruk) en zorg (zoals doktersbezoek en behandelingen). De overheid stelde in juli 2014 als doel dat

75% van de chronisch zieken en kwetsbare ouderen, die dit willen en hiertoe in staat zijn, binnen vijf jaar de mogelijkheid moet hebben om zelfstandig metingen uit te voeren. We belichten deze doelstelling in dit hoofdstuk vanuit het perspectief van zorgverleners en chronisch zieken.

Onderzoek naar de relatie tussen gezondheid en het zelf meten en bijhouden van gegevens, geeft aanwijzingen dat

Zelfmanagement en online behandeling

patiënten zich meer bewust worden van symptomen. Ook zijn er aanwijzingen dat zij bijvoorbeeld inzicht krijgen in 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 houden³⁻⁶. Het zelf bijhouden van gegevens kan leiden tot beter zelfmanagement en betere controle op de aandoening en daarmee tot een betere kwaliteit van leven³.

De Patiëntenfederatie Nederland verwacht dat het bijhouden van gegevens tot meer regie over de gezondheid leidt⁷ en pleit dan ook voor een persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO; voorheen werd in dit kader over een persoonlijk gezondheidsdossier gesproken). In deze omgeving kunnen zorggebruikers zelf hun medische gegevens verzamelen⁸. Dit kunnen gegevens zijn die zorggebruikers zelf meten en toevoegen, die zorgverleners toevoegen of van apps die gezondheidswaarden meten. Naast ondersteuning voor zelfmanagement bieden zorgverleners ook hulp aan in de vorm van online hulp en behandeling. Vorig jaar zagen we in de eHealth-monitor bijvoorbeeld dat veel praktijkondersteuners van de huisarts binnen de geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ) eHealth-toepassingen aanbieden, maar dat zij dit bij slechts een kleine groep cliënten doen⁹. Dit jaar bekeken we waarom het om zo'n kleine groep gaat.

Dit hoofdstuk gaat eerst in op de ontwikkelingen in het aanbod en gebruik van een aantal eHealth-toepassingen voor zelfmanagement. We staan ook stil bij de mate waarin artsen het gebruik hiervan aanraden. Waar mogelijk kijken we naar

ontwikkelingen sinds 2013¹. Vervolgens bespreken we het aanbod en gebruik van eMental Health onder zorggebruikers en POH's-GGZ.

De resultaten in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op vragenlijst-onderzoek onder zorggebruikers uit het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL, chronisch zieken uit het Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten van het NIVEL, huisartsen en medisch specialisten uit het KNMG-artsenpanel en POH's-GGZ via de Landelijke Vereniging POH-GGZ. Zie bijlage A voor meer informatie. Tenzij anders aangegeven, verwijzen we voor tabellen in dit hoofdstuk naar de losse tabellenbijlage behorend bij dit rapport.

5.2 Online zelfmanagement

Deze paragraaf gaat in op het gebruik van specifieke toepassingen voor zelfmanagementondersteuning. Hiertoe behoren het zoeken van informatie over gezondheid en zorg via internet, het zelf meten van leefstijlaspecten en gezondheidswaarden, het gebruik van een PGO, 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.

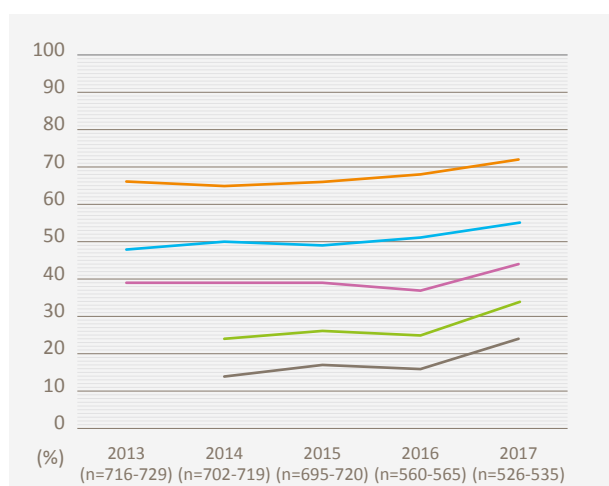
5.2.1 Zoeken van informatie op het internet over gezondheid en zorg

Na een aantal stabiele jaren steeg in 2017 het aantal zorggebruikers dat informatie op internet opzoekt over gezondheid en zorg (zie figuur 5.1 en tabel 5.1 en tabel 5.2). Zo leggen

Figuur 5.1

Zorggebruikers - Percentage zorggebruikers dat aangeeft het afgelopen jaar ten minste een keer via internet informatie te hebben gezocht over gezondheid en zorg; van 2013 tot 2017.

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



- Via internet informatie gezocht over een ziekte of behandeling**
- Via internet informatie gezocht over voeding en bewegen**
- Via internet informatie gezocht of ik met een bepaald probleem naar de huisarts zou moeten*
- Via internet informatie gezocht om een keuze te maken voor een bepaalde zorgverlener of zorginstelling***
- Aan mijn zorgverlener informatie voorgelegd die ik op internet heb gevonden***

¹ We spreken alleen over een toename of afname indien dit een statistische significante toe- of afname betreft ($p \leq 0,05$).

steeds meer zorggebruikers de online gevonden informatie voor aan een zorgverlener. Ook zoeken steeds meer zorggebruikers via internet informatie op om een keuze te maken voor een bepaalde zorgverlener of zorginstelling.

5.2.2 Zelf meten en gegevens bijhouden Zorggebruikers

Eerdere jaren zagen we in de eHealth-monitor al een toename van het percentage zorggebruikers dat gegevens over de leefstijl bijhoudt. Deze stijging zette in 2017 door (zie figuur 5.2 en tabel 5.3 en tabel 5.4). Inmiddels houdt 30% van de zorggebruikers gegevens over lichamelijke activiteit bij. Bijvoorbeeld via een stappenteller of een app op een telefoon. In 2016 was dat nog 22%. Het bijhouden van gegevens over voeding en/of dieet steeg van 12% in 2016 naar 18% in 2017. Als zorggebruikers dergelijke informatie bijhouden, doen ze dat in het algemeen vaker dan één keer. Zorggebruikers houden ook vaker gegevens bij over hun gezondheid, maar dat geldt niet voor het meten en

bijhouden van gezondheidswaarden. Het percentage zorggebruikers dat aangeeft dat zij gegevens over doktersbezoeken en/of behandelingen bijhouden, schommelde de afgelopen jaren. Wel is ten opzichte van 2014 een groei te zien. Een voorzichtige groei zien we ook in het gebruik van een apparaat dat gezondheidswaarden meet en verstuurt naar een zorgverlener.

De grootste behoefte van zorggebruikers ligt op het vlak van automatische herinneringen op de telefoon om medicijnen in te nemen: 35% van de zorggebruikers wil dit (zie tabel 5.4). Ruim een kwart (27%) van de zorggebruikers heeft graag een apparaat dat gezondheidswaarden meet en verstuurt naar de zorgverlener.

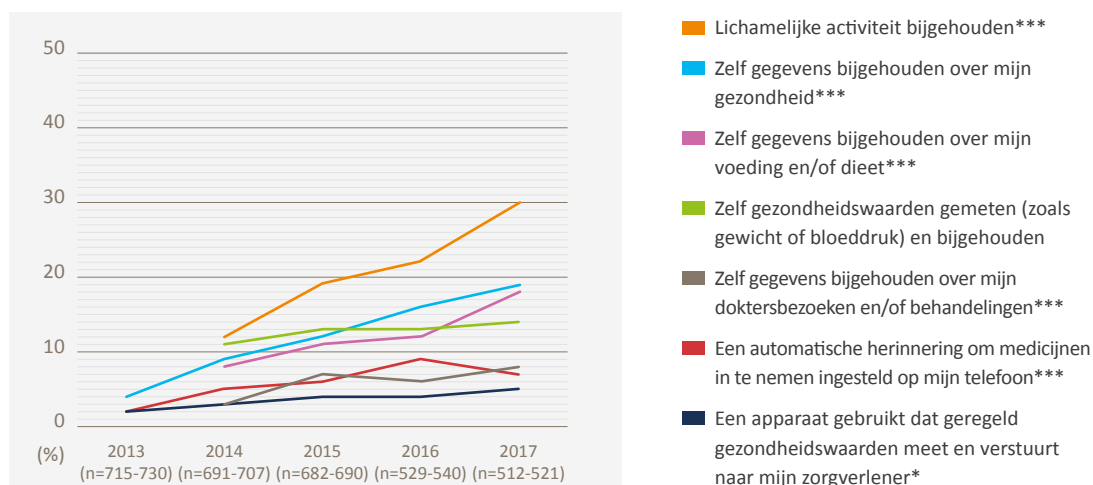
Chronisch zieken en kwetsbare ouderen

Ruim de helft van de chronisch zieken (55%) en de helft van de kwetsbare ouderen (50%) deed het afgelopen jaar zelf metingen van bepaalde gezondheidswaarden (zoals gewicht, bloeddruk en bloedsuikerwaarde) (zie figuur 5.3 en tabel 5.5). Van de chronisch zieken en kwetsbare ouderen die dit willen en kunnen deed respectievelijk 85% en 86% dit (niet in figuur

Figuur 5.2

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 apparaat; van 2013 tot 2017.

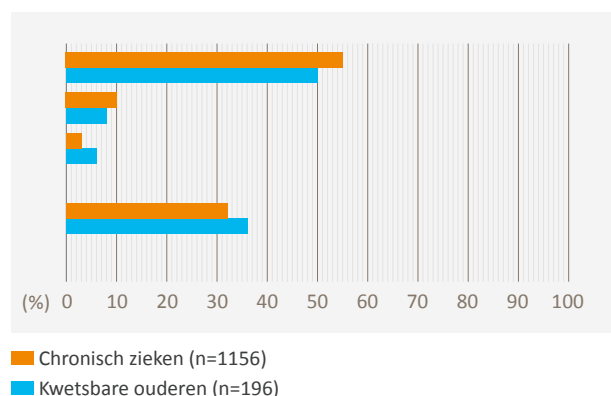
* $p \leq 0,05$;
** $p \leq 0,01$;
*** $p \leq 0,001$



Figuur 5.3

Patiënten - Percentage van de chronisch zieken en kwetsbare ouderen die in het afgelopen jaar zelf metingen hebben gedaan van bepaalde gezondheidswaarden, bijvoorbeeld bloeddruk, bloedsuiker of longfunctie; in 2017.

Ja
Nee, maar ik zou dit wel zelf willen en kunnen
Nee, ik zou dit wel zelf willen, maar kan het niet zelf
Nee, en ik zou dit ook niet zelf willen



Zelfmanagement en online behandeling

en tabel). Drie op de tien chronisch zieken en 36% van de kwetsbare ouderen hebben het afgelopen jaar geen zelfmetingen verricht en willen dat ook niet. Iets minder dan een op de tien van beide groepen meet nu niet, maar zou dit wel zelf willen doen. In beide groepen geeft een kleine groep aan wel zelf te willen meten, maar dit zelf niet te kunnen (3% van de chronisch zieken en 6% van de kwetsbare ouderen).

Gezondheidswaarden die chronisch zieken en kwetsbare ouderen vooral meten en/of bijhouden zijn: gewicht (90% en respectievelijk 83%), bloeddruk (51% en respectievelijk 54%) en bloedsuikerwaarde (25% en respectievelijk 31%) (zie figuur 5.4 en tabel 5.6). Daarnaast wordt lichamelijke

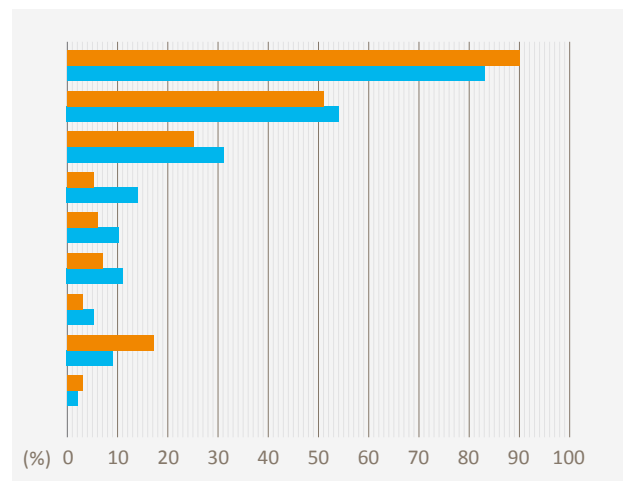
activiteit door 17% van de chronisch zieken gemeten en/of bijgehouden. Kwetsbare ouderen doen dit minder vaak (9%).

Van de chronisch zieken en kwetsbare ouderen die gezondheidswaarden meten, houdt ongeveer een derde van de chronisch zieken (30%) en kwetsbare ouderen (34%) hun gezondheidswaarden niet bij (zie figuur 5.5 en tabel 5.7). Indien chronisch zieken en kwetsbare ouderen deze waarden wel bijhouden, doen ze dit meestal op papier (31% en respectievelijk 33%) of in het meetapparaat zelf (beide 25%).

Figuur 5.4

Patiënten - Percentage van de chronisch zieken en kwetsbare ouderen die zelf regelmatig de aangegeven gezondheidswaarden meten en/of bijhouden, berekend ten opzichte van de subgroep die heeft aangegeven zelf metingen uit te voeren; in 2017.

Gewicht
Bloeddruk
Bloedsuikerwaarde
INR-waarde (bloedstolling)
Zuurstofverzadiging van het bloed
Longfunctie
ECG
Lichamelijke activiteit
Anders

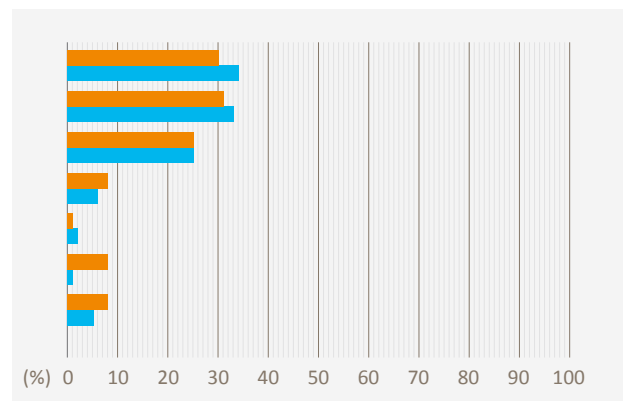


Chronisch zieken (n=650-701)
Kwetsbare ouderen (n=98)

Figuur 5.5

Patiënten - Percentage van de chronisch zieken en kwetsbare ouderen die de gemeten gezondheidswaarden op de aangegeven manier bijhouden, ten opzichte van de subgroep die heeft aangegeven zelf metingen uit te voeren; in 2017.

Niet van toepassing, ik houd de metingen niet bij
Op papier
In het meetapparaat zelf
In een bestand op de computer
Op een website
Met een mobiele app
Anders



Chronisch zieken (n=650-701)
Kwetsbare ouderen (n=98)

5.2.3 Gebruik van een persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO)

Van de chronisch zieken maakt 4% nu gebruik van een PGO (of persoonlijk gezondheidsdossier). 1% maakte hiervan in het verleden gebruik, maar nu niet meer (zie tabel 5.8). Daarnaast geeft bijna een kwart (24%) aan dat ze hiervan wel gebruik zou willen maken. Een derde geeft aan niet te weten of ze een PGO zou willen gebruiken. Aan de chronisch zieken is ook gevraagd wat ze nodig hebben om een PGO te (gaan) gebruiken (zie figuur 5.6 en tabel 5.9). Van de chronisch zieken geeft 44% aan dat niets kan helpen, omdat ze het PGO niet willen gebruiken. Een op de vijf (20%) geeft aan dat er een zorgverlener moet zijn die vertelt dat het PGO bestaat en 16% geeft aan dat een zorgverlener het moet bespreken. Daarnaast geeft 14% aan dat er een eenvoudige inlogmethode moet zijn.

5.2.4 Online contact met andere patiënten

Internet biedt ook mogelijkheden om in contact te komen met andere patiënten. Dit kan een manier zijn om ervaringen te delen en adviezen te krijgen van mensen in dezelfde situatie.

We vroegen zorggebruikers of zij deelnemen aan een online discussiegroep over gezondheidsproblemen (zie tabel 5.3 en 5.4). Deelname blijkt net als in eerdere jaren laag te zijn en de groep met interesse is klein (13%).

5.2.5 Serious gaming

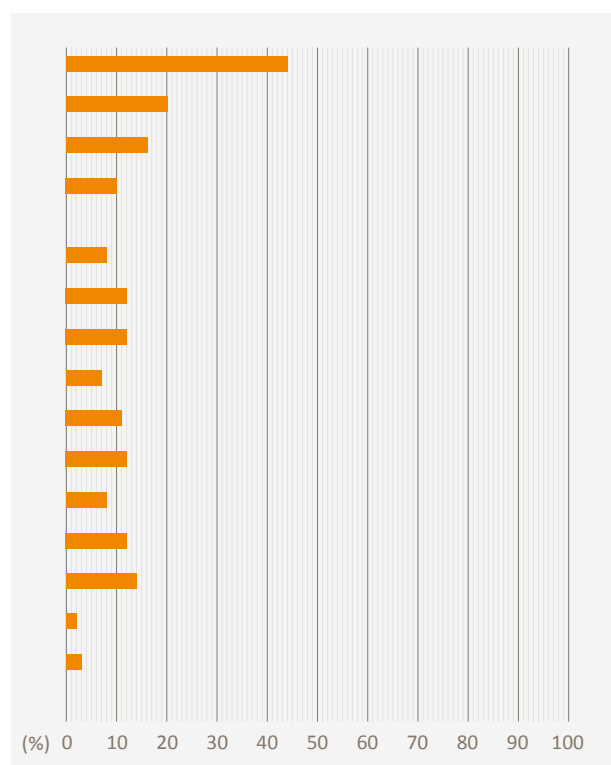
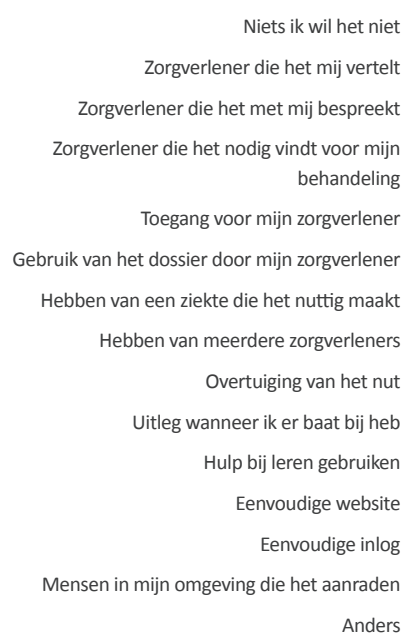
Computerspellen zijn in te zetten voor gezondheidsdoeleinden, bijvoorbeeld om mensen gezond(er) gedrag aan te leren of te leren omgaan met de gevolgen van een ziekte. Zorggebruiker spelen dit soort computerspellen in 2017, net als in voorgaande jaren, nauwelijks (zie tabel 5.3 en 5.4). Ruim de helft (54%) zegt een dergelijk computerspel ook niet te willen gebruiken.

5.2.6 Aanraden van zelfmanagement-toepassingen door artsen

Zorgverleners kunnen een belangrijke rol spelen in het stimuleren van zelfmanagement door patiënten. Bijvoorbeeld door te wijzen op de beschikbare digitale hulpmiddelen. We vroegen huisartsen en medisch specialisten hoe vaak zij patiënten hebben aangeraden gebruik te maken van bepaalde zelfmanagementtoepassingen.

Figuur 5.6

Patiënten - Percentage van de chronisch zieken dat aangeeft wat nodig is om een PGO (of persoonlijk gezondheidsdossier) te gaan gebruiken. Of wat ervoor heeft gezorgd dat ze het gingen gebruiken; in 2017 (n=1.171).



■ Chronisch zieken (n=1171)

Zelfmanagement en online behandeling

Figuur 5.7 geeft de resultaten voor huisartsen weer (zie tabel 5.10). Bijna negen op de tien huisartsen (88%) geven aan het zoeken van medische informatie op een website regelmatig of zelfs altijd aan te raden aan patiënten. Een meerderheid zegt het gebruik van medische apps en het volgen van online hulpprogramma's voor psychologische klachten soms tot regelmatig te adviseren (beide 71%).

Medisch specialisten raden dergelijke zaken minder vaak aan (zie tabel 5.11). Zo adviseert 49% van de medisch specialisten patiënten regelmatig tot altijd aan om medische informatie op een website op te zoeken. Wat betreft het gebruik van medische apps, geeft 44% van de medisch specialisten aan dat soms tot regelmatig aan te raden.

5.3 eMental Health

Een groep van eHealth-toepassingen gericht op het terrein van de GGZ valt onder de noemer eMental Health. In de vragenlijst onder POH's-GGZ is eMental Health gedefinieerd als: toepassingen als online monitoring, online psycho-educatie en online (zelfhulp)behandelmodules die bedoeld zijn ter ondersteuning van de behandeling van psychische klachten. Dit kunnen zowel gratis eMental Health-toepassingen zijn als betaalde eHealth-toepassingen. eMental Health bestaat in blended vorm (de behandeling is zowel online als in direct contact) en volledig online.

We vroegen zorggebruikers naar het gebruik van enkele vormen van eMental Health die vrij toegankelijk zijn. In samenwerking met de Landelijke Vereniging POH-GGZ keken we naar de inzet van eMental Health door POH's-GGZ in het contact met patiënten.

5.3.1 Zorggebruikers en eMental health

We vroegen zorggebruikers of zij bepaalde vormen van online behandeling en online zelftesten gebruiken. Online behandeling biedt zorggebruikers de mogelijkheid om begeleid of onbegeleid te werken aan oplossingen voor specifieke problematiek. Zij kunnen online zelftesten gebruiken om vast te stellen of er mogelijk sprake is van psychologische problemen, waarbij het verstandig is om hulp te zoeken.

Van de zorggebruikers volgt 3% (anoniem) een behandeling voor psychologische problemen, 1% voor drugsgebruik, alcoholgebruik of gokken (zie tabel 5.12). Een op de tien (10%) maakt gebruik van een website of app tegen stress, slecht slapen of piekeren en 13% heeft een psychologische zelftest gedaan. Het gebruik van psychologische zelftests is sinds 2013 verdubbeld (zie tabel 5.13).

5.3.2 eMental Health bij de POH-GGZ

Hoewel vrijwel alle POH's-GGZ eMental Health inzetten, is het huidige aanbod eMental Health volgens hen niet voor alle

Figuur 5.7

Huisartsen - Percentage huisartsen dat aangeeft hoe vaak zij patiënten het afgelopen jaar hebben aangeraden om gebruik te maken van de volgende zelfmanagementtoepassingen; in 2017 (n=290).

Opzoeken van medische informatie op een website

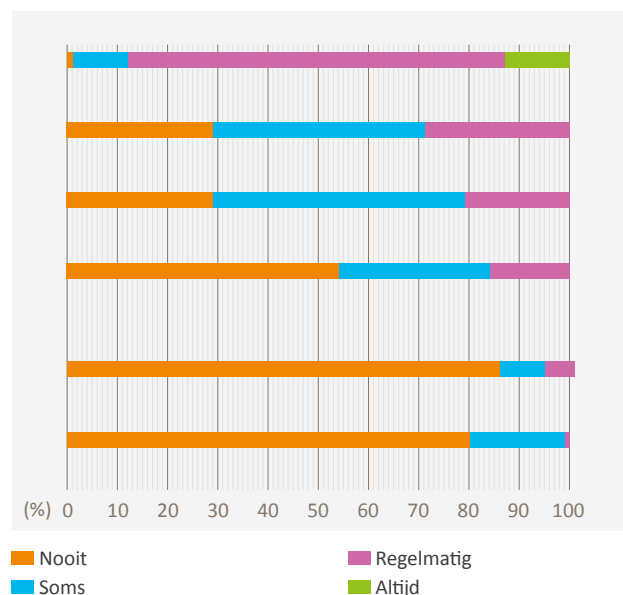
Gebruik van een medische app voor smartphone of tablet

Een online hulpprogramma volgen voor psychologische klachten

Het zelf online bijhouden van zelf gemeten gezondheidswaarden, zoals gewicht of bloedsuikerspiegel

Het zelf online inzien van (onderdelen van) hun dossier dat de huisarts bijhoudt

Het zelf online bijhouden van een persoonlijk gezondheidsdossier



patiënten geschikt. Ruim de helft van de POH's-GGZ (55%) geeft aan dat het huidige aanbod voor 10% tot 50% geschikt is; 15% van de POH's-GGZ geeft aan dat het voor ten minste 50% van de patiënten geschikt is (tabel 5.14).

POH's-GGZ vinden het huidige aanbod met name niet altijd geschikt, omdat veel patiënten volgens hen niet digitaal vaardig genoeg zijn om met eMental Health aan de slag te gaan (46%) (figuur 5.8 en tabel 5.15). Daarnaast vindt een derde van de POH's-GGZ dat het aanbod niet aansluit bij het opleidingsniveau van veel patiënten en is een derde van de POH's-GGZ van mening dat veel patiënten zelf de meerwaarde van eMental Health niet inzien. Bij de categorie 'anders' noemden POH's-GGZ het vaakst dat ze van mening zijn dat patiënten persoonlijk contact nodig hebben of willen (n=16), dat het patiënten ontbreekt aan discipline of motivatie om eMental Health te (gaan) gebruiken (n=11) en dat er onder

patiënten weerstand is om te werken met een computer en/of dat behandeling via de computer niet bij patiënten past (n=7).

Bijna alle POH's-GGZ (98%) zetten in het afgelopen jaar ten minste één vorm van eMental Health in bij hun patiënten (zie tabel 5.16)^{II}. Ook ziet een groot deel meerwaarde in de inzet van eMental Health voor patiënten en zichzelf in het werk (zie tabel 5.17). Twee derde van de POH's-GGZ geeft aan dat de inzet van eMental Health afhangt van het type klacht dat de patiënt heeft en 45% geeft aan dat dit ligt aan de (verwachte) digitale vaardigheden van de patiënt (zie tabel 5.18). De inzet van eMental Health is volgens POH's-GGZ veel minder afhankelijk van de culturele achtergrond of leeftijd van de patiënt.

In figuur 5.9 is weergegeven wat patiënten vinden van eMental Health, volgens POH's-GGZ. Ze denken met name dat patiënten de voorkeur hebben voor face-to-face gesprekken (73%).

Figuur 5.8

POH's-GGZ - Percentage POH's-GGZ dat aangeeft waarom eMental Health volgens hen niet voor alle patiënten geschikt is of zou kunnen zijn; in 2017 (n=225).

Veel patiënten zijn niet digitaal vaardig genoeg om met eMental Health aan de slag te gaan

Het aanbod sluit niet aan bij het opleidingsniveau van veel patiënten

Veel patiënten zien de meerwaarde van eMental Health niet in

Het aanbod sluit niet aan bij het type of ernst van klachten die het meest bij de patiënten voorkomen

Het aanbod sluit niet aan bij de taal van veel patiënten

Veel patiënten hebben onvoldoende gezondheidsvaardigheden (kunnen handelen in belang van hun gezondheid)

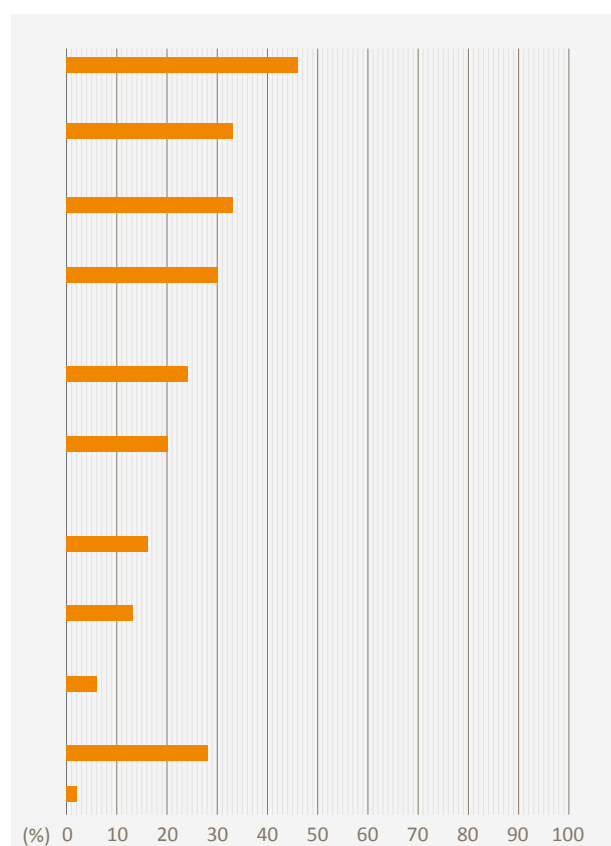
Het aanbod sluit niet aan bij de culturele achtergrond van veel patiënten

Veel patiënten hebben geen computer en/of internet

Het aanbod is te ingewikkeld in gebruik, ook voor digitaal vaardige patiënten

Anders

Weet ik niet



II Omdat vrijwel alle POH's-GGZ een vorm van eHealth heeft ingezet (98%) betreft de beschrijving van de hierna volgende resultaten alleen de POH's-GGZ die eMental Health hebben ingezet.

Zelfmanagement en online behandeling

De meerderheid denkt dat patiënten het aanbod gebruiksvriendelijk vinden en het nut inzien van eMental Health. Daarentegen is twee derde (66%) het eens met de stelling dat patiënten voortijdig met eMental Health stoppen, omdat zij het gevoel hebben beter te zijn (zie ook tabel 5.19).

5.3.3 Aanbod eMental Health

Figuur 5.10 geeft aan in welke mate POH's-GGZ verschillende

specifieke toepassingen kunnen inzetten in hun praktijk. Zo zet ruim een vijfde van de POH's-GGZ (22%) websites met psycho-educatie in bij ten minste 50% van hun patiënten en 42% zet het in bij 10%-50% van hun patiënten (zie ook tabel 5.20).

Ruim de helft van de POH's-GGZ (57%) geeft aan dat zij de inhoud van het eMental Health-aanbod in hun praktijk kennen en weten

Figuur 5.9

POH's-GGZ - Percentage POH's-GGZ* dat aangeeft wat patiënten volgens hen van eMental Health vinden; in 2017 (n=203). *Patiënten in het algemeen...***

* Dit betreft de perceptie van POH's-GGZ over de ervaringen of meningen van patiënten.

** Dit betreft POH's-GGZ die aangaven dat zij eMental Health toepassingen hebben ingezet (n=219).

Hebben voorkeur voor face-to-face gesprekken

Stoppen met eMental Health zodra zij denken beter te zijn

Vinden het aanbod gebruiksvriendelijk

Zien het nut van eMental Health in

Zijn tevreden over de mogelijkheden van eMental Health

Stoppen omdat zij denken dat de online behandeling niet werkt

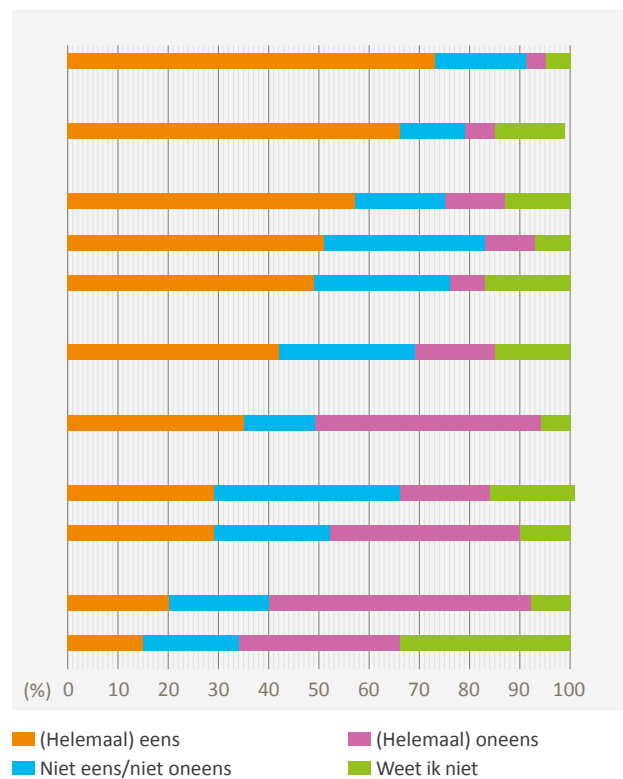
Komen bij de POH-GGZ met technische vragen

Geloven in eMental Health

Ervaren problemen bij het gebruik van het aanbod

Hebben moeite of problemen met inloggen

Vinden dat het hen tijd bespaart



Figuur 5.10

POH's-GGZ - Percentage POH's-GGZ dat aangeeft voor welk deel van de patiënten zij de volgende eMental Health-toepassingen hebben ingezet; in 2017 (n=214)*.

* Dit betreft POH's-GGZ die aangaven dat zij eMental Health toepassingen hebben ingezet (n=219).

Websites met psycho-educatie

Ingekochte online (zelfhulp) programma's met begeleiding vanuit de praktijk

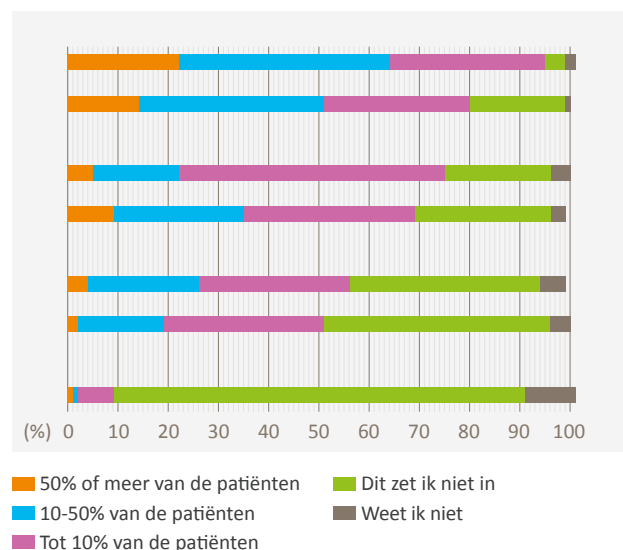
Vrij toegankelijke online (zelfhulp) programma's

Online monitoring over onderwerpen zoals slaap, stemming, angst, stress

mHealth (mobile Health)

Ingekochte online (zelfhulp) programma's zonder begeleiding vanuit de praktijk

Serious games



wat zij kunnen aanbieden aan de patiënten (zie tabel 5.21). Een vergelijkbaar percentage geeft aan dat ze eMental Health makkelijk kunnen inpassen in hun werk (56%). Verder is 64% tevreden over de mogelijkheden van het aanbod. Het eMental Health-aanbod is volgens 88% van de POH's-GGZ beschikbaar voor verschillende vormen van klachten en volgens 61% voor verschillende gradaties van klachten. Ook geeft 59% aan dat het beschikbaar is voor verschillende leeftijden. Ruim een op de tien POH's-GGZ geeft aan dat het beschikbaar is voor verschillende niveaus van digitale vaardigheden en verschillende culturele achtergronden (respectievelijk 13% en 14%) (zie tabel 5.22).

Van de POH's-GGZ heeft 49% behoefte aan een beslisboom of keuzehulp om te beslissen welke vormen van eMental Health inzetbaar zijn; 10% heeft op dit moment de beschikking over een dergelijke keuzehulp (zie tabel 5.23). Daarnaast heeft 58% van de POH's-GGZ behoefte aan informatie over de effecten van het eMental Health-aanbod. Ook vindt 46% dat het aanbod nog niet goed is gekoppeld met het elektronisch patiëntendossier, maar zou dit wel willen. Ruim een kwart van de POH's-GGZ (27%) geeft aan dat er wel een goede koppeling is. Ruim acht op de tien POH's-GGZ (85%) geven aan zich voldoende digitaal vaardig te vinden om eMental Health te kunnen inzetten (zie tabel 5.24).

5.3.4 eMental Health in de praktijk

Hoewel vrijwel alle POH's-GGZ eMental Health inzetten, lijken de meeste POH's-GGZ voor de inzet ervan niet te beschikken over richtlijnen of een door de praktijk opgestelde visie (zie tabel 5.25 en tabel 5.26). Verder lijkt er nog veel onduidelijkheid te zijn over de regels voor vergoeding van eMental Health: vier op de tien POH's-GGZ geven aan dat deze niet bekend of duidelijk genoeg zijn (zie tabel 5.27). De helft van de POH's-GGZ geeft aan dat eMental Health duidelijk is opgenomen in hun werkprocessen en 23%-69% van de POH's-GGZ krijgt op een bepaalde manier ondersteuning bij het gebruik van eMental Health in de praktijk (zie tabel 5.28 en tabel 5.29).

5.4 Conclusie en discussie

Evenals eerdere jaren zoeken veel zorggebruikers informatie over een ziekte of behandeling op via internet. Dit jaar zelfs nog wat meer dan andere jaren. Ook het online bijhouden van leefstijl gerelateerde gegevens steeg verder. Het meten en

bijhouden van gezondheidswaarden in de algemene populatie van zorggebruikers blijft nog onder de 15%, maar bij de chronisch zieken en kwetsbare ouderen ligt dit op of boven de 50%.

De doelstelling die in 2014 door het ministerie van VWS is opgesteld¹, zegt onder andere dat 75% van de chronisch zieken en kwetsbare ouderen die dit willen en hiertoe in staat zijn binnen vijf jaar zelfstandig metingen uitvoert^{III}. Vorig jaar bleek dit deel van de doelstelling behaald te zijn en dat geldt ook voor dit jaar. Van de chronisch zieken en kwetsbare ouderen meet respectievelijk 85% en 86% van de mensen die dit willen en kunnen al gezondheidswaarden. Het aandeel patiënten dat zegt wel te willen, maar niet te kunnen meten is klein (3%-6%). Ook het aandeel patiënten dat zegt niet te meten en dit wel te willen, ligt zowel bij de chronisch zieken als de kwetsbare ouderen op of onder de 10%. Het percentage chronisch zieken dat zelf gezondheidswaarden meet, is ten opzichte van vorig jaar licht gestegen¹⁰. Bovendien zien we in deze groep dat het aandeel patiënten dat gezondheidsgegevens ook bijhoudt stijgt. Mogelijk raakt een deel van de chronisch zieken zich steeds meer bewust van het belang van gegevensmonitoring en doen ze dit ook vaker.

De doelstelling geeft aan dat chronisch zieken en kwetsbare ouderen zelf moeten kunnen bepalen of zij willen meten. In beginsel is dat terecht: het blijkt ook dat het zelf meten en bijhouden van gezondheidsgegevens niet voor iedereen nodig of nuttig is^{11,12}. In de huidige monitor geeft ongeveer een derde van de chronisch zieken en kwetsbare ouderen aan niet te willen meten. Uit eerder onderzoek binnen de eHealth-monitor weten we dat een deel hiervan om 'geldige' redenen niet meet. Bijvoorbeeld omdat de zorgverlener al meet of omdat het gezien de aandoening niet nodig is. Bij andere patiënten kan het wel nodig of nuttig zijn om bepaalde gezondheidswaarden te meten. In die gevallen is het belangrijk dat patiënten overtuigd worden van het nut en gestimuleerd worden om wel te gaan meten. Zorgverleners kunnen daarin een belangrijke rol spelen. In de huidige monitor geeft ongeveer de helft van de huisartsen aan patiënten soms tot regelmatig aan te raden zelf gezondheidswaarden te meten. Onbekend is hoe zij dit doen en tot welk resultaat dit leidt. Het is daarom niet alleen belangrijk zicht te krijgen op de omvang van de groep patiënten die

III Het tweede deel van de doelstelling gaat over de mate waarin gezondheidswaarden op afstand door een zorgverlener in de gaten worden gehouden. Dit deel wordt in hoofdstuk 6, Begeleiding en ondersteuning op afstand, behandeld.

Zelfmanagement en online behandeling

gestimuleerd kan worden om zelf te meten, maar ook op de mate waarin zorgverleners in staat zijn dit te doen.

De doelstelling geeft daarnaast aan dat een groep chronisch zieken en kwetsbare ouderen misschien niet *kan* meten. Bijna de helft van de Nederlanders heeft moeite om zelf de regie te voeren over hun gezondheid en heeft daarbij ondersteuning nodig¹³. Uit een recent verschenen rapport van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) blijkt bovendien dat dit zich niet beperkt tot mensen met een laag opleidingsniveau of lage gezondheidsvaardigheden. Ook als mensen een goede opleiding en/of een goede maatschappelijke positie hebben, kunnen zich situaties voordoen waarbij de zelfredzaamheid ontoereikend is¹⁴.

Dit hoofdstuk heeft naast zelfmanagement en het meten van gezondheidswaarden ook aandacht voor de inzet van eMental Health door POH's-GGZ. Enerzijds geven zij aan dat eMental Health volgens hen niet voor alle patiënten geschikt is. Bijvoorbeeld omdat patiënten niet digitaal vaardig genoeg zijn of omdat patiënten de meerwaarde niet inzien. Anderzijds geven zij ook aan dat het aanbod onvoldoende aansluit bij het opleidingsniveau of de taal van de patiënten, het type klacht of de ernst hiervan. Hier lijkt een taak weggelegd voor de ontwikkelaars van eMental Health. Daarnaast lijkt het belangrijk ondersteuning te bieden aan POH's-GGZ bij de inzet van eMental Health. Een grote groep heeft behoefte aan ondersteuning bij de beslissing om eMental Health in te zetten en aan informatie over de effectiviteit van eMental Health.

Referenties

1. 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.
2. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2015). *Consumenten-eHealth. Advies*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
3. 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.
4. Knapp, S., Manroa, P., Doshi, K. (2016). Self-monitoring of blood glucose: advice for providers and patients. *Cleveland Clinical Journal of Medicine*, 83(5), 355-360.
5. Hanlon, P., Daines, L., Campbell, C., McKinstry, B., Weller, D., Pinnock, H. (2017). Telehealth interventions to support self-management of long-term conditions: a systematic metareview of diabetes, heart failure, asthma, chronic obstructive pulmonary disease, and cancer. *Journal of Medical Internet Research*. 2017/5/e172.
6. 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.
7. Meulmeester, M. (2013). *Visiedocument preventief (zelf) onderzoek. Kwaliteit vanuit het gebruikersperspectief*. Utrecht: Patiëntenfederatie Nederland.
8. 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>.
9. Krijgsman, J., Swinkels, I., Van Lettow, B., De Jong, J., Out, K., Friele, R., Van Gennip, L. (2016). *Meer dan techniek. eHealth-monitor 2016*. Den Haag/Utrecht: Nictiz/NIVEL.
10. Krijgsman, J., Peeters, J., Waverijn, G., Van Lettow, B., Van der Hoek, L., De Jong, J., Friele, R., Van Gennip. (2016). *Omdat ik het belangrijk vind om goed voor mezelf te zorgen. Rapportage eHealth-doelstellingen 2016*. Den Haag/Utrecht: Nictiz/NIVEL.
11. Huygens, M.W.J., Vermeulen, J., Swinkels, I.C.S., Friele, R.D., Van Schayk, O., De Witte, L.P. (2016). Expectations and needs of patients with a chronic disease toward self-management and eHealth for self-management purposes. *BMC Health Services Research*, 16:232.
12. Huygens, M.W.J., Swinkels, I.C.S., De Jong, J.D., Heijmans, M.J.W.M., Friele, R.D., Van Schayk, O.C.P., De Witte, L.P. (2017). Self-monitoring of health data by patients with a chronic disease: does disease controllability matter? *BMC Family Practice*, 18:40.
13. Heijmans, M., Zwikker, H., Van der Heide, I., Rademakers, J. (2016). *NIVEL Kennisvraag 2016: zorg op maat. Hoe kunnen we de zorg beter laten aansluiten bij mensen met lage gezondheidsvaardigheden?* Utrecht: NIVEL.

14. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.
(2017). *Weten is nog geen doen. Een realistisch perspectief op zelfredzaamheid*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.



Begeleiding en ondersteuning op afstand

Belangrijkste resultaten in dit hoofdstuk

- Huisartsen, medisch specialisten en verpleegkundigen zetten telemonitoring in verhouding tot eerdere jaren in vergelijkbare mate in. Ook chronisch zieken en kwetsbare ouderen geven even vaak aan dat gebruik is gemaakt van telemonitoring. Een groot deel van de zorgverleners is van mening dat het zinvol is telemonitoring in te zetten, met name bij patiënten met diabetes. Ongeveer één op de vijf patiënten vindt telemonitoring wenselijk.
- Het gebruik van beeldbellen is vergelijkbaar met vorig jaar. Evenals bij telemonitoring heeft een aanzienlijke groep mensen die thuis zorg en ondersteuning ontvangt geen behoefte aan beeldbellen. Dat betekent dat nog niet aan de doelstelling van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is voldaan. Dat is op zich niet erg, want die doelstelling geldt voor 2019. Er is echter geen beweging zichtbaar die maakt dat we verwachten dat de doelstelling in 2019 wel is behaald.
- Als we bij verpleegkundigen in de ouderenzorg en ziekenhuiszorg het gebruik van toepassingen afzetten tegen de wenselijkheid of noodzaak ervan, dan zien we de grootste kloof bij digitale dubbele medicatiecontrole. Ruim 80% van de verpleegkundigen vindt dit noodzakelijk of wenselijk, terwijl slechts 23%-31% van de verpleegkundigen zegt digitale dubbele medicatiecontrole te gebruiken in de organisatie.
- In de ouderenzorg zette de stijging van 2016 in het gebruik van computers en tablets in het contact met de patiënt verder door. Ruim driekwart van de verpleegkundigen in de ouderenzorg gebruikt een computer om informatie op te zoeken of op te halen uit het elektronisch cliëntendossier. Ook gebruikt de meerderheid van deze groep de computer of tablet om informatie te laten zien aan de cliënt.
- In alle drie de sectoren vindt de meerderheid van de verpleegkundigen het hun taak om cliënten in te lichten over en te ondersteunen bij het gebruik van eHealth. Veelal missen verpleegkundigen bij nieuwe ICT-toepassingen duidelijkheid over wat tot hun takenpakket behoort. Andere behoeften op het gebied van ondersteuning bij nieuwe ICT-toepassingen variëren tussen de sectoren.

6.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat in op het gebruik van vormen van eHealth, die vooral gericht zijn op begeleiding, ondersteuning en

verbetering van de zorg aan patiënten¹ op afstand door zorgverleners. De overheid formuleerde in juli 2014 drie eHealth-doelstellingen om binnen vijf jaar te realiseren¹

¹ 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.

Begeleiding en ondersteuning op afstand

(zie hoofdstuk 1). Doelstelling 2 en 3 gaan over toepassingen die in dit hoofdstuk aan de orde komen, namelijk telemonitoring en beeldschermzorg. Voordat we in dit hoofdstuk op deze toepassingen ingaan, beschrijven we in de volgende paragraaf eerst het gebruik van internet door verpleegkundigen in het directe patiëntencontact.

In 2014 heeft het ministerie van VWS de volgende doelstelling gesteld: binnen vijf jaar kan 75% van de chronisch zieken en kwetsbare ouderen die dit willen en hiertoe in staat zijn zelfstandig metingen uitvoeren, veelal in combinatie met gegevensmonitoring op afstand door een zorgverlener¹. Met telemonitoring bedoelen we het op afstand monitoren van een patiënt.

De patiënt meet dan in de thuissituatie de eigen gezondheidswaarden met een meter, sensor of ander apparaat (bijvoorbeeld bloeddruk of bloedsuikerwaarde). Soms vult de patiënt digitaal vragenlijsten in. Als uit de resultaten van de metingen en vragenlijsten blijkt dat de gezondheid van de patiënt achteruit lijkt te gaan, kan de zorgverlener worden gewaarschuwd.

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 hartfalen². In 2016 bleek de zorgverlener bij 6% van de chronisch zieken en 17% van de kwetsbare ouderen de gezondheidswaarden op afstand te volgen en contact op te nemen als iets mis is.

Minder dan een vijfde van de chronisch zieken en kwetsbare ouderen die zelf meten, vond het belangrijk om zelf gemeten gezondheidswaarden te delen met hun zorgverlener³. Met beeldbellen (ook wel beeldschermzorg of videobellen genoemd) bedoelen we een vorm van zorgverlening op afstand. Hierbij kunnen de zorgverlener en zorggebruiker elkaar zien en spreken via een beeldscherm en camera. De overheid gaf in 2014 aan dat binnen vijf jaar iedereen die zorg en ondersteuning thuis ontvangt de mogelijkheid moet hebben om – desgewenst – via een beeldscherm 24 uur per dag met een zorgverlener te communiceren¹. In 2016 kon 5% van de mensen dit. Naast beeldschermzorg zou daarbij volgens de overheid ook domotica moeten worden ingezet. Dit is technologie die het mensen makkelijker maakt om zaken (zoals verlichting) in huis te bedienen.

Na telemonitoring, beeldbellen en domotica komen toezichthoudende technieken aan de orde. Denk hierbij aan allerlei elektronische voorzieningen waarmee zorgverleners een

patiënt op afstand in de gaten kunnen houden. Voorbeelden zijn bewegingsmelders, een elektronische bedmat, personenalarmering, een inactiviteitsmelder (er komt een melding als een patiënt zich langere tijd niet beweegt), een valmelder, of een alarmknop die een persoon bij zich draagt (bij nood wordt dan een hulpverlener en/of naaste gealarmeerd). Ook digitale medicatieondersteuning en zorgrobots komen aan bod in dit hoofdstuk. Met digitale medicatieondersteuning bedoelen we digitale toepassingen voor dubbele medicatiecontrole.

Voorbeelden zijn medicijn dispensers en een mobiele app waarmee verpleegkundigen een collega kunnen vragen de medicatie te controleren. Medicijn dispensers zijn 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 die bijvoorbeeld in te zetten zijn als toezichthoudende techniek of voor beeldcontact. Tot slot gaan we in op de taakopvatting van verpleegkundigen over het inlichten en ondersteunen van cliënten op het gebied van eHealth en op de ondersteuning die zij zelf in hun werk ervaren.

De resultaten uit dit hoofdstuk zijn grotendeels gebaseerd op een online peiling van het Panel Verpleging & Verzorging van het NIVEL en betreffen voornamelijk veranderingen sinds 2014^{II}. We lichten specifieke resultaten van 2017 toe. Een peiling onder het KNMG-artsenpanel biedt informatie over het gebruik van telemonitoring door huisartsen en medisch specialisten. Een peiling onder het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten van het NIVEL geeft inzicht in het gebruik van toezichthoudende technieken, medicijn dispensers, beeldbellen, telemonitoring en domotica door chronisch zieken, kwetsbare ouderen en patiënten die thuis zorg en ondersteuning ontvangen. Zie bijlage A voor meer informatie. We maken onderscheid tussen verpleegkundigen werkzaam in de *ouderenzorg* (in de eerdere monitors noemden we dit de care-sector), *huisartsenzorg* en *ziekenhuiszorg*. In eerdere edities van de eHealth-monitor rapporteerden we over de cure-sector in zijn totaliteit. Dit jaar splitsen we de huisartsen- en ziekenhuiszorg, omdat de verhouding tussen deze

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

sectoren afwijkt van voorgaande jaren. Bovendien doet dit ook recht aan de verschillen tussen de huisartsen- en ziekenhuiszorg wat betreft werkzaamheden en patiëntenpopulatie. Tot de *ouderenzorg* rekenen we verpleegkundigen^{III} werkzaam in de thuiszorg en in verpleeg- en verzorgingshuizen. Tenzij anders aangegeven, verwijzen we voor tabellen in dit hoofdstuk naar de losse tabellenbijlage behorend bij dit rapport.

6.2 Gebruik van internet in het directe patiëntencontact

We vroegen verpleegkundigen in hoeverre zij gebruikmaken van computers, tablets, internet en apps tijdens de zorg voor patiënten.

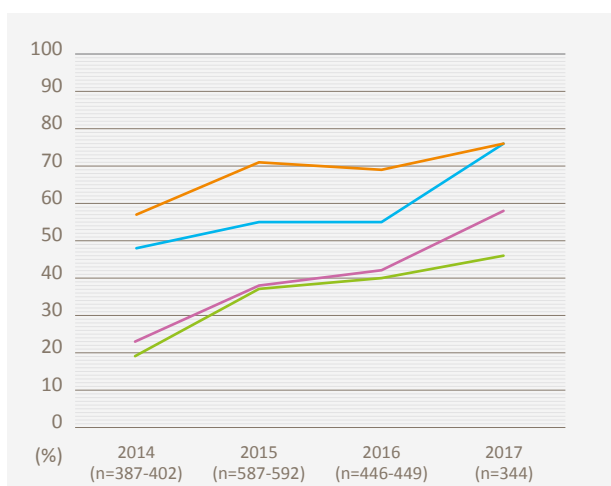
In de ouderenzorg doen verpleegkundigen dit steeds vaker. De sterkste stijging in de afgelopen jaren is te zien in het gebruik van een computer of tablet (bijvoorbeeld een iPad) om op afstand informatie op te halen uit het elektronisch cliënten- of patiëntendossier (zie figuur 6.1 en tabel 6.1 en tabel 6.2). Dit gebruik steeg van 48% in 2014 tot 76% in 2017. Ook het gebruik van een computer of tablet om een patiënt informatie te laten zien, nam de afgelopen jaren sterk toe. In 2014 deed 23% van de verpleegkundigen in de ouderenzorg dit en in 2017 58%.

In de huisartsenzorg maken in 2017 vrijwel alle verpleegkundigen (96%) gebruik van internet om informatie op te zoeken of aan een patiënt te laten zien (zie figuur 6.2 en tabel 6.3 en tabel 6.4). Negen op de tien (90%) verpleegkundigen in ziekenhuizen

Figuur 6.1

Verpleegkundigen in de ouderenzorg - Percentage verpleegkundigen dat aangeeft diverse toepassingen regelmatig of vaak tijdens het werk in de directe patiëntenzorg te hebben gebruikt; van 2014 tot 2017.

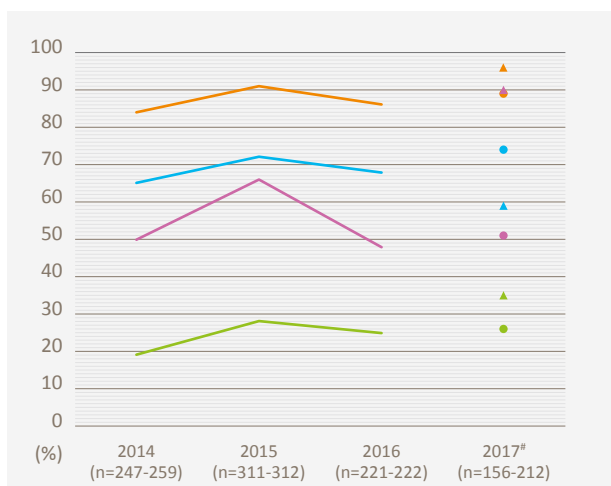
* $p \leq 0,05$;
** $p \leq 0,01$;
*** $p \leq 0,001$



- Gebruik van internet om informatie op te zoeken***
- Gebruik van een computer of tablet (bijv. iPad) om op afstand informatie op te halen uit het elektronisch cliënten/patiëntendossier of het zorgplan***
- Gebruik van een computer of tablet (bijv. iPad) om een cliënt informatie te laten zien***
- Gebruik van apps voor zorg en gezondheid***

Figuur 6.2

Verpleegkundigen in de cure# - Percentage verpleegkundigen dat aangeeft diverse toepassingen vaak of regelmatig tijdens het werk in de directe patiëntenzorg te hebben gebruikt; van 2014 tot 2017#.



- Gebruik van internet om informatie op te zoeken
- Gebruik van computer of tablet om op afstand informatie op te halen uit het elektronisch patiëntendossier of het zorgplan
- Gebruik van een computer of tablet (bijv. iPad) om een cliënt informatie te laten zien
- Gebruik van apps voor zorg en gezondheid

In 2017 wordt de cure apart voor ziekenhuiszorg (gekleurd ●) en huisartsenzorg (gekleurd ▲) weergegeven.

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

Begeleiding en ondersteuning op afstand

gebruiken internet om informatie op te zoeken (zie tabel 6.3 en tabel 6.4). Apps voor zorg en gezondheid worden in alle drie de sectoren minder vaak gebruikt.

6.3 Telemonitoring

In deze eHealth-monitor is aan verpleegkundigen, artsen, chronisch zieken en kwetsbare ouderen gevraagd of ze telemonitoring gebruiken. Aan verpleegkundigen vroegen we daarnaast of ze dit gebruik noodzakelijk of wenselijk vinden.

6.3.1 Verpleegkundigen

Telemonitoring is voor 44% tot 49% van de verpleegkundigen in de ouderenzorg, ziekenhuis- en huisartsenzorg wenselijk of noodzakelijk (zie tabel 6.5 tot en met 6.7).

In de periode 2013-2017 geeft tussen de 11% en 15% van de verpleegkundigen in de ouderenzorg aan telemonitoring te

gebruiken (zie figuur 6.3 en tabel 6.8 en tabel 6.9). Bijna de helft (49%) geeft aan dit bij ten hoogste tien procent van de patiënten te doen (zie tabel 6.10).

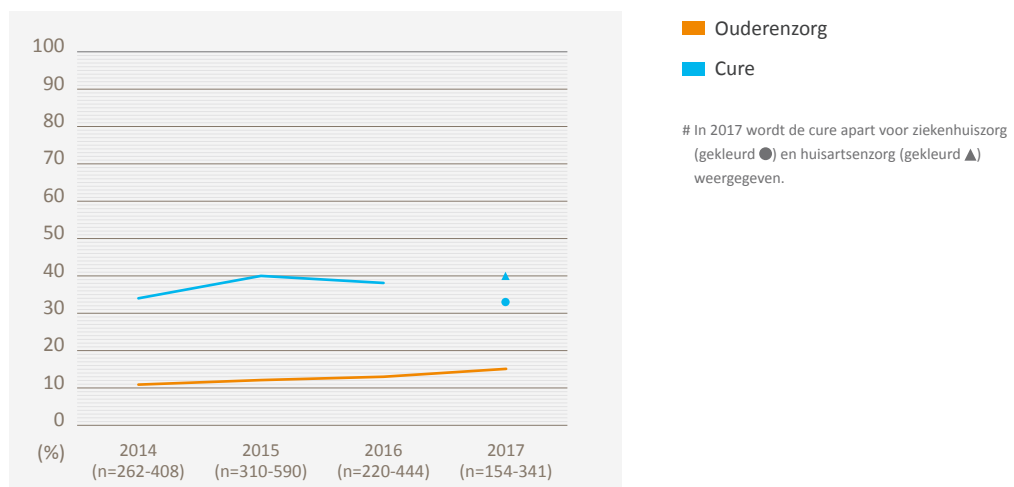
In de ziekenhuiszorg zegt 33% van de verpleegkundigen dat telemonitoring in de organisatie wordt toegepast (zie tabel 6.8). De meerderheid weet niet bij hoeveel cliënten dat het geval is (zie tabel 6.10). In de huisartsenzorg geeft 40% van de verpleegkundigen aan dat telemonitoring plaatsvindt (zie tabel 6.8). Ook daar is dat in de meeste gevallen bij ten hoogste tien procent van de patiënten (zie tabel 6.10).

6.3.2 Huisartsen

Huisartsen spelen een centrale rol in de zorg voor mensen met een chronische aandoening. Telemonitoring kan de huisarts daarbij ondersteunen. In 2017 zet 9% van de huisartsen

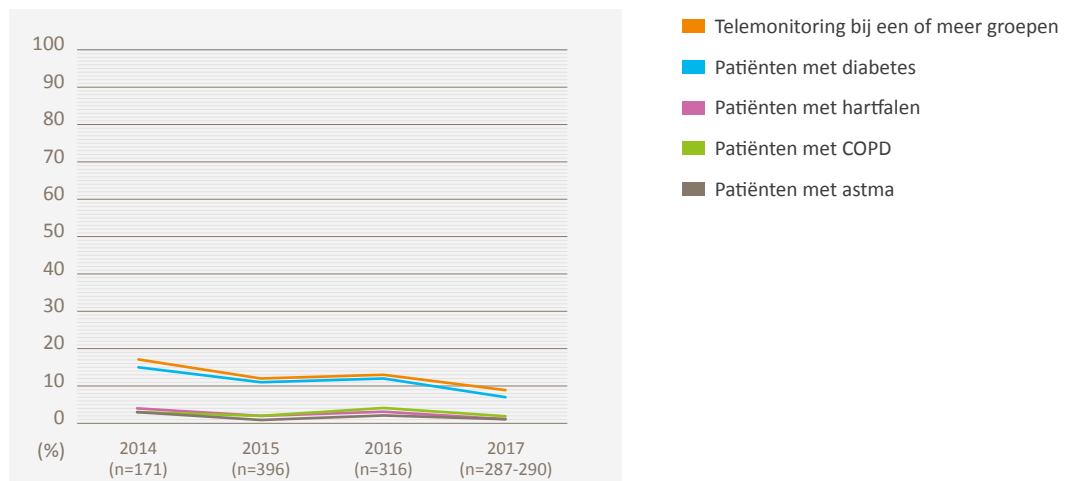
Figuur 6.3

Verpleegkundigen - Percentage verpleegkundigen dat aangeeft of zij zelf of anderen in de organisatie gebruikmaakten van telemonitoring, uitgesplitst naar ouderenzorg (n=341-590) en cure (n=220-310)#; van 2014 tot 2017.



Figuur 6.4

Huisartsen - Percentage huisartsen dat aangeeft dat telemonitoring wordt toegepast bij bepaalde patiëntgroepen; van 2014 tot 2017.



telemonitoring in bij diabetes, hartfalen, COPD of astma (zie figuur 6.4 en tabel 6.11 en tabel 6.12). Net als voorgaande jaren is er geen trend waarneembaar in de inzet van telemonitoring door de huisarts bij patiënten met verschillende chronische aandoeningen.

Bijna de helft van de huisartsen bij wie telemonitoring voor diabetes nog niet mogelijk is, vindt het wel wenselijk. Er zijn 21 huisartsen (7%) die aangeven dat zij telemonitoring inzetten bij patiënten met diabetes (zie tabel 6.13). Van deze huisartsen geven er 16 aan dat zij telemonitoring zinvol vinden voor ongeveer 20%-50% van hun patiënten, maar zij zetten het maar bij een klein deel van hun patiënten in (zie tabel 6.13).

6.3.3 Medisch specialisten

Van de medisch specialisten past 11% telemonitoring toe op de afdeling. Dit percentage is onveranderd sinds 2014 (zie tabel 6.14). Een derde (34%) van de medisch specialisten vindt telemonitoring wel relevant, maar geeft aan dat er nog geen plannen zijn om het mogelijk te maken (zie tabel 6.15). Iets minder dan de helft (48%) geeft aan telemonitoring niet relevant te vinden.

Van de medisch specialisten die zeggen dat telemonitoring relevant is (n=109), geeft 39% aan dat dit met name geldt voor patiënten met diabetes, 34% voor patiënten met hartfalen, 16% voor COPD- en 15% voor astmapatiënten (zie tabel 6.16). 55% van de medisch specialisten die telemonitoring relevant vinden, vindt het van belang in andere situaties. Als voorbeelden noemen ze telemonitoring voor patiënten met dementie, kwetsbare ouderen, postoperatieve patiënten of zwangere vrouwen.

6.3.4 Chronisch zieken en kwetsbare ouderen

Ongeveer één op de vijf chronisch zieken (20%) en kwetsbare ouderen (18%) geeft aan telemonitoring wenselijk te vinden voor zichzelf (zie figuur 6.5 en tabel 6.17). Het percentage patiënten dat dit noodzakelijk vindt, ligt iets lager. Telemonitoring vindt ook niet vaak plaats: in 2017 zegt 5% respectievelijk 6% van de chronisch zieken en kwetsbare ouderen dat een zorgverlener hun gezondheid op afstand in de gaten houdt en contact opneemt als iets mis is (zie tabel 6.18). Dit is niet gewijzigd ten opzichte van de meting in het najaar van 2015. Soms worden gezondheidsgegevens elektronisch opgestuurd naar een zorgverlener of kijkt een zorgverlener mee op internet (2%-8%). In die gevallen weten we niet of een zorgverlener ook contact opneemt als iets mis is.

6.4 Beeldbellen

We vroegen verpleegkundigen en patiënten die thuis zorg en ondersteuning ontvangen naar het gebruik van beeldbellen. Hierbij zien en spreken de zorgverlener en zorggebruiker elkaar via een beeldscherm en camera. Aan verpleegkundigen is daarnaast gevraagd of zij beeldbellen noodzakelijk of wenselijk vinden.

6.4.1 Verpleegkundigen

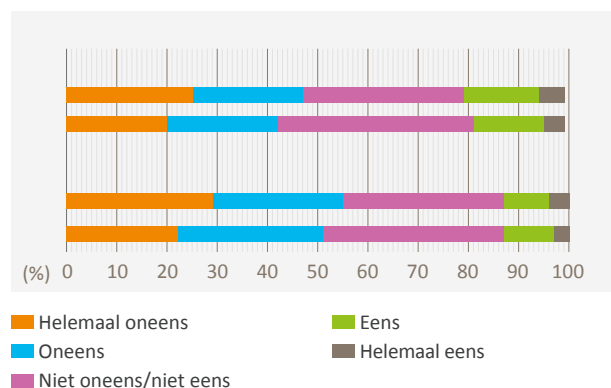
In alle drie de sectoren vindt een kleine groep verpleegkundigen beeldbellen noodzakelijk (zie tabel 6.5 tot en met 6.7). Een grotere groep vindt het wenselijk: in de ouderenzorg is dat 43% van de verpleegkundigen, in de ziekenhuiszorg 40% en in de huisartsenzorg 38%. In alle drie de sectoren vindt iets minder dan de helft van de verpleegkundigen beeldbellen niet noodzakelijk of wenselijk.

Figuur 6.5

Patiënten – Mate waarin chronisch zieken en kwetsbare ouderen het eens zijn met de stelling dat telemonitoring voor henzelf wenselijk of noodzakelijk is (chronisch zieken: n=926-1140; kwetsbare ouderen: n=146-178); in 2017.

Wenselijk
Chronisch zieken
Kwetsbare ouderen

Noodzakelijk
Chronisch zieken
Kwetsbare ouderen



Begeleiding en ondersteuning op afstand

Het percentage verpleegkundigen in de ouderenzorg dat aangeeft dat hun organisatie gebruikmaakt van beeldbellen, is sinds 2015 gestabiliseerd (21% in 2017) (zie figuur 6.6 en tabel 6.19 en 6.20). De helft (51%) van de groep die het gebruikt, geeft aan dat beeldbellen plaatsvindt bij maximaal 10% van de patiënten (zie tabel 6.21).

In de ziekenhuiszorg zegt in 2017 11% van de verpleegkundigen dat de organisatie gebruikmaakt van beeldbellen (zie tabel 6.19). In de huisartsenzorg zegt vrijwel geen enkele verpleegkundige dat er gebruik wordt gemaakt van beeldbellen (zie tabel 6.19).

6.4.2 Patiënten die thuis zorg en ondersteuning ontvangen

Patiënten die thuis zorg en ondersteuning ontvangen, maken weinig gebruik van beeldbellen. 5% van de patiënten geeft in 2017 aan de mogelijkheid te hebben om te beeldbellen met zorgverleners en 4% met mantelzorgers (zie tabel 6.22). Dit is vergelijkbaar met de meting in het najaar van 2015. Twee derde van de patiënten die thuis zorg en ondersteuning ontvangen (70%), wil geen gebruikmaken van beeldbellen. De belangrijkste reden is dat telefonisch of regulier contact

prettiger is en dat ze liever iemand hebben die langskomt (zie tabel 6.23). Van de patiënten die wel willen beeldbellen, wil een minderheid dat als vervanging van regulier contact. De belangrijkste reden voor deze groep om te willen beeldbellen, is dat het tijd bespaart. Patiënten die willen beeldbellen als aanvulling op regulier contact willen dat met name, omdat het meer mogelijkheden biedt dan regulier contact en omdat het dan makkelijk is om even contact te hebben.

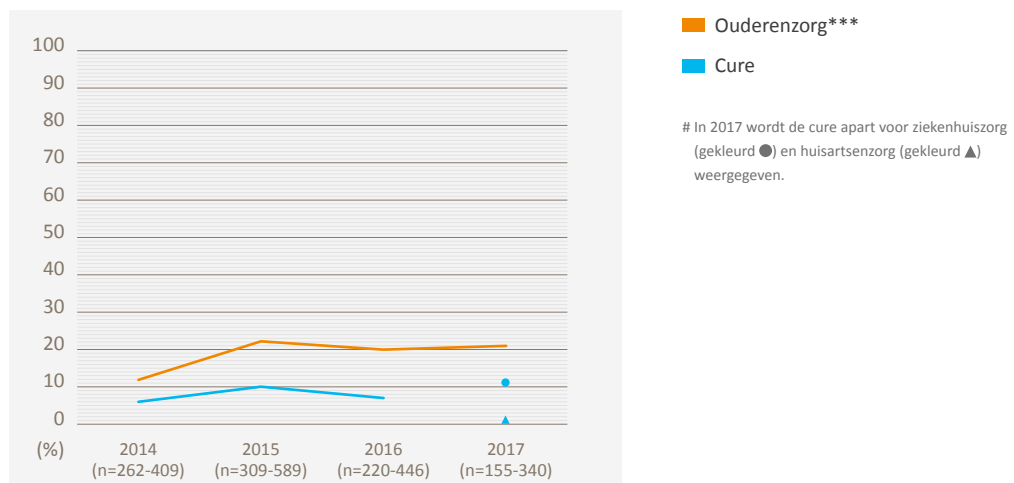
6.5 Domotica

We vroegen patiënten die thuis zorg en ondersteuning ontvangen naar het gebruik van een elektronisch deurslot of een elektronisch bewaarkastje voor de huissleutel: 11% geeft aan dit te hebben (zie tabel 6.24). Minder patiënten hebben technologie in huis om op afstand zaken in huis (zoals deuren of gordijnen) te bedienen. Ten opzichte van de meting in het najaar van 2015 zien we geen verandering. Ongeveer de helft van de patiënten (50%-51%) wil niet gebruikmaken van een elektronisch deurslot of technologie om op afstand zaken in huis te bedienen en ongeveer een derde (34%-36%) weet dit niet (zie figuur 6.7 en tabel 6.25).

Figuur 6.6

Verpleegkundigen - Percentage verpleegkundigen dat aangeeft dat zijzelf of anderen in hun organisatie gebruikmaken van beeldbellen, uitgesplitst naar ouderenzorg (n=340-589) en cure (n=220-309)#; van 2014 tot 2017.

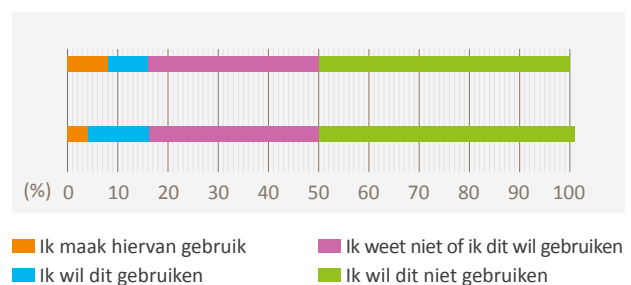
* $p \leq 0,05$;
** $p \leq 0,01$;
*** $p \leq 0,001$;



Figuur 6.7

Patiënten die zorg en ondersteuning thuis ontvangen - Percentage patiënten dat aangeeft dat zij gebruikmaken van technologische toepassingen of daarvan gebruik willen maken (n=465-484); in 2017.

Elektronisch deurslot of bewaarkastje voor huissleutel
Technologie om op afstand zaken in huis, zoals deur of gordijnen, te bedienen



6.6 Toezichthoudende technieken

Aan verpleegkundigen is gevraagd of zij het afgelopen jaar hebben gewerkt met toezichthoudende technieken (bijvoorbeeld een bewegingsmelder). Ook vroegen we ze of ze dat gebruik noodzakelijk of wenselijk vonden. Aan patiënten die zorg en ondersteuning thuis ontvangen, is gevraagd of zij een apparaat hebben waarmee zij in geval van nood een alarm kunnen verzenden naar een zorgverlener.

6.6.1 Verpleegkundigen

Veel verpleegkundigen in de ouderenzorg en in de ziekenhuiszorg vinden toezichthoudende technieken noodzakelijk of wenselijk (respectievelijk 75% en 63%) (zie tabel 6.5 tot en met 6.7). Van de verpleegkundigen in de huisartsenzorg vindt 29% dit.

Het gebruik van toezichthoudende technieken ligt in 2017 in de ouderenzorg ruim 20% hoger dan in 2016 (48% in 2016 en 71% in 2017) (zie figuur 6.8 en tabel 6.26 en tabel 6.27).

Deze stijging komt vrijwel geheel door een toename in het gebruik door verpleegkundigen in de thuiszorg (26% in 2016 en 60% in 2017)^{IV}. Bijna een kwart (23%) van de verpleegkundigen in de ouderenzorg die aangeven dat hun organisatie toezichthoudende technieken inzet, zegt dat dit bij ten minste de helft van de patiënten gebeurt (zie tabel 6.28). Nog eens 28% zegt dat deze technieken bij een tiende tot de helft van de cliënten worden ingezet.

In de cure zagen we tot en met 2016 een stijging in het gebruik van toezichthoudende technieken. Uit de cijfers van 2017 blijkt

dat deze technieken vooral worden ingezet door verpleegkundigen in de ziekenhuiszorg en nauwelijks door verpleegkundigen in de huisartsenzorg (zie figuur 6.8 en tabel 6.27). Van de verpleegkundigen in de ziekenhuiszorg zegt bijna de helft (43%) dat toezichthoudende technieken worden ingezet bij ten hoogste tien procent van de patiënten (zie tabel 6.28).

6.6.2 Patiënten met zorg en ondersteuning thuis

Bijna een kwart van de patiënten met zorg en ondersteuning thuis (22%) geeft aan thuis te beschikken over een apparaat, waarmee in geval van nood een alarm kan worden verzonden naar een zorgverlener (zie tabel 6.24). Dit percentage steeg de afgelopen jaren niet. Een iets kleiner deel (17%) maakt hiervan gebruik en 15% wil hiervan graag gebruikmaken (zie tabel 6.25).

6.7 Digitale medicatieondersteuning

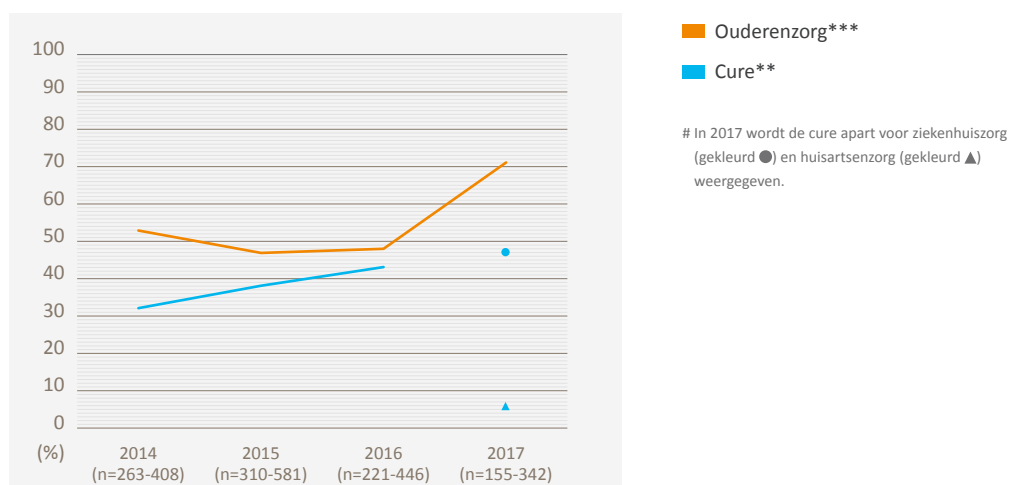
Aan verpleegkundigen en chronisch zieken is gevraagd naar het gebruik van digitale medicatieondersteuning, zoals medicijndispensers. Een voorbeeld van een medicijndispenser is een elektronisch aangestuurd afleverapparaat voor medicatie, dat de patiënt eraan herinnert tijdig zijn medicijnen in te nemen. Daarnaast vroegen we in 2017 voor het eerst aan verpleegkundigen naar het gebruik van digitale dubbele medicatiecontrole. Zowel voor de medicijndispensers als voor de digitale dubbele medicatiecontrole is aan verpleegkundigen gevraagd of ze deze noodzakelijk of wenselijk vinden.

Aan patiënten die zorg en ondersteuning thuis ontvangen, is gevraagd of zij een elektronische medicijndoos gebruiken.

Figuur 6.8

Verpleegkundigen - Percentage verpleegkundigen dat aangeeft dat zij zelf of anderen in de organisatie toezichthoudende technieken hebben ingezet, uitgesplitst naar ouderenzorg (n=342-581) en cure (n=221-310)#; van 2014 tot 2017.

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



IV Waarschijnlijk wordt deze stijging (mede) veroorzaakt door een kleine aanpassing in de vragenlijst.

Begeleiding en ondersteuning op afstand

6.7.1 Verpleegkundigen

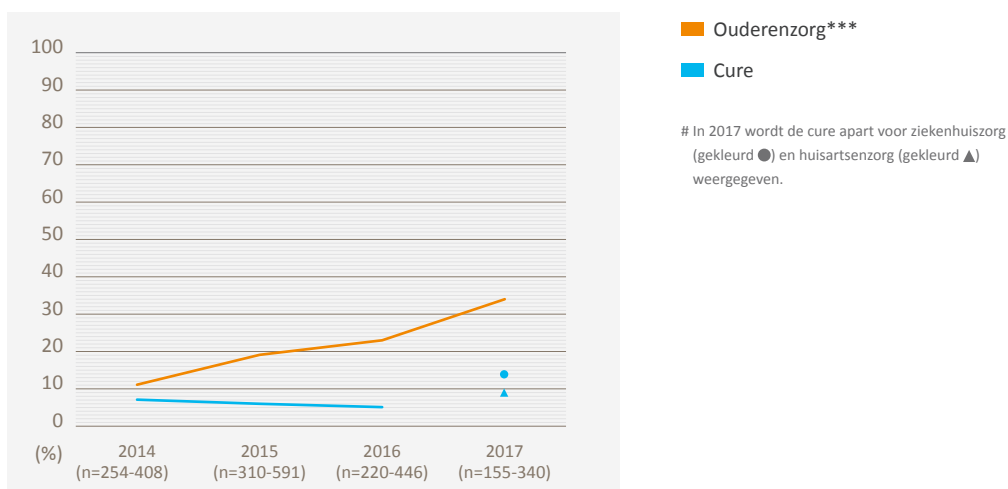
De meerderheid van de verpleegkundigen in de ouderenzorg en ziekenhuiszorg vindt het gebruik van digitale dubbele medicatiecontrole noodzakelijk of wenselijk (respectievelijk 87% en 81%) (zie tabel 6.5 tot en met 6.7). Medicijn dispensers vindt respectievelijk 71% en 40% noodzakelijk of wenselijk. Minder dan de helft van de verpleegkundigen in de huisartsenzorg vindt deze toepassingen noodzakelijk of wenselijk.

Het gebruik van medicijn dispensers in de ouderenzorg steeg de afgelopen jaren van 11% in 2014 tot 34% in 2017 (zie figuur 6.9 en tabel 6.29 en tabel 6.30). In 2017 geeft de helft van de verpleegkundigen aan dat de medicijn dispenser bij maximaal één tiende van de patiënten wordt ingezet (zie tabel 6.31). In de ziekenhuiszorg geeft in 2017 14% van de verpleegkundigen aan dat de organisatie hiervan gebruikmaakt. In de huisartsenzorg is dat 9% (zie tabel 6.30).

Figuur 6.9

Verpleegkundigen
- Percentage
verpleegkundigen dat aangeeft dat zij zelf of anderen in de organisatie gebruikmaken van medicijn dispensers, uitgesplitst naar ouderenzorg (n=340-591) en cure (n=220-310)#; van 2014 tot 2017.

* ≤ 0,05;
** p ≤ 0,01;
*** p ≤ 0,001;



Figuur 6.10

Verpleegkundigen
- Taakopvatting ten aanzien van het informeren van patiënten over eHealth-toepassingen en hen ondersteunen bij de keuze en het gebruik, (n=142-316); in 2017

Cliënten inlichten over dergelijke toepassingen

Ouderenzorg
Ziekenhuiszorg
Huisartsenzorg

Cliënten ondersteunen bij keuze voor toepassing

Ouderenzorg
Ziekenhuiszorg
Huisartsenzorg

Cliënten ondersteunen bij gebruik van toepassing

Ouderenzorg
Ziekenhuiszorg
Huisartsenzorg



V 2017 is pas het tweede jaar waarin we verpleegkundigen vroegen naar het gebruik van zorgrobots. Daarom hebben we geen trendanalyses gedaan om te kijken of het gebruik significant is gestegen.

Een vijfde van de verpleegkundigen in de ouderenzorg (23%) geeft aan dat digitale dubbele medicatiecontrole plaatsvindt in de organisatie. Hiervan zegt 44% dat het bij ten hoogste 10% van de patiënten wordt ingezet. In de ziekenhuiszorg zegt 31% van de verpleegkundigen dat het in de organisatie wordt ingezet. Driekwart (74%) zegt dat het bij meer dan de helft van de patiënten wordt ingezet (zie tabel 6.32 en tabel 6.33). Binnen de huisartsenzorg is deze toepassing voor een meerderheid (70%) niet van toepassing.

6.7.2 Patiënten met zorg en ondersteuning thuis

Vergelijkbaar met eerdere jaren beschikt 2% van de patiënten die zorg en ondersteuning thuis krijgen over een elektronische medicijndoos. 1% heeft deze het afgelopen jaar gebruikt (zie tabel 6.24). De helft van de patiënten (51%) wil een dergelijke toepassing niet gebruiken, terwijl 36% niet weet of hij dat wil (zie tabel 6.25).

6.8 Zorgrobots

We hebben in 2016 en 2017 aan verpleegkundigen gevraagd of ze hebben gewerkt met zorgrobots en of ze dat noodzakelijk of wenselijk vinden. In alle drie de sectoren vindt meer dan de helft (60% tot 68%) van de verpleegkundigen het gebruik van zorgrobots niet noodzakelijk of wenselijk (zie tabel 6.5 tot en met 6.7).

In de ouderenzorg ligt het gebruik van zorgrobots in 2017 op 8% (zie tabel 6.34), tegenover 3% in 2016^v. Binnen de ziekenhuis- en huisartsenzorg geeft respectievelijk 76% en 90% van de verpleegkundigen aan dat zorgrobots niet relevant zijn voor de zorg die zij leveren. Daar worden ze ook niet of nauwelijks ingezet.

6.9 Taakopvatting

In 2017 vroegen we voor het eerst aan verpleegkundigen in welke mate zij het hun taak vinden om patiënten informatie te geven over en te ondersteunen bij het gebruik van eHealth-toepassingen die bedoeld zijn om patiënten te ondersteunen bij zelf-management, inname van medicatie of zelfstandig thuis wonen.

In alle sectoren vindt de meerderheid van de verpleegkundigen het hun taak om cliënten in te lichten over dergelijke toepassingen (zie figuur 6.10 en de tabellen 6.35 tot en met 6.37). In de ziekenhuiszorg acht ongeveer de helft van de

verpleegkundigen het hun taak om cliënten te ondersteunen bij de keuze en het gebruik van een toepassing. In de ouderenzorg en huisartsenzorg vindt tussen de 68% tot 77% dit.

6.10 Ondersteuning

In 2017 vroegen we verpleegkundigen voor het eerst naar de mate waarin zij ondersteuning krijgen of willen krijgen bij het gebruik van nieuwe ICT-toepassingen. Het gaat hierbij om nieuwe ICT-toepassingen in het algemeen en niet specifiek voor begeleiding en ondersteuning op afstand.

Ruim 60% van de verpleegkundigen in de ouderenzorg geeft aan dat er deskundigen zijn om te raadplegen, dat interne bijscholing plaatsvindt en dat zij aandacht krijgen van leidinggevendenden of collega's (zie tabel 6.38). 40% heeft behoefte aan duidelijkheid over het takenpakket of zou graag individuele werkbegeleiding krijgen.

In de ziekenhuiszorg geeft ruim 70% van de verpleegkundigen aan dat er aandacht is van leidinggevendenden of collega's, dat interne bijscholing plaatsvindt, deskundigen aanwezig zijn en dat er richtlijnen of protocollen zijn om met de technologie te gaan werken (zie tabel 6.39). De grootste behoefte ligt op het vlak van individuele werkbegeleiding (35%) en duidelijkheid over het takenpakket (34%).

In de huisartsenzorg zegt 60% of meer van de verpleegkundigen dat er aandacht is van de leidinggevende of collega's, dat er duidelijkheid over het takenpakket is, dat er deskundigen zijn voor raadpleging en dat er richtlijnen of protocollen zijn (zie tabel 6.40). De ondersteuningsbehoefte ligt voor alle vormen tussen de 21% en 26%.

6.11 Conclusie en discussie

We zien op de meeste onderdelen weinig verandering in het gebruik van eHealth-toepassingen voor begeleiding en ondersteuning op afstand. Ook op de beide beleidsdoelstellingen van het ministerie van VWS die we in dit hoofdstuk bespreken, zien we geen verandering. Wel zien we ten opzichte van vorig jaar een verdere groei in het gebruik van internet in het directe contact met patiënten. Binnen de ouderenzorg neemt het gebruik van toezichhoudende technieken en medicijndispensers verder toe. Ook zien we dat verpleegkundigen het gebruik van eHealth-toepassingen vaak wel wenselijk vinden en positief staan tegenover het ondersteunen van patiënten bij het gebruik ervan.

Begeleiding en ondersteuning op afstand

Als we kijken naar de doelstelling van het ministerie van VWS op het gebied van telemonitoring, zien we op geen van de onderzochte deelgebieden een verandering ten opzichte van de eerdere metingen: zowel verpleegkundigen, huisartsen als medisch specialisten geven niet vaker aan telemonitoring toe te passen in de organisatie. Dat geldt ook voor chronisch zieken en kwetsbare ouderen. De vraag is hoe het komt dat telemonitoring weinig wordt gebruikt en hoe erg dit is.

Een recent systematisch literatuuronderzoek laat zien dat er nog weinig bewijs is dat telemonitoring leidt tot een betere gezondheid. De auteurs vonden wel aanwijzingen dat het monitoren van gezondheidswaarden inclusief het geven van feedback positieve effecten heeft op de gezondheid in het geval van diabetes type 2 en hartfalen⁴. Dat telemonitoring relevant of nuttig kan zijn bij patiënten met diabetes en hartfalen, zien we terug in de resultaten van de eHealth-monitor. Als huisartsen telemonitoring toepassen, doen ze dat vooral bij patiënten met diabetes. Als medisch specialisten telemonitoring relevant vinden, is dat vooral voor patiënten met diabetes en hartfalen. Tegelijkertijd zien we hier wel nog een kloof tussen het gebruik van telemonitoring en de wenselijkheid ervan. Een vergelijkbare kloof zien we bij de verpleegkundigen. Dit duidt erop dat er wel degelijk te weinig gebruik wordt gemaakt van telemonitoring en dat er op dit terrein dus nog winst is te behalen.

Maar hoe komt het dan dat het gebruik laag is? Op de eerste plaats zien we dat weinig chronisch zieken en kwetsbare ouderen telemonitoring wenselijk of noodzakelijk vinden. Ook uit ander onderzoek is bekend dat niet alle patiënten behoefte hebben aan het regelmatig meten van hun gezondheidswaarden. Ze willen bijvoorbeeld niet continu herinnerd worden aan hun ziekte. Bovendien zijn mensen soms bang dat het ten koste gaat van persoonlijke zorg⁵. Het is daarom essentieel om het belang en de meerwaarde van dergelijke telemonitoring-toepassingen goed aan patiënten uit te leggen. Op de tweede plaats is ook bekend, zoals we vorig jaar al beargumenteerden, dat er ook op andere terreinen belemmeringen worden ervaren. Zo is er bij zorgverleners behoefte aan scholing, moet telemonitoring nog verder ontwikkeld worden en moet duidelijk zijn wanneer en bij welke patiënt telemonitoring inzetbaar is. Bovendien toont onderzoek aan dat er niet altijd een duidelijk doel wordt gesteld bij de implementatie en dat niet altijd rekening wordt gehouden met benodigde veranderingen in de werkprocessen⁶. Het lijkt het meest zinvol allereerst op het gebied van telemonitoring bij patiënten met

diabetes type 2 en hartfalen meer ervaring op te gaan doen. Daarbij moet bij de implementatie voldoende rekening worden gehouden met de genoemde aandachtspunten.

Ook wat betreft de doelstelling van het ministerie van VWS op het gebied van beeldbellen en domotica zien we een vergelijkbaar beeld als in eerdere jaren. Patiënten die thuis zorg en ondersteuning ontvangen, maken hiervan nauwelijks gebruik. Ongeveer een derde zou beeldbellen wel willen gebruiken en dan met name als aanvulling op reguliere zorg. Een kleine meerderheid van de verpleegkundigen vindt beeldbellen eveneens wenselijk of noodzakelijk, maar het gebruik blijft daarbij achter. Dat nog niet voldaan wordt aan de doelstelling is op zich niet erg, want de doelstelling geldt voor 2019. Echter, er is ook geen beweging zichtbaar die maakt dat we verwachten dat de doelstelling in 2019 wel is behaald. Of dat erg is, kunnen we pas bepalen als we weten voor welke groepen patiënten beeldbellen positieve effecten heeft op de ervaren kwaliteit van zorg, kwaliteit van leven of kosten. Evenals telemonitoring vraagt beeldbellen om een nauwgezette implementatiestrategie met voldoende aandacht voor eventuele belemmeringen en betrokkenheid van de patiënten. Dit vraagt om kennis, kunde en tijd van de professionals en de managers. Verpleegkundigen kunnen een belangrijke rol spelen bij het informeren, adviseren en enthousiasmeren van patiënten wat betreft het gebruik van eHealth-toepassingen. Vaak zien zij dit ook al als hun taak, met name in de ouderenzorg en huisartsenzorg.

Van de genoemde toepassingsgebieden in dit hoofdstuk ligt de grootste behoefte voor verpleegkundigen op het vlak van digitale medicatieondersteuning en dan vooral het gebruik van digitale dubbele medicatiecontrole. Om fouten in de toediening van medicijnen te voorkomen, is dubbele medicatiecontrole belangrijk. Zeker voor verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg is dit niet eenvoudig te realiseren. Zij bezoeken cliënten thuis alleen. ICT-toepassingen voor dubbele medicatiecontrole, zoals een app, kunnen hierbij helpen. Uit ons onderzoek blijkt dat verpleegkundigen in de ouderenzorg en ziekenhuiszorg zich realiseren dat dubbele controle belangrijk is en dat zij digitale controle noodzakelijk en wenselijk vinden. Aangezien het gebruik hiervan nog redelijk laag is, lijkt het dus zaak om in te zetten op een toename in het gebruik van digitale toepassingen voor dubbele medicatiecontrole.

Referenties

1. 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.
2. Schers, H., (2012). Gunstig effect van telehealth. *Huisarts en wetenschap*, 55(11), 484.
3. 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.
4. Hanlon, P., Daines, L., Campbell, C., McKinstry, B., Weller, D., Pinnock, H. (2017) Telehealth Interventions to Support Self-Management of Long-Term Conditions: A Systematic Metareview of Diabetes, Heart Failure, Asthma, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, and Cancer. *Journal of Medical Internet Research*, 19(5), e172.
5. Huygens, M.W.J., Vermeulen, J., Swinkels, I.C.S., Friele, R.D., Van Schayk, O.C.P., De Witte, L.P. (2016). Expectations and needs of patients with a chronic disease toward self-management and ehealth for self-management purposes. *BMC Health Services Research*, 16(232).
6. Radhakrishnan, K., Xie, B., Berkley, A., Kim, M. (2016). Barriers and facilitators for sustainability of tele-home-care programs: a systematic review. *Health Research and Educational Trust*, 51(1), 48-75.



Elektronische dossiervoering en communicatie tussen zorgverleners

Belangrijkste resultaten in dit hoofdstuk

- Het merendeel van de verpleegkundigen in de ziekenhuiszorg (90%) en huisartsenzorg (93%) houdt uitsluitend of voornamelijk elektronisch het patiëntendossier bij. Onder verpleegkundigen in de ouderenzorg neemt de elektronische dossiervoering verder toe (van 31% in 2014 naar 62% in 2017).
- Hoewel huisartsen het graag willen, is het nog niet mogelijk om op gestandaardiseerde wijze elektronisch informatie uit te wisselen met de thuiszorg, wijkverpleegkundige, verpleeghuizen of de dienst voor maatschappelijke ondersteuning van de gemeente (mogelijk bij 5%-15% van de huisartsen).
- In vergelijking met vorig jaar nam onder medisch specialisten vooral de elektronische uitwisseling met andere ziekenhuizen (17% in 2016, 35% in 2017) en met laboratoria toe (52% in 2016, 69% in 2017) (dit betreft een vergelijking onder uitsluitend medisch specialisten die elektronische uitwisseling wenselijk vinden).
- Ruim de helft (56%) van de verpleegkundigen in de ouderenzorg geeft in 2017 aan dat de organisatie gebruikmaakt van elektronische gegevensuitwisseling. Dit is vergelijkbaar met 2016. In de ziekenhuiszorg en huisartsenzorg geeft respectievelijk 69% en 86% van de verpleegkundigen aan dat gebruik wordt gemaakt van elektronische gegevensuitwisseling.
- Onder huisartsen zet de sterke stijging in het kunnen versturen van een elektronische aanvraag voor beeldvormende- of laboratoriumdiagnostiek ook dit jaar door. We zien verder een ruime verdubbeling, ten opzichte van vorig jaar, in het kunnen versturen van een aanvraag voor huishoudelijke hulp of persoonlijke verzorging (9% in 2016, 24% in 2017; dit betreft een vergelijking onder uitsluitend huisartsen deze mogelijkheden wenselijk vinden).
- Onder medisch specialisten is het steeds vaker mogelijk digitaal een actueel medicatieoverzicht naar en van de openbare apotheek te *versturen* en te *ontvangen*. Toch geeft 40%-50% van de medisch specialisten in 2017 aan dat zij deze mogelijkheid nog niet hebben, maar wel wenselijk vinden.

Elektronische dossiervoering en communicatie tussen zorgverleners

7.1 Inleiding

Medische gegevens kunnen worden opgeslagen in een elektronisch patiëntendossier (EPD)^I. Het EPD kan het zorgproces rondom patiënten ondersteunen. Het biedt mogelijkheden voor transparantie en continuïteit in de geleverde zorg en het bewaakt de kwaliteit van zorg^{1,2}. Veel zorgaanbieders gebruiken EPD's voor de gestructureerde registratie van patiëntgegevens. Het EPD vormt daarnaast een basis om informatie elektronisch beschikbaar te maken voor patiënten, zodat zij online hun gegevens kunnen inzien. Ook zijn gegevens uit EPD's te gebruiken voor wetenschappelijk onderzoek². Voor een optimale behandeling van een patiënt is het belangrijk dat alle betrokken zorgverleners over de juiste en meest actuele medische informatie beschikken. Wanneer uitwisseling tussen zorgverleners en/of zorgorganisaties niet of beperkt mogelijk is, heeft dit consequenties voor de zorg. Enerzijds kunnen incomplete en inaccuraat patiëntendossiers de continuïteit van de zorg belemmeren. Anderzijds is het voor de patiëntveiligheid belangrijk dat patiëntendossiers accuraat en volledig zijn^{3,4}. In andere woorden, onjuiste of onvolledige medicatieoverzichten kunnen leiden tot gevaarlijke situaties met mogelijke ongeplande ziekenhuisopnames als gevolg^{3,5,6}.

Dit hoofdstuk bespreekt het gebruik van EPD's door zorgverleners in 2017 in vergelijking met voorgaande jaren. Daarnaast gaan we in op de mogelijkheden van zorgverleners voor het elektronisch uitwisselen van gestandaardiseerde gegevens^{II}. We bespreken met welke zorgverleners en zorgorganisaties huisartsen en medisch specialisten gegevens kunnen uitwisselen en welke gegevens zij kunnen versturen en ontvangen. Ook hebben we de artsen enkele stellingen voorgelegd over de huidige ICT-systemen voor gestandaardiseerde gegevensuitwisseling met andere zorgverleners. Daarnaast vroegen we hen in hoeverre het EPD een positieve bijdrage levert aan een actueel beeld van patiënten. We gaan verder in op de mate waarin artsen informatie tijdig ontvangen en of daarbij alle relevante gegevens aanwezig zijn. Ook onderzochten we in hoeverre verpleegkundigen hebben gewerkt met elektronische gegevensuitwisseling en afstemming van zorg. Tot slot gaan we

in op teleconsultatie en digitale consultgesprekken, waarbij artsen langs de elektronische weg specialistische expertise kunnen inroepen.

De nadruk ligt in dit hoofdstuk op de veranderingen evenals de stijgende en afnemende trends tussen 2013 en 2017^{III}. Daarnaast bespreken we interessante resultaten die specifiek voor 2017 gelden. De resultaten in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op vragenlijstonderzoek onder huisartsen en medisch specialisten uit het KNMG-artsenpanel en verpleegkundigen^{IV} uit het Panel Verpleging & Verzorging van het NIVEL. We maken onderscheid tussen verpleegkundigen werkzaam in de *ouderenzorg* (in de eerdere monitors noemden we dit de *care-sector*), *huisartsenzorg* en *ziekenhuiszorg*. In eerdere edities van de eHealth-monitor rapporteerden we over de verpleegkundige cure-sector in zijn totaliteit. Dit jaar splitsen we de huisartsen- en ziekenhuiszorg, omdat de verhouding qua verpleegkundigen tussen deze sectoren afwijkt van voorgaande jaren. Bovendien doet dit ook recht aan de verschillen tussen de huisartsen- en ziekenhuiszorg wat betreft werkzaamheden en patiëntenpopulatie. Tot de *ouderenzorg* rekenen we verpleegkundigen werkzaam in de thuiszorg en in verpleeg- en verzorgingshuizen (zie Bijlage A). Tenzij anders aangegeven, verwijzen we voor tabellen in dit hoofdstuk naar de losse tabellenbijlage behorend bij dit rapport.

7.2 Elektronische dossiervoering

7.2.1 Elektronische dossiervoering bij medisch specialisten

Net als voorgaande jaren steeg het percentage medisch specialisten dat hun dossier voornamelijk of uitsluitend elektronisch bijhoudt; van 66% in 2013 naar 89% in 2017. Steeds minder medisch specialisten houden het patiëntendossier uitsluitend of voornamelijk op papier bij (4% in 2017) (zie figuur 7.1 en tabel 7.1). Net als vorig jaar zien we dat medisch specialisten in ziekenhuizen steeds meer werken met elektronische dossiers. Bij medisch specialisten werkzaam in verpleeghuizen en revalidatiecentra zijn geen verschillen gevonden (zie tabel 7.2).

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

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

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

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

7.2.2 Elektronische dossiervoering bij verpleegkundigen

Het merendeel van de verpleegkundigen in de ziekenhuiscare (90%) en huisartsenzorg (93%) geeft aan dat de organisatie voornamelijk of uitsluitend werkt met een elektronisch patiëntendossier (zie figuur 7.2 en tabel 7.3). Binnen de ouderenzorg is het gebruik van elektronische dossiervoering verdubbeld sinds 2014: van 31% in 2014 naar 62% in 2017 (zie tabel 7.4).

7.3 Elektronische informatie-uitwisseling met andere zorgverleners

Elektronische gestandaardiseerde informatie-uitwisseling is mogelijk met verschillende soorten organisaties. Hierna bespreken we met welke organisaties huisartsen buiten de eigen praktijk elektronisch gegevens kunnen uitwisselen. Medisch specialisten vroegen we naar de mogelijkheden om dit binnen en buiten de eigen instelling te kunnen doen.

Net als in voorgaande edities van de eHealth-monitor kijken we voor de trendcijfers naar de artsen die al gebruikmaken van, of de mogelijkheid hebben om elektronisch informatie uit te

wisselen ten opzichte van artsen die dit nog niet doen/kunnen en wel wenselijk vinden. Omwille van de leesbaarheid vermelden we dat in de tekst hierna niet meer apart.

7.3.1 Huisartsen

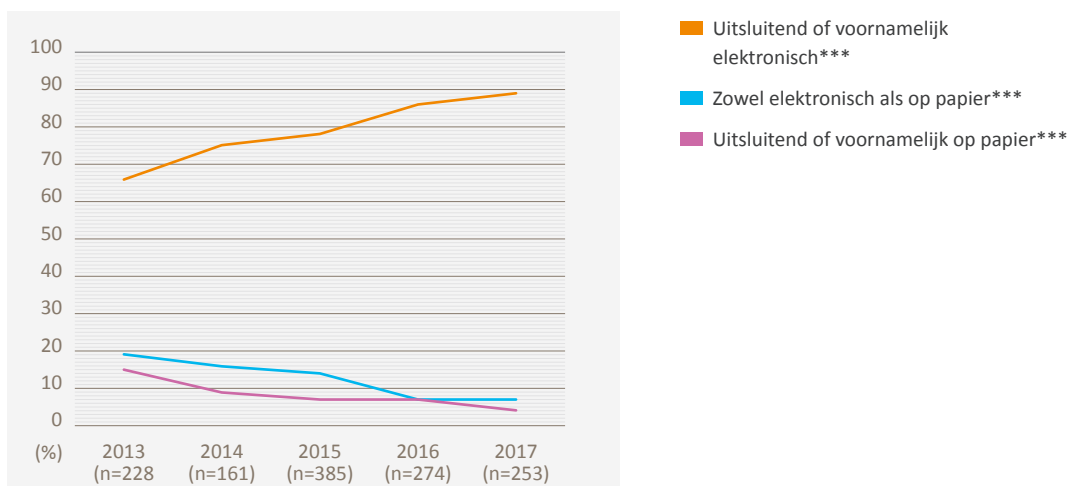
Vrijwel alle huisartsen zijn in de loop der jaren gebruik gaan maken van een systeem om elektronisch gegevens uit te wisselen met ziekenhuizen, laboratoria en huisartsenposten (95%-97% in 2017). Negen op de tien (90%) huisartsen geven in 2017 aan elektronisch gegevens uit te wisselen met apotheken. Een sterke toename is zichtbaar in elektronische uitwisseling tussen huisartsen en zelfstandige behandelcentra (ZBC's) (85% in 2017 tegen 61% in 2014). Op enkele andere vlakken zien we een lichte stijging ten opzichte van voorgaande jaren (zie figuur 7.3 en tabel 7.5).

Gestandaardiseerde elektronische informatie-uitwisseling is in 2017 het minst vaak mogelijk met de dienst voor maatschappelijke ondersteuning bij gemeentes, wijkverpleegkundigen, thuiszorgorganisaties en verpleeghuizen. Ongeveer 60%-70% van de huisartsen vindt het wel wenselijk, maar kan nog niet

Figuur 7.1

Medisch specialisten
- Manier waarop medisch specialisten het patiëntendossier bijhouden; van 2013 tot 2017.

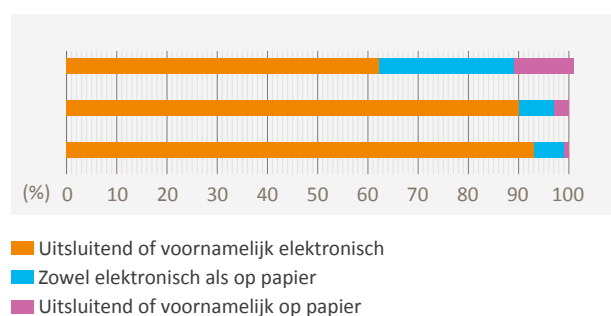
* $p \leq 0,05$;
** $p \leq 0,01$;
*** $p \leq 0,001$



Figuur 7.2

Verpleegkundigen
- Manier waarop verpleegkundigen het patiëntendossier bijhouden; in 2017.

Ouderenzorg (n=338)
Ziekenhuiscare (n=152)
Huisartsenzorg (n=211)



Elektronische dossiervoering en communicatie tussen zorgverleners

elektronisch informatie uitwisselen met wijkverpleegkundigen, casemanagers dementie en met organisaties als de dienst voor maatschappelijke ondersteuning bij gemeentes, thuiszorgorganisaties en verpleeghuizen (zie tabel 7.6).

Dit jaar legden we enkele stellingen voor over de systemen waarmee de huisartsen elektronisch informatie uitwisselen met andere zorgverleners buiten de eigen praktijk. Twee derde van de huisartsen is het eens met de stelling dat deze systemen gekoppeld zijn aan hun elektronische patiëntendossier. Ook is 57% van de huisartsen het ermee eens dat de systemen hen in

staat stellen om elektronisch informatie te delen met andere belangrijke zorgverleners. De helft vindt dat de voordelen opwegen tegen de inspanning die deze ICT-systemen vergen (zie tabel 7.7). In een aparte publicatie staan de resultaten uitgebreid beschreven⁷.

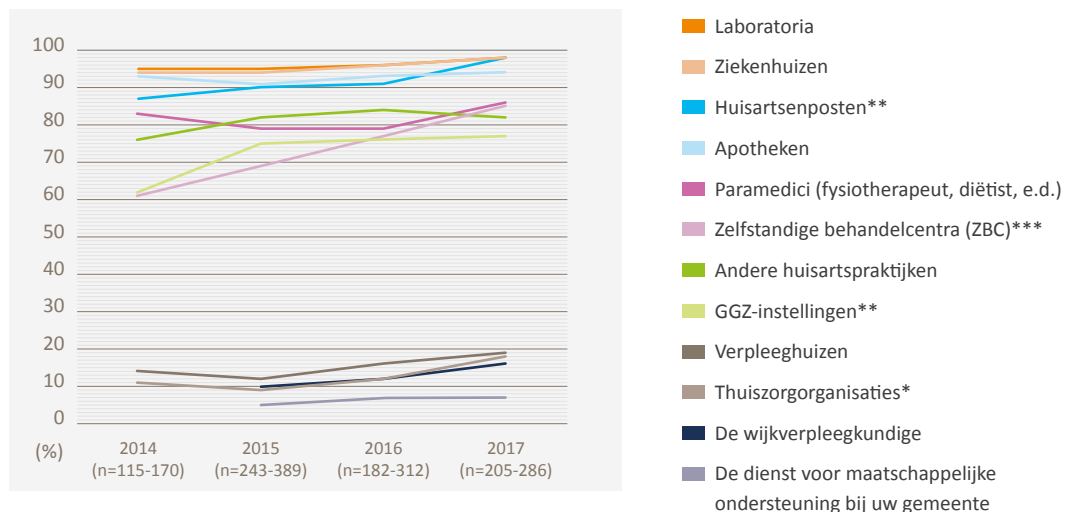
7.3.2 Medisch specialisten

De mogelijkheid voor medisch specialisten om op gestandaardiseerde wijze elektronisch informatie uit te wisselen met andere zorgverleners en instellingen was in de voorgaande jaren redelijk stabiel. Er is dit jaar een toename in uitwisseling binnen

Figuur 7.3

Huisartsen - Percentage huisartsen dat gebruikmaakt van een systeem voor gestandaardiseerde elektronische informatie-uitwisseling met andere zorgverleners of zorginstellingen (ten opzichte van de huisartsen die dat wenselijk vinden); van 2014 tot 2017.

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

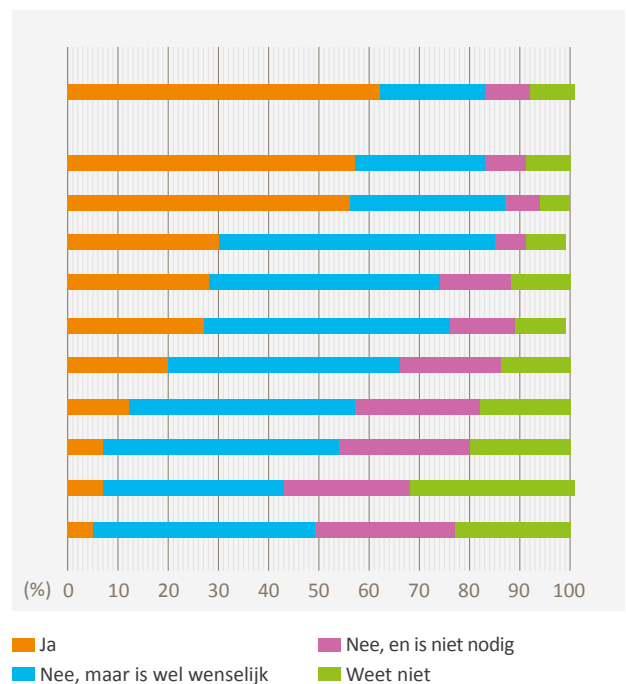


Figuur 7.4

Medisch specialisten - Percentage medisch specialisten bij wie de afdeling gebruikmaakt van een systeem voor gestandaardiseerde elektronische informatie-uitwisseling met andere zorgverleners of zorginstellingen; in 2017 (n=253).

Andere afdelingen binnen mijn eigen zorginstelling (inclusief eventuele instellingsapothek)

- Laboratoria
- Huisartsenpraktijken
- Ziekenhuizen
- Huisartsenposten
- Apotheken (buiten uw zorginstelling)
- Paramedici (fysiotherapeut, diëtist, e.d.)
- Verpleeghuizen
- Thuiszorgorganisaties
- Zelfstandige behandelcentra (ZBC's)
- GGZ-instellingen



verschillende sectoren zichtbaar. We zien een verdubbeling in het percentage medisch specialisten dat met andere ziekenhuizen elektronisch informatie kan uitwisselen (17% in 2016, 35% in 2017). Ook zien we een sterke toename in de elektronische uitwisseling met laboratoria (52% in 2016, 69% in 2017) en zelfstandige behandelcentra (8% in 2016, 16% in 2017). Er is een lichte daling in de mogelijkheid om met andere afdelingen binnen de eigen zorginstelling elektronisch gegevens te kunnen uitwisselen (zie tabel 7.8).

In 2017 is het voor veel medisch specialisten nog niet mogelijk om elektronisch gegevens uit te wisselen met de meeste andere zorgverleners of zorginstellingen (figuur 7.4 en tabel 7.9). Ongeveer 20% tot 50% van de medisch specialisten geeft aan dat elektronische gegevensuitwisseling nog niet mogelijk is, maar wel gewenst.

Ook aan de medisch specialisten legden we dit jaar enkele stellingen voor. Deze gaan over de huidige ICT-systemen voor elektronische gegevensuitwisseling met andere zorgverleners buiten de eigen zorginstelling. In vergelijking met huisartsen ervaren medisch specialisten meer problemen met de huidige ICT-systemen. Zo geeft bijna de helft (48%) aan dat de systemen niet naar behoren werken. Slechts 19% is van mening dat de ICT-systemen voldoende beschikbaar zijn (zie tabel 7.10). In een aparte publicatie staan de resultaten uitgebreid beschreven⁷.

7.3.3 Verpleegkundigen

We vroegen verpleegkundigen of hun organisatie werkt met

elektronische uitwisseling van medische gegevens met andere zorgverleners. De stijging van afgelopen jaren in het gebruik van elektronische uitwisseling van medische gegevens door verpleegkundigen in de ouderenzorg zette dit jaar niet door (zie figuur 7.5 en tabel 7.11). Een kleine meerderheid (56%) maakt hiervan in 2017 gebruik in de ouderenzorg. In de ziekenhuis- en huisartsenzorg geeft respectievelijk 69% en 86% van de verpleegkundigen aan dat de organisatie werkt met elektronische uitwisseling. In de ziekenhuiszorg geeft 9% van de verpleegkundigen aan dat er plannen zijn deze uitwisseling binnen een jaar toe te passen (zie tabel 7.12).

7.4 Gegevens versturen en ontvangen

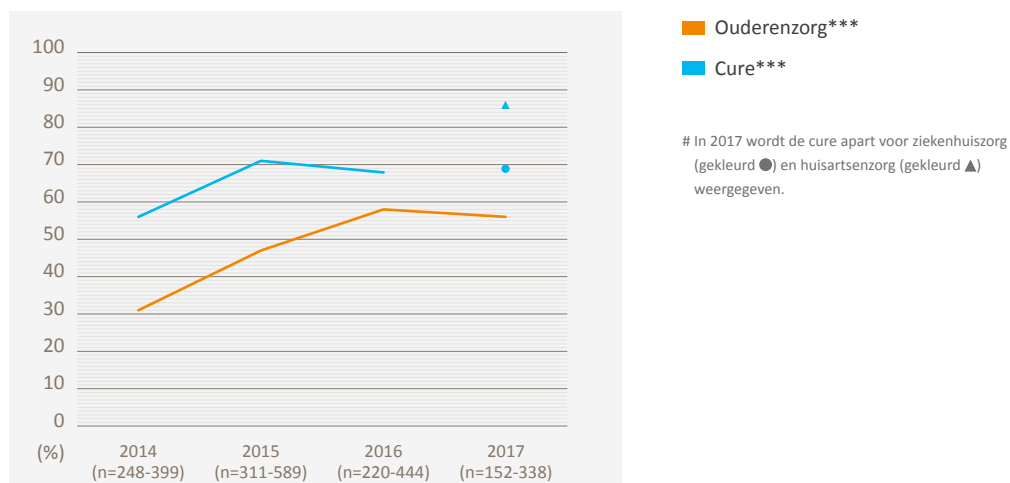
We vragen sinds 2014 aan zowel huisartsen als medisch specialisten welk type bestanden zij kunnen *versturen aan en/of ontvangen van* andere zorgverleners of instellingen. Net als in voorgaande edities van de eHealth-monitor kijken we voor de trendcijfers naar de artsen die al gebruikmaken van, of de mogelijkheid hebben om elektronisch informatie uit te wisselen ten opzichte van artsen die dit nog niet doen/kunnen en wel wenselijk vinden. Omwille van de leesbaarheid vermelden we dat in de tekst hierna niet meer apart.

7.4.1 Gegevens versturen en ontvangen onder huisartsen

Sinds 2014 hebben huisartsen steeds vaker de mogelijkheid om digitaal bepaalde informatie te *versturen*. De sterke stijging in het elektronisch kunnen versturen van een aanvraag voor beeldvormende- en laboratoriumdiagnostiek zet ook dit jaar

Figuur 7.5

Verpleegkundigen in de cure en ouderenzorg - Percentage verpleegkundigen dat aangeeft dat zij zelf of anderen in de organisatie gebruikmaken van elektronische gegevensuitwisseling, uitgesplitst naar care (n=338-589) en cure (n=220-363)⁸; van 2014 tot 2017.



Elektronische dossiervoering en communicatie tussen zorgverleners

weer door; respectievelijk 87% en 83% in 2017 tegenover 75% en 72% in 2016. Daarnaast is het steeds vaker mogelijk om een aanvraag voor huishoudelijke hulp of persoonlijke verzorging/verpleging digitaal te versturen (9% in 2016, 24% in 2017) (figuur 7.6 en tabel 7.13).

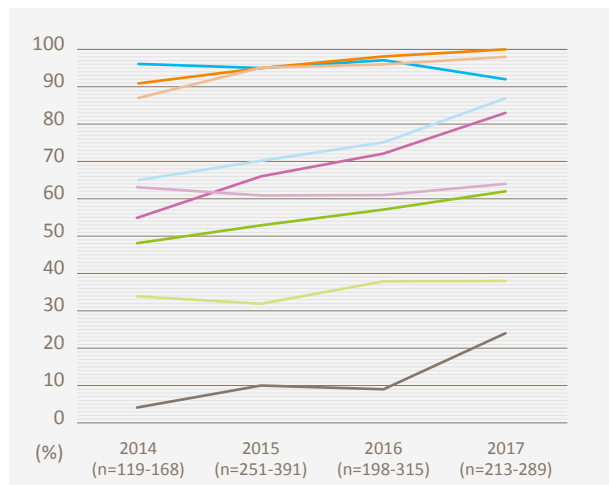
Anno 2017 is het digitaal versturen van een verwijzing naar een medisch specialist (100%) en een recept naar de apotheek

(89%) voor alle of vrijwel alle huisartsen mogelijk. Respectievelijk een derde en bijna een vijfde van de huisartsen kan een elektronische verwijzing versturen naar paramedici of een aanvraag doen voor huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging of verpleging voor een patiënt thuis. De helft van de huisartsen vindt dit laatste wel gewenst, maar kan het nog niet (56%) (zie tabel 7.14).

Figuur 7.6

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 2017.

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

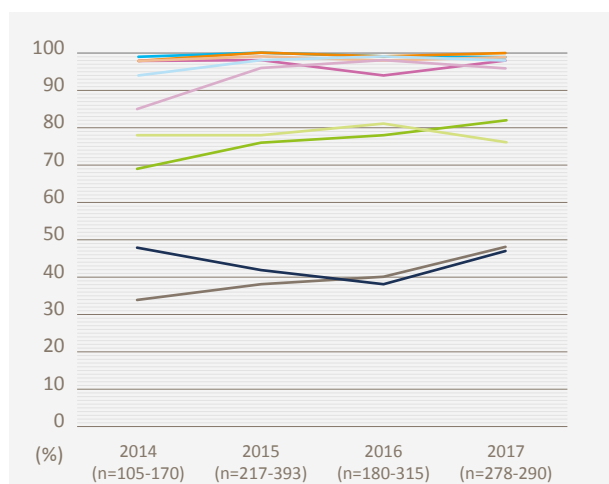


- Verwijzing naar een medisch specialist***
- Dossier naar een andere huisarts als de patiënt van huisarts wisselt***
- Recept naar een openbare apotheek*
- Aanvraag voor beeldvormende diagnostiek***
- Aanvraag voor laboratoriumdiagnostiek***
- Aanvullende informatie bij een verwijzing (bijvoorbeeld uitslagen van eerder onderzoek)
- Actueel medicatieoverzicht van patiënten naar een ziekenhuis*
- Verwijzing naar paramedici (fysiotherapeut, diëtist, psycholoog, e.d.)
- Aanvraag voor huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging of verpleging voor een patiënt thuis***

Figuur 7.7

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 2017.

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



- Rapport van de uitslag van beeldvormende diagnostiek
- Opnameberichten over mijn patiënt van een ziekenhuis
- Uitslag van laboratoriumonderzoek
- Ontslagbrief over mijn patiënt van een ziekenhuis
- Samenvatting van patiëntcontacten en behandeling uit avond-, nacht- en weekenddiensten (waarneming)*
- Dossier van de vorige huisarts bij nieuwe patiënten***
- Samenvatting van de behandeling van mijn patiënt in het ziekenhuis**
- Overzicht van de aan mijn patiënt verstrekte geneesmiddelen van de openbare apotheek
- Overzicht van ontslagmedicatie van mijn patiënt van een ziekenhuis**
- Beeldbestand van beeldvormende diagnostiek

Het percentage huisartsen dat de mogelijkheid heeft om gegevens te kunnen *ontvangen* van andere zorginstellingen of praktijken is sinds 2014 op enkele vlakken toegenomen. Zo kunnen steeds meer huisartsen samenvattingen ontvangen van de behandeling van een patiënt in het ziekenhuis (van 69% in 2016 naar 82% in 2017). Ook is het steeds vaker mogelijk om een overzicht van ontslagmedicatie van het ziekenhuis te ontvangen (van 34% in 2014 naar 48% in 2017) (zie figuur 7.7 en tabel 7.15).

In 2017 geeft 47% van de huisartsen aan dat het mogelijk is om een overzicht te ontvangen van ontslagmedicatie van een patiënt uit het ziekenhuis. 50% zegt dat dit nog niet mogelijk is, maar wel gewenst. Ruim één op de vijf huisartsen kan beeldbestanden van beeldvormende diagnostiek ontvangen. 27% kan het nog niet ontvangen, maar vindt dit wel wenselijk. 47% kan het niet en vindt het ook niet nodig (zie tabel 7.16).

Voor een indruk van de adequaatheid van informatie-uitwisseling in het algemeen maken we een onderscheid in de tijdigheid van de ontvangst en de aanwezigheid van alle relevante informatie. We zien dat vrijwel alle huisartsen de informatie regelmatig tijdig ontvangen. Ook zien we dat de gegevens net als vorig jaar regelmatig alle relevante informatie bevatten (tabel 7.17). Zeven op de tien (72%) huisartsen geven aan dat zij deze gegevens regelmatig elektronisch ontvangen en 28% geeft aan dat dit altijd zo is (zie tabel 7.18).

7.4.2 Gegevens versturen en ontvangen onder medisch specialisten

Sinds 2014 hebben medisch specialisten steeds vaker de mogelijkheid om elektronisch bepaalde informatie te *versturen*. Ten opzichte van vorig jaar is er een sterke toename in het kunnen versturen van een actueel medicatieoverzicht aan de huisarts bij ontslag van een patiënt (48% in 2016, 65% in 2017) alsook naar de openbare apotheek (34% in 2016, 46% in 2017) (zie figuur 7.8 en tabel 7.19).

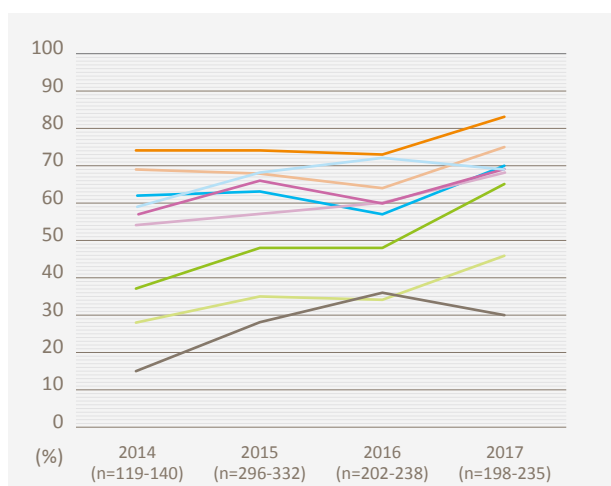
In 2017 kan een kwart van de medisch specialisten een recept digitaal naar een openbare apotheek sturen. De meerderheid (58%) van de medisch specialisten heeft deze mogelijkheid nog niet, maar vindt dit wel wenselijk. Vier op de tien medisch specialisten (43%) geven aan nog geen actueel medicatieoverzicht aan een openbare apotheek te kunnen versturen bij ontslag van een patiënt, terwijl zij dit wel wenselijk vinden (zie tabel 7.20).

Wat betreft het elektronisch kunnen *ontvangen* van informatie, zijn enkele trends waarneembaar. Twee vallen op door een sterke stijging ten opzichte van vorig jaar. De mogelijkheid voor medisch specialisten om digitaal een actueel medicatieoverzicht van de apotheek te ontvangen bij opname van een patiënt is verdubbeld (van 20% in 2016 naar 41% in 2017). Ook kunnen steeds meer medisch specialisten samenvattingen van patiëntcontacten uit de waarneming ontvangen (53% in 2016, 67% in 2017) (zie figuur 7.9 en tabel 7.21).

Figuur 7.8

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 2017.

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



- Ontslagbrief naar de huisarts van de patiënt*
- Opnameberichten aan de huisarts van een patiënt
- Samenvatting van behandeling aan de huisarts van de patiënt
- Recept naar een ziekenhuisapotheek
- Aanvraag voor laboratoriumdiagnostiek*
- Aanvraag voor beeldvormende diagnostiek*
- Actueel medicatieoverzicht aan een huisarts bij ontslag van een patiënt***
- Actueel medicatieoverzicht aan een openbare apotheek bij ontslag van een patiënt**
- Recept naar een openbare apotheek***

Elektronische dossiervoering en communicatie tussen zorgverleners

De helft van de medisch specialisten geeft in 2017 aan nog geen actueel medicatieoverzicht van een openbare apotheek te ontvangen bij opname van een patiënt, terwijl zij dit wel wenselijk vinden (49%) (zie tabel 7.22).

We vroegen medisch specialisten in hoeverre zij informatie bij opname van een patiënt tijdig ontvangen. Ruim de helft van de medisch specialisten (57%) geeft aan dat ze de informatie regelmatig tijdig ontvangt en 21% geeft aan dat dit altijd zo is. Meer medisch specialisten, ten opzichte van voorgaande jaren, geven aan dat de gegevens altijd alle benodigde *relevante informatie* bevatten (7% in 2016, 14% in 2017) (tabel 7.23). In 2017 geeft 15% van de medisch specialisten aan dat zij de gegevens *altijd* elektronisch ontvangen; 45% geeft aan dat dit *regelmatig* zo is (zie tabel 7.24).

7.5 Elektronische afstemming van zorg

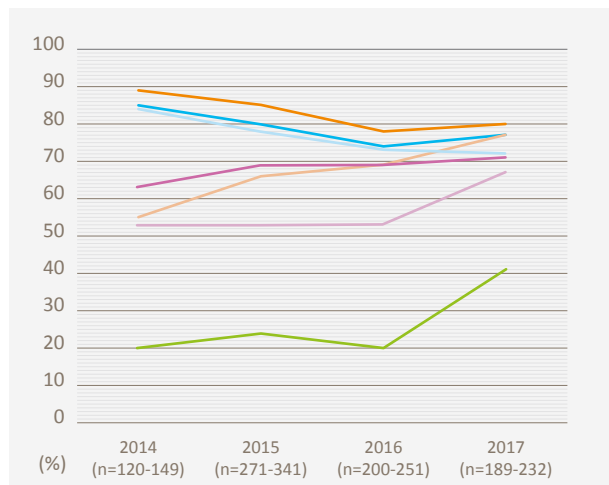
7.5.1 Huisartsen en medisch specialisten

Dit jaar vroegen we de artsen in hoeverre enkele aan EPD gerelateerde zaken bijdragen aan een gedeeld beeld over de patiënten. Dat wil zeggen: in hoeverre hebben alle betrokken zorgverleners dezelfde actuele en relevante informatie over een patiënt. Artsen kregen bijvoorbeeld de stelling in hoeverre het werken met hetzelfde EPD door alle zorgverleners in Nederland bijdraagt aan een gedeeld beeld over patiënten. Of in hoeverre dat geldt op het moment dat EPD-leveranciers openbaar maken op welke wijze andere systemen informatie met hun EPD kunnen uitwisselen; open API (application programming interface). We geven hier kort aan wat de belangrijkste resultaten zijn. In een aparte publicatie staan de resultaten uitgebreid beschreven⁷.

Figuur 7.9

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 2017.

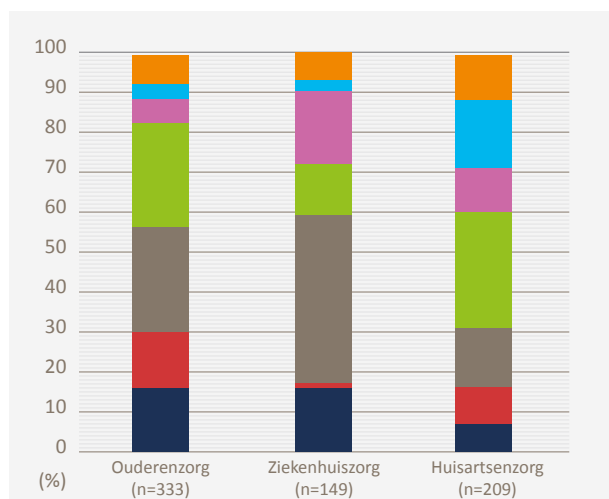
* $p \leq 0,05$;
** $p \leq 0,01$;
*** $p \leq 0,001$



- Uitslag van laboratoriumonderzoek*
- Verwijsbrief van een huisarts***
- Rapport van de uitslag van beeldvormende diagnostiek
- Beeldbestand(en) van beeldvormende diagnostiek*
- Actueel medicatieoverzicht van de (mijn) ziekenhuisapotheek
- Samenvatting van patiëntcontacten en behandeling uit avond-, nacht- en weekenddiensten**
- Actueel medicatieoverzicht van de openbare apotheek bij opname van een patiënt***

Figuur 7.10

Verpleegkundigen in de cure en ouderenzorg
- Percentage verpleegkundigen naar de wijzen waarop de zorg wordt afgestemd met personen buiten de organisatie, uitgesplitst naar ouderenzorg, ziekenhuiszorg en huisartsenzorg; in 2017.



- Elektronisch opstellen in gezamenlijk digitaal dossier
- Elektronisch opstellen m.b.v. automatisch inlezen vanuit het dossier; digitaal verzenden
- Elektronisch opstellen m.b.v. voor-gestructureerde tekst; digitaal verzenden
- Elektronisch opstellen m.b.v. eigen tekst typen; digitaal verzenden
- Elektronisch opstellen m.b.v. eigen tekst typen; op papier aan de cliënt n
- Schriftelijk opstellen in gezamenlijk papieren dossier
- Schriftelijk opstellen; op papier aan de cliënt

Huisartsen en medisch specialisten geven aan dat veel mogelijkheden gerelateerd aan het elektronisch uitwisselen van gegevens positief bijdragen aan een gedeeld beeld van patiënten. De meest positieve bijdrage zien ze in de vorm van informatie-uitwisseling volgens dezelfde standaarden; 85% van de artsen vindt dat dit (sterk) positief bijdraagt aan een gedeeld beeld. Hierna volgt het werken in hetzelfde EPD (zie tabel 7.25 en tabel 7.26). Acht op de tien medisch specialisten en driekwart van de huisartsen zouden het ook wenselijk vinden dat gerealiseerd gaat worden dat EPD's informatie uitwisselen volgens dezelfde standaarden (zie tabel 7.27).

7.5.2 Verpleegkundigen

Dit jaar vroegen we verpleegkundigen voor het eerst naar de afstemming van zorg met anderen. Met elektronische afstemming van zorg bedoelen we het gebruik van ICT-toepassingen om via een elektronische weg informatie over de zorg voor cliënten te delen met personen buiten de organisatie, of met hen te overleggen.

Elektronische afstemming is mogelijk bij ongeveer een derde van de verpleegkundigen in de ouderenzorg (36%) en ziekenhuiszorg (34%) (zie tabel 7.28). In de huisartsenzorg geeft 65% van de verpleegkundigen aan dat er elektronische afstemming plaatsvindt (zie tabel 7.28). In alle drie de sectoren vinden vrijwel alle verpleegkundigen dit noodzakelijk of wenselijk (91%-96%) (zie tabellen 6.5 tot en met 6.7). Figuur 7.10 geeft de volgens verpleegkundigen meest gebruikte manieren weer voor afstemming van zorg tussen verpleegkundigen en personen buiten de organisatie. Informatie wordt in de ouderenzorg en ziekenhuiszorg vaak nog op papier meegegeven (56% respectievelijk 59%); in de huisartsenzorg is dat 31% (zie tabel 7.29).

In de ouderenzorg vindt digitale afstemming voornamelijk plaats met huisartsen (46%) en mantelzorgers (41%). In de ziekenhuiszorg met name met huisartsen (38%) en met verpleegkundigen of verzorgenden buiten de eigen organisatie (39%). In de huisartsenzorg vindt de afstemming veelal plaats met medisch specialisten (72%) en diëtisten (71%) (zie tabel 7.30). Ongeveer de helft van de verpleegkundigen in de ouderenzorg en ziekenhuiszorg die digitaal zorg afstemmen, vindt dat ICT-toepassingen voor afstemming met anderen voldoende beschikbaar zijn en voldoende aandacht hebben van het management (varieert tussen 50%-57%). In de huisartsenzorg is dat 66% respectievelijk 65% van de verpleegkundigen (zie de tabellen 7.31 tot en met 7.33). In alle drie de sectoren vindt digitale

afstemming veelal plaats via het EPD (52%-58% van de verpleegkundigen die elektronisch afstemming hebben). In de huisartsenzorg wordt daarnaast veel gebruik gemaakt van een keteninformatiesysteem (78% van de verpleegkundigen die elektronisch afstemming hebben) of van speciale diensten voor gegevensuitwisseling zoals zorgmail (45% van de verpleegkundigen die elektronisch afstemming hebben) (zie tabel 7.34).

Verpleegkundigen in alle drie de sectoren vinden, ongeacht of zij wel of niet digitaal afstemmen, dat ICT-toepassingen voor afstemming met en overdracht naar andere zorgverleners zorgen voor een actueel beeld van de patiënt en voldoende informatie op het juiste moment geven. Ook geven de verpleegkundigen aan dat zij graag dergelijke ICT-toepassingen willen gebruiken (77%-89%). Een kleine groep geeft aan dat de leiding of het management niet voldoende aandacht heeft voor dergelijke ICT-toepassingen (13%-18%) (zie de tabellen 7.35 tot en met 7.37). In alle drie de sectoren verwacht 80%-92% dat ICT-toepassingen de kwaliteit en afstemming van de zorg beter maken. Tegelijkertijd verwacht een aanzienlijke groep verpleegkundigen (38%-43%) wel een toename van de administratieve last (zie de tabellen 7.38 tot en met 7.40).

7.6 Teleconsultatie en digitale consultgesprekken

Artsen kunnen elkaar op afstand, via het internet consulteren over bepaalde patiënten en de gedane waarnemingen. Sinds 2015 hebben we huisartsen gevraagd welke mogelijkheden er zijn voor teleconsultatie. 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 vroegen we of zij digitale consultgesprekken met andere zorgverleners binnen en/of buiten de instelling kunnen voeren, waarbij de zorgverleners elkaar kunnen zien via een videoverbinding. Net als in voorgaande edities van de eHealth-monitor kijken we voor de trendcijfers naar de artsen die al gebruikmaken van, of de mogelijkheid hebben om elektronisch informatie uit te wisselen ten opzichte van artsen die dit nog niet doen/kunnen en wel wenselijk vinden. Omwille van de leesbaarheid vermelden we dat in de tekst hierna niet meer apart.

7.6.1 Huisartsen

In 2017 zetten huisartsen teleconsultatie het meest in bij dermatologie (73%) en cardiologie (49%). Voor cardiologie, pulmonologie en psychische klachten zijn er bij ongeveer een

Elektronische dossiervoering en communicatie tussen zorgverleners

kwart van de huisartsen geen plannen om teleconsultatie te gaan gebruiken, terwijl deze groep dit wel zou willen (zie figuur 7.11 en tabel 7.41).

Het gebruik van teleconsultatie is ten opzichte van vorig jaar redelijk stabiel. Sinds vorig jaar is er een lichte toename in het gebruik van teleconsultatie bij pulmonologie; in 2016 was dit 41% en in 2017 48% (zie tabel 7.42). Van de huisartsen die aangaven dat zij teleconsultatie bij een ander specialisme toepassen, gaf een groot deel aan dit te doen met een nefroloog (telenefrologie).

7.6.2 Medisch specialisten

In 2017 kunnen nog weinig medisch specialisten digitale consultgesprekken voeren met psychiaters (3%) en huisartsen (2%). Vier op de tien medisch specialisten vinden het wel

gewenst om met een huisarts een digitaal consultgesprek te kunnen voeren. 26% wil dit met een psychiater kunnen. Ongeveer 30% tot 40% weet niet of hij digitale consultgesprekken wil voeren (zie figuur 7.12 en tabel 7.43). Tussen de jaren zien we nauwelijks verschillen. Alleen de mogelijkheid voor een digitaal consultgesprek met een specialist buiten de eigen instelling schommelt de afgelopen jaren tussen de 40% in 2015, 28% in 2016 en 33% in 2017 (zie tabel 7.44).

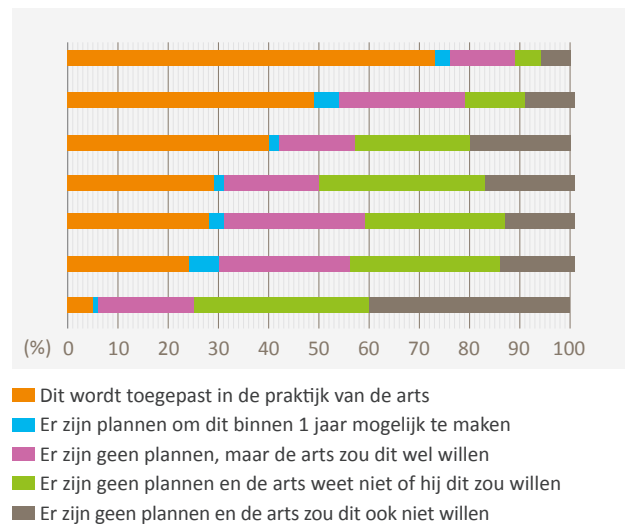
7.7 Conclusie en discussie

Elektronische dossiervoering wordt steeds breder toegepast in de werkprocessen van zorgverleners. Vrijwel alle artsen werken uitsluitend digitaal. Negen op de tien verpleegkundigen in de ziekenhuiszorg en huisartsenzorg werken met een

Figuur 7.11

Huisartsen - Percentage huisartsen dat in hun praktijk teleconsultatie gebruikt; in 2017 (n=286-290).

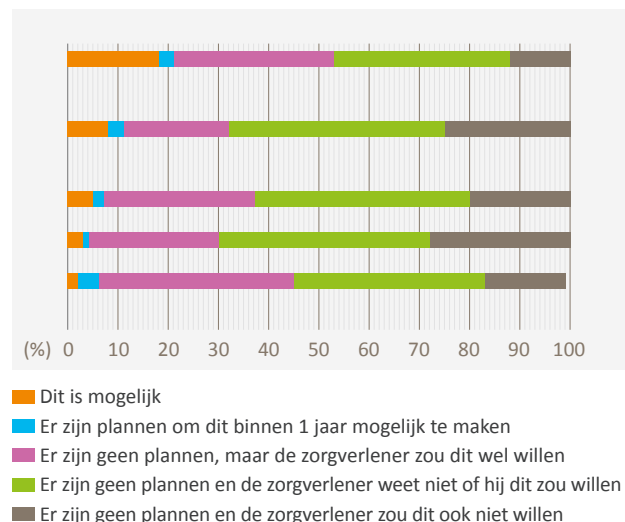
Teleconsultatie bij dermatologie
 Teleconsultatie bij cardiologie
 Teleconsultatie bij oogheelkunde
 Teleconsultatie bij andere specialismen
 Teleconsultatie bij pulmonologie
 Teleconsultatie bij psychische klachten
 Teleconsultatie bij radiologie



Figuur 7.12

Medisch specialisten - Percentage medisch specialisten dat op hun afdeling een digitaal consultgesprek kan voeren met de volgende zorgverleners waarbij men elkaar kan zien; in 2017.

Met een medisch specialist buiten de eigen zorginstelling
 Met een medisch specialist binnen de eigen zorginstelling
 Met een andere zorgverlener dan genoemd
 Met een psychiater
 Met een huisarts



elektronisch patiëntendossier. In de ouderenzorg is elektronische dossiervoering verdubbeld sinds 2014 (nu 62%). Een goede ontwikkeling, die verder gestimuleerd dient te worden. Immers, elektronische dossiervoering is een voorwaarde voor het digitaal kunnen uitwisselen van patiëntgegevens, bijvoorbeeld bij overdrachtsmomenten. Dit stelt zorgverleners in staat om, wanneer dat nodig is, te beschikken over de benodigde en meest actuele medische gegevens van de patiënt. Het ontbreken van relevante en tijdige patiëntinformatie bij medische beslissingen kan de patiëntveiligheid in het geding brengen⁸.

Hoewel huisartsen met meerdere instanties digitaal gegevens kunnen uitwisselen, is dit nog in veel mindere mate mogelijk met de dienst voor maatschappelijke ondersteuning bij de gemeente, de thuiszorg, wijkverpleegkundige of het verpleeghuis. Huisartsen geven aan dit wel wenselijk te vinden. Gemeenten zullen een steeds grotere rol gaan spelen in de lokale zorg en ondersteuning aan hun inwoners. Om die reden zullen huisartsen, de thuiszorg en instanties als de dienst voor maatschappelijke ondersteuning bij gemeenten vaker gaan samenwerken⁹. Adequate elektronische informatie-uitwisseling kan deze samenwerking op een efficiënte manier ondersteunen.

Digitale gegevensuitwisseling tussen medisch specialisten en andere zorgverleners en instellingen is nog niet altijd mogelijk, hoewel dit jaar wel een toename zichtbaar is. Een mogelijke verklaring voor het ontbreken van elektronische informatie-uitwisseling kan zijn dat medisch specialisten niet erg tevreden zijn over de huidige ICT-systemen hiervoor. Zo gaf bijna de helft van de medisch specialisten aan dat dergelijke systemen niet naar behoren werken. Op dit moment leggen zorgverleners nog in grote mate zorginformatie in verschillende systemen vast. De manier waarop dit gebeurt, is systeemeigen en vaak discipline georiënteerd. Hierdoor is gegevensuitwisseling niet altijd mogelijk¹⁰. Het is daarom belangrijk dat zorginformatie wel op een eenduidige wijze wordt vastgelegd. Initiatieven als Registratie aan de bron kunnen hiervoor zorgen (zie hoofdstuk 2 voor meer informatie)¹¹. Aangezien elektronische gegevensuitwisseling tussen ziekenhuis en apotheker of huisarts ook nog niet optimaal is, lijkt het relevant te onderzoeken op welke manier dergelijke partijen kunnen aansluiten bij dergelijke initiatieven. Een andere aanbeveling is om in te zetten op verbetering van de huidige ICT-systemen op de weg

naar adequate informatie-uitwisseling van medische gegevens. Het verdient aandacht na te gaan welke opties er zijn om bestaande mogelijkheden voor gestandaardiseerde elektronische informatie-uitwisseling te verbeteren. Dit gezien het belang van juiste en tijdige uitwisseling van gegevens voor patiëntveiligheid.

Verpleegkundigen in de ziekenhuiszorg en ouderenzorg dragen medische gegevens veelal nog op papier over. Dit lijkt inherent aan het type zorg dat zij leveren: aan bed dan wel in een thuissituatie waarbij ze niet direct beschikken over een computer. Toch vindt ruim 90% van de verpleegkundigen in deze twee sectoren het wel wenselijk of noodzakelijk dat er elektronische afstemming plaatsvindt. Zij verwachten daardoor bijvoorbeeld betere kwaliteit en afstemming van zorg. Er zijn digitale mogelijkheden voor afstemming in de markt. Een deel van de verpleegkundigen werkt daar ook al mee. Dat levert volgens hen positieve resultaten op. Zo vindt de meerderheid van de verpleegkundigen in het ziekenhuis dat overdrachten soepel verlopen en dat het informatiedeling met de belangrijkste andere betrokken zorgverleners mogelijk maakt. Er zijn echter ook verbeterpunten. Met name in de ouderenzorg: daar vindt een minderheid dat de huidige ICT-toepassingen voor overdracht in de zorg alle betrokken zorgverleners een actueel beeld geeft. Ook verwacht een deel van de verpleegkundigen dat de administratielast zal toenemen door het werken met ICT-toepassingen voor elektronische afstemming. Het uitwisselen van good practices kan helpen digitale afstemming verder uit te rollen. Ook kan geïnventariseerd worden waar verpleegkundigen, met name in de ouderenzorg, op het vlak van digitale afstemming van zorg baat bij hebben en hoe dit in de dagelijkse praktijk is in te bedden.

Er zijn veel positieve ontwikkelingen rondom medicatieoverdracht. Huisarts, apotheek en het ziekenhuis versturen en ontvangen in toenemende mate medicatieoverzichten. Er is echter nog wel ruimte voor verdere groei. De helft van de medisch specialisten gaf bijvoorbeeld aan geen actueel medicatieoverzicht te ontvangen van een openbare apotheek bij opname van een patiënt, terwijl zij dit wel wenselijk vinden. Verschillende onderzoeken bevestigen dat er op het gebied van medicatieveiligheid nog winst valt te behalen. Zo gaf ongeveer 45% van bijna 10.000 zorggebruikers aan dat zij wel eens hebben meegemaakt dat er fouten dreigden te ontstaan

Elektronische dossiervoering en communicatie tussen zorgverleners

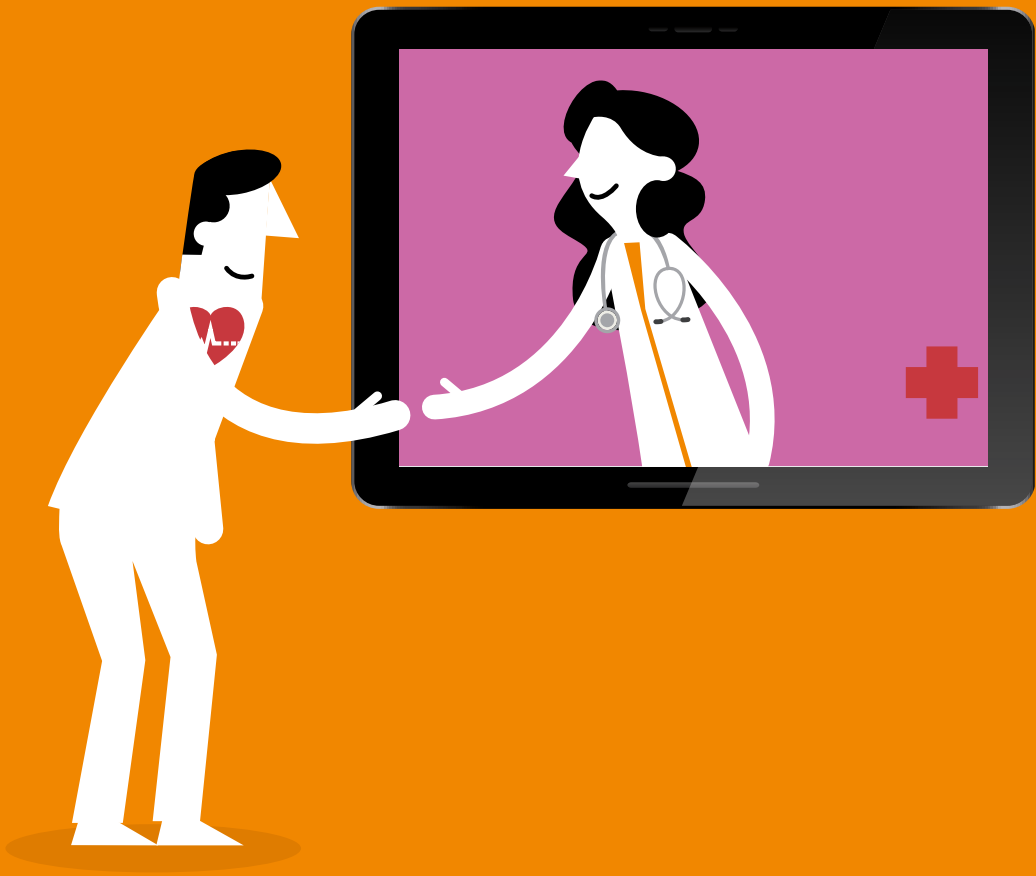
of daadwerkelijk ontstonden bij een huisarts, in een ziekenhuis of bij een zorginstelling¹². Dit ging vaak om verkeerd voorgeschreven medicatie of een foutief gestelde diagnose. Ook steeg het aantal vermijdbare geneesmiddelgerelateerde ziekenhuisopnames met een kwart tussen 2008 en 2013⁶. Onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) toont aan dat een medicatieoverzicht meestal wel beschikbaar is voor overdracht, maar niet altijd actueel blijkt te zijn. Ook gaat veel tijd verloren door het niet volledig overdragen van informatie of door niet op elkaar aansluitende systemen¹³. De IGZ benadrukt onder andere dat alle zorgverleners (en niet alleen de voorschrijvers) zich moeten vergewissen van de juistheid en het actueel zijn van de voorschriften en uit te reiken medicatie¹³. Niet alleen de IGZ heeft medicatieveiligheid als speerpunt. Medicatieveiligheid is een van de outcomedoelen van het Informatieberaad (zie hoofdstuk 2 voor meer informatie)¹⁴. Een goed voorbeeld van een programma dat betere vastlegging en uitwisseling van medicatiegegevens tussen zorgverlener en patiënt en tussen zorgverleners onderling kan faciliteren is de Informatiestandaard Medicatieproces¹⁵. Vanwege de landelijke aandacht voor medicatieveiligheid wordt verwacht dat medicatieoverdracht en elektronische uitwisseling van medicatiegerelateerde gegevens in de komende jaren zal verbeteren.

Tot slot zijn EPD's verder te verbeteren, gezien het relatief grote deel onder de artsen (met name medisch specialisten) dat niet helemaal tevreden is over de ICT-systemen voor elektronische informatie-uitwisseling. Mogelijk heeft dit te maken met het verschil in de mate waarin huisartsen en medisch specialisten zelf invloed hebben op ICT-gerelateerde keuzes. Wel zien beide groepen artsen in grote mate de voordelen van uitwisseling volgens dezelfde standaarden en de mogelijkheid dat alle huisartsen of alle medisch specialisten in hetzelfde EPD werken. Het is interessant om verder te onderzoeken hoe de verschillen tussen huisarts en medisch specialist te verklaren zijn. Daaraan gerelateerd valt veel te leren van artsen die dergelijke zaken op orde hebben en hierover tevreden zijn. Het is belangrijk om meer inzicht te krijgen in de knelpunten bij elektronische dossiervoering en communicatie, zodat het gebruik van EPD's kan worden geoptimaliseerd.

Referenties

1. NHG/LHV-Standpunt. (2010). *Het elektronisch huisartsen-dossier (H-EPD). Gegevensbeheer en gegevensuitwisseling*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap. Geraadpleegd op 30 juni 2017 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.
2. KNMG. (2010). *Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens*. Utrecht: KNMG. Geraadpleegd op 11 augustus 2017 op http://www.nvpc.nl/uploads/stand/64Richtlijnen_Omgaan_met_medische_gegevens.pdf.
3. 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.
4. 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 Weten-schappelijk Platform, 5(4), 35-57.
5. Van den Bemt, P., Egberts, T., Leendertse, A. (2006). *Hospital admissions related to medication (HARM). Een prospectief, multicenter onderzoek naar geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopnames*. Utrecht: Division of Pharmacoepidemiology & Pharmacotherapy, Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences.
6. Minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Erasmus MC, NIVEL, Radboudumc, PHARMO. (2017). *Eindrapport: Vervolgonderzoek Medicatieveiligheid*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
7. Sinnige, J., Van Lettow, B., Wouters, M., Swinkels, I. (2017). *Artsen zien het gebruik van standaarden als belangrijkste oplossing voor het realiseren van een gedeeld beeld van de patiënt*. Den Haag/Utrecht: Nictiz & NIVEL.
8. 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.
9. LHV. (2017). *Huisarts en gemeente*. Geraadpleegd op 11 augustus 2017 op <https://www.lhv.nl/uw-beroep/samenwerking/huisarts-en-gemeente>.

10. Hazelzet, J., Georgieva, P. (2013). *Registratie aan de bron. Visie op documentatie en gebruik van zorggegevens 2013-2020*. Utrecht: Nederlandse Federatie van Universitair medische centra.
11. Registratie aan de bron. (2017). *De kern van registreren aan de bron*. Geraadpleegd op 14 augustus 2017 op <https://www.registratieaandebron.nl/wat-is-registreren-aan-de-bron/de-kern-van-registreren-aan-de-bron/>.
12. Lekkerkerk, T., Van der Steen, J. (2015). *Rapport medicatie 'Veilige zorg'*. Utrecht: Patiëntenfederatie NPCF.
13. Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2016). *Veilig voorschrijven moet beter. Een gezamenlijke zorgbrede verantwoordelijkheid*. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
14. Informatieberaad. (2017). *Outcome doelen Informatieberaad*. Geraadpleegd op 2 augustus 2017 op <https://www.informatieberaadzorg.nl/publicaties/publicaties/2017/3/24/generieke-outcome-doelen-informatieberaad>.
15. Nictiz. (2017). *Medicatieproces*. Geraadpleegd 22 september 2017 op <https://www.nictiz.nl/projecten/medicatieproces>.





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 (voorzitter), Arina Burghouts, Jeroen Crasborn, Roland Friele, Lies van Gennip, Annemiek Mulder, Henk Herman Nap, Sjaak Nouwt, Inga Tharun en Renée Verwey.
- De volgende organisaties, voor hun bijdrage aan de begeleidingscommissie: Actiz, Artsenfederatie KNMG, Patiëntenfederatie Nederland, V&VN, Vilans, het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Zilveren Kruis en Zorgverzekeraars Nederland.
- De leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg en het Panel Verpleging & Verzorging, de leden van het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten, de deelnemers aan het KNMG-artsenpanel en de leden van de Landelijke Vereniging POH-GGZ. Zonder hun deelname was dit onderzoek niet mogelijk.
- De KNMG voor de inzet van het KNMG-artsenpanel en onderzoeksbureau MWM2 voor de praktische ondersteuning.
- Voor hun ondersteuning, inbreng en expertise: Michiel Noordanus van de KNMG; Lianne Rignoir, Audry Kenter en Esther Kersbergen van de Landelijke Vereniging POH-GGZ; Derek de Beurs, Kim de Groot, Monique Heijmans, Maj-Britt Inhulsen, Kim Out, Mieke Rijken en Anke de Veer van het NIVEL en Linda Dinkgreve, Peter Mooren en Johan Krijgsman van Nictiz.
- Voor al hun bijdragen aan de redactie en vormgeving van dit rapport: het communicatieteam van Nictiz, Katja Graven van Het Nederlands Tekstbureau, de medewerkers van No Panic communicatiemakers en Petra Gijzen van swirl grafische vormgeving voor de illustraties en infographic.
- Voor hun expertise en bijdrage aan de (door)ontwikkeling van de website voor de eHealth-monitor: Einfach (voorheen Media & More).
- Voor het mogelijk maken van dit onderzoek: het ministerie van VWS.

Bijlage

Bijlage A. Onderzoeksmethode

Om de onderzoeksvragen van deze eHealth-monitor te beantwoorden, maakten we gebruik van kwalitatief onderzoek onder zorggebruikers en een vragenlijstonderzoek. Het vragenlijstonderzoek is uitgevoerd onder verschillende doelgroepen in de zorg. Het doel was inzicht te krijgen in de beschikbaarheid van eHealth, het gebruik hiervan en in de ervaren effecten in de praktijk. Deze bijlage beschrijft de onderzoeksmethode.

Kwalitatief onderzoek onder zorggebruikers

In het kader van de eHealth-monitor is aan panelleden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) een vragenlijst gestuurd. In deze vragenlijst vroegen we zorggebruikers naar hun ervaringen met eHealth. We vroegen ze ook of zij deel wilden nemen aan een workshopdag over (online) contact met de zorgverlener. Daarop reageerden 104 panelleden positief. Uit deze groep zijn die leden opnieuw benaderd die het afgelopen jaar contact hebben gehad met een huisarts (n=84), om deel te nemen aan de workshopdag op 23 juni 2017. Hierop reageerden dertien leden positief. Uiteindelijk namen elf leden deel aan de workshopdag. Zeven van hen waren vrouw en de leeftijd varieerde van 28 tot 86 jaar. De workshopdag omvatte zes inhoudelijke sessies:

1. een associatieopdracht waarin de deelnemers vrijelijk associaties noemden bij het begrip eHealth;
2. een focusgroep aan de hand van open vragen over het online maken van een afspraak met de zorgverlener;
3. een focusgroep aan de hand van open vragen over e-consulten;
4. een 'value clarification'-opdracht over online inzage in de eigen medische gegevens. In deze opdracht gingen we na

welke eigen waarden en ideeën deelnemers hadden ten aanzien van de doelen van online inzage. En: welke factoren bijdragen aan het bereiken van dit doel of dit juist belemmeren;

5. een opdracht waarbij deelnemers rondom e-consulten en online inzage keuzes tussen tegenstrijdigheden moesten maken. Bijvoorbeeld: vinden ze het belangrijker dat inloggen makkelijk gaat of dat de toepassing veilig is;
6. een opdracht over de manieren waarop mensen geïnformeerd willen worden over de mogelijkheid van online contact met een zorgverlener.

De workshop is op hoofdlijnen in notulen samengevat. De gegevens zijn gebruikt om de resultaten uit het kwantitatieve onderzoek te ondersteunen.

Dataverzameling voor het vragenlijstonderzoek

Voor de eHealth-monitor van 2017 zijn, net zoals in de voorgaande jaren, vragenlijsten afgenomen onder zorggebruikers, artsen (huisartsen en medisch specialisten) en verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners. Dit jaar ondervroegen we voor de tweede keer ook specifiek praktijkondersteuners van de huisarts voor de geestelijke gezond-

Bijlage

heidszorg (POH's-GGZ). Daarnaast bevat de onderliggende editie de resultaten uit vragenlijstonderzoek onder chronisch zieken. In eerdere jaren presenteerden we deze resultaten in een aparte rapportage. Door de bevraging van deze doelgroepen geeft de eHealth-monitor inzicht in de care (thuiszorg, verzorgingshuizen en verpleeghuizen) en in de cure (ziekenhuizen en huisartsenpraktijken) vanuit het perspectief van zorgverleners én zorggebruikers.

Voor zorggebruikers, chronisch zieken en verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners is voor het vragenlijstonderzoek gebruikgemaakt van drie panels van het NIVEL: het Consumentenpanel Gezondheidszorg, het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten 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 is te verzamelen. Panelleden hebben immers aangegeven bereid te zijn tot deelname aan onderzoeken. Doorgaans is er daarom een hoge respons 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, 2015 en 2016, 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. Dit omdat panelleden van tevoren hebben aangegeven dat ze mee willen doen aan onderzoeken (zie tabel A-2).

Voor POH's-GGZ is net als vorig jaar contact gezocht met de landelijke vereniging POH-GGZ Nederland. Leden van de vereniging kregen een uitnodiging voor deelname per e-mail en via de verenigingswebsite.

Zorggebruikers

Voor de groep zorggebruikers is het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL gebruikt¹. Dit panel verzamelt informatie over meningen en ervaringen over de gezondheids-

Tabel A-1

Respons onder zorggebruikers in 2017.

Zorggebruikers	
Online respons	
Aantal verstuurd online uitnodigingen (n)	1002
Bezorging niet mogelijk (n)	-
Netto aantal deelname mogelijk (n)	995
Respondenten (n)	474
Respons (%)	48%
Schriftelijke respons	
Aantal verstuurd schriftelijke uitnodigingen (n)	498
Bezorging niet mogelijk (n)	-
Netto aantal deelname mogelijk (n)	505
Respondenten (n)	267
Respons (%)	53%
Totale respons (n)	741
Totale respons (%)	49%
Correctie voor oververtegenwoordiging hoger opgeleiden: aantal vragenlijsten bruikbaar voor analyses (n)	611

*7 respondenten zijn gewisseld van online naar schriftelijk

zorg onder de algemene bevolking in Nederland (kader A-1). Voor dit onderzoek zijn in maart 2017 uit een steekproef 1.500 panelleden benaderd. Dit gebeurde middels een schriftelijke of online vragenlijst, al naar gelang hun voorkeur. Respondenten die in eerste instantie nog niet hadden gereageerd, ontvingen respectievelijk één schriftelijke of twee online reminders.

Van de 1.500 benaderde panelleden reageerden 741 panelleden (49%) (tabel A-1). De steekproef was 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 34% van de mensen 18-39 jaar, 44% is 40-64 jaar en 23% is 65 jaar of ouder. Daarnaast is 49% man².

Hoogopgeleiden waren oververtegenwoordigd binnen de groep respondenten ten opzichte van de algemene bevolking in Nederland en voorgaande edities van de eHealth-monitor. Aangezien bekend is dat opleidingsniveau samenhangt met het gebruik van eHealth, hebben we hiervoor gecorrigeerd. Dit deden we door een aselechte steekproef te nemen uit de groep hoogopgeleide respondenten van dusdanige omvang. Hierdoor werd de verhouding hoogopgeleiden ten opzichte van laag- of middelbaaropgeleiden gelijk aan de gemiddelde verhouding in de eerdere vier edities van de eHealth-monitor. Deze correctie resulteerde in een databestand van 611

respondenten. Hiervan is 14% lager, 59% middelbaar en 28% hoger opgeleid.

Deze groep van 611 respondenten week naar geslacht en leeftijd iets af van de bevolking in Nederland van 18 jaar en ouder. Van de respondenten was 52% man en de gemiddelde leeftijd bedroeg 55 jaar. Om de verdeling van de respondende 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 0,65 tot 1,52 en werd alleen toegepast op vragen die de hele groep zorggebruikers moest beantwoorden. Vragen die aan subgroepen zijn gesteld, zijn niet gewogen.

Chronisch zieken en gehandicapten

Voor het onderzoek onder chronisch zieken en gehandicapten is gebruikgemaakt van het Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten (NPCG) van het NIVEL³. Dit panel verzamelt onder meer informatie over het gebruik van zorg en ondersteuning, de ervaringen daarmee en de behoefte daaraan (kader A-2). Voor de eHealth-monitor zijn in de reguliere voorjaarmeting van 2017 vragen opgenomen over het gebruik van eHealth-toepassingen die genoemd worden in de drie beleidsdoelstellingen van het ministerie van VWS⁴. Er zijn twee

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 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 65%. Onderwerpen voor de panelleden worden in overleg met de programmacommissie 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 Gezondheidszorg¹.

Bijlage

reminders verstuurd: na drie weken en na zes weken. Van de 3.982 benaderde panelleden reageerden 3.040 panelleden (76%) (tabel A-2).

De doelstellingen van het ministerie van VWS hebben betrekking op drie groepen:

- 1) chronisch zieken;
- 2) kwetsbare ouderen;
- 3) mensen die zorg en ondersteuning thuis ontvangen (vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning).

Deze doelgroepen overlappen elkaar voor een deel in deze peiling (6% overlap). Mensen die onder meerdere groepen vallen, hebben we in beide groepen gelaten. Deze tellen dus dubbel mee.

Chronisch zieken

Deelnemers aan het NPCG zijn zelfstandig wonende mensen uit de Nederlandse bevolking van 15 jaar en ouder, met een medisch gediagnosticeerde somatische ziekte en/of met langdurige matige tot ernstige lichamelijke beperkingen. De panelleden zijn geworven via huisartsenpraktijken en bevolkingsonderzoeken. In de huidige peiling is 53% van de respondenten vrouw, 38% is tussen de 15 en 64 jaar oud, 43% heeft een middelbare opleiding afgerond en 60% heeft meer dan één chronische aandoening. De percentages voor mensen met een chronische ziekte zijn, evenals bij de eerdere rapportages, geschat voor een gedefinieerde standaardpopulatie. Daardoor zijn gegevens over de jaren gebaseerd op eenzelfde populatie. De standaardpopulatie is bepaald op basis van alle nieuwe instromers met een chronische ziekte in het NPCG tussen 2005 en 2009. Daarbij zijn de gegevens van de panelleden op het moment van instroom meegenomen. De standaardpopulatie voor mensen met een chronische ziekte is gedefinieerd op basis van leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, het aantal chronische ziekten, en de aanwezigheid van een matige of ernstige lichamelijke beperking. Voor meer informatie hierover verwijzen we naar de referenties^{5,6}.

Kwetsbare ouderen

Met behulp van een aantal vragen in de reguliere voorjaarmeting van 2017 is vastgesteld welke mensen behoren tot de kwetsbare ouderen. Deze vaststelling is – net zoals in de vorige metingen – gebaseerd op een definitie van het Sociaal

Cultureel Planbureau (SCP)⁷ en items uit, of vergelijkbaar met, de Groningen Frailty Index⁸. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen fysieke kwetsbaarheid en psychosociale kwetsbaarheid. De fysieke kwetsbaarheid komt in het onderzoek tot uitdrukking in:

- polyfarmacie (het gebruik van vijf of meer medicijnen);
- ernstige lichamelijke, motorische, visuele en/of gehoorbeperkingen.

Bij de psychosociale kwetsbaarheid gaat het om sociale beperkingen (“ik mis mensen om me heen”) en psychische beperkingen (“altijd/meestal neerslachtig de afgelopen vier weken”). Wat betreft leeftijd legden we de ondergrens bij 65 jaar.

Als iemand op meer dan één van deze vier gebieden (1-polyfarmacie, 2-lichamelijke, motorische, visuele, gehoorbeperkingen, 3-sociale beperkingen, 4-psychische beperkingen) positief scoorde, is deze persoon meegeteld als kwetsbaar. Dat betrof 21% van de respondenten van 65 jaar en ouder (n=939). Van deze kwetsbare ouderen is 52% 75 jaar of ouder en 62% vrouw. Iets meer dan de helft (51%) van de mensen heeft ten minste drie chronische aandoeningen. Om de gegevens over de jaren heen te kunnen vergelijken, zijn de resultaten van 2017 op leeftijd en geslacht gewogen naar de samenstelling van de steekproef in 2015. Dit is op dezelfde wijze gedaan zoals in het Doelstellingenrapport van 2016⁵.

Mensen die zorg en ondersteuning thuis ontvangen

In dit rapport worden ook resultaten beschreven voor mensen (met een chronische aandoening en/of een lichamelijke beperking) die zorg en ondersteuning thuis ontvangen. Deze mensen zijn geselecteerd op basis van zelfgerapporteerde informatie over het ontvangen van hulp bij het huishouden, begeleiding gericht op behoud en/of verbetering van de zelfredzaamheid en hulp bij persoonlijke verzorging en wijkverpleging vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Deze informatie is ook bevraagd in de reguliere voorjaarmeting van 2017. Iets minder dan de helft (47%) van de respondenten die zorg en ondersteuning thuis ontvangen, is 75 jaar en ouder. Ruim twee derde (68%) is vrouw en 44% heeft drie of meer chronische aandoeningen. Om de gegevens over de jaren heen te kunnen vergelijken, zijn de resultaten van 2017 op leeftijd en geslacht gewogen naar de samenstel-

Tabel A-2

Respons onder mensen met een chronische ziekte of beperking in 2017.

Chronisch zieken en gehandicapten	
Online respons	
Aantal verstuurde online uitnodigingen (n)	1533
Bezorging niet mogelijk (n)	9
Netto aantal deelname mogelijk (n)	1524
Respondenten (n)	1132
Respons (%)	74%
Schriftelijke respons	
Aantal verstuurde schriftelijke uitnodigingen (n)	2419
Bezorging niet mogelijk (n)	7
Netto aantal deelname mogelijk (n)	2412
Respondenten (n)	1882
Respons (%)	78%
Telefonische respons	
Aantal verstuurde uitnodigingen (n)	46
Bezorging niet mogelijk (n)	0
Netto aantal deelname mogelijk (n)	46
Respondenten (n)	26
Respons (%)	57%
Totale respons (n)	3040
Totale respons (%)	76%

Kader A-2. Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten

Het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG) is een landelijk representatief panel van ruim 4.000 zelfstandig wonende mensen uit de Nederlandse bevolking van 15 jaar en ouder, met een medisch gediagnosticeerde somatische ziekte en/of met langdurige matige of ernstige lichamelijke beperkingen (<https://www.nivel.nl/nl/panels/nationaal-panel-chronisch-zieken-en-gehandicapten-0>). De panelleden worden geworven via huisartsenpraktijken op basis van een door een arts gestelde diagnose van een chronische somatische ziekte. Panelleden met lichamelijke beperkingen worden geworven via bevolkingsonderzoeken, waaronder het Aanvullend Voorzieningsgebruik Onderzoek van het SCP, het Woning Behoeftte Onderzoek en WoON-onderzoek (ministerie van VROM) en het Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLs, CBS). Panelleden van het NPCG ontvangen twee tot drie keer per jaar een vragenlijst. Deze vragenlijsten worden schriftelijk of online verzonden en in een enkel geval telefonisch afgenomen. Panelleden kunnen zelf hun voorkeur aangeven. Het NPCG valt onder het onderzoeksprogramma 'Monitor zorg- en leefsituatie van mensen met een chronische ziekte of beperking' dat wordt gefinancierd door de ministeries van VWS en Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Voor de monitor is een programmacommissie ingesteld. In deze commissie zitten vertegenwoordigers van beide ministeries, het Sociaal Cultureel Planbureau en Leder(in). Meer informatie over het panel is te vinden in het Jaarverslag van het onderzoeksprogramma 'Monitor zorg- en leefsituatie van mensen met een chronische ziekte of beperking' (https://www.nivel.nl/sites/default/files/jaarverslag_2015.pdf).

Bijlage

ling van de steekproef in 2015. Dit is op dezelfde wijze gedaan zoals in het Doelstellingenrapport van 2016⁵.

Artsen

Voor de ondervraging van de artsen zijn artsen van het KNMG-artsenpanel gevraagd. Dit panel bestond ten tijde van het onderzoek uit 3.053 artsen die lid zijn van de KNMG. In totaal zijn 870 huisartsen en 1.415 medisch specialisten benaderd. Net als in 2016 zijn de psychiaters niet als aparte groep benaderd. De artsen kregen in maart 2017 een online vragenlijst toegestuurd en er zijn twee herinneringen verzonden. Van de benaderde panelleden vulden 304 huisartsen en 388 medisch specialisten de vragenlijst in. In totaal zijn 290 huisartsen (netto respons 33%) en 246 medisch specialisten (netto respons 17%) meegenomen in de analyses (zie tabel A-3).

Niet meegenomen in de analyses zijn artsen die aangaven dat ze in het afgelopen jaar niet in de praktijk werkzaam waren. Medisch specialisten die naar eigen zeggen in het afgelopen jaar niet betrokken waren bij de diagnose en/of behandeling van patiënten, zijn eveneens uitgesloten van de analyses. Van de medisch specialisten werd ten slotte een aantal specialismen uitgesloten van de analyses. Deze specialisten hadden een specialisme waarop 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 niet helemaal representatief naar geslacht. In de groep zitten iets minder mannen in vergelijking met de landelijke verdeling qua geslacht van huisartsen⁹. De groep is ook niet helemaal representatief naar leeftijd. Zo zijn huisartsen onder de 35 jaar iets ondervertegenwoordigd (6% ten opzichte van 9% in de populatie) en huisartsen boven de 50 oververtegenwoordigd (60% ten opzichte van 46% in de populatie). Omdat de steekproef niet significant afwijkt ten opzichte van de steekproeven van 2016 en 2015 en omdat de variabelen leeftijd en geslacht weinig van invloed waren op de resultaten, is ervoor gekozen net als in voorgaande jaren geen weging toe te passen.

De steekproef van *medisch specialisten* is representatief naar geslacht. De groep is niet representatief naar leeftijd. De medisch specialisten tussen de 35 en 50 jaar zijn ondervertegenwoordigd (30% ten opzichte van 52% in de populatie). Ook is de groep niet representatief naar specialisme. Wat betreft specialisme zijn de medisch specialisten in te delen in drie categorieën. Enerzijds zijn er de medisch specialisten die werkzaam zijn in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (ZBC). Zij zijn op te delen in poort- en niet-poortspecialisten. Poortspecialisten zijn de medisch specialisten naar wie een patiënt wordt verwezen voor zorg en die een zorgtraject kan starten. Te denken valt aan cardiologen, internisten en bijvoorbeeld dermatologen. Niet-poortspecialisten, zoals pathologen en anesthesiologen, zijn ondersteunende medisch specialisten die medisch specialistische handelingen uitvoeren voor een zorgtraject van een poortspecialist¹⁰. 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 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 (onderverdeeld naar poort-, niet-poortspecialisten, verpleeghuis-/revalidatiecentraspecialismen en overig) blijkt het volgende. In vergelijking met de landelijke groep specialisten is voornamelijk de groep medisch specialisten werkzaam in een verpleeghuis/revalidatiecentrum (bijvoorbeeld een specialist ouderengeneeskunde) oververtegenwoordigd in de steekproef. Daarom is gewogen op basis van deze vier categorieën en dat leidde tot redelijke weegfactoren. Hierbij is vooral de oververtegenwoordiging van ouderengeneeskunde enigszins gecompenseerd. We hebben een weging toegepast met weegfactoren variërend van 0,6 tot 1,7.

Vanwege de waargenomen verschillen op basis van leeftijd en specialisme keken we in hoeverre deze twee factoren afzonderlijk en gezamenlijk de resultaten beïnvloeden. Als op basis van specialisme wordt gewogen, heeft een aanvullende weging op leeftijd nauwelijks invloed meer. Evenals in 2015 en 2016 is daarom ook dit jaar besloten om alleen op specialisme te wegen. Hierdoor zijn de resultaten over de verschillende jaren goed te vergelijken. Door de weging van

de medisch specialisten naar specialismen is het aantal specialisten in de analyses verhoogd naar 253.

Verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners

Voor ondervraging van de verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners is gebruikgemaakt 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 evenals begeleiders in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking.

In totaal zijn 1.734 panelleden online uitgenodigd voor deelname aan het onderzoek. Er zijn twee herinneringen verstuurd: na één en twee weken. Van de benaderde panelleden vulden 950 deelnemers de vragenlijst in (bruto respons 55%). De nauwelijks ingevulde vragenlijsten zijn verwijderd evenals de vragenlijsten ingevuld door panelleden die niet meer werkzaam zijn in de zorg. Dit leidde tot 928 vragenlijsten (netto respons 54%; tabel A-4).

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

Tabel A-3

Respons onder huisartsen en medisch specialisten.

	Huisartsen	Medisch specialisten
Aantal verstuurde uitnodigingen (n)	870	1415
Bezorging niet mogelijk (n)	0	0
Netto aantal deelname mogelijk (n)	870	1415
Respondenten (n)	304	388
Bruto respons (%)	35%	27%
Was volgens eigen opgave afgelopen jaar niet werkzaam in de praktijk (n)	12	101
In het afgelopen jaar niet betrokken bij diagnose of behandeling van patiënten en/of vraagstelling niet van toepassing voor specialisme (n)	2	41
Netto respons (n)	290	246
Netto respons (%)	33%	17%

Tabel A-4

Respons onder verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners.

Verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners	
Aantal schriftelijk verstuurde uitnodigingen (n)	1.734
Bezorging niet mogelijk (n)	7
Aantal deelname mogelijk (n)	1.727
Bruto respons (n; %)	950 (55%)
Niet meer werkzaam als verpleegkundige (n)	8
Nauwelijks ingevuld (n)	14
Netto respons (n; %)	928 (54%)
Behoort niet tot de specifieke doelgroep (werkzaam in geestelijke gezondheidszorg of onbekend)	216
Aantal vragenlijsten bruikbaar voor analyses (n)	712

Bijlage

geestelijke gezondheidszorg of in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking lieten we, omwille van de vergelijkbaarheid met 2014 - 2016, in dit rapport buiten beschouwing. Deelnemers van wie de sector onbekend was, zijn ook niet meegenomen. Uiteindelijk kwamen we uit op een aantal van *712 verpleegkundigen* die zijn meegenomen in de analyses. Er zijn aparte factsheets verschenen over het gebruik van eHealth in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en de geestelijke gezondheidszorg^{11,12}.

Van de deelnemende verpleegkundigen is 7% man. Ter vergelijking, in een landelijke referentiegroep was dit 10%¹³. De gemiddelde leeftijd bedraagt 51 jaar, de jongste is 25 jaar en de oudste 72 jaar. Vooral de groep van 55-65 jaar is oververtegenwoordigd in vergelijking met een landelijke referentiegroep. In deze peiling is dit 41% tegenover 18% landelijk¹³.

Bijna een kwart (22%) van deze deelnemers werkt in een algemeen of academisch ziekenhuis. Eén op de vijf deelnemers werkt in een verzorgings- of verpleeghuis (20%), 28% werkt in de zorg thuis en 30% werkt als praktijkondersteuner of

praktijkverpleegkundige in een huisartsenpraktijk of gezondheidscentrum. In vergelijking met 2015 en 2016 zijn er in de peiling van 2017 in verhouding minder verpleegkundigen werkzaam in de zorg thuis (41% in 2016). Het percentage praktijkondersteuners van de huisarts in 2017 is juist hoger dan in voorgaande jaren (8% in 2016). De verhouding ziekenhuiszorg/huisartsenzorg is hierdoor veranderd. Daarom rapporteren we in 2017 de resultaten apart voor de ziekenhuiszorg en huisartsenzorg. Hier is niet gekozen voor een weging, omdat dit zou leiden tot verlies aan gegevens. Bovendien doet apart rapporteren beter recht aan de verschillen tussen deze disciplines in type zorg en type patiënten. De verhouding thuiszorg/intramurale ouderenzorg binnen de care was in 2016 61%/39% en is nu 58%/42%.

POH-GGZ

De afgelopen jaren is het aantal POH's-GGZ gegroeid. Er zijn beperkte gegevens over de aantallen en kenmerken van POH's die werkzaam zijn in Nederland. Naar schatting waren er in 2016 tussen de 2.500 tot 5.200 POH's-GGZ werkzaam¹⁴. Ander onderzoek gaat uit van zo'n 960 werkzame POH's-GGZ¹⁵. In overleg met de Landelijke Vereniging POH-GGZ is een

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 via het UWV aselechte steekproeven te trekken van werkenden in de gezondheidszorg. Hierdoor heeft het panel een landelijke dekking. 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 is te maken.

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 om een vragenlijst in te vullen. Dit invullen gebeurt voornamelijk via internet. Eén 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.

vragenlijst ontwikkeld en uitgezet onder leden van de vereniging POH-GGZ. De complete POH-vragenlijst voor de monitor is eerst getoetst onder POH's-GGZ op duidelijkheid en correctheid. Begin 2016 kregen alle 745 leden per e-mail een uitnodiging voor deelname aan het online onderzoek. Daarnaast is een link naar de online vragenlijst op de leden-website geplaatst. Ook is een herinnering verstuurd. In totaal hebben 228 leden gerespondeerd. Er waren drie POH's-GGZ die te weinig vragen hadden beantwoord om mee te nemen in de analyses.

In totaal zijn er 225 POH's-GGZ meegenomen in de analyses; een netto respons van 30%. Hiervan is 87% vrouw. De gemiddelde leeftijd is 50 jaar; 9% is jonger dan 36 jaar, 33% is tussen de 36 en 50 jaar, en 58% is ouder dan 50 jaar.

Driekwart van de POH's-GGZ geeft aan een erkend POH GGZ-certificaat te hebben. Het grootste deel van de deelnemers heeft een opleidingsachtergrond als Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (28%) en 19% heeft een masteropleiding Psychologie afgerond. Bijna de helft geeft aan in dienst te zijn van een huisartsenpraktijk (48%), 28% is gedetacheerd vanuit een GGZ-instelling, 6% is gedetacheerd vanuit een zorggroep en 11% geeft aan gedetacheerd te zijn vanuit een andere organisatie. Vrijwel alle POH's-GGZ gaven aan dat zij eMental Health hadden ingezet (98%). De resultaten van de vervolgvragen – over het gebruik, het aanbod en de inzet – zijn daarom alleen beschreven voor de groep die eMental Health heeft ingezet (n=219).

Het is onbekend of de steekproef representatief is voor deze doelgroep binnen de Nederlandse bevolking. Eerder is 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) is nagenoeg gelijk aan de peiling van de vereniging¹⁵.

Er is een aanwijzing dat er sprake is van een licht positieve selectie-*bias* met betrekking tot eHealth onder de POH's-GGZ. 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 NIVEL¹ gevraagd naar het gebruik van e(Mental) Health. Hierbij werd een percentage gevonden van 83%. Dit ligt iets lager dan in onze responsgroep, waarin we 98% vonden.

Selectie van eHealth-toepassingen

Voor het vragenlijstonderzoek onder zorggebruikers is een brede selectie gemaakt van eHealth-toepassingen. 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 een online afspraak maken) en niet zozeer om het specifieke product dat hij gebruikt. Verder is voor de vergelijkbaarheid tussen groepen van deelnemers van het onderzoek zo veel 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 opnieuw 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. Dit jaar is voor het eerst gevraagd naar toepassingen om zorg af te stemmen met anderen en het gebruik van digitale dubbele medicatiecontrole. De nadruk is, net zoals in de voorgaande jaren, 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).

Ook voor de vragenlijst onder de artsen is gekozen om te vragen naar generieke technologische toepassingen die momenteel in de huisartsenpraktijk of in de zorginstelling te gebruiken zijn. Denk hierbij aan online een afspraak maken, het aanraden van een medische app, of telemonitoring. Daarnaast komen elektronische dossiervoering en elektronische gegevensuitwisseling aan bod. Dit jaar is dieper ingegaan op de houding van artsen ten opzichte van online contact. Ook is gevraagd naar toepassingen om de zorg af te stemmen met anderen. Net als bij de vragenlijst onder verpleegkundigen,

¹ Dit onderzoek ging niet specifiek over eHealth.

Bijlage

verzorgenden en praktijkondersteuners ligt de nadruk op functionaliteit die in het primaire zorgproces relevant is.

Voor de vragenlijst onder POH's-GGZ is gevraagd naar verschillende eHealth-toepassingen die bruikbaar zijn 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 een online module die al dan niet met face-to-face gesprekken te combineren is. 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). Dit jaar is dieper ingegaan op de criteria voor het wel of niet inzetten van eMental Health-toepassingen en in hoeverre het huidige aanbod geschikt is voor de doelgroep.

Analyses en betrouwbaarheid

Voor de analyses van de vragenlijsten onder zorggebruikers en verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners maakte het NIVEL gebruik van STATA, versie 14.2. De vragenlijsten onder artsen en POH's-GGZ zijn door Nictiz geanalyseerd met behulp van SPSS, versie 23.0. 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, logistische of ordinale 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 hierbinnen 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 heeft tot internet, dan kunnen we met 95% zekerheid stellen dat het juiste cijfer voor de hele populatie ligt tussen 87% en 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 43% en 57%. Ter illustratie laat tabel A-5 voorbeelden zien van 95%-betrouwbaarheidsmarges van gemeten percentages bij verschillende aantallen deelnemers.

Ten slotte hebben niet alle benaderde mensen op de vragenlijst gereageerd. De netto respons bedroeg:

- 76% onder het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten;
- 49% onder het Consumentenpanel Gezondheidszorg;
- 54% onder verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners;
- 33% onder huisartsen;
- 17% onder medisch specialisten;
- 30% onder POH's-GGZ.

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

1. Brabers, A., Reitsma-van Rooijen, M., De Jong, J. (2015). *Consumentenpanel Gezondheidszorg: basisrapport met informatie over het panel*. Utrecht: NIVEL.

Tabel A-5

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%

2. CBS bevolkingcijfers (stand 1 januari 2016). <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=-7461bev&D1=0&D2=a&D3=a&D4=l&HDR=G3,T&ST-B=G1,G2&VW=T>.
3. NIVEL. (2017). *Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten*. Geraadpleegd op 31 augustus 2017. <https://www.nivel.nl/nl/panels/nationaal-panel-chronisch-zieken-en-gehandicapten-0>.
4. 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.
5. 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.
6. Jansen, D., Spreeuwenberg, P., Heijmans, M. (2012). *Ontwikkelingen in de zorg voor chronisch zieken 2012*. Utrecht: NIVEL.
7. Van Kampen, Ch. (red.) (2011). *Kwetsbare ouderen*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
8. Steverink, N., Slaets, J.P.J., Schuurmans, H., van Lis, M. (2001). *Measuring frailty: development and testing of the Groningen Frailty Indicator (GFI)*. *The Gerontologist*, 412, special issue 1, 236-237.
9. Van Hassel, D.T.P., Kasteleijn, A., Kenes, R.J. (2016). *Cijfers uit de registratie van huisartsen peiling 2015*. Utrecht: NIVEL.
10. Nederlandse Zorgautoriteit. (2013). *Beleidsregel BR/CU 2108 Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
11. Swinkels, I., De Jong, J., Wouters, M., De Veer, A. (2017). *Steeds meer zorgverleners in de ouderenzorg gebruiken eHealth-toepassingen*. Utrecht/Den Haag: NIVEL & Nictiz.
12. Out, K., Swinkels I., Sinnige, J., De Veer, A. (2017). *Grote kloof tussen behoefte aan en gebruik van digitale dubbele medicatiecontrole. Het gebruik van eHealth in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking in 2015 en 2017*. Utrecht & Den Haag: NIVEL & Nictiz.
13. De Veer, A.J.E., Francke, A.L. (2009). *Ervaringen met verpleegkundigen en verzorgenden met nieuwe technologie in de zorg. Resultaten van de peiling onder de leden van het Panel Verpleging en Verzorging*. Utrecht: NIVEL.
14. Van Hassel, D., Batenburg, R., Van der Velden, L. (2016). *Praktijkondersteuners (POH's) in beeld: Aantallen, kenmerken en geografische spreiding in Nederland*. Utrecht: NIVEL.
15. Van Es, M., Nicolaï, L. (2015). Hoe gaat het met de praktijkondersteuner-ggz? *Tijdschrift voor praktijkondersteuning*, 2, 42-48.

Bijlage

Bijlage B. Lijst van afkortingen

AMC	Academisch Medisch Centrum
API	Application programming interface
BgZ	Basisgegevensset Zorg
BSN	Burgerservicenummer
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
COPD	Chronic obstructive pulmonary disease (chronische obstructieve longziekte)
DigiD	Digitale Identiteit
ECD	Elektronisch cliëntendossier
ECP	Platform voor Informatiesamenleving
eID	Elektronisch identiteitsbewijs
EPD	Elektronisch patiëntendossier
EU	Europese Unie
FMS	Federatie Medisch Specialisten
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
HA	Huisartsenzorg
HBO	Hoger Beroepsonderwijs
HIS	Huisartsinformatiesysteem
ICT	Informatie- en communicatietechnologie
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
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
mHealth	Mobile Health
MKB	Midden- en kleinbedrijf
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NIVEL	Nederlands Instituut voor onderzoek van de Gezondheidszorg
NPCG	Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
PGO	Persoonlijke gezondheidsomgeving
POH	Praktijkondersteuner huisarts
POH-GGZ	Praktijkondersteuner huisarts voor de geestelijke gezondheidszorg
POLS	Permanent Onderzoek Leefsituatie
R&D	Research and Development
RVO	Rijksdienst voor Ondernemend Nederland
RVS	Raad voor Volksgezondheid en Samenleving
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
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
VROM	Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer
VUmc	VU medisch centrum
VVT	Verpleeg-, verzorgingshuizen en thuiszorg
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
WRR	Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
ZBC	Zelfstandig behandelcentrum
ZH	Ziekenhuiszorg
ZIB	Zorginformatiebouwsteen
ZIN	Zorginstituut Nederland
ZKN	Zelfstandige Klinieken Nederland
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

Colofon

Auteurs:

Myrah Wouters
Ilse Swinkels
Judith Sinnige
Judith de Jong
Anne Brabers
Britt van Lettow
Roland Friele
Lies van Gennip

Begeleidingscommissie:

Guus Schrijvers (voorzitter)
Arina Burghouts (Patiëntenfederatie Nederland)
Jeroen Crasborn (Zilveren Kruis)
Annemiek Mulder (Actiz)
Henk Herman Nap (Vilans)
Sjaak Nouwt (KNMG)
Inga Tharun (VWS)
Renée Verwey (V&VN)

Bij dit rapport horen een losse tabellenbijlage, de tabellenbijlage eHealth-monitor 2017, en een infographic met een verkort overzicht van de resultaten.

Dit is een uitgave van Nictiz en het NIVEL
Den Haag en Utrecht, november 2017
©Nictiz en het NIVEL

Vormgeving en productie:

Einfach – Creatief design bureau
No Panic Communicatiemakers
swirl grafische vormgeving – illustraties

ISBN:

978-90-820304-9-5

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