



eHealth-monitor

E-health in verschillende snelheden

eHealth-monitor 2018

E-health in verschillende snelheden

eHealth-monitor 2018

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

Dit is een uitgave van Nictiz en het Nivel
Den Haag en Utrecht, november 2018
©Nictiz en het Nivel

Voorwoord	6	Hoofdstuk 4	61
De eHealth-monitor 2018 in vogelvlucht	9	Gemak en service voor zorggebruikers	
Transformatie van de zorg	9	4.1 Inleiding	62
E-health: verschillende snelheden	10	4.2 Online contactmogelijkheden tussen zorggebruikers en zorgverleners	62
Kernresultaten 2018	13	4.3 Conclusie en discussie	66
Aanbevelingen voor beleidsmakers en belangengroepen	17	Hoofdstuk 5	71
eHealth-doelstellingen ministerie van VWS	23	Zelfmanagement en Persoonlijke Gezondheidsomgevingen	
Inleiding	29	5.1 Inleiding	72
1.1 Vraagstelling en indeling van e-health toepassingen	30	5.2 Online zelfmanagement	72
1.2 Onderzoeksmethode	32	5.3 Gebruik van een persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO)	75
1.3 Leeswijzer	32	5.4 Conclusie en discussie	76
1.4 Toelichting op enkele gebruikte termen	32	Hoofdstuk 6	81
Hoofdstuk 2	35	Begeleiding en ondersteuning op afstand	
Beleid, vaardigheden en vertrouwen		6.1 Inleiding	82
2.1 Inleiding	36	6.2 Gebruik van internet in het directe patiëntencontact	83
2.2 Visie en beleid van de zorgorganisatie op het vlak van e-health	37	6.3 Telemonitoring	83
2.3 Digitale vaardigheden	38	6.4 Beeldbellen	85
2.4 Conclusie en discussie	40	6.5 Toezichhoudende technieken	85
Hoofdstuk 3	45	6.6 Digitale medicatieondersteuning	86
Online inzage in het medisch dossier		6.7 Zorgrobots	87
3.1 Inleiding	46	6.8 Conclusie en discussie	88
3.2 Online inzagemogelijkheden in het medisch dossier	46	Hoofdstuk 7	93
3.3 Gebruik van online inzage	49	Elektronische communicatie tussen zorgverleners	
3.4 Wenselijkheid, ervaringen en verwachtingen	49	7.1 Inleiding	94
3.5 Vertrouwen rondom online inzage	52	7.2 Elektronische dossiervoering	95
3.6 Verantwoordelijke partijen voor online inzage	53	7.3 Elektronische informatie-uitwisseling met andere zorgverleners	95
3.7 Conclusie en discussie	56	7.4 Digitaal meekijkconsult	97
		7.5 Conclusie en discussie	97
		Dankwoord	101
		Bijlagen	102
		Bijlage A. Onderzoeksmethode	102
		Bijlage B. Lijst van afkortingen	109

Met enige trots presenteren we u de zesde eHealth-monitor. Het resultaat van bijna een jaar samenwerking tussen onze organisaties, maar vooral ook met onze begeleidingscommissie. In die begeleidingscommissie denken deskundigen van belangengroepen voor patiënten en zorgaanbieders, verzekeraars, kenniscentra en VWS met ons en onze onderzoekers mee over de vraagstellingen en de duiding van de onderzoeksgegevens. En vervolgens over hoe we die gegevens vertalen in een rapport. Een rapport dat is bedoeld voor de Tweede Kamer, maar dat zich inmiddels ook heeft ontwikkeld als naslagwerk voor ontwikkelaars, financiers, beleidsmakers en onderzoekers die actief zijn op het gebied van e-health.

Overall kunnen we positief zijn. De Nederlandse zorg is - meer dan in andere landen - gedigitaliseerd en er gebeurt in Nederland relatief veel op het gebied van e-health. Soms vinden we digitalisering zelfs zo gewoon dat we het inmiddels geen e-health meer noemen. Niet voor niets gaven we eerdere eHealth-monitors de titel 'Verder dan je denkt' (2013) en 'Tussen vonk en vlam' (2015) mee. Maar, het is ook waar dat een aantal e-health toepassingen nog niet breed wordt gebruikt. Patiëntportalen bieden meer mogelijkheden aan patiënten om regie te kunnen nemen in hun zorgproces, maar hun daadwerkelijke regie in het reguliere zorgproces staat nog in de kinderschoenen. Het digitaliseren van zorgprocessen kan het overschrijven en dus de registratielast terugdringen, maar in de praktijk ervaren zorgprofessionals juist meer registratielast. E-health blijkt geen haarlemmerolie voor

verbetering van de zorg, maar hoogstens een tool die – mits goed werkend en inpasbaar – kan bijdragen om zorgprocessen beter, efficiënter of veiliger te maken.

De titel van deze monitor verwijst naar de verschillende snelheden die we zien in de toepassing van e-health. We zien de afgelopen jaren een consistente toename van het gebruik van e-health binnen het professionele domein. Het gaat dan vooral om het gebruik van elektronische patiëntendossiers in ziekenhuizen – huisartsen werken in Nederland al langer papierloos – en om een gestage toename in de elektronische en de gestandaardiseerde uitwisseling van patiëntgegevens. We zien ook een consistente toename van e-health toepassingen door zorggebruikers, zonder tussenkomst van een zorgverlener. Veel mensen zoeken informatie over hun gezondheid op internet of ze gaan na of ze met een bepaald probleem het beste naar hun huisarts kunnen stappen.

Daar waar een e-health toepassing de inzet vraagt van zowel zorgprofessionals als zorggebruikers, gaat opschaling langzamer. Zelfs bij een relatief eenvoudige toepassing als het elektronisch aanvragen van herhaalrecepten zien we beperkt gebruik door zorggebruikers (18%), terwijl 88% van de huisartsen deze mogelijkheid wel aanbiedt. Als herhaalrecepten ook via de 'oude' manier kunnen worden aangevraagd, ervaren zorggebruikers kennelijk niet de urgentie om over te stappen op de nieuwe werkwijze. Op het gebied van medicatieveiligheid wordt bijvoorbeeld de urgentie van goede informatie-uitwisseling - door zorgverleners en door

zorggebruikers - juist weer wel breed ervaren. Toch blijkt onvoldoende informatie-uitwisseling een belangrijk punt van aandacht. In dit geval is dat te wijten aan de complexiteit van het uitwisselingsproces en de hoeveelheid aan betrokken spelers. Er is geen regisseur die ervoor kan zorgen dat de route en de inhoud van informatie-uitwisseling voor iedereen duidelijk is.

De voortgang in ontwikkeling en de toepassing van e-health wordt maar in zeer beperkte mate bepaald door technische mogelijkheden. Factoren die bijdragen moeten meer worden gezocht in een gevoel van urgentie, het zien van de meerwaarde van e-health en de mogelijkheid én bereidwilligheid om processen te kunnen veranderen. Deze aspecten bepalen – los van elkaar en in interactie – de snelheid van de ontwikkeling en toepassing van e-health.

Met onze monitor houden we de vinger aan de pols en krijgen we steeds meer inzicht waar, maar vooral ook hoe, e-health kan bijdragen aan betere zorg en gezondheid.

*Dr. Lies van Gennip, directeur/bestuurder Nictiz
Prof. dr. ir. Roland Friele, adjunct-directeur Nivel*



De eHealth-monitor 2018 in vogelvlucht

Transformatie van de zorg

Het leveren van zorg in een digitaal tijdperk kent steeds meer mogelijkheden. In de zorg kunnen internet en technologie (e-health; zie box 1) zorgverleners helpen bij de verbetering van het zorgproces. Meer en meer toepassingen ondersteunen zorggebruikers¹ op het gebied van preventie en een gezonde leefstijl. Ook biedt e-health steeds meer mogelijkheden voor het omgaan met chronische aandoeningen en de mogelijkheid om samen met de zorgverlener beslissingen te nemen over de zorg of de behandeling.

Moderne technologie maakt zorg op afstand mogelijk en kan zelfmanagement bevorderen^{1,2}. Druk op de zorg (zie box 2) vraagt om een andere manier van werken waarbij het gebruik van e-health voor belangrijke

oplossingen kan zorgen. Maar deze ontwikkelingen kennen ook uitdagingen. Zo zijn er soms zorgen dat de technologie de menselijke kant van de zorgverlening gaat vervangen³. Ook ontbreekt vaak overtuigend bewijs dat e-health toepassingen de gewenste effecten hebben op de gezondheid en de gezondheidszorg. Niet voor niets komt het voor dat sommige, nieuwe e-health toepassingen opkomen en na verloop van tijd ook weer verdwijnen. Het succesvol inzetten en gebruiken van e-health is dan ook niet vanzelfsprekend^{2,4,5}. Zoals we in de voorgaande edities van de eHealth-monitor al zagen, is dit een veranderproces dat verder gaat dan enkel het implementeren van nieuwe technologieën^{2,6}. We kunnen tegenwoordig wel stellen dat effectieve en doelmatige inzet van e-health een *transformatie* binnen de zorg vergt.

¹ 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. Als we in dit rapport spreken over mensen met een chronische aandoening bedoelen we mensen die zelf aangaven diabetes mellitus, COPD, astma of een cardiovasculaire aandoening te hebben.

Box 1 E-health en de eHealth-monitor

- E-health definiëren we in de eHealth-monitor als de toepassing van zowel digitale informatie als communicatie om de gezondheid en de gezondheidszorg te ondersteunen en/of te verbeteren.
- De eHealth-monitor is een jaarlijks terugkerend onderzoek, waarin Nictiz en het Nivel de beschikbaarheid en het gebruik van e-health in Nederland in kaart brengen. Daarbij wordt ook gekeken naar stimulansen, belemmeringen, effecten en ontwikkelingen in de tijd. De eHealth-monitor wil hiermee bijdragen aan een duurzame en doelgerichte inzet van e-health.
- De resultaten van deze monitor zijn gebaseerd op vragenlijsten ingevuld door 774 leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg, 580 artsen en 660 verpleegkundigen.

Box 2 E-health en de zorg van de toekomst

De kwaliteit en de bereikbaarheid van de gezondheidszorg in Nederland zijn goed. Toch zijn er meerdere ontwikkelingen die er voor zorgen dat de gezondheidszorg anders moet worden georganiseerd⁷. Door de toenemende vergrijzing stijgen de zorgvraag en de zorgkosten. Tegelijkertijd dreigt een tekort van 100 - tot 125 duizend medewerkers in de zorg in 2022⁸. De totale zorgkosten, die momenteel al hoog zijn, zullen in de komende jaren verder groeien⁹. Er wordt beleid ingezet om deze vraagstukken het hoofd te kunnen bieden, bijvoorbeeld op het gebied van meer persoonsgerichte zorg¹⁰, uitkomstgerichte zorg¹¹ en zelfmanagementondersteuning¹². Ook de toepassing van e-health wordt gezien als een oplossing voor deze vraagstukken¹².

Dit hoofdstuk beschouwt en beschrijft de belangrijkste resultaten en sluit af met aanbevelingen. Box 3 reflecteert op een aantal beleidsontwikkelingen in relatie tot de eHealth-monitor.

E-health: verschillende snelheden

Op basis van de resultaten uit de eHealth-monitor 2018 concluderen we dat het transformatieproces, dat nauw verweven lijkt met de digitalisering van de zorg, verschillende snelheden kent. We zien de meeste beweging als we kijken naar toepassingen die worden ingezet voor en door zorgverleners, zoals het gebruik van elektronische patiëntendossiers en uitwisseling van medische gegevens tussen zorgverleners. Ook zien we beweging bij zorggebruikers zelf, als er geen directe relatie is met de zorgverlener. We zien minder beweging wanneer we kijken naar toepassingen waar zorgverlener en zorggebruiker beiden een rol hebben, de meerwaarde onduidelijk is, gevoel van urgentie mist of wanneer het bestaande proces complexer wordt of moet veranderen - bijvoorbeeld omdat de toepassing een andere inrichting van het zorgproces vraagt.

Toenemend gebruik van toepassingen voor en door zorgverleners

E-health toepassingen die worden gebruikt binnen het

professionele domein, zoals het elektronisch patiëntendossier, ondersteunen in beginsel het bestaande zorgproces. Deze toepassingen worden vaak ook gebruikt in het declaratieproces met de zorgverzekeraars. Dit maakt dat het gebruik van deze e-health toepassingen als nuttig, urgent of zelfs noodzakelijk wordt ervaren. Dit lijkt bij te dragen bij aan de mate waarin deze worden gebruikt. Elektronische patiëntendossiers zijn inmiddels gemeengoed in de meeste zorgsectoren. Artsen en verpleegkundigen in de huisartsen- en ziekenhuiszorg wisselen de elektronische patiëntgegevens ook steeds vaker op een gestandaardiseerde wijze uit. De urgentie is hier ook duidelijk omdat zorgverleners in het zorgproces behoefte hebben aan goede, betrouwbare, tijdige en efficiënte informatie. Dit draagt bij aan de patiëntveiligheid². Een aandachtspunt is dat de uitwisseling van patiëntgegevens op lokaal niveau wel stijgt maar dat deze nog steeds laag is. Het is belangrijk dat deze uitwisseling verder toeneemt, omdat de zorg steeds meer dichtbij de patiënt wordt georganiseerd.

Goed gebruik toepassingen voor de zorggebruikers zelf, los van de zorgverlener

In veel gevallen geldt dat toepassingen die zorggebruikers kunnen gebruiken zonder tussenkomst van een zorgverlener, vaker worden gebruikt ten opzichte van voorgaande jaren. Dit geldt vooral voor toepassingen die makkelijk zijn in te passen in de dagelijkse activiteiten. Zo wordt internet regelmatig gebruikt om informatie op te zoeken over ziekte en behandeling of om na te gaan of men met een bepaald probleem naar de huisarts moet. Daarnaast geven steeds meer zorggebruikers aan dat ze digitaal hun lichamelijke activiteit bijhouden. Dat gaat tegenwoordig eenvoudig omdat veel smartphones deze functie bieden. Toepassingen waar zorggebruikers meer moeite voor moeten doen, worden minder gebruikt. Voorbeelden hiervan zijn het zelf meten en bijhouden van gegevens over de gezondheid. Hierbij spelen ook andere factoren een rol, zoals de doelmatigheid van de toepassing. Het meten en bijhouden van gezondheidsgegevens kan inzicht geven in de gezondheid of specifiek de aandoening. Soms hebben zorggebruikers uitleg en begeleiding nodig om dit inzicht te krijgen. Hierbij kunnen ook de digitale gezondheidsvaardigheden van de gebruiker een rol spelen. Maar ook de behoefte om te begrijpen wat je overkomt als zorggebruiker en daar zelf wat aan te willen doen.

Trage beweging als zorgverleners en zorggebruikers samen aan zet zijn

Bij e-health toepassingen die vanuit het professionele domein worden ingezet en waarbij een (inter)actieve rol voor de zorggebruiker is weggelegd, gaat de verandering trager. Zo zien we dat huisartsen en medisch specialisten vaker gemaksdiensten aanbieden, zoals het digitaal aanvragen van een herhaalrecept. Dit is ook relatief makkelijk aan te bieden omdat de leveranciers van de informatiesystemen dit veelal inbouwen. Bovendien heeft een aantal gemaksdiensten weinig impact op het huidige zorgproces of bieden de diensten directe meerwaarde voor zorgverleners, zoals een efficiënter proces. Maar wanneer we naar het gebruik door zorggebruikers kijken, zien we dit jaar alleen een kleine toename in gebruik van de diensten die door medisch specialisten worden aangeboden. Voor het grootste deel is dit te

wijten aan onbekendheid met de mogelijkheden bij de zorggebruikers.

Nog een stapje verder gaat het monitoren op afstand van patiëntgebonden gegevens, zoals zelfmetingen, door zorgverleners. Hierin wordt een nieuwe rol van zowel de zorggebruiker (proactieve zorgconsument) als van de zorgverlener (coach) verwacht en het is dan ook niet verrassend dat het gebruik hiervan nog laag is.

Toepassingen die een interactieve samenwerking van de zorgverlener en van de zorggebruiker vragen in het zorgproces lijken dus trager van de grond te komen. Ook al is de inzet van de toepassing gewenst door een van beide partijen. Zo zien we geen toename van de inzet van medicijndispensers en telemonitoring, ondanks dat veel zorgverleners dit wel wenselijk vinden. Wanneer de wenselijkheid of het gevoel van

Box 3 Beleidsgerelateerde doelen en thema's op het gebied van e-health

In 2014 formuleerde Minister van VWS Edith Schippers drie doelstellingen die binnen vijf jaar moeten zijn gerealiseerd¹³. Deze doelstellingen hebben betrekking op online inzage in medische gegevens, het meten van gezondheidswaarden (in combinatie met monitoring op afstand), en beeldbellen en domotica.

De doelstellingen uit 2014 staan niet op zichzelf. Sindsdien hebben zich verschillende andere bewegingen voorgedaan. In 2016 heeft het Informatieberaad, een bestuurlijke samenwerking tussen deelnemers uit het zorgveld en het ministerie van VWS, vier outcome-doelen vastgesteld¹⁴. Deze doelen zijn medicatieveiligheid, patiënt centraal, gestandaardiseerde informatie-uitwisseling en eenmalig vastleggen van gegevens. De outcome-doelen geven richting aan programma's, projecten en activiteiten binnen de zorg.

In 2018 kreeg e-health in meerdere Kamerbrieven de aandacht^{bijv12,15}. Daarnaast verscheen het rapport 'De juiste zorg op de juiste plek' van de Taskforce – bestaande uit onafhankelijke experts uit het zorgveld. De essentie van 'De juiste zorg op de juiste plek' is volgens de Taskforce: het voorkomen van (duurdere) zorg, verplaatsen van zorg (dichterbij mensen thuis) en het vervangen van zorg (door

andere zorg zoals e-health)⁷. De visie van de Taskforce en de bouwstenen die de Taskforce aanreikt, zijn expliciet meegenomen in de nieuwe Hoofdlijnenakkoorden van het ministerie van VWS met veldpartijen¹⁵.

De eHealth-monitor versus dit beleid

Afgelopen jaren hebben Nictiz en Nivel de voortgang op het gebied van de drie doelstellingen van VWS gemonitord. In de eHealth-monitor van 2018 ligt de nadruk op verdieping: extra onderzoek vond plaats naar online inzage en naar de randvoorwaarden die bijdragen aan succesvolle implementatie van e-health. Om die reden is dit jaar niet expliciet onderzocht in welke mate de eHealth-doelstellingen uit 2014 zijn behaald. Op basis van de onderzoeksresultaten van dit jaar kunnen we wel op hoofdlijnen iets zeggen over de voortgang van deze doelstellingen. Zie hiervoor het hoofdstuk eHealth-doelstellingen ministerie van VWS. We refereren daarnaast op verschillende plekken in dit rapport aan de outcome-doelen, aan kamerbrieven, het rapport van de Taskforce en de Hoofdlijnenakkoorden.

De eHealth-monitor 2018 in vogelvlucht

noodzaak voor een of beide partijen laag is en het een verandering van het zorgproces vraagt, zien we dat toepassingen nauwelijks van de grond komen. Dit is bijvoorbeeld het geval bij beeldbellen in de ouderen- en huisartsenzorg.

Het bij elkaar brengen van twee werelden – die van de zorggebruiker en die van de zorgverlener – vraagt tijd en verandering. Mogelijk zelfs een verstoring van de bestaande verhoudingen. Om dat voor elkaar te krijgen is een gevoel van urgentie nodig. Zo zien we dat de huidige problemen op de arbeidsmarkt (zie box 2) een dergelijke noodzaak voor verandering in het zorgproces met zich meebrengen. In dit verband is het interessant om te constateren dat er sprake is van een toename op het gebied van toezichthoudende technieken. Wanneer de urgentie op meer gebieden wordt gevoeld, bijvoorbeeld op het gebied van informatievoorziening voor de patiënt, dan kan dit een positief effect hebben op de beweging. In de veranderende zorgwereld is het van belang dat zowel de zorggebruikers als de zorgverleners worden gefaciliteerd om de kansen te kunnen benutten maar daarnaast ook om de uitdagingen het hoofd te kunnen bieden.

Online inzage

Het doel van online inzage in medische gegevens is dat patiënten een beter overzicht hebben van de status van hun gezondheid, wat uiteindelijk moet leiden tot (meer) eigen regie op gezondheid. Door meer inzicht in de eigen gezondheidsgegevens kan ook meer verantwoordelijkheid worden genomen voor de eigen gezondheid¹⁶. Een persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) gaat nog een stap verder en zou een hulpmiddel moeten zijn om grip te houden op de eigen gezondheidsdata. Online inzage en PGO's zijn ontwikkelingen die om een nieuwe rol van zowel de zorggebruiker als de zorgverlener vragen. Verandering gaat dus tijd en investeringen kosten. Hoeveel tijd hangt af van verschillende facetten, zoals de mate van wenselijkheid, verwachte effecten en daadwerkelijk gebruik. Wat

betreft een PGO staan we nog aan de vooravond van een verandering. Het MedMij-programma^{II} loopt nog, er zijn nog niet veel PGO's beschikbaar en de communicatie richting het grote publiek moet nog plaatsvinden. Hier liggen dan ook vooral kansen.

Discussies over online inzage worden al langer gevoerd. Zorgen, onbekendheid en gebrek aan vertrouwen zowel bij artsen als bij zorggebruikers maken dat het gebruik van online inzage maar langzaam groeit. Wel zien we dat het aanbod van patiëntportalen in ziekenhuizen sterk groeit¹⁷. Dit wordt aangemoedigd door de doelstellingen van VWS, de outcome-doelen van het Informatieberaad en het Versnellingsprogramma informatie-uitwisseling patiënt en professional (VIPP^{III})^{13,14,18}. In de huisartsenzorg zien we nauwelijks toename in het aanbod, maar dat volgt mogelijk naar aanleiding van het Ontsluiten Patiëntgegevens uit de Eerstelijnszorg in Nederland (OPEN) programma^{IV}.

De eerste ervaringen met online inzage zijn voorzichtig positief¹⁹. Maar het vraagt meer vertrouwen, duidelijkheid over verantwoordelijkheden en mogelijkheden, een andere rol van zorgverleners en zorggebruikers en andere zorgprocessen om online inzage en PGO's een waardevolle plek in de zorg te geven. Om dit te kunnen realiseren, is het belangrijk om de zorgen van alle partijen serieus te nemen²⁰ en blijvend de dialoog met elkaar te voeren. Door online inzage in co-creatie op te pakken met zorgverleners, zorggebruikers, ICT-leveranciers en onderzoekers kunnen de diverse belangen, meningen en ervaringen centraal staan in de ontwikkeling van een voor alle partijen bruikbaar en aantrekkelijk patiëntportaal of PGO. Voorop staat het uiteindelijke doel: het voeren van eigen regie op gezondheid door de zorggebruiker.

Randvoorwaarden

Zoals gesteld hebben de verschillende snelheden van implementatie van e-health toepassingen te maken met het proces van transformatie: het gaat hier niet alleen

om digitalisering van het zorgproces, maar ook – in meer of mindere mate - om de verandering van het zorgproces zelf. Dat vraagt om duidelijkheid over doel en doelgroep: waarom, wat en voor wie². Daarnaast zijn er nog andere randvoorwaarden. Dit jaar onderzochten we er enkele: visie en doelstellingen (als onderdelen van beleid), digitale vaardigheden en vertrouwen.

Uit ons onderzoek blijkt dat er niet altijd een visie bekend is onder zorgverleners, met name in de ziekenhuis- en ouderenzorg. In alle sectoren geeft een minderheid van de zorgverleners aan dat er concrete doelstellingen zijn geformuleerd over het gebruik en de inzet van e-health in de eigen organisatie. Dit is een punt van aandacht: gebrek aan kennis en aan informatie over de mogelijkheden en de doelen kan ertoe leiden dat het draagvlak voor de inzet van digitale zorgtoepassingen laag is en dat medewerkers zich onzeker voelen over de inzet van e-health. Om vergelijkbare redenen is het belangrijk om zorggebruikers vanaf het begin te betrekken en hun wensen en behoeften ten aanzien van het zorgproces als uitgangspunt te nemen. In een derde tot de helft van de onderzochte sectoren worden zorggebruikers betrokken bij de inzet van e-health. Betrokkenheid bij de inzet van e-health verhoogt de kans dat de toepassing of de dienst aansluit bij hun behoeften en het daardoor meer wordt gebruikt²¹.

Als we kijken naar digitale (gezondheids)vaardigheden zien we dat zorggebruikers met een hoger opleidingsniveau en hogere digitale gezondheidsvaardigheden de meeste e-health toepassingen eerder benutten dan zorggebruikers met een lager opleidingsniveau of lagere vaardigheden. En dat terwijl deze laatste groep vaak een minder goede gezondheid heeft en juist baat kan hebben bij extra zorgtoepassingen²². Daar komt bij dat twee derde van de mensen met een chronische aandoening moeite heeft om de betrouwbaarheid van gezondheidsinformatie te bepalen. In lijn met het recente advies van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) lijkt het dan ook belangrijk om extra aandacht te hebben voor de groepen met de grootste gezondheidsachterstand en het gezondheidspotentieel centraal te stellen²³.

Zorgverleners voelen zich in het algemeen digitaal vaardig. Echter, voor hen is er nog een slag te slaan op het vlak van kennis over de beschikbare en de meest geschikte e-health toepassingen voor zorggebruikers. Uit de eHealth-monitor 2017 bleek dat verpleegkundigen, met name in de ouderenzorg en in de huisartsenzorg, het als hun taak zien om zorggebruikers te informeren over en te begeleiden bij het gebruik van e-health². Dat kan alleen als zij voldoende kennis hebben over de mogelijkheden en weten hoe en bij wie zij dit kunnen inzetten. Het is daarom belangrijk om verpleegkundigen, maar ook om andere zorgverleners, te informeren over de mogelijkheden en te ondersteunen bij het gebruik ervan.

De laatste onderzochte randvoorwaarde is vertrouwen. Een meerderheid van de zorgverleners zegt vertrouwen te hebben in (nieuwe) technologie. In relatie tot online inzage zien we dat het vertrouwen - in veilig gebruik en in de vaardigheden en het begrip van zorggebruikers – nog vaak tekort schiet. Hiervoor concludeerden we al dat de zorgen van alle partijen serieus moeten worden genomen en dat kennis over (nieuwe) technologie en de toepassing hiervan van belang is. Daar komt bij dat het van belang is te werken aan bewustwording en vertrouwen, onder meer door het opdoen van ervaring. Alleen dan kan het aanbieden van doelmatige e-health toepassingen vanzelfsprekend worden.

Kernresultaten 2018

Randvoorwaarden e-health: beleid, vaardigheden en vertrouwen (hoofdstuk 2)
Zorgverleners in ziekenhuis- en ouderenzorg vaak niet op de hoogte van visie en doelstellingen organisatie

Bijna de helft van de verpleegkundigen in de ouderen- en ziekenhuiszorg en vier op de tien medisch specialisten weet niet of er een visie binnen hun zorgorganisatie is over het gebruik en de inzet van digitale zorgtoepassingen. Tussen de twee vijfde en drie vijfde van de zorgverleners in deze sectoren geeft aan niet te weten of er concrete doelstellingen zijn geformuleerd in de eigen organisatie over het gebruik en de inzet van e-health. In de huisartsenzorg zien we een ander beeld: hier is meer

II MedMij, een collectief van partijen in de zorg, ontwikkelt voor PGO's een afsprakenstelsel. In dit stelsel worden eisen gesteld aan PGO's en aan de manier waarop informatie wordt uitgewisseld met de ICT-systemen van zorgaanbieders. Zie hoofdstuk 5 voor meer informatie.

III Het VIPP programma moet ervoor zorgen dat patiënten in 2020 digitaal toegang hebben tot de eigen gegevens bij het ziekenhuis.

IV Programma van brancheorganisaties InEen, LHV en NHG met als doel huisartsen(praktijken) en eerstelijnsorganisaties te ondersteunen en te ontzorgen bij het digitaal beschikbaar stellen van medische gegevens aan patiënten.

De eHealth-monitor 2018 in vogelvlucht

dan de helft van de huisartsen en verpleegkundigen in de huisartsenzorg^V op de hoogte van de visie van de organisatie op e-health.

De meerderheid van de zorgverleners die wel op de hoogte is van de visie, geeft aan dat hun organisatie bereid is om tijd en geld te steken in nieuwe ontwikkelingen en dat ze openstaan voor nieuwe e-health toepassingen. In alle sectoren geeft een minderheid van de zorgverleners aan dat patiënten worden betrokken bij de inzet van nieuwe e-health toepassingen.

Visie en doelstellingen: de belangrijkste resultaten

- Bij 55% van de huisartsen en 44% van de medisch specialisten is de visie van de zorgorganisatie op het gebruik en de inzet van digitale zorgtoepassingen bekend. Ook bij 35%-39% van de verpleegkundigen in de ouderen- en ziekenhuiszorg is de visie van de organisatie hierop bekend.
- 54% van de verpleegkundigen in de ouderenzorg en 61% van de verpleegkundigen in de ziekenhuiszorg weet niet of er doelstellingen zijn geformuleerd over de inzet en het gebruik van e-health. In de huisartsenzorg betreft dit 38%.
- Patiënten worden volgens 48% van de medisch specialisten, 30% van de huisartsen en 31% van de verpleegkundigen in de ouderenzorg betrokken bij de inzet van nieuwe e-health toepassingen.

Digitale vaardigheden en kennis: de belangrijkste resultaten

- 63% van de zorggebruikers vindt het vrij tot zeer moeilijk om de betrouwbaarheid van gezondheidsinformatie te bepalen.
- 33%-35% van de artsen geeft aan te weten welke technologie past bij de zorgvraag van een patiënt. Onder verpleegkundigen ligt dit tussen de 41% en 57%.

Zorggebruikers en chronisch zieken kunnen digitale gezondheidsinformatie goed vinden, maar vinden betrouwbaarheid vaak moeilijk in te schatten

De meerderheid van de zorggebruikers geeft aan dat zij goed uit de voeten kunnen met het vinden van digitale gezondheidsinformatie. Een kleine meerderheid van de zorggebruikers vindt het toepassen van de informatie vrij tot zeer makkelijk. Meer dan de helft van de zorggebruikers vindt het vrij tot zeer moeilijk om de betrouwbaarheid van de gevonden informatie te bepalen.

Onder mensen met een chronische aandoening ligt dit nog hoger: ruim twee derde geeft aan moeite te hebben om de betrouwbaarheid te bepalen. Ruim de helft van de chronisch zieken geeft aan het moeilijk te vinden om te bepalen of de door hen gevonden digitale gezondheidsinformatie op hen van toepassing is en of zij de informatie kunnen gebruiken in het dagelijkse leven.

Zorgverleners voelen zich digitaal vaardig, technische mogelijkheden niet altijd bekend

De meeste zorgverleners voelen zich over het algemeen digitaal vaardig. De meerderheid van de artsen probeert systeem- of softwareproblemen eerst zelf op te lossen en zegt het gebruik van nieuwe apps, programma's of systemen snel onder de knie te hebben. De helft van de artsen heeft vertrouwen in (nieuwe) technologie. De meerderheid van de verpleegkundigen geeft aan snel te leren als het gaat om het gebruik van apps, programma's of systemen die ze nog niet kennen en dat zij vertrouwen hebben in (nieuwe) technologie. Een derde van de huisartsen en de medisch specialisten en ongeveer de helft van de verpleegkundigen denken de juiste technologie te kunnen vinden voor de zorgvraag van een patiënt. Van de verpleegkundigen weet meer dan de helft welke technologische mogelijkheden er binnen de organisatie zijn.

Online inzage (hoofdstuk 3)

De helft van de zorggebruikers wil online inzage

Het is voor zorggebruikers steeds vaker mogelijk om hun medische gegevens online in te zien bij hun zorgverleners. Hoewel er nog vrijwel geen gebruik wordt gemaakt van de mogelijkheid, hebben zorggebruikers en

mensen met een chronische aandoening wel de behoefte om belangrijke medische gegevens digitaal te kunnen inzien. Veel zorggebruikers verwachten dat online inzage bijdraagt aan een beter overzicht van de zorg en betere informatie over de gezondheid en behandeling. Een op de acht zorggebruikers verwacht dat online inzage een groter gevoel van onrust geeft. Drie op de tien zorggebruikers is bezorgd dat online inzage hun privacy schaadt. Zorggebruikers die in het afgelopen jaar online inzage hadden^{VI}, vonden dit vaak belangrijk en veel inzicht geven in de gezondheid.

Meer zorgverleners positief over online inzage, onder artsen wel bezorgdheid over effecten

Wanneer we kijken naar zorgverleners zien we dat medisch specialisten online inzage, waarbij zorggebruikers hun gegevens digitaal in kunnen zien, vaker gewenst vinden dan in 2017. Ook verpleegkundigen staan in het algemeen positief tegenover online inzage: het overgrote deel van de verpleegkundigen vindt patiëntportalen gewenst. Bij huisartsen schommelt het beeld over de jaren. Verpleegkundigen voelen zich van alle onderzochte zorgverleners het meest verantwoordelijk als het gaat om het begeleiden van de zorggebruiker in het gebruiken en begrijpen van online inzage. Ongeveer de helft van de verpleegkundigen heeft er vertrouwen in dat de organisatie zorgt voor voldoende hulp en ondersteuning aan zorggebruikers bij het gaan gebruiken van een patiëntportaal.

Zowel onder huisartsen als onder medisch specialisten bestaan zorgen over online inzage. Zo vrezen veel artsen onnodige zorgen bij de patiënt en discussie over de inhoud van het dossier. Ook lijkt er weinig vertrouwen te zijn onder artsen in de positieve effecten van online inzage en in de capaciteiten van de patiënt op het gebied van interpretatie en privacy. Sommige artsen zijn bezorgd dat patiënten informatie zullen delen met personen die daar misbruik van kunnen maken. Een groot deel van de artsen heeft er matig vertrouwen in dat de veiligheid van medische gegevens is gewaarborgd bij het geven van online inzage.

Zorgverleners zien patiënt als verantwoordelijke voor het gaan en blijven gebruiken van online inzage

Zowel medisch specialisten als huisartsen wijzen

patiënten aan als verantwoordelijk voor het gaan gebruiken en het blijven gebruiken van online inzage. Ook de meerderheid van de verpleegkundigen vindt dit. Ruim de helft van de mensen met een chronische aandoening voelt zichzelf verantwoordelijk voor het gaan en het blijven gebruiken van online inzage. Een deel van de chronisch zieken vindt dat ook de arts, de ondersteuner(s) van de arts en soms ook zorgverzekeraars of de overheid hier (mede)verantwoordelijk voor zijn.

Online inzage: de belangrijkste resultaten

- 52% van de zorggebruikers en 43% van de chronisch zieken zou medische gegevens online willen inzien bij de huisarts. 46% van de zorggebruikers en 39% van de chronisch zieken wil dit ook bij de medisch specialist.
- 2% van de zorggebruikers heeft online inzage gehad bij de huisarts en 8% bij de medisch specialist. Onder chronisch zieken betreft dit respectievelijk 4% en 7%.
- In 2018 vindt 63% van de medisch specialisten en 35% van de huisartsen online inzage gewenst. In 2017 was dit respectievelijk 53% en 34%. De meerderheid van de verpleegkundigen (82%-88%) vindt een patiëntportaal gewenst.
- 26% van de huisartsen en 38% van de medisch specialisten ervaart of verwacht positieve effecten van online inzage. 65%-68% van de artsen ervaart of verwacht (ook) negatieve effecten.

Verantwoordelijkheden: de belangrijkste resultaten

- Veel medisch specialisten en huisartsen vinden dat patiënten zelf de verantwoordelijkheid hebben voor het gaan gebruiken (respectievelijk 62% en 60%) en blijven gebruiken (respectievelijk 70% en 64%) van online inzage. Ook veel verpleegkundigen vinden dit (het percentage varieert van 53% tot 67%).
- 53% tot 67% van de chronisch zieken voelt zichzelf verantwoordelijk voor het gaan en blijven gebruiken van online inzage.

^V We hebben onderzoek gedaan onder verpleegkundigen, verzorgenden, praktijkverpleegkundigen en praktijkondersteuners (POH's) van de huisarts. Voor de leesbaarheid noemen we hen allemaal verpleegkundigen. Met de term 'verpleegkundigen in de ouderenzorg' omvatten we de thuiszorg en verpleeghuiszorg.

^{VI} n=15

Gemak en service (hoofdstuk 4)

Online contactmogelijkheden nemen toe maar blijven relatief onbekend

Dit jaar zien we dat het aanbod van online contactmogelijkheden met name bij de huisartsen sterk stijgt. De groep zorggebruikers en mensen met een chronische aandoening die op de hoogte is van de mogelijkheden van online contact met hun artsen neemt toe. Hoewel het gebruik niet toeneemt, zien we dat een grote groep gebruikers wel geïnteresseerd is in de mogelijkheden voor online contact. Toch blijft het percentage dat niet weet dat online contact mogelijk is, relatief hoog. Dat geldt ook voor de mensen met een chronische aandoening. Van hen weet de helft tot driekwart niet of online contact mogelijk is. Terwijl deze groep in het algemeen medicatie gebruikt en met enige regelmaat een zorgverlener bezoekt.

Online contactmogelijkheden: de belangrijkste resultaten

- Volgens 88% van de huisartsen en 50% van de medisch specialisten zijn online contactmogelijkheden beschikbaar voor patiënten in 2018.
- 55% van de huisartsen biedt de mogelijkheid medisch inhoudelijke vragen te stellen via beveiligde e-mail en/of -portaal. Onder medisch specialisten is dit 30%.
- 22% van de chronisch zieken heeft in 2018 online een herhaalrecept aangevraagd.

Zelfmanagement en persoonlijke gezondheidsomgevingen (hoofdstuk 5)

Een derde van de chronisch zieken heeft interesse in persoonlijke gezondheidsomgevingen

Het aantal zorggebruikers dat aangeeft dat ze digitaal lichamelijke activiteit bijhouden, is de afgelopen jaren toegenomen. Een op de tien mensen met een chronische aandoening zegt in 2018 zelf digitaal gegevens over hun gezondheid bij te houden. Ruim een derde zou geen gebruik willen maken van dergelijke toepassingen.

Driekwart van de mensen met een chronische aandoening had niet eerder van een persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) gehoord. Op basis van de

uitleg over PGO's in de vragenlijst, geeft iets meer dan een derde aan het wel te willen gebruiken.

Bijna de helft van de huisartsen en vier op de tien medisch specialisten geeft aan van een PGO te hebben gehoord en ongeveer te weten wat dit is. Een veel kleiner deel weet precies wat het is. Verpleegkundigen hebben minder vaak van een PGO gehoord dan artsen.

Zelfmanagement en PGO's: de belangrijkste resultaten

- 34% van de zorggebruikers houdt in 2018 digitaal lichamelijke activiteit bij, tegenover 12% in 2014.
- 61%-71% van de verpleegkundigen en 76% van de mensen met een chronische aandoening heeft nog niet eerder van een PGO gehoord.

Begeleiding en ondersteuning op afstand (hoofdstuk 6)

Mogelijkheden voor zorg op afstand nemen toe

Wanneer we kijken naar de verpleegkundige zorg zien we op het gebied van digitale begeleiding en digitale ondersteuning vooral beweging in de ouderenzorg. Zo geven steeds meer verpleegkundigen in deze sector op diverse terreinen aan dat zij zelf of hun collega's werken met digitale toepassingen. Wat vooral opvalt is dat de inzet van toezichthoudende technieken sinds 2016 een vlucht heeft genomen. Ook op andere terreinen, zoals medicatiecontrole of robotica, zijn het vooral de verpleegkundigen in de ouderenzorg die aangeven dat zij vaker werken met digitale ondersteuning vergeleken met eerdere jaren.

Begeleiding en ondersteuning op afstand: de belangrijkste resultaten

- De inzet van toezichthoudende technieken in de ouderenzorg steeg van 53% in 2014 naar 81% in 2018.
- 33% van de verpleegkundigen in de ouderenzorg geeft in 2018 aan dat digitale dubbele medicatiecontrole wordt ingezet. In 2017 was dit 23%.

Elektronische communicatie tussen zorgverleners (hoofdstuk 7)

Digitale gegevensuitwisseling neemt toe op lokaal niveau

Bij artsen en verpleegkundigen in de huisartsen- en ziekenhuiszorg zien we een stijging in het elektronisch uitwisselen van patiëntgegevens op gestandaardiseerde wijze. In de ouderenzorg zien we geen verandering in het gebruik van gestandaardiseerde elektronische gegevensuitwisseling. Sinds een aantal jaren zien we de mogelijkheid voor digitale gegevensuitwisseling op lokaal niveau toenemen, maar dit blijft nog aan de lage kant.

Elektronische communicatie tussen zorgverleners: de belangrijkste resultaten

- In 2018 kan 22% van de huisartsen elektronisch gestandaardiseerd informatie uitwisselen met thuiszorgorganisaties en 14% met de dienst voor maatschappelijke ondersteuning bij de gemeente. In 2017 was dit respectievelijk 18% en 7%.
- Van de verpleegkundigen in de huisartsenzorg geeft 94% aan dat elektronische gegevensuitwisseling plaatsvindt. In de ouderenzorg is dit 56%.

Aanbevelingen voor beleidsmakers en belangengroepen

Transformatie is een proces dat niet vastomlijnd en lineair is. Verandering wordt gevoed door reflectie, delen en leren. De aanbevelingen die wij doen aan beleidsmakers, (vertegenwoordigers van) bestuurders, (vertegenwoordigers van) zorgverleners, patiëntenorganisaties en marktpartijen op basis van de huidige stand van zaken en de bevindingen die voortkomen uit dit onderzoek, zijn derhalve ook niet rechtlijnig en ook niet uitsluitend. De volgende aanbevelingen worden bij voorkeur in samenhang opgepakt.

VII De Chief Medical Information Officer (CMIO) en Chief Nursing Information Officer (CNIO) fungeren als schakel tussen ICT, medische staf en de Raad van Bestuur (RvB) van een ziekenhuis.

1. Zet e-health in vanuit een heldere visie en beleid en zorg dat deze bekend zijn

Wie: Bestuur en directie zorgorganisaties, overkoepelende organisaties voor zorgverleners (zoals Verpleegkundige en/of Verzorgende Adviesraad (VAR), CMIO's en CNIO's^{VII}) en zorggebruikers (zoals cliëntenraden).

Wat: Ontwikkel een toekomstvisie op e-health, in samenspraak met stakeholders. Deze visie vormt het begin van een leerproces. Om vervolgens met structurele aandacht te werken aan verbetering van kwaliteit kunnen wetenschappelijke modellen, zoals de kwaliteitscirkel van Deming²⁴, dienen als hulpmiddel. Deze cirkel beschrijft vier activiteiten (plan-do-study-act) die op alle verbeteringen in organisaties van toepassing zijn. Daarnaast is het van belang om stakeholders, dus ook zorggebruikers, te betrekken bij het formuleren van visie en doelstellingen en te informeren over de visie, doelstellingen en de voortgang en het behalen van doelen. Voor de VAR en CNIO ligt een belangrijke taak bij het verwoorden van de belangen van de verpleegkundigen - zodat zij hun invloed op het beleid kunnen vergroten. Hetzelfde geldt voor de CMIO wat betreft de vertegenwoordiging van medisch specialisten. Omdat de gezondheidszorg vaak over de grenzen van een zorgorganisatie heen reikt, helpt het als bij discussies rondom toekomstvisie en doelstellingen ook over de eigen grenzen heen gedacht wordt en met samenwerkingspartners gesproken wordt.

Waarom: Uit ons onderzoek blijkt dat visie en doelstellingen niet altijd bekend zijn, vooral als we kijken naar de ouderen- en ziekenhuiszorg. Zorginnovatie vraagt om een verandering van houding van alle stakeholders. Een heldere langetermijnvisie, vertaald in een bij de zorgorganisatie of praktijk passend beleid en doelstellingen, vormt de basis voor een gefundeerde en doelgerichte inzet van e-health. Dit beleid en de bekendheid hiervan is van belang voor zekerheid, draagvlak en vertrouwen onder stakeholders.

2. Faciliteer zorgverleners in aanbod en gebruik e-health

Wie: Overheid, belangenorganisaties zorgverleners (KNMG, LHV, NHG, V&VN, Actiz), bestuur/ management zorgorganisaties, verpleegkundigen en onderwijsinstellingen.

De eHealth-monitor 2018 in vogelvlucht

Wat: Werk aan bewustwording en het delen van ervaringen onder zorgverleners rondom online inzage en PGO's.

Waarom: Onduidelijkheid over verplichtingen en verantwoordelijkheden kan leiden tot een afwachtende of zelfs afwijzende houding wat betreft de inzet en het gebruik van online inzage en PGO's. Gerichte informatie over rechten, plichten en meerwaarde draagt bij aan zekerheid en draagvlak en kan een proactieve houding bevorderen.

Daarnaast moeten zorgen en kritiek van alle partijen bespreekbaar zijn. Twijfels en problemen zijn reëel en verdienen aandacht. Tot slot is het goed om ervaring te delen binnen en buiten de zorgmuren. De ervaring met online inzage is nog beperkt en het gebruik is nog laag. Het delen van positieve én negatieve ervaringen over online inzage levert inzicht en kennis op die nodig zijn voor verdere doorontwikkeling en opschaling.

Wie: Overheid, belangenorganisaties zorgverleners (KNMG, LHV, NHG, V&VN, Actiz), bestuur/management verpleegkundigen en onderwijsinstellingen.

Wat: Faciliteer zorgverleners in kennis over de beschikbaarheid en de toepasbaarheid van e-health toepassingen. Bijvoorbeeld geïnspireerd door het National eHealth Living Lab (NeLL)²⁵, de GGD appstore²⁶, de Thuisleefgids²⁷, het DigitaleZorg-Kompas²⁸, de Digitale Zorggids²⁹, 'E-health zorg van nu'³⁰, de Hulpmiddelenwijzer³¹, de Inspiratiebox Technologie in de langdurende zorg³² of de Health Tools van de Britse NHS³³.

Waarom: Een zorgverlener moet weten welke e-health toepassingen in de organisatie of op de markt zijn en voor welke zorgvragen deze kunnen worden ingezet om op het juiste moment het juiste aanbod aan een zorggebruiker te kunnen doen. We zien in de huidige monitor dat een groot deel van de zorgverleners onvoldoende kennis hierover heeft.

Wie: Bestuur/management verpleegkundigen.

Wat: Faciliteer verpleegkundigen in een begeleidende rol voor zorggebruikers wat betreft de juiste keuze voor en gebruik van e-health.

Waarom: Wil de zorggebruiker de verwachtingen voor wat betreft zelfmanagement en zelfredzaamheid kunnen waarmaken, dan is het van belang dat hij hierin wordt ondersteund. Verpleegkundigen voelen zich hier

het meest verantwoordelijk voor: we zagen al dat verpleegkundigen een belangrijke taak voor zichzelf weggelegd zien als het gaat om het informeren over en het begeleiden van zorggebruikers bij het gebruik van e-health. Zij moeten die verantwoordelijkheid echter wel toebedeeld krijgen en de ruimte en de tijd krijgen om deze rol te kunnen invullen.

3. Faciliteer zorggebruikers in goed gebruik van e-health

Wie: Overheid, zorgverleners en belangenorganisaties voor zorgconsumenten en patiënten (Pharos, Patiëntenfederatie Nederland).

Wat: Zorg voor bewustwording onder en ondersteuning van zorggebruikers voor het goed gebruiken van online inzage en PGO's.

Waarom: Er is veel onbekendheid onder zorggebruikers over hun wettelijke rechten wat betreft (online) inzage in hun patiëntendossier, hun mogelijkheden betreffende zelfregie en zelfmanagement en de meerwaarde van e-health toepassingen zoals online inzage - en op termijn ook een PGO. Ook met betrekking tot het veilig omgaan met medische gegevens ligt een belangrijke taak voor overheid, belangengroepen en zorgverleners om zorggebruikers bewust te maken van de risico's van het delen van het dossier met derden.

Bij het leren, gaan en blijven gebruiken van online inzage hebben veel zorggebruikers nog hulp en ondersteuning nodig. Zoals in aanbeveling 2 staat, kunnen verpleegkundigen hierin een belangrijke rol spelen.

Wie: Zorgverleners, in overleg met ICT-leveranciers.

Wat: Voorzie zorggebruikers van begrijpelijke informatie in het medisch dossier.

Waarom: Willen we toe naar een situatie waar online inzage bijdraagt aan de zelfredzaamheid van de zorggebruiker dan is het van belang dat zorggebruikers voldoende betrouwbare en begrijpelijke informatie en tools tot hun beschikking krijgen. De resultaten uit de monitor laten zien dat gebruikers de betrouwbaarheid van informatie, gevonden via internet, vaak lastig te beoordelen vinden. Zorgverleners kunnen hierin bijdragen door de door hen goedgekeurde informatie toegankelijk te presenteren en meer informatiebronnen beschikbaar te maken vanuit het dossier. Bijvoorbeeld door te linken naar patiëntgerichte informatie zoals: Thuisarts.nl, de Kijksluiter of Kijkwijzer.

Wie: Overheid, belangenorganisaties voor zorgconsumenten en patiënten (bv. Pharos, Patiëntenfederatie Nederland).

Wat: Werk aan digitale gezondheidsvaardigheden.

Waarom: Mensen met lagere digitale gezondheidsvaardigheden zullen meer moeite hebben om e-health te gebruiken en zullen minder geneigd zijn om de e-health toepassingen te gaan gebruiken. Om die reden is het van belang mensen met lage digitale vaardigheden en hun mantelzorgers bijvoorbeeld de mogelijkheid te bieden om hulp in te roepen of hulp aan huis te krijgen. Ook kunnen op lokaal niveau cursussen, bijvoorbeeld gericht op het gebruik van online inzage of een PGO, worden georganiseerd voor deze groep. In lijn met het recente advies van de WRR is het belangrijk om – binnen de groep mensen met lage digitale gezondheidsvaardigheden – extra aandacht te hebben voor degenen met de grootste gezondheidsachterstand en het gezondheidspotentieel centraal te stellen.

4. Stel een onderzoeksagenda op

Wie: Onderzoeksorganisaties en -faculteiten, in samenspraak met ZonMw en overheid.

Wat: Stel een onderzoeksagenda op met een overzicht van de kennis die nodig is en onderwerpen die onderzocht moeten worden.

Waarom: Uit de eHealth-monitor van dit jaar en voorgaande jaren blijkt dat er nog veel onduidelijk is op het gebied van zinvol gebruik van e-health. Hierdoor kunnen discussies rondom het gebruik en de financiering van e-health toepassingen niet altijd goed worden gevoerd. Meer inzicht in bijvoorbeeld de effectiviteit van een toepassing, succesvolle implementatietrajecten of hoe zorggebruikers met informatie omgaan, is nodig om de beweging naar de juiste zorg op de juiste plek verder te brengen. Een onderzoeksagenda helpt bij het adresseren en het prioriteren van de relevante thema's.

Referenties

1. Damschroder, L.J., Aron, D.C., Keith, R.E., Kirsh, S.R., Alexander, J.A., Lowery, J.C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4, 50, <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>.
2. Wouters, M., Swinkels, I., Sinnige, J., de Jong, J., Brabers, A., van Lettow, B., Friele, R., van Gennip, L. (2017). *Kies bewust voor eHealth – eHealth-monitor 2017*. Den Haag & Utrecht: Nictiz & NIVEL.
3. Huygens, M.W., Swinkels, I.C.S., Verheij, R.A., Friele, R.D., van Schayck, O.C.P., de Witte, L.P. (2018). Understanding the use of email consultation in primary care using a retrospective observational study with data of Dutch electronic health records. *BMJ Open*, 8, e019233.
4. Fleuren, M.A.H., Paulussen, T.G.W.M., Van Dommelen, P., Van Buuren, S. (2014). Towards a measurement instrument for determinants of innovations. *International Journal for Quality in Health Care*, 26(5), 501–510 <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu060>.
5. Raalte, B. van. (2015). *Adoptie van professionele eHealth (achtergrondstudie)*. Den Haag: De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.
6. 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.
7. Taskforce Zorg op de Juiste Plek. (2018). *De juiste zorg op de juiste plek. Wie durft*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
8. LHV, InEen, Patiëntenfederatie Nederland, ZN, ministerie van VWS. (2018). *Onderhandelaarsakkoord huisartsenzorg 2019 t/m 2022*. 27 juni 2018.
9. RIVM. (2018). *Aandoeningen. Welke aandoeningen hebben we in de toekomst? Trendscenario VTV 2018*. Bezocht op <https://www.vtv2018.nl/aandoeningen> op 6 september 2018.
10. Zorg voor beter (2018). *Wat is persoonsgerichte zorg?* Bezocht op <https://www.zorgvoorbeter.nl/persoonsgerichte-zorg/wat-is-het> op 28 september 2018.
11. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2018). *Ontwikkeling Uitkomstgerichte zorg 2018-2022*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
12. Ministers en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2018). *Kamerbrief over voortgang e-health en zorgvernieuwing*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

De eHealth-monitor 2018 in vogelvlucht

13. 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.
14. Informatieberaad. (2018). *Outcome-doelen Informatieberaad*. Bezoekt op <https://www.informatieberaadzorg.nl/publicaties/publicaties/2017/3/24/generieke-outcome-doelen-informatieberaad> op 17 juli 2018.
15. Minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2018). *Kamerbrief over rapport De juiste zorg op de juiste plek*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
16. Niezen, M.G.H., Verhoef, P. (2018). *Digitale gezondheidsregie – Meer gegevens, meer grip?* Den Haag: Rathenau Instituut.
17. Nictiz. (2018). *Hoe online is jouw ziekenhuis?* Bezoekt op <https://www.hoeonlineisjouwziekenhuis.nl/> op 24 september 2018.
18. VIPP. (2018). *Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional: de patiënt meer inzicht in zijn eigen zorg*. Bezoekt op <https://www.vipp-programma.nl/> op 8 augustus 2018
19. Hoogenbosch, B., Postma, J., de Man-van Ginkel, J.M., Tiemessen, N.A.M., van Delden, J.J.M., van Os-Medendorp, H. (2018). Use and the users of a patient portal: cross-sectional study. *Journal of Medical Internet Research*, 20(9), e262.
20. Schreuder, C., Pluut, B. (2018). *Handboek Online inzage. Hoe regelen we dat?!* Den Haag: Nictiz. Bezoekt op <https://www.nictiz.nl/boeken/handboek-online-inzage-hoe-regelen-we-dat/> op 25 september 2018.
21. Van Alebeek, P., van Duijvendijk, I., Heldoer, M., ter Horst, L., Klijn, F., Sluis-Thiescheffer, W., Visser, F. (2012). *Hoe betrek ik patiënten bij de ontwikkeling van eHealth diensten?* Den Haag: Nictiz.
22. Latulippe, K., Hamel C., Giroux, D. (2017). Social health inequalities and eHealth: a literature review with qualitative synthesis of theoretical and empirical studies. *Journal of Medical Internet Research*. 19(4), e136.
23. Broeders, D.W.J., Das, H.D., Jennissen, R.P.W., Tiemeijer, W.L., de Visser, M. (2018). *Van verschil naar potentieel Een realistisch perspectief op de sociaaleconomische gezondheidsverschillen*. In WRR-Policy Brief 7. Den Haag: WRR.
24. The W. Edwards Deming Institute (2018). *PDSA Cycle*. Bezoekt op <https://deming.org/explore/p-d-s-a> op 1 oktober 2018.
25. NeLL (2018). *National eHealth Living Lab*. Bezoekt op <https://www.nell.eu/> op 1 oktober 2018.
26. GGD appstore (2018). *De beste apps voor jouw gezondheid*. Bezoekt op <https://www.ggdappstore.nl> op 1 oktober 2018
27. Thuisleefgids (2018). *Thuisleefgids; alles voor langer zelfstandig thuis wonen*. Bezoekt op <https://thuisleefgids.nl/> op 1 oktober 2018.
28. DigitaleZorgKompas (2018). *Vind e-mental health aanbieders*. Bezoekt op <http://www.digitalezorgkompas.nl/> op 1 oktober 2018.
29. De Digitale Zorggids. (2018). *Wat is digitale zorg? Ontdek de mogelijkheden*. Bezoekt op <https://www.digitalezorggids.nl/> op 1 oktober 2018.
30. Minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2018). *E-health zorg van nu*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
31. Hulpmiddelenwijzer. (2018). *Vind informatie over hulpmiddelen*. Bezoekt op <https://www.hulpmiddelenwijzer.nl/> op 1 oktober 2018.
32. Vilans (2018). *Inspiratiebox Technologie in de langdurende zorg*. Bezoekt op <https://www.vilans.nl/vilans/media/documents/producten/inspiratiebox-technologie-in-de-langdurende-zorg.pdf> op 1 oktober 2018.
33. NHS (2018). *Health tools*. Bezoekt op <https://www.nhs.uk/tools/pages/toolslibrary.aspx> op 1 oktober 2018.

eHealth-doelstellingen ministerie van VWS



In 2014 formuleerde Minister van VWS Edith Schippers drie doelstellingen die binnen vijf jaar moeten zijn gerealiseerd¹. Deze doelstellingen hebben betrekking op online inzage in medische gegevens, het meten van gezondheidswaarden (in combinatie met monitoring op afstand), en beeldbellen en domotica.

Afgelopen jaren hebben Nictiz en Nivel de voortgang op het gebied van de drie doelstellingen van VWS gemonitord. In de eHealth-monitor van 2018 ligt de nadruk op verdieping: extra onderzoek vond plaats naar online inzage en naar de randvoorwaarden die bijdragen aan succesvolle implementatie van e-health. Om die reden is dit jaar niet expliciet onderzocht in welke mate de eHealth-doelstellingen uit 2014 zijn behaald. Op basis van de onderzoeksresultaten van dit en vorig² jaar bespreken we hieronder op hoofdlijnen de voortgang van deze doelstellingen.

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%¹.

Aanbod 2018

De mogelijkheid tot online inzage is de afgelopen jaren gestegen volgens medisch specialisten. Inzagemogelijk-

heid in de gestelde diagnose is het vaakst mogelijk; 38% in 2018 tegenover 7% in 2014. Daarnaast nam de mogelijkheid voor patiënten om via internet binnengekomen uitslagen van onderzoeken en laboratoriumbepalingen in te zien sterk toe (van 6% in 2014 naar 36% in 2018). Volgens huisartsen is de mogelijkheid tot online inzage voor patiënten vrijwel niet gewijzigd sinds 2014. Alleen de mogelijkheid om via internet inzage te krijgen in de voorgeschreven medicatie is verdubbeld sinds deze metingen gestart zijn (van 12% in 2014 naar 24% in 2018). De mogelijkheid om gebruik te maken van een online patiëntportaal is volgens verpleegkundigen in de ouderzorg toegenomen in de afgelopen jaren. In 2018 was dit 55%, vergeleken met 17% in 2014.

Gebruik van online inzage volgens zorggebruikers en chronisch zieken

Zorggebruikers geven steeds vaker aan medische gegevens online in te kunnen zien bij de huisarts en de medisch specialist. In 2018 geeft 16% van de zorggebruikers aan dat dit mogelijk is bij de medisch specialist, tegenover 3% in 2013. Bij de huisarts stijgt dit percentage van 3% in 2013 naar 5% in 2018. Evenals in voorgaande jaren weet in 2018 een groot deel van de zorggebruikers niet of inzage mogelijk is bij de medisch specialist (68%) of de huisarts (73%).

In 2018 maakte 2% van de zorggebruikers gebruik van de mogelijkheid om hun medische gegevens van de huisarts online in te zien. Acht op de tien zorggebruikers zegt bij de medisch specialist online inzage te hebben gehad.

In 2018 geeft 9% van de mensen met een chronische aandoening aan online de medische gegevens in te kunnen zien bij de huisarts - bij de medisch specialist is dit 13%. Zeven op de tien mensen met een chronische aandoening weet niet of inzage mogelijk is bij de huisarts (71%) of de medisch specialist (71%). Van de mensen met een chronische aandoening zegt 4% online inzage te hebben gehad bij de huisarts en 7% bij de medisch specialist. Een op de vier zegt online inzage bij de huisarts (43%) of de medisch specialist (39%) te willen. In paragraaf 3.3.3 van dit rapport bespreken we welke kenmerken samenhangen met het willen gebruiken van online inzage.

Doelstelling behaald?

Op basis van het gemeten aanbod en gebruik van online inzage kunnen we niet vaststellen welk deel van de chronisch zieken en zorggebruikers de mogelijkheid heeft gehad om hun dossier in te zien. De conclusie lijkt wel gerechtvaardigd dat 80% nu nog niet behaald is.

Hoe nu verder? Punten van aandacht

Hoewel het aannemelijk is dat het doel (80% van de chronisch zieken heeft inzage) nu nog niet gehaald is, is het onduidelijk welk percentage wel inzagemogelijkheden heeft. Er gebeurt op dit moment veel rondom online inzage mede door het Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt & Professional (VIPP)³ onder ziekenhuizen, Ontsluiten van Patiëntengegevens uit de Eerstelijnszorg (OPEN) onder huisartsen (praktijken) en eerstelijnsorganisaties⁴ en afsprakenstelsel MedMij⁵. De verwachting is dan ook dat het aanbod van online inzage ook komend jaar verder zal groeien. Maar alleen een patiëntportaal aanbieden is niet voldoende. Zorggebruikers en mensen met een chronische aandoening in het bijzonder moeten hier dan wel van op de hoogte worden gebracht. Duidelijk is dat er nog steeds een grote groep mensen onbekend is met de mogelijkheden. Het is essentieel hier meer aandacht voor te hebben. De ervaring met online inzage is nog beperkt: nog maar weinig zorggebruikers maken hier gebruik van. Het is belangrijk om de zorgen en kritiek (zie paragraaf 3.7 in dit rapport) van alle partijen serieus te nemen. Dit benadrukt de noodzaak om goed na te denken hoe zowel zorgverleners als zorggebruikers begeleid kunnen worden in het gebruik van online inzage. Hierbij moet ook aandacht zijn voor factoren als verantwoordelijkheden en vertrouwen. Zie

de conclusie van hoofdstuk 3 in dit rapport voor meer informatie.

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 zorgverlener¹.

Stand van zaken 2018

Een kleine meerderheid van de chronisch zieken (55%) gaf in de eHealth-monitor van 2017 aan dat zij zelf gezondheidswaarden meet². In de monitor van 2018 hebben we alleen gevraagd of men *digitaal* gezondheidswaarden meet en bijhoudt. Een op tien mensen met een chronische aandoening doet dit. De groep die gezondheidswaarden niet digitaal *wil* meten en bijhouden is aanzienlijk (40%). Zie paragraaf 5.2.2 (hoofdstuk 5 in dit rapport) voor kenmerken die samenhangen met het zelf willen meten van gezondheidswaarden.

In 2017 vroegen we *chronisch zieken* en *kwetsbare ouderen* in hoeverre zij zelf gemeten gezondheidswaarden deelden met anderen. 5% van de chronisch zieken en 6% van de kwetsbare ouderen gaf toen aan dat hun zorgverlener zelf gemeten gezondheidsgegevens op afstand in de gaten houdt en contact opneemt als er iets mis is². In paragraaf 6.3.2 (zie hoofdstuk 6 in dit rapport) bespreken we welke kenmerken samenhangen met het willen gebruiken van toepassingen rondom gegevensmonitoring. Uit de eHealth-monitor 2017 bleek dat weinig chronisch zieken en kwetsbare ouderen telemonitoring wenselijk of noodzakelijk vinden. Zo zijn mensen soms bang dat het ten koste gaat van persoonlijke zorg. Telemonitoring is wel gewenst bij een grote groep *verpleegkundigen* (44% tot 49%) en ook bijna de helft van de *huisartsen* bij wie telemonitoring voor diabetes nog niet mogelijk is, vindt het wel wenselijk om dit in te zetten. Een derde (34%) van de *medisch specialisten* vindt telemonitoring wel relevant, maar geeft aan dat er nog geen plannen zijn om het mogelijk te maken².

Doelstelling behaald?

Uit de eHealth-monitor van 2017 bleek dat, wat betreft het zelf meten en bijhouden van gezondheidswaarden, de doelstelling is behaald. Dit komt omdat een aanzienlijke groep geen gezondheidswaarden *wil* meten². Gegevensmonitoring van gezondheidswaarden op afstand door een zorgverlener is niet gespecificeerd in de doelstelling. We zien in de eHealth-monitor dat de inzet van telemonitoring al jaren stabiel is.

Hoe nu verder?

Punten van aandacht

Uit de eHealth-monitor van vorig jaar bleek dat aan deze doelstelling wordt voldaan². Dit komt omdat een aanzienlijke groep geen gezondheidswaarden *wil* meten. Een kleine meerderheid van de chronisch zieken (55%) gaf vorig jaar aan dat zij zelf gezondheidswaarden meet².

Evenals vorig jaar blijft het belangrijk om na te gaan om welke redenen deze mensen niet willen meten, in die situaties waar wel meten belangrijk is voor de gezondheid. Ook hier is een gevoel van urgentie noodzakelijk om de gewenste beweging te creëren. Urgentie kan ontstaan wanneer voor zorggebruikers duidelijk wordt welk voordeel zelfmeten hen kan opleveren. Inzicht in de meerwaarde voor de gezondheidszorg breed - zoals efficiëntie, tijdswinst - kan het gevoel van urgentie ontketenen bij zorgverleners.

In 2017 rapporteerden we dat zorgverleners telemonitoring relevant of wenselijk vinden². Dit duidt erop dat er volgens zorgverleners wel degelijk te weinig gebruik wordt gemaakt van telemonitoring en dat er op dit terrein dus nog winst is te behalen. De vraag vanuit de beoogde doelgroep, mensen met een chronische aandoening, is echter laag. Slechts een op de vijf mensen met een chronische aandoening zou telemonitoring willen gebruiken². Daarnaast is bekend dat het niet eenvoudig is telemonitoring in te voeren. Lees hier meer over in paragraaf 6.8 uit hoofdstuk 6 in dit rapport.

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 ingezet¹.

Stand van zaken 2018

In de ouderenzorg ligt het percentage verpleegkundigen dat aangeeft dat beeldschermzorg in hun organisatie wordt ingezet al enkele jaren op of rond de 20%. Van de verpleegkundigen in de huisartsenzorg zegt 5% dat beeldschermzorg wordt ingezet in de organisatie. In alle drie de sectoren geeft een laag percentage verpleegkundigen aan dat er plannen zijn om beeldschermzorg mogelijk te maken in het komende jaar (3%-6%).

Domotica is in de eHealth-monitor 2018 niet gemeten. In 2017 vroegen we patiënten die thuis zorg en ondersteuning ontvangen naar het gebruik van een elektronisch deurslot of een elektronisch bewaarkastje voor de huissleutel: 11% gaf aan dit te hebben². 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 zagen we geen verandering. Ongeveer de helft van de patiënten (50%-51%) wilde niet gebruikmaken van een elektronisch deurslot of technologie om op afstand zaken in huis te bedienen en ongeveer een derde (34%-36%) wist niet of hij/zij dit wilde.

Doelstelling behaald?

Vorig jaar zagen we dat het gebruik van beeldbellen stabiel is². Patiënten die thuis zorg en ondersteuning ontvangen, maken hiervan nauwelijks gebruik. Dat geldt dit jaar opnieuw voor verpleegkundigen in de ouderenzorg en huisartsenzorg. In de ziekenhuiszorg rapporteren verpleegkundigen wel vaker dat zijzelf of collega's in de organisatie gebruikmaken van beeldbellen – maar dit betreft een andere groep dan bedoeld wordt in de doelstelling.

Wat betreft de inzet van domotica: de mate hiervan is niet gespecificeerd in de doelstelling. Uit de eHealth-monitor 2017 bleek dat ook het aanbod en gebruik van domotica stabiel is².

Hoe nu verder? Punten van aandacht

Net als in de eHealth-monitor van 2017 is het gebruik van beeldbellen in de ouderenzorg stabiel². Vorig jaar gaven verpleegkundigen aan dat beeldschermzorg geen

eHealth-doelstellingen ministerie van VWS

hoge prioriteit heeft; zij zien het eerder als wenselijk dan als noodzakelijk. Van de mensen met zorg en ondersteuning thuis gaf een vijfde aan gebruik te willen maken van contact met een zorgverlener via een beeldscherm, maar dan alleen als dat niet ten koste gaat van het reguliere contact². Met de huidige kennis is het de vraag of de doelstelling van de overheid uit 2014 haalbaar is. Bovendien moet worden bekeken wat het hoger liggende doel van deze doelstelling is en of beeldbellen dan de logische oplossing is.

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. Wouters, M., Swinkels, I., Sinnige, J., de Jong, J., Brabers, A., van Lettow, B., Friele, R., van Gennip, L. (2017). *Kies bewust voor eHealth – eHealth-monitor 2017*. Den Haag & Utrecht: Nictiz & NIVEL.
3. Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional. (2018). Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional: de patiënt meer inzicht in zijn eigen zorg. Bezocht op <https://www.vipp-programma.nl> op 26 juli 2018.
4. LHV. Landelijke Huisartsen Vereniging. (2018). OPEN: online patiëntinzage in de eerstelijnszorg. Bezocht op <https://www.lhv.nl/uw-praktijk/ict/open-online-patientinzage-de-eerstelijnszorg> op 25 september 2018.
5. MedMij. (2018). MedMij. Bezocht op <http://www.medmij.nl/zorggebruikers> op 12 juni 2018.

Inleiding



Hebben zorgorganisaties een visie en concrete doelstellingen gericht op het gebruik en de inzet van e-health? Hoe digitaal vaardig zijn zorgverleners en zorggebruikers? Welke patiëntkenmerken beïnvloeden het gebruik van e-health? Hoe bekend is een Persoonlijke Gezondheidsomgeving (PGO) onder zorgverleners en mensen met een chronische aandoening? Wie is er volgens zorgverleners en zorggebruikers verantwoordelijk voor het faciliteren van online inzage in medische gegevens? En wat verwachten ze daar eigenlijk van? In de zesde editie van de eHealth-monitor beantwoorden we deze en andere vragen. En net als in voorgaande jaren geven we inzicht in de mate waarin e-health toepassingen worden aangeboden en worden gebruikt. Ook wordt dan duidelijk hoe het aanbod en het gebruik van e-health de afgelopen jaren is veranderd.

E-health¹ staat al geruime tijd als aandachtspunt op de agenda van menig beleidsmedewerker in de gezondheidszorg. Door de verwachte toename van het aantal mensen met een chronische aandoening, complexere gezondheidsproblematiek en een groeiend tekort van het aantal zorgverleners wordt geprobeerd om de zorg efficiënter in te richten. E-health wordt gezien als een van de oplossingen daarvoor. Zo kunnen er toezichthoudende technieken worden ingezet om van een afstand een oogje in het zeil te houden bij mensen die thuis zorg en ondersteuning ontvangen. Telemonitoring kan worden ingezet om gezondheidswaarden vanaf een afstand in de gaten te houden en om tijdig te kunnen ingrijpen als de gezondheidstoestand dat vereist. Ook zijn online coachingsprogramma's beschikbaar die mensen kunnen ondersteunen bij het verbeteren van hun leefstijl en online diensten die het contact met een zorgverlener makkelijker maken.

“E-health is een goede manier om een patiënt eigen verantwoordelijkheid te geven over zijn gezondheid en gezondheidszorg”
huisarts in de eHealth-monitor van 2016¹.

De eHealth-monitor

Nictiz en het Nivel brengen sinds 2013 op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) jaarlijks de eHealth-monitor uit. De monitor beschrijft de stand van zaken op het gebied van e-health in Nederland¹⁻⁵. Daarbij worden vragen onderzocht en beantwoord als: over welke e-health toepassingen beschikken zorggebruikers, mensen met een chronische aandoening, artsen, verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners? In hoeverre maken ze gebruik van deze mogelijkheden en wat is er veranderd ten opzichte van eerdere jaren?

De eHealth-monitor geeft informatie over de voortgang van de implementatie, de kansen en bedreigingen en biedt daarmee aanknopingspunten om het beleid verder vorm te geven. Eerdere edities van de eHealth-monitor lieten zien dat de implementatie van e-health toepassingen niet vanzelf gaat¹.

Beleidskader e-health

In de kamerbrief van 18 mei 2018 stelt het ministerie dat de betaalbaarheid van de zorg en de krapte op de

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

Inleiding

arbeidsmarkt het op de langere termijn noodzakelijk en urgent maken om de ontwikkeling naar slim georganiseerde, digitaal ondersteunde gezondheid en zorg met kracht door te zetten⁶. De Taskforce 'De zorg op de juiste plek' stelt dat het geen keuze is dat digitalisering gaat leiden tot verandering, maar dat het de vraag is hoe we de kansen die digitalisering biedt optimaal kunnen benutten⁷. E-health is hierbij geen doel op zich: het is vooral bedoeld als een middel om in de zorg een beweging op gang te brengen naar meer zelfredzaamheid, zelfregie en zelfzorg van patiënten.

In de afgelopen jaren zijn er verschillende activiteiten geweest om de implementatie van e-health te bevorderen. We noemen er enkelen. In juli 2014 heeft het ministerie van VWS drie doelstellingen geformuleerd waarvan de wens is om deze binnen vijf jaar te realiseren⁸. Deze doelstellingen hebben betrekking op: toegang voor patiënten (met een chronische aandoening) tot hun medische gegevens; zelfmetingen en telemonitoring voor chronisch zieken en kwetsbare ouderen en toegang tot beeldschermzorg voor mensen met zorg en ondersteuning thuis^{II}. Naast deze e-health doelstellingen heeft het Informatieberaad, een bestuurlijke samenwerking tussen deelnemers uit het zorgveld en het ministerie van VWS, vier aan e-health gerelateerde outcome-doelen vastgesteld die richting moeten geven aan programma's, projecten en activiteiten binnen de zorg⁹. Bovendien heeft e-health in meerdere Kamerbrieven de aandacht ^{bijv. 6,10}. Andere voorbeelden van activiteiten zijn het MedMij-programma gericht op implementatie van een persoonlijke gezondheidsomgeving¹¹ en het VIPP-programma, gericht op de implementatie van patiëntportalen in ziekenhuizen¹².

1.1 Vraagstelling en indeling van e-health toepassingen

De centrale vraagstelling van de jaarlijkse eHealth-monitor is: *Welke ontwikkelingen in het gebruik van e-health doen zich in Nederland voor?*

Deze vraag is nader uitgewerkt tot de volgende deelvragen:

1. In welke mate hebben zorggebruikers en -meer specifiek - mensen met een chronische aandoening

en zorgverleners e-health toepassingen tot hun beschikking?

2. In hoeverre maken zij gebruik van de e-health toepassingen die tot hun beschikking staan?
3. Welke ontwikkelingen in de tijd zijn zichtbaar als het gaat om beschikbaarheid en gebruik van e-health?
4. Welke effecten ervaren/verwachten zorgverleners en zorggebruikers van het gebruik van e-health toepassingen?

In het kader van verdieping, worden ook de volgende deelvragen in de eHealth-monitor van 2018 gesteld:

5. In hoeverre is bij zorgverleners een visie met betrekking tot e-health aanwezig en bekend? En, zijn hier doelstellingen voor geformuleerd?
6. Welke digitale (gezondheids)vaardigheden bezitten zorgverleners en zorggebruikers en in hoeverre zijn deze van invloed op het gebruik van e-health?
7. Hoe staan zorgverleners en zorggebruikers tegenover online inzage?

1.1.1 Thema's

We belichten in de eHealth-monitor jaarlijks een aantal vaste onderwerpen en zoeken daarnaast de verdieping. In de eHealth-monitor van 2018 geven we specifieke aandacht aan factoren die van belang zijn bij een succesvolle implementatie van e-health, factoren die gerelateerd zijn aan het gebruik of het willen gebruiken van e-health toepassingen en aan online inzage. We hebben onderzoek gedaan naar de visie en de concrete doelstellingen van organisaties op het gebied van e-health en de digitale (gezondheids)vaardigheden van zorgverleners, zorggebruikers en mensen met een chronische aandoening. Specifiek ten aanzien van online inzage onderzochten we factoren als verantwoordelijkheden, verwachtingen, ervaringen en vertrouwen.

Naast deze verdieping hanteren we dit jaar vrijwel dezelfde thema's zoals die ook in eerdere edities van de eHealth-monitor zijn opgenomen¹. Binnen elk thema tonen we de belangrijkste resultaten wat betreft de beschikbaarheid en het gebruik van de relevante

e-health toepassingen. Nieuw dit jaar is het thema 'Visie en vaardigheden'. Het thema 'Zelfmanagement en online behandeling' van de afgelopen jaren heet in de monitor van 2018 'Zelfmanagement en persoonlijke gezondheidsomgevingen'.

Waar dat relevant is, vergelijken we de resultaten tussen de verschillende disciplines. Dit helpt bij het duiden waarom e-health toepassingen al dan niet aanslaan. Wel is het van belang dat de beroepsspecifieke context bij deze vergelijkingen altijd in ogenschouw wordt genomen. Zo werken bijvoorbeeld medisch specialisten in een ander soort organisatie dan huisartsen. Dit heeft invloed op de mate waarin e-health toepassingen gebruikt (kunnen) worden.

De zes thema's zijn in de eHealth-monitor 2018 als volgt omschreven:

1. Beleid, vaardigheden en vertrouwen

Binnen dit thema bespreken we de mate waarin zorgorganisaties een visie hebben op e-health en in hoeverre hiermee in hun bedrijfsvoering rekening wordt gehouden. Daarnaast rapporteren we de mate waarin zorgverleners en zorggebruikers over digitale (gezondheids)vaardigheden beschikken. Verder bespreken we de mate waarin zorgverleners vertrouwen hebben in nieuwe technologie.

Variatie in de monitor

We volgen in de eHealth-monitor jaarlijks de ontwikkelingen met betrekking tot e-health. Daarom proberen we de vragen over de beschikbaarheid en het gebruik van e-health stabiel te houden. Toch is het soms nodig om nieuwe toepassingen toe te voegen. Daarnaast zoeken we jaarlijks naar verdieping. Een deel van de vragenlijst is door de jaren heen dan ook gelijk gebleven maar er is ook een deel van de vragen dat varieert. Daarnaast hebben we de vragen over e-health toepassingen waarin de afgelopen jaren weinig ontwikkeling in te zien was of waarbij het gebruik al heel hoog is, laten vervallen. Ook hebben we dit jaar geen extra vragen uitgezet onder praktijkondersteuners van de GGZ. Dit hebben we gedaan om ruimte te maken voor nieuwe onderzoeksvragen.

2. Online inzage in het medisch dossier

In hoeverre hebben én willen zorggebruikers digitale toegang tot het dossier van de zorgverlener? Deze vraag komt aan bod in het thema 'Online inzage in het medisch dossier'. Daarbij gaan we ook in op wie welke verantwoordelijkheden heeft ten aanzien van online inzage, hoeveel vertrouwen zorgverleners en zorggebruikers hebben en welke verwachtingen en ervaringen er zijn.

3. Gemak en service voor zorggebruikers

In dit thema staan vormen van online contact en communicatie tussen zorggebruikers en zorgverleners centraal. We hebben het bijvoorbeeld over het online maken van afspraken of het digitaal stellen van vragen aan de zorgverlener (e-consult).

4. Zelfmanagement en persoonlijke gezondheidsomgevingen

Dit thema omvat toepassingen rondom ziekte en gezondheid die de zorggebruiker zelf kan doen of kan gebruiken in zijn eigen omgeving. Voorbeelden hiervan zijn het gebruik van internet en mobiele apps voor het opzoeken van informatie en het zelf bijhouden van gegevens over de gezondheid in een persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO). We gaan hierbij ook in op de bekendheid van een PGO.

5. Begeleiding en ondersteuning op afstand

Binnen dit thema gaan we in op de inzet van e-health toepassingen voor begeleiding op afstand bij zorggebruikers thuis, in ziekenhuizen of zorgorganisaties voor langdurige zorg. Voorbeelden zijn toezichhoudende technieken, inzet van medicijn dispensers, telemonitoring en robotica.

6. Elektronische communicatie tussen zorgverleners

Dit thema gaat over het gebruik van een elektronisch patiënt- of cliëntendossier (EPD) door zorgverleners en over de elektronische communicatie tussen zorgverleners in het kader van overdracht en afstemming van zorg. Ook gaan we in op het gebruik van het digitale meekijkconsult.

^{II} Eerdere jaren hebben we over de voortgang met betrekking tot het bereiken van deze doelstellingen gerapporteerd^{1-13,14}. Dit jaar hebben we geen aparte peiling voor de doelstellingen uitgevoerd, wel bespreken we de doelstellingen op hoofdlijnen in hoofdstuk eHealth-doelstellingen ministerie van VWS.

Inleiding

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^{III};
2. mensen met een chronische aandoening^{IV};
3. verpleegkundigen en verzorgenden in de huisartsenzorg^V, ziekenhuiszorg en ouderenzorg;
4. huisartsen;
5. medisch specialisten.

De periode waarover de deelnemers van het onderzoek zijn ondervraagd, betreft het voorjaar 2017 tot het voorjaar 2018. Bijlage A bevat meer informatie over de methode van het onderzoek.

1.3 Leeswijzer

Dit rapport start met het hoofdstuk In vogelvlucht dat de belangrijkste resultaten in context plaatst en ook aanbevelingen voor beleidsmakers en belangengroepen bevat. Na deze inleiding komen in de hoofdstukken 2 tot en met 7 de resultaten van het vragenlijstonderzoek voor elk van de zes genoemde thema's aan de orde:

- hoofdstuk 2: beleid, vaardigheden en vertrouwen;
- hoofdstuk 3: online inzage in het medisch dossier;
- hoofdstuk 4: gemak en service voor zorggebruikers;
- hoofdstuk 5: zelfmanagement en persoonlijke gezondheidsomgevingen;
- hoofdstuk 6: begeleiding en ondersteuning op afstand;
- hoofdstuk 7: elektronische communicatie tussen zorgverleners.

In de losse tabellenbijlage bij dit rapport is per thema gedetailleerde informatie te vinden. Als we in hoofdstukken verwijzen naar tabellen, is dit naar tabellen in de losse tabellenbijlage, tenzij anders vermeld.

1.4 Toelichting op enkele gebruikte termen

We gebruiken in dit rapport als definitie van *e-health*: het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën - met name internettechnologie - om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren¹⁵. De eHealth-monitor hanteert een brede opvatting van deze definitie. Met het oog op het

monitoren van ontwikkelingen in de tijd is een te strikte afbakening van het begrip e-health ongewenst. Bovendien sluiten we met deze brede opvatting aan op internationale voorbeelden van e-health benchmarks^{16,17}.

Als we in dit rapport spreken over *zorggebruikers* dan 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. Als we in dit rapport spreken over mensen met een chronische aandoening bedoelen we mensen met zelfgerapporteerde diabetes mellitus, COPD, astma of een cardiovasculaire aandoening.

In de ouderenzorg spreekt men meestal niet van *patiënten*, maar van *cliënten*. In het rapport gebruiken we overwegend de term *patiënt* maar waar dit de duidelijkheid ten goede komt, gebruiken we de term *cliënt*. In vragenlijsten voor zorgverleners is, als dit voor de duidelijkheid noodzakelijk was, gesproken van 'patiënt/cliënt'.

In dit onderzoek hebben we onder meer gebruikgemaakt van het Panel Verpleging & Verzorging van het Nivel. Dit panel bestaat uit verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners. Voor het gemak van de lezer spreken we regelmatig over verpleegkundigen. Tenzij anders vermeld, bedoelen we daarmee verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners.

Tot slot spreken we in dit rapport soms over 'het afgelopen jaar'. Hiermee bedoelen we voorjaar 2017 tot voorjaar 2018, de periode waarover de deelnemers zijn ondervraagd.

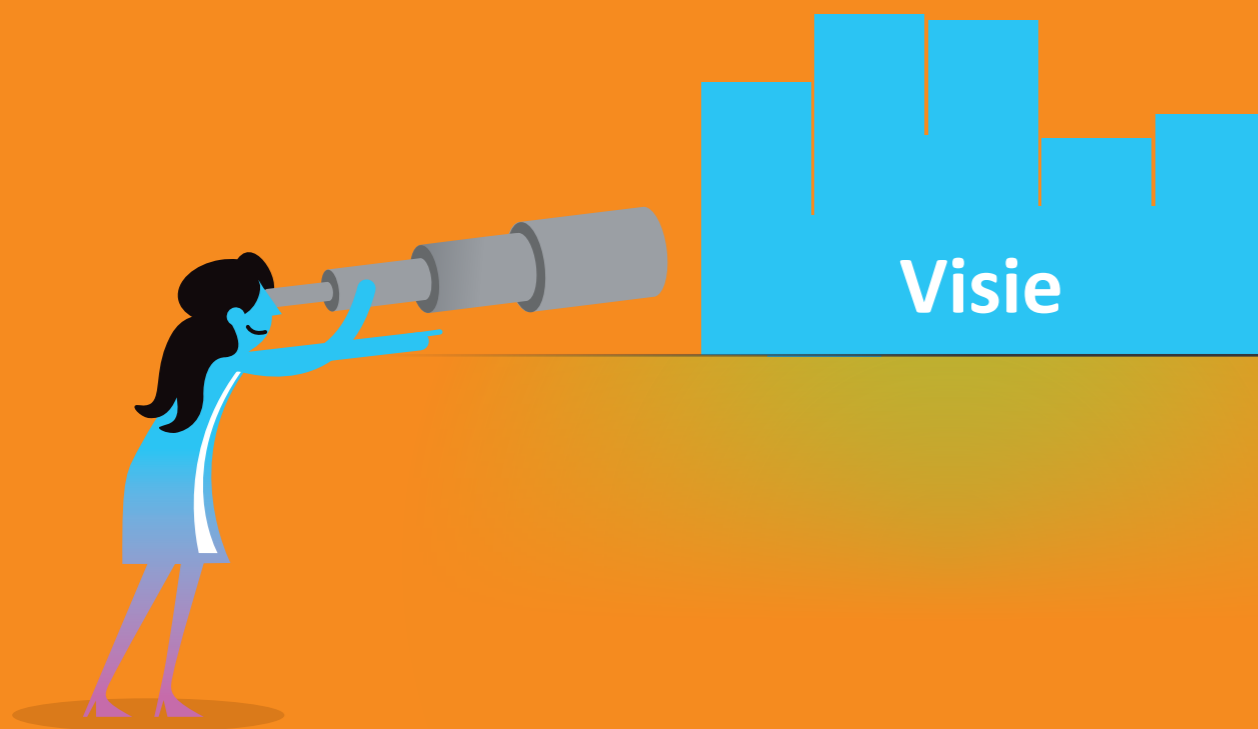
Referenties

1. Wouters, M., Swinkels, I., Sinnige, J., de Jong, J., Brabers, A., van Lettow, B., Friele, R., van Gennip, L. (2017). *Kies bewust voor eHealth – eHealth-monitor 2017*. Den Haag & Utrecht: Nictiz & NIVEL.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. Ministers en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2018). *Kamerbrief over voortgang e-health en zorgvernieuwing*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
7. Taskforce Zorg op de Juiste Plek. (2018). *De juiste zorg op de juiste plek. Wie durft*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
8. 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.
9. Informatieberaad. (2018). *Outcome-doelen*. Bezocht op <https://www.informatieberaadzorg.nl/outcomedoelen> op 3 juli 2018.
10. Minister voor Medische Zorg en Sport. (2018). *Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal betreffende Kamervragen (1357318-177492-CZ)*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
11. MedMij. (2018). *MedMij*. Bezocht op <http://www.medmij.nl/zorggebruikers> op 8 augustus 2018.
12. VIPP. (2018). *Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional: de patiënt meer inzicht in zijn eigen zorg*. Bezocht op <https://www.vipp-programma.nl/> op 8 augustus 2018.
13. Krijgsman, J., Peeters, J., Burghouts, A., de Jong, J., Heijmans, M., Beenkens, F., Waverijn, G., Friele, R., van Gennip, L. (2015). *'Dan kan ik er misschien zelf iets aan doen': tussenrapportage eHealth-monitor 2015*. Den Haag & Utrecht: Nictiz & NIVEL.
14. 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.
15. Krijgsman, J., Klein Wolterink, G. (2012). *Ordering in de wereld van eHealth. Whitepaper*. Den Haag: Nictiz.
16. 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.
17. Dobrev, A., Haesner, M., Hüsing, T., Korte, W.B., Meyer, I. (2008). *Benchmarking ICT use among General Practitioners in Europe*. Bonn: Empirica.

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

IV Dit betreft in dit rapport mensen met zelf-gerapporteerde diabetes, COPD, astma of een hartvaataandoening.

V Dit betreft zowel praktijkondersteuners in de somatiek, ouderenzorg als geestelijke gezondheidszorg.



Box 2.1 Informatie over de doelgroepen en methode

De resultaten in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op vragenlijstonderzoek bij de volgende doelgroepen en panels:

- KNMG-artsenpanel: huisartsen en medisch specialisten.
- Panel Verpleging & Verzorging van het Nivel: verpleegkundigen, met onderscheid in verpleegkundigen werkzaam in de ouderenzorg, huisartsenzorg en ziekenhuiszorg. We hebben onderzoek gedaan onder verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners van de huisarts, maar noemen deze groepen in verband met de leesbaarheid van het rapport allemaal 'verpleegkundigen'.
- Consumentenpanel Gezondheidszorg van het Nivel: zorggebruikers en mensen met een chronische aandoening. Zorggebruikers zijn een afspiegeling van de bevolking in Nederland. Mensen met een chronische aandoening geven zelf aan diabetes, COPD, astma en/of een hartaandoening te hebben.

Zie Bijlage A voor meer informatie over de panels en doelgroepen. Tenzij anders aangegeven, verwijzen we voor tabellen in dit hoofdstuk naar de Tabellenbijlage behorend bij dit rapport.

Hoofdstuk 2

Beleid, vaardigheden en vertrouwen

Belangrijkste resultaten in dit hoofdstuk

- Bij 55% van de huisartsen is een visie bekend van hun praktijk over het gebruik en de inzet van digitale zorgtoepassingen, bij 32% van de huisartsen is dit niet bekend. Van de medisch specialisten weet 38% niet of hun zorgorganisatie een visie heeft geformuleerd, bij 44% is de visie wel bekend.
- Onder 35%-54% van de verpleegkundigen is een visie van hun organisatie bekend. En onder 18-29% zijn concrete doelstellingen over het gebruik en de inzet van digitale toepassingen bekend.
- De meeste artsen voelen zichzelf digitaal vaardig. Zo geeft de meerderheid aan nieuwe apps, programma's of systemen snel onder de knie te hebben (61%-69%) en softwareproblemen zelf op te lossen (60%-69%). Toch lijken artsen niet altijd te weten welke technologie past bij de zorgvraag van een patiënt: 33%-35% zegt dit wel te weten en 14%-19% zegt het niet te weten.
- Ook veel verpleegkundigen vinden dat zij snel leren in het gebruik van apps, programma's of systemen die ze nog niet kennen (75%-80%) en hebben vertrouwen (74%-76%) in nieuwe technologie.
- De meeste zorggebruikers vinden het gemakkelijk een keuze te maken uit gevonden informatie over hun gezondheid (71%), maar de meerderheid (63%) vindt het moeilijk de betrouwbaarheid te bepalen. Het toepassen vindt een kleine meerderheid (zeer) makkelijk (63%).

2.1 Inleiding

Sinds enkele jaren gaan we in de eHealth-monitor in op positieve ervaringen en negatieve ervaringen met e-health. Zo krijgen we steeds beter in beeld waar knelpunten en kansen liggen als het gaat om de implementatie van e-health. Voorbeelden van vragen die nu opkomen zijn: Hoe kijken zorgverleners naar nieuwe ICT-toepassingen? Zien zorgverleners e-health als een kans?

“E-health heeft ons een enorm gemak en kwalitatieve verbetering opgeleverd omdat in principe alle informatie met een druk op de knop (...) beschikbaar is.”

medisch specialist in de eHealth-monitor van 2016¹.

De implementatie van e-health vraagt om meer dan het (technisch) introduceren van een app of website^{2,3}. Het gaat vaak gepaard met vergaande veranderingen, en wordt daardoor steeds meer als ‘transformatieproces’ gezien⁴. De noodzaak van digitale *transformatie* wordt ingegeven door de snelheid van technologische ontwikkelingen gecombineerd met de toenemende druk op de zorg. Dit vraagt om een andere manier van (samen) werken, organiseren en behandelen⁴. Transformatie in het algemeen is ‘een fundamentele verandering in visie en werkwijze van een organisatie, of van mensen, die

vaak onomkeerbaar is. Je creëert een nieuwe orde, je laat het oude los en je vormt nieuwe waarden, structuren, uitgangspunten, cultuur en gedrag⁴.

In dit hoofdstuk gaan we dieper in op enkele randvoorwaarden die bepalend zijn voor het proces van digitaal transformeren, samengenomen onder beleid (ie. visie en doelstellingen) en vaardigheden. Zie box 2.1 voor meer informatie over de methode.

Voor wat betreft beleid is het belangrijk om te werken vanuit een breed gedragen en heldere visie^{1,5,6}. De noodzaak of de meerwaarde van e-health is niet altijd evident¹. Een *visie* over de inzet van e-health draagt bij aan een gefundeerde strategie die zorgverleners meer controle kan geven bij de inzet van e-health¹. Een heldere visie is nodig om relevante doelen te kunnen formuleren die nodig zijn om *beleid* te maken waarnaar zorgverleners kunnen handelen. En ook een helder doel dat gericht is op verbetering van (een specifiek deel) van de zorg en uitgaat van meerwaarde voor betrokken partijen is hierbij van belang^{1,7}. Vanuit het te bereiken doel worden doelstellingen geformuleerd en pas dan kan worden bepaald of en welke e-health toepassingen worden ingezet^{1,6}.

Voor het goed gebruiken van e-health toepassingen is vaak een gedragsverandering nodig. Daarom is het belangrijk om zowel zorgverleners als zorggebruikers te betrekken bij de ontwikkeling en de implementatie van

e-health toepassingen^{5,8}. Dit bevordert de gebruiksvriendelijkheid, creëert draagvlak en stimuleert het gebruik. Daarnaast zijn onder zowel zorgverleners als zorggebruikers competenties en *vaardigheden* nodig om met de toepassingen aan de slag te kunnen^{9,10}. Ook het hebben van vertrouwen in technologie is belangrijk^{11,12}.

2.2 Visie en beleid van de zorgorganisatie op het vlak van e-health

We vroegen artsen en verpleegkundigen dit jaar of er een visie bekend is van de praktijk of de zorgorganisatie waarin zij werkzaam zijn als het gaat om het gebruik en de inzet van digitale zorgtoepassingen, zoals online inzage, e-consult en online afspraken maken.

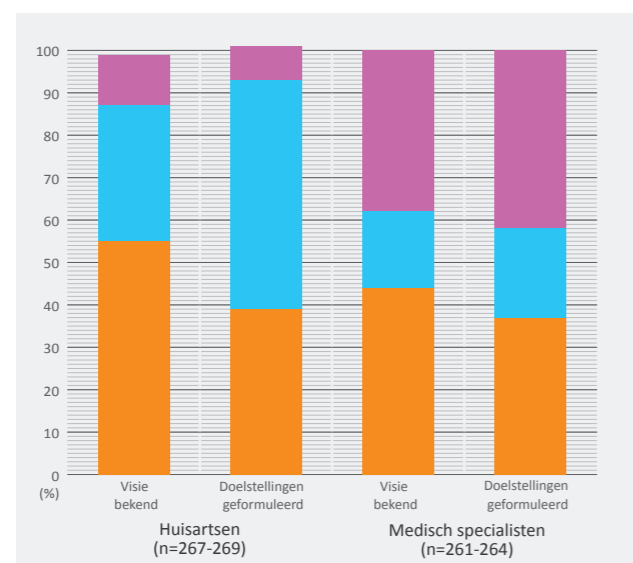
2.2.1 Bekendheid visie en doelstellingen volgens artsen

Volgens iets meer dan de helft van de huisartsen heeft de praktijk een *visie* over het gebruik of de inzet van digitale zorgtoepassingen, die bekend is bij de arts en medewerkers van de praktijk. Bij een derde van de huisartsen is er geen visie bekend en 13% weet niet of er een visie is. Medisch specialisten lijken minder goed te weten of er een visie is: 38% weet niet of er een visie is binnen de zorgorganisatie. Onder 44% van de medisch specialisten is er wel een visie bekend en bij 18% is er geen visie bekend (zie figuur 2.1 en tabel 2.1).

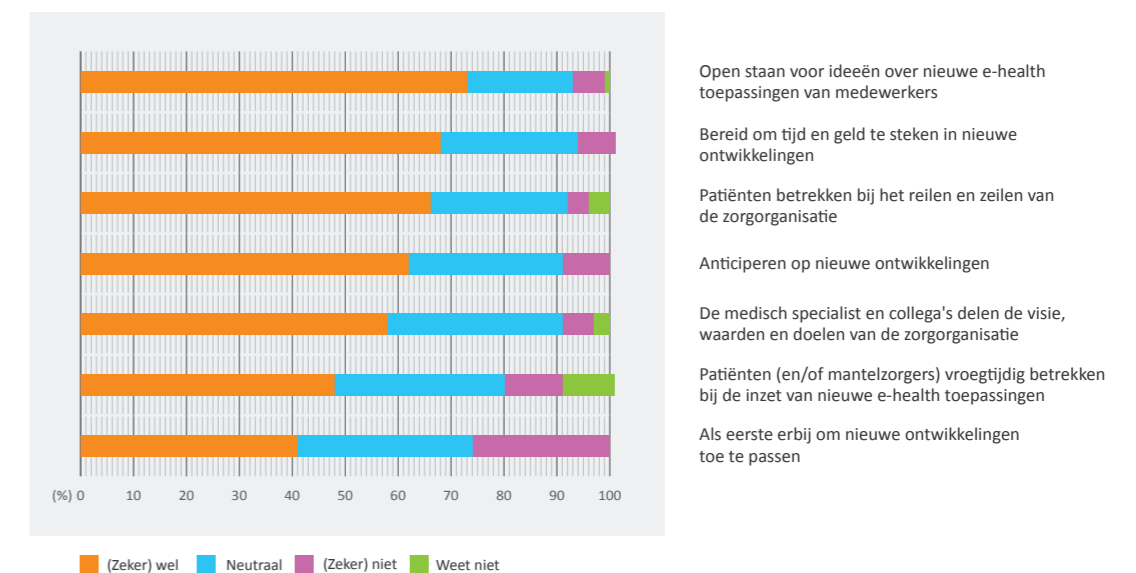
Ook weten medisch specialisten niet goed of er concrete *doelstellingen* zijn geformuleerd over het gebruik en de inzet van digitale zorgtoepassingen (42%). Zie figuur 2.1 en tabellen 2.2 en 2.3. Ruim een derde van de medisch specialisten (37%) zegt dat de zorgorganisatie deze doelstellingen wel heeft. Zo’n 8% van de specialisten geeft aan dat deze doelstellingen zowel voor de zorgorganisatie als voor de eigen afdeling geformuleerd zijn. Wat betreft dergelijke doelstellingen binnen de huisartsenpraktijk: 39% van de huisartsen zegt dat deze geformuleerd zijn, 54% zegt van niet, en 8% weet het niet.

Aan de huisartsen en de medisch specialisten die bekend zijn met een visie over e-health legden wij enkele uitspraken voor over nieuwe (e-health) toepassingen en ontwikkelingen. In de organisatie is de houding wat betreft nieuwe (e-health) toepassingen en ontwikkelingen positief (zie figuur 2.2 en tabellen 2.4 en 2.5). Dat wil zeggen dat het merendeel van deze groep huisartsen en medisch specialisten aangeeft dat de praktijk of zorgorganisatie openstaat voor ideeën over nieuwe e-health toepassingen van medewerkers (81% van de huisartsen, 73% van de medisch specialisten). Ook is de organisatie veelal bereid tijd en geld te steken in nieuwe ontwikkelingen (72% van de huisartsen, 68% van de medisch specialisten). De helft van de medisch specialisten bij wie een visie bekend is (48%) geeft aan dat de organisatie patiënten betreft bij de inzet van nieuwe e-health toepassingen. Onder

Figuur 2.1
Huisartsen en medisch specialisten
Percentage dat aangeeft of er in hun praktijk of zorgorganisatie een visie bekend is als het gaat om het gebruik en de inzet van digitale zorgtoepassingen; in 2018.



Figuur 2.2
Medisch specialisten
Percentage dat aangeeft in hoeverre verschillende uitspraken aansluiten bij de visie van de zorgorganisatie, van de medisch specialisten die aangaven dat er in hun zorgorganisatie een visie is ten aanzien van het gebruik van digitale zorgtoepassingen; in 2018 (n=115).



Hoofdstuk 2 → Beleid, vaardigheden en vertrouwen

huisartsen bij wie een visie bekend is, is dit lager, namelijk 30%.

2.2.2 Bekendheid visie en doelstellingen volgens verpleegkundigen

Een derde tot de helft van de verpleegkundigen (35%-54%) geeft aan dat de organisatie een visie heeft rondom het gebruik en de inzet van digitale zorgtoepassingen die bekend is bij henzelf en hun collega's. In de ouderen- en ziekenhuiszorg weet bijna de helft van de verpleegkundigen (respectievelijk 44% en 48%) niet of er een visie is (zie figuur 2.3 en tabel 2.6).

Zo'n 18%-29% van de verpleegkundigen geeft aan dat de organisatie concrete doelstellingen heeft over het gebruik en de inzet van digitale zorgtoepassingen. Bijna de helft van de verpleegkundigen in de huisartsenzorg (44%) geeft aan dat er geen concrete doelstellingen zijn (zie figuur 2.3 en tabel 2.7).

De meerderheid van de verpleegkundigen is van mening dat hun organisatie bereid is om tijd en geld te steken in nieuwe ontwikkelingen (52%-61%) (tabellen 2.8 t/m 2.10). De mate waarin verpleegkundigen vinden dat collega's de visie, waarden en doelen delen is het laagst bij verpleegkundigen die werkzaam zijn in het ziekenhuis: 45%, tegenover 61% en 67% in ouderen- en huisartsenzorg. Verpleegkundigen in de huisartsenzorg zijn het vaakst van mening dat de organisatie open

staat voor ideeën over nieuwe e-health toepassingen: 74%. In de ouderenzorg en ziekenhuiszorg ligt dit respectievelijk op 54% en 43% (zie figuur 2.4). Verpleegkundigen geven in mindere mate aan dat zij patiënten en/of hun mantelzorgers betrekken bij de inzet van nieuwe e-health toepassingen: 31% van de verpleegkundigen in de ouderenzorg is het eens met deze stelling. Dit geldt voor 19% van de verpleegkundigen in de ziekenhuiszorg en 34% van de verpleegkundigen in de huisartsenzorg.

2.2.3 Begroting digitale zorg

Een derde van de huisartsen heeft de aanschaf en/of het behoud van digitale zorg begroot (35%). Hiervan valt digitale zorg bij 28% onder het budget voor ICT en bij 3% is dit een aparte kostenpost. Bij 4% is het wel begroot al weet de huisarts niet precies waar het onder valt (tabel 2.11).

2.3 Digitale vaardigheden

Een nieuw thema dit jaar is 'digitale vaardigheden'. Hoe digitaal vaardig voelen zorgverleners zich en kunnen zij anderen bijstaan in het gebruik van technologie? Ook bij zorggebruikers en mensen met een chronische aandoening gingen we na hoe digitaal vaardig ze zijn. Zo vroegen we ze bijvoorbeeld of ze kunnen bepalen of informatie over gezondheid op internet betrouwbaar is,

en of zij gevonden informatie kunnen gebruiken. We legden hen hierover een aantal stellingen voor.

2.3.1 Digitale vaardigheden van artsen

Twee derde van de artsen geeft aan dat ze systeem- of softwareproblemen eerst zelf proberen op te lossen en dat ze het gebruik van nieuwe apps, programma's of systemen snel onder de knie hebben (zie figuur 2.5 en tabellen 2.12 en 2.13). De helft van de artsen heeft vertrouwen in (nieuwe) technologie (49% van de huisartsen en 58% van de medisch specialisten). Een derde (33%) van de huisartsen en 29% van de medisch specialisten staat hier neutraal tegenover. Artsen voelen weinig weerstand ten opzichte van nieuwe

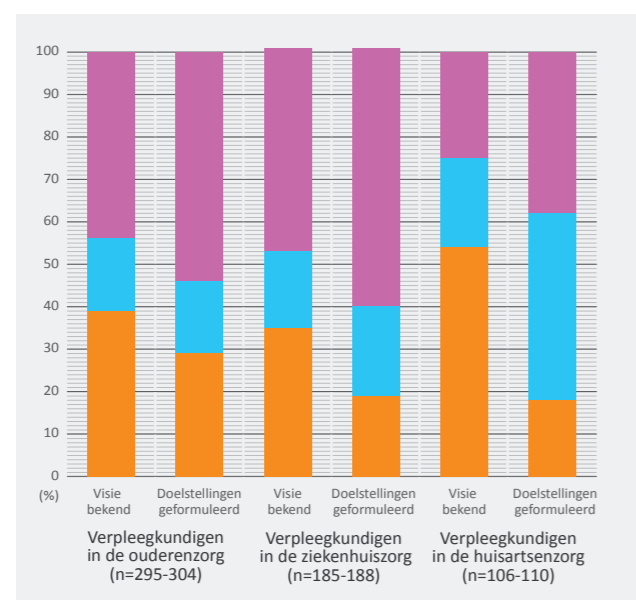
technologie; van de medisch specialisten voelt 17% weerstand en onder huisartsen is dit 26%.

Een ruime meerderheid van de huisartsen (84%) en medisch specialisten (83%) is van mening dat ze goed weten bij wie ze terecht kunnen met problemen op het gebied van technologie (zie figuur 2.6 en tabellen 2.14 en 2.15). Verder weet 72% van de huisartsen welke mogelijkheden er binnen de praktijk zijn met betrekking tot technologie. Dit geldt in mindere mate voor de medisch specialisten (49%). Medisch specialisten lijken graag met technologie te werken, 7% laat het gebruik ervan liever aan collega's of andere medewerkers over. Dit percentage is hoger onder huisartsen, namelijk 21%.

Per ongeluk hadden medisch specialisten in de online vragenlijst bij deze vraag niet de optie 'weet ik niet' als antwoordmogelijkheid.

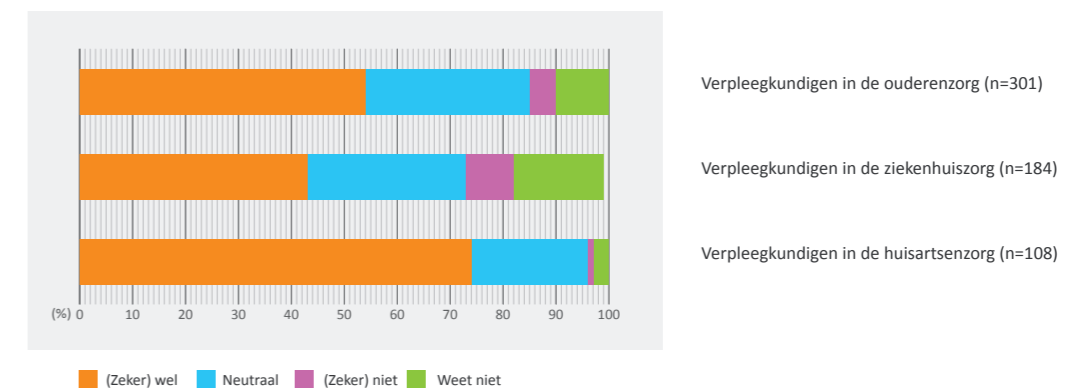
Figuur 2.3

Verpleegkundigen
Percentage dat aangeeft of er in hun praktijk of zorgorganisatie een visie bekend is als het gaat om het gebruik en de inzet van digitale zorgtoepassingen, naar ouderenzorg, ziekenhuiszorg en huisartsenzorg; in 2018.



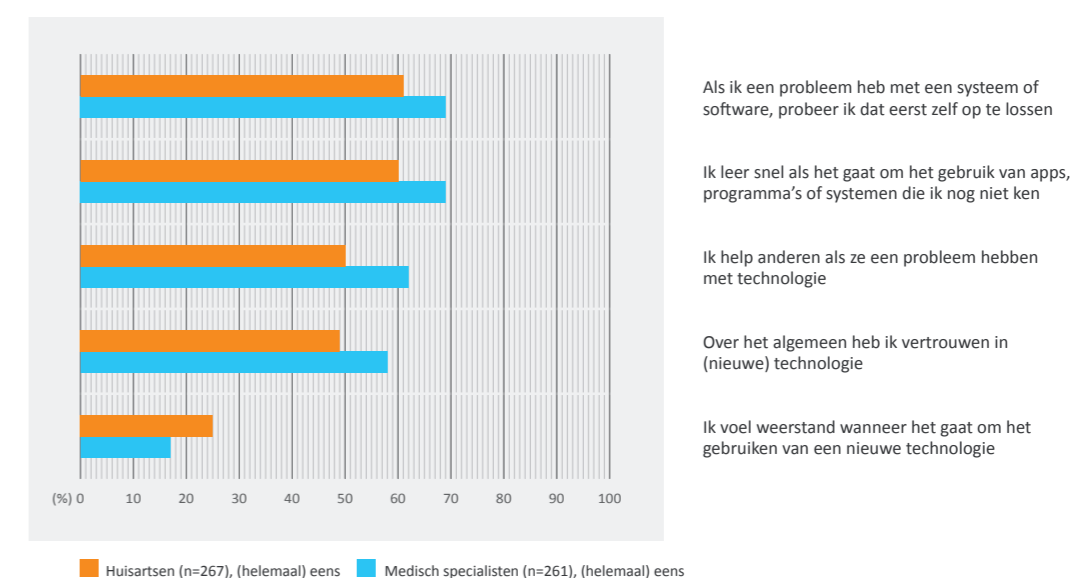
Figuur 2.4

Verpleegkundigen
Percentage dat aangeeft in hoeverre de uitspraak 'Mijn organisatie staat open voor ideeën over nieuwe e-health toepassingen van haar medewerkers' aansluit bij de visie van de zorgorganisatie, naar ouderenzorg, ziekenhuiszorg en huisartsenzorg; in 2018.



Figuur 2.5

Huisartsen en medisch specialisten
Percentage dat aangeeft het (helemaal) eens te zijn met stellingen over hun gebruik van ICT in de zorg; in 2018.



Hoofdstuk 2 → Beleid, vaardigheden en vertrouwen

De helft van de artsen (49% van de huisartsen en 47% van de medisch specialisten) is 'neutraal' als het gaat om het kunnen vinden van de juiste technologie bij de zorgvraag van de patiënt. Een derde is het eens met deze stelling en 14%-19% zegt het niet te weten.

2.3.2 Digitale vaardigheden van verpleegkundigen

De meerderheid van de verpleegkundigen vindt dat zij snel leren als het gaat om het gebruik van apps, programma's of systemen die ze nog niet kennen en dat zij vertrouwen hebben in (nieuwe) technologie (75%-76%). Ook proberen zij problemen met een systeem of software vaak eerst zelf op te lossen (76%-82%). Zie tabellen 2.16 t/m 2.18. Verpleegkundigen vinden minder vaak dat zij weten welke technologische mogelijkheden er binnen de organisatie zijn (50%-63%) en wat ze kunnen verwachten van een nieuw systeem (59%-60%). Een vergelijkbaar deel meent dat ze kunnen aangeven op welke punten technologie verbeterd zou kunnen worden (47%-58%) en waaraan een technologie moet voldoen om aan te sluiten bij een zorgvraag (45%-62%). Ook vindt ongeveer de helft van de verpleegkundigen dat zij de juiste technologie kunnen vinden voor een cliënt (41%-57%).

2.3.3 Digitale gezondheidsvaardigheden van zorggebruikers en mensen met een chronische aandoening

De meerderheid van de zorggebruikers vindt het vrij tot zeer makkelijk om een keuze te maken uit de gevonden informatie over gezondheid (71%), de goede woorden in te typen in een zoekmachine om snel de juiste informatie te vinden (81%) en om precies datgene te vinden dat men zoekt (62%). Meer dan de helft van de zorggebruikers vindt het vrij tot zeer moeilijk de betrouwbaarheid te bepalen (63%) en of de informatie op een website is geschreven met achterliggende commerciële doelen (57%). Zie tabel 2.19 en Figuur 2.7. Een kleine meerderheid van de zorggebruikers vindt het toepassen van informatie vrij tot zeer makkelijk: zo vindt 60% het vrij tot zeer makkelijk om met de gevonden informatie goede beslissingen te nemen over de gezondheid.

Bij mensen met een chronische aandoening zien we een vergelijkbaar beeld, al geeft in het algemeen een

lager percentage in die groep aan de genoemde activiteiten vrij tot zeer makkelijk te vinden (zie tabel 2.20 en Figuur 2.7).

2.4 Conclusie en discussie

Het verandertraject omtrent de implementatie van e-health wordt steeds meer als een 'transformatieproces' gezien⁴. Dit hoofdstuk gaat dieper in op een aantal randvoorwaarden dat van belang is in dit transformatieproces. We onderzochten of de visie en doelstellingen van de zorgorganisatie bekend zijn onder zorgverleners. Ook onderzochten we de vaardigheden en het vertrouwen dat zorgverleners en zorggebruikers hebben met betrekking tot technologie.

Een heldere en breed gedragen visie over de inzet van digitale zorgtoepassingen kan zorgverleners meer controle geven bij de inzet van e-health¹. Toch blijkt uit de monitor van dit jaar dat bij een groot deel van de zorgverleners nog geen visie op e-health bekend is binnen hun praktijk of zorgorganisatie. Deze is er niet of de zorgverleners weten niet dat deze er is. Een derde tot de helft van de artsen en de verpleegkundigen kent deze visie wel. Naast een heldere visie is het van belang dat concrete doelstellingen worden geformuleerd die bekend zijn onder zorgverleners. Zo moet duidelijk worden waarom een bepaalde toepassing wordt ingezet en met welk doel. Een meerderheid van de huisartsen en de verpleegkundigen geeft echter aan dat er in hun praktijk of zorgorganisatie *geen* doelstellingen met betrekking tot het gebruik en de inzet van digitale zorgtoepassingen zijn geformuleerd of zij weten dit niet.

Voor wat betreft het onderwerp 'visie' past de titel en de eerste aanbeveling van de vorige eHealth-monitor: 'Kies bewust voor e-health'¹. Het is belangrijk om passende keuzes te maken als het gaat om e-health; het verschilt per sector en per situatie hoe e-health optimaal wordt ingezet en wordt benut⁶. Een visie en doelstellingen vormen een belangrijk deel van het beleid van de organisatie. Het is van belang om in de plannen¹¹ van de zorgorganisatie of de praktijk te noteren hoe de e-health toepassingen in het werkproces worden opgenomen. Het is essentieel om zorgverleners die hiermee moeten werken daarbij te

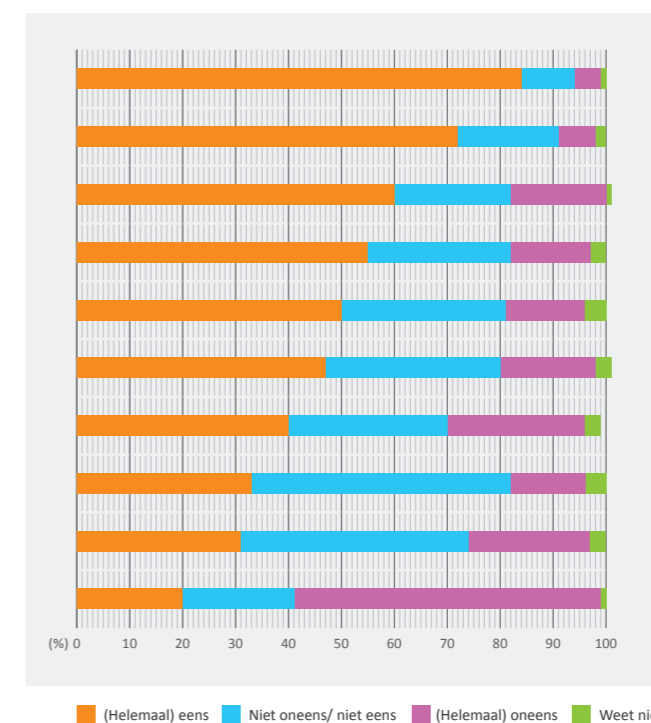
betrekken zodat het binnen hun werkproces past. Ook kan daardoor gezamenlijk worden bepaald of werk- of zorgprocessen moeten worden aangepast.

Verder zijn de digitale vaardigheden van zorgverleners nodig om e-health zinvol te kunnen inzetten^{9,10}. We zien dit jaar dat het merendeel van de artsen en de verpleegkundigen zich aardig digitaal vaardig voelt. Zij geven aan nieuwe apps, programma's of systemen snel

onder de knie te hebben en softwareproblemen zelf op te lossen. Daarnaast hebben zij vertrouwen in de technologie. Uit de vorige eHealth-monitor bleek dat verpleegkundigen, met name in de ouderenzorg en in de huisartsenzorg, het als hun taak zien om patiënten te informeren over en te begeleiden bij het gebruik van e-health. Digitale vaardigheden zijn echter niet voor iedereen vanzelfsprekend⁹. Dit jaar zegt de helft van de verpleegkundigen het lastig te vinden om de juiste

Figuur 2.6

Huisartsen
Percentage dat aangeeft in hoeverre ze het eens zijn met de volgende stellingen over hun begrip en uitleg over ICT in de zorg; in 2018 (n=263).



Ik weet bij wie ik terecht kan als ik problemen met technologie niet zelf op kan lossen

Ik weet welke mogelijkheden er binnen de praktijk zijn met betrekking tot technologie

Ik kan uitleggen aan patiënten hoe nieuwe technologische hulpmiddelen werken

Ik kan aangeven op welke punten een technologie verbeterd zou kunnen worden

Ik kan aangeven waaraan een technologie moet voldoen om aan te sluiten bij een zorgvraag

Ik kan aangeven hoe een bepaalde technologie bijdraagt aan de kwaliteit van zorg

Ik kan een patiënt helpen bij de introductie van nieuwe technologie

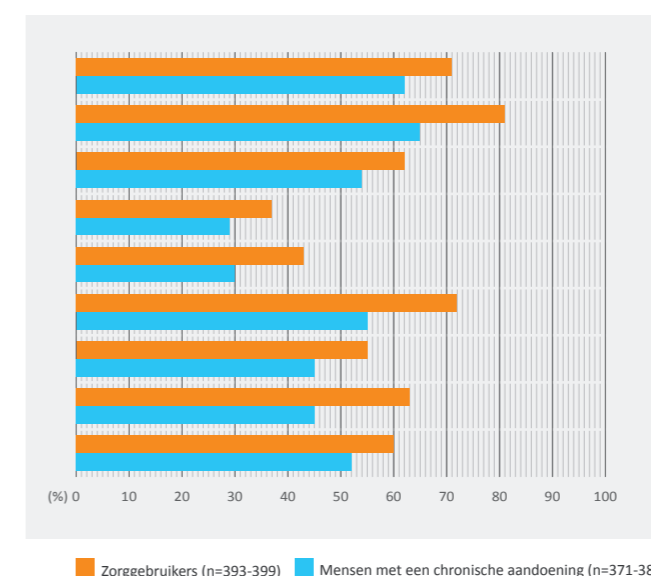
Ik kan de juiste technologie vinden bij de zorgvraag van een patiënt

Ik weet wat ik kan verwachten van een nieuw systeem

Ik laat het gebruik van technologie liever aan mijn collega's of medewerkers over

Figuur 2.7

Zorggebruikers en mensen met een chronische aandoening
Percentage dat aangeeft de genoemde activiteiten vrij tot zeer makkelijk te vinden; in 2018.



Een keuze te maken uit de informatie die u vindt

De goede woorden in te typen in de zoekmachine om snel de juiste informatie te vinden

Precies datgene te vinden wat u zoekt

Te bepalen of de informatie betrouwbaar is

Te bepalen of de informatie op een website is geschreven met achterliggende commerciële doelen

Verschillende websites te bekijken om te controleren of die dezelfde informatie geven

Te bepalen of de gevonden informatie op u van toepassing is

De gevonden informatie te gebruiken/toe te passen in uw dagelijks leven

Met de informatie die u vindt, goede beslissingen te nemen over uw gezondheid

11 Huisartsenpraktijken kunnen ook hun ontwikkelpunten onderzoeken en benchmarken met anderen. Hiermee kunnen zij bepalen of en welke investeringen zinvol zijn¹⁸

Hoofdstuk 2 → Beleid, vaardigheden en vertrouwen

technologie te vinden bij zorgvragen van patiënten. Ander onderzoek toonde dat de verpleegkundigen zich maar bekwaam voelden voor 9 van 31 essentiële vaardigheden die nodig zijn om telehealth in te kunnen zetten^{13,14}. Wellicht willen zorgverleners de ruimte krijgen om het aanbod te leren kennen en de nieuwe toepassingen uit te proberen, zoals blijkt uit eerdere edities van de eHealth-monitor¹⁵.

Het blijft belangrijk om zorgverleners te ondersteunen in de ontwikkeling van hun digitale vaardigheden. Hun perceptie en hun kennis wordt als een van de belangrijkste issues van het implementatieproces gezien¹⁶. Bovendien toont onderzoek aan dat een sterker gevoel van bekwaamheid positief samenhangt met de bereidheid om de technologie in te zetten¹⁷. Het is daarom belangrijk hen te ondersteunen en te trainen. De aanbeveling van de vorige eHealth-monitor blijft daarom relevant: “stimuleer ervaring in opleidingen en nascholingen, creëer ambassadeurs”¹.

Van zorggebruikers worden niet alleen digitale vaardigheden gevraagd maar ook gezondheidsvaardigheden. Het doel is dat zij met e-health meer regie en controle over hun gezondheid krijgen. Maar (digitale) gezondheidsvaardigheden zijn niet voor iedereen vanzelfsprekend¹⁹. En niet alle patiënten kunnen zomaar aan de slag met e-health, omdat sommige toepassingen niet voor iedereen beschikbaar zijn en/of te ingewikkeld zijn⁸. Uit de resultaten van 2018 blijkt dat de meeste zorggebruikers en mensen met een chronische aandoening vinden dat ze goed uit de voeten kunnen met het vinden en het toepassen van gezondheidsinformatie. Al vinden zij het wel moeilijk om de betrouwbaarheid van de informatie te bepalen. Zorgverleners kunnen hen helpen de weg naar de juiste en betrouwbare informatie te vinden. Zo is de website Thuisarts.nl een voorbeeld van een betrouwbare bron die patiënten ondersteunt bij de beslissing om wel of niet naar de huisarts te gaan^{20,21}. Op die manier kan het geven en aanbieden van betrouwbare bewezen effectieve gezondheidsinformatie het gebruik van zorg beïnvloeden^{22,23}.

Tot slot zien we een verschil in de mate waarin patiënten (en/of mantelzorgers) worden betrokken bij de inzet van nieuwe e-health toepassingen. De helft van de medisch specialisten en een derde van de huisartsen betreft patiënten bij de inzet van nieuwe e-health

toepassingen. Het wordt aangeraden om zowel de zorgverleners als de patiënten te betrekken bij de ontwikkeling en de implementatie van digitale zorgtoepassingen^{5,6,8,24}. Co-creatie met een multidisciplinaire groep mensen belooft bevordering van de gebruiksvriendelijkheid, het creëren van draagvlak en het stimuleren van het gebruik^{5,6}.

Referenties

1. Wouters, M., Swinkels, I., Sinnige, J., de Jong, J., Brabers, A., van Lettow, B., Friele, R., van Gennip, L. (2017). *Kies bewust voor eHealth – eHealth-monitor 2017*. Den Haag & Utrecht: Nictiz & NIVEL.
2. Ross, J., Stevenson, F., Lau, R., Murray, E. (2016). Factors that influence the implementation of e-health: a systematic review of systematic reviews (an update). *Implementation Science*, 11(1), 146. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0510-7>.
3. Van Gemert-Pijnen, L., Kelders, S.M., Kip, H., Sanderman, R. (2018). *eHealth, research, theory and development. A multidisciplinary approach*. Abingdon & New York: Routledge.
4. Idenburg, P.J., Philippens, M. (2018). *Diagnose Transformatie - Een toolkit voor grensverleggers in de zorg*. Zeewolde: Quality Dots. Bezocht op www.digitaaltransformatie.nl op 25 september 2018.
5. Schreuder, C., Pluut, B. (2018). *Handboek Online inzage. Hoe regelen we dat?!* Den Haag: Nictiz. Bezocht op <https://www.nictiz.nl/boeken/handboek-online-inzage-hoe-regelen-we-dat/> op 25 september 2018.
6. Suijkerbuijk, S. (2014). *9 tips om eHealth succesvol te implementeren*. Vilans. Bezocht op <https://www.vilans.nl/artikelen/tips-om-ehealth-succesvol-te-implementeren-1> op 25 september 2018.
7. Hartevelde, M. (2018). *Goede zorginnovatie begint bij een helder doel*. Medisch Ondernemen. Bezocht op <http://www.medischondernemen.nl/medisch-ondernemen/goede-zorginnovatie-begint-bij-een-helder-doel> op 25 september 2018.
8. Pluut, B., De Jonge, M. (2018). *E-health-experts: Denk niet te gemakkelijk over zelfredzaamheid*. Rathenau Instituut. Bezocht op <https://www.rathenau.nl/nl/digitale-samenleving/e-health-experts-denk-niet-te-gemakkelijk-over-zelfredzaamheid> op 25 september 2018.
9. Den Bode, P., van Duijvendijk, I., Kleppe, M., Ossebaard, H. C. (2017). *eHealth: digitale vaardig-*

heden zijn voor zorgprofessionals onmisbaar.

Den Haag: Nictiz.

10. De Vries, E., Gielen, M. (2014). *E-skills voor zorgprofessionals*. Nijmegen: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.
11. Fischer, S.H., David, D., Crotty, B.H., Dierks, M., Safran, C. (2014). Acceptance and Use of Health Information Technology By Community-Dwelling Elders. *International Journal of Medical Informatics*, 83(9), 624–635, <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2014.06.005>.
12. Kayser, L., Kushniruk, A., Osborne, R.H., Norgaard, O., Turner, P. (2015). Enhancing the Effectiveness of Consumer-Focused Health Information Technology Systems Through eHealth Literacy: A Framework for Understanding Users' Needs. *JMIR Human Factors*, 2(1), e9, <https://doi.org/10.2196/humanfactors.3696>.
13. Van Houwelingen, C.T.M. (2018). *Telehealth competence in nursing. Enhancing skills and practice in providing care remotely*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
14. Van Houwelingen, C.T.M., Moerman, A.H., Ettema, R.G.A., Kort, H.S.M., Ten Cate, O. (2016). Competencies required for nursing telehealth activities: A Delphi-study. *Nurse Education Today*, 39, 50–62, <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.12.025>.
15. 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.
16. Scandurra, I., Jansson, A., Forsberg-Fransson, M.L., Alander, T. (2017). Patient Accessible EHR is Controversial: Lack of Knowledge and Diverse Perceptions Among Professions. *International Journal of Reliable and Quality E-Healthcare*, 6(1), 29–45, <https://doi.org/10.4018/IJRQEH.2017010103>.
17. Lam, M.K., Nguyen, M., Lowe, R., Nagarajan, S.V., Lincoln, M. (2014). “I can do it”: does confidence and perceived ability in learning new ICT skills predict pre-service health professionals' attitude towards engaging in e-healthcare? *Studies in Health Technology and Informatics*, 204, 60–66.
18. Spindok. (2018). *De ict-ladder. Grip op digitalisering in de huisartspraktijk*. Bezocht op <http://www.ictladder.nl/#herkenning> op 25 september 2018.
19. Rademakers, J. (2014). *Kennissynthese - Gezondheidsvaardigheden Niet voor iedereen vanzelfsprekend*. Utrecht: NIVEL.
20. Reitsma-Van Rooijen, M., Korevaar, J., Drenthen, T. (2015). Thuisarts.nl en bezoek aan de huisarts. *Huisarts*

En Wetenschap, 58(5), 257–257.

21. Thuisarts.nl. *Betrouwbare en onafhankelijke informatie van uw arts*. Bezocht op <https://www.thuisarts.nl/> op 25 september 2018.
22. Spoelman, W.A., Bonten, T.B., De Waal, M.W.M., Drenthen, T., Smeele, I.J.M., Nielen, M.M.J., Chavannes, N.H. (17AD). De invloed van Thuisarts.nl op het zorggebruik. *Huisarts En Wetenschap*, 60(260–263).
23. Spoelman, W.A., Bonten, T.N., de Waal, M.W.M., Drenthen, T., Smeele, I.J.M., Nielen, M.M.J., Chavannes, N.H. (2016). Effect of an evidence-based website on healthcare usage: an interrupted time-series study. *BMJ Open*, 6(11), e013166, <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013166>.
24. Flim, C. (2013). *Actieplan eHealth implementatieonderzoek*. Den Haag: ZonMw.



Box 3.1 Informatie over de doelgroepen en methode

De resultaten in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op vragenlijstonderzoek bij de volgende doelgroepen en panels:

- KNMG-artsenpanel: huisartsen en medisch specialisten.
- Panel Verpleging & Verzorging van het Nivel: verpleegkundigen, met onderscheid in verpleegkundigen werkzaam in de *ouderenzorg*, *huisartsenzorg* en *ziekenhuiszorg*.
- Consumentenpanel Gezondheidszorg van het Nivel: zorggebruikers en mensen met een chronische aandoening. Zorggebruikers zijn een afspiegeling van de bevolking in Nederland. Mensen met een chronische aandoening geven zelf aan diabetes, COPD, astma en/of een hartaandoening te hebben.

Zie Bijlage A voor meer informatie over de panels en doelgroepen. Tenzij anders aangegeven, verwijzen we voor tabellen in dit hoofdstuk naar de Tabellenbijlage behorend bij dit rapport.

Hoofdstuk 3

Online inzage in het medisch dossier

Belangrijkste resultaten in dit hoofdstuk

- Online inzage in het medisch dossier is mogelijk volgens 29% van de huisartsen en 45% van de medisch specialisten.
- De meeste verpleegkundigen (82%-88%) vinden elektronische patiëntportalen, waarbij patiënten hun gegevens online in kunnen zien, gewenst.
- Verpleegkundigen in de ouderenzorg zeggen steeds vaker dat zij een patiëntportaal aanbieden (17% in 2016 en 55% in 2018).
- Er is behoefte aan online inzage onder zorggebruikers en mensen met een chronische aandoening (43%-52%). Het daadwerkelijke gebruik is lager: 2%-8%.
- Onder artsen is 51%-67% bezorgd dat online inzage de veiligheid van medische gegevens in gevaar brengt. Verpleegkundigen zijn minder bezorgd (17%-34% is het met de stelling eens). Van de zorggebruikers en mensen met een chronische aandoening is 30% respectievelijk 21% bezorgd dat online inzage de privacy schaadt.
- De meerderheid van de zorgverleners vindt dat de patiënt zelf verantwoordelijk is voor het gaan gebruiken en blijven gebruiken van online inzage (het percentage varieert van 53% tot 70%).

3.1 Inleiding

In deze editie van de eHealth-monitor focussen we extra op het thema *online inzage*. Zorgverleners houden medische gegevens van hun patiënten bijna altijd digitaal bij¹. Digitale patiëntendossiers bieden zorggebruikers de mogelijkheid om deze gegevens op afstand in te zien.

Op dit moment heeft iedere zorggebruiker het recht op inzage in of een afschrift van zijn/haar medisch dossier, met uitzondering van persoonlijke werkaantekeningen (notities) van de zorgverlener of gegevens die een andere persoon dan de zorggebruiker betreffen^{2,3}. Uit onderzoek blijkt dat 20% van de zorggebruikers hiervan niet op de hoogte is⁴. Per 2020 heeft iedere zorggebruiker het recht op *elektronische* inzage en een *elektronisch* afschrift van de medische gegevens^{2,5}.

In de Kamerbrief 'Voortgangsrapportage e-health en zorgvernieuwing' van 2018 wordt gesteld dat het belangrijk is dat (patiëntgebonden) informatie altijd beschikbaar is, op het juiste moment, op de juiste plek en in elke denkbare context: diagnosestelling, advisering, behandeling, zelfmeting, monitoring en onderzoek⁶. Het doel van online inzage is dat patiënten een beter overzicht hebben van de status van hun gezondheid, wat uiteindelijk moet leiden tot eigen regie op gezondheid. Door meer inzicht in de eigen gezondheidsgegevens kan ook meer verantwoordelijkheid worden genomen voor de eigen gezondheid⁷. Daarnaast moet online inzage leiden tot verbetering van gegevenskwaliteit, betere dienstverlening, empowerment van patiënten en een efficiënter zorgproces⁸.

Er bestaan verschillende initiatieven om het aanbod van online inzage en het gebruik hiervan te faciliteren. Voorbeelden zijn het Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt & Professional (VIPP)⁹ onder ziekenhuizen, Ontsluiten van Patiëntengegevens uit de Eerstelijnszorg (OPEN) onder huisartsen(praktijken) en eerstelijnsorganisaties¹⁰ en afsprakenstelsel MedMij¹¹. Daarnaast resulteerden themabijeenkomsten, waar praktijkervaringen gedeeld worden, in een kennismagazine¹² en een handboek voor online inzage voor zieken-

huizen¹³. Deze producten zijn bedoeld om te helpen bij het succesvol ontwikkelen en implementeren van online inzage.

In dit hoofdstuk bespreken we eerst het aanbod van online inzage volgens zorgverleners en het gebruik daarvan door zorggebruikers en mensen met een chronische aandoening. Vervolgens gaan we in op de wenselijkheid van online inzage. Ook komen ervaringen en verwachtingen aan bod. Dan bespreken we het vertrouwen rondom online inzage. Tot slot gaan we in op (hoofd)verantwoordelijken volgens artsen, verpleegkundigen, zorggebruikers en mensen met een chronische aandoening met betrekking tot het mogelijk maken en het gebruik van online inzage. Waar mogelijk bespreken we trends over tijd¹. Zie box 3.1 voor meer informatie over de methode.

3.2 Online inzagemogelijkheden in het medisch dossier

We vroegen naar de mogelijkheden van online inzage volgens artsen, verpleegkundigen, zorggebruikers en mensen met een chronische aandoening.

3.2.1 Online inzagemogelijkheden volgens artsen

Online inzage in minimaal één onderdeel van het dossier is in 2018 volgens 29% van de huisartsen en bijna de helft van de medisch specialisten (45%) mogelijk.

Het percentage huisartsen dat zegt de mogelijkheid te bieden om voorgeschreven medicatie online in te zien, is in vier jaar verdubbeld: van 12% in 2014 naar 24% in 2018. Inzage in gestelde diagnoses, uitslagen van onderzoeken, of notities is bij huisartsen minder toegenomen over de tijd. Zie tabellen 3.1 en 3.3.

Bij de medisch specialisten zetten de sterk stijgende trends bij alle vier de bevroegde onderdelen door. In 2014 zei 7% online inzage in gestelde diagnoses te bieden, in 2018 is dit 38%. Inzagemogelijkheden in binnengekomen uitslagen van onderzoeken en laboratoriumbepalingen zijn toegenomen van 6% in 2014 naar

36% in 2018. Online inzage in voorgeschreven medicatie kan in 2018 volgens 34% van de medisch specialisten (6% in 2014). Daarnaast zegt in 2018 een op de vijf (20%) medisch specialisten inzage te geven in notities ten opzichte van 4% in 2014 (zie figuur 3.1 en tabellen 3.2 en 3.4).

In 2018 is voorgeschreven medicatie wederom het dossieronderdeel waar het hoogste percentage huisartsen zegt inzage in te geven (24%). Bij medisch specialisten is dit inzage in gestelde diagnoses (38%). Enkele huisartsen (2%) en een op de vijf medisch specialisten (20%) zeggen inzage in notities (decursus) te geven. Deze percentages waren ook in 2017 het laagst. Het grootste deel van de huisartsen (84%) vindt het niet wenselijk om inzage in notities te geven of weet dit nog niet. Bij medisch specialisten geeft de helft dit aan.

Een op de drie medisch specialisten (32%) en 44% van de huisartsen geeft aan dat er nog geen plannen zijn binnen de praktijk of afdeling om online inzage in de voorgeschreven medicatie mogelijk te maken, maar wil dit wel (tabellen 3.3 en 3.4).

3.2.2 Artsen zonder plannen voor online inzage: genoemde redenen

Bij ruim de helft van de huisartsen (53%) en drie op de tien medisch specialisten (32%) zijn er binnen de

praktijk of afdeling geen plannen om online inzage dit jaar te realiseren. We vroegen deze artsen om redenen hiervoor te noemen door middel van een open vraag.

Huisartsen noemen het vaakst dat het geen prioriteit heeft. Andere voorbeelden zijn: veiligheidsrisico's, geen meerwaarde of nut, vrees voor misinterpretaties door patiënten, (ongewenste) invloed op dossiervoering, dat de techniek nog niet zover is of dat men afhankelijk is van de HIS/ICT-leverancier. Ook medisch specialisten geven het vaakst aan dat prioriteiten elders liggen en daarnaast dat de ICT nog niet zover is. Andere argumenten zijn volgens hen: de omvang van de organisatie (groot, internationaal, klein, zzp-er), dat het niet geschikt is voor de patiëntengroep waaraan zij zorg verlenen (onder andere patiënten in het verpleeghuis, spoedeisende hulp afdeling), dat patiënten te kort bij de zorgorganisatie verblijven en kosten.

3.2.3 Online inzagemogelijkheden volgens verpleegkundigen

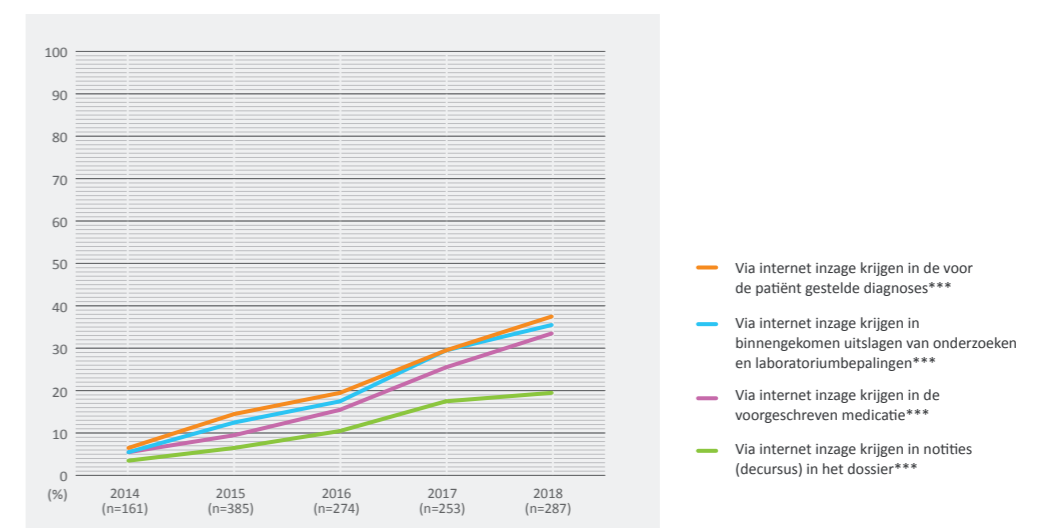
Aan verpleegkundigen¹⁴ vroegen we of hun patiënten¹⁵ het afgelopen jaar gewerkt hebben met een patiëntportaal en zo ja, in welke onderdelen inzage mogelijk is. Zie figuur 3.2 en tabel 3.5.

In 2018 geeft 55% van de verpleegkundigen in de ouderenzorg aan dat er gewerkt wordt met een patiënt-

II We hebben onderzoek gedaan onder verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners van de huisarts, maar noemen deze groepen in verband met de leesbaarheid van het rapport allemaal 'verpleegkundigen'.
 III Bij de verpleegkundigen gebruikt men meestal de term 'cliënt'. Voor de consistentie gebruiken we hier 'patiënt'. Daar waar in dit rapport 'patiënt' staat, kan ook 'cliënt' worden gelezen.

Figuur 3.1
Medisch specialisten
 Percentage dat aangeeft in welke onderdelen van het medisch dossier patiënten online inzage kunnen hebben; van 2014 tot 2018.

* p ≤ 0,05;
 ** p ≤ 0,01;
 *** p ≤ 0,001



I We spreken alleen van toe- of afname wanneer de trend statistisch significant is (p ≤ 0,05).

Hoofdstuk 3 → Online inzage in het medisch dossier

portaal, tegenover 17% in 2016. In de ziekenhuiszorg en huisartsenzorg geeft in 2018 42% respectievelijk 32% van de verpleegkundigen aan dat er gewerkt wordt met een patiëntportaal (zie tabel 3.6).

Als met een patiëntportaal gewerkt wordt in de *ouderenzorg*, hebben patiënten volgens de verpleegkundigen vooral de mogelijkheid tot inzage in de behandeldoelen en -afspraken (85%) en uitslagen van metingen aan het lichaam (42%). Bijna een derde (30%) van de verpleegkundigen in de ouderenzorg geeft aan dat patiënten of mantelzorgers zelf informatie kunnen toevoegen (zie tabel 3.7). Als in de *ziekenhuiszorg* met een patiëntportaal gewerkt wordt, hebben patiënten volgens verpleegkundigen vooral

inzage in uitslagen van onderzoek (71%) en een overzicht van behandeldoelen en -afspraken (51%). In de *huisartsenzorg* hebben patiënten vooral inzage in uitslagen van onderzoek (volgens 29 van de 38 verpleegkundigen) en een overzicht van medicijnen (volgens 25 van 38).

3.2.4 Online inzagemogelijkheden volgens zorggebruikers en mensen met een chronische aandoening

Een steeds hoger percentage zorggebruikers geeft aan medische gegevens online in te kunnen zien bij de huisarts en de medisch specialist (zie figuur 3.3 en tabel 3.8). In 2018 geeft 16% van de zorggebruikers aan dat dit mogelijk is bij de medisch specialist,

tegenover 3% in 2013. In 2013 gaf 3% van de patiënten aan dat zij bij de huisarts hun gegevens online kunnen inzien en in 2018 is dit 5%. Evenals in voorgaande jaren weet in 2018 een groot deel van de zorggebruikers niet of inzage mogelijk is bij de medisch specialist (68%) of de huisarts (73%). Zie tabel 3.9.

In 2018 geeft 9% van de mensen met een chronische aandoening aan online de medische gegevens in te kunnen zien bij de huisarts en 13% bij de medisch specialist. Zeven op de tien mensen met een chronische aandoening weet niet of inzage mogelijk is bij de huisarts (71%) of de medisch specialist (71%). Zie tabel 3.9.

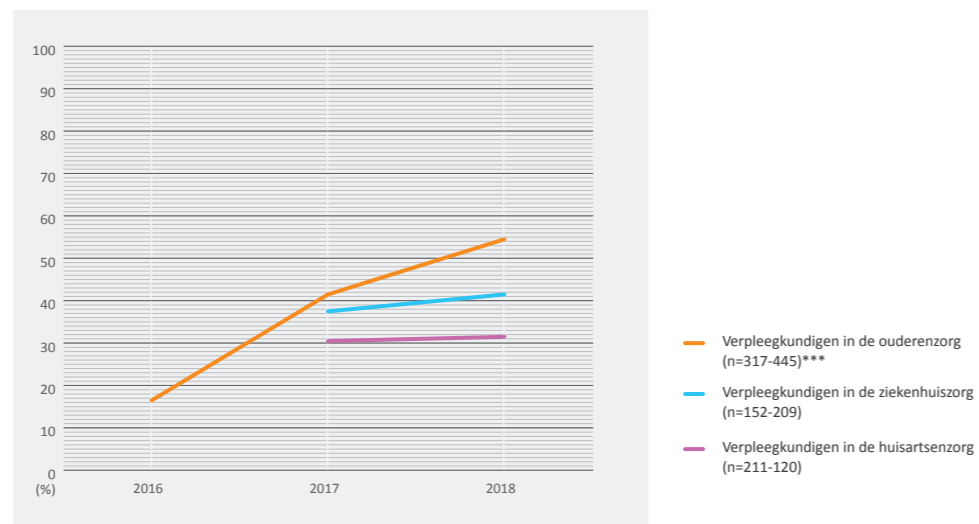
Zorggebruikers die online inzage hebben gehad bij de medisch specialist (n=15), hebben met name de mogelijkheid tot inzage in een overzicht van de medicijnen (n=7), afspraken in het ziekenhuis (n=7) en uitslagen van onderzoek (n=7). Bij mensen met een chronische aandoening zien we een vergelijkbaar beeld (zie tabel 3.12).

Als zorggebruikers geen inzage hadden bij de medisch specialist, vroegen we naar redenen daarvoor. Het vaakst wordt genoemd dat dit niet kan bij hun medisch specialist (39%). Ongeveer een kwart van de zorggebruikers kent de mogelijkheid niet (29%), heeft geen behoefte aan online inzage (26%), of weet niet hoe het moet (23%). Mensen met een chronische aandoening geven dezelfde redenen aan (zie tabel 3.13).

Figuur 3.2

Verpleegkundigen
Percentage dat aangeeft of in de zorgorganisatie gewerkt is met een patiëntportaal, naar ouderen-, ziekenhuis- en huisartsenzorg; van 2016 tot 2018.

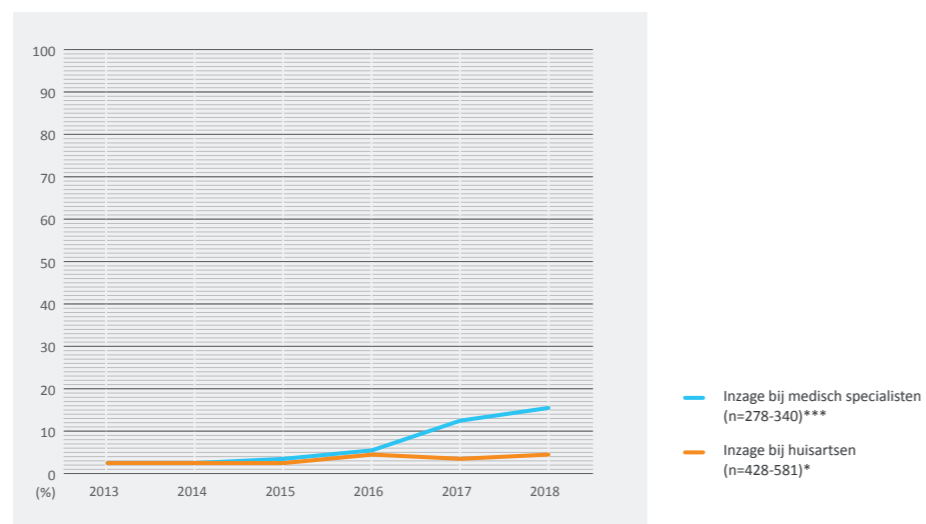
* $p \leq 0,05$;
** $p \leq 0,01$;
*** $p \leq 0,001$



Figuur 3.3

Zorggebruikers
Percentage dat aangeeft de mogelijkheid te hebben om online medische gegevens die de zorgverlener bijhoudt in te zien, naar soort zorgverlener; van 2013 tot 2018.

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



3.3 Gebruik van online inzage

In deze paragraaf bespreken we het gebruik van online inzage volgens artsen, zorggebruikers en mensen met een chronische aandoening.

3.3.1 Gebruik volgens artsen

We vroegen de artsen een inschatting te maken van het deel van hun patiënten dat gebruikmaakt van online inzage. Van de huisartsen geeft 60% aan dat maximaal 10% van hun patiënten gebruikmaakt van online inzage. Van de medisch specialisten geeft 28% dit aan. Daarnaast geeft 7% van de huisartsen aan geen inschatting te kunnen maken, ten opzichte van vier op de tien medisch specialisten (41%). Zie tabel 3.10.

3.3.2 Gebruik volgens zorggebruikers en mensen met een chronische aandoening

In 2018 zegt 2% van de zorggebruikers medische gegevens bij de huisarts online te hebben ingezien; 8% van de zorggebruikers zegt bij de medisch specialist online inzage te hebben gehad. Ongeveer de helft van de zorggebruikers zou online inzage willen hebben bij de huisarts (52%) of de medisch specialist (46%). Zie tabel 3.11.

Respectievelijk 4% en 7% van de mensen met een chronische aandoening zegt online inzage te hebben gehad bij de huisarts of de medisch specialist. Vier op de tien wil wel online inzage bij de huisarts (43%) of de medisch specialist (39%).

3.3.3 Verschillen in behoefte aan online inzage naar digitale gezondheidsvaardigheden, opleiding, verwachte meerwaarde en gezondheid

Mensen met hogere digitale gezondheidsvaardigheden, mensen die een zeer goede tot uitstekende gezondheid ervaren en mensen die middelbaar of hoogopgeleid zijn, zeggen vaker dat zij online inzage zouden willen hebben in vergelijking met mensen met lage digitale vaardigheden, mensen met een slechte gezondheid en mensen met een laag opleidingsniveau. Zo zegt 29% van de mensen met een chronische aandoening en een lage opleiding online inzage bij de huisarts te willen, tegenover 70% van de mensen met een chronische aandoening en een hoge opleiding. Ook mensen die meer meerwaarde verwachten, willen vaker online inzage dan mensen die minder meerwaarde verwachten.

3.4 Wenselijkheid, ervaringen en verwachtingen

In deze paragraaf bespreken we de wenselijkheid en de ervaren of verwachte positieve en negatieve effecten van online inzage vanuit het perspectief van artsen, verpleegkundigen, zorggebruikers en mensen met een chronische aandoening.

Hoofdstuk 3 → Online inzage in het medisch dossier

3.4.1 Wenselijkheid van online inzage volgens artsen

De afgelopen jaren zagen we dat steeds meer medisch specialisten online inzage in het medisch dossier gewenst vinden. Ook in 2018 zet deze stijgende lijn door: bijna twee derde vindt het gewenst (63%). Het aandeel dat dit ongewenst vindt, blijft dalen sinds 2015. Zie tabel 3.14 en figuur 3.4.

Bij huisartsen blijft het beeld schommelen over de jaren. Vorig jaar steeg het aantal huisartsen dat aangaf geen mening te hebben ten aanzien van de wenselijkheid van online inzage, of niet te weten of ze dit wel wenselijk vinden. Dit jaar daalt het percentage huisartsen dat online inzage onwenselijk vindt naar 21%, tegenover 25% in 2017. Een derde (35%) vindt online inzage wel gewenst.

Dit jaar vroegen we artsen ook naar de wenselijkheid van online inzage door patiënten in onderzoeken en laboratoriumuitslagen *voordat* zij de arts gesproken hebben. Het merendeel van de huisartsen en medisch specialisten (69% en 65%) vindt dit onwenselijk (zie tabel 3.15). We vroegen de artsen in een open vraag naar de reden voor hun antwoord.

Bijna alle artsen die het onwenselijk vinden dat patiënten online uitslagen inzien voordat zij de patiënt hebben gesproken, noemen als redenen interpretatieproblemen, onnodige ongerustheid of juist

onterechte geruststelling. Ook wordt genoemd dat online inzage gevolgen heeft voor de manier van registreren. Enkele artsen vrezen dat patiënten informatie met derden zullen delen.

Artsen die het wel wenselijk vinden dat patiënten online uitslagen kunnen inzien voordat zij de patiënt hebben gesproken, noemen bij de open vraag als redenen dat het dossier van de patiënt zelf is, dat het ongerustheid kan wegnemen en dat het zorgt voor betrokkenheid van patiënten. Ook zeggen zij dat patiënten beter voorbereid zijn op gesprekken, dat het voor een efficiënter consult zorgt, dat het transparantie bevordert en dat het patiënten verantwoordelijkheid en controle geeft.

3.4.2 Ervaringen van artsen met online inzage

Een kwart van de huisartsen (26%) ervaart of verwacht *positieve effecten* van online inzage. Onder medisch specialisten is dit 38%. Bijna de helft (47%) van de huisartsen en bijna een derde van de medisch specialisten (30%) ervaart of verwacht geen positieve effecten (zie tabel 3.16). Zo'n twee derde van de artsen ervaart of verwacht *negatieve effecten* van online inzage: 68% van de huisartsen en 65% van de specialisten. Een op de tien huisartsen (8%) en 12% van de medisch specialisten ervaart of verwacht geen negatieve effecten. Zie tabel 3.17.

Artsen met ervaring in het bieden van online inzage in het medisch dossier noemen vaker positieve effecten

dan artsen zonder ervaring met online inzage. Andersom noemen artsen zonder ervaring vaker negatieve effecten dan artsen met ervaring (zie tabel 3.18).

We vroegen artsen door middel van een meerkeuzevraag de verwachte of ervaren effecten van online inzage te benoemen (maximaal drie keuzes). Zie tabellen 3.19 en 3.20. De drie meest genoemde *positieve effecten* en de drie meest genoemde *negatieve effecten* zijn vergelijkbaar onder huisartsen en medisch specialisten. Als positief effect noemen de artsen het vaakst dat online inzage leidt tot versterking van regie en zelfmanagement bij de patiënt (65%-66% van de artsen die positieve effecten verwachten of ervaren). Als negatief effect noemen zij het vaakst dat online inzage leidt tot onnodige misverstanden (77%-86% van de artsen die negatieve effecten verwachten of ervaren).

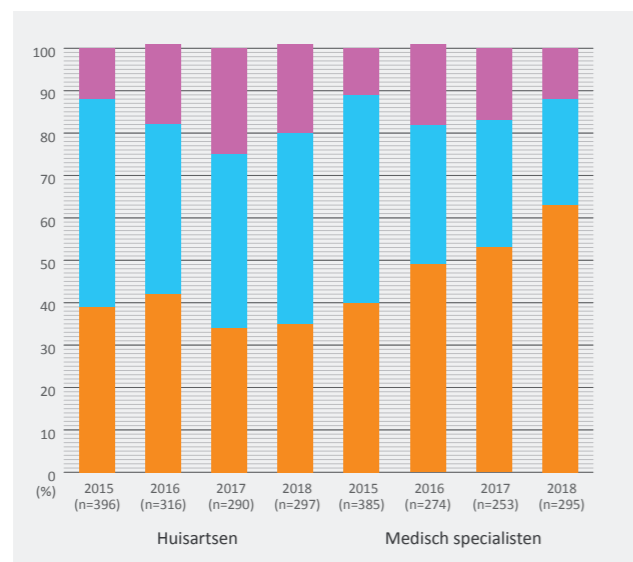
Verder legden we artsen enkele stellingen voor om de ervaringen van online inzage te onderzoeken (zie figuur 3.5 en tabellen 3.21 en 3.22). Volgens 34% van de huisartsen zorgt online inzage voor meer zorgvuldigheid in het dossier (34%). En volgens 49% van de medisch specialisten is online inzage iets waar hun patiënten behoefte aan hebben. Twee derde van de huisartsen (67%) en de helft (50%) van de medisch specialisten is het niet eens met de stelling dat online inzage bezorgdheid bij patiënten vermindert.

3.4.3 Wenselijkheid, ervaringen en verwachtingen van online inzage volgens verpleegkundigen

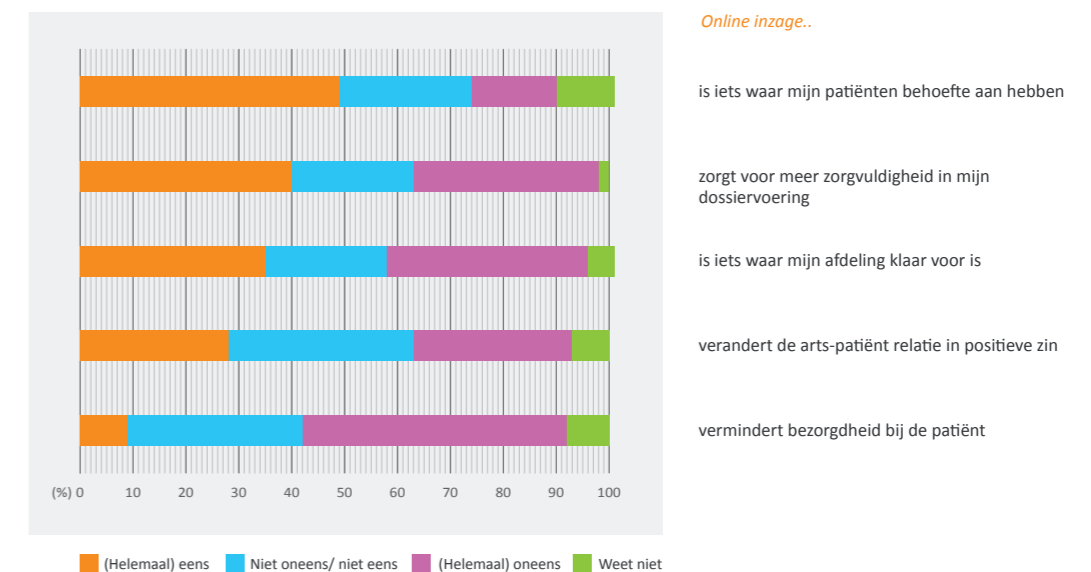
De meerderheid van de verpleegkundigen (82%-88%) vindt een patiëntportaal gewenst (zie figuur 3.6 en tabel 3.23). Verpleegkundigen die een patiëntportaal in hun organisatie relevant vinden, zien de meerwaarde

Figuur 3.4
Huisartsen en medisch specialisten
Mate van wenselijkheid van online inzage door patiënten in het medisch dossier, volgens huisartsen en medisch specialisten; van 2015 tot 2018.

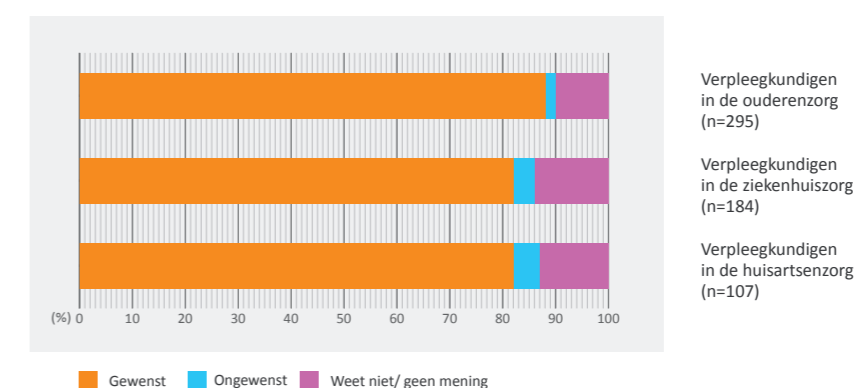
* De trends zijn significant over de jaren, maar niet ten opzichte van 2017 ($p < 0,05$).



Figuur 3.5
Medisch specialisten
Percentage dat aangeeft in hoeverre ze het eens zijn met verschillende stellingen over online inzage door patiënten; in 2018 (n=279).



Figuur 3.6
Verpleegkundigen
Percentage dat aangeeft of inzage door patiënten/mantelzorgers in een patiëntportaal gewenst is, uitgesplitst naar ouderenzorg, ziekenhuiszorg en huisartsenzorg; in 2018.



Hoofdstuk 3 → Online inzage in het medisch dossier

vooral in het geven van meer inzicht in het behandel- of zorg(leef)plan (84%-87%) en in de verleende zorg (80%-86%), meer betrokkenheid bij de zorg (80%-90%) en de mogelijkheid om het zorgdossier te controleren (72%-80%). Zie tabellen 3.24 t/m 3.26.

Op een aantal punten lopen de verwachtingen van verpleegkundigen die nog niet met een patiëntportaal werken uiteen met die van verpleegkundigen die wel met een portaal werken. Dat geldt met name voor de negatieve effecten. Verpleegkundigen die nog niet met patiëntportalen werken verwachten vaker dat een patiëntportaal extra tijd kost en meer druk op de verslaglegging legt dan verpleegkundigen die er wel al mee werken.

3.4.4 Wenselijkheid, ervaringen en verwachtingen volgens zorggebruikers en mensen met chronische aandoeningen

Als men de mogelijkheid zou hebben om online de medische gegevens bij de huisarts in te zien, zou een derde van de zorggebruikers (33%) hier direct of in ieder geval binnen een maand gebruik van maken. Van de mensen met een chronische aandoening zou 29% direct of binnen een maand gebruik maken van online inzage bij de huisarts (zie figuur 3.7 en tabel 3.27).

Zorggebruikers verwachten vooral dat online inzage bijdraagt aan een beter overzicht van de zorg (64%), een betere controle van de gegevens in het dossier (61%) en betere informatie over de gezondheid of behandeling (60%). Zie tabel 3.28. Mensen met een chronische aandoening verwachten vooral dat online inzage bijdraagt aan betere informatie over de gezondheid of behandeling (54%), betere controle van de gegevens in het dossier (54%) en meer betrokkenheid bij de behandeling (52%). Zie tabel 3.28.

Zorggebruikers die ervaring hebben met online inzage bij de medisch specialist (n=15), ervaren dit over het algemeen als makkelijk (n=10) en belangrijk (n=12). Ook vinden ze in het algemeen dat het veel inzicht geeft in de gezondheid (n=10) en betrokkenheid bij de behandeling (n=11). In het algemeen geeft het ook veel vertrouwen in de specialist (n=9), vinden zorggebruikers. Bij mensen met een chronische aandoening zien we een vergelijkbaar beeld (zie tabel 3.29).

3.5 Vertrouwen rondom online inzage

Dit jaar vroegen we artsen, verpleegkundigen, zorggebruikers en mensen met een chronische aandoening naar het vertrouwen dat zij hebben in zaken die met online inzage te maken hebben.

3.5.1 Vertrouwen rondom online inzage onder artsen

67% van de huisartsen en 51% van de medisch specialisten is van mening dat online inzage de veiligheid van medische gegevens in gevaar brengt. Ongeveer een derde van de artsen (31%-35%) heeft er vertrouwen in dat hun medewerkers of zorgorganisatie zorgen voor voldoende hulp en ondersteuning aan patiënten bij het gebruik van online inzage. Zie tabellen 3.30 en 3.31.

3.5.2 Vertrouwen rondom online inzage onder verpleegkundigen

Een minderheid van de verpleegkundigen is bezorgd dat patiëntportalen de veiligheid van de gegevens van patiënten in gevaar brengen (17% van de verpleegkundigen in de ouderenzorg, 23% in de ziekenhuiszorg en 34% in de huisartsenzorg, zie tabellen 3.32-3.34).

Een kleine meerderheid van de verpleegkundigen heeft er vertrouwen in dat de organisatie zorgt voor voldoende hulp en ondersteuning aan henzelf bij het gaan gebruiken van een patiëntportaal (63% van de verpleegkundigen in de ouderenzorg, 53% in de ziekenhuiszorg en 56% in de huisartsenzorg). Ongeveer de helft van de verpleegkundigen heeft er vertrouwen in dat de organisatie zorgt voor voldoende hulp en ondersteuning aan patiënten bij het gaan gebruiken van patiëntportalen (51% van de verpleegkundigen in de ouderenzorg, 44% in de ziekenhuiszorg en 39% in de huisartsenzorg).

3.5.3 Vertrouwen rondom online inzage onder zorggebruikers en mensen met een chronische aandoening

Drie op de tien zorggebruikers (30%) is bezorgd dat online inzage de privacy schaadt. Van de mensen met een chronische aandoening is dit 21% (zie figuur 3.8 en tabel 3.35). De meerderheid van de zorggebruikers (61%) vertrouwt erop dat de huisarts zorgt voor voldoende hulp en ondersteuning bij het gebruik van

online inzage. Dit betreft twee derde (68%) bij de mensen met een chronische aandoening.

3.6 Verantwoordelijke partijen voor online inzage

Tot slot vroegen we artsen en verpleegkundigen naar *verantwoordelijke partijen* voor de inzet en het gebruik van online inzage. Artsen konden daarnaast één partij aanwijzen als *hoofdverantwoordelijke* voor het mogelijk maken van online inzage.

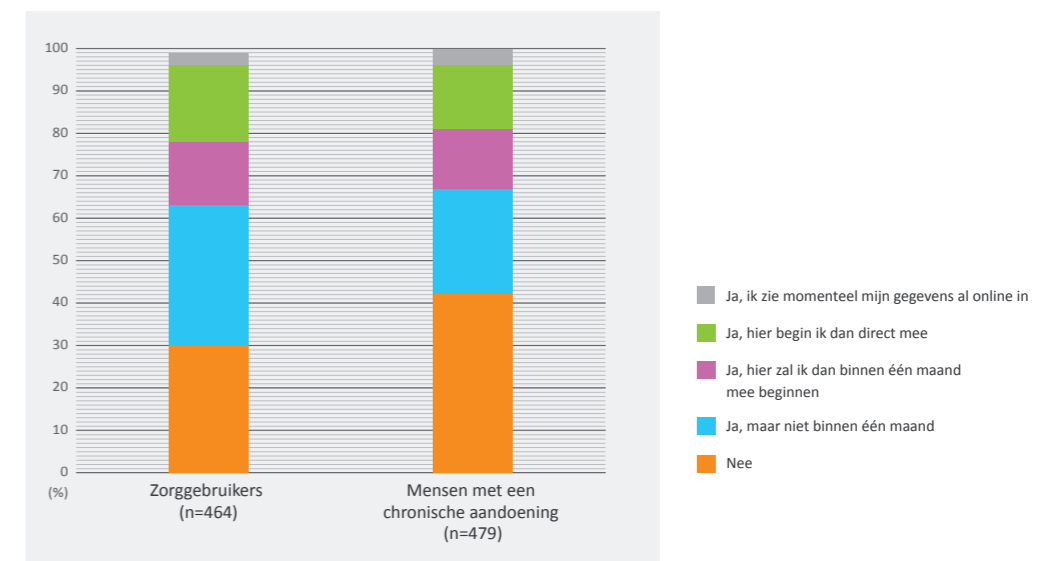
3.6.1 Verantwoordelijke partijen volgens artsen

Het hoogste percentage huisartsen wijst zichzelf aan als verantwoordelijke voor het *informer* van patiënten over de *mogelijkheid* voor online inzage (68%). Medisch specialisten vinden dit voornamelijk de taak van hun ondersteuners (50%). Zie tabellen 3.36 en 3.37 en figuur 3.9.

Huisartsen wijzen vooral patiënten (53%) aan als verantwoordelijk voor het *leren hoe* zij online hun gegevens kunnen inzien. Medisch specialisten wijzen wat dit betreft hun patiënten (43%) en ondersteuners van de afdeling (39%) het meest aan.

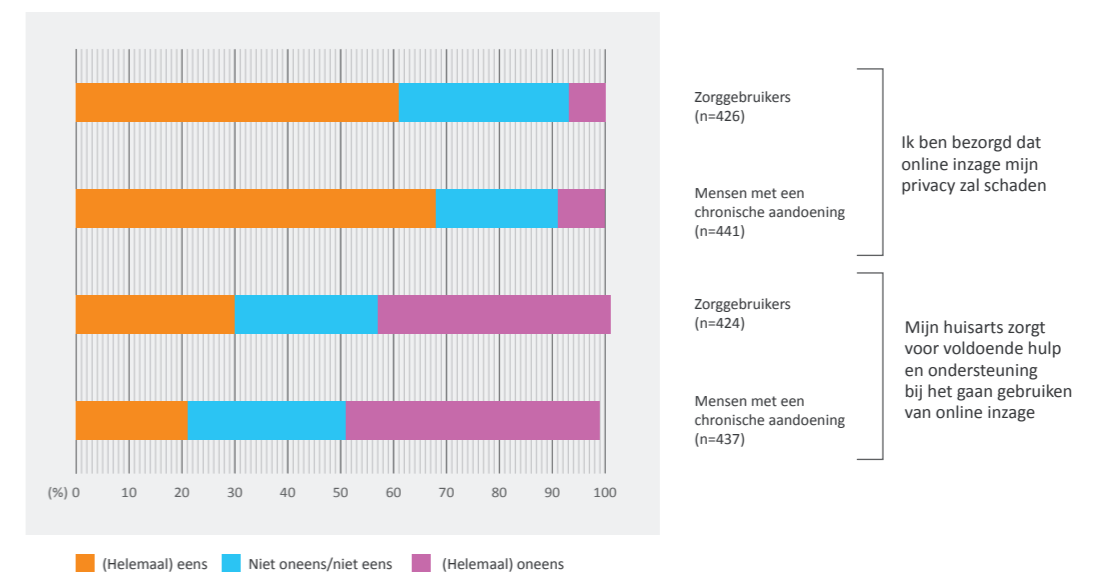
Figuur 3.7

Zorggebruikers en mensen met een chronische aandoening
Percentage dat van plan is om online gegevens in hun medisch dossier bij de huisarts in te zien wanneer dit mogelijk is; in 2018.



Figuur 3.8

Zorggebruikers en mensen met een chronische aandoening
Stellingen over bezorgdheid, privacy en vertrouwen in ondersteuning bij online inzage (% mensen); in 2018.



Hoofdstuk 3 → Online inzage in het medisch dossier

Verder vinden huisartsen dat zichzelf (58%), hun ondersteuners^{IV} (39%) en patiënten zelf (42%) verantwoordelijk zijn dat patiënten *begrijpen* wat er in het dossier staat. Ook medisch specialisten zien als verantwoordelijken hiervoor zichzelf (59%) en patiënten (39%).

Zowel medisch specialisten als huisartsen wijzen patiënten aan als verantwoordelijken voor het *gaan gebruiken* en *blijven gebruiken* van online inzage: 65% en 70% onder medisch specialisten en 60% en 64% onder huisartsen.

Bijna alle artsen vinden dat ze zelf verantwoordelijk zijn voor het *accuraat* en *volledig* zijn van de medische gegevens: dit geldt voor 95% van de huisartsen en 93% van de medisch specialisten.

Tot slot vroegen we artsen één partij aan te wijzen die hoofverantwoordelijk is voor het mogelijk maken van online inzage. De huisartsen noemen het vaakst de ICT-leveranciers als hoofverantwoordelijke voor het mogelijk maken van online inzage vanaf 2020, de waarborging van privacy en informatiebeveiliging en de doorontwikkeling van de mogelijkheden. Medisch specialisten zien het bestuur van hun zorgorganisatie als hoofverantwoordelijke voor de bovengenoemde aspecten (tabellen 3.38 en 3.39 en figuur 3.10). Wat

IV Praktijkondersteuner of doktersassistente

betreft het toegankelijk maken van het dossier voor mensen met een functiebeperking of lage digitale vaardigheden zien we dat huisartsen het vaakst de ICT-leverancier (36%) of de overheid (38%) als hoofverantwoordelijke aanwijzen. Medisch specialisten zien de ICT-leverancier (31%) of hun bestuur als hoofverantwoordelijke (33%).

3.6.2 Verantwoordelijkheid volgens verpleegkundigen

Verpleegkundigen in de ouderenzorg zien voornamelijk zichzelf (66%) verantwoordelijk voor het *informer*en van patiënten over de *mogelijkheid* van een patiëntportaal. In de ziekenhuis- en huisartsenzorg vinden verpleegkundigen dat zowel zij zelf (respectievelijk 50% en 69%) als de arts (respectievelijk 59% en 66%) daar verantwoordelijkheid in hebben (zie tabellen 3.40 t/m 3.42).

Verpleegkundigen in de ouderenzorg vinden vooral zichzelf (59%) verantwoordelijk voor het *leren hoe* patiënten online hun gegevens kunnen inzien. In de ziekenhuis- en huisartsenzorg vindt men deze verantwoordelijkheid ook het vaakst bij zichzelf liggen (respectievelijk 44% en 54%).

Dat patiënten *begrijpen* wat er in het dossier staat, daarvoor wijzen verpleegkundigen in de ouderenzorg

opnieuw voornamelijk zichzelf (68%) aan. Verpleegkundigen in de ziekenhuis- en huisartsenzorg vinden zichzelf (50% en 62%) en de arts hiervoor verantwoordelijk (respectievelijk 58% en 53%).

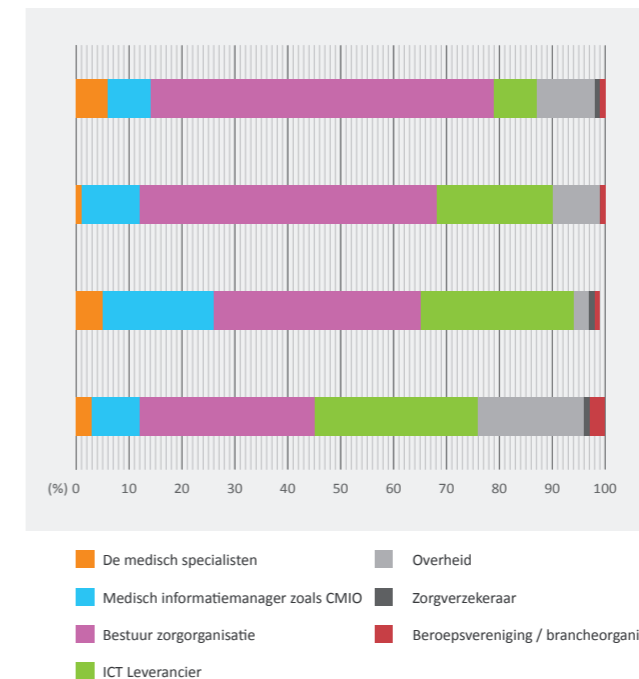
In alle drie de sectoren vindt de meerderheid van de verpleegkundigen dat patiënten verantwoordelijk zijn voor het *gaan gebruiken* en *blijven gebruiken* van

online inzage (het percentage varieert van 53% tot 67%).

De meerderheid van de verpleegkundigen ziet zichzelf verantwoordelijk voor het zorgen dat medische gegevens *accuraat* en *volledig* zijn (80% van de verpleegkundigen in de ouderenzorg, 65% in de ziekenhuiszorg en 73% in de huisartsenzorg). In de ziekenhuis-

Figuur 3.10

Medisch specialisten
Percentage dat aangeeft bij wie de hoofverantwoordelijkheid ligt bij het faciliteren van online inzage door patiënten; in 2018 (n=267).



Wie is er volgens de medisch specialist hoofverantwoordelijk voor...

het mogelijk maken van digitale inzage op de afdeling vanaf 2020

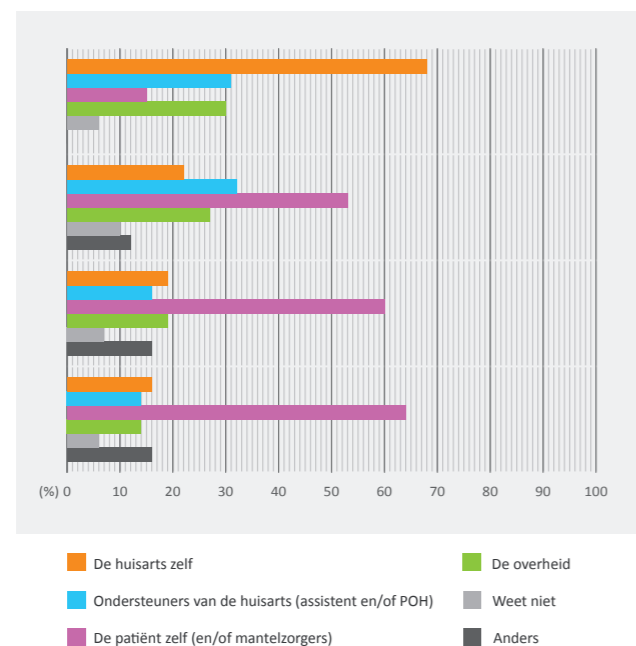
de waarborging van de privacy en informatiebeveiliging op de afdeling m.b.t. digitale inzage

de doorontwikkeling van de mogelijkheden op de afdeling m.b.t. online inzage

toegankelijkheid van het dossier voor mensen met een functiebeperking of lage digitale vaardigheden

Figuur 3.9

Huisartsen
Percentage dat aangeeft bij wie de verantwoordelijkheid ligt bij online inzage in het patiëntendossier door patiënten (meerdere antwoorden mogelijk); in 2018 (n=275).



Wie is er volgens de huisarts verantwoordelijk voor dat...

patiënten geïnformeerd worden dat digitale inzage mogelijk is

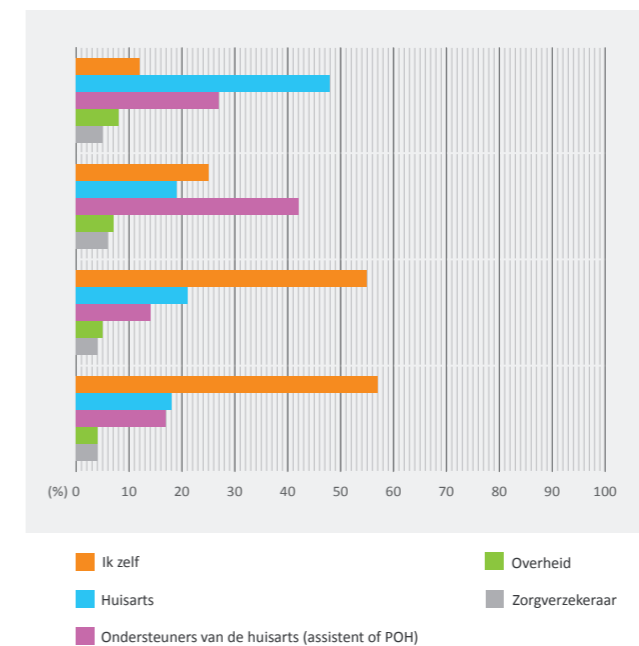
patiënten leren hoe zij online hun gegevens kunnen inzien

patiënten digitale inzage gaan gebruiken

patiënten digitale inzage blijven gebruiken

Figuur 3.11

Mensen met een chronische aandoening
Percentage dat aangeeft bij wie de verantwoordelijkheid ligt bij online inzage in het medisch dossier (meerdere antwoorden mogelijk); in 2018 (n=420-440).



Wie moet u vertellen dat dit kan?

Wie moet u leren hoe u dit gebruikt?

Wie moet zorgen dat u dit gaat gebruiken?

Wie moet zorgen dat u dit blijft gebruiken?

Hoofdstuk 3 → Online inzage in het medisch dossier

en huisartsenzorg vindt daarnaast ongeveer driekwart van de verpleegkundigen dat de arts daar een verantwoordelijkheid in heeft (respectievelijk 76% en 71%).

3.6.3 Verantwoordelijkheid volgens zorggebruikers en mensen met een chronische aandoening

De meerderheid van de zorggebruikers (65%) is van mening dat huisartsen of hun ondersteuners^v hen moeten *informer*en over de *mogelijkheid* tot online inzage (zie tabel 3.43 en figuur 3.11). Vijftien procent van de zorggebruikers vindt dat de overheid hier een verantwoordelijkheid in heeft. Een derde van de zorggebruikers (35%) vindt dat de ondersteuners hen moeten *leren hoe* zij online inzage kunnen gebruiken. Ruim de helft van de zorggebruikers voelt zichzelf verantwoordelijk voor het *gaan* en *blijven* gebruiken van online inzage (respectievelijk 58% en 62%).

Driekwart van de mensen met een chronische aandoening (75%) is van mening dat huisartsen of hun ondersteuners hen moeten *informer*en over de *mogelijkheid* tot online inzage. Ondersteuners worden het vaakst genoemd als verantwoordelijke voor het *leren hoe* online inzage te gebruiken. Ruim de helft (55%-57%) van de chronisch zieken voelt zichzelf verantwoordelijk voor het *gaan* en *blijven* gebruiken van online inzage.

3.7 Conclusie en discussie

Uit de resultaten van dit hoofdstuk blijkt dat steeds meer zorgverleners aangeven dat ze hun patiënten aanbieden om de medische gegevens online in te zien. Vooral het aantal verpleegkundigen dat in de ouderenzorg met patiëntportalen werkt, stijgt flink sinds 2014. Toch blijft er nog veel ruimte voor verdere groei in het aanbod en ook de gebruiksvriendelijkheid van de portalen. Want veel systemen voor dossiervoering zijn in eerste instantie opgezet om gegevens voor zorgverleners op te slaan. Het delen van de gegevens met patiënten of andere zorgverleners was oorspronkelijk niet de opzet⁴. Zoals eerder besproken in dit hoofdstuk, zijn hiervoor al wel verschillende initiatieven. Per 2020 is de mogelijkheid tot elektronische

inzage een recht van alle zorggebruikers^{2,5}. Ander onderzoek toont dat 20%-34% niet bekend is met dit recht⁴.

Een aanzienlijke groep zorggebruikers blijkt behoefte te hebben om hun belangrijkste medische gegevens digitaal te kunnen inzien, blijkt zowel uit dit en uit ander onderzoek¹⁴. Wij zien dat een derde van de zorggebruikers en mensen met een chronische aandoening direct of binnen een maand zou willen gebruikmaken van online inzage als dit mogelijk is. Het huidige gebruik onder zorggebruikers en mensen met een chronische aandoening ligt nog niet zo hoog: 2%-4% had inzage bij de huisarts en 7%-8% bij de medisch specialist. Tegelijk weet ongeveer zeven op tien zorggebruikers niet of online inzage mogelijk is bij hun arts. Huisartsen, medisch specialisten en verpleegkundigen zouden zorggebruikers meer kunnen informeren over de mogelijkheden daartoe. Op dit moment verwijzen medisch specialisten nog weinig naar portalen, blijkt uit eerder onderzoek¹⁴.

Het merendeel van de verpleegkundigen vindt patiëntportalen gewenst. Onder medisch specialisten is ook een steeds hoger percentage positief gestemd. Bij huisartsen zien we door de jaren heen een schommelend beeld. Voor wat betreft de ervaren effecten en de verwachte effecten zien we een divers beeld bij de artsen. Enerzijds verwachten zij een aantal negatieve effecten zoals onnodige misverstanden en risico's voor de veiligheid van de gegevens. Anderzijds verwachten artsen ook positieve effecten, bijvoorbeeld dat patiënten meer betrokken zijn en beter voorbereid op gesprek komen. Zorggebruikers en mensen met een chronische aandoening verwachten door online inzage meer betrokkenheid bij de behandeling, betere informatie over de gezondheid of behandeling en betere controle van de gegevens.

Het merendeel van de huisartsen en de medisch specialisten vindt het onwenselijk om patiënten online inzage te geven in onderzoeken en laboratoriumuitslagen *voordat* zij de arts hebben gesproken. Onnodige misverstanden of onterechte geruststelling worden het vaakst als reden genoemd. Verschillende argumenten voor en tegen realtime inzage dan wel het tonen met vertraging

zijn eerder in kaart gebracht^{12,13,15}. Een voorbeeld van een argument voor realtime inzage is dat patiënten slecht nieuws in de eigen omgeving kunnen verwerken. Een voorbeeld van een argument voor het tonen met vertraging is dat de uitslag eerst persoonlijk kan worden besproken. Dit beschermt patiënten tegen foute interpretatie. In een ander onderzoek geeft de helft van de patiënten aan dat zij behoefte hebben aan extra informatie om hun uitslagen online te kunnen interpreteren¹⁶. Ook is het medische jargon voor hen niet altijd goed te begrijpen en vraagt om meer uitleg van een behandelaar⁴. Een van de deelnemende huisartsen aan ons onderzoek gaat daar als volgt mee om:

“Ik zie de uitslag binnenkomen, wij interpreteren de uitslag, zetten tekst en uitleg en evt. advies erbij voor de patiënt en sturen dit geheel (uitslag en uitleg) naar de patiënt.”

huisarts in open vraag in de eHealth-monitor 2018

Patiëntenfederatie Nederland pleit voor realtime inzage zodra de gegevens beschikbaar zijn, maar geeft ook aan dat het maatwerk is¹⁷: een patiënt moet zelf kunnen beslissen of hij direct inzage wil of liever met of na uitleg van de arts¹⁸. Het recht op online inzage lijkt bij zorgverleners ook vragen en zorgen op te roepen rondom veiligheid, blijkt uit ons onderzoek. Artsen maken zich zorgen dat patiënten de informatie met anderen zullen delen. En meer dan de helft van de huisartsen en medisch specialisten is bezorgd dat online inzage de veiligheid van medische gegevens in gevaar brengt. Verpleegkundigen zijn minder bezorgd dat het patiëntportaal de veiligheid van de gegevens van de patiënten in gevaar brengt.

De ervaring met online inzage is nog beperkt: nog maar weinig zorggebruikers en zorgverleners maken hiervan gebruik. De meningen uit ons onderzoek lijken dan ook voornamelijk op verwachtingen gebaseerd. Uit ander onderzoek blijkt dat zorgverleners met ervaring met online inzage positievere meningen hebben dan diegenen zonder ervaring¹⁹. Nog een ander onderzoek

laat zien dat bijna driekwart van de zorgconsumenten die hun dossier hadden opgevraagd – al dan niet digitaal – het dossier begrijpelijk vonden⁴.

In de aanloop naar meer en bewust gebruik van online inzage is het belangrijk om de zorgen en de kritiek van alle partijen serieus te nemen¹³. Onderzoek is nodig naar de mate waarin zorggebruikers zich bewust zijn van de privacygevoeligheid van hun gegevens. Daarnaast is meer inzicht nodig in hoeverre zorggebruikers moeite hebben met de interpretatie van hun gegevens. Mocht blijken dat hiervoor aandacht nodig is, dan moeten patiënten hierin kunnen worden begeleid. Maar ook zorgverleners hebben ondersteuning nodig in de vragen van henzelf en van hun patiënten rondom privacy en veiligheid van gegevens.

Verder is het van belang om duidelijkheid te creëren wie waarvoor verantwoordelijk is in het faciliteren van het aanbod en het gebruik van online inzage. Zo zien we dat huisartsen de ICT-leverancier het vaakst als hoofdverantwoordelijke aanwijzen voor het mogelijk maken van online inzage, de waarborging van privacy en informatiebeveiliging en de doorontwikkeling. Medisch specialisten zien juist hun bestuur als hoofdverantwoordelijke partij. Ook wat betreft de verantwoordelijkheid om online inzage te gaan en blijven gebruiken is geen eenduidigheid.

Tot slot is vertrouwen nodig in de veiligheid en in de techniek^{20,21}. En vertrouwen in de vaardigheden en het begrip van zorggebruikers en zorgverleners. Dit vraagt onder meer om het delen van ervaringen^{13,22,23VI}. Bijvoorbeeld door actieonderzoek; al innovierend en al lerend kunnen de ervaringen met online inzage worden onderzocht²⁴. Op die manier ontvangen alle betrokkenen, geïnteresseerde partijen en patiënten meer uitleg en informatie over online inzage. Mogelijk leidt dit tot een (geleidelijke) verandering van houding van alle stakeholders. Hierbij is ook van belang dat alle stakeholders vertrouwen krijgen²⁵. En aangezien betrokkenen verschillende belangen kunnen hebben, is het belangrijk om het traject naar online inzage in co-creatie aan te pakken¹³. Hierbij kan aandacht voor onderzoek naar de gewenste inhoud en naar de gewenste vorm van patiëntportalen niet ontbreken - en

^v Praktijkondersteuner of doktersassistente

^{VI} Dit is ook opgenomen in het Onderhandelaarsakkoord van de huisartsen²².

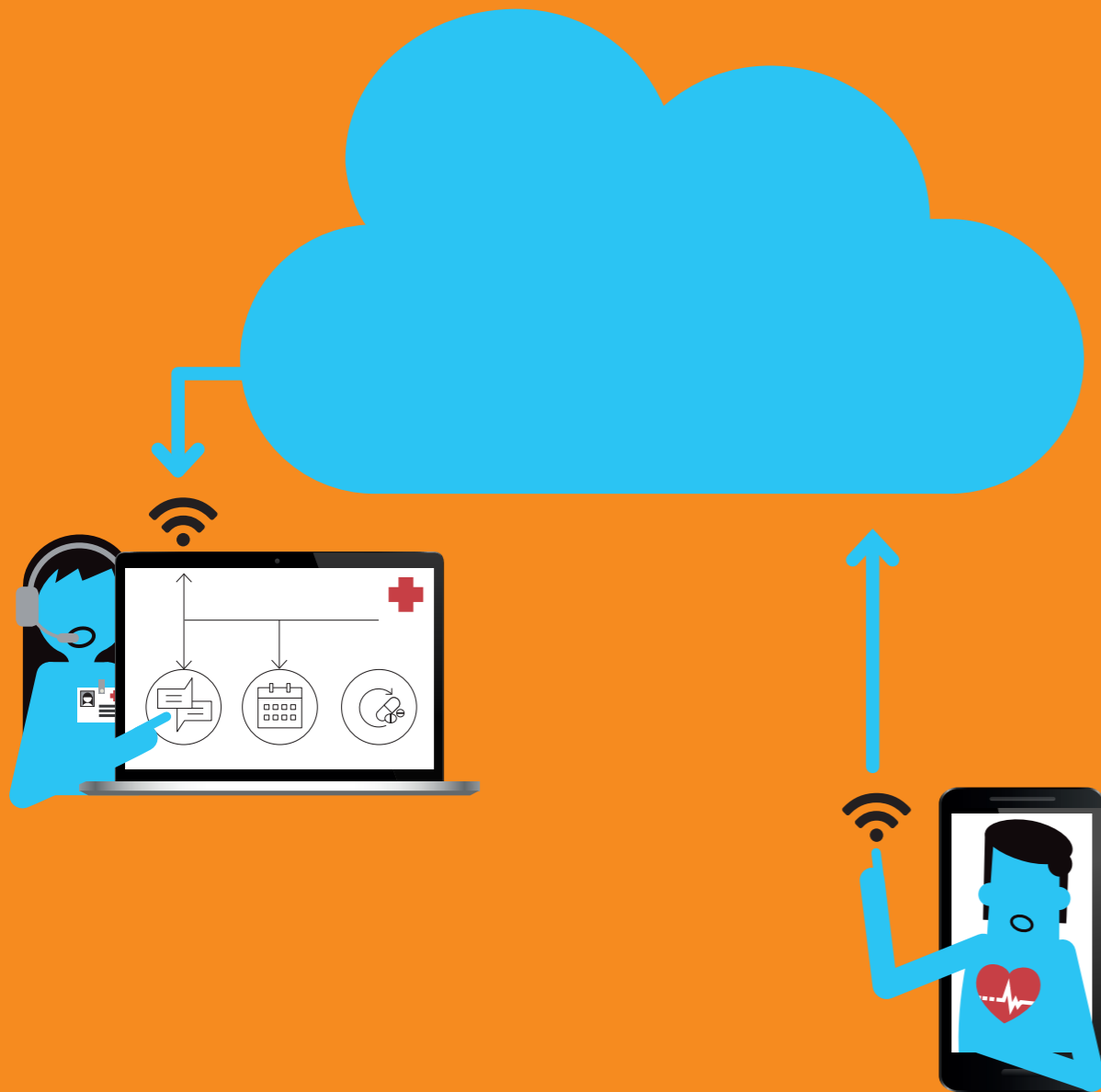
Hoofdstuk 3 → Online inzage in het medisch dossier

ook naar de rol die deze moeten hebben in het zorgproces⁴. Het doel is uiteindelijk dat online inzage gebruiksvriendelijk en doelmatig is. Dat het meerwaarde biedt voor zowel zorggebruikers als voor zorgverleners op het gebied van zelfmanagement, regie en medicatieveiligheid.

Referenties

1. Wouters, M., Swinkels, I., Sinnige, J., de Jong, J., Brabers, A., van Lettow, B., Friele, R., van Gennip, L. (2017). *Kies bewust voor eHealth – eHealth-monitor 2017*. Den Haag & Utrecht: Nictiz & NIVEL.
2. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. (2017a). *Elektronische gegevensuitwisseling in de zorg. De Wet cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens in de zorg*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
3. KNMG. (2018). *KNMG-richtlijn. Omgaan met medische gegevens, mei 2018*. Utrecht: KNMG. Bezocht op <http://www.knmg.nl/richtlijn-omgaan-met-medische-gegevens> op 15 juli 2018.
4. Langelaan, M., Verhaak, P., De Groot, J. (2018). *Inzage in patiëntendossiers: Een onderzoek naar het opvragen van een kopie of inzage in het eigen patiëntendossier*. Utrecht: Nivel.
5. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. (2017b). *Juridische factsheet. Wet cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
6. Ministers en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2018). *Kamerbrief over voortgang e-health en zorgvernieuwing*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
7. Niezen, M.G.H., Verhoef, P. (2018). *Digitale gezondheidsregie – Meer gegevens, meer grip?* Den Haag: Rathenau Instituut.
8. Bierma, L., Heldoorn, M., (2013). *Het persoonlijk gezondheidsdossier. De visie van patiëntenfederatie NPCF*. Utrecht: Patiëntenfederatie Nederland.
9. Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional. (2018). *Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional: de patiënt meer inzicht in zijn eigen zorg*. Bezocht op <https://www.vipp-programma.nl> op 26 juli 2018.
10. LHV. Landelijke Huisartsen Vereniging. (2018). *OPEN: online patiëntinzage in de eerstelijnszorg*. Bezocht op <https://www.lhv.nl/uw-praktijk/ict/open-online-patiëntinzage-de-eerstelijnszorg> op 25 september 2018.
11. MedMij. (2018). *MedMij*. Bezocht op <http://www.medmij.nl/zorggebruikers> op 12 juni 2018.
12. Brusse, B., De Jong, M., De Jonge, M., Van Lettow, B., Pluut, B., Schreuder, C., ... Tiemessen, N. (2018). *Online inzage, hoe regelen we dat?!* Den Haag: Nictiz. Bezocht op <http://kennis-magazine.nictiz.nl/online-inzage-hoe-regelen-we-dat#!/> op 25 september 2018.
13. Schreuder, C., Pluut, B. (2018). *Handboek Online inzage. Hoe regelen we dat?!* Den Haag: Nictiz. Bezocht op <https://www.nictiz.nl/boeken/handboek-online-inzage-hoe-regelen-we-dat/> op 25 september 2018.
14. Harnas, S., Samoocha, D. (2017). *Rapport meldactie “patiëntportalen van ziekenhuizen.”* Bezocht op <https://patientenfederatie.nl/images/Actueel/Rapport-meldactie-Patientportalen.pdf> op 12 juni 2018.
15. Kooiman, S.A., Mostert, M., Biesart, M.C. I.H. (2018). Real-time-inzage via het patiëntenportaal. Wenselijk vanuit het oogpunt van goed hulpverlenerschap? *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 162, D2654.
16. Ouwehand, M.H., Goedhart, A. (2016). *Het online inzien van labuitslagen nog weinig gebruikt, maar wel interesse hierin*. Utrecht: Saltro.
17. Patiëntenfederatie Nederland. (2017). *Het is nog tabben met patiëntenportalen bij ziekenhuizen*. Bezocht op <https://www.patiëntenfederatie.nl/nieuws/het-is-nog-tobben-met-patientenportalen-bij-ziekenhuizen> op 25 september 2018.
18. NVZ. Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. (2018). *Brief aan de Patiëntenfederatie Nederland betreffende uitslagen in medisch dossier*. Bezocht op https://www.nvz-ziekenhuizen.nl/_library/38721 op 25 september 2018.
19. Alander, T., Scandurra, I. (2015). Experiences of Healthcare Professionals to the Introduction in Sweden of a Public eHealth Service: Patients’ Online Access to their Electronic Health Records. *Studies in Health Technology and Informatics*, 216, 153–157.
20. Fischer, S.H., David, D., Crotty, B.H., Dierks, M., Safran, C. (2014). Acceptance and Use of Health Information Technology By Community-Dwelling Elders. *International Journal of Medical Informatics*, 83(9), 624–635.
21. Kayser, L., Kushniruk, A., Osborne, R.H., Norgaard, O., Turner, P. (2015). Enhancing the Effectiveness of Consumer-Focused Health Information Technology Systems Through eHealth Literacy: A Framework for Understanding Users’ Needs. *JMIR Human Factors*, 2(1), e9. <https://doi.org/10.2196/humanfactors.3696>.
22. Rijksoverheid. (2018). *Onderhandelaarsakkoord huisartsenzorg 2019 t/m 2022*. Den Haag: Rijksoverheid.
23. Flim, C. (2013). *Actieplan eHealth implementatieonderzoek*. Den Haag: ZonMW.
24. Pluut, B., Weggelaar-Jansen, A. (2018). *Skipr. Onderzoek e-health in de praktijk voor meer succes*. Bezocht op <https://www.skipr.nl/blogs/id3613-onderzoek-e-health-in-de-praktijk-voor-meer-succes.html> op 25 september 2018.
25. Calvillo, J., Roman, I., Roa, L.M. (2013). How technology is empowering patients? A literature review. *Health Expectations*, 18, 643–652.
26. Nictiz. (2018). *Hoe online is jouw ziekenhuis?* Bezocht op <https://www.hoeonlineisjouwziekenhuis.nl/> op 27 september 2018.

Gemak en service voor zorggebruikers



Box 4.1 Informatie over de doelgroepen en methode

De resultaten in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op vragenlijstonderzoek bij de volgende doelgroepen en panels:

- KNMG-artsenpanel: huisartsen en medisch specialisten.
- Consumentenpanel Gezondheidszorg van het Nivel: zorggebruikers en mensen met een chronische aandoening. Zorggebruikers zijn een afspiegeling van de bevolking in Nederland. Mensen met een chronische aandoening geven zelf aan diabetes, COPD, astma en/of een hartvaataandoening te hebben.

Zie Bijlage A voor meer informatie over de panels en doelgroepen. Tenzij anders aangegeven, verwijzen we voor tabellen in dit hoofdstuk naar de Tabellenbijlage behorend bij dit rapport.

Belangrijkste resultaten in dit hoofdstuk

- Volgens 88% van de huisartsen en 50% van de medisch specialisten zijn online contactmogelijkheden beschikbaar voor patiënten in 2018.
- Volgens huisartsen is het online aanvragen van herhaalrecepten het vaakst mogelijk (81%); volgens medisch specialisten de mogelijkheid om medisch inhoudelijke vragen te stellen via beveiligde e-mail en/of een portaal (30%).
- Dit jaar geeft, evenals vorig jaar, een hoger percentage zorggebruikers aan dat zij de mogelijkheid hebben om via internet een afspraak te maken met de huisartsenpraktijk (7% in 2013; 22% in 2018) en om online een herhaalrecept te kunnen aanvragen (21% in 2013; 38% in 2018).
- Wat betreft de medisch specialist geeft in 2018 een hoger percentage zorggebruikers, in vergelijking met eerdere jaren, aan via internet afspraken te kunnen maken (7% in 2013; 21% in 2018), herhaalrecepten te kunnen aanvragen (4% in 2013; 12% in 2018) of via internet vragen te kunnen stellen (5% in 2013; 15% in 2018).
- Vergeleken met 2013 geeft een hoger percentage zorggebruikers in 2018 aan via internet een afspraak te hebben gemaakt met een medisch specialist (4% in 2013; 11% in 2018). Van de mensen met een chronische aandoening heeft 11% in 2018 een afspraak gemaakt.
- De groep zorggebruikers die niet weet of de manieren voor online contact mogelijk zijn, blijft bij zowel de huisarts als de medisch specialist, onverminderd hoog. Dit geldt ook binnen de populatie mensen met een chronische aandoening.

4.1 Inleiding

Mogelijkheden voor online contact bij de zorgverlener zijn bijvoorbeeld het online maken van afspraken, het online stellen van vragen aan de zorgverlener en het via internet aanvragen van een herhaalrecept. In theorie maken dergelijke toepassingen de zorg voor zorggebruikers toegankelijker; het levert gemak en service op voor gebruikers. Zorgverleners kunnen eenvoudiger worden benaderd en de zorgverlening wordt minder afhankelijk van plaats en tijd¹⁻³. Uit internationaal onderzoek blijkt dat zorgverleners de voordelen inzien van online contact: het geeft meer mogelijkheden voor arts-patiënt communicatie, er ontstaan andere vormen van relaties en het bespaart tijd⁴⁻⁷. Ook zorggebruikers zien de voordelen, bijvoorbeeld een betere toegankelijkheid en een besparing van reistijd. Daarnaast is het mogelijk om rechtstreeks, zonder tussenkomst van iemand anders, contact met de arts te hebben⁸⁻¹⁰.

In dit hoofdstuk gaan we na in hoeverre online contactmogelijkheden volgens artsen worden aangeboden en of zorggebruikers en mensen met een chronische aandoening de online contactmogelijkheden kennen, toegang 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 2018¹. Zie box 4.1 voor meer informatie over de methode.

4.2 Online contactmogelijkheden tussen zorggebruikers en zorgverleners

In deze paragraaf gaan we in op het aanbod van online contactmogelijkheden door artsen en het gebruik hiervan door zorggebruikers en mensen met een chronische aandoening. Aan artsen is gevraagd welke toepassingen voor online contact zij het afgelopen jaar hebben aangeboden. Aan zorggebruikers en mensen met een chronische aandoening is gevraagd of zij weten welke mogelijkheden hun eigen zorgverleners aanbieden en of zij die gebruiken. De meest opvallende veranderingen in de periode 2013-2018 staan in deze paragraaf weergegeven.

In voorgaande jaren stelden we artsen de vraag of patiënten via e-mail of website een vraag aan hen konden stellen. Omdat het wenselijk is dat medisch inhoudelijke vragen via een *beveiligde* e-mail of portaal worden gestuurd, hebben we dit toegevoegd aan de vraagstelling van 2018.

4.2.1 Online contactmogelijkheden bij artsen Huisartsen en online contact

In 2018 geeft 88% van de huisartsen aan online contactmogelijkheden voor patiënten aan te bieden. Ten opzichte van 2013 zien we stijgingen in het aanbod bij alle bevraagde manieren (zie figuur 4.1 en tabel 4.1). Voor het stellen van een medisch inhoudelijke vraag

kunnen we geen trend tonen omdat de vraagstelling gewijzigd is (zie hierboven).

Volgens 81% van de huisartsen is het in 2018 *mogelijk* om bij hen via internet herhaalrecepten aan te vragen, ten opzichte van 66% in 2013. Daarnaast stijgt over de jaren het aanbod van afspraken maken via internet. In 2013 kon dit volgens 14% van de huisartsen, tegenover 53% in 2018.

Tenslotte neemt het aanbod van verwijzingen aanvragen via internet toe. In 2018 is dit volgens 39% mogelijk, vergeleken met 27% in 2013. Bij de meerderheid van de huisartsen (57%) zijn er geen plannen om dit mogelijk te maken. De meeste van hen willen dit niet of weten niet of ze dit willen (53% van alle huisartsen).

Meer dan de helft (55%) van de huisartsen geeft aan dat patiënten via *beveiligde* e-mail of een portaal een medisch inhoudelijke vraag kunnen stellen. Vier op de tien (40%) zegt dit aan te bieden via beveiligde e-mail en 41% via een beveiligd portaal. Een kwart van de huisartsen (23%) vindt het wenselijk dat dit mogelijk wordt via beveiligde e-mail, of heeft hier plannen voor. Voor een beveiligd portaal is dit 28% (zie tabel 4.2).

Medisch specialisten en online contact

In 2018 is er volgens de helft van de medisch specialisten in ieder geval één manier van online contact *mogelijk* (50%). Over de jaren zien we een toegenomen

aanbod van het online kunnen aanvragen van herhaalrecepten. Volgens 24% van de medisch specialisten kan dit in 2018, vergeleken met 11% in 2013. Ook beeldbellen, het voeren van een gesprek via internet waarbij een patiënt en de specialist elkaar kunnen zien, is toegenomen van 4% in 2017 naar 8% in 2018 (zie figuur 4.2 en tabel 4.3).

Op beeldbellen na, zijn de bevraagde manieren van online contact in 2018 in dezelfde mate mogelijk volgens medisch specialisten, variërend tussen 24% en 26% (tabel 4.4). Van de medisch specialisten vindt 23% het wenselijk dat men online afspraken kan maken maar heeft nog geen plannen en 23% heeft wel al plannen om dit mogelijk te maken. De helft van de medisch specialisten vindt beeldbellen niet gewenst of weet niet of men dit gewenst vindt (51%); 41% vindt het wel gewenst of heeft al plannen om dit komend jaar mogelijk te maken.

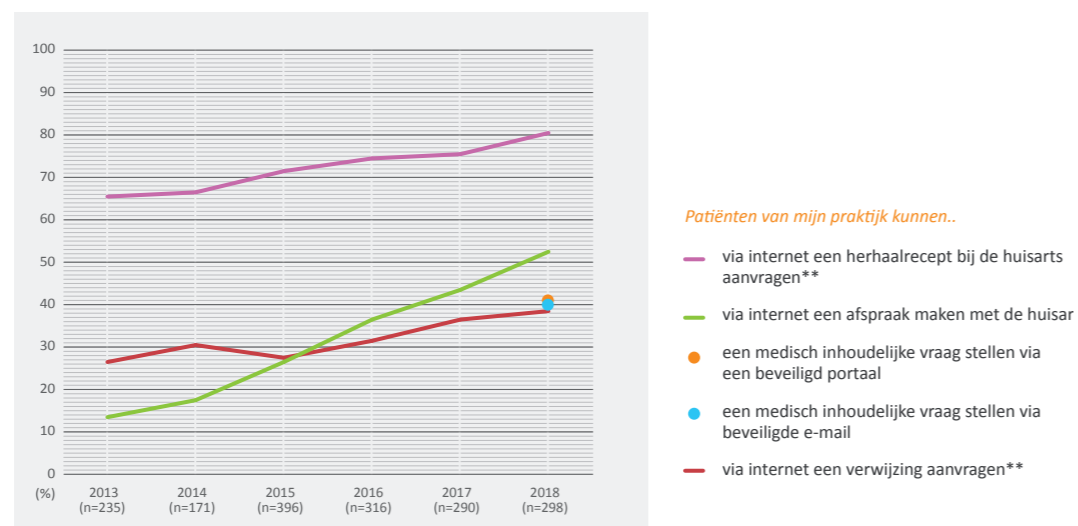
Volgens een kwart van de medisch specialisten kunnen patiënten via beveiligde e-mail (26%) of een portaal (25%) een medisch inhoudelijke vraag stellen. Bij bijna een derde (30%) is ten minste één van deze opties mogelijk. Bijna de helft van de medisch specialisten (46%) vindt het wenselijk dat dit mogelijk wordt via een beveiligd portaal, of heeft plannen hiervoor. Voor beveiligde e-mail is dit 39% (zie tabel 4.4).

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

Figuur 4.1

Huisartsen
Percentage dat aangeeft op welke manieren een patiënt online contact kan opnemen met henzelf of de praktijk; van 2013 tot 2018.

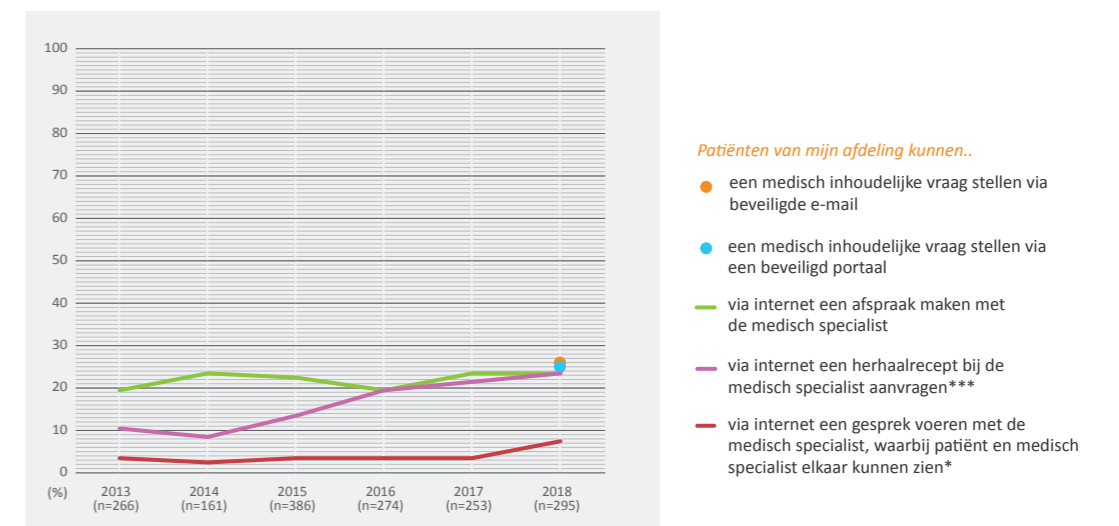
* $p \leq 0,05$;
** $p \leq 0,01$;
*** $p \leq 0,001$



Figuur 4.2

Medisch specialisten
Percentage dat aangeeft op welke manieren een patiënt online contact kan opnemen met henzelf of de afdeling; van 2013 tot 2018.

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



Hoofdstuk 4 → Gemak en service voor zorggebruikers

4.2.2 Online contactmogelijkheden met de huisartsenpraktijk volgens zorggebruikers en mensen met een chronische aandoening

In 2018 geeft in vergelijking met eerdere jaren een hoger percentage zorggebruikers (die het afgelopen jaar contact hadden met hun huisartsenpraktijk, zie tabel 4.5) aan dat hun huisartsenpraktijk *mogelijkheden* biedt voor online contact (zie Figuur 4.3 en tabel 4.6). Daarmee zet de trend van afgelopen jaar door. Dit jaar is vooral het percentage zorggebruikers gestegen dat aangeeft dat het mogelijk is om via internet een herhaalrecept aan te vragen. In 2018 is dit volgens 38% van de zorggebruikers mogelijk bij hun huisartsenpraktijk, tegenover 21% in 2013. Bij de mensen met een chronische aandoening geeft 40% aan dat het in 2018 mogelijk is om een herhaalrecept aan te vragen (zie tabel 4.7). Daarnaast stijgt onder zorggebruikers de mogelijkheid om online een afspraak te maken; in 2013 geeft 7% aan dat het mogelijk is en in 2018 22%. Van de mensen met een chronische aandoening geeft bijna drie op de tien (28%) in 2018 aan dat het mogelijk is om online een afspraak te maken bij hun huisartsenpraktijk.

In vergelijking met 2013, vraagt in 2018 een hoger percentage zorggebruikers online een herhaalrecept aan (11% in 2013 en 18% in 2018) (zie figuur 4.4 en tabel 4.8). Bij mensen met een chronische aandoening is dit 22% in 2018 (zie tabel 4.9).

Vergelijkbaar met eerdere jaren blijft een grote groep zorggebruikers geïnteresseerd in de verschillende mogelijkheden voor online contact (zie tabel 4.10). Voor alle drie de mogelijkheden geven in 2018 iets meer dan vier op de tien zorggebruikers aan er gebruik van te willen maken. Van de mensen met een chronische aandoening geeft voor alle drie de mogelijkheden iets minder dan drie op de tien aan hier gebruik van te willen maken.

4.2.3 Online contactmogelijkheden bij medisch specialisten volgens zorggebruikers

In deze paragraaf kijken we naar online contactmogelijkheden die medisch specialisten aanbieden volgens zorggebruikers die het afgelopen jaar contact hadden met een medisch specialist (zie tabel 4.11).

Voor alle drie de online contactmogelijkheden – via internet een afspraak maken, via internet een herhaalrecept aanvragen en via e-mail of website een vraag stellen – zien we een stijging in het percentage zorggebruikers dat zegt dat dit mogelijk is bij hun medisch specialist (zie figuur 4.5 en de tabellen 4.12 en 4.13). In 2013 gaf 7% van de zorggebruikers die contact hadden met een medisch specialist aan dat het mogelijk was om via internet een afspraak te maken, tegenover 21% in 2018. Bij mensen met een chronische aandoening ligt dit in 2018 op 19%. Wanneer we kijken naar het via e-mail of website een vraag stellen zien we een stijging van 5% in 2013 naar 15% in 2018.

In het *gebruik* stijgt alleen het online maken van een afspraak. Dit steeg van 4% in 2013 naar 11% in 2018 (zie figuur 4.6 en de tabellen 4.14 en 4.15). Van de mensen met een chronische aandoening zegt eveneens 11% online een afspraak te hebben gemaakt in 2018.

In 2018 willen ongeveer vier op de tien zorggebruikers graag via internet een afspraak maken met de medisch specialist, via e-mail of website een vraag stellen aan de medisch specialist en via internet een herhaalrecept aanvragen (zie tabel 4.16). Van de mensen met een chronische aandoening wil ongeveer drie op de tien hier gebruik van maken.

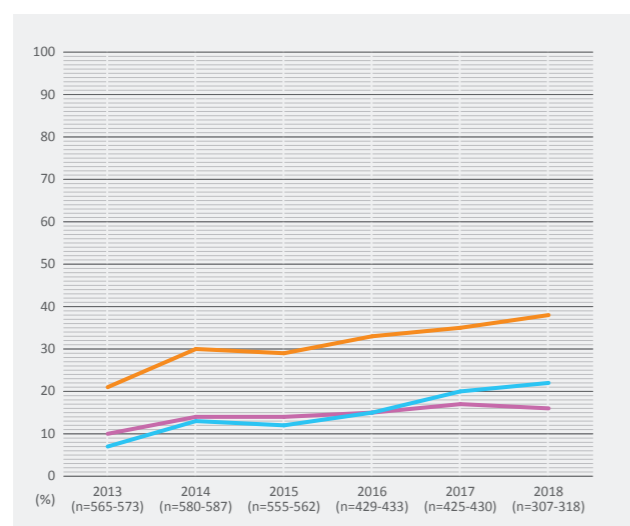
4.2.4 Kenmerken die samenhangen met het willen gebruiken van online contact

Voor alle drie de onderzochte vormen van online contact, online afspraken maken, herhaalrecepten aanvragen en een medisch inhoudelijke vraag stellen, geldt dat hoe jonger mensen zijn, hoe hoger hun opleidingsniveau is en hoe hoger de digitale gezondheidsvaardigheden zijn, hoe vaker zij dit *willen gebruiken*. Dit geldt zowel voor het willen gebruiken van deze diensten bij de huisarts als bij de medisch specialist. Aanvullend hierop willen vrouwen vergeleken met mannen minder vaak online een afspraak maken bij de medisch specialist.

Figuur 4.3

Zorggebruikers
Percentage dat contact heeft gehad met de huisartsenpraktijk in het afgelopen jaar en aangeeft dat de huisartsenpraktijk online contactmogelijkheden aanbiedt; van 2013 tot 2018. #

* p ≤ 0,05;
** p ≤ 0,01;
*** p ≤ 0,001



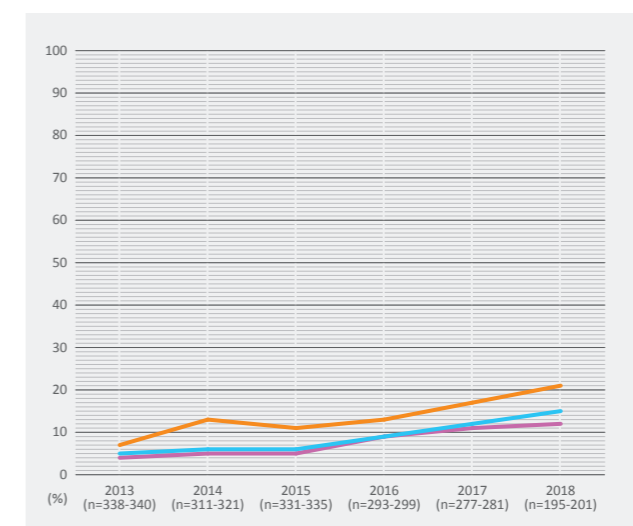
In 2018 is de optie 'Via e-mail of website een vraag stellen aan mijn zorgverleners' in de vragenlijst opgesplitst in 'Via e-mail of een website een niet-medische vraag stellen' en 'Via e-mail of een website een medisch inhoudelijke vraag stellen'. Het percentage gepresenteerd in de Figuur is het percentage zorggebruikers dat op tenminste één van de twee heeft aangegeven dat het mogelijk is.

— 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***

Figuur 4.4

Zorggebruikers
Percentage dat contact heeft gehad met de huisartsenpraktijk in het afgelopen jaar en aangeeft gebruik te hebben gemaakt van de online contactmogelijkheden met de huisartsenpraktijk; van 2013 tot 2018. #

* p ≤ 0,05;
** p ≤ 0,01;
*** p ≤ 0,001



In 2018 is de optie 'Via e-mail of website een vraag stellen aan mijn zorgverleners' in de vragenlijst opgesplitst in 'Via e-mail of een website een niet-medische vraag stellen' en 'Via e-mail of een website een medisch inhoudelijke vraag stellen'. Het percentage gepresenteerd in de Figuur is het percentage zorggebruikers dat op tenminste één van de twee heeft aangegeven dat het mogelijk is.

— 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***

Hoofdstuk 4 → Gemak en service voor zorggebruikers

4.2.5 Meest gebruikte toepassingen

De online toepassingen die door het hoogste percentage zorggebruikers, die in het afgelopen jaar contact hadden met een zorgverlener, worden *gebruikt* zijn:

- via internet een herhaalrecept aanvragen bij de huisarts (18%);
- via internet een afspraak maken met de medisch specialist (11%).

Bij mensen met een chronische aandoening zien we een vergelijkbaar beeld. Hier geeft 22% aan via internet een herhaalrecept te hebben aangevraagd bij de huisarts en eveneens 11% heeft via internet een afspraak gemaakt met de medisch specialist.

Het gebruik van andere online toepassingen door zorggebruikers en mensen met een chronische aandoening ligt onder de 10%.

Het online herhaalrecept, de toepassing die het hoogste percentage zorggebruikers zegt te *gebruiken* bij de huisarts, wordt ook het meest *aangeboden* volgens huisartsen (zie tabel 4.1). Online afspraken maken bij de medisch specialist wordt het meest gebruikt volgens zorggebruikers, maar dit is niet de toepassing die volgens medisch specialisten het meest wordt *aangeboden* (tabel 4.4). Dit is namelijk de mogelijkheid om een medisch inhoudelijke vraag te stellen via beveiligde e-mail of een portaal.

4.3 Conclusie en discussie

De resultaten in dit hoofdstuk laten zien dat het aanbod van online contactmogelijkheden bij de huisartsen sterk stijgt. Hoewel zorggebruikers wel vaker op de hoogte zijn van deze mogelijkheden, neemt het gebruik nog niet toe. Tegelijkertijd is er - evenals eerdere jaren - wel een grote groep gebruikers geïnteresseerd in de mogelijkheden voor online contact. Bij de medisch specialisten is de beweging in het aanbod minder groot dan bij de huisartsen. Tegelijkertijd zien we wel dat zorggebruikers steeds vaker op de hoogte zijn van de mogelijkheden van online contact met de medisch specialist. Een kleine groei is zichtbaar onder zorggebruikers in het online maken van een afspraak bij de medisch specialist.

Vorig jaar concludeerden we dat er drie belemmeringen waren voor het gebruik van online contactmogelijkheden: een grote groep zorggebruikers is niet op de hoogte van de mogelijkheden, online contact is niet in elke situatie geschikt en online contact kan zorgen geven op het gebied van privacy en veiligheid. De bekendheid met online contactmogelijkheden wordt wel steeds groter, maar er is nog steeds een grote groep zorggebruikers die niet weet of online contact mogelijk is. Dat geldt ook voor de mensen met een chronische aandoening. Van hen weet de helft tot driekwart niet of online contact mogelijk is. Terwijl deze groep in het algemeen medicatie gebruikt en met enige regelmaat een zorgverlener bezoekt. Onze aanbevelingen van eerdere jaren om meer in te zetten op de

bekendheid van online contact en om hier diverse kanalen voor te gebruiken, zijn dan ook nog steeds relevant. Hierbij moet er ook aandacht zijn voor de situaties waarin online contact juist wel of juist niet zinvol is zodat mensen weten op welke momenten ze welke mogelijkheden kunnen benutten.

Een laag gebruik van online contactmogelijkheden is niet uniek voor Nederland, zo blijkt uit verschillende, buitenlandse studies. Een studie in het Verenigd Koninkrijk uitgevoerd in 2015 laat zien dat 6% van de huisartsen de mogelijkheid tot e-mailen aanbiedt en geen enkele huisarts biedt beeldbellen aan. Ook heeft een minderheid van de huisartsen plannen om dit aan te gaan bieden¹¹. In een rapport van de National Health Service (NHS) komen de auteurs tot vergelijkbare conclusies¹². Ook bij een pilot van een online consultatiesysteem in Engeland werd weinig gebruik gemaakt van e-mailcontact¹³. Anderzijds zijn er ook landen waar patiënten wel veel gebruik maken van online contactmogelijkheden. Zo heeft 51% van de patiënten in Denemarken e-mailcontact met een zorgverlener¹⁴. Denemarken heeft al sinds 2004 een nationaal beleid gericht op het implementeren van e-health¹⁵. Daarnaast werd in 2009 het gebruik van e-mail voor consultatie binnen de huisartsenzorg verplicht¹². In de Verenigde Staten zijn er eveneens goed georganiseerde mogelijkheden die door meerdere grote gezondheidszorgorganisaties worden aangeboden. Bijvoorbeeld patiëntportalen die online contact met de zorgverlener via beveiligde e-mail mogelijk maken^{12,16}.

Opvallend is dat de mogelijkheden voor online contact in de huisartsenpraktijk in Nederland hoger zijn dan de mogelijkheden voor online contact in het ziekenhuis. Terwijl de groei in het aanbod van patiëntportalen juist in de ziekenhuizen duidelijk aanwezig is (zie ook hoofdstuk 3)¹⁷. Online contactmogelijkheden zijn blijkbaar nog niet altijd onderdeel van deze portalen. Volgens de website hoeonlineisjouwziekenhuis.nl heb je bij 33 van de 77 ziekenhuizen de mogelijkheid om via een portaal online een afspraak te maken, bij 11 ziekenhuizen kun je via het portaal een herhaalrecept aanvragen en 29 portalen bieden de mogelijkheid voor een e-consult aan¹⁸. Misschien gaat de verdere (door)ontwikkeling van de ziekenhuisportalen wel tot een toename leiden van dergelijke mogelijkheden voor online contact. Dit moet de komende jaren gaan blijken.

Dat een grote groep gebruik wil maken van online contactmogelijkheden biedt perspectief voor een toename in het gebruik. Deze bevinding wordt ondersteund door eerder onderzoek waarbij mensen die zorg ontvingen in revalidatiecentra aangaven gebruik te willen maken van online contact¹⁹. Uit deze eHealth-monitor blijkt dat het hebben van een chronische aandoening of het gebruik van medicatie geen invloed heeft op de vraag of men online contactmogelijkheden zou willen. De behoefte blijkt wel samen te hangen met digitale gezondheidsvaardigheden, opleidingsniveau en leeftijd. Hoe jonger mensen zijn, hoe hoger het opleidingsniveau en hoe hoger de digitale gezondheidsvaardigheden zijn, hoe vaker mensen gebruik willen maken van online contact.

“Nu heb ik inzage in mijn dossier betreffende diabetes, maar ik zou meer mogelijkheden willen zien c.q. gebruiken.”

Man van 73 jaar met diabetes uit het Consumentenpanel Gezondheidszorg

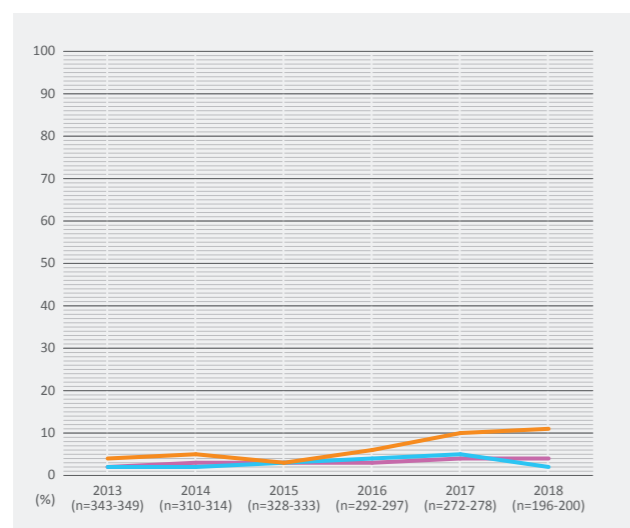
Bij het informeren en het ondersteunen van patiënten in het gaan gebruiken van online contactmogelijkheden is het belangrijk om hier bewust van te zijn. Mensen met lagere digitale gezondheidsvaardigheden zullen niet alleen minder geneigd zijn de online contactmogelijkheden te gebruiken maar hebben waarschijnlijk ook meer moeite om het toe te passen.

Het hoge aanbod ten opzichte van het lage gebruik van e-mailcontact wordt ondersteund door onderzoek met gegevens uit de huisartsenregistratiesystemen. Huygens et al. (2018) rapporteerde dat in 2014 53% van de huisartspraktijken e-mailcontact inzette, terwijl maar 0,6% van de patiënten hier gebruik van maakte. Als er gebruik werd gemaakt van een e-consult dan werd dat met name gebruikt voor psychologische problematiek²⁰. Het afgelopen jaar is er in Nederland op meerdere manieren aandacht geweest voor het e-consult. Zo is de Actieagenda e-consult gepubliceerd²¹, en is er naar aanleiding daarvan het Handboek e-consult verschenen²². Ook is er extra aandacht geweest voor de financiering van e-consulten²³. In de Actieagenda is er onder meer aandacht voor communicatie, scholing,

Figuur 4.6

Zorggebruikers
Percentage 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 2018.^a

* p ≤ 0,05;
** p ≤ 0,01;
*** p ≤ 0,001



^a In 2018 is de optie 'Via e-mail of website een vraag stellen aan mijn zorgverlener' in de vragenlijst opgesplitst in 'Via e-mail of een website een niet-medische vraag stellen' en 'Via e-mail of een website een medisch inhoudelijke vraag stellen'. Het percentage gepresenteerd in de Figuur is het percentage zorggebruikers dat op tenminste één van de twee heeft aangegeven dit gebruikt te hebben.

— 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

Hoofdstuk 4 → Gemak en service voor zorggebruikers

informatievoorziening, gebruiksvriendelijkheid en financiën²¹. Deze activiteiten hebben voornamelijk plaatsgevonden na het uitzetten van de vragenlijsten voor de eHealth-monitor 2018 en de eventuele effecten daarvan hebben we nog niet kunnen meten. De eHealth-monitors van komende jaren moeten uitwijzen of de extra aandacht het gewenste effect heeft bereikt.

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
11. Brant, H., Atherton, H., Ziebland, S., McKinstry, B., Campbell, J.L., Salisbury, C. (2016). Using alternatives to face-to-face consultations. A survey of prevalence and attitudes in general practice. *British Journal of General Practice*, 66(648): e460-e466.
12. Atherton, H., Brant, H., Ziebland, S., Bikker, A., Campbell, J., Gibson, A., McKinstry, Br., Porqueddu, T., Salisbury, C. (2018). The potential of alternatives to face-to-face consultation in general practice, and the impact on different patient groups: a mixed-methods case study. *Health Services and delivery research*, 6(20).
13. Edwards, H.B., Marques, E., Hollingworth, W., Horwood, J., Farr, M., Bernard, E., Salisbury, C., Northstone, K. (2017). Use of a primary care online consultation system, by whom, when and why: evaluation of a pilot observational study in 36 general practices in South West England. *BMJ Open*, 7, e016901.
14. Newhouse, N., Lupiáñez-Villanueva, F., Codagnone, C., Atherton, H. (2015). Patient use of email for health care communication purposes across 14 European countries: an analysis of users according to demographic and health-related factors. *Journal Medical Internet Research*, 17(3), e58.
15. Kierkegaard, P. (2013). eHealth in Denmark: a case study. *Journal of Medical Systems*, 37, 9991.
16. Pearl, R. (2014) Kaiser Permanente Northern California: current experiences with internet, mobile, and video technologies. *Health Affairs*, 33(2), 251-257.
17. Nictiz. (2018). *Spectaculaire stijging in het aantal patiëntportalen*. Bezoekt op <https://www.nictiz.nl/nieuws/spectaculaire-stijging-in-het-aantal-patientportalen/> op 18 september 2018.
18. Nictiz. (2018). *Hoe online is jouw ziekenhuis?* Bezoekt op www.hoeonlineisjouwziekenhuis.nl op 18 september 2018.
19. Wentink, M.M., Prieto, E., de Kloet, A.J., Vliet Vlieland, T.P.M., Meesters, J.J.L. (2017). The patient perspective on the use of information and communication technologies and e-health in rehabilitation. *Disability and rehabilitation: assistive technology*, July 31, 1-6.
20. Huygens, M.W., Swinkels, I.C.S., Verheij, R.A., Friele, R.D., van Schayck, O.C.P., de Witte, L.P. (2018). Understanding the use of email consultation in primary care using a retrospective observational study with data of Dutch electronic health records. *BMJ Open*, 8, e019233.
21. Brusse, B., de Jong, M., de Jonge, M., Pluut, B., van Rest, B., Schreuder, C. (2017). *eConsult bij de huisarts, van belofte naar praktijk*. Bezoekt op <http://kennismagazine.nictiz.nl/econsult-bij-de-huisarts#%21/actieagenda> op 24 september 2018.
22. De Jong, M., Stuart, E., Faber, M. (2018). *E-consult hoe regelen we dat?! Handboek voor huisartsenpraktijken*. Bezoekt op https://www.nictiz.nl/wp-content/uploads/2018/07/Handboek_econsult_pc.pdf op 8 augustus 2018.
23. Nictiz. (2018). *Declaratiemogelijkheden e-consult*. Bezoekt op <https://www.nictiz.nl/nieuws/declaratiemogelijkheden-e-consult/> op 8 augustus 2018.



Box 5.1 Informatie over de doelgroepen en methode

De resultaten in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op vragenlijstonderzoek bij de volgende doelgroepen en panels:

- KNMG-artsenpanel: huisartsen en medisch specialisten.
- Panel Verpleging & Verzorging van het Nivel: verpleegkundigen, met onderscheid in verpleegkundigen werkzaam in de ouderenzorg, huisartsenzorg en ziekenhuiszorg. We hebben onderzoek gedaan onder verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners van de huisarts, maar noemen deze groepen in verband met de leesbaarheid van het rapport allemaal 'verpleegkundigen'.
- Consumentenpanel Gezondheidszorg van het Nivel: zorggebruikers en mensen met een chronische aandoening. Zorggebruikers zijn een afspiegeling van de bevolking in Nederland. Mensen met een chronische aandoening geven zelf aan diabetes, COPD, astma en/of een hartvaataandoening te hebben.

Zie bijlage A voor meer informatie over de methode. Tenzij anders aangegeven, verwijzen we voor tabellen in dit hoofdstuk naar de tabellenbijlage behorend bij dit rapport.

Hoofdstuk 5

Zelfmanagement en Persoonlijke Gezondheidsomgevingen

Belangrijkste resultaten in dit hoofdstuk

- Steeds meer zorggebruikers geven aan digitaal hun lichamelijke activiteit bij te houden. In 2018 deed 34% van de zorggebruikers dit, tegenover 12% in 2014. Ook zeggen meer zorggebruikers digitaal gegevens over hun gezondheid bij te houden via internet: in 2013 deed 4% dit, in 2018 14%, hoewel dit iets lager is dan in 2017.
- Van de mensen met een chronische aandoening zegt in 2018 10% zelf digitaal gegevens over hun gezondheid bij te houden; 8% zegt een automatische herinnering voor medicatie te gebruiken en 6% een speciale app of een speciaal apparaat voor ondersteuning van het medicijngebruik. Ruim een derde van de mensen met een chronische aandoening (36%-39%) zou geen gebruik willen maken van dergelijke toepassingen.
- Driekwart van de mensen met een chronische aandoening had niet eerder van een Persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) gehoord. Op basis van de uitleg in de vragenlijst, geeft 37% aan het wel te willen gebruiken. In de afgelopen 12 maanden heeft 2% gebruik gemaakt van een PGO.
- Bijna de helft van de huisartsen (48%) en vier op de tien medisch specialisten (43%) geeft aan van een PGO gehoord te hebben en ongeveer te weten wat dit is. Respectievelijk 6% en 11% weet precies wat het is.
- Van de verpleegkundigen heeft 61%-71%, afhankelijk van de sector waarin ze werken, niet van een PGO gehoord. Ongeveer één op de tien verpleegkundigen kent een PGO wel, maar weet niet wat het is (10%-13%, afhankelijk van de sector waarin ze werken).

5.1 Inleiding

De druk op de zorg neemt toe door een stijging van het aantal mensen met een of meer chronische aandoeningen, complexere problematiek en een groeiend tekort aan zorgverleners. Hierdoor worden preventie en goed zelfmanagement steeds belangrijker. De verwachting is dat e-health toepassingen een bijdrage kunnen leveren aan preventie en zelfmanagement van patiënten^{1,2}. Zo zijn er toepassingen waarmee mensen zelf gezondheidswaarden (zoals hartslag en gewicht), gegevens over leefstijl (zoals voeding en bewegen) of zorg (zoals doktersbezoek en behandelingen) kunnen meten en bijhouden. Daarmee kunnen mensen een beter overzicht houden over de eigen gezondheid en zorg. In feite is dit een onderdeel van het programma ‘Uitkomstgerichte zorg’ waarin wordt gepleit om toe te werken naar het inzichtelijk maken van uitkomsten en om zorggebruikers op basis hiervan beter te kunnen laten meebeslissen³.

In dit hoofdstuk bespreken we het gebruik van verschillende soorten e-health toepassingen die kunnen worden ingezet bij zelfmanagement door zorggebruikers in het algemeen en door mensen met een chronische aandoening in het bijzonder. Daarbij onderzoeken we ook de relatie tussen enkele kenmerken van deze mensen en in hoeverre zij gebruik willen maken van deze toepassingen. Daarnaast gaan we in op de bekendheid met en het gebruik van een Persoonlijke Gezondheidsomgeving (PGO). In een PGO kunnen zorggebruikers zelf hun medische gegevens verzamelen en beheren. Ook kunnen zij de gegevens delen met zorgverleners of mantelzorgers^{4,5}. Dit kunnen gegevens zijn die zij zelf meten en toevoegen, bijvoorbeeld via een app op een smartphone, maar het kunnen ook gegevens zijn die zorgverleners in de patiëntendossiers bijhouden. Een PGO is volgens de Patiëntenfederatie Nederland een hulpmiddel voor patiënten om grip te houden op hun eigen gezondheidsdata: van behandeling tot medicatie, onderzoeksuitslagen en inentingen⁴. Waar dit van toepassing is, kijken we naar ontwikkelingen in de periode van 2013 tot 2018^{II}. Tenzij anders aangegeven, verwijzen we voor tabellen in dit hoofdstuk naar de tabellenbijlage behorend bij dit rapport. Zie box 5.1 voor meer informatie over de onderzoeksmethode.

5.2 Online zelfmanagement

Sinds 2013 vragen we zorggebruikers in welke mate zij internet gebruiken voor het zoeken van informatie over gezondheid en zorg. Ook vragen we of zij leefstijl-aspecten en gezondheidswaarden zelf meten en bijhouden.

5.2.1 Zoeken van informatie op het internet over gezondheid en zorg

Het gebruik van internet om informatie op te zoeken over ziekte en behandeling of om na te gaan of men met een bepaald probleem naar de huisarts moet, is na een kleine stijging in 2017 weer ongeveer terug op het niveau van daarvoor. Respectievelijk 64% en 37% van de zorggebruikers doet dit in 2018; (zie figuur 5.1 en de tabellen 5.1 en 5.2).

Van de mensen met een chronische aandoening zoekt in 2018 58% wel eens via internet informatie op over een ziekte of behandeling. Een kleine groep doet dit niet, terwijl hij/zij dat wel zou willen (8%). Een derde van de mensen met een chronische aandoening (32%) zoekt op internet informatie over of men met een bepaald probleem naar de huisarts moet gaan. Twaalf procent doet dit niet, maar zou dit wel willen.

Hoger opgeleiden en mensen met hogere digitale gezondheidsvaardigheden zoeken vaker informatie op internet

We zien een relatie tussen het opleidingsniveau en de digitale gezondheidsvaardigheden enerzijds en het opzoeken van gezondheidsinformatie op internet anderzijds. Hoe hoger zorggebruikers zijn opgeleid en hoe hoger de digitale gezondheidsvaardigheden zijn, hoe vaker ze aangeven internet te gebruiken voor het opzoeken van informatie over ziekte of behandeling. Opleidingsniveau en digitale gezondheidsvaardigheden hangen ook samen met het gebruik van internet om te bepalen of men met een bepaald probleem naar de huisarts moet. Daarnaast zijn medicijngebruik en leeftijd hieraan gerelateerd. Hoe hoger het opleidingsniveau, hoe hoger de digitale gezondheidsvaardigheden en hoe jonger men is, des te vaker geeft men aan internet te gebruiken voor het beoordelen of men naar

een arts toe moet. Bovendien heeft de hoeveelheid medicijnen invloed: mensen die één tot vier soorten medicijnen langdurig gebruiken zeggen vaker op internet op te zoeken of men met een bepaald probleem naar de dokter moet dan mensen die niet langdurig medicijnen gebruiken.

5.2.2 Zelf meten en gegevens bijhouden

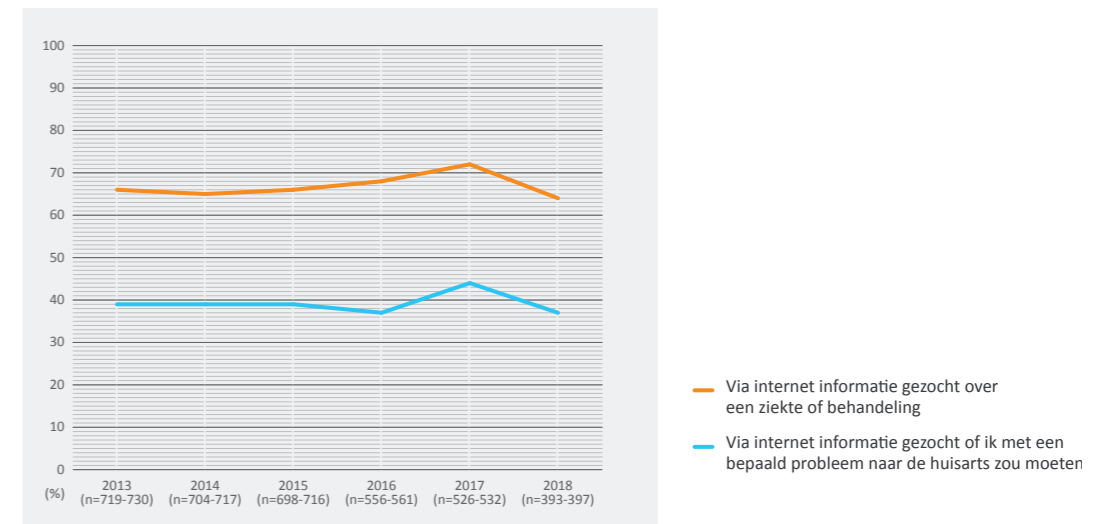
Net als vorig jaar zien we een stijging in het percentage zorggebruikers dat een apparaat of mobiele app gebruikt om lichamelijke activiteit bij te houden (zie figuur 5.2 en tabel 5.3). In 2018 doet 34% van de zorggebruikers dit, tegenover 12% in 2014. Bij de meeste andere gevraagde opties rondom het

meten en bijhouden van gezondheidsgegevens, doktersbezoeken of behandelingen zagen we in voorgaande jaren wel een toename in het percentage gebruikers. Dit jaar hebben deze stijgingen niet doorgezet.

Van de mensen met een chronische aandoening heeft 19% een apparaat of mobiele app gebruikt om lichamelijke activiteit bij te houden (zie figuur 5.3 en tabel 5.4). Een op de tien (10%) mensen met een chronische aandoening heeft zelf gegevens bijgehouden over de gezondheid of zelf gezondheidswaarden gemeten en bijgehouden. Respectievelijk 14% en 19% heeft dit niet gedaan, maar zou dit wel willen doen.

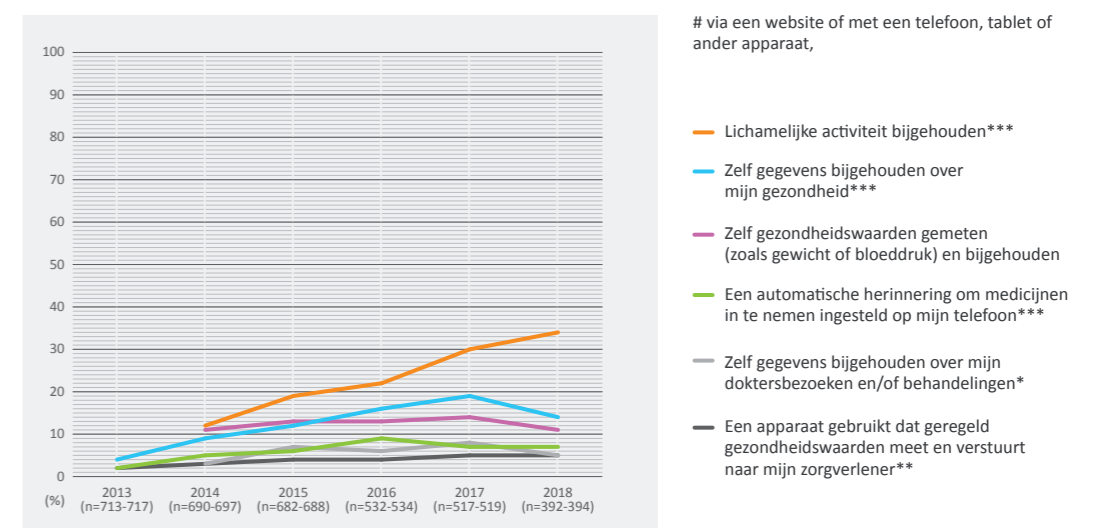
Figuur 5.1

Zorggebruikers
Percentage dat aangeeft het afgelopen jaar ten minste een keer via internet informatie te hebben gezocht over gezondheid en zorg; van 2013 tot 2018.



Figuur 5.2

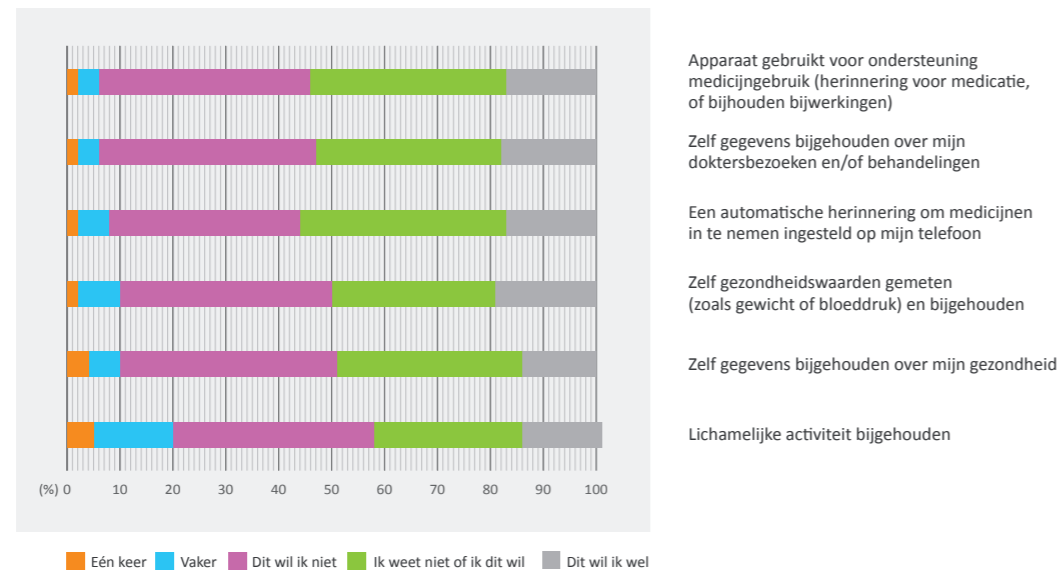
Zorggebruikers
Percentage dat het afgelopen jaar ten minste een keer informatie heeft bijgehouden over gezondheid en zorg^I, of een automatische herinnering voor medicatie heeft ingesteld; van 2013 tot 2018.



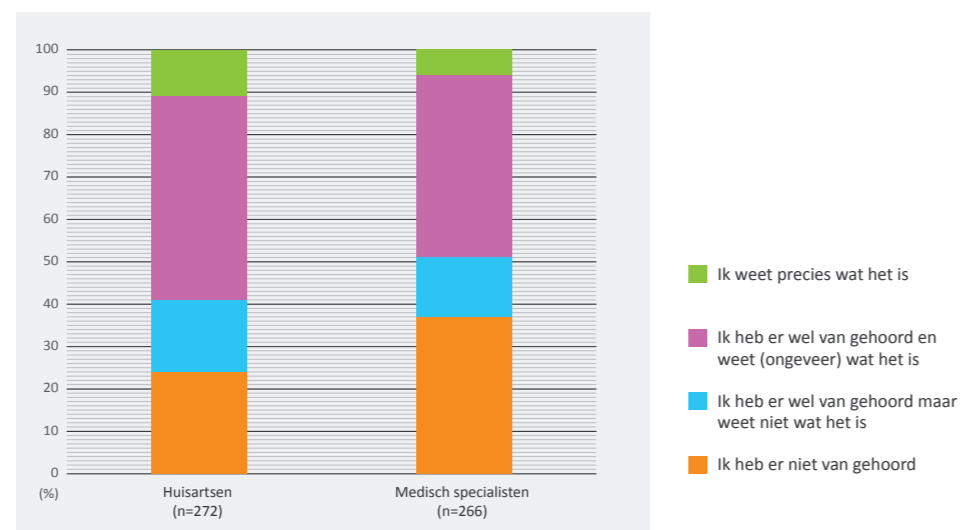
* p ≤ 0,05;
** p ≤ 0,01;
*** p ≤ 0,001

I 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 gelezen worden.
II We spreken alleen over toename of afname indien dit een statistisch significante toe- of afname betreft (p ≤ 0,05).

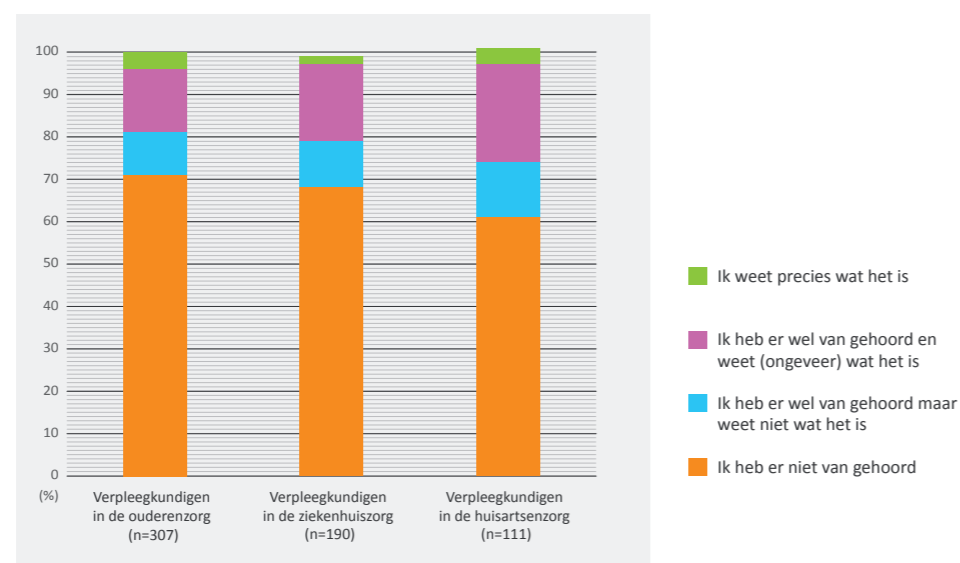
Figuur 5.3
Mensen met een chronische aandoening
Percentage dat aangeeft zelf informatie te hebben bijgehouden over gezondheid en zorg, via een website of met een telefoon, tablet of ander apparaat, of dit al dan niet te willen; in 2018 (n=389-397).



Figuur 5.4
Huisartsen en medisch specialisten
Percentage dat aangeeft of zij voorafgaand aan de vragenlijst gehoord hadden van een PGO; in 2018.



Figuur 5.5
Verpleegkundigen
Percentage dat aangeeft of zij voorafgaand aan de vragenlijst gehoord hadden van een PGO; in 2018



Hoger opgeleiden en mensen met hogere digitale gezondheidsvaardigheden willen vaker gezondheidsgegevens bijhouden

We zien bij de meeste toepassingen uit Figuur 5.3 een verband tussen het (willen) gebruiken van deze toepassingen en digitale gezondheidsvaardigheden. Hoe hoger de digitale gezondheidsvaardigheden, hoe vaker men aangeeft één van deze opties te (willen) gebruiken. Bij drie van de zes toepassingen zien we een relatie met opleidingsniveau: hoe hoger het opleidingsniveau hoe vaker men aangeeft de toepassing te (willen) gebruiken. Met het willen bijhouden van gegevens over de gezondheid en doktersbezoeken blijkt daarnaast ook het hebben van astma of COPD een verband te hebben: mensen die dit hebben zeggen vaker gegevens bij te willen houden dan mensen die dit niet hebben. Leeftijd laat, aanvullend op opleidingsniveau en digitale gezondheidsvaardigheden, een verband zien met het bijhouden van lichamelijke activiteit en het willen gebruiken van ondersteuning voor medicatiegebruik: ouderen zeggen minder vaak dat zij de lichamelijke activiteit bijhouden of medicatie-ondersteuning willen gebruiken dan jongeren. Mensen die één of meer medicijnen gebruiken zeggen minder vaak een herinnering voor het innemen van medicatie of andere medicatie-ondersteuning te willen gebruiken dan mensen die geen medicatie gebruiken.

III We hebben onderzoek gedaan onder verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners van de huisarts, maar noemen deze groepen in verband met de leesbaarheid van het rapport allemaal 'verpleegkundigen'

5.3 Gebruik van een persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO)

In 2018 hebben we artsen, verpleegkundigen, zorggebruikers en mensen met een chronische aandoening vragen gesteld over een persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO). Dit betreft vragen over de bekendheid van PGO's, het gebruik en de verwachte meerwaarde.

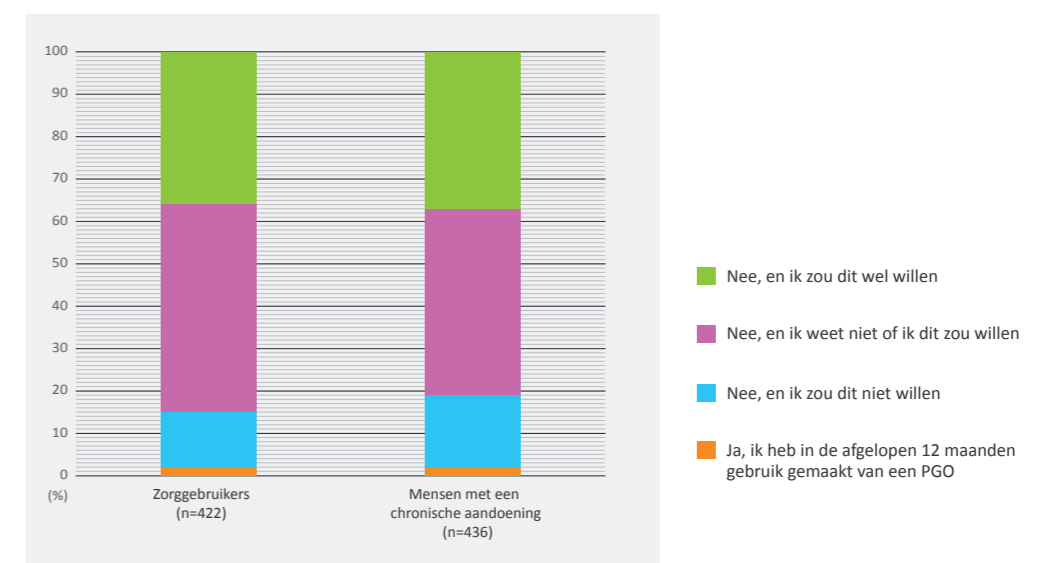
5.3.1 Een PGO volgens artsen

Bijna de helft van de huisartsen (48%) en vier op de tien medisch specialisten (43%) geeft aan van een PGO gehoord te hebben en ongeveer te weten wat dit is (zie figuur 5.4 en tabel 5.5). Respectievelijk 11% en 6% weet precies wat het is. Ongeveer een kwart van de huisartsen (24%) en een derde van de medisch specialisten (37%) heeft nog niet eerder van een PGO gehoord. De helft tot twee derde van de huisartsen en de medisch specialisten geeft aan dat het voor de meerwaarde van een PGO belangrijk is dat hij technisch goed werkt en gebruiksvriendelijk is (zie tabel 5.6).

5.3.2 Een PGO volgens verpleegkundigen

De meerderheid van de verpleegkundigen^{III} heeft nog niet eerder van een PGO gehoord (61%-71%) (zie figuur 5.5 en tabel 5.7). Circa één op de tien verpleegkundigen (10%-13%) heeft er wel van gehoord, maar

Figuur 5.6
Zorggebruikers en mensen met een chronische aandoening
Percentage dat aangeeft gebruik te hebben gemaakt van een persoonlijke gezondheidsomgeving; in 2018.



weet niet wat het is. Twee tot vier procent weet exact wat het is. Een kleine groep verpleegkundigen geeft aan dat patiënten uit hun organisatie gebruik maken van een PGO (6% van de verpleegkundigen in de ouderenzorg, 7% in de ziekenhuiszorg en 5 van de 42 verpleegkundigen in de huisartsenzorg; zie tabel 5.8).

Voor verpleegkundigen is het belangrijk dat een PGO gebruiksvriendelijk is en dat gegevens van andere zorgverleners in een PGO automatisch worden ingelezen in het elektronisch patiëntendossier (25-36%) en andersom (28-34%) (zie tabel 5.9).

5.3.3 Een PGO volgens zorggebruikers en chronisch zieken

Ruim driekwart van de zorggebruikers (78%) had voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst niet van een PGO gehoord (zie tabel 5.10). Eén op de tien zorggebruikers (9%) heeft er wel van gehoord, maar weet niet wat het is. Er zijn nauwelijks zorggebruikers die precies weten wat het is (2%) of het afgelopen jaar gebruik hebben gemaakt van een PGO (2%) (zie tabel 5.11 en Figuur 5.6). Op basis van de informatie in de vragenlijst zou ruim een derde van de zorggebruikers (36%) een PGO wel willen gebruiken. De helft van de zorggebruikers (49%) geeft aan niet te weten of ze een PGO willen gebruiken.

Onder de mensen met een chronische aandoening zijn de percentages vergelijkbaar met de percentages binnen de algemene bevolking. Van de mensen met een chronische aandoening heeft 10% wel van een PGO gehoord, maar zegt niet te weten wat het is en heeft 76% er niet eerder van gehoord. Ruim een derde (37%) zou een PGO wel willen gebruiken en 44% weet niet of hij/zij een PGO wil gebruiken.

Mensen met een hogere opleiding en hogere digitale gezondheidsvaardigheden willen vaker een PGO gebruiken

Het opleidingsniveau van mensen hangt samen met de mate waarin men een PGO zou willen gebruiken: mensen met een hoge opleiding willen vaker gebruik maken van een PGO dan mensen met een lage opleiding.

5.4 Conclusie en discussie

We zien in dit hoofdstuk dat de bekendheid met een PGO varieert tussen de verschillende zorgverleners en de patiënten en dat maar een kleine groep exact weet wat het is. Het gebruik ervan is nog laag. We zien daarnaast dat steeds meer zorggebruikers hun lichamelijke activiteit bijhouden. Op het terrein van het meten en het bijhouden van andere gegevens rondom gezondheid en zorg zien we dit jaar geen veranderingen.

Zorggebruikers zijn nog maar weinig bekend met een PGO; van hen had ruim driekwart nog niet eerder hiervan gehoord. Op basis van de uitleg in de vragenlijst zegt wel ruim een derde van de respondenten interesse te hebben in een PGO. De interesse ligt vooral bij mensen met een hoge opleiding en met hogere digitale gezondheidsvaardigheden. Uit ons onderzoek blijkt ook dat onder verpleegkundigen een meerderheid nog niet eerder gehoord heeft van een PGO. Bovendien heeft circa een op de tien verpleegkundigen wel van een PGO gehoord zonder te weten wat het is. Artsen zijn, ten opzichte van zorggebruikers en verpleegkundigen, het meest bekend met een PGO. Toch heeft ongeveer een kwart van de huisartsen en een derde van de medisch specialisten ook nog niet eerder van een PGO gehoord. Bovendien weet maar een kleine groep artsen precies wat een PGO is.

De grote mate van onbekendheid is niet vreemd. Het MedMij-programma loopt nog, er zijn nog niet veel PGO's beschikbaar en de communicatie richting het grote publiek moet nog plaatsvinden. Hier liggen dan ook vooral kansen. Belangrijk is daarbij aandacht te hebben voor het feit dat vrijwel alle zorgverleners, zowel artsen als verpleegkundigen, nog niet precies weten wat een PGO is. Dat geldt ook voor de zorggebruikers, waarbij het van belang is extra aandacht te hebben voor de mensen met lagere digitale gezondheidsvaardigheden en een lager opleidingsniveau. Uitdagingen liggen op het gebied van informatie-uitwisseling. Zorgverleners geven aan dat het belangrijk is dat een PGO technisch goed werkt, dat het gebruiksvriendelijk is, dat gegevens uit een PGO automatisch kunnen worden ingelezen in het EPD en andersom. ICT-systemen moeten hierop veelal nog worden aangepast aan de MedMij-standaarden¹¹. Volgens het platform

voor onderzoeksjournalistiek Investico hebben veel zorgverleners praktische bezwaren. Zo maakt de meerderheid van de zorgverleners zich zorgen over de veiligheid van een PGO en extra administratieve lasten. Ook geven de zorgverleners aan dat patiënten bij veel informatie een toelichting nodig zullen hebben¹². Dit zijn vergelijkbare zorgen die we in hoofdstuk 3 zien met betrekking tot online inzage. Hoewel een PGO is bedoeld voor zorggebruikers, is het belangrijk om de zorgen van zorgverleners serieus te nemen. Zij hebben bij de uitrol en het gebruik van een PGO ook een belangrijke rol. Bovendien is het waarschijnlijk dat de functionaliteit via de patiëntportalen loopt zolang de PGO's nog in ontwikkeling zijn.

Een andere belangrijke bevinding in dit hoofdstuk is de relatie tussen opleidingsniveau en digitale gezondheidsvaardigheden enerzijds en het gebruik of het gewenste gebruik van de verschillende vormen van zelfmanagement-toepassingen anderzijds. Vooralsnog verklaren vooral deze patiëntkenmerken in welke mate men gebruik maakt van de verschillende toepassingen en niet of in mindere mate ziekte-gerelateerde kenmerken, zoals de ervaren gezondheid of het medicijngebruik. Tegelijkertijd zouden juist mensen met een chronische aandoening baat kunnen hebben bij e-health toepassingen die zelfmanagement ondersteunen. Een systematisch literatuuronderzoek uit 2017 toont aan dat het

gebruik van e-health een risico op grotere gezondheidsverschillen met zich meebrengt juist door het gebrek aan digitale gezondheidsvaardigheden in de groep die al een minder goede gezondheid heeft¹³. Er wordt sterk aangeraden om tijdens de ontwerp- en implementatiefase uit te gaan van een gebruikersgroep van mensen die het risico lopen op minder goede sociale gezondheid¹³. In een recente beleidsbrief adviseert de WRR het gezondheidspotentieel centraal te stellen met extra aandacht voor degenen met de grootste gezondheidsachterstand als één van de prioriteiten¹⁴. Het lijkt dan ook van essentieel belang dat er vanuit beleid ingezet wordt op mogelijkheden om de groep (kwetsbare) mensen met een chronische aandoening meer digitale gezondheidsvaardigheden aan te leren. In de Kamerbrief 'Voortgangsrapportage' van mei 2018 heeft de minister van VWS aandacht voor het vergroten van digitale en innovatieve vaardigheden, maar zorggebruikers en chronisch zieken worden daarbij niet expliciet genoemd⁵.

*“Ik ben niet zo van het moderne online gebruik, ik ben nog van de oude stempel. En dat vind ik prima.”
Man van 73 jaar met meerdere chronische aandoeningen uit het Consumentenpanel Gezondheidszorg*

PGO

Een PGO is een manier om mensen meer eigen regie te geven en makkelijker inzicht te geven en overzicht te houden in hun gezondheidsgegevens. Het afgelopen jaar is er op politiek - en bestuurlijk niveau veel aandacht geweest voor een PGO. Vanaf 2020 heeft iedere zorggebruiker het recht op online inzage⁵⁻⁷. Daarnaast heeft het Informatieberaad als doel gesteld dat alle zorgaanbieders vanaf 1 januari 2020 aan burgers de mogelijkheid bieden om hun medische gegevens digitaal en gestructureerd in te zien. Ook moeten burgers die gegevens kunnen ontsluiten naar een persoonlijke gezondheidsomgeving waaraan zij eigen gegevens kunnen toevoegen. Als target is gesteld dat alle zorgaanbieders al vanaf 1 januari 2018 hun patiënten de mogelijkheid geven hun belangrijkste medische gegevens

digitaal in te zien, veilig, op eigen initiatief, zelfstandig, en vanuit een willekeurige locatie^{8,9}. MedMij, een collectief van partijen in de zorg, ontwikkelt voor PGO's een afsprakenstelsel. In dit stelsel worden eisen gesteld aan PGO's en aan de manier waarop informatie wordt uitgewisseld met de ICT-systemen van zorgaanbieders⁵. Juli 2018 is een conceptversie van het afsprakenstelsel 1.1 gepubliceerd. ICT-leveranciers kunnen zich sindsdien aanmelden bij MedMij om deelnemer worden⁹. Dit is nodig om in aanmerking te komen voor de Subsidieregeling impulsfinanciering PGO-leveranciers. Deze regeling is juli 2018 in de Staatscourant gepubliceerd¹⁰ en is bedoeld om leveranciers te stimuleren een PGO te ontwikkelen.

Referenties

1. Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. (2015). *Consumenten-eHealth*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg.
2. 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.
3. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2018). *Ontwikkeling Uitkomstgerichte zorg 2018-2022*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
4. Patiëntenfederatie Nederland. (2018). *Persoonlijke gezondheidsomgeving*. Bezocht op <https://www.patiëntenfederatie.nl/themas/persoonlijke-gezondheidsomgeving/> op 12 juni 2018.
5. Ministerie en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2018). *Voortgangsrapportage e-health en zorgvernieuwing*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
6. 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 gegevens)*. Bezocht op https://www.eerstekamer.nl/behandeling/20161114/brief_inzake_aanbieding_concept/document3/f=vk98oote2czz.pdf op 12 juni 2018.
7. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. (2017a). *Elektronische gegevensuitwisseling in de zorg. De Wet cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens in de zorg*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
8. Informatieberaad. (2018). *Outcome-doelen. 2. Patiënt centraal*. Bezocht op <https://www.informatieberaad-zorg.nl/outcomedoelen/patient-centraal> op 10 juli 2018.
9. Medmij. (2018). *UPDATE: Veel PGO-leveranciers melden zich aan bij MedMij*. Bezocht op <https://www.medmij.nl/artikel/veel-pgo-leveranciers-melden-zich-aan-bij-medmij/> op 9 augustus 2018.
10. Minister voor Medische zorg. (2018). *Staatscourant. Regeling van de Minister voor Medische Zorg van 3 juli 2018, kenmerk 1372100-178565-lenZ, houdende regels voor de subsidiëring van het ontwikkelen van persoonlijke gezondheidsomgevingen 2018–2021 (Subsidieregeling impulsfinanciering PGO-leveranciers 2018–2021)*. Bezocht op <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2018-38593.html> op 9 augustus 2018.
11. ICT&health. (2018). *VWS stimuleert gebruik PGO's met keurmerk MedMij*. Bezocht op <https://www.icthealth.nl/nieuws/vws-stimuleert-gebruik-pgos-met-keurmerk-medmij/> op 10 juli 2018.
12. Arts en Auto. *Twijfels over Persoonlijke Gezondheidsomgeving*. Bezocht op <https://www.artsenauto.nl/twijfels-over-persoonlijke-gezondheidsomgeving/> op 14 augustus 2018.
13. Latulippe, K., Hamel C., Giroux, D. (2017). Social health inequalities and eHealth: a literature review with qualitative synthesis of theoretical and empirical studies. *Journal of Medical Internet Research*. 19(4), e136.
14. Broeders, D.W.J., Das, D.H., Jennissen, R.P.W., Tiemeijer, W.L., de Visser, M. (2018). *Van verschil naar potentieel: een realistisch perspectief op de sociaaleconomische gezondheidsverschillen, WRR-Policy Brief 7*. Den Haag: WRR.
15. Wouters, M., Swinkels, I., Sinnige, J., de Jong, J., Brabers, A., van Lettow, B., Friele, R., van Gennip, L. (2017). *Kies bewust voor eHealth – eHealth-monitor 2017*. Den Haag & Utrecht: Nictiz & NIVEL.



Box 6.1 Informatie over de doelgroepen en methode

De resultaten in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op vragenlijstonderzoek bij de volgende doelgroepen en panels:

- Panel Verpleging & Verzorging van het Nivel: verpleegkundigen werkzaam in de ouderenzorg, huisartsenzorg en ziekenhuiszorg. We hebben onderzoek gedaan onder verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners van de huisarts, maar noemen deze groepen in verband met de leesbaarheid van het rapport allemaal 'verpleegkundigen'.
- Consumentenpanel Gezondheidszorg van het Nivel: zorggebruikers en mensen met een chronische aandoening. Zorggebruikers zijn een afspiegeling van de bevolking in Nederland. Mensen met een chronische aandoening geven zelf aan diabetes, COPD, astma en/of een hartvaataandoening te hebben.

Zie bijlage A voor meer informatie over de methode. Tenzij anders aangegeven, verwijzen we voor tabellen in dit hoofdstuk naar de tabellenbijlage behorend bij dit rapport.

Hoofdstuk 6

Begeleiding en ondersteuning op afstand

Belangrijkste resultaten in dit hoofdstuk

- Steeds meer verpleegkundigen in de ouderenzorg zeggen internet in te zetten om patiënten informatie te laten zien (in 2014 23%; in 2018 66%) of om informatie op te zoeken (in 2014 57%; in 2018 81%). Ook geeft een steeds hoger percentage aan apps voor zorg en gezondheid te gebruiken in de directe patiëntenzorg (in 2014 19%; in 2018 51%).
- De inzet van toezichthoudende technieken in de ouderenzorg is volgens verpleegkundigen verder gestegen (van 53% in 2014 naar 81% in 2018). Vooral personenalarmering en bewegingsmelders worden ingezet.
- Steeds meer verpleegkundigen in de ouderenzorg geven aan dat digitale dubbele medicatiecontrole in de organisatie gebruikt wordt (in 2017 23%; in 2018 33%).
- De inzet van zorgrobots in de ouderenzorg is gestegen: in 2016 gaf 3% van de verpleegkundigen in de ouderenzorg aan dat robotica in de organisatie werden ingezet, tegenover 10% in 2018.
- Vergeleken met vorig jaar zeggen meer verpleegkundigen in de ziekenhuiszorg dat beeldbellen ingezet wordt in de organisatie (in 2017 11%; in 2018 21%).
- In de huisartsenzorg is het gebruik van de verschillende vormen van e-health door verpleegkundigen op hetzelfde niveau als eerdere jaren.

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven we de ontwikkelingen in het gebruik van internet in het directe patiëntencontact. Ook gaan we in op het gebruik van digitale toepassingen waarmee zorgverleners op afstand patiënten¹ kunnen begeleiden of kunnen ondersteunen dan wel de zorg kunnen verbeteren. Het gaat dan bijvoorbeeld om telemonitoring, waarbij de gezondheidssituatie van patiënten op afstand wordt bekeken. Of toezichthoudende technieken om patiënten op afstand in de gaten te kunnen houden, zoals beweegsensoren of personenalarmering. Met het oog op een toenemend aantal mensen met een chronische aandoening, steeds complexere problematiek, een afnemend aantal zorgverleners en verschuiving van zorg wordt de inzet van dergelijke toepassingen steeds belangrijker¹⁻⁴. Ook het streven om zorg en ondersteuning steeds meer tijd- en plaatsonafhankelijk te maken, mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen of niet langer dan noodzakelijk in het ziekenhuis te laten verblijven, maakt dat technologische toepassingen belangrijker worden⁵.

De Taskforce 'Zorg op de juiste plek' beargumenteert in haar rapport dat de zorg steeds meer verschuift van de zorgomgeving naar de woonkamer, omdat zorgdiensten beschikbaar komen via computers en smartphones⁶. De verwachting is dat de inzet van toepassingen als tele-

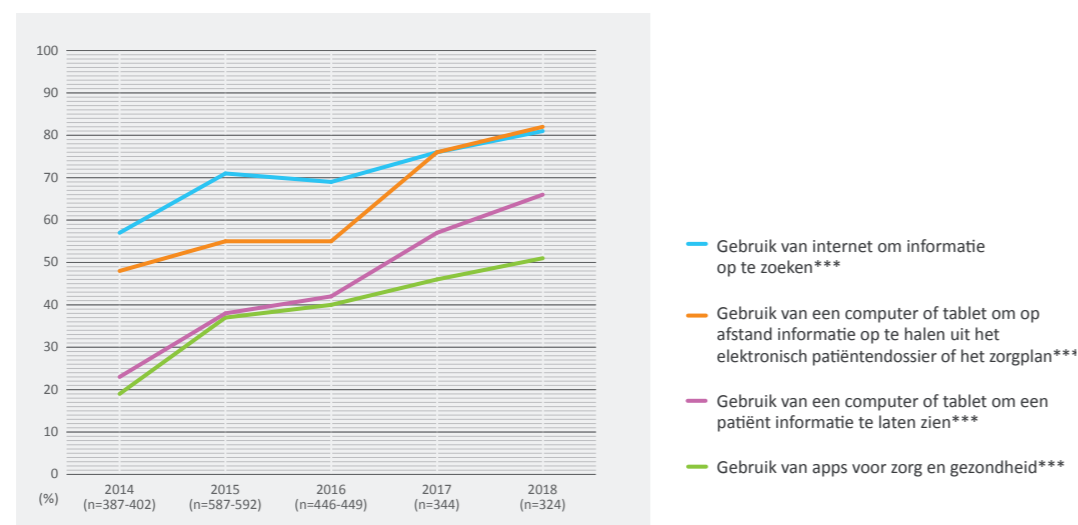
monitoring, toezichthoudende technieken en digitale medicatieondersteuning de zorg voor mensen met een chronische aandoening toegankelijk en betaalbaar houdt zonder dat de kwaliteit van de zorg achteruit gaat^{7,8}. Zo liet een systematisch literatuuronderzoek uit 2017 zien dat telemonitoring, inclusief het geven van feedback, positieve effecten heeft op de gezondheid in het geval van diabetes type 2 en hartfalen⁹. Recent onderzoek toont aan dat patiënten die een gepersonaliseerd e-health programma krijgen aangeboden na een operatie sneller herstellen dan patiënten die dat niet krijgen aangeboden¹⁰.

Achtereenvolgens komt in dit hoofdstuk aan bod: het gebruik door de verpleegkundigen van internet in het directe patiëntencontact, telemonitoring, beeldschermcontact, toezichthoudende technieken, digitale medicatieondersteuning en zorgrobots. Het gebruik van telemonitoring wordt bovendien vanuit het perspectief van mensen met een chronische aandoening beschreven. Daarbij onderzoeken we ook de relatie tussen enkele kenmerken van deze mensen en het willen gebruiken van telemonitoring. Zie box 6.1 voor meer informatie over de methode.

I 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 gelezen worden.

Figuur 6.1
Verpleegkundigen in de ouderenzorg
Percentage dat aangeeft diverse toepassingen regelmatig of vaak tijdens het werk in de directe patiëntenzorg te hebben gebruikt; van 2014 tot 2018.

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



6.2 Gebruik van internet in het directe patiëntencontact

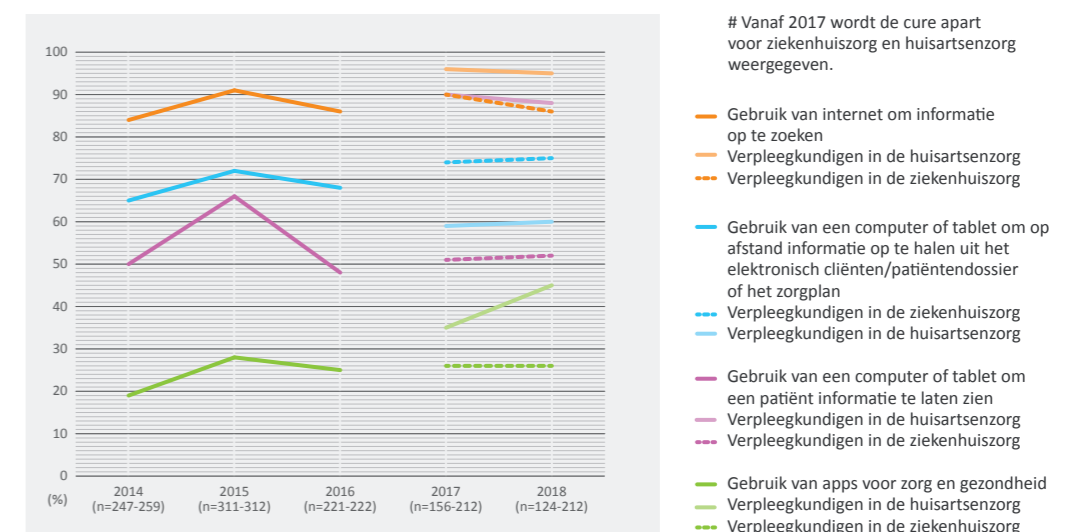
We vroegen verpleegkundigen (zie box 6.1) in welke mate zij gebruikmaken van computers, tablets, internet en apps tijdens de zorg voor patiënten.

De stijging van de afgelopen jaren¹¹ in het gebruik van internet door verpleegkundigen in de ouderenzorg zet verder door (zie figuur 6.1 en tabellen 6.1 en 6.2). Steeds meer verpleegkundigen in de ouderenzorg geven aan internet te gebruiken in de directe patiënten-zorg. In 2018 geeft acht op de tien verpleegkundigen aan regelmatig of vaak via internet informatie op te zoeken (81%) of op afstand informatie uit het elektronische cliënten- of patiëntendossier op te halen (82%). De helft van de verpleegkundigen in de ouderenzorg (51%) zegt regelmatig of vaak apps voor zorg en gezondheid te gebruiken. Dit was vorig jaar 46%.

In de ziekenhuis- en huisartsenzorg zien we sinds 2014 geen veranderingen in het gebruik van internet in de directe patiëntenzorg (zie figuur 6.2 en tabel 6.3 en 6.4). Verpleegkundigen in deze twee sectoren geven voornamelijk aan dat zij regelmatig of vaak gebruik maken van internet om informatie op te zoeken (respectievelijk 86% en 95%) of om op afstand informatie op te halen uit het elektronisch patiënten- of cliëntendossier (respectievelijk 75% en 60%). Verpleeg-

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

Figuur 6.2
Verpleegkundigen in de cure¹²
Percentage dat aangeeft diverse toepassingen regelmatig of vaak tijdens het werk in de directe patiëntenzorg te hebben gebruikt; van 2014 tot 2018.



kundigen in de huisartsenzorg geven daarnaast veelal aan informatie te laten zien aan een patiënt (88%).

6.3 Telemonitoring

Bij telemonitoring wordt de gezondheidssituatie van een patiënt op afstand in de gaten gehouden. Een patiënt meet in de thuissituatie de eigen gezondheids-waarden (bijvoorbeeld bloeddruk of bloedsuikerv-aarde) met een meter, een sensor of ander apparaat. Ook kan een vragenlijst over de gezondheid ingevuld worden. De patiënt deelt de uitkomsten, al dan niet geautomatiseerd, met de zorgverlener. Als daar aanleiding voor is, kan de zorgverlener ingrijpen. Wij vroegen aan verpleegkundigen of telemonitoring in de organisatie wordt ingezet. Aan mensen met een chronische aandoening vroegen we of zij gebruikmaken van apparaten om gezondheidswaarden te meten en te versturen naar een zorgverlener.

6.3.1 Telemonitoring volgens verpleegkundigen

De inzet van telemonitoring door verpleegkundigen is de afgelopen jaren niet veranderd (zie figuur 6.3 en de tabellen 6.5 en 6.6). In 2018 geeft 14% van de verpleegkundigen in de ouderenzorg, 37% van de verpleegkundigen in de ziekenhuiszorg en 47% van de verpleegkundigen in de huisartsenzorg aan dat telemonitoring in de organisatie wordt ingezet.

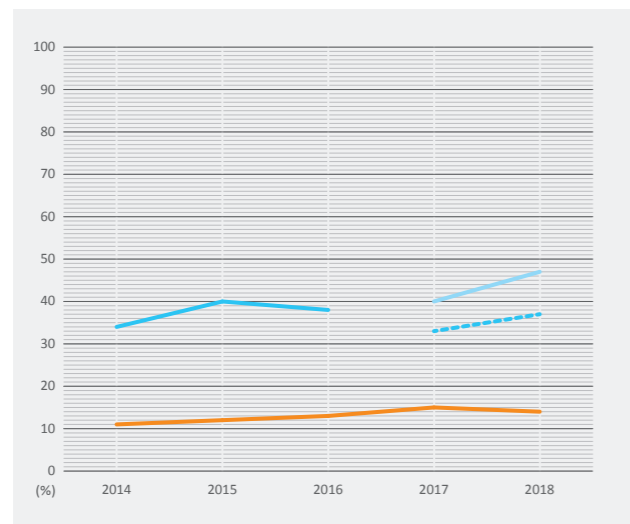
Hoofdstuk 6 → Begeleiding en ondersteuning op afstand

6.3.2 Telemonitoring volgens zorggebruikers en mensen met een chronische aandoening

Eén op de tien mensen (11%) met een chronische aandoening (zie box 6.1) geeft aan het afgelopen jaar een apparaat te hebben gebruikt dat geregeld gezondheidswaarden meet en deze deelt met een zorgverlener. Eén op de vijf mensen (20%) met een chronische aandoening wil een dergelijk apparaat gebruiken. Onder de zorggebruikers gebruikt 5% een dergelijk apparaat in 2018. Dat percentage is vergelijkbaar met 2017. Een kwart van de zorggebruikers (27%) wil dit gebruiken als dat van toepassing is. Zie de tabellen 5.3 en 5.4.

Het hebben van diabetes en het opleidingsniveau van zorggebruikers is gerelateerd aan het gebruik van telemonitoring. Mensen met diabetes en een hogere opleiding zeggen vaker gebruik te maken van een apparaat om gezondheidswaarden te meten en te delen met de zorgverlener dan mensen zonder diabetes of met een lagere opleiding. Van de mensen met diabetes en een hoog opleidingsniveau zegt 15% gebruik te maken van telemonitoring, ten opzichte van 3% van de mensen met diabetes en een laag opleidingsniveau.

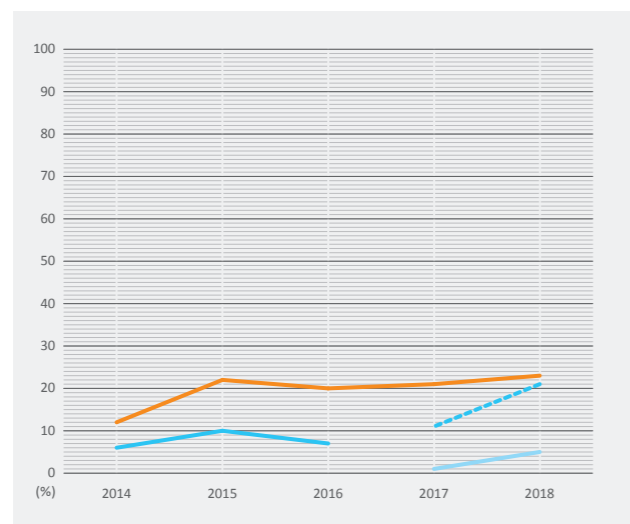
Figuur 6.3
Verpleegkundigen
Percentage dat aangeeft of zij zelf of anderen in de organisatie gebruikmaakten van telemonitoring, uitgesplitst naar ouderenzorg en cure^{III}; van 2014 tot 2018.



Vanaf 2017 wordt de cure apart voor ziekenhuiszorg en huisartsenzorg weergegeven.

— Verpleegkundigen in de cure (n=220-310)
— Verpleegkundigen in de huisartsenzorg (n=124-212)
- - Verpleegkundigen in de ziekenhuiszorg (n=155-211)
— Verpleegkundigen in de ouderenzorg (n=322-590)

Figuur 6.4
Verpleegkundigen
Percentage dat aangeeft dat zijzelf of anderen in hun organisatie gebruikmaken van beeldbellen, uitgesplitst naar ouderenzorg en cure^{III}; van 2014 tot 2018.



Vanaf 2017 wordt de cure apart voor ziekenhuiszorg en huisartsenzorg weergegeven.

— Verpleegkundigen in de ouderenzorg (n=321-589)***
— Verpleegkundigen in de cure (n=220-309)
- - Verpleegkundigen in de ziekenhuiszorg (n=155-211)**
— Verpleegkundigen in de huisartsenzorg (n=124-212)

* p ≤ 0,05;
** p ≤ 0,01;
*** p ≤ 0,001

6.4 Beeldbellen

Beeldbellen wordt ook wel beeldschermzorg, videoconsult of videobellen genoemd. Hierbij kunnen zorgverlener en zorggebruiker elkaar zien en spreken via een beeldscherm^{III}. Wij vroegen verpleegkundigen of beeldschermzorg door henzelf of anderen in de organisatie wordt ingezet.

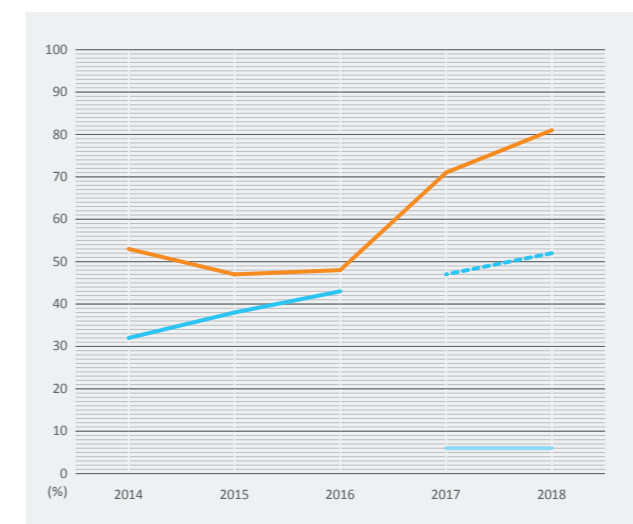
In vergelijking met vorig jaar zeggen twee keer zoveel verpleegkundigen in de ziekenhuiszorg dat beeldschermzorg in hun organisatie wordt ingezet: het percentage steeg van 11% naar 21% (zie figuur 6.4 en tabellen 6.7 en 6.8). In de ouderenzorg ligt dit percentage al enkele jaren op of rond de 20%. Van de verpleegkundigen in de huisartsenzorg zegt 5% dat beeldschermzorg wordt ingezet in de organisatie. In alle drie sectoren geeft een klein deel van de verpleegkundigen aan dat er plannen zijn om beeldschermzorg mogelijk te maken in het komende jaar (3%-6%).

6.5 Toezichthoudende technieken

Toezichthoudende technieken zijn elektronische voorzieningen waarmee zorgverleners een patiënt op afstand in de gaten kunnen houden. Voorbeelden zijn bewegingsmelders, een elektronische bedmat, personenalarmering of inactiviteitsmelders (er komt een melding als een patiënt zich langere tijd niet

III Zie hoofdstuk 7 voor het digitaal meekijkconsult tussen zorgverleners.

Figuur 6.5
Verpleegkundigen
Percentage dat aangeeft dat zij zelf of anderen in de organisatie toezichthoudende technieken hebben ingezet, uitgesplitst naar ouderenzorg en cure^{III}; van 2014 tot 2018.



Vanaf 2017 wordt de cure apart voor ziekenhuiszorg en huisartsenzorg weergegeven.

— Verpleegkundigen in de ouderenzorg (n=323-581)***
— Verpleegkundigen in de cure (n=221-310)
- - Verpleegkundigen in de ziekenhuiszorg (n=155-212)
— Verpleegkundigen in de huisartsenzorg (n=124-212)

* p ≤ 0,05;
** p ≤ 0,01;
*** p ≤ 0,001

beweegt). Wij vroegen verpleegkundigen of de organisatie gebruikmaakt van dergelijke toepassingen, en zo ja, welke vormen dit betreft.

Verpleegkundigen in de ouderenzorg geven in toenemende mate aan dat toezichthoudende technieken in hun organisatie worden ingezet. In 2014 lag dit percentage op 53%, in 2018 is dit 81% (zie figuur 6.5 en de tabellen 6.9 en 6.10). Waar toezichthoudende technieken worden ingezet binnen de ouderenzorg gaat het vooral om personenalarmering (87%) en bewegingsmelders (66%; zie tabel 6.11). Bijna een kwart van hen zegt dat zij gebruikmaken van GPS-trackers of sensoren op deuren (beiden 23%).

Van de verpleegkundigen in de ziekenhuiszorg geeft een kleine meerderheid aan dat toezichthoudende technieken worden ingezet (52% in 2018). Het gaat met name om bewegingsmelders (56%) en videobewaking (54%), onder verpleegkundigen die toezichthoudende technieken inzetten.

Zes procent van de verpleegkundigen in de huisartsenzorg zegt gebruik te maken van toezichthoudende technieken (n=7), met name personenalarmering (6 van de 7 respondenten).

6.6 Digitale medicatieondersteuning

Met digitale medicatieondersteuning bedoelen we digitale toepassingen waarmee goed medicatiegebruik of -veiligheid wordt bevorderd. We hebben verpleegkundigen gevraagd of medicijndispensers en digitale dubbele medicatiecontrole in de organisatie worden ingezet. Medicijndispensers zijn elektronische hulpmiddelen die zorgverleners en patiënten ondersteunen bij het verstrekken en gebruiken van medicijnen. Dubbele digitale medicatiecontrole betreft een digitale toepassing, bijvoorbeeld een app, waarmee verpleegkundigen een collega of een servicebureau kunnen vragen de te verstrekken medicatie te controleren.

6.6.1 Medicijndispensers

Een derde van de verpleegkundigen in de ouderenzorg (32%) geeft aan dat medicijndispensers in de organisatie worden ingezet. In de ziekenhuis- en huisartsenzorg betreft dit respectievelijk 7% en 9% (zie figuur 6.6 en de tabellen 6.12 en 6.13). Vergeleken met 2017 zien we geen toename in het gebruik van medicijndispensers. De daling die we zien in de ziekenhuiszorg kan mogelijk worden verklaard door een

toegespitste definitie in de vragenlijst^{IV}. In alle drie de werkvelden zegt een aanzienlijk deel dat deze toepassing niet van toepassing is (ouderenzorg 38%, ziekenhuiszorg 49% en huisartsenzorg 67%).

Tijdens een focusgroep met wijkverpleegkundigen bleek dat medicijndispensers alleen in specifieke situaties nuttig zijn. Zo is het belangrijk dat de patiënt voldoende cognitieve vaardigheden heeft om de medicijndispenser te kunnen bedienen. De medicijndispenser is minder van toepassing bij patiënten die weinig thuis zijn omdat de medicijnen bij afwezigheid steeds uit de dispenser moeten worden gehaald. Ook in het geval van veel veranderingen in de medicatie is een medicijndispenser niet ideaal.

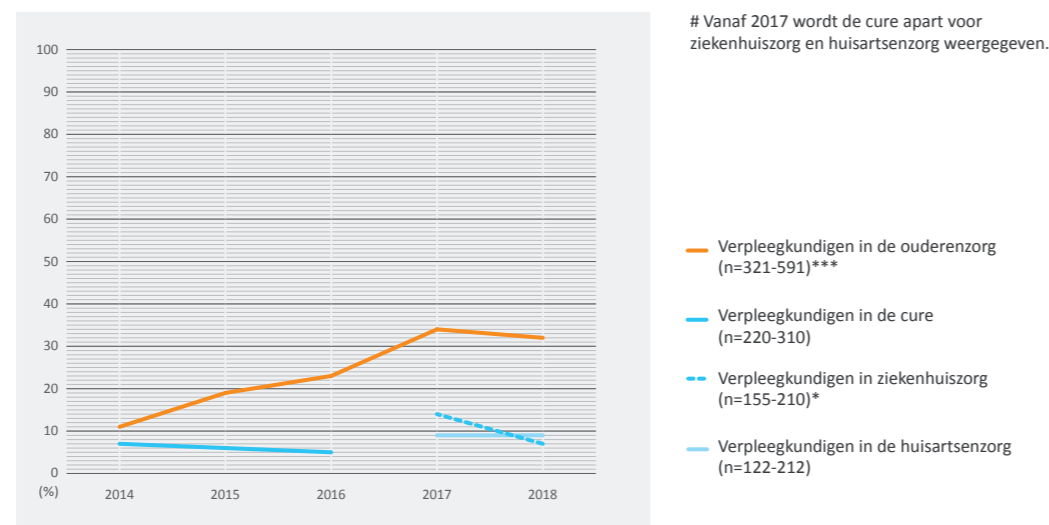
6.6.2 Digitale dubbele medicatiecontrole

Een derde van de verpleegkundigen in de ouderenzorg (33%) geeft aan dat de organisatie gebruikmaakt van digitale dubbele medicatiecontrole. Dit is een stijging ten opzichte van vorig jaar, toen was dit 23%. In de ziekenhuiszorg is juist een daling zichtbaar (van 31% naar 19%; zie de tabellen 6.14 en 6.15). Deze daling wordt vermoedelijk veroorzaakt door een aanpassing in de vragenlijst^V.

IV Tot en met 2017 stond in de vragenlijst: "Voorbeelden zijn een elektronisch aangestuurd afleverapparaat voor medicatie dat de cliënt helpt herinneren aan het innemen van zijn/haar medicijnen (een medicijndispenser) of digitale toepassingen voor dubbele medicatiecontrole." In 2018 stond er "Bijvoorbeeld een medicijndispenser: een elektronisch apparaat dat automatisch op het juiste moment de juiste medicatie aanbiedt aan een cliënt en daarbij de cliënt helpt herinneren aan het innemen van zijn/haar medicijnen."
 V In 2017 werd in de vragenlijst geen toelichting gegeven op het begrip 'digitale toepassingen voor dubbele medicatiecontrole'. In 2018 werd de volgende toelichting gegeven: "Of digitale toepassingen voor dubbele medicatiecontrole bij risicovolle medicatie. Hierbij wordt de dubbele controle op afstand uitgevoerd door een collega of een externe organisatie."

Figuur 6.6
Verpleegkundigen
 Percentage dat aangeeft dat zij zelf of anderen in de organisatie gebruikmaken van medicijndispensers, uitgesplitst naar ouderenzorg en cure^{II}; van 2014 tot 2018.

* p ≤ 0,05;
 ** p ≤ 0,01;
 *** p ≤ 0,001



Verpleegkundigen in de ouderenzorg die aangeven dat er in de organisatie *geen* gebruik wordt gemaakt van digitale dubbele medicatiecontrole, terwijl dat in de organisatie *wel* relevant is (11%-27% van de verpleegkundigen; tabel 6.14), weten vaak niet wat de reden hiervoor is (35%; zie tabel 6.16). Een ander deel denkt dat dit te maken heeft met de kosten (19%), of dat dit voor te weinig cliënten relevant is (13%). In de ziekenhuiszorg worden vergelijkbare redenen aangegeven. In de huisartsenzorg wordt digitale dubbele medicatiecontrole zelden relevant gevonden.

Acht op de tien verpleegkundigen in de ouderenzorg (79%) ziet voordelen van digitale dubbele medicatiecontrole (zie figuur 6.7 en tabel 6.17). De meest genoemde voordelen zijn verbetering van de medicatieveiligheid (63%), werken volgens de wet- en regelgeving (43%) en het oplossen van huidige problemen met dubbele controle (39%). Maar zeven op de tien verpleegkundigen (70%) in de ouderenzorg zien ook nadelen: 43% geeft aan dat het tijd kost om te wachten op de controle en 41% geeft aan dat het niet werkt bij storingen (zie tabel 6.18).

Ook in de ziekenhuiszorg noemen verpleegkundigen verbetering van medicatieveiligheid het vaakst als voordeel van digitale dubbele medicatiecontrole (61%). Tevens zien zij dezelfde nadelen als verpleegkundigen in de ouderenzorg: de tijd die het kost om te wachten op de controle (42%) en dat het niet werkt bij storingen (36%).

In de huisartsenzorg weet 48% van alle verpleegkundigen niet of er voordelen van digitale dubbele medicatiecontrole zijn en 63% weet niet of er nadelen zijn. Als men voordelen ziet dan is dat met name verbetering van de medicatieveiligheid (42%) en als men nadelen ziet dan is dat met name dat het niet werkt bij storingen (17%).

6.7 Zorgrobots

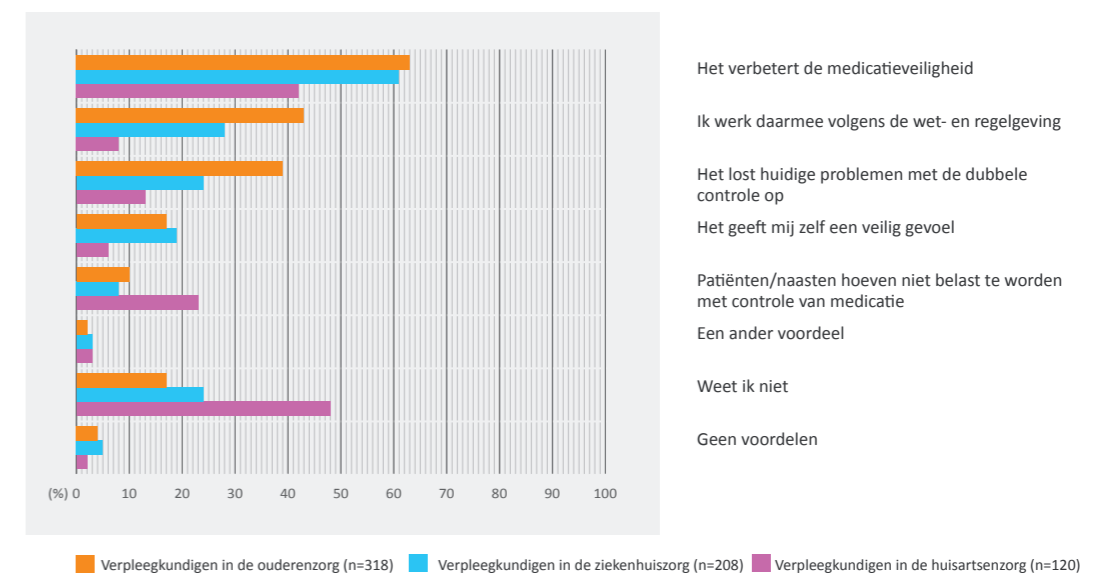
Sinds 2016 vragen we verpleegkundigen of ze gewerkt hebben met zorgrobots. Met zorgrobots bedoelen we robots die bepaalde huishoudelijke taken kunnen uitvoeren, zoals dranken bereiden en brengen, met patiënten een gesprek voeren of oefeningen voordoen. Ook knuffelrobots of telepresence robots rekenen we tot zorgrobots. Telepresence robots zijn op afstand bestuurbare tablets die bijvoorbeeld in te zetten zijn als toezichthoudende techniek of voor beeldcontact.

In de ouderenzorg geven steeds meer verpleegkundigen aan dat zorgrobots in de organisatie of door henzelf worden ingezet. In 2016 was dit 3%, in 2018 is dit 10%. Een klein percentage verpleegkundigen in de ouderenzorg (3%) geeft aan dat er plannen zijn om zorgrobots binnen een jaar in te zetten. Zie de tabellen 6.19 en 6.20.

In de ziekenhuiszorg en huisartsenzorg worden zorgrobots volgens verpleegkundigen niet ingezet.

Figuur 6.7
Verpleegkundigen
 Voordelen van digitale dubbele medicatiecontrole, uitgesplitst naar ouderenzorg, ziekenhuiszorg en huisartsenzorg; in 2018 (n=120-318).*

* Er konden meerdere antwoorden gegeven worden. De opties 'geen voordelen' en 'weet ik niet' waren niet in combinatie met de andere antwoorden mogelijk.



Hoofdstuk 6 → Begeleiding en ondersteuning op afstand

Respectievelijk 63% en 85% van de verpleegkundigen in de ziekenhuiszorg en huisartsenzorg geeft aan dat zorgrobots niet van toepassing zijn in hun organisatie.

6.8 Conclusie en discussie

De resultaten in dit hoofdstuk laten zien dat vooral de ouderenzorg op het gebied van digitale begeleiding en digitale ondersteuning in beweging is. Steeds meer verpleegkundigen in de ouderenzorg geven op verschillende terreinen aan dat zij zelf of collega's in de organisatie werken met digitale toepassingen. Zo gebruikt - in vergelijking met eerdere jaren - een hoger percentage verpleegkundigen apps voor zorg en gezondheid. Ook zetten meer verpleegkundigen in de ouderenzorg toezichthoudende technieken, digitale dubbele medicatiecontroles of zorgrobots in. In de ziekenhuiszorg geven meer verpleegkundigen aan dat de organisatie beeldbellen inzet, ten opzichte van eerdere jaren. In de huisartsenzorg rapporteren de verpleegkundigen vergelijkbare cijfers als vorig jaar.

De positieve effecten van beeldschermzorg op de ervaren kwaliteit van zorg, kwaliteit van leven of de kosten zijn tot dusverre nog niet overtuigend bewezen. Wel is bekend dat beeldschermzorg tijdsbesparend kan zijn voor zorgverleners en patiënten en vooral is bedoeld voor situaties die niet urgent zijn of voor follow-up bij chronische aandoeningen¹¹. Een recente overzichtsstudie laat zien dat e-health toepassingen, waaronder beeldschermzorg, in de ouderenzorg de kwaliteit van leven voor ouderen kunnen verbeteren¹², maar de specifieke bijdrage van beeldschermzorg blijft in het midden. Net als in de eHealth-monitor van 2017 is het gebruik van beeldbellen in de ouderenzorg stabiel¹³. In de ziekenhuiszorg rapporteren verpleegkundigen dit jaar wel vaker dat zijzelf of collega's in de organisatie gebruikmaken van beeldbellen. Mogelijk is de meerwaarde van beeldbellen daar duidelijker omdat er vaker sprake is van behoorlijke reistijd voor patiënten. Nader onderzoek moet uitwijzen hoe beeldbellen hier ervaren wordt en wat de effecten zijn.

Vorig jaar concludeerden we dat telemonitoring moeizaam van de grond komt: de inzet is al een aantal jaren stabiel¹³. En dat is ook in 2018 het geval. Dit is opvallend aangezien telemonitoring wel gewenst is bij

een grote groep verpleegkundigen en artsen¹³ en telemonitoring in combinatie met het geven van feedback leidt tot een betere gezondheid bij mensen met diabetes type 1 en hartfalen⁹. Bovendien zijn er het afgelopen jaar succesvolle praktijkvoorbeelden geweest^{14,15,16}. Anderzijds, we weten ook dat maar één op de vijf mensen met een chronische aandoening telemonitoring zou willen¹³. Is dit voldoende kritische massa om een kentering tot stand te brengen? En we weten ook dat het niet eenvoudig is om telemonitoring in te voeren. Er zijn verschillende factoren die het gebruik van telemonitoring belemmeren. Zo hebben patiënten niet altijd behoefte aan het regelmatig meten van hun gezondheidswaarden, bijvoorbeeld omdat ze niet continu willen worden herinnerd aan hun ziekte^{16,17}. Bovendien blijkt uit de huidige monitor dat het opleidingsniveau van zorggebruikers de belangrijkste rol speelt bij het inzetten van telemonitoring. Het ministerie van VWS kondigde in de kamerbrief van mei 2018 aan in te zetten op het vergroten van digitale - en innovatieve vaardigheden. De maatregelen die worden genoemd, betreffen kennisverspreiding, ondersteuning van professionals bij de implementatie van ondersteuning van professionals en burgers bij het kiezen van gezondheidsapps⁵. Het is daarbij belangrijk om maatwerk te leveren en rekening te houden met de al dan niet aanwezige kennis en vaardigheden van mensen.

“Ik ben helemaal voor technologie in de zorg maar het is soms zo'n oerwoud aan toepassingen. Belangrijk om te weten wat de cliënt wil, dan wordt het beter benut. Het moet ook tijdsbesparing geven, momenteel investeer ik er meer tijd in dan wat het oplevert.”

Verpleegkundige in algemeen ziekenhuis uit het Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden

Uit de eHealth-monitor van vorig jaar bleek dat verpleegkundigen grote behoefte hebben aan het gebruik van toepassingen op het vlak van medicatieondersteuning. En dan met name toepassingen voor het gebruik van digitale dubbele medicatiecontrole¹³.

Verpleegkundigen in de ouderenzorg, waarbij dit het meest van toepassing is, vinden dat het de medicatieveiligheid verbetert en dat het de huidige problemen met de dubbele controle oplost. Het is goed om te zien dat het gebruik in deze sector met tien procent is gestegen ten opzichte van vorig jaar: een derde van de verpleegkundigen geeft aan dat hiermee wordt gewerkt. Er zijn wel aandachtspunten voor verbetering van de toepassing. Verpleegkundigen zien als nadelen dat het tijd kost om te wachten op de controle en dat het niet werkt bij een storing. Bij de (door)ontwikkeling en de implementatie is hier aandacht voor nodig. In het gebruik van medicijndispensers zien we geen toename. Redenen hiervoor kunnen zijn dat de markt verzadigd is of dat de medicijndispensers toch minder ideaal zijn dan men verwacht. Uit het groeps gesprek bleek bijvoorbeeld dat medicijndispensers voor een kleine populatie geschikt zijn. Nader onderzoek moet uitwijzen in hoeverre groei op dit gebied nuttig is.

Opvallend is dat de inzet van toezichthoudende technieken in de ouderenzorg sinds 2016 een vlucht heeft genomen, vooral wat betreft personenalarmering en bewegingsmelders. Een van de redenen van de flinke toename is dat er geen twijfel lijkt te zijn over de meerwaarde van deze toepassingen. Vorig jaar bleek al dat 75% van de verpleegkundigen in de ouderenzorg de inzet van toezichthoudende technieken wenselijk of noodzakelijk vindt¹³. Daarnaast maken de krapte op de arbeidsmarkt en een groeiende groep kwetsbare ouderen die thuis blijft wonen, de inzet van dergelijke toepassingen urgenter. Ook de Taskforce 'Zorg op de juiste plek' wijst hierop⁶. Daarnaast zijn de toezichthoudende technieken de afgelopen jaren technisch sterk verbeterd. Zo geeft de nieuwe generatie zorgdomotica minder loze meldingen¹⁸. Nader onderzoek moet uitwijzen hoe groot de groep is bij wie toezichthoudende technieken daadwerkelijk worden ingezet en of hierin verbetering mogelijk is. Vorig jaar gaf bijna een kwart van de verpleegkundigen in de ouderenzorg aan dat zij toezichthoudende technieken bij minimaal de helft van de patiënten inzetten. Een derde zette het bij minder dan tien procent in¹³. Het is voorstelbaar dat dit nog steeds het geval is. Belangrijk is dan om te weten waarom de inzet maar bij een beperkte groep plaats vindt: zijn toezichthoudende technieken niet voor iedereen geschikt? Verloopt de implementatie moeizaam? Onderzoek van Vilans laat zien dat cultuur-

verandering, draagvlak onder het personeel, een goede technische infrastructuur en aandacht voor de ethische aspecten noodzakelijk zijn voor het daadwerkelijk gebruiken en een succesvolle implementatie van toezichthoudende technieken¹⁸. Van Houwelingen (2018) laat bovendien in zijn proefschrift zien dat verpleegkundigen niet altijd de gevraagde competenties hebben voor het gebruik van e-health toepassingen. Extra scholing kan hen verder helpen¹⁹.

Referenties

1. Blokstra, A., Baan, C.A., Boshuizen, H.C., Feenstra, T.L., Hoogenveen, R.T., Picavet, H.S.J., . . . Verschuren, W.M.M. (2007). *Vergrijzing en toekomstige ziektebelasting. Prognose chronische ziektenprevalentie 2005-2025*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).
2. World Health Organization (WHO). (2014). *Global status report on noncommunicable diseases 2014*. Geneva: World Health Organization.
3. Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Groenewegen, P., de Jong, J., van Ginneken, E. (2016). Netherlands: Health System Review. *Health systems in transition*, 18(2), 1.
4. Elbert, N.J., van Os-Medendorp, H., van Renselaar, W., Ekeland, A.G., Hakkaart-van Roijen, L., Raat, H., . . . Pasmans, S.G. (2014). Effectiveness and cost-effectiveness of ehealth interventions in somatic diseases: a systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Journal of Medical Internet Research*. 26(6), 927-934.
5. Ministerie en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2018). *Voortgangsrapportage e-health en zorgvernieuwing*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
6. Taskforce Zorg op de Juiste Plek. (2018). *De juiste zorg op de juiste plek. Wie durft*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
7. Henderson, C., Knapp, M., Fernandez, J.L., Beecham, J., Hirani, S.P., Cartwright, M., . . . Newman, S.P.. (2013). Cost effectiveness of telehealth for patients with long term conditions (Whole Systems Demonstrator telehealth questionnaire study): nested economic evaluation in a pragmatic, cluster randomised controlled trial. *BMJ*, 346, f1035.
8. Flodgren, G., Rachas, A., Farmer, A.J., Inzitari, M., Shepperd, S. (2015). Interactive telemedicine: effects on professional practice and health care outcomes. *The*

Hoofdstuk 6 → Begeleiding en ondersteuning op afstand

- Cochrane database of systematic reviews.*
9. 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.
 10. Van der Meij, E., Anema, J.R., Leclercq, W.K.G., Bongers, M.Y., Consten, E.C.J., Schraffordt Koops, S.E., . . . Huirne, J.A.F. (2018). Personalised perioperative care by e-health after intermediate-grade abdominal surgery: a multicenter, single-blind, randomized, placebo-controlled trial. *The Lancet*, 392(10141), 51-59.
 11. Jiwa, M., Meng, X. (2013). Video consultation use by Australian general practitioners: video vignette study. *J Med Internet Res*, 15(6), e117.
 12. Martínez-Alcalá, C.I., Pliego-Pastrana, P., Rosales-Lagarde, A., Lopez-Noguerola, J.S., Molina-Trinidad, E.M. (2016). Information and Communication Technologies in the care of the elderly: systematic review of applications aimed at patients with dementia and caregivers. *JMIR Rehabilitation and assistive technologies*, 3(1), e6.
 13. Wouters, M., Swinkels, I., Sinnige, J., de Jong, J., Brabers, A., van Lettow, B., Friele, R., van Gennip, L. (2017). *Kies bewust voor eHealth – eHealth-monitor 2017*. Den Haag & Utrecht: Nictiz & NIVEL.
 14. Zorg en Ziekenhuis. (2018). *Thuismonitoring voor duizenden hartpatiënten binnen bereik*. Bezocht op <https://www.zorgenziekenhuis.nl/thuismonitoring-voor-duizenden-hartpatiënten-binnen-bereik/> op 14 augustus 2018.
 15. COPD in beeld. (2018). *COPD In Beeld. Behandeling longpatiënten thuis*. Bezocht op <https://www.focuscura.com/nl/zakelijk/producten/cvitals-telemonitoring/cvitals-copd/copd-inbeeld> op 10 augustus 2018.
 16. 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).
 17. 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.
 18. Nap, H.H., van der Weegen, S., Cornelisse, L., Lukkien, D., van der Leeuw, J. (2015). *Zorgdomotica in de nachtzorg. Onderzoek naar de mogelijkheden en onmogelijkheden van de nieuwe generatie zorgdomotica*. Utrecht: Vilans.
 19. Van Houwelingen, T. (2018). *Telehealth competence in nursing. Enhancing skills and practice in providing care remotely* (proefschrift). Utrecht: Universiteit Utrecht.



Box 7.1 Informatie over de doelgroepen en methode

De resultaten in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op vragenlijstonderzoek bij de volgende doelgroepen en panels:

- KNMG-artsenpanel: huisartsen en medisch specialisten.
- Panel Verpleging & Verzorging van het Nivel: verpleegkundigen, met onderscheid in verpleegkundigen werkzaam in de ouderenzorg, huisartsenzorg en ziekenhuiszorg. We hebben onderzoek gedaan onder verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners van de huisarts, maar noemen deze groepen in verband met de leesbaarheid van het rapport allemaal 'verpleegkundigen'.

Zie Bijlage A voor meer informatie over de panels en doelgroepen. Tenzij anders aangegeven, verwijzen we voor tabellen in dit hoofdstuk naar de Tabellenbijlage behorend bij dit rapport.

Hoofdstuk 7

Elektronische communicatie tussen zorgverleners

Belangrijkste resultaten in dit hoofdstuk

- Bij huisartsen is het steeds vaker mogelijk om elektronisch gestandaardiseerde informatie uit te wisselen met zelfstandige behandelcentra (61% in 2014, 87% in 2018), thuiszorgorganisaties (11% in 2014, 22% in 2018) en de dienst voor maatschappelijke ondersteuning bij de gemeente (5% in 2015, 14% in 2018). Ruim de helft van de huisartsen bij wie dit nog niet mogelijk is, wil dit wel.
- Het percentage medisch specialisten dat met apotheken elektronisch informatie kan uitwisselen stijgt sterk (23% in 2014, 50% in 2018). Van de medisch specialisten geeft 25% tot 50% aan dat elektronische gegevensuitwisseling met andere zorgverleners of zorgorganisaties nog niet mogelijk, maar wel gewenst is.
- Vrijwel alle verpleegkundigen in de huisartsenzorg en ziekenhuiszorg leggen gegevens uitsluitend of voornamelijk elektronisch vast. In de ouderenzorg stijgt dit percentage van 31% in 2014 naar 76% in 2018.
- Van de verpleegkundigen in de huisartsenzorg geeft 94% aan dat elektronische gegevensuitwisseling plaatsvindt. In de ziekenhuiszorg is dit 75% en in de ouderenzorg 56%.
- Een tiende van de artsen maakt op dit moment gebruik van digitale meekijkconsulten. Een derde van de artsen vindt het gebruik wenselijk, maar kan het nog niet. Ongeveer de helft vindt digitale meekijkconsulten niet nodig.

7.1 Inleiding

Gegevensuitwisseling is in de zorg van wezenlijk belang; voor een optimale behandeling van de patiënt moeten zorgverleners tijdig beschikken over de benodigde en de meest actuele medische informatie. Uitwisseling van de gegevens gebeurt steeds meer elektronisch en steeds minder op papier. Wanneer informatie-uitwisseling *digitaal en gestandaardiseerd* is, kan dit administratieve lasten en de kans op fouten verminderen¹. Dit draagt weer bij aan de patiëntveiligheid²⁻⁵. Het Informatieberaad heeft bepaald dat zorgverleners vanaf 1 januari 2020 altijd de gegevens die nodig zijn voor goede zorg en behandeling van een patiënt digitaal, gestandaardiseerd en beveiligd overdragen aan andere, bij het zorgproces van die patiënt betrokken zorgverleners. Tenzij dat onmogelijk is, dient dit met toestemming van de patiënt te gebeuren⁶.

Dit hoofdstuk gaat in op elektronische informatie-uitwisseling en communicatie tussen zorgverleners. Een voorwaarde voor digitale gegevensuitwisseling is elektronische *dossiervoering*. Een zorgvuldig bijgehouden medisch patiëntendossier is van belang voor de continuïteit van de zorg aan de patiënt⁷. Medisch dossiers kunnen ook voor kwaliteitstoetsing, kwaliteitsbewa-

king en wetenschappelijk onderzoek worden gebruikt⁸. Daarnaast vormt een elektronisch patiëntendossier (EPD) de basis om informatie elektronisch beschikbaar te maken voor patiënten, zodat zij online hun gegevens kunnen inzien (zie ook hoofdstuk 3)⁸. Vrijwel alle artsen houden hun EPD's digitaal bij. Bij verpleegkundigen is dit eveneens steeds meer de dagelijkse praktijk^{9,10}.

“Professionals hebben een actueel inzicht in de mogelijkheden en beschikbaarheid van (vervolg)zorg nodig. De juiste informatie op het juiste moment op de juiste plek is voor deze groepen dus extra van belang.”¹¹

Naast elektronische gegevensuitwisseling zijn er nog andere manieren waarop artsen digitaal kunnen communiceren met elkaar. Een voorbeeld hiervan is een digitaal meekijkconsult. Een meekijkconsult is bedoeld om de expertise van andere zorgverleners, zoals medisch specialisten, in te roepen om behandelbeleid te bepalen¹². Het gaat hier om contact tussen de eerste lijn en de tweede lijn. Bij het inroepen van

medisch specialistische expertise blijft de huisarts wel de hoofdbehandelaar. Een voordeel van een dergelijke vorm van consultatie is een snellere diagnose zonder wacht- en reistijd van de patiënt. Daarnaast kan het zorgen voor minder doorverwijzingen naar de specialist^{13,14}.

In dit hoofdstuk onderzoeken we in welke mate verpleegkundigen hun dossiers elektronisch bijhouden en gaan we na in hoeverre ze werken met elektronische gegevensuitwisseling. We bespreken ook met welke zorgverleners en welke zorgorganisaties de huisartsen en de medisch specialisten digitaal gestandaardiseerde gegevens kunnen uitwisselen¹. Tot slot gaan we na of artsen gebruik maken van een digitaal meekijkconsult, waarbij artsen elkaar op afstand, via het internet consulteren over bepaalde patiënten. De nadruk ligt in dit hoofdstuk op de veranderingen tussen 2013 en 2018¹¹. Daarnaast bespreken we interessante resultaten die specifiek voor 2018 gelden. Zie box 7.1 voor meer informatie over de methode.

7.2 Elektronische dossiervoering

Uit eerdere edities van de eHealth-monitor bleek dat vrijwel alle huisartsen en medisch specialisten werken met een elektronisch patiëntendossier^{9,10}. Daarom is dossiervoering dit jaar niet uitgevraagd onder artsen.

7.2.1 Elektronische dossiervoering bij verpleegkundigen

Bijna alle verpleegkundigen (zie box 7.1) in de ziekenhuiszorg (94% in 2018) en huisartsenzorg (96% in 2018) geven aan dat de organisatie voornamelijk of uitsluitend werkt met een elektronisch patiëntendossier (zie tabellen 7.1 en 7.2). Binnen de ouderenzorg is het gebruik van elektronische dossiervoering flink gestegen in de afgelopen jaren. In 2018 geeft 76% van de verpleegkundigen aan dat de organisatie voornamelijk of uitsluitend werkt met een elektronisch patiëntendossier. In 2014 was dit 31%.

7.3 Elektronische informatie-uitwisseling met andere zorgverleners

Elektronische gestandaardiseerde informatie-uitwisseling (fax valt hierbuiten) is mogelijk tussen verschillende soorten organisaties. We bespreken 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 zorgorganisatie te kunnen doen.

Voor de trendcijfers kijken we, net als in voorgaande edities van de eHealth-monitor, 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 maar wel wenselijk vinden.

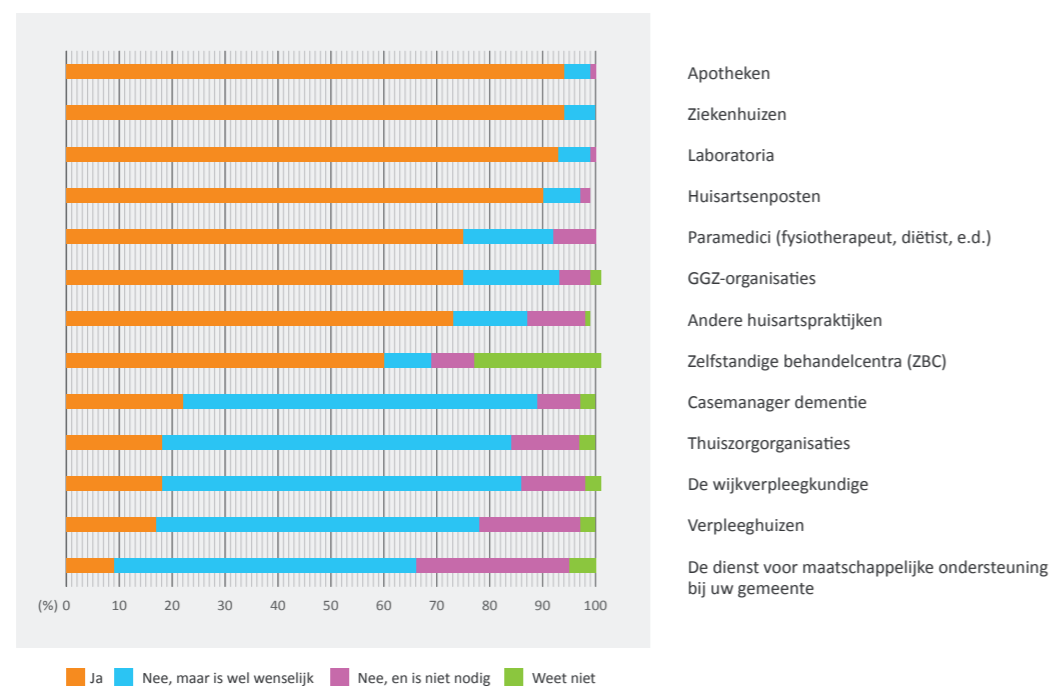
7.3.1 Huisartsen

In 2018 geven vrijwel alle huisartsen aan gebruik te maken van een systeem voor elektronische gegevensuitwisseling met apotheken, ziekenhuizen, laboratoria en huisartsenposten (90%-94%). Zie figuur 7.1 en tabel 7.3. Minder dan een kwart (9%-22%) van de huisartsen geeft aan dat zij in 2018 gestandaardiseerd informatie kunnen uitwisselen met wijkverpleegkundigen, verpleeghuizen, thuiszorgorganisaties, casemanagers dementie en de dienst voor maatschappelijke organisatie. Bij het merendeel (57%-68%) van de huisartsen is gestandaardiseerde elektronische uitwisseling met deze zorgverleners of organisaties wel wenselijk, maar nog niet mogelijk.

Als we kijken naar veranderingen over de tijd zien we dit jaar, in lijn met voorgaande jaren, dat huisartsen sinds 2014 steeds vaker gestandaardiseerd gegevens kunnen uitwisselen met zelfstandige behandelcentra (ZBC's) (87% in 2018 tegen 61% in 2014); ten opzichte van de huisartsen die dat wenselijk vinden. Daarnaast zien we een verdubbeling in de elektronische uitwisseling met thuiszorgorganisaties (11% in 2014, 22% in 2018) en de dienst voor maatschappelijke ondersteuning bij de gemeente (5% in 2015, 14% in 2018); ten opzichte van de huisartsen die dat wenselijk vinden.

Figuur 7.1

Huisartsen
Percentage dat aangeeft dat de praktijk gebruikmaakt van een systeem voor gestandaardiseerde elektronische informatie-uitwisseling met andere zorgverleners of zorgorganisaties; in 2018 (n=263).



I '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.

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

Hoofdstuk 7 → Elektronische communicatie tussen zorgverleners

Ook wat betreft de uitwisseling met huisartsenposten, wijkverpleegkundigen, verpleeghuizen en GGZ-instellingen zien we lichte stijgingen ten opzichte van voorgaande jaren (zie tabel 7.4).

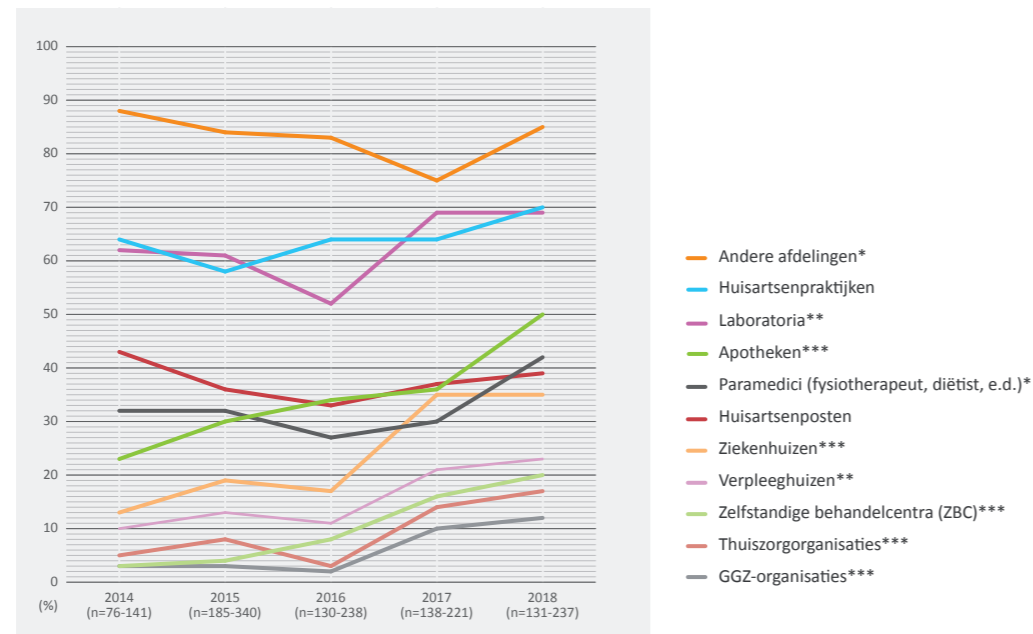
7.3.2 Medisch specialisten

Bij de medisch specialisten zien we al enkele jaren een toename in de mogelijkheid om op gestandaardiseerde wijze elektronisch informatie uit te wisselen met verschillende zorgverleners en zorgorganisaties, zie hiervoor Figuur 7.2 en tabel 7.5. Bijvoorbeeld de mogelijkheid om met apotheken elektronisch informatie uit

te kunnen wisselen; in 2014 kon dit volgens 23% van de medisch specialisten en in 2018 is dit 50% (ten opzichte van medisch specialisten die dat wenselijk vinden). Daarnaast is het percentage medisch specialisten dat aangeeft elektronisch informatie te kunnen uitwisselen met andere ziekenhuizen toegenomen van 13% in 2014 naar 35% in 2018; ten opzichte van medisch specialisten die dat wenselijk vinden. Ook wat betreft de uitwisseling met andere afdelingen binnen het ziekenhuis, laboratoria, paramedici, zelfstandige behandelcentra, thuiszorgorganisaties en GGZ-instellingen zien we lichte stijgingen ten opzichte van voorgaande jaren.

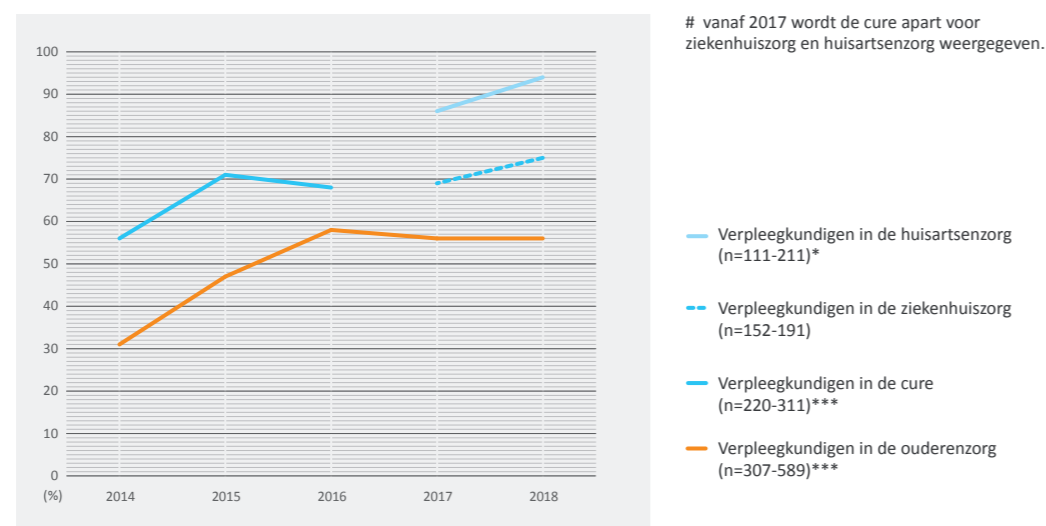
Figuur 7.2
Medisch specialisten
Percentage dat aangeeft dat de afdeling gebruikmaakt van een systeem voor gestandaardiseerde elektronische informatie-uitwisseling met andere zorgverleners of zorgorganisaties (ten opzichte van de medisch specialisten die dat wenselijk vinden); van 2014 tot 2018.

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



Figuur 7.3
Verpleegkundigen
Percentage dat aangeeft dat zij zelf of anderen in de organisatie gebruikmaken van elektronische gegevensuitwisseling, uitgesplitst naar ouderenzorg ziekenhuis- en huisartsenzorg[#]; van 2014 tot 2018.

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



Wanneer we naar de medisch specialisten kijken In 2018, is het nog niet voor alle medisch specialisten mogelijk om op een gestandaardiseerde wijze elektronisch informatie uit te wisselen met andere zorgverleners. Wel geeft 79% van de medisch specialisten aan elektronisch informatie uit te kunnen wisselen met andere afdelingen binnen de zorgorganisatie. Uitwisselen met huisartsenpraktijken en laboratoria kan volgens respectievelijk 64% en 56% van de medisch specialisten. Een kwart tot de helft van de medisch specialisten geeft aan dat elektronische gegevensuitwisseling nog niet mogelijk, maar wel gewenst is (tabel 7.6).

7.3.3 Verpleegkundigen

We vroegen verpleegkundigen of hun organisatie werkt met elektronische uitwisseling van medische gegevens met andere zorgverleners. Het gebruik hiervan door verpleegkundigen in de *ouderenzorg* is de laatste jaren stabiel (Figuur 7.3 en tabellen 7.7 en 7.8). In 2018 zegt iets meer dan de helft gebruik te maken van elektronische uitwisseling (56%). In de *huisartsenzorg* is het percentage verpleegkundigen dat aangeeft dat de organisatie werkt met elektronische uitwisseling gestegen van 86% in 2017 naar 94% in 2018. In de *ziekenhuiszorg* is dit 75% in 2018. Een op de tien (10%) verpleegkundigen in de *ouderenzorg* geeft aan dat er plannen zijn om elektronische uitwisseling binnen een jaar mogelijk te maken.

7.4 Digitaal meekijkconsult

Artsen kunnen elkaar via het internet op afstand raadplegen wanneer zij vragen hebben over hun patiënten. Dit jaar vroegen we naar de mogelijkheid voor een digitaal meekijkconsult. Een meekijkconsult is bedoeld om expertise van andere zorgverleners, zoals medisch specialisten, in te roepen om behandelbeleid te bepalen^{III}.

7.4.1 Huisartsen en medisch specialisten

In 2018 maakt 7% van de huisartsen en 11% van de medisch specialisten gebruik van een digitaal meekijkconsult. Een derde van de artsen (34% van de huisartsen, 32% van de medisch specialisten) vindt het

wel wenselijk om een meekijkconsult te houden, maar kan het nog niet. De helft van de artsen, 56% van de huisartsen en 54% van de medisch specialisten, vindt een meekijkconsult niet nodig (tabel 7.9).

Met een open vraag gingen we na wat de artsen, die het gebruik van een meekijkconsult wenselijk vinden, nodig zeggen te hebben om het in te zetten. Uit de antwoorden blijkt dat het de huisartsen en medisch specialisten vooral ontbreekt aan technische voorzieningen of ondersteuning. Andere genoemde voorwaarden zijn: tijd, afspraken in de praktijk en/of afdeling of tussen de deelnemende partijen, een veilige verbinding en een financiële vergoeding (tabel 7.10).

7.5 Conclusie en discussie

Voor artsen is het inmiddels routine om gegevens elektronisch in patiëntendossiers vast te leggen. Die routine zien we ook bij verpleegkundigen ontstaan. Vrijwel alle verpleegkundigen in de ziekenhuiszorg of ouderenzorg werken uitsluitend of voornamelijk met een elektronisch patiëntendossier. En inmiddels geldt dit ook voor driekwart van de verpleegkundigen in de ouderenzorg. Elektronische dossiervoering is een voorwaarde voor het elektronisch kunnen uitwisselen van patiëntgegevens. Net als voorgaande jaren zien we bij artsen een stijging in het op een gestandaardiseerde wijze elektronisch uitwisselen van patiëntgegevens. Toch geven medisch specialisten nog regelmatig aan dat elektronische gegevensuitwisseling nog niet mogelijk, maar wel wenselijk is. Zo zegt iets meer dan de helft van de medisch specialisten dat elektronische uitwisseling met andere ziekenhuizen nog niet mogelijk, maar wel gewenst is. Een kwart geeft dit aan voor uitwisseling met laboratoria.

Wanneer informatie niet uniform wordt geregistreerd en registratiesystemen niet goed op elkaar aansluiten, is uitwisseling van gegevens lastig of zelfs uitgesloten^{7,15}. Dit verklaart mogelijk de bevinding dat digitale gegevensuitwisseling tussen medisch specialisten en andere zorgverleners en zorgorganisaties nog steeds niet altijd mogelijk is. Vier op de tien medisch specialisten gaf in de vorige editie van de eHealth-monitor aan dat hun

III Voorgaande jaren vroegen we huisartsen naar teleconsultatie en medisch specialisten naar digitale consultgesprekken. Daarom kunnen we over dit onderwerp geen trendcijfers tonen.

Hoofdstuk 7 → Elektronische communicatie tussen zorgverleners

huidige ICT-systeem hen niet in staat stelden om informatie te delen met belangrijke andere zorgverleners buiten de eigen zorgorganisatie¹⁰. Uit de eHealth-monitor 2017 bleek verder dat artsen nog niet altijd tevreden zijn over de huidige ICT-systemen¹⁰. De helft van de medisch specialisten gaf aan dat dergelijke systemen niet naar behoren werken. De aanbeveling van de eHealth-monitor 2017 geldt daarom nog steeds: bevorder verbetering van de huidige ICT-systemen en gestandaardiseerde digitale gegevensuitwisseling. Dat wil zeggen, focus op het uniform vastleggen van informatie, zorg dat het uitwisselbaar is en voor meerdere doeleinden gebruikt kan worden. Deze aanbeveling sluit aan bij de outcome-doelen over 'overdracht' en 'eenmalig vastleggen en hergebruik' van het Informatieberaad⁶. Ook initiatieven als MedMij¹⁶ en Registratie aan de bron¹⁷ kunnen bijdragen aan het realiseren van deze aanbeveling. Dit vraagt om actieve regie van de overheid in samenspraak met zorgaanbieders, overkoepelende organisaties, verenigingen en leveranciers van ICT-systemen.

In de ouderenzorg is er de afgelopen jaren een slag gemaakt wat betreft elektronische verslaglegging. Driekwart van de verpleegkundigen in de ouderenzorg werkt nu met een elektronisch patiëntendossier. Op het gebied van elektronische gegevensuitwisseling zien we deze ontwikkeling nog niet. Toch zagen we in de eHealth-monitor van vorig jaar dat verpleegkundigen dit wel wenselijk of noodzakelijk vinden¹⁰. Zij verwachten daardoor bijvoorbeeld betere kwaliteit en afstemming van zorg. Evenals bij de artsen geldt voor de ouderenzorg dat eenduidige registratie van zorginformatie en op elkaar aansluitende registratiesystemen essentieel zijn. De leveranciers van EPD's hebben hierin een essentiële rol. Naast het initiatief Registratie aan de Bron kan het toekomstige VIPP^{IV} Care mogelijk een bijdrage gaan leveren aan verbeterde elektronische gegevensuitwisseling. Ook omdat standaardisatie binnen dit programma essentieel is^{18,19}.

Sinds een aantal jaren zien we de mogelijkheid voor digitale gegevensuitwisseling op lokaal niveau toenemen. Dit is een goede ontwikkeling gezien het feit dat zorg steeds dichterbij de buurt van patiënten wordt

georganiseerd. Onderzoek toont aan dat het merendeel van de gemeenten intussen met sociale wijkteams werkt²⁰. Sociale wijkteams maken vaak afspraken om gemakkelijk en snel huisartsen te kunnen raadplegen, bijvoorbeeld middels periodiek overleg tussen de huisarts en het wijkteam. Terugkoppeling blijkt echter een belangrijk aandachtspunt in de samenwerking²⁰. Wanneer alle partijen via een systeem elektronisch informatie kunnen uitwisselen, blijven zij op de hoogte van de ontwikkelingen rondom de zorg voor de patiënt. En juist voor de mensen waarvoor een sociaal team wordt ingeschakeld, is een dergelijke samenhang en continuïteit belangrijk.-

De Taskforce 'Zorg Op de Juiste plek' benadrukt ook het belang van samenhangende zorg¹¹. Het huidige aanbod van ondersteuning en zorg sluit nog niet altijd aan op de behoefte van mensen. Als voorbeeld wordt genoemd het maken van allerlei losse afspraken die ook op één dag kunnen worden gepland. Of doorverwijzingen die eigenlijk niet nodig bleken. Een toepassing om verwijzingen te voorkomen, is het meekijkconsult. Een meekijkconsult wordt door een tiende van de huisartsen gebruikt, een derde vindt het wenselijk en ruim de helft vindt het niet nodig. Hoewel het meekijkconsult nog niet door alle artsen nodig wordt geacht, kunnen dergelijke vormen van consultatie wel voordelen bieden. Zowel voor de arts als voor de patiënt. Uit een pilot van UMC Utrecht blijkt dat het meekijkconsult de kennis vergroot, de samenwerking tussen zorgverleners bevordert en het aantal verwijzingen naar de tweede lijn vermindert¹⁴. Daarmee is de patiënt ook dichterbij huis geholpen. Onderzoek naar de digitale vorm van het meekijkconsult is nodig om daarvan meerwaarde aan te tonen. Daarnaast zal verder onderzoek op grote schaal de effectiviteit van een meekijkconsult moeten bevestigen.

Referenties

1. Van der Molen, L. (2017). *De verpleegkundige overdracht in beweging*. Den Haag: Nictiz.
2. Minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Erasmus MC, NIVEL, Radboudumc,

Pharmo. (2017). *Eindrapport: Vervolgonderzoek medische veiligheid*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

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. 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.
5. Zegers, M., de Bruijne, M.C., Wagner, C., Hoonhout, L.H., Waaijman, R., Smits, M., . . . van der Wal, G. (2009). Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals: results of a retrospective patient record review study. *Quality and Safety in Health Care*, 18(4), 297–302.
6. Informatieberaad. (2017). *Outcome-doelen Informatieberaad*. Bezoekt op <https://www.informatieberaadzorg.nl/outcomedoelen/publicaties/publicaties/2017/3/24/generieke-outcome-doelen-informatieberaad> op 18 september 2018.
7. Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2016). *Veilig voor schrijven moet beter. Een gezamenlijke zorgbrede verantwoordelijkheid*. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
8. KNMG. (2018). *KNMG-richtlijn. Omgaan met medische gegevens, mei 2018*. Utrecht: KNMG. Bezoekt op <http://www.knmg.nl/richtlijn-omgaan-met-medische-gegevens> op 15 juli 2018.
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. Wouters, M., Swinkels, I., Sinnige, J., de Jong, J., Brabers, A., van Lettow, B., Friele, R., van Gennip, L. (2017). *Kies bewust voor eHealth – eHealth-monitor 2017*. Den Haag & Utrecht: Nictiz & NIVEL.
11. Taskforce Zorg op de Juiste Plek. (2018). *De juiste zorg op de juiste plek. Wie durft*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
12. Nederlandse Zorgautoriteit. (2017). *Wegwijzer bekostiging e-health. Overzicht per zorgsector*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
13. De Bruin, A.C.P., Hegger, I., Molto Puigmarti, C.P., de Vries, C.G.J.C.A., Bijwaard, H., de Waard, I.R. (2018).

Diagnostiek op afstand. Randvoorwaarden en belemmeringen. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

14. Seesing, F., Haalboom, J., Geerse R., Hirsch, R. (2015). Meekijkconsult: iedereen tevreden én geld over. *Medisch Contact*, (25), 1227–1229.
15. 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 (NFU).
16. MedMij. (2018). *Wat is MedMij*. Bezoekt op <https://www.medmij.nl/wat-is-medmij/> op 6 juli 2018.
17. Registratie aan de Bron. (2018). *De kern van registreren aan de bron*. Bezoekt op <https://www.registratieaandebron.nl/wat-is-registreren-aan-de-bron/de-kern-van-registreren-aan-de-bron/> op 6 juli 2018.
18. ICT&Health. (2018). *VWS komt met drie subsidieregelingen voor digitalisering zorg*. Bezoekt op <https://www.icthealth.nl/nieuws/vws-komt-met-drie-subsidieregelingen-voor-digitalisering-zorg/> op 13 juli 2018.
19. Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. (2018). *Wat is VIPP*. Bezoekt op <https://www.vipp-programma.nl/over-vipp/wat-is-vipp/> op 24 juli 2018.
20. Van Arum, S., van den Enden, T. (2018). *Sociale (wijk) teams opnieuw uitgelicht. Derde landelijke peiling onder gemeenten (zomer 2017)*. Utrecht: Movisie.

IV Versnellingsprogramma informatie-uitwisseling patiënt en professional (VIPP). VIPP is een implementatieprogramma. Door het VIPP-programma kunnen ziekenhuizen, revalidatiecentra en categorale zorgorganisaties in drie jaar extra stappen zetten om de patiënt toegang te geven tot de eigen medische gegevens.

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, Marlies Kamp, Annemiek Mulder, Henny Mulders, Henk Herman Nap, Sjaak Nouwt, Inga Tharun en Renée Verwey.

De volgende organisaties, voor hun bijdrage aan de begeleidingscommissie: Actiz, KNMG, Patiëntenfederatie Nederland, V&VN, Vilans, het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Zilveren Kruis en Zorgverzekeraars Nederland.

De leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg en het Panel Verpleging & Verzorging en de deelnemers aan het KNMG-artsenpanel. Zonder hun deelname zou dit onderzoek niet mogelijk zijn geweest.

Voor de bijdrage aan de vragenlijst vanuit huisartsenperspectief: Marianne Ketel.

De KNMG voor de inzet van het KNMG-artsenpanel en onderzoeksbureau MWM2 voor de praktische ondersteuning.

Voor hun ondersteuning, inbreng en expertise: Michiel Noordanus en Eric van Wijlick (KNMG); Nienke Zwennes (VWS); Peter Mooren (Nictiz); Janke de Groot, Kim de Groot en Anke de Veer (Nivel).

Voor al hun bijdragen aan de redactie en vormgeving van dit rapport: Annemarie Lamain (Nictiz) en Petra Gijzen (swirl grafische vormgeving). Voor de bijdrage aan de Engelse vertalingen: Susan Tesselaar (TSL English).

Voor het mogelijk maken van dit onderzoek: het ministerie van VWS.

Bijlage A. Onderzoeksmethode

Om de onderzoeksvragen van deze eHealth-monitor te beantwoorden, hebben we gebruikgemaakt van vragenlijstonderzoek en kleinschalig kwalitatief onderzoek (een focusgroep onder verpleegkundigen en een onder huisartsen). Het vragenlijstonderzoek is uitgevoerd onder verschillende doelgroepen in de zorg om inzicht te krijgen in de beschikbaarheid van e-health, het gebruik hiervan en de ervaren effecten in de praktijk. Deze bijlage beschrijft de onderzoeksmethode.

Dataverzameling door middel van vragenlijstonderzoek

Voor deze editie van de eHealth-monitor zijn, vergelijkbaar met voorgaande jaren, vragenlijsten afgenomen onder zorggebruikers, artsen (huisartsen en medisch specialisten) en verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners. Daarnaast bevat deze editie ook de resultaten van vragenlijstonderzoek onder mensen met een chronische aandoening. Op deze manier 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 het vragenlijstonderzoek onder zorggebruikers, mensen met een chronische aandoening en verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners maakten we gebruik van twee panels van het Nivel: 1) het Consumentenpanel Gezondheidszorg en

2) Het panel Verpleging & Verzorging. Evenals in 2013 en 2015-2017¹, is voor de artsen (huisartsen en medisch specialisten) gebruik gemaakt van het KNMG-artsen-panel. Het gebruik van dergelijke panels heeft als voordeel, ten opzichte van andere manieren van data-verzameling onder deze doelgroepen, dat op een efficiënte en betrouwbare manier data kunnen worden verzameld. Doorgaans is de respons hoog bij een onderzoek waarbij gebruik wordt gemaakt van een panel. De panelleden hebben immers aangegeven dat zij bereid zijn om mee te doen aan onderzoek.

Zorggebruikers en mensen met een chronische aandoening

Voor het vragenlijstonderzoek onder zorggebruikers en mensen met een chronische aandoening hebben we gebruik gemaakt van het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het Nivel¹ (kader A-I). Voor dit onderzoek zijn in maart 2018 2.000 panelleden benaderd met een schriftelijke of online vragenlijst, al naar gelang hun voorkeur. Deze 2.000 panelleden waren verdeeld over 2 steekproeven:

1) een steekproef van 1.500 panelleden 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% 40-64 jaar; en 23% 65 jaar of ouder. Daarnaast is 49% man²;

2) een steekproef van 500 panelleden die eerder zelf hebben aangegeven een chronische aandoening te hebben (diabetes en/of astma/COPD).

Respondenten die in eerste instantie niet gereageerd hadden, ontvingen twee schriftelijke of drie online reminders.

Van de 2.000 panelleden die zijn benaderd, responderden er 774 (39%) (tabel A-1). De populatie zorggebruikers in het rapport bestaat uit de respondenten (n=469) uit de steekproef die representatief was voor de algemene bevolking. De populatie mensen met een chronische aandoening zijn in dit rapport de respondenten (n=490) uit beide steekproeven die in de vragenlijst hebben aangegeven diabetes, COPD, astma of een hartvaataandoening te hebben. Een respondent kan dus zowel in de populatie zorggebruikers als in de populatie mensen met een chronische aandoening zitten.

De groep van 469 respondenten, die de populatie zorggebruikers vormen in dit rapport, wijkt iets af van de algemene bevolking in Nederland van 18 jaar en ouder op basis van geslacht en leeftijd. Van de respondenten is 45% man en de gemiddelde leeftijd bedraagt 60 jaar.

Om de resultaten van deze groep representatief te maken voor de algemene bevolking in Nederland is, net als in voorgaande jaren, een weegfactor 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 weegfactor varieerde van 0,47 tot 2,19 en werd alleen toegepast op vragen die door de hele groep zorggebruikers moest worden beantwoord. Vragen die aan subgroepen zijn gesteld, zijn niet gewogen.

De vragenlijst onder zorggebruikers en mensen met een chronische aandoening bevatte evenals voorgaande jaren vragen over de beschikbaarheid en het gebruik van e-health van een brede selectie van e-health toepassingen. Er is gekozen voor generieke beschrijvingen van toepassingen, uitgaande van de functionaliteit. Het gaat er dan om wat de gebruiker met de e-health-toepassing kan doen, bijvoorbeeld het maken van een online afspraak, en niet zozeer om het specifieke product dat hij gebruikt. Op deze manier kunnen we met de monitor ontwikkelingen in de tijd volgen. Dit jaar is de vraag over het online stellen van een vraag aangepast: we maakten voor het eerst onderscheid tussen het stellen van een niet-medische

Tabel A-1

Respons onder zorggebruikers en mensen met chronische aandoening in 2018.

Zorggebruikers en mensen met chronische aandoening

Online respons

Aantal verstuurd online uitnodigingen (n)	1179
Bezorging niet mogelijk (n)	-
Netto aantal deelname mogelijk (n)*	1161
Respondenten (n)	382
Respons (%)	33%
Schriftelijke respons	
Aantal verstuurd schriftelijke uitnodigingen (n)	803
Bezorging niet mogelijk (n)	-
Netto aantal deelname mogelijk (n)*	821
Respondenten (n)	392
Respons (%)	48%
Totale respons (n)	774
Totale respons (%)	39%

*18 respondenten zijn gewisseld van online naar schriftelijk.

¹ De dataverzameling voor de artsen is in 2014 anders verlopen, omdat gebruik van het KNMG-artsenpanel niet mogelijk was door de overgang naar een ander informatiesysteem bij de KNMG.

Bijlage

vraag en het stellen van een medisch inhoudelijke vraag. Daarnaast besteedden we dit jaar extra aandacht aan online inzage en een aantal randvoorwaarden die belangrijk zijn bij de implementatie van e-health. In het kader hiervan zijn dit jaar vragen opgenomen om digitale gezondheidsvaardigheden te meten. Dit zijn vaardigheden om online informatie over de gezondheid en online toepassingen die gerelateerd zijn aan gezondheid te kunnen zoeken, selecteren, begrijpen en toepassen³. Hiervoor is gebruik gemaakt van de vragenlijst van Van der Vaart³. Met betrekking tot online inzage zijn er extra vragen gesteld over verantwoordelijkheden, verwachte meerwaarde en vertrouwen. De vragen over vertrouwen zijn afgeleid van de PATAT-vragenlijst⁴. De vragenlijst is voorgelegd aan de Programmacommissie van het Consumentenpanel Gezondheidszorg.

Artsen

Voor de ondervraging van de artsen zijn 865 huisartsen en 1.408 medisch specialisten van het KNMG-artsenpanel benaderd^{II}. Deze artsen zijn in maart 2018 benaderd met een online vragenlijst en er zijn twee

herinneringen verstuurd. Van de benaderde panelleden vulden 324 huisartsen en 384 medisch specialisten de vragenlijst in. In totaal zijn 298 huisartsen (netto respons 34%) en 282 medisch specialisten (netto respons 20%), die voldeden aan de inclusiecriteria, meegenomen in de analyses (zie tabel A-2). Artsen werden uitgesloten van deelname als zij aangaven dat ze naar eigen zeggen in het afgelopen jaar niet in de praktijk werkzaam waren of niet betrokken waren bij de diagnose en/of behandeling van patiënten. Van de medisch specialisten werd daarnaast een aantal specialisten uitgesloten van de analyses, omdat zij een specialisme hebben waarvoor de vragenlijst minder van toepassing is. Het gaat hierbij om de specialismen arbeid en gezondheid, huisartsgeneeskunde, maatschappij en gezondheid, beleid en advies, forensische geneeskunde, infectieziektebestrijding, medische milieukunde en sociaal-medische indicatiestelling, verslaving, psychiatrie en advisering.

De groep deelnemende *huisartsen* is dit jaar representatief op basis van geslacht⁵ voor de Nederlandse huisartsenpopulatie. De groep is echter niet geheel

representatief naar leeftijd⁶. Huisartsen tussen 35-49 jaar zijn ondervertegenwoordigd (31% ten opzichte van 45% in de populatie). Huisartsen boven de 50 zijn oververtegenwoordigd (63% ten opzichte van 45% in de populatie). De gemiddelde leeftijd van de deelnemende huisartsen bedraagt 52 jaar. De groep deelnemende huisartsen wijkt niet significant af van de groepen van 2017, 2016, of 2015 en de variabele leeftijd is weinig van invloed op de resultaten. Daarom wegen we net als in voorgaande jaren niet op leeftijd.

De groep deelnemende *medisch specialisten* is niet representatief naar geslacht en leeftijd. De medisch specialisten boven de 50 jaar zijn oververtegenwoordigd (58% ten opzichte van 39% in de populatie⁷). Gemiddeld zijn de geïncludeerde medisch specialisten 51 jaar. Ook is de groep niet representatief naar specialisme. Wat betreft het aantal artsen binnen een bepaald specialisme maken we gebruik van het RGS-register van KNMG^{8,9}. We delen de medisch specialisten in vier categorieën: poort-, niet-poortspecialisten^{III}, verpleeghuis/revalidatiecentra specialismen en overig⁹. Uit de analyse voor de representativiteit per specialisme blijkt dat – net als in 2017 – voornamelijk de groep medisch specialisten werkzaam in een verpleeghuis/revalidatiecentrum (bijv. een specialist ouderengeneeskunde) oververtegenwoordigd is in de deelnemende groep (24%), in vergelijking met de

landelijke groep specialisten (15%)⁸. Er is gekeken in hoeverre leeftijd, geslacht en specialisme invloed hebben op de uitkomsten. Leeftijd en geslacht hadden weinig invloed op de uitkomsten. Evenals in 2015, 2016 en 2017 is daarom ook dit jaar besloten om alleen op specialisme (de vier categorieën) te wegen. Dat leidde tot redelijke weegfactoren variërend van 0,6 tot 1,6. Door de weging naar specialismen is het aantal specialisten in de analyses verhoogd naar 295.

In februari hielden we een focusgroep onder huisartsen welke input leverde voor de onderwerpen van de artsen-vragenlijsten. Een aantal vragen wordt jaarlijks gesteld. Dit jaar zijn dat de vragen over de mogelijkheid van informatie-uitwisseling en gemak en services. Dit maakt trendanalyses over tijd mogelijk voor deze onderwerpen. Daarnaast zochten we dit jaar verdieping op de onderwerpen online inzage in het medisch dossier, visie en doelstellingen (beleid) betreffende digitale zorgtoepassingen, digitale vaardigheden¹⁰, vertrouwen in technologie en medewerkers⁴, meekijkconsult, en openstaan voor nieuwe technologie. De conceptvragenlijsten zijn gecontroleerd op correctheid en begrijpelijkheid door een vertegenwoordiger van de KNMG en een huisarts.

II Net als in 2016 en 2017 zijn dit jaar de psychiaters niet als aparte groep benaderd.

III Poortspecialisten zijn de medisch specialisten naar wie een patiënt wordt verwezen voor zorg en die een zorgtraject kunnen starten. Niet-poortspecialisten zijn ondersteunende medisch specialisten die medisch specialistische handelingen uitvoeren voor een zorgtraject van een poortspecialist.

Kader A-I Consumentenpanel Gezondheidszorg

Het Consumentenpanel Gezondheidszorg is opgezet om onder de algemene bevolking in Nederland meningen en kennis over de gezondheidszorg en de verwachtingen en ervaringen te meten (www.nivel.nl/consumentenpanel-gezondheidszorg). Deze informatie wordt verzameld in peilingen. De vraagstelling binnen het panel is heel breed en betreft de gezondheidszorg in Nederland. Het Consumentenpanel bestond ten tijde van het onderzoek uit ongeveer 12.000 panelleden van 18 jaar en ouder. Om met het panel een representatieve afspiegeling te kunnen vormen van de algemene bevolking, werft Nivel regelmatig nieuwe leden. Mensen kunnen zich niet zelf aanmelden voor het panel. 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 hoog en kan oplopen tot ruim 60%. 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 Gezondheidszorg en Jeugd io (IGJ io), 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.

Tabel A-2

Respons onder huisartsen en medisch specialisten in 2018.

	Huisartsen	Medisch specialisten
Aantal verstuurd uitnodigingen (n)	865	1408
Bezorging niet mogelijk (n)	0	0
Netto aantal deelname mogelijk (n)	865	1408
Respondenten (n)	324	384
Bruto respons (%)	37%	28%
Was volgens eigen opgave afgelopen jaar niet werkzaam in de praktijk (n)	13	66
In het afgelopen jaar niet betrokken bij diagnose of behandeling van patiënten en/of vraagstelling niet van toepassing voor specialisme (n)	2	15
Geen inhoudelijke vraag beantwoord	11	21
Netto respons (n)	298	282
Netto respons (%)	34%	20%

Verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners

Het Panel Verpleging & Verzorging van het Nivel (zie kader A-II) is gebruikt voor het vragenlijstonderzoek onder verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners. We hebben verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners van (academische) ziekenhuizen, thuiszorgorganisaties, verpleeg- en verzorgingshuizen, huisartsenpraktijken, revalidatiecentra en GGZ-instellingen benaderd evenals begeleiders in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Voor deelname aan de online vragenlijst zijn 2.084 panelleden benaderd in april 2018. Er zijn twee reminders verstuurd, na één en na twee weken. De netto respons was 46% (n=945) (zie tabel A-3).

Bij het analyseren zijn alleen verpleegkundigen meegenomen zijn die werkzaam zijn in (academische) ziekenhuizen, huisartsenpraktijken, verzorgings- en verpleeghuizen en de thuiszorg. In verband met vergelijkbaarheid met eerdere jaren, zijn verpleegkundigen in instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg of in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking buiten beschouwing gelaten. Uiteindelijk zijn 660 verpleegkundigen meegenomen in de analyses.

Een op de tien (10%) deelnemende verpleegkundigen is man. Ook in een landelijke referentiegroep was dit 10%¹¹. De gemiddelde leeftijd bedraagt 50 jaar, de jongste is 20 jaar en de oudste 66 jaar. Vooral de groep van 55-65 jaar is oververtegenwoordigd in vergelijking met een landelijke referentiegroep. In deze peiling is dit 40% tegenover 18% landelijk¹¹. Een derde (32%, n=212)

van de deelnemers werkt in een algemeen of academisch ziekenhuis. Een op de vijf deelnemers werkt in een verzorgings- of verpleeghuis (26%, n=174); 23% (n=150) werkt in de zorg thuis; en 19% (n=124) werkt als praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige in een huisartsenpraktijk of gezondheidscentrum. Vergelijkbaar met vorig jaar, rapporteren we in deze monitor de resultaten apart voor de ziekenhuiszorg en huisartsenzorg.

In januari hielden we een focusgroep met wijkverpleegkundigen en medewerkers op het gebied van mediatieveiligheid op de thema's online inzage en medicatieveiligheid. De informatie is gebruikt als input voor de vragenlijst. Vergelijkbaar met eerdere jaren, is in de vragenlijst onder verpleegkundigen gevraagd naar technologische toepassingen die momenteel in de cure en care worden gebruikt, bijvoorbeeld toezichthoudende technieken en beeldbellen. Daarnaast komen elektronische dossiervoering en elektronische gegevensuitwisseling aan bod. Om te kunnen verdiepen op randvoorwaarden die een rol kunnen spelen bij de implementatie van e-health, zijn in de vragenlijst vragen opgenomen over digitale vaardigheden en de visie en beleid op het vlak van e-health van de zorgorganisatie waarin de verpleegkundige werkt. Voor het uitvragen van de digitale vaardigheden zijn items gebruikt uit de vragenlijst 'Zelftest Digivaardigheden in zorg & welzijn' van het kenniscentrum Publieke Zaak aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen¹⁰. Voor de verdieping in het kader van online inzage is gevraagd naar het cliëntenportaal. Ook is gevraagd naar vertrouwen in technologie. Hiervoor zijn items uit de

Tabel A-3
Respons onder verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners in 2018.

Verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners	
Aantal schriftelijk verstuurd uitnodigingen (n)	2084
Bezorging niet mogelijk (n)	4
Aantal deelname mogelijk (n)	2080
Bruto respons (n; %)	958 (46%)
Niet meer werkzaam als verpleegkundige (n)	13
Nauwelijks ingevuld (n)	0
Netto respons (n; %)	945 (46%)
Behoort niet tot de specifieke doelgroep (werkzaam in geestelijke gezondheidszorg of onbekend)	285
Aantal vragenlijsten bruikbaar voor analyses (n)	660

PATAT-vragenlijst gebruikt⁴. De vragenlijst is voorgelegd aan drie verpleegkundigen uit verschillende werkvelden om de vragenlijst te controleren op onjuistheden.

Analyses en betrouwbaarheid

De gegevens uit de vragenlijsten onder zorggebruikers, mensen met een chronische aandoening en verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners analyseerde het Nivel met behulp van Stata, versie 15.0. De resultaten uit de vragenlijsten onder artsen zijn door Nictiz geanalyseerd met behulp van SPSS, versie 25.0. Er is beschrijvende statistiek toegepast. Voor vergelijkende testen op verschillen tussen groepen 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 ($p \leq 0,05$). Voor het toetsen van de relatie tussen kenmerken van de zorggebruikers en het (willen) gebruiken van de diverse e-health toepassingen is logistische regressieanalyse gebruikt. 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 zorgverleners 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

Tabel A-4

Voorbeelden van 95%-betrouwbaarheidsmarges van gemeten percentages.

Aantal respondenten:	Is 10% eigenlijk	Is 50% eigenlijk	Is 90% eigenlijk
100	10% ± 6%	50% ± 10%	90% ± 6%
200	10% ± 4%	50% ± 7%	90% ± 4%
500	10% ± 3%	50% ± 4%	90% ± 3%

Kader A-II Panel Verpleging & Verzorging

Het Panel Verpleging & Verzorging bestaat uit een landelijke groep van ruim 2.500 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, waardoor het een landelijke dekking heeft. Het Panel Verpleging & Verzorging wordt gecoördineerd door het Nivel met financiële ondersteuning van het ministerie van VWS. De uitkomsten van de peilingen onder het panel worden gebruikt om bij beleidsmakers en landelijke koepelorganisaties aan te geven hoe het werken in de zorg aantrekkelijker gemaakt kan worden.

De deelnemers werken in de grootste sectoren van de zorg en zijn:

- verpleegkundigen in academische en algemene ziekenhuizen;
- verpleegkundigen in de geestelijke gezondheidszorg;
- sociaal agogisch opgeleide begeleiders en verpleegkundigen in de gehandicaptenzorg;
- verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg, verpleeg- en verzorgingshuizen;
- praktijkondersteuners in huisartsenpraktijken.

Deelnemers aan het panel worden minimaal twee keer per jaar benaderd voor het invullen van een vragenlijst. Het invullen van een vragenlijst gebeurt 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.

Bijlage

deelnemers meedoen aan het onderzoek, hoe kleiner die marge. De marges verschillen ook per percentage. Zegt bijvoorbeeld 90% van 500 zorggebruikers dat ze toegang hebben tot internet, dan kunnen we met 95% zekerheid stellen dat het juiste cijfer voor de hele populatie ligt tussen de 87% en de 93%. Of als 50% van 200 huisartsen zegt dat patiënten via e-mail een vraag kunnen stellen, dan kunnen we met 95% zekerheid zeggen dat het juiste cijfer voor alle huisartsen ligt tussen de 43% en de 57%. Ter illustratie laat tabel A-4 voorbeelden zien van 95%-betrouwbaarheidsmarges van gemeten percentages bij verschillende aantallen deelnemers.

Niet alle door ons benaderde mensen hebben op de vragenlijst gereageerd. De netto respons bedroeg:

- 39% onder het Consumentenpanel Gezondheidszorg;
- 46% onder verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners;
- 34% onder huisartsen;
- 20% onder medisch specialisten.

Het ligt voor de hand dat deze respons niet aselekt is geweest. Mensen met interesse in het onderwerp e-health zullen eerder hebben gerepondeerd 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.
2. CBS Centraal Bureau voor de Statistiek. 2018. Bevolking; geslacht, leeftijd en burgerlijke staat, 1 januari. Bezocht op <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLN-L&PA=7461BEV&D1=a&D2=1-2&D3=0,19-110&D4=0,50,I&HDR=G3,T&STB=G1,G2&VW=T> op 17 juli 2018.
3. Van der Vaart, R., Drossaert, C. (2017). Development of the Digital Health Literacy Instrument: Measuring a Broad Spectrum of Health 1.0 and Health 2.0 Skills. *Journal of Medical Internet Research*, 19(1):e27.
4. Van Velsen, L., Tabak, M., Hermens, H. (2017). Measuring patient trust in telemedicine services: Development of a survey instrument and its validation

for an anticoagulation web-service. *International Journal of Medical Informatics*, 97: 52-58.

5. Nivel. (2018). Beroepen in de gezondheidszorg. Databank. *Aantal huisartsen naar geslacht*. Bezocht op <https://www.nivel.nl/nl/databank> op 25 september 2018.
6. Nivel. (2018). Beroepen in de gezondheidszorg. Databank. *Leeftijdsverdeling van huisartsen*. Bezocht op <https://www.nivel.nl/nl/databank> op 25 september 2018.
7. KNMG (2018). RGS. Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten. Bezocht op <https://www.knmg.nl/opleiding-herregistratie-carriere/rgs/over-de-rgs.htm> op 6 september 2018.
8. KNMG. (2018). *Aantal geregistreerde specialisten/profielartsen op peildatum 31 december van het jaar*. Bezocht op <https://www.knmg.nl/web/file?uuid=fd10764-12d9-48aa-8514-2df93e523e21&owner=5c945405-d6ca-4deb-aa16-7af2088aa173&contentid=70724&elementid=2112442> op 20 februari 2018.
9. NZa. (2018). *Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg - BR/CU-2108*. Bezocht op https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_21182_22/ op 2 mei 2018.
10. HAN. (2018). *Zelftest Digitale Vaardigheden in Zorg en Welzijn ontwikkeld*. Bezocht op <https://www.han.nl/onderzoek/nieuws/zelftest-digitale-vaardig/> op 21 augustus 2018.
11. 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.

Bijlage B. Lijst van afkortingen

CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CMIO	Chief Medical Information Officer
CNIO	Chief Nursing Information Officer
COPD	Chronic obstructive pulmonary disease (chronische obstructieve longziekte)
EPD	Elektronisch patiëntendossier
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GPS	Global positioning system
HA	Huisartsenzorg
HIS	Huisartsinformatiesysteem
ICT	Informatie- en communicatietechnologie
IGJ io	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
NeLL	National eHealth Living Lab
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NHS	National Health Service (Verenigd Koninkrijk)
Nivel	Nederlands Instituut voor onderzoek van de Gezondheidszorg
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OPEN	Ontsluiten Patiëntgegevens uit de Eerstelijnszorg in Nederland
PGO	Persoonlijke gezondheidsomgeving
RGS	Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
UMC	Universitair medisch centrum
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
VAR	Verpleegkundige en/of Verzorgende Adviesraad
VIPP	Versnellingsprogramma informatie-uitwisseling Patiënt en Professional
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WRR	Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
ZonMw	Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie
ZBC	Zelfstandig behandelcentrum
ZN	Zorgverzekeraars Nederland



Colofon

Auteurs:

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

Begeleidingscommissie:

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

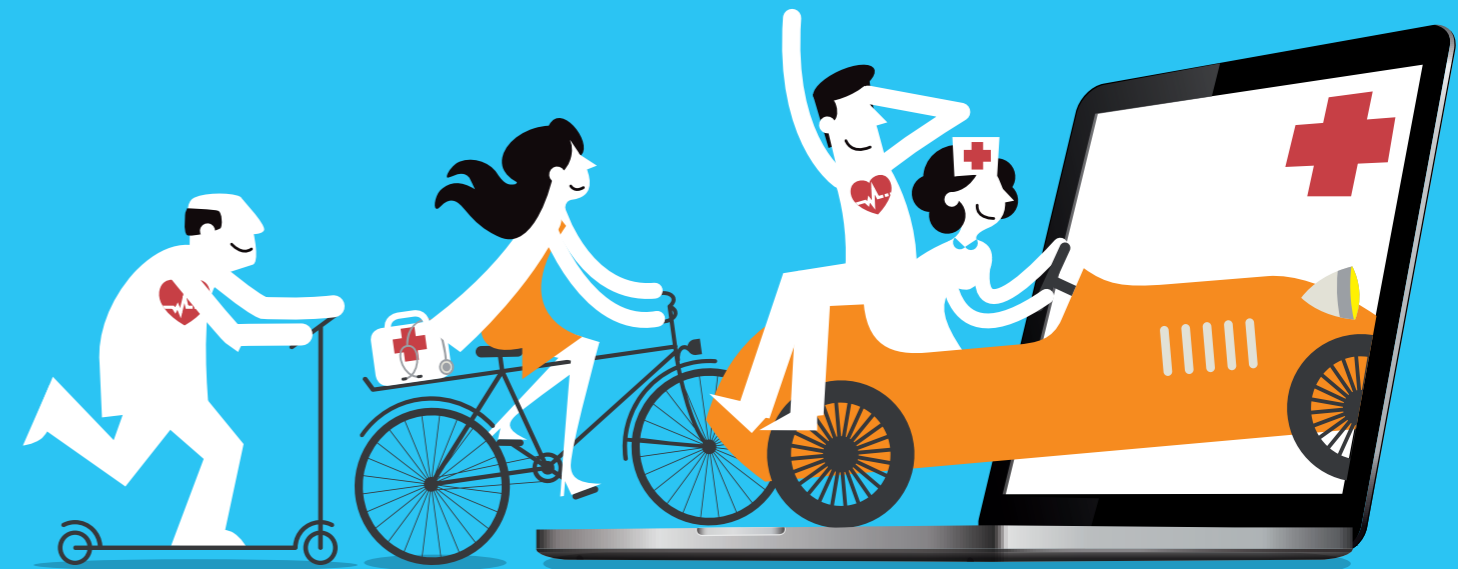
Bij dit rapport horen een losse tabellenbijlage, de tabellenbijlage eHealth-monitor 2018, en een infographic met een verkort overzicht van de resultaten.

Dit is een uitgave van Nictiz en het Nivel
Den Haag en Utrecht, november 2018
©Nictiz en het Nivel

Vormgeving en productie:

Petra Gijzen
swirl grafische vormgeving

ISBN: 978-90-829549-0-6



eHealth-monitor

E-health in verschillende snelheden

eHealth-monitor 2018

Nictiz
Oude Middenweg 55
2491 AC Den Haag
070 317 34 50

Postbus 19121
2500 CC Den Haag

www.nictiz.nl

Nivel
Otterstraat 118 - 124
3513 CR Utrecht
030 272 97 00

Postbus 1568
3500 BN Utrecht

www.nivel.nl

Nictiz  Betere gezondheid
door betere informatie

 **NIVEL**
Kennis voor betere zorg