



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

E-healthmonitor 2021

Ervaringen uit het zorgveld



Samenvatting

De gezondheidszorg staat voor grote uitdagingen: de zorg moet betaalbaar en toegankelijk blijven voor een bevolking die vergrijst en steeds meer chronisch zieken kent. Digitale zorg biedt hiervoor mogelijkheden. Toch is de inzet van digitale zorg nog niet vanzelfsprekend. Om inzicht te krijgen in welke factoren de inzet van digitale zorg belemmeren of stimuleren zijn er binnen de opdracht van de E-healthmonitor focusgroepen georganiseerd in het najaar van 2021. Hiervoor zijn bestuurders, managers en beleidsmedewerkers uitgenodigd uit drie sectoren in de zorg: ziekenhuiszorg, thuiszorg en geestelijke gezondheidszorg (GGZ). In een vierde focusgroep hebben (beroeps)verenigingen in de eerstelijnszorg, patiëntvertegenwoordigers en zorgverzekeraars de resultaten besproken.

Uit de focusgroepen blijkt dat er veel positieve ontwikkelingen zijn als het gaat om de inzet van digitale zorg, bijvoorbeeld door meer samenwerking binnen en tussen organisaties. Tegelijkertijd is duidelijk dat nog de nodige stappen moeten worden gezet om deze manier van zorg te kunnen leveren en te ontvangen. Uit de vier bijeenkomsten kwamen zes hoofdthema's naar voren

waarop verbetering nodig is. Als eerste blijkt dat de zorg anders moet worden georganiseerd om e-health als vast onderdeel van de zorg in te bedden. Als tweede is het belangrijk te werken vanuit de gebruiker, met aandacht voor de meerwaarde voor de zorg en de zorggebruiker. Ten derde moet iedereen toegang krijgen tot digitale zorg door opleiding en betere digitale vaardigheden. Dit geldt zowel voor zorgverleners als gebruikers. Als vierde moet de financieringsstructuur kunnen meegroeien. Het vijfde thema is (nog) beter samenwerken op alle niveaus, binnen organisaties en tussen organisaties. En tot slot: aandacht voor doorontwikkeling en randvoorwaarden op technisch, juridisch en ethisch gebied.

De E-healthmonitor wordt in opdracht van VWS uitgevoerd door het RIVM, in samenwerking met het Nivel en het National eHealth Living Lab (NeLL). Zorgaanbieders, ontwikkelaars van digitale toepassingen, beleidsmakers en zorggebruikers kunnen de resultaten gebruiken om e-health in de toekomst zinvol in te zetten.

Inleiding

De E-healthmonitor 2021 – 2023 als lerende evaluatie

Van 2021 tot en met 2023 wordt de E-healthmonitor uitgevoerd door het RIVM, samen met het Nivel en het NeLL. Het doel van deze monitor is tweeledig. Ten eerste geeft de monitor een overzicht van het digitale zorgaanbod en -gebruik in het heden en van de ontwikkelingen over de tijd. Hiermee wordt antwoord gegeven op de vraag: Waar staan we? Ten tweede geeft de monitor inzicht in de rol van digitale zorg ten aanzien van een aantal relevante maatschappelijke uitdagingen in de zorg¹. Hiermee wordt antwoord gegeven op de vraag: Waar staat de zorg van de toekomst en hoe stimuleren en behouden we kwalitatief goede zorg door middel van digitale toepassingen?

Binnen de E-healthmonitor combineren we kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden. In deze factsheet rapporteren we de bevindingen van het kwalitatieve onderzoek. Tegelijkertijd met deze factsheet komt er een E-healthmonitor rapport uit met

kwantitatieve data². In de monitor werken we volgens de principes van een lerende evaluatie. In de lerende evaluatie staan de ontwikkeling en het stimuleren van e-health centraal. Er wordt cyclisch inzicht gegeven in de voortgang van de (digitale) transitie in de zorg. Dit proces wordt geëvalueerd met professionals, zorggebruikers, bestuurders en vertegenwoordigers van het beleid om samen te bepalen waar de belangrijkste aandachtspunten zitten voor verdere opschaling van het gebruik van digitale zorg.

Focusgroepen met bestuurders, managers en beleidsmakers in de zorg

Om inzicht te krijgen in de bevorderende en belemmerende factoren ten aanzien van digitale zorg vanuit het beleidsoogpunt van zorgorganisaties is er een viertal focusgroepen gehouden (zie Tekst box 1). Het doel van de focusgroepen was om te inventariseren wat er op organisatorisch niveau nodig is voor de opschaling van e-health, welke positieve en negatieve aspecten ervaren worden en welke mogelijke verbeteringen en nieuwe ideeën er zijn voor toekomstig beleid.

Tekst box 1. Gebruikte methodiek voor de focusgroepen

Een focusgroep is een kwalitatieve onderzoeksvorm waarbij een groep mensen gevraagd wordt naar hun percepties, ideeën en meningen over een bepaald onderwerp en waar discussie tussen de deelnemers wordt aangemoedigd.

De focusgroepen zijn gehouden in augustus en september 2021. De focusgroepen hebben digitaal plaatsgevonden via MS Teams en de gesprekken zijn opgenomen met mondelinge toestemming van de deelnemers. Elke focusgroep duurde 1,5 uur.

Deelnemers zijn geworven via meerdere kanalen: de E-healthmonitor klankbordgroep is gevraagd de oproep voor deelname in hun netwerk te verspreiden en de oproep is via LinkedIn-kanalen van het RIVM, Nivel en NeLL gedeeld. Deelnemers konden zich aanmelden via een digitaal formulier. Na aanmelding werden de deelnemers ingedeeld in een van de vier focusgroepen. Dit resulteerde in drie relatief homogene groepen uit drie zorgsettings: ziekenhuiszorg, thuiszorg en GGZ, en een relatief heterogene groep van (beroeps)verenigingen in de eerstelijns zorg, zorgverzekeraars en patiëntorganisaties, om

onze bevindingen uit de eerste drie groepen te staven. In alle groepen is gestreefd naar een zo groot mogelijke representativiteit van de settings. In totaal hebben er 24 bestuurders, managers, beleidsmakers en/of projectleiders deelgenomen. De groepsgrootte liep uiteen van 4 tot 7 deelnemers.

De focusgroepen werden uitgevoerd aan de hand van een semigestructureerde gesprekshandleiding. De hoofdthema's die werden besproken in de eerste drie focusgroepen waren: 'Wat gaat er goed binnen uw organisatie qua digitale zorg?' En, 'Waar ziet u uw organisatie in 2025 met betrekking tot digitale zorg?'. Deelvragen die daarbij werden gebruikt om door te vragen hadden betrekking op de rol van beleid en organisatie van zorg, het betrekken van zorgverleners, het betrekken van patiënten en de rol van de COVID-19 pandemie. De data uit de eerste drie focusgroepen zijn thematisch geanalyseerd. Deze zes thema's zijn vervolgens gepresenteerd aan de deelnemers van de vierde focusgroep, waarbij hun reflectie op deze thema's is gevraagd. De zes thema's en de inzichten en ervaringen uit alle focusgroepen op deze thema's zijn verwerkt in de factsheet.

¹ Indicatoren E-healthmonitor 2021-2023 en doelstellingen voor e-health. Suikerbuijk et al. RIVM 2021.

² E-healthmonitor 2021 – Stand van zaken digitale zorg. Van der Vaart et al. RIVM 2022.

Resultaten

Als antwoord op de vraag ‘Wat gaat er goed binnen uw organisatie met betrekking tot digitale zorg’ zijn een aantal kernpunten benoemd door de deelnemers. Deze kernpunten worden hieronder beschreven en geïllustreerd aan de hand van citaten (zie cursieve tekst in blauw).

De inzet van digitale zorg heeft een versnelling doorgemaakt

Verandering teweegbrengen in de zorg is iets wat een lange adem vraagt. De inzet van digitale zorg is de afgelopen 10 á 15 jaar van de grond gekomen. Op de vraag wat er goed gaat binnen de organisaties met betrekking tot digitale zorg benoemen de deelnemers dat de afgelopen jaren grote stappen zijn gezet. Enerzijds heeft dit te maken met het groeiende aanbod aan digitale zorgtoepassingen. Anderzijds hebben er ook veel veranderingen plaatsgevonden met betrekking tot de visie van hun organisatie op digitale zorg. Een aantal belangrijke factoren daarbij, die we hieronder afzonderlijk kort zullen toelichten, zijn: een integrale aanpak op verschillende niveaus in de organisatie, meer samenwerking tussen organisaties en zorgverzekeraars en het momentum dat de COVID-19 pandemie heeft gecreëerd.

Digitale zorg wordt integraal aangepakt door organisaties

Deelnemers geven aan dat in het verleden digitale zorg in hun organisaties vaak onder de ICT-afdeling werd geplaatst. Het werd als een technische ontwikkeling benaderd, waardoor inbedding in de zorgprocessen stroef verliep. Inmiddels worden er in hun zorgorganisaties vaak interdisciplinaire teams en werkgroepen benoemd die zich met digitale zorg bezighouden, met een eigen budget en mandaat. Dit leidt tot veel meer contact tussen informatiespecialisten en zorgverleners binnen organisaties en daarmee tot een integrale aanpak waarbij behoeften vanuit de werkvloer en technische mogelijkheden zo optimaal mogelijk op elkaar worden afgestemd.

“We kijken naar digitale ontwikkelingen die mogelijk zijn om in de zorg te integreren. We vragen zorgverleners: is dit iets voor jullie? Daarnaast gaan we in op ideeën vanuit de zorg, die leggen we bij elkaar. Dan kijken we of er al een uniforme oplossing is en soms komt iemand met een mooi idee dat voor meerdere afdelingen van

toepassing is. We kijken er meer integraal naar, het zijn niet meer de losse apps, losse softwarepakketten of de losse afdelingen – het wordt vanuit een breder perspectief bekeken”.

Wat veel werd genoemd is dat duidelijk gemerkt wordt dat er pas verandering in de zorg ontstaat wanneer het zowel ‘top-down’ – vanuit het bestuur, als ‘bottom-up’ wordt gestimuleerd – vanuit de zorgverlener, naar aanleiding van behoeftes op de werkvloer, en vanuit patiënten en/of mantelzorgers. Veel deelnemers geven aan dat patiënten actief worden betrokken bij de inzet en toepassing van digitale zorg, bijvoorbeeld door overleg met de cliëntenraad en door het inrichten van servicepleinen en steunpunten. Het is vaak nog zoeken hoe dit zo goed mogelijk gedaan kan worden, maar er wordt volop mee geëxperimenteerd.

Samenwerking tussen zorgorganisaties is gegroeid

Deelnemers noemen meermaals het belang van het delen van kennis en ervaring tussen zorgorganisaties. Het delen van zogenaamde ‘good practices’ stimuleert enorm om samen uit te vinden wat er wel en niet werkt, en creëert kansen om samen (door) te ontwikkelen, ook over domeinen heen. Ook het bundelen van de krachten om financiering rondom digitale zorg beschikbaar te krijgen is onontbeerlijk. Samenwerking met zorgverzekeraars die de digitale transformatie binnen organisaties mede-financieren is essentieel en vormt een belangrijke bijdrage aan succesvolle implementatie. Deelnemers geven aan dat dit de afgelopen jaren gegroeid is. De VIPP programma’s (Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional³) hebben daarnaast met diverse subsidies bijvoorbeeld gezorgd voor versnelling van implementatie door het vrij maken van middelen én het stimuleren van samenwerking en standaardisering.

“In het huidige VIPP-5 werken we samen met vier andere klinieken die allemaal hetzelfde EPD [elektronisch patiëntendossier] gebruiken. Zo kunnen we samen kennis delen en stappen zetten, dat is echt een kracht. Je staat ook sterker ten aanzien van de EPD leverancier, daarmee dwingen we af dat ze dingen ontwikkelen die minder arbeidsintensief zijn voor de zorgverleners. We kunnen gezamenlijk meer projectbegeleiding inkopen met veel meer expertise, dat is een grote meerwaarde.”

³ Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional: de patiënt meer inzicht in zijn eigen zorg (www.vipp-programma.nl).

Toch is er in de samenwerking nog veel werk te verzetten, daar wordt verderop in deze factsheet bij stil gestaan.

De COVID-19 pandemie heeft kansen geboden

De COVID-19 pandemie is volgens de deelnemers een katalysator geweest achter de toename van digitale zorg in organisaties. De mogelijkheden waren er voor de pandemie ook al, maar door de ontstane belemmeringen voor fysiek contact in het zorgproces was digitale zorg de afgelopen 1,5 jaar soms het enige alternatief. Er heerste een groot urgentiegevoel en er was weinig tijd om lang na te denken over het hoe en wat: zorgverleners moesten gaan improviseren en het gewoon gaan doen. Dit heeft er in de ogen van de deelnemers toe geleid dat veel mensen die aanvankelijk kritisch waren richting digitale zorg het zijn gaan uitproberen en vaak ook de meerwaarde zijn gaan inzien. Zorgverleners en patiënten hebben ontdekt dat er digitaal veel kan en dat e-health regelmatig waardevol ingezet kan worden.

“Er zit veel meer rijkheid in het digitale contact met cliënten dan men zich van tevoren kon voorstellen.”

“Door COVID hebben we thuismonitoring sneller van de grond gekregen voor patiënten met Parkinson, IBD [Inflammatory bowel disease], diabetes en hartfalen. Op die manier proberen we patiënten ook uit het ziekenhuis te houden.”

Met de versoepelingen rondom de coronamaatregelen, merken de deelnemers dat zorgverleners weer terugveren naar de werkprocessen van voor de pandemie. Ze geven daarbij aan dat dat vaak ook begrijpelijk is, omdat zorgverleners en patiënten elkaar graag weer willen zien na een periode zonder fysiek contact.

Betere inzet van digitale zorg: wat is er nodig?

Op de vraag hoe de deelnemers hun organisatie in 2025 met betrekking tot digitale zorg zien blijkt dat zorg op afstand, (digitale) zorg op maat en eigen regie van de patiënt belangrijke onderdelen zijn van de visie van zorgbesturen en het strategisch plan van organisaties. Om deze visies te bereiken is er echter nog veel nodig: zes hoofdthema's konden worden gedestilleerd waarvoor aandacht en actie nodig zijn om digitale zorg verder in te bedden in de zorg (zie Tekst box 2). Deze zes thema's worden hieronder besproken en wederom geïllustreerd met citaten.

Tekst box 2.

De 6 verbeterthema's uit de focusgroepen

- Anders organiseren van zorg: digitale zorg vraagt om een paradigmashift
- Werken vanuit gebruikersperspectief: leg focus op meerwaarde en de te bereiken doelgroep
- Toegankelijkheid voor iedereen: via opleiding en verbetering van digitale vaardigheden
- Meegroeien van de financieringsstructuur: digitale zorg vraagt om verandering in vergoeding
- Verdere samenwerking op alle niveaus: minder versnippering in het digitale landschap
- Aandacht voor doorontwikkeling en randvoorwaarden: technisch, juridisch en ethisch moet het kloppen

Anders organiseren van zorg vraagt om een paradigmashift van zowel zorgverlener als patiënt

De deelnemers zijn het er over eens: in de nabije toekomst moet 'digitale zorg' gewoon 'zorg' zijn. Digitale zorg moet actief worden aangeboden vanuit organisaties. Hybride werken moet het nieuwe normaal worden, waarin zorg steeds meer onafhankelijk is van de fysieke locatie: in de behandelkamer, vanuit huis, of digitaal. Binnen diverse organisaties wordt er gewerkt aan een toekomst met hybride zorg, bijvoorbeeld binnen sommige ziekenhuizen waar plannen zijn om 50% van de polibezoeken digitaal te houden. Een deelnemer lichtte toe dat de nieuwbouw van het ziekenhuis hierop wordt ingericht, met minder fysieke spreekkamers en meer kamers ingericht voor digitale of telefonische consultatie. Toch is er nog veel voor nodig om deze paradigmashift daadwerkelijk te realiseren en om een andere manier van werken te bereiken. Dit is een proces dat tijd kost.

“We zijn digitaal aan het doen wat we eerder in de spreekkamer deden. Net als een docent die online de les op dezelfde manier geeft als in de klas. Je moet hierin een ontwikkelingslag maken. Op welke manier kan je dat het beste doen? Dat is een proces voor de komende jaren.”

De benodigde paradigmashift om digitale zorg ingebed te krijgen in de huidige reguliere zorg geldt ook voor de patiënt. Wat hierin echter goed in ogenschouw genomen moet worden is dat zorg op maat en eigen regie van de patiënt ook kan betekenen dat in plaats van digitale zorg juist fysieke zorg aangeboden moet worden. Er wordt door de deelnemers benadrukt dat er dus keuzevrijheid moet blijven bestaan tussen digitaal- en fysiek aangeboden zorg.

“Het mag dan ook zijn dat een patiënt zegt: alles horende wil ik het juist aan jullie overlaten. Dat is ook eigen regie. We willen patiënten meer vrijheid bieden wat betreft dialyse. We willen patiënten meer mogelijkheid bieden voor zorg op afstand, bijvoorbeeld met monitoren waarin ook alarmen zitten, om de veiligheid te waarborgen. We zouden een faciliteit ook kunnen bieden op alternatieve plekken zoals een hotel, op vakantie of op een congres. Dat zou enorm schelen in de reistijd en de vrijheid van patiënten. Maar het is ook zo dat sommige patiënten zeggen dat ze hun ziekte niet thuis willen hebben.”

“Ik hoop dat ouderen in de toekomst zullen zeggen: ik heb liever technologie dan allerlei medewerkers om me heen, want ik wil zelf beslissen wanneer ik uit bed ga. De overheid stimuleert steeds meer om naar je eigen oude dag te kijken, ik denk dat er voorlichtingscampagnes voor nodig zijn. Laat mensen er over nadenken. Zodat ouderen zo gezond en zelfstandig mogelijk oud kunnen worden en de zorg zo lang mogelijk kan worden uitgesteld.”

Er bestaat overeenstemming tussen de deelnemers in de focusgroepen: digitale zorg moet niet iets zijn wat er naast wordt gedaan, maar wat ingebed is in het zorgproces en in het dagelijks leven van de patiënt. Veranderbereidheid is een term die in dit kader vaak werd genoemd. Er werd daarbij gesteld dat als digitalisering een duidelijk doel heeft, de veranderbereidheid die nodig is direct daarop zal volgen.

Werk vanuit gebruikersperspectief, met focus op meerwaarde en op de doelgroep die je wil bereiken

Het is essentieel dat digitale zorg wordt ingezet vanuit een visie op meerwaarde en waardevolle toevoeging aan de huidige manier van werken. Een belangrijke opmerking die meerdere malen werd gemaakt is dat zorgverleners over het algemeen hebben gekozen om in de zorg te gaan werken vanwege de interactie met mensen, met patiënten. Dit levert vaak een spanningsveld op: zorgmedewerkers willen hun patiënten helpen en liever geen energie stoppen in ‘overige zaken’ zoals e-health.

Daarnaast kan de manier waarop digitale zorg wordt gepositioneerd en geïntroduceerd bij medewerkers averechts werken.

“Ik heb bij managers en bestuurders een verbod gelegd op de term ‘tijdbesparende digitale zorg’. Daarmee krijgen zorgverleners het idee dat ze nog harder moeten gaan werken, het gaat tijd besparen en dan moeten ze nog meer cliënten helpen. Daarmee heb je een averechts effect. Geef aan dat we inzetten op ‘arbeid ondersteunende technologieën’. Dan merk je dat je ze wel mee krijgt.”

Om de overgang naar hybride zorg te laten slagen is volgens de deelnemers gedragsverandering nodig, zowel bij zorgmedewerkers als patiënten. Een andere manier van zorg bieden én zorg ontvangen gaat niet van de ene dag op de andere, verandering kost tijd en gedragsverandering is complex. Een belangrijke determinant van gedragsverandering is attitude – de houding ten aanzien van het nieuwe gedrag. Een positieve attitude van zorgmedewerkers en zorgontvangers verhoogt de bereidheid om een nieuwe manier van werken in een organisatie te realiseren. Een positieve attitude is mede te bewerkstelligen door mensen mee te nemen in het proces van verandering en hun inbreng hierbij serieus te nemen, zodat digitale zorg aansluit bij de waarden van zorgmedewerkers en het vraaggestuurd wordt ingezet in plaats van aanbodgestuurd.

“Als mensen heel tech-minded waren zouden ze iets anders zijn gaan doen, dan waren ze niet in de zorg gaan werken. [...] De vraag die wij in onze organisatie aan de medewerkers stellen is: Wat is er nou belangrijk om zo te automatiseren zodat je je werk beter kan doen? Of je daar dan een app of device voor nodig hebt dat is volgende vraag. Wat kan het makkelijker maken moet het uitgangspunt zijn en die volgorde is heel belangrijk om de betrokkenheid van zorgverleners hoog te houden.”

“We hebben nu het innovatieversnellingsteam, de organisatie heeft de ‘patiënt-reis’ voor ogen, we kijken niet meer zozeer naar de technologie, maar naar welke innovaties zijn nodig en helpend voor de patiënt.”

Wat betreft attitude van de patiënt is het, volgens de deelnemers, heel belangrijk om voor ogen te houden voor wie (welke doelgroepen en welke subgroepen) digitale zorg haalbaar en van meerwaarde is. De hamvragen zijn: wat werkt er voor wie en wat is daarvoor nodig?

“Wanneer je naar effectiviteit van digitale zorgtoepassingen kijkt, zie je dat mensen dat dan gaan proberen te bewijzen op de gehele populatie. Terwijl de effecten voor de digitale zorgtoepassingen dan misschien onvoldoende zijn, omdat het misschien voor 30 of 40% van de populatie goed werkt. Dat betekent dus niet dat je dan de gehele oplossing moet afschieten, maar dat je juist moet gaan kijken: hoe zorg je dan dat je het voor die specifieke groep werkbaar gaat maken.”

Digitale zorg moet toegankelijk zijn voor iedereen, dit vraagt om een focus op opleiding en verbetering van digitale vaardigheden

Er wordt door de deelnemers veelvuldig gesproken over het belang van het ‘digivaardig’ maken van zorgverleners en het belang van (constante) ondersteuning bij de inzet van nieuwe middelen.

“We merkten dat de medische staf vaak de beperkende factor is bij de inzet van e-health. Artsen vinden digitale zorg soms nog spannend. Iedere afdeling heeft nu een digicoach die wordt opgeleid. Die heeft niet alleen kennis en kunde van digitalisering, dus van e-mail tot Excel en videoconsulten, maar ook ‘hoe kan ik een collega coachen’. We merken dat dat goed werkt en dat we de digivaardigheid in een korte tijd flink omhoog hebben kunnen krijgen. Dat helpt weer om de koudwatervrees van collega’s omlaag te krijgen.”

Ook gaf men aan dat er in de opleiding van zorgverleners aandacht aan digitale zorg moet worden besteed. Digitale zorg start in de praktijk vaak pas als de behandelaar erover begint bij de patiënt, maar dan moet de zorgverlener zich daar voldoende comfortabel en toegerust bij voelen. De grote verandering in de manier van werken is voor veel zorgverleners een uitdaging. Het betreft niet alleen het anders organiseren van de zorg maar ook het opdoen van kennis en competenties om een andere manier van werken in te richten. Een deelnemer schetste dit beeld vanuit de huisartsenzorg:

Binnen chronische zorgprogramma’s zijn activiteiten erg protocollair ingericht: een patiënt met die aandoening heeft vier keer per jaar een consult nodig. Daar moet je dus vanaf, want de ene patiënt kan prima thuis zijn eigen metingen doen en de ander heeft dat contact met de arts wel nodig. Maar dat vergt een heel andere manier van werken vanuit de arts: hoe onderzoek ik wat een patiënt kan en wil? Maar de agenda van een zorgverlener gaat er ook anders uit zien, die gaat beeldbellen, die moet de binnengekomen waardes nog doorzetten in het informatiesysteem, via een ketenpartner-tool van alles afstemmen: die raken in paniek. De vraag is dan: hoe bed ik het in mijn dagelijkse acht uur werken in?”

Zorg voor het meegroeien van de financieringsstructuur: digitale zorg vraagt om verandering in vergoeding

Er bestaan middelen om digitale zorg, of de ontwikkeling hiervan, te bekostigen. Sommige deelnemers noemen de transformatiegelden die breed ingezet kunnen worden om digitale en hybride zorg op te zetten, bijvoorbeeld voor het aanschaffen van (monitor) systemen. Daarnaast zijn er mogelijkheden in de huidige financieringsstructuur. Zo zien deelnemers het terugdringen van het aantal herhaalconsulten door middel van digitale zorg binnen een diagnose-behandelcombinatie (DBC) als een gunstige ontwikkeling.

“Als je nu ziet wat we kunnen veranderen op poli’s die thuismonitoring toepassen dan zit er echt wel potentie om dat anders gefinancierd te krijgen. Door anders te gaan werken en dat echt te gaan doen kunnen we veel gaan ondervangen.”

Echter, meer ingrijpende zorgprocesveranderingen vragen om verandering in het bekostigingsmodel.

“We willen bijvoorbeeld graag dat patiënten na heup- en knieoperaties snel naar huis kunnen en dat er alleen een dagbehandeling nodig is. Daar moet je dan wel een monitorsysteem voor aanschaffen. Dat kost geld maar dat kun je vergoed krijgen met transformatiegelden. Maar een DBC met dagbehandeling levert per definitie veel minder op dan een klinische opname. Dat is een probleem want als ziekenhuis ben je toch afhankelijk van je inkomsten. Die twee dingen spreken elkaar tegen.”

Tevens wordt er vanuit de zorgverzekeraars ook beleid gemaakt dat de prikkel voor verdere innovatie in de zorg binnen organisaties lijkt te verkleinen, omdat de baten van besparingen niet bij de zorgverlener landen.

“Als wij in overeenstemming met onze financiers een bepaalde evidence-based innovatie daadwerkelijk implementeren en daarmee dus de zorg die wij leveren efficiënter en goedkoper wordt... Dan zien we dat wat wij daarmee besparen niet naar ons terugvloeit, maar voor de zorgverzekeraar een besparing is. Wat wij willen zien is dat wij hiermee niet worden gekort op onze tarieven, maar dat wij dit geld weer kunnen inzetten om nog meer nieuwe initiatieven te realiseren.”

Binnen de huisartsenzorg wordt ervaren dat het inzetten op digitale zorg vaak een behoorlijke financiële investering vraagt, die niet altijd realistisch is. Om al deze verschillende financiële drempels te ondervangen en de inzet en adoptie van digitale zorg verder te brengen zijn er structurele en keten-overstijgende aanpassingen in de financieringsstructuur nodig. Dit vraagt om afstemming met zorgverzekeraars. Er wordt door de deelnemers aangegeven dat dit al veelvuldig gedaan wordt, maar dat daarin ook nog veel stappen gezet moeten worden en dat hierin ook meer initiatief vanuit zorgverzekeraars verwacht wordt.

“Bij thuismonitoring willen we patiënten weer terugverwijzen naar de eerstelijns, dus ook in de eerstelijns moet de financiering daar veel flexibeler bij passen. Dat zien wij als belemmering, we laten ons niet weerhouden, maar het kan nu omdat we transformatie gelden hebben van een aantal zorgverzekeraars.”

Zorgverzekeraars herkennen dat er vanuit zorgverleners een gebrek aan tijd, ruimte en geld wordt ervaren om stappen te maken. Dit is volgens hen echter een samenspel, waar alleen een verandering in financiering niet voldoende is en waarin alle partijen binnen een zorgpad de handen ineen moeten slaan. Daarnaast wordt er, met name vanuit de GGZ, genoemd dat er voor preventieve interventies budget nodig is vanuit gemeenten, wat weer via heel andere routes loopt.

Verdere samenwerking op alle niveaus kan zorgen voor minder versnippering in het digitale landschap

Eerder werd genoemd dat er door de deelnemers een positieve tendens wordt geschetst van betere samenwerking en gezamenlijke projecten voor zorginnovatie. Toch werd door de deelnemers ook de veelgehoorde uitspraak in het veld van de digitale zorg aangehaald: “Er bloeien 1000 bloemen.” Wat wordt bedoeld is dat digitale zorg leeft en dat er breed initiatief wordt genomen om er mee aan de slag te gaan. Dit heeft echter ook een keerzijde en het ‘versnipperde landschap’ wordt nog vaak genoemd als belemmering om grote stappen te kunnen zetten die grootschalig gaan bijdragen aan efficiëntere zorg met hoogwaardige kwaliteit. Deze versnippering wordt ervaren op verschillende vlakken. Ten eerste op het vlak van het aanbod.

“Voor iedere diagnosegroep heb je tientallen appjes en tools. Het is lastig om hierin de juiste keuzes te maken en uniformiteit te bieden, zodat je niet als patiënt in één ziekenhuis drie verschillende tools moet gebruiken.”

Ten tweede ervaren sommige deelnemers versnippering doordat veel organisaties zelf aan de slag gaan en uitwisseling van kennis en ervaring vaak nog veel beter kan. Daar waar er wordt samengewerkt, vaak op regionaal niveau of binnen ketenzorg, wordt dat als heel positief ervaren.

“Met gedeelde ervaringen zijn we sneller bij het resultaat. Dat wat voor ons goed werkt kan ook voor anderen werken, dus waarom zouden we het voor onszelf houden? De hoop is dat deze beweging zich als een olievlek verspreidt, waar samenwerking in goed vertrouwen essentieel is en er ruimte is om fouten te maken. Als je niet bereid bent iets mis te laten gaan dan doe je niets. In samenwerking met zorgkantoor en inspectie, die de controle blijven houden.”

Deze samenwerking moet verder gefaciliteerd en gestimuleerd worden, volgens de deelnemers.

“Er moeten goede platforms worden ingericht waarin dingen geprobeerd kunnen worden en zichtbaar worden gemaakt. Het landschap is enorm versnipperd. Dat is vaak frustrerend, want het is op kleine schaal, de bewijslast is te klein. We moeten iets doen om het te extrapoleren en het zichtbaar te maken. Nu worden er te veel dingen naast elkaar gedaan, dat zie je ook in projectfinanciering, maar we moeten meer gaan samenwerken en stroomlijnen.”

Ten slotte wordt er ook versnippering in overheidsinitiatieven ervaren. Deelnemers geven aan dat ze regelmatig moeite hebben om alle overheidsinitiatieven te volgen en hier goed gebruik van te maken. Er wordt daarom gepleit voor betere afstemming tussen, en communicatie door, landelijke organisaties en het ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Het ministerie van VWS zou dan een faciliterende rol kunnen spelen in het informeren van alle burgers en zorgprofessionals vanuit één centrale bron, zodat initiatieven breder gedragen kunnen gaan worden. Daarbij zien de deelnemers aanvullend een rol weggelegd voor (hun eigen) zorgorganisaties om de regie op verschillende vormen van, vaak organisatie-specifiek, beleid te nemen. Ook wordt stimulering van digitalisering via medische richtlijnen en wetgeving als zeer belangrijk benoemd, bijvoorbeeld via de Wet Maatschappelijke Ondersteuning, Zorgverzekeringswet en de Wet Langdurige Zorg.

Aandacht voor doorontwikkeling en randvoorwaarden blijft nodig: technisch, juridisch en ethisch moet het kloppen

De vorige thema's gaan veelvuldig over gedragsverandering – zowel op individueel als op organisatieniveau. Echter, wanneer het gaat over innoveren met digitale zorg zijn een passend tempo van doorontwikkeling en bijbehorende randvoorwaarden ook heel belangrijk. De huidige snelle (door)ontwikkelingen bieden tal van kansen en mogelijkheden, maar werpen ook regelmatig drempels op. Bijvoorbeeld doordat de snelle innovatie voor zorgorganisaties en medewerkers niet goed is bij te benen.

“Een product dat je als keteninformatiesysteem binnenhaalt met een app voor thuismetingen gaat ineens weer overboord en je kunt je medewerkers en patiënten weer opnieuw opleiden. Wat voor afspraken kun je ook maken met partijen die zaken leveren, zodat je ook voor de langere termijn, de implementatie waardevol genoeg kunt maken. Ik heb het idee dat ik soms het ene binnenhaal, en dan over een half jaar moet het weer anders. Ja dan krijg ik wel weerstand tegen digitalisering.”

Verder noemen deelnemers het belang van standaardisering van processen (voor data-uitwisseling), richtlijnen (voor zowel ontwikkeling als implementatie en gebruik) en grondige juridische en ethische kaders⁴. Deze randvoorwaarden brengen belangrijke discussies met zich mee.

“Juridische issues zijn soms lastig, zoals dataovereenkomsten, en de AVG [Algemene Verordening Gegevensbescherming]. Er is over het algemeen wel een mouw aan te passen, maar het kost heel veel tijd. Ieder ziekenhuis is hier afzonderlijk mee bezig. Dit kost heel de sector veel tijd.”

“Als je meer data gaat verzamelen krijg je meer informatie. Om al die data te verwerken en op waarde te schatten bestaan er ook technologische ontwikkelingen, zoals AI [Artificial Intelligence]. Maar de juridische en ethische gevolgen daarvan zijn ingewikkeld. We moeten als zorgverleners de beslisregels nog wel kunnen volgen. Iemand moet er ook de verantwoordelijkheid voor nemen, bijvoorbeeld wanneer ‘het systeem’ een mogelijke kankerdiagnose geeft.”

Een laatste punt dat genoemd wordt door de deelnemers is de toegang tot (goed) internet. Er zijn echter patiënten voor wie goede wifi niet beschikbaar en/of betaalbaar is.

⁴ In 2021 is het Wetsvoorstel elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz) naar de tweede kamer gestuurd dat regelt dat zorgverleners kunnen worden verplicht om bepaalde gegevens elektronisch uit te wisselen.

Reflectie

Er gaat al veel goed, maar er is nog veel verandering nodig

De resultaten uit de focusgroepen laten zien dat er al veel goed gaat in de transformatie naar een andere manier van zorg verlenen, waar digitale zorg een belangrijk onderdeel van is. Zorgorganisaties geven aan hard te werken aan het zetten van stappen, wat blijkt uit de grotere aandacht voor lange termijn visieontwikkeling op digitale zorg, gerichte inzet van e-health, ondersteuning van patiënten die daar behoefte aan hebben en aandacht voor gedragsverandering van zorgmedewerkers door coaching en opleiding. Dit illustreert ook dat er nog belangrijke knelpunten zijn om aan te pakken, in lijn met wat er in eerder onderzoek is gezien^{5,6}. Uit de focusgroepen komen veel signalen naar voren dat er vanaf de werkvloer vaak nog het gevoel heerst dat digitale zorg iets is wat 'er bij' komt, in plaats van dat het de zorg(processen) ondersteunt. Dit is in lijn met kwantitatief onderzoek van de E-healthmonitor, waarin zorgverleners (o.a.) rapporteren dat digitale toepassingen een negatief effect hebben op de (ervaren) werkdruk en dat het niet altijd ten goede komt van de kwaliteit van de zorg⁷. Digitale zorg vraagt niet alleen verandering van organisaties en processen, maar vooral ook van menselijk gedrag. Dit zit in de aanpassing van werkprocessen, opdoen van nieuwe vaardigheden en in omgaan met techniek. Om dit te stimuleren is het essentieel dat het duidelijk is wat de meerwaarde is van het inzetten van digitale zorg, zowel aan de kant van de zorgontvanger als aan de kant van de zorgverlener. De COVID-19 pandemie heeft, doordat er een acute meerwaarde was van digitale zorg, geresulteerd in nieuw opgedane ervaringen. In hoeverre dit zal leiden tot een blijvende verandering is nog de vraag. In 2022 zal er vanuit het RIVM een aparte rapportage verschijnen met een bundeling aan gegevens over de invloed van de COVID-19 pandemie op het gebruik van digitale zorg.

De benoemde belemmeringen lopen vaak in elkaar over en hebben sterke invloed op elkaar

In de focusgroepen die als basis hebben gediend voor deze rapportage zijn verschillende thema's besproken die aansluiten op de uitdagingen die de

zorg kent (zie Tekst box 2). Wat we zien, en wat ook blijkt uit deze rapportage, is dat er geen schotten zitten tussen de thema's – ze lopen in elkaar over en gaan vaak hand in hand. Er is vanuit een breed perspectief verandering nodig voor een duurzame kwaliteit van gezondheidszorg. Digitalisering van zorg zou niet moeten gaan om het anders uitvoeren van dezelfde zorg, maar om het herinrichten van gehele zorgprocessen. Dit anders organiseren van de zorg vraagt om een paradigmashift van zorgaanbieders en zorggebruikers, waarbij wordt gewerkt vanuit gebruikersperspectief en waarbij toegankelijkheid voorop staat.

De belangrijkste conclusie: zorgorganisaties en de overheid moeten gezamenlijk optrekken, waarbij de focus ligt op meerwaarde voor zorgverlener én patiënt en de aansluiting bij hun behoeften. Ook essentieel zijn blijvende aandacht voor doorontwikkeling, randvoorwaarden en een met de ontwikkelingen meegroeivende financieringsstructuur, binnen de hele zorgketen.

Verdere verdieping van de E-healthmonitor op zeven maatschappelijke uitdagingen in de (digitale) zorg

Een lange adem is en blijft nodig. De transformatie van de zorg gaat niet vanzelf en alle belanghebbenden hebben hierin een eigen rol en verantwoordelijkheden. Er zijn al veel initiatieven ter stimulering van zorgtransformatie en het is belangrijk dat deze gevonden en benut worden^{8,9}. In de E-healthmonitor wordt de komende twee jaar in het kader van een lerende evaluatie verdere verdieping gezocht op thema's die bij de adoptie en opschaling van digitale zorg een belangrijke rol spelen. Hierbij staan zeven maatschappelijke uitdagingen centraal, namelijk (1) organiseerbaarheid van zorg, (2) kwaliteit van zorg, (3) arbeidsmarktuiddagingen, (4) regie van de patiënt, (5), attitude ten aanzien van digitale zorg, (6) preventie en (7) toegankelijkheid van digitale toepassingen⁷. Daarnaast is er de komende jaren in de vorm van twee promotieonderzoeken aandacht voor verdieping op twee inhoudelijke thema's, namelijk digitale zorg voor kankerpatiënten in Nederland en het effect van digitale zorg op gezondheidsverschillen¹⁰.

⁵ Effectieve inzet van e-health in de ggz vraagt om een professionele aanpak mét en vóór cliënten en behandelaars. VWS Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd 2021.
⁶ Effectieve inzet van e-health in de verpleeghuiszorg vraagt om professionalisering bij zorgaanbieders. VWS Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd 2021.
⁷ E-healthmonitor 2021 – Stand van zaken digitale zorg. Van der Vaart et al. RIVM 2022.
⁸ Voortgang innovatie en zorgvernieuwing. Kamerbrief 2020.
⁹ Stand van zaken e-health in 2020. Rompelberg, et al. RIVM 2020.
¹⁰ <https://www.rivm.nl/e-health/e-healthmonitor>.

Colofon

Auteurs

Roos van der Vaart
Myrah Wouters
Anita Suijkerbuijk
Lilian van Tuyl
Jiska Aardoom
Anke Versluis
Cathy Rempelberg
Lucille Standaar
Liza van Deursen

Opdrachtgever

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Omslagfoto

Sander Koning Photo

Met dank aan

Peter Kemper, Lisa Janssen vanuit het RIVM en de deelnemers aan de focusgroepen.

Deze uitgave is tot stand gekomen in samenwerking met het Nivel en het National eHealth Living Lab

Deelnemers aan de focusgroepen:

Ingrid Andela – Zorggroep PoZoB
Matthieu Arendse – Tante Louise
Tom Bart – Jellinek
Niels van den Bogaard – Ontdek Zorg
Hans Buijing – Zorgthuisnl
Igor Dirx – Ikone
Adil El Yahyaoui – Rode Kruis Ziekenhuis Beverwijk
Tjerk Heijmens Visser – CZ zorgverzekeraars
Ingrid Hendriksen – Nederlands Huisartsen Genootschap
Hobbe Jan Hiemstra – ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum
Paulien Humme – GGZ Westelijk Noord Brabant
Dennis Japink – Menzis

Tinus Jongert – Nederlands Paramedisch Instituut
Monique Kappert – Franciscus Gasthuis & Vlietland
Joris Linssen – zorggroep Pantein
Henk Luijendijk – Zorgwaard Hoeksewaard
Sabine Niehoff – Dimence groep
Wietske van Norden – Pro Persona
Marjolein van der Pol – Elyse Klinieken voor Nierzorg
Klaartje Spijkers – Patiëntenfederatie
Laura Steman – Zorggroep Solis
Koen de Theije – Adrz
Anouschka Visser – GGZ Delftsland
Jonathan Zijp – Cordaan

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

Januari 2022

In samenwerking met:



De zorg voor morgen begint vandaag