





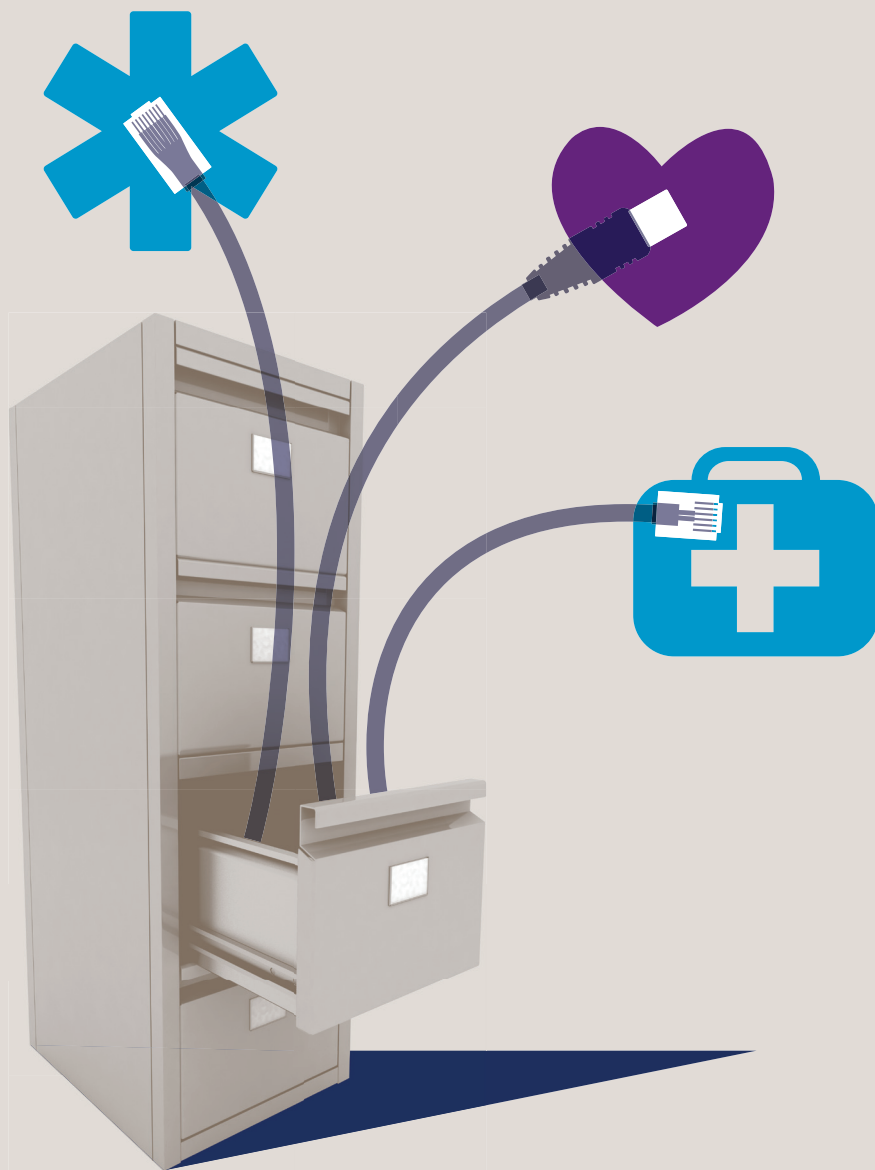
# Op naar meerwaarde!

---

## eHealth-monitor 2014

Johan Krijgsman  
José Peeters  
Arina Burghouts  
Anne Brabers  
Judith de Jong  
Fernaó Beenkens  
Roland Friele  
Lies van Gennip

Dit is een uitgave van Nictiz en het NIVEL  
Den Haag en Utrecht, oktober 2014  
© Nictiz en het NIVEL



## Inhoudsopgave

<b>Samenvatting</b>	<b>6</b>	6.3 Gebruik van zelftesten en online hulp	78
De kernboodschappen van 2014	8	6.4 Online behandeling bij psychiaters	78
Ontwikkelingen in het beleid	11	6.5 Telemonitoring	80
Aanbevelingen	11	6.6 Vergelijking tussen 2013 en 2014	82
Referenties	13	6.7 Conclusie en discussie	82
		6.8 Referenties	83
<b>1 Inleiding</b>	<b>16</b>	<b>7 Begeleiding op afstand</b>	<b>84</b>
1.1 Vraagstelling en indeling van eHealth-toepassingen	18	7.1 Inleiding	85
1.2 Onderzoeksmethode	20	7.2 Professionele ondersteuning aan huis	86
1.3 Indicatoren en items	20	7.3 Gebruik van internet en bekendheid met eHealth	86
1.4 Theoretisch kader	21	7.4 Begeleiding op afstand	87
1.5 Leeswijzer	22	7.5 Attitude van zorginstellingen	90
1.6 Referenties	23	7.6 Belemmeringen	93
<b>2 Ontwikkelingen sinds de eHealth-monitor 2013</b>	<b>24</b>	7.7 Vergelijking tussen 2013 en 2014	94
2.1 Op weg naar regie?	25	7.8 Conclusie en discussie	94
2.2 Terugblik op de aanbevelingen van 2013	27	7.9 Referenties	95
2.3 Referenties	29	<b>8 Elektronische dossiervoering door zorgverleners</b>	<b>96</b>
<b>3 Conclusie en discussie</b>	<b>30</b>	8.1 Inleiding	97
3.1 Beschikbaarheid en gebruik van eHealth-toepassingen	31	8.2 Elektronische dossiervoering door artsen	98
3.2 Ontwikkelingen in de tijd	34	8.3 Elektronische dossiervoering door verpleegkundigen	99
3.3 Gebruiksbeïnvloedende factoren en effecten	35	8.4 Vergelijking tussen 2013 en 2014	103
3.4 Discussie	39	8.5 Conclusie en discussie	104
3.5 Referenties	41	8.6 Referenties	105
<b>4 Zoeken en bijhouden van gezondheidsinformatie</b>	<b>42</b>	<b>9 Elektronische communicatie tussen zorgverleners</b>	<b>108</b>
4.1 Inleiding	43	9.1 Inleiding	109
4.2 Gebruik van internet door zorggebruikers	44	9.2 Tijdigheid en volledigheid van de informatie	110
4.3 Online informatie	45	9.3 Elektronische informatie-uitwisseling door artsen	111
4.4 Online bijhouden van gegevens	47	9.4 Elektronische informatie-uitwisseling door verpleegkundigen	125
4.5 Deelname aan een discussiegroep	48	9.5 Vergelijking tussen 2013 en 2014	127
4.6 Aanraden online zoeken en bijhouden gegevens	49	9.6 Conclusie en discussie	127
4.7 Vergelijking tussen 2013 en 2014	50	9.7 Referenties	128
4.8 Conclusie en discussie	51	<b>Bijlage A: Onderzoeksmethode</b>	<b>131</b>
4.9 Referenties	52	<b>Bijlage B: Indicatoren voor beschikbaarheid en gebruik van eHealth</b>	<b>140</b>
<b>5 Communicatie tussen zorggebruiker en zorgverlener</b>	<b>54</b>	<b>Bijlage C: Voorbeelden genoemd door zorggebruikers</b>	<b>147</b>
5.1 Inleiding	55	<b>Bijlage D: Voorbeelden genoemd door huisartsen</b>	<b>150</b>
5.2 Internetgebruik door zorggebruikers en zorgverleners	56	<b>Bijlage E: Voorbeelden genoemd door medisch specialisten</b>	<b>153</b>
5.3 Online contact tussen zorggebruikers en zorgverleners	57	<b>Bijlage F: Voorbeelden genoemd door psychiaters</b>	<b>156</b>
5.4 Online inzagemogelijkheden bij artsen	63		
5.5 Informeren over online contactmogelijkheden	68		
5.6 Belemmeringen en positieve effecten	68		
5.7 Vergelijking tussen 2013 en 2014	72		
5.8 Conclusie en discussie	72		
5.9 Referenties	74		
<b>6 Online behandeling</b>	<b>76</b>		
6.1 Inleiding	77		
6.2 Online behandeling door de fysiotherapeut	77		

*Bij dit rapport hoort een losse tabellenbijlage, de tabellenbijlage eHealth-monitor 2014.*



Samenvatting

Nederland is goed op weg met eHealth en daarmee in een goede uitgangspositie om de mogelijkheden van eHealth te benutten. In vergelijking met de eerste eHealth-monitor van 2013 zien we voor enkele eHealth-toepassingen een toename van beschikbaarheid of gebruik. Zo zeggen meer zorggebruikers dat ze online contact kunnen hebben met zorgverleners, zoals voor het maken van afspraken of het aanvragen van herhaalrecepten. Echt grote verschuivingen ten opzichte van vorig jaar zien we niet. Wel kregen we nieuwe inzichten, onder andere doordat we dit jaar - naast zorggebruikers en artsen - verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners hebben betrokken bij het onderzoek.

In vergelijking met het buitenland doen we het goed, bijvoorbeeld wat betreft dossiervoering en informatie-uitwisseling. Dat bleek al uit de eHealth-monitor van 2013 (Krijgsman et al., 2013) en we doen het op het punt van elektronische dossiervoering in 2014 nog beter dan vorig jaar.

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

Gunstig is ook, dat het inzicht is geworteld dat eHealth geen doel op zichzelf is, maar moet bijdragen aan betere zorg. Dan gaat het in de eerste plaats om meer mogelijkheden voor zelfmanagement voor patiënten, daarnaast om meer patiëntveiligheid, betere continuïteit van zorg, meer (inzicht in) kwaliteit, verhoogde toegankelijkheid voor patiënten en meer doelmatigheid. In deze samenvatting beschrijven wij de resultaten van de eHealth-monitor 2014 op hoofdlijnen en geven we onze aanbevelingen. Voor de verantwoording, gedetailleerde resultaten en onderbouwing van onze aanbevelingen verwijzen wij naar de verdere inhoud van dit rapport en de bijbehorende tabellenbijlage. Daarnaast is er een infographic beschikbaar op de websites van het NIVEL en Nictiz met de belangrijkste resultaten in cijfers.

## De kernboodschappen van 2014

Ondanks de gunstige uitgangspositie, zien we geen grootschalige inzet van eHealth over het gehele spectrum van toepassingen. Terwijl sommige toepassingen, zoals elektronische dossiervoering bij artsen en teledermatologie, breed zijn ingevoerd, blijven andere nog achter. Denk hierbij aan dossierinzage voor patiënten en het zelf online bijhouden door zorggebruikers<sup>1</sup> van gezondheidsgegevens of gegevens over doktersbezoeken of behandelingen. In de eHealth-monitor 2014 vonden we hier vier verklaringen voor:

- eHealth op de werkvloer is helaas nog niet altijd een kwestie van 'plug and play';
- procesinnovatie is ingewikkeld;
- zorggebruikers en zorgverleners ervaren bij sommige toepassingen onvoldoende meerwaarde;
- beoogde gebruikers zijn niet altijd bekend met de mogelijkheden.

*eHealth is het gebruik van nieuwe informatie- en communicatie-technologieën, met name internet-technologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren.*

### De mythe van 'plug and play'

De verwachtingen van eHealth zijn bij beleidsmakers en bestuurders vaak hoog en de technische mogelijkheden lijken onbegrensd. Maar de praktijk op de werkvloer is weerbarstig. Daar merken verpleegkundigen bijvoorbeeld dat nieuwe toepassingen geïntroduceerd worden zonder voldoende technische ondersteuning en training. Ook zijn er problemen met de techniek zelf:

draadloze netwerkverbindingen blijken niet overal beschikbaar, er moet informatie worden overgetypt omdat systemen onderling geen informatie kunnen uitwisselen, computersystemen werken soms traag of kampen met storingen, of de bediening wordt als omslachtig ervaren.

Drie kwart van de artsen ervaart belemmeringen bij het hebben van contact met patiënten via internet. Afgezien van een gebrek aan financiële vergoedingen, hebben zij onder andere last van onvoldoende technische support en van een tekort aan voldoende beveiligde systemen. Drie vijfde van de artsen ervaart daarnaast belemmeringen bij informatie-uitwisseling over patiënten, vooral omdat systemen slecht of in het geheel niet aan elkaar gekoppeld kunnen worden.

Ook twee vijfde van de verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners ervaart belemmeringen bij het toepassen van ICT in de zorg voor patiënten<sup>2</sup>. Daarbij staat tijdgebrek om zich te verdiepen in de toepassingen voorop, gevolgd door onvoldoende technische support en een gebrek aan kennis en vaardigheden om dit toe te passen.

Op de werkvloer ervaart men zo het verschil tussen de positieve verwachtingen en de praktijk. De belofte van 'plug and play' oplossingen, waar je 'direct mee aan de slag kunt', komt niet altijd uit. Een eHealth-toepassing werkt niet als hij 'over de muur wordt gegooid' (zoals een verpleegkundige dit uitdrukte). Ongeveer de helft van de verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners wil dan ook meer betrokken worden bij ICT-vernieuwingen.

<sup>1</sup> Wij bedoelen hiermee elke Nederlandse burger die toegang heeft tot de gezondheidszorg. Niet iedere zorggebruiker is noodzakelijk ook *patiënt*.

<sup>2</sup> In sommige sectoren van de zorg spreekt men niet van patiënten, maar van cliënten. Waar dit van toepassing is, kan in dit rapport in plaats van patiënt ook cliënt worden gelezen.



### **Procesinnovatie is moeilijk**

Vooralsnog eHealth-toepassingen die samengaan met veranderingen in het proces van zorgverlening, blijken lastig in te voeren. Het is belangrijk dat eHealth makkelijk kan worden ingepast en niet afleidt van het primaire zorgproces. Juist waar het werkproces verandert met de invoering van eHealth, doemen voor zorgverleners in de praktijk lastige vragen op die niet altijd makkelijk van tevoren te beantwoorden zijn. Wat als e-consult leidt tot een toename van e-mail die in de avond moet worden afgehandeld? Is goede triage nog wel mogelijk bij online afspraken? Ook potentiële risico's vormen een belemmering voor de implementatie, bijvoorbeeld als het gaat om de beveiliging van medische gegevens, de betrouwbaarheid van meetwaarden of ontbrekende informatie bij elektronische consulten. Zo vindt ruim een kwart van de huisartsen dat bij online contact met patiënten de communicatie niet duidelijk genoeg is en dat het minder efficiënt is dan telefonisch en face-to-face contact.

Ondanks dergelijke uitdagingen, blijken zorgprofessionals zeker niet afwijzend te staan tegenover eHealth. Het besef leeft 'dat eHealth eraan komt' en dat 'je er mee aan de slag moet', maar zorgprofessionals worstelen met veel praktische vragen over de gevolgen voor hun werkprocessen. Ze kunnen daarbij vooral veel aan elkaar hebben: "Hoe pak jij dit nu aan?" Zo blijkt soms, dat een collega al een oplossing heeft gevonden voor de zorgen van de ander, of dat verwachte problemen in de praktijk blijken mee te vallen. Vervolgens is er veel interesse in de vraag hoe de collega dan met een toepassing omgaat. Het is daarom belangrijk om onderlinge kennisuitwisseling tussen vakgenoten te bevorderen, vooral op het punt van praktische ervaringen, tips en 'best practices'.

### **Zorggebruikers en zorgverleners ervaren onvoldoende meerwaarde**

Het gebruik van diverse eHealth-toepassingen verschilt sterk. Er is een aantal aansprekende succesverhalen, zoals teledermatologie. Grootschalig gebruik van andere toepassingen blijft vooralsnog uit, zoals online dossierinzage voor patiënten (3% van de zorggebruikers zegt dat dit mogelijk is bij zijn huisarts, medisch specialist of fysiotherapeut), het zelf online bijhouden van gegevens over de gezondheid (6% van de zorggebruikers deed dit in het afgelopen jaar), of het zelf online bijhouden van gegevens over doktersbezoeken of behandelingen (2%).

De succesverhalen laten zien dat een voorwaarde voor het gebruik is, dat een eHealth-toepassing in een duidelijke behoefte voorziet. Een innovatie moet voldoende opleveren voor degene die hiervoor een inspanning moet leveren. Het blijkt moeilijk om te zorgen dat eHealth-toepassingen waar vanuit beleidsperspectief misschien veel verwacht wordt, automatisch aan die voorwaarde voldoen. De praktijk is nu vaak dat een eHealth-toepassing aanvankelijk extra geld en/of inspanning kost en (nog) onvoldoende meerwaarde biedt voor degene die erin investeert, of voor de beoogde gebruikers.

Die meerwaarde hoeft zeker niet alleen financieel te zijn. Als positieve effecten van het inzetten van eHealth noemen artsen bijvoorbeeld: toegenomen gemak voor patiënten ('verbeteren van de toegankelijkheid van mijn praktijk', 'patiënten vinden het prettig'), bescheiden efficiëntiewinst of een verbeterd imago ('het laat zien dat we met onze tijd meegaan').

Ook gemak in het werk is bij zorgverleners een drijfveer. Van de verpleegkundigen, verzorgenden en praktijk-ondersteuners maakt bijna de helft (45%) wel eens gebruik van mobiele apps. Voorbeelden hiervan zijn het farmacotherapeutisch kompas, allerhande rekenhulpen en apps die het mogelijk maken op de tablet-computer de actuele planning voor cliëntbezoeken te volgen. Het verminderen van de telefonische belasting blijkt voor huisartsen een belangrijke motivatie om afspraken via het internet mogelijk te maken.

Zorggebruikers waarderen eveneens toepassingen die hen direct gemak opleveren, zoals het maken van afspraken via internet en het online aanvragen van herhaalrecepten. De animo voor toepassingen die meer persoonlijke inspanning van de zorggebruiker vragen, zoals het zelf bijhouden van gezondheidsgegevens of gegevens over doktersbezoeken of behandelingen, is minder. Circa een op de vijf zorggebruikers wil hiervan gebruik maken, twee vijfde zegt dit niet te willen als dit voor hen van toepassing zou zijn.

Soms brengt de inzet van eHealth voor de één wel een duidelijke en concrete beloning, maar niet voor de ander. Een diabetespatiënte in ons onderzoek gaf aan dat ze dankzij een continue glucosemonitor die zij te leen had van haar zorgaanbieder, kan zorgen dat ze beter ingesteld blijft. Zij kon dit apparaat echter maar beperkte tijd gebruiken, omdat haar zorgaanbieder maximaal twintig apparaten vergoed kon krijgen. Daarboven moest de zorgaanbieder dus zelf investeren.

Voor een werkelijk grootschalige toepassing van eHealth is er een goede balans nodig tussen de investering (geld en tijdsinspanning) en de ervaren meerwaarde (betere

zorg, gemak en financiële vergoeding). Dat geldt voor zowel zorgverleners, zorginstellingen, als voor zorggebruikers. Het beperkte gebruik van sommige eHealth-toepassingen, zoals online inzage in het eigen dossier voor patiënten, of het zelf online bijhouden door zorggebruikers van gezondheidsgegevens of gegevens over doktersbezoeken of behandeling, wijst erop dat daar die balans nog onvoldoende positief is voor tenminste een deel van de betrokkenen.

### **Onbekendheid met de mogelijkheden**

Net als in 2013, valt op dat voor zorggebruikers de zichtbaarheid van wat er mogelijk is bij hun zorgverleners nog beperkt is. Veel mensen weten niet wat hun huisarts, tandarts, fysiotherapeut of medisch specialist aan online diensten aanbiedt. Dit geldt ook voor toepassingen waarvan zorggebruikers zeggen dat ze deze wel willen gebruiken als dit voor hen van toepassing is. Het is dan ook waarschijnlijk dat deze onbekendheid maakt dat het gebruik van het beschikbare aanbod achterblijft.

Naast onbekendheid onder zorggebruikers met het aanbod van zorgverleners, is er soms ook sprake van onbekendheid bij zorggebruikers en zorgverleners over elkaars behoeften en wensen. Zo twijfelen sommige artsen of hun patiënten wel behoefte hebben aan online dossierinzage, terwijl sommige patiënten juist ervaren dat hun arts hierin terughoudend is. Tegelijk geeft ongeveer de helft van de zorggebruikers aan dat zij dossierinzage willen en zegt ook de helft van de huisartsen wel inzage te willen geven in medicatie. Betere bekendheid met elkaars behoeften en wensen kan eraan bijdragen dat gewenste toepassingen eerder beschikbaar komen.

## Ontwikkelingen in het beleid

Het afgelopen jaar hebben diverse organisaties in de zorg elkaar nadrukkelijk opgezocht om samen belemmeringen voor eHealth aan te pakken. Voorbeelden hiervan zijn de Implementatie Agenda eHealth, die in 2014 werd gepubliceerd (KNMG, Nictiz, NPCF, VZVZ, Zorginstituut Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, 2014), Zelfzorg Ondersteund! (ZO!) en de visie Vitaal Thuis van de brancheorganisatie ActiZ en netwerkorganisatie VitaValley (ActiZ en VitaValley, 2013). Een aantal van de aanbevelingen uit de eHealth-monitor van 2013 is daarbij ter harte genomen. Zo wordt binnen de Implementatie Agenda eHealth gewerkt aan mogelijkheden om patiënten online medicatie-inzage te geven en aan afspraken rond informatie-uitwisseling, zoals voor ketenzorg.

Tegelijkertijd is de roep om landelijke regie op het gebied van eHealth, die we vorig jaar bij partijen in het zorgveld signaleerden, onverminderd actueel. Zie bijvoorbeeld het recente advies over patiënteninformatie van de Raad van de Volksgezondheid en Zorg, waarin het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) wordt opgeroepen om 'aan haar systeemverantwoordelijkheid invulling te geven door regie te voeren om de noodzakelijke veranderingen voor een informatievoorziening rondom de patiënt te realiseren' (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2014).

De afgelopen zomer verschenen brief 'e-health en zorgverbetering' (Minister en staatssecretaris van VWS, 2014) kan een belangrijke impuls tot die nationale regie geven. In deze brief stellen de bewindslieden concrete doelstellingen op het gebied van eHealth voor over vijf jaar<sup>3</sup>:

1. 40% van de Nederlanders en 80% van de chronisch zieken heeft direct toegang tot bepaalde medische gegevens en kan deze gebruiken in mobiele apps of internetapplicaties.
2. Van de chronisch zieken en kwetsbare ouderen kan 75% die dit wil en kan, zelfstandig metingen uitvoeren, veelal in combinatie met telemonitoring.
3. Iedereen die thuis zorg en ondersteuning ontvangt, kan domotica gebruiken en desgewenst via een beeldscherm 24 uur per dag een zorgverlener raadplegen.

De overheid wil zich volgens de brief samen met partijen in het zorgveld inzetten deze doelstellingen te realiseren en met hen een 'eHealth stappenplan' / 'roadmap' opstellen. De overheid zal daaraan zelf bijdragen met maatregelen om specifieke belemmeringen weg te nemen en met een programma om de informatie-uitwisseling te bevorderen.

## Aanbevelingen

De eHealth-monitor 2014 geeft aanleiding tot vijf aanbevelingen. De aanbevelingen van vorig jaar worden door de resultaten van 2014 herbevestigd:

- maak zorggebruikers duidelijk wat er kan;
- geef online dossierinzage aan patiënten, om te beginnen in het medicatiedossier;
- versterk de informatie-uitwisseling;
- vergroot de eHealth-deskundigheid onder zorgverleners.

De belangrijkste nieuwe aanbeveling is om krachtig te sturen op tastbare meerwaarde. De drie doelstellingen van de bewindslieden over inzage in het medische dossier, zelfmetingen en telemonitoring,

<sup>3</sup> Deze doelstellingen zijn gepubliceerd na het uitvoeren van het vragenlijstonderzoek voor deze editie van de eHealth-monitor. Op basis van de cijfers in dit rapport is niet volledig af te leiden wat de stand van zaken is ten aanzien van deze doelstellingen, omdat de onderzochte groep zorggebruikers een afspiegeling is van de Nederlandse bevolking. Er is dus geen afzonderlijk onderzoek gedaan onder chronisch zieken.

en beeldschermzorg (hierboven) kunnen daarin richtinggevend zijn. Met de eHealth-monitor kunnen wij de effecten hiervan blijven volgen.

### **Maak duidelijk wat er kan**

Zorgverleners zelf spelen een belangrijke rol bij het aan de man brengen van de eHealth-mogelijkheden die zij aanbieden. Hoewel hieraan al veel gebeurt, vertaalt dit zich kennelijk nog niet in een hoge mate van bekendheid met deze toepassingen onder zorggebruikers. Artsenorganisaties en patiëntenorganisaties kunnen gezamenlijk naar wegen zoeken om de voorlichting over wat er kan, effectiever te maken. Hier ligt een kans voor de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) in het kader van de Implementatie Agenda eHealth (KNMG, Kwaliteitsinstituut, Nictiz, NPCF, VZVZ en Zorgverzekeraars Nederland, 2014). Ook kunnen patiënten en zorgverleners in de praktijk het gesprek aangaan over elkaars verwachtingen, bijvoorbeeld als het gaat om online mogelijkheden, zodat daarvan een reëler beeld kan ontstaan.

### **Geef online dossierinzage aan patiënten**

Op het gebied van online dossierinzage voor patiënten, zijn de mogelijkheden nog beperkt. Ook hebben zorggebruikers en zorgverleners verschillende beelden over elkaars houding op dit punt. Voor inzage in medicatie blijkt wel draagvlak te bestaan bij zowel zorggebruikers (de helft wil zijn medische gegevens inzien) als zorgverleners. De helft van de huisartsen wil online inzage geven in medicatie en nog eens een tiende heeft daartoe plannen. Door het delen van deze informatie kan een beter beeld ontstaan over het actuele

medicatiegebruik van patiënten. Zoals hierboven aangegeven, hebben de minister en staatssecretaris van VWS op het punt van toegang tot en gebruik van dossiergegevens door patiënten een concreet doel voorgesteld (Minister en staatssecretaris van VWS, 2014). Ook zijn in de al eerder genoemde Implementatie Agenda eHealth projecten opgenomen die voor de patiënt inzage in en beschikking van medische gegevens moet bevorderen. De basis is hiermee gelegd. Nu zijn de partijen in de zorg (zorgaanbieders en zorgfinanciers) aan zet om dit te vertalen naar concrete doelstellingen die zij gezamenlijk kunnen realiseren.

### **Versterk de informatie-uitwisseling**

Een van de belemmeringen die maakt dat eHealth op de werkvloer niet altijd een kwestie van 'plug and play' is, is dat systemen slecht of in het geheel niet gekoppeld kunnen worden. Hier is in de praktijk wel veel behoefte aan, zowel binnen zorginstellingen als tussen zorginstellingen. Zo is in deze monitor gevraagd naar veel concrete voorbeelden van informatie-uitwisseling tussen zorgverleners onderling. Vrijwel in alle gevallen waarin zorgverleners zeggen dat bepaalde vormen van elektronisch sturen of ontvangen van informatie nog niet mogelijk zijn, geeft een grote groep aan dat dit wel wenselijk is. Dit betekent dat er een groot draagvlak is onder zorgverleners om de onderlinge elektronische uitwisseling van informatie uit te breiden.

Vanuit het ministerie van VWS is een informatie-uitwisselingsprogramma aangekondigd om tot goede, niet vrijblijvende afspraken te komen over informatie-uitwisseling (Minister en staatssecretaris van VWS, 2014). Het is belangrijk dat dit zich ook vertaalt naar acties op het niveau van zorgaanbieders en ICT-

leveranciers. Goede afspraken rond informatie-uitwisseling zijn voor hen ook een voorwaarde om de drie doelstellingen in de brief eHealth en zorgverbetering te kunnen realiseren.

### **Vergroot de eHealth-deskundigheid onder zorgverleners**

Er blijken veel vragen te leven bij individuele zorgverleners over hoe veranderingen in het proces, die samengaan met invoering van eHealth, het best kunnen worden aangepakt (wat zijn de 'best practices'?). Daarbij merken we op dat grote behoefte bestaat aan onderlinge uitwisseling van opgedane praktijkervaring met eHealth tussen vakgenoten. Dit geldt zowel voor artsen als voor verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners. Regionale ondersteuningsstructuren en beroepsverenigingen kunnen daar een rol bij spelen door actief zorgverleners met meer en minder eHealth-ervaring bij elkaar te brengen. Bij de implementatie van eHealth op de werkvloer is meer aandacht nodig voor begeleiding en deskundigheidsbevordering van verpleegkundigen en verzorgenden. Hierdoor zijn zij beter voorbereid om eventuele problemen zelf op te lossen en worden de problemen die zij niet zelf kunnen oplossen eerder opgemerkt. Het meer betrekken van verpleegkundigen en verzorgenden bij de invoering van eHealth-toepassingen, kan er ook toe leiden dat er meer gebruik van wordt gemaakt. De aandacht hiervoor kan mogelijk versterkt worden als organisaties van verpleegkundigen en verzorgenden meer worden betrokken bij samenwerkingsverbanden zoals hierboven beschreven onder 'ontwikkelingen in het beleid'.

### **Stuur op tastbare meerwaarde**

Een les van 2014 is dat ondanks de beloften voor bijvoorbeeld meer eigen regie of betere zorg voor de patiënt, de meerwaarde van sommige eHealth-toepassingen nog onvoldoende wordt ingezien. Denk hierbij aan online dossierinzage voor patiënten, of het zelf online bijhouden van gezondheidsgegevens of gegevens over doktersbezoeken of behandelingen. Voor brede groepen zorggebruikers en zorgaanbieders, is een betere balans nodig tussen meerwaarde - bijvoorbeeld in de vorm van meer eigen regie voor de patiënt en betere zorg - en de investeringen, in tijd en geld.

Het sturen op tastbare meerwaarde is niet eenvoudig. Het vraagt om een gezamenlijke inzet door de overheid, zorgaanbieders, patiëntenorganisaties, verzekeraars en het bedrijfsleven. De doelstellingen die zijn opgenomen in de recente beleidsbrief over eHealth en zorginnovatie (Minister en staatssecretaris van VWS, 2014) bieden een goed vertrekpunt voor die gezamenlijke inzet.

### **Referenties**

ActiZ en VitaValley. (2013). *Vitaal thuis - samenwerken aan langer thuis wonen*. VitaValley.

KNMG, Kwaliteitsinstituut, Nictiz, NPCF, VZVZ, ZN. (2014). *Implementatie Agenda eHealth*. KNMG, Kwaliteitsinstituut, Nictiz, NPCF, VZVZ, ZN.

Krijgsman, J., de Bie, J., Burghouts, A., de Jong, J., Cath, G., van Gennip, L. en Friele, R. (2013). *eHealth, verder dan je denkt - eHealth-monitor 2013*. Nictiz, NIVEL. Den Haag: Nictiz en het NIVEL.

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

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. (2014). *Patiënteninformatie - Informatievoorziening rondom de patiënt*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg.





# 1. Inleiding



Een caleidoscoop aan digitale mogelijkheden, dat is eHealth. Online een herhaalrecept aanvragen bij je huisarts. Op afstand jezelf laten monitoren door je cardiologieverpleegkundige. Met een mobiele app een persoonlijk gezondheidsdossier aanmaken en daarin je zelf gemeten bloeddruk vastleggen. Beeldbellen met de thuiszorg. Of op het juiste tijdstip je medicatie nemen dankzij een medicijn dispenser. Al deze voorbeelden komen voorbij in deze jaarlijkse eHealth-monitor.

Voor u ligt de tweede editie van de eHealth-monitor. De eHealth-monitor is een doorlopend onderzoek waarin Nictiz en het NIVEL jaarlijks de stand van zaken op het gebied van eHealth in Nederland in kaart brengen. Over welke eHealth-toepassingen beschikken zorggebruikers, artsen, verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners en in hoeverre maken ze gebruik van deze mogelijkheden?

Daarbij is eHealth natuurlijk geen doel op zich. In het beleid van de overheid is eHealth vooral bedoeld als een middel om in de zorg een beweging op gang te brengen naar meer zelfredzaamheid, zelfregie en zelfzorg van patiënten (Minister en staatssecretaris van VWS, 2014). In de praktijk kan er echter nog veel meer gedaan worden met eHealth dan er daadwerkelijk al gebeurt (Minister van VWS, 2012). Het beleid is erop gericht om eHealth breder in te zetten, om zo de zorg en ondersteuning meer om mensen heen te organiseren. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) vindt het daarom van belang dat de beschikbaarheid en het gebruik van eHealth worden gemonitord.

In de eHealth-monitor 2013 is op basis van beleidsdocumenten van verschillende organisaties een zestal

beleidsdoelen geïdentificeerd, waarvan wordt verwacht dat eHealth hieraan mogelijk kan bijdragen (Krijgsman et al., 2013):

- **Zelfmanagement:** in Europa en in Nederland wordt gestreefd naar een versterking van de rol van de patiënt in het zorgproces, waarbij de patiënt in staat wordt gesteld meer verantwoordelijkheid te nemen voor zijn gezondheid. Hij voelt zich daarbij in staat om deel te nemen in de besluitvorming met zijn zorgverleners en om de zorg beter in te passen in zijn dagelijks leven. eHealth kan het delen van informatie tussen patiënt en zorgverleners bevorderen en maakt het mogelijk de zorg meer op de patiënt af te stemmen.
- **Doelmatigheid en betaalbaarheid:** mits goed ingericht kan eHealth bijdragen aan tijdwinst voor de patiënt en de zorgverlener, en aan een verschuiving van werkzaamheden naar minder gespecialiseerde zorgverleners (zoals bijvoorbeeld bij teledermatologie waarbij de huisarts een foto maakt van een huid-aandoening en via internet advies vraagt aan een dermatoloog). Hierdoor kunnen mogelijk kosten worden bespaard.

- **Continuïteit van zorg:** bij de zorg voor patiënten moeten zorgverleners van verschillende disciplines vaak samenwerken. Het onderling delen van informatie tussen zorgverleners en de gezamenlijke toegang tot informatie voor zorgverlener en patiënt kunnen een goede continuïteit van zorg bevorderen.
- **Patiëntveiligheid:** voor de patiëntveiligheid is het van belang dat zorgverleners tijdig beschikken over juiste en relevante informatie over een patiënt. eHealth kan bijdragen aan een betere uitwisseling van informatie tussen zorgverleners onderling en tussen zorgverleners en patiënten. Ook vormen van beslissingsondersteuning met behulp van eHealth kunnen bijdragen aan de veiligheid van patiënten.
- **Kwaliteit van zorg:** voor een goed inzicht in de kwaliteit van zorg is betrouwbare informatie van belang. Uniforme registratie van gegevens vormt hiervoor de basis. Het gebruik van uniforme en gestandaardiseerde patiëntendossiers kan hieraan bijdragen.
- **Toegankelijkheid:** zorg is nog vaak tijd- en plaatsgebonden. De inzet van eHealth kan hier verandering in brengen, waardoor bijvoorbeeld zorg en werk beter te combineren zijn en minder mobiele patiënten minder hoeven te reizen. Deze beoogde resultaten van de inzet van eHealth tonen het belang aan van het zo goed mogelijk benutten van eHealth-toepassingen in de zorg. Het is daarom belangrijk om te volgen in hoeverre dergelijke oplossingen in de Nederlandse zorg zijn ingevoerd, zodat het beleid op het gebied van eHealth hierop kan worden afgestemd.

## 1.1 Vraagstelling en indeling van eHealth-toepassingen

De centrale vraagstelling van de eHealth-monitor is:

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

Deze vraag is nader uitgewerkt tot de volgende deelvragen:

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

Als definitie van eHealth wordt in dit rapport gehanteerd: het gebruik van nieuwe informatie- en communicatie-technologieën, met name internet-technologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren (Van Rijen et al., 2002).

De eHealth-monitor hanteert daarbij een brede opvatting van deze definitie. De monitor omvat allereerst online mogelijkheden voor de zorggebruiker zelf. Deze kan hij gebruiken zonder tussenkomst van een zorgprofessional, bijvoorbeeld het via internet zoeken naar informatie over gezondheid, zorg en zelfzorg. Daarnaast wordt gekeken

naar de contactmogelijkheden tussen zorggebruiker en zorgprofessional, zoals het online aanvragen van een herhaalrecept bij de huisarts, en vormen van online behandeling, bijvoorbeeld bij fysiotherapeut of psychiater. Verder wordt gekeken naar enkele specifieke toepassingen in de langdurige zorg, zoals toezichthoudende technieken en beeldbellen. Tenslotte wordt ingegaan op elektronische dossiervoering door zorgprofessionals en naar elektronische informatieuitwisseling tussen zorgprofessionals onderling.

Met het oog op het monitoren van ontwikkelingen in de tijd zou een te strikte afbakening van het begrip eHealth ongewenst zijn. Ook sluiten we met deze brede opvatting van eHealth aan op internationale voorbeelden van eHealth-benchmarks (Adler-Milstein et al., 2013; Dobrev et al., 2008).

De eHealth-monitor 2013 (Krijgsman et al., 2013) hanteerde een indeling van eHealth-toepassingen in vier thema's. In deze editie van de monitor zijn hieraan twee thema's toegevoegd, namelijk 'online behandeling' en 'begeleiding op afstand'. Deze twee thema's werden vorig jaar nog behandeld binnen het thema 'communicatie tussen zorggebruiker en zorgverlener', maar daarmee werd de opvatting van het begrip 'communicatie' vrij breed. De zes thema's van dit jaar worden hieronder besproken.

### **1. Het zoeken en bijhouden van gezondheidsinformatie**

Dit thema omvat zaken die de zorggebruiker zelf kan doen in zijn eigen leefomgeving. Denk hierbij aan het gebruik van internet en mobiele apps voor digitale zelftests, het zelf bijhouden van gegevens over de gezondheid of het deelnemen aan een online discussiegroep met lotgenoten.

### **2. Communicatie tussen zorggebruiker en zorgverlener**

In dit thema staan vormen van online communicatie tussen zorggebruiker en zorgverlener centraal. Hier onder vallen het online maken van afspraken met of het stellen van vragen aan de zorgverlener. Ook online inzage in het dossier van de zorgverlener (inclusief eventuele aanvullingen door de patiënt) wordt binnen dit thema besproken.

### **3. Online behandeling**

Voorbeelden van online behandeling zijn online behandeling door de fysiotherapeut, vormen van online hulp zoals aangeboden door psychiaters en ook telemonitoring, waarbij een patiënt op afstand onder controle is bij een zorgverlener.

### **4. Begeleiding op afstand**

Dit thema omvat inzet van eHealth-toepassingen voor begeleiding op afstand bij zorggebruikers thuis of in verpleeg- of verzorgingsinstellingen. Denk hierbij aan toezichthoudende technieken, sleuteloplossingen, personenalarmering, inzet van medicijndispensers en beeldcontact tussen patiënt en zorgcentrale.

### **5. Elektronische dossiervoering voor zorgverleners**

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

### **6. Elektronische communicatie tussen zorgverleners**

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

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

Voor elk van de thema's hebben we gekeken naar de beschikbaarheid en het gebruik van één of meer eHealth-toepassingen binnen het betreffende thema. De vragen die betrekking hebben op beïnvloedende factoren en (mogelijke) effecten worden zo veel mogelijk per thema besproken. In sommige gevallen was dit niet mogelijk en worden de vragen thema-overstijgend besproken.

De verschillende thema's kunnen niet los van elkaar worden gezien: tussen de thema's bestaat een samenhang. Zo vormt adequate dossiervoering door zorgverleners de (randvoorwaardelijke) basis voor elektronische communicatie tussen zorgverleners onderling. Het is ook de basis voor communicatie tussen zorgverlener en zorggebruiker. Ook voor goede online behandeling is de koppeling van online behandelmodules met het patiëntendossier van de zorgverlener van groot belang.

## 1.2 Onderzoeksmethode

De eHealth-monitor wordt uitgevoerd door middel van een vragenlijstonderzoek onder representatieve groepen van zorgprofessionals en zorggebruikers. Dit jaar werd het vragenlijstonderzoek uitgevoerd onder huisartsen, medisch specialisten, psychiaters, verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners en zorggebruikers. Dit vragenlijstonderzoek is aangevuld met kwalitatief onderzoek. In 2014 is dit uitgevoerd door drie focusgroepen met respectievelijk zorggebruikers, artsen en verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkonder-

steuners. Deelnemers aan de groepsgesprekken zijn geworven onder respondenten van de vragenlijsten die hadden aangegeven open te staan voor deelname aan vervolgonderzoek. De leden van de focusgroepen zijn gevraagd te reflecteren op de uitkomsten van het vragenlijstonderzoek. Bijlage A bevat meer informatie over de methode van het onderzoek.

## 1.3 Indicatoren en items

In de eHealth-monitor volgen we ontwikkelingen in de tijd. Daarom streven we ernaar om indicatoren voor de beschikbaarheid en het gebruik van eHealth stabiel te houden. Tegelijkertijd is het soms nodig om vragen aan te scherpen of te vervangen en nieuwe interessante toepassingen toe te voegen.

De tabellen B-1 tot en met B-6 in bijlage B van dit rapport illustreren tot welke balans dit in de eHealth-monitor 2014 heeft geleid. Voor elk van de zes hiervoor gepresenteerde thema's laten deze tabellen zien welke eHealth-toepassingen (*items*) zijn opgenomen in 2014. Een 'H' in de tabel geeft aan dat de meting een herhaling betrof ten opzichte van 2013, een 'N' betreft een nieuw *item*.

Met name toepassingen voor de communicatie tussen zorggebruiker en zorgverlener of voor online behandeling zijn vanuit beide gebruikersperspectieven interessant. Daarom geven enkele tabellen ook aan welke groepen over deze toepassingen zijn ondervraagd.

Naast de indicatoren op het gebied van beschikbaarheid en gebruik van toepassingen, kijken we in de eHealth-monitor ook naar belemmeringen voor eHealth en naar de ervaren effecten van eHealth. Ook hiervoor hebben

we een aantal indicatoren herhaald en andere toegevoegd. Een deel van deze indicatoren gaat ook over attitude (bijvoorbeeld de mate waarin ergens belang aan wordt gehecht). Tabel B-7 in bijlage B geeft inzicht in deze indicatoren.

### **Veranderingen ten opzichte van het voorgaande jaar**

Vorig jaar hebben we aangekondigd dat deze editie van de eHealth-monitor ook een focus zou hebben op de langdurige zorg. In 2014 hebben we daarom verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners als aparte groep bevroegd. Dit is interessant omdat deze groep relatief weinig wordt onderzocht (Dobrev et al., 2008), maar vooral omdat deze groep een belangrijke rol speelt bij de implementatie van eHealth (Dohmen, 2012). Voor deze groep is gebruik gemaakt van het Panel Verpleging & Verzorging van het NIVEL.

Enkele vragen over specifieke toepassingen zijn niet herhaald, omdat ze in de eHealth-monitor 2013 al dicht bij 100% beschikbaar zaten. Herhaling zou naar verwachting niet tot nieuwe inzichten leiden. Dit geldt bijvoorbeeld voor de verschillende gegevenssoorten bij dossiervoering die in 2013 zijn uitgevraagd.

Ook zijn enkele vragen aangepast omdat dit tot meer bruikbare informatie zou leiden, waarbij dit soms ten koste ging van de vergelijkbaarheid. Hierbij is een afweging gemaakt tussen de waarde van de verkregen informatie en het belang van continuïteit. Dit geldt bijvoorbeeld voor vragen over de elektronische gegevensuitwisseling, waarbij inzicht nodig was over de mate waarin de verschillende mogelijke vormen van gegevensuitwisseling relevant zijn voor de ondervraagde.

## **1.4 Theoretisch kader**

Er bestaan diverse theoretische raamwerken die ingaan op het verklaren van de adoptie van technologie door gebruikers (Venkatesh en Smith, 2003). Een bekend en populair model dat zich niet zozeer beperkt tot de adoptie van technologie, maar breder ingaat op de verspreiding van innovaties, is Everett Rogers' model over de verspreiding van innovaties. Dit model probeert te verklaren hoe innovaties zich verspreiden over de deelnemers binnen een sociaal systeem (Rogers, 2003). Rogers onderscheidt vijf karakteristieken van innovaties die de adoptie ervan beïnvloeden. Een van deze eigenschappen is *'relative advantage'*, dit is de mate waarin een innovatie wordt ervaren als beter dan wat er eerder was. Een innovatie moet duidelijk iets opleveren en een beloning inhouden voor de gebruiker, waardoor de innovatie aantrekkelijk en wenselijk wordt. Het gaat om toegevoegde waarde. Oplossingen moeten in een duidelijke behoefte voorzien. Daarnaast moeten de resultaten zichtbaar zijn voor anderen (*'observability'*) en aansluiten bij de waarden, ervaringen en behoeften van de gebruikers (*'compatibility'*). Tenslotte moeten innovaties eenvoudig te begrijpen en te gebruiken zijn (*'complexity'*) en makkelijk uit te proberen zijn (*'trialability'*).

Het is niet onze intentie om de adoptie van eHealth in Nederland te toetsen aan de theorie van Rogers of om te proberen de eHealth-ontwikkelingen volledig te verklaren aan de hand van dit model. Wel refereren we in de conclusies en discussie aan het model, omdat dit goede handvatten biedt voor de duiding van enkele eHealth-ontwikkelingen en inzicht geeft in de beïnvloedende factoren die daar een rol bij spelen.

## 1.5 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 worden de beleidsontwikkelingen op het gebied van eHealth sinds 2013 besproken. Hoofdstuk 3 geeft antwoord op de onderzoeksvragen en geeft de belangrijkste resultaten uit deze eHealth-monitor weer. Ook worden op grond van de resultaten enkele aanbevelingen geformuleerd.

In hoofdstuk 4 tot en met 9 komen vervolgens de resultaten van het uitgevoerde vragenlijstonderzoek voor elk van de zes genoemde thema's aan de orde. Hierbij worden ook, waar van toepassing, de resultaten toegelicht aan de hand van kwalitatieve gegevens die zijn verzameld in de focusgroepen.

De hoofdstukken zijn, in aansluiting bij de zes thema's:

- het zoeken en bijhouden van gezondheidsinformatie (hoofdstuk 4);
- communicatie tussen zorggebruiker en zorgverlener (hoofdstuk 5);
- online behandeling (hoofdstuk 6);
- begeleiding op afstand (hoofdstuk 7);
- elektronische dossiervoering door zorgverleners (hoofdstuk 8);
- elektronische communicatie tussen zorgverleners (hoofdstuk 9).

De eHealth-toepassingen die in de diverse hoofdstukken aan de orde komen zijn beschreven in tabel B-1 tot en met B-6 in bijlage B.

In dit rapport spreken we over *zorggebruikers*, waarmee we elke Nederlandse burger die toegang heeft tot de gezondheidszorg bedoelen. Niet iedere zorggebruiker is noodzakelijk ook *patiënt*. Waar we in dit rapport de term patiënt gebruiken, bedoelen we niet alleen mensen die onder behandeling zijn bij een zorgverlener,

maar ook mensen die ingeschreven staan bij een zorgverlener of zorginstelling. In sommige sectoren van de zorg spreekt men niet van patiënten, maar van cliënten. Waar dit van toepassing is, kan in dit rapport in plaats van patiënt ook cliënt worden gelezen. In vragenlijsten is, waar dit voor de duidelijkheid noodzakelijk was, gesproken van patiënt/cliënt. In tabellen en grafieken die gebaseerd zijn op de teksten uit vragenlijsten, is patiënt/cliënt niet vervangen door patiënt.

In dit onderzoek hebben we onder andere gebruik gemaakt van het Panel Verpleging & Verzorging van het NIVEL, dat bestaat uit verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners. Voor het gemak van de lezer zullen we regelmatig spreken over 'verpleegkundigen'. Tenzij expliciet anders vermeld, bedoelen we daarmee alle drie de groepen.

Bij het bespreken van de resultaten uit dit panel, splitsen we deze enkele keren uit in de resultaten voor de *cure* en voor de *care*. Tot de *cure* rekenen we verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners in huisartsenpraktijken, gezondheidscentra en ziekenhuizen. Tot de *care* rekenen we verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam in thuiszorg, verpleeg- en verzorgingshuizen, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg.

## 1.6 Referenties

Adler-Milstein, J., Ronchi, E., Cohen, G., Pannella Winn, L., & Jha, A. (2013). *Benchmarking health IT among OECD countries: better data for better policy*. From Jamia (journal of American Medical Information Association): <http://jamia.bmj.com/content/early/2013/05/29/amiajnl-2013-001710.full>

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

Dohmen, D. (2012). *De 'e' van e-Health, juiste energie voor optimale implementatie van moderne technologie in de zorg thuis*. Futurelab voor de Zorg.

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

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

Minister van VWS. (2012). *Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten Generaal betreffende E-health*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of Innovations - fifth edition*. New York: Simon & Schuster Ltd.

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

Venkatesh, V. en Smith, R. (2003). *User Acceptance of Information Technology: Toward a Unified View*. MIS Quarterly, vol. 27, nr. 3, p. 425-478.



## 2. Ontwikkelingen sinds de eHealth-monitor 2013



Ook in het afgelopen jaar was er, zowel op Europees niveau als in Nederland, veel aandacht voor eHealth en – als onderdeel daarvan – mHealth (mobile health). In dit hoofdstuk gaan wij daarom kort in op een aantal rapporten en beleidsuitingen die zijn verschenen sinds de vorige eHealth-monitor. De bedoeling hiervan is om context te bieden bij de resultaten van 2014. We streven niet naar een uitputtend overzicht, maar noemen enkele publicaties die inzicht geven in de houding van diverse organisaties in de zorg op het gebied van eHealth. Verder kijken we in dit hoofdstuk terug op de aanbevelingen uit de eHealth-monitor 2013 en beschrijven we enkele ontwikkelingen die hiermee samenhangen.

## **2.1 Op weg naar regie?**

### **2.1.1 Europees beleid**

In het kader van het Actieplan e-gezondheidszorg 2012-2020 van de Europese Commissie (Europese Commissie, 2012) verscheen in april 2014 een groenboek over mobiele gezondheidszorg (Europese Commissie, 2014). Het groenboek presenteert mHealth als een instrument bij het aanpakken van problemen als vergrijzende bevolking en toegenomen begrotingsdruk. Het benoemt ook een aantal te overwinnen problemen, waaronder uitdagingen op het gebied van gegevensbescherming, onduidelijkheid over de veiligheid van mobiele apps, gebrek aan interoperabiliteit en aansprakelijkheidsproblematiek.

In een reactie van het Nederlandse kabinet (Minister van VWS, 2014) zegt de minister van VWS dat mHealth en eHealth kunnen bijdragen aan kwaliteit van leven en welzijn. Ook kunnen ze volgens haar een positieve economische impact hebben en de internationale

concurrentiepositie van Nederland verstevigen.

Een aantal zaken rondom eHealth moeten volgens de minister bij voorkeur op het niveau van de lidstaten georganiseerd worden, zoals bekostiging en vergoedingen. Voor andere zaken is er een Europese rol weggelegd, namelijk voor de beveiliging van gezondheidsgegevens, het ondersteunen van onderzoek en innovatie en het ontwikkelen van kennis en best practices.

### **2.1.2 Nederlands beleid**

In de begin juli 2014 verschenen uitgave 'De maatschappij verandert, verandert de zorg mee?' (Ministerie van VWS, 2014) schetsen minister Schippers en staatssecretaris van Rijn van VWS hun visie op ontwikkelingen in de maatschappij en de zorg. "We moeten stoppen met denken vanuit de systemen van de zorg en in plaats daarvan denken vanuit de mensen die gebruik maken van de zorg. Nieuwe technologie kan daarbij een belangrijke rol spelen, maar dat vergt wel een omslag bij de zorginstellingen" (Ministerie van VWS, 2014).

Vorig jaar zagen we in de eHealth-monitor dat partijen in het zorgveld vragen om regie op het gebied van eHealth. In de onlangs verschenen kamerbrief over eHealth en innovatie (Minister en staatssecretaris van VWS, 2014) stellen de bewindslieden van VWS concrete doelstellingen op het gebied van eHealth. Deze liggen op het gebied van beschikking van de patiënt over zijn medische gegevens, de beschikbaarheid van telemonitoring-mogelijkheden en de toegang tot beeldschermzorg voor ouderen in de thuissituatie. Hiermee geven de minister en staatssecretaris hun invulling aan de vraag om regie. Daarnaast kondigen ze maatregelen aan om specifieke belemmeringen weg te nemen. Deze liggen op het gebied van informatie-uitwisseling en interoperabiliteit, bekostiging en zorginkoop, kwaliteit en handhaving en ondersteuning van implementatie.

De uitdagingen op het gebied van de informatievoorziening in de zorg werden in juli 2014 uitgebreid geschetst in een advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ). In hun advies (RVZ, 2014) speelt de positie van de patiënt een belangrijke rol. Om die positie te versterken vindt de RVZ het belangrijk dat patiënten kunnen beschikken over hun medische informatie en hiervoor gebruik kunnen maken van persoonlijke gezondheidsdossiers. Maar ook geeft de RVZ aan dat de informatievoorziening voor zorgverleners zelf en de registratie van kwaliteitsgegevens in de zorg moeten worden verbeterd.

### **2.1.3 Coalities**

In november 2013 sloten de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), het Kwaliteitsinstituut, Nictiz, de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), de Vereniging van

zorgaanbieders voor zorgcommunicatie (VZVZ), het Zorginstituut Nederland en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) het convenant Governance eHealth 2014 -2019 (KNMG, Nictiz, NPCF, VZVZ, Zorginstituut Nederland, ZN, 2013) om gezamenlijk belemmeringen weg te nemen op het punt van financiering, standaardisatie, onbekendheid van/met eHealth en ontbrekende regie. Dit zijn belemmeringen die zijn benoemd in de eHealth-monitor 2013.

De vier partijen verenigd in 'Zorg voor Innoveren' - VWS, Zorginstituut Nederland, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en ZonMw - maakten een start met eHealth-financiering.nl om meer inzicht te verschaffen in de financieringsmogelijkheden van eHealth. Ook zijn er coöperaties, waarin verschillende partijen samenwerken om bepaalde vormen van eHealth te stimuleren, zoals de coöperatie Zelfzorg Ondersteund (ZO!) die zich richt op het stimuleren van gestandaardiseerde zelfzorgplatformen (Zelfzorg Ondersteund! - Werkgroep Tooling, 2014).

Voor de inzet van technologie voor ouderen werden in het afgelopen jaar ook diverse samenwerkingsverbanden aangekondigd. De zes organisaties Stichting KIEN, Uneto-Vni, Fedet, ExperTel, VitaValley en Slimmer Leven 2020 tekenden in juni 2014 een intentieverklaring (Uneto-Vni, 2014). Hierin spraken ze af dat zij zich gezamenlijk gaan inspannen om ervoor te zorgen dat ouderen langer zelfstandig thuis kunnen blijven wonen door de inzet van innovatieve (elektro)technologie. Het gaat hier om branche- en netwerkorganisaties die activiteiten ontplooiën op het gebied van zorg op afstand en technologie, ter ondersteuning van de zorg thuis en het wooncomfort. De brancheorganisatie van zorgondernemers ActiZ en netwerkorganisatie VitaValley

hebben samen een visie ontwikkeld over de inzet van technologie om veilig, verzorgd en langer comfortabel thuis wonen te stimuleren (ActiZ en VitaValley, 2013).

#### **2.1.4 Samenwerking en regie**

Uit de diverse beleidsuitingen en aankondigingen van samenwerkingsverbanden blijkt het toenemende inzicht in de belemmeringen voor de verdere uitbreiding van de inzet van eHealth. Maar ook het belang van samenwerking om deze belemmeringen het hoofd te bieden wordt duidelijk. Verschillende organisaties in de zorg zoeken elkaar nadrukkelijk op. Overeenstemming over de te bereiken doelen is daarbij een voorwaarde voor succes. Het feit dat de minister van VWS concrete doelstellingen heeft geformuleerd in haar recente brief over eHealth en zorgverbetering kan mogelijk helpen om de vele verschillende initiatieven te richten en om krachten te bundelen (Minister en staatssecretaris van VWS, 2014).

## **2.2 Terugblik op de aanbevelingen van 2013**

Vorig jaar werden in de eHealth-monitor een vijftal aanbevelingen gedaan. Sinds het uitkomen van de eHealth-monitor 2013 zijn op enkele van deze punten ontwikkelingen te zien, die we niet onvermeld willen laten.

### **2.2.1 Maak bekend wat al kan**

Een aanbeveling van vorig jaar was om onder het grote publiek meer bekendheid te geven aan wat er al kan. Het ligt voor de hand om daarbij gericht aandacht te besteden aan toepassingen waarvoor de drempel laag is, zoals elektronisch afspraken maken, elektronische consulten, herhaalrecepten en herinneringen via sms. Het gericht bevorderen van het gebruik van dergelijke toepassingen kan mogelijk ook het draagvlak voor andere toepassingen vergroten.

Zorgverleners zelf spelen een belangrijke rol bij het onder de aandacht brengen van de mogelijkheden en doen hieraan al veel. Dit vertaalt zich echter nog niet in een hoge mate van bekendheid met deze toepassingen onder zorggebruikers. Zorgaanbieders zouden meer onderling en met patiënten- en/of consumentenorganisaties kunnen bespreken welke aanpak aantoonbaar effectief blijkt om de online mogelijkheden onder de aandacht te brengen. Mogelijk ligt hier een kans voor KNMG en NPCF in het kader van de Implementatie Agenda eHealth (KNMG, Nictiz, NPCF, ZN, VZVZ, Zorginstituut Nederland, 2014).

### **2.2.2 Inzage in en beschikking over het medicatiedossier**

Bij dossierinzage voor patiënten kan in eerste instantie gedacht worden aan medicatie. Hiervoor bestaat draagvlak bij zowel zorggebruikers als zorgverleners, bleek vorig jaar. In de praktijk zijn de inzagemogelijkheden voor patiënten nog beperkt, laat staan dat de patiënt zijn gegevens desgewenst kan gebruiken in mobiele apps of internetapplicaties. Een buitenlands voorbeeld waarbij dit wel mogelijk is, is in het Amerikaanse Blue Button programma (ONC, US Department of Health and Human Services, 2014).

Inmiddels hebben de minister en staatssecretaris van VWS op het punt van toegang tot en gebruik van dossiergegevens door patiënten concrete doelen voorgesteld. Ook hebben de partijen die zijn verenigd in het covenant Governance eHealth projecten in hun agenda opgenomen die voor de patiënt inzage in en beschikking over medische gegevens moeten bevorderen. Hieronder valt het project 'patiëntparticipatie bij medicatieveiligheid' en het project

‘persoonlijk gezondheidsdossier kader 2020’ (KNMG, Nictiz, NPCF, ZN, VZVZ, Zorginstituut Nederland, 2014). In een recent advies heeft de RVZ bepleit dat patiënten op vrijwillige basis en met keuzevrijheid moeten kunnen beschikken over een persoonlijk gezondheidsdossier (RVZ, 2014). Beschikking over medicatiegegevens kan hierin een eerste stap zijn. In de jaarlijkse eHealth-monitor blijven we dit volgen.

### **2.2.3 Versterk de elektronische uitwisseling van informatie**

Hoewel Nederland het niet slecht doet op het gebied van elektronische informatie-uitwisseling tussen zorgverleners, geven artsen zelf aan dat ze het wenselijk vinden dat de mogelijkheden worden verruimd. Elektronische informatie-uitwisseling is al langere tijd onder de aandacht van veel organisaties in het zorgveld. Het is echter een complex werkgebied. Informatie-uitwisseling vereist heldere afspraken tussen meerdere organisaties, complexe procesafstemming, interoperabiliteit van verschillende systemen van meerdere leveranciers op basis van overeengekomen standaarden, technische deskundigheid en maatregelen op het gebied van informatiebeveiliging en privacy.

Met name bij de uitwisseling van informatie zijn gemeenschappelijke doelstellingen van partijen in het zorgveld essentieel. Ook van belang zijn de juiste prikkels voor ICT-leveranciers en zorgaanbieders om in actie te komen. De minister en staatssecretaris hebben hiervoor een programma aangekondigd (Minister en staatssecretaris van VWS, 2014) naar het voorbeeld van het Amerikaanse ‘*meaningful use*’ (Centers for Medicare and Medicaid Services, 2014). Dit informatie-uitwisselingsprogramma voor Nederland gaat zich richten op

“verbeterde informatievoorziening, meer transparantie, versterking van de positie van de patiënt en, daaraan gekoppeld, een basis voor de uitvoering van innovatieve ICT-toepassingen”.

### **2.2.4 Vergroot bewustzijn en deskundigheid onder zorgverleners**

Vorig jaar merkten we op dat de aandacht voor ICT in de zorg in opleidingen van zorgverleners meer aandacht verdient. Dit werd in mei 2014 bevestigd door de resultaten van een peiling van de KNMG en AMC/UvA, waarin 82% van de artsen aangaf de eigen kennis en vaardigheden op het gebied van zorg-ICT en eHealth te willen uitbreiden (KNMG, 2014). Opleidingsinstituten, beroepsverenigingen en ondersteunende organisaties, zoals regionale ondersteuningsstructuren (ROS'en) kunnen hiermee aan de slag. Het ZonMw-programma ‘actieplan e-health’ (ZonMw, 2013) richt zich op het ontwikkelen en delen van beschikbare kennis over implementatie van eHealth-toepassingen, waaronder de ontwikkeling van methoden en hulpmiddelen die erop gericht zijn om bestaande kennis te delen.

We zien dus dat verschillende aanbevelingen uit 2013, bijvoorbeeld dossierinzage en informatie-uitwisseling, inmiddels de aandacht hebben van belanghebbenden. Inzet op deze punten blijft overigens noodzakelijk. In hoofdstuk 3 komen we terug op enkele van deze aanbevelingen op basis van de resultaten van deze editie van de eHealth-monitor.

## 2.3 Referenties

ActiZ en VitaValley. (2013). *Vitaal thuis - samenwerken aan langer thuis wonen*. VitaValley.

Centers for Medicare and Medicaid Services. (2014, april). *An introduction to: Medicare EHR Incentive Program for eligible professionals*. Opgeroepen op 07 10, 2014, van CMS.gov - Centers for Medicare & Medicaid Services: [http://www.cms.gov/eHealth/downloads/eHealthU\\_IntroMedicareEPs.pdf](http://www.cms.gov/eHealth/downloads/eHealthU_IntroMedicareEPs.pdf)

Europese Commissie. (2012). *Actieplan e-gezondheidszorg 2012-2020 - Innovatieve gezondheidszorg voor de 21e eeuw*. Brussel: Europese Commissie.

Europese Commissie. (2014). *Groenboek over mobiele gezondheidszorg ("m-gezondheidszorg")*. Brussel: Europese Commissie.

KNMG. (2014, mei). *Behoeftte aan ICT-onderwijs groot onder artsen*. Opgehaald van KNMG - Nieuws: <http://knmg.artsennet.nl/Nieuws/Overzicht-nieuws/Nieuwsbericht/144373/Behoeftte-aan-ICTonderwijs-groot-onder-artsen.htm>

KNMG, Nictiz, NPCF, ZN, VZVZ, Zorginstituut Nederland. (2014). *Implementatie Agenda eHealth*. KNMG, Nictiz, NPCF, ZN, VZVZ, Zorginstituut Nederland.

Minister van VWS. (2014). *Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer betreffende concept reactie Groenboek m-gezondheidszorg*. Den Haag: Ministerie van VWS.

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

Ministerie van VWS. (2014). *De maatschappij verandert. Verandert de zorg mee?* Ministerie van VWS.

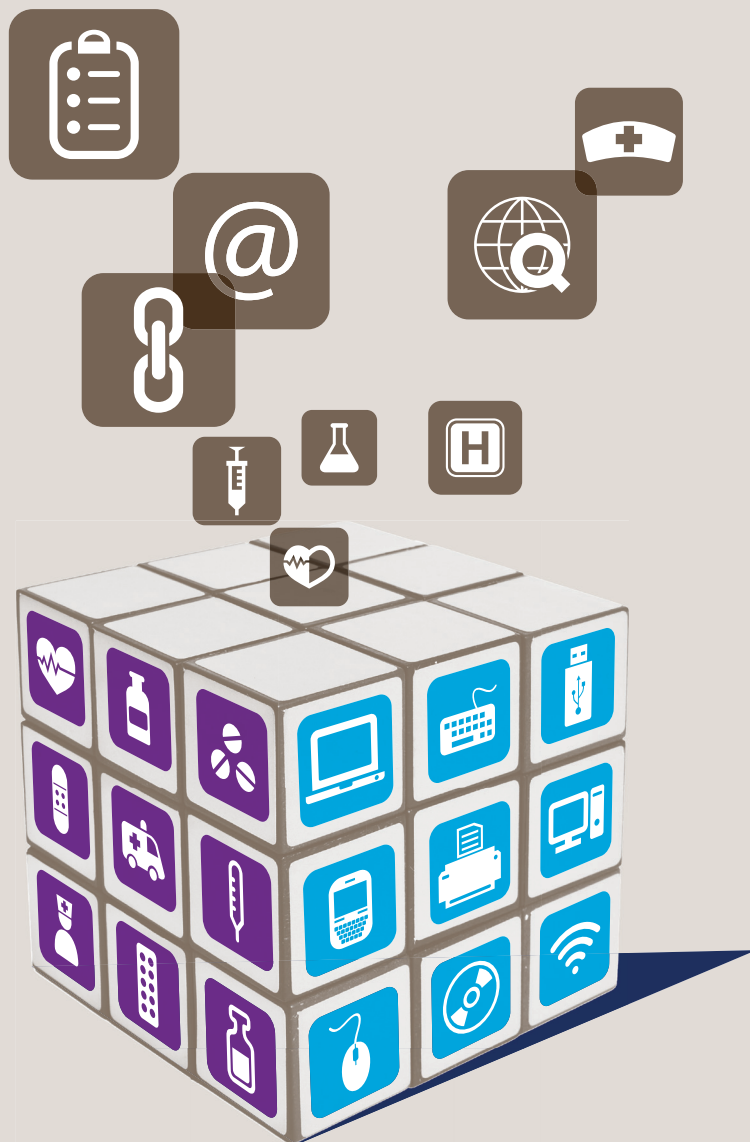
Office of the National Coordinator for Health Information Technology, US Department of Health and Human Services. (2014). *Your Health Records - About Blue Button*. Opgehaald van HealthIT.gov: <http://www.healthit.gov/patients-families/blue-button/about-blue-button>

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. (2014). *Patiënteninformatie - Informatievoorziening rondom de patiënt*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg.

Uneto-Vni. (2014). *Installatiebranche, industrie en zorg slaan handen ineen voor langer zelfstandig wonen*. Opgehaald van Uneto-Vni: <http://www.uneto-vni.nl/actueel/installatiebranche-industrie-en-zorg-slaan-handen-ineen-voor-langer-zelfstandig-wonen-uneto-vni>

Werkgroep Tooling Coöperatie Zelfzorg Ondersteund! (2014). *Basiseisen platforms voor ondersteunende zelfzorg*. Zelfzorg Ondersteund!

ZonMw. (2013). *Actieplan eHealth implementatieonderzoek*. Den Haag: ZonMw.



### 3. Conclusie en discussie

Dit hoofdstuk beantwoordt de onderzoeksvragen van de eHealth-monitor, die zijn geïntroduceerd in de inleiding (hoofdstuk 1). Daarbij gebruiken we de resultaten van het vragenlijstonderzoek onder zorggebruikers, artsen, verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners en de focusgroepen onder zorggebruikers, huisartsen, verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners. Deze resultaten komen in meer detail aan de orde in de verdere hoofdstukken van dit rapport.

Achtereenvolgens komt aan de orde:

- de mate waarin zorggebruikers en zorgverleners de beschikking hebben over eHealth-toepassingen en hiervan gebruik maken (onderzoeksvraag 1 en 2);
- de ontwikkelingen in beschikbaarheid en gebruik in de tijd (onderzoeksvraag 3);
- de factoren die het gebruik van eHealth beïnvloeden en de effecten die zorggebruikers en zorgverleners hiervan verwachten of ervaren (onderzoeksvraag 4 en 5).

In de bespreking van de beïnvloedende factoren gebruiken we de theorie van Rogers over de verspreiding van innovaties om enkele resultaten van het onderzoek te duiden. We sluiten het hoofdstuk af met een discussie.

### 3.1 Beschikbaarheid en gebruik van eHealth-toepassingen

In deze paragraaf beantwoorden we onderzoeksvragen 1 en 2. Deze luiden:

1. *In welke mate hebben zorggebruikers en zorgverleners eHealth-toepassingen tot hun beschikking?*
2. *In hoeverre maken zij gebruik van de eHealth-toepassingen die tot hun beschikking staan?*

Er is, zoals beschreven in de inleiding, een grote verscheidenheid aan eHealth-toepassingen. Uit de resultaten van deze eHealth-monitor blijkt wederom dat er grote onderlinge verschillen zijn in de mate van adoptie van verschillende eHealth-toepassingen. Het is dan ook niet mogelijk om *in algemene zin* te zeggen of eHealth veel of weinig gebruikt wordt: dit wordt daarom besproken *op toepassingsniveau* in de volgende paragrafen.

### 3.1.1 Zoeken en bijhouden van gezondheidsinformatie

Voor de zorggebruiker thuis zijn er veel verschillende eHealth-mogelijkheden. Daarvan wordt volgens zorggebruikers het zoeken naar informatie op internet het meest gebruikt (zie paragraaf 4.3). Ongeveer twee derde van de zorggebruikers zocht bijvoorbeeld naar informatie over ziekte of behandeling.

Mensen kunnen ook zelf gezondheidsinformatie verzamelen en bijhouden via mobiele apps of op een website (zie paragraaf 4.4). Ongeveer een tiende van de zorggebruikers gebruikte een apparaat of mobiele app die de lichamelijke activiteit bijhoudt, zoals een stappenteller. Ook ongeveer een tiende heeft zelf gezondheidswaarden gemeten (zoals gewicht of bloeddruk) en deze bijgehouden via internet of met een app.

Andere vormen van het zelf bijhouden van informatie werden door minder dan een op de tien zorggebruikers toegepast, zoals zelf gegevens bijhouden over doktersbezoeken of behandeling (3%), of zelf gegevens bijhouden over voeding en/of dieet (8%). Ongeveer een vijfde geeft aan dergelijke toepassingen te willen gebruiken als dit aan de orde is, twee vijfde wil dit niet.

### 3.1.2 Communicatie tussen zorggebruiker en zorgverlener

Een belangrijke categorie van eHealth-toepassingen is gericht op het contact tussen zorgverlener en zorggebruiker. Bij deze toepassingen is er sprake van een discrepantie tussen de (door artsen gemelde) mogelijkheden en het gebruik door zorggebruikers (zie hoofdstuk 5).

Zo zegt zes op de tien huisartsen via internet herhaalrecepten aan te bieden en bijna de helft zegt de mogelijk-

heid aan te bieden om een vraag te stellen via e-mail of een website. Ook ongeveer een derde van de medisch specialisten biedt deze laatste mogelijkheid en ruim een vijfde biedt de mogelijkheid van online afspraken.

Echter, ongeveer de helft of meer van de zorggebruikers zegt niet te weten of hun huisarts of medisch specialist dergelijke mogelijkheden aanbiedt. Het gebruik van deze mogelijkheden blijft dan ook achter bij het aanbod dat artsen melden. De meest gebruikte mogelijkheden zijn elektronische herinneringen via sms of e-mail bij de tandarts (27% van de zorggebruikers) en herhaalrecept bij de huisarts (18% van de zorggebruikers). Overige mogelijkheden worden door minder dan een op de tien zorggebruikers gebruikt, maar twee op de vijf zorggebruikers zegt dit wel te willen (behalve beeldcontact, hiervan wil 15-20% gebruik maken).

Als het gaat om inzage voor patiënten in het dossier van hun zorgverlener, dan zijn de mogelijkheden nog zeer beperkt (zie paragraaf 5.4). Met uitzondering van inzage in medicatie bij de huisarts (12% van de huisartsen), zegt minder dan een tiende van de artsen online inzagemogelijkheden te bieden. Twee derde van de zorggebruikers zegt dat ze niet weten of inzage mogelijk is bij hun huisarts, maar ongeveer de helft van de zorggebruikers zou dit wel willen als dit van toepassing zou zijn.

### 3.1.3 Online behandeling

Sommige eHealth-toepassingen ondersteunen vormen van online behandeling. Een belangrijk voorbeeld is telemonitoring (zie paragraaf 6.5). Zowel artsen als verpleegkundigen zetten dit in om de gezondheid van chronisch zieken op afstand in de gaten te houden,



op basis van door de patiënt gemeten gezondheidswaarden. Huisartsen zetten telemonitoring vooral in bij patiënten met diabetes (15% van de huisartsen) en in mindere mate bij patiënten met hartfalen of COPD. Ook onder medisch specialisten komt telemonitoring het meest voor bij patiënten met diabetes. Van de verpleegkundigen zegt een vijfde dat telemonitoring door henzelf of binnen hun instelling wordt toegepast.

In de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) komen diverse vormen van online behandeling voor (zie paragraaf 6.4). Bij twee vijfde van de psychiaters is het mogelijk via internet een vraag te stellen over psychische problemen. Daarnaast zegt ruim een vijfde dat patiënten een psychologische zelftest kunnen doen of een behandeling in combinatie met offline face-to-face contacten. Andere mogelijkheden, zoals behandeling zonder combinatie met offline face-to-face contacten, worden door minder psychiaters geboden.

Van de zorggebruikers (zie paragraaf 6.3) heeft iets minder dan een tiende een psychologische zelftest gedaan en 1% via een website (anoniem) een behandeling gevolgd voor psychologische problemen. Het beeld dat de GGZ voorop loopt met eHealth wordt op basis van deze gegevens niet bevestigd. Daarbij moet wel worden aangetekend dat het bij de groep zorggebruikers gaat om een doorsnee van de Nederlandse bevolking, waarin het aandeel van mensen met psychische problemen beperkt is. Van de zorggebruikers ervaart 1% een slechte psychische gezondheid en 6% een matige psychische gezondheid.

Online behandeling bij fysiotherapie is nog onbekend bij zes van de tien zorggebruikers die een fysiotherapeut

bezochten (zie paragraaf 6.2). Het werd gebruikt door 1% van de zorggebruikers die een fysiotherapeut bezochten.

#### **3.1.4 Begeleiding op afstand**

Met name in de langdurige zorg zijn diverse mogelijkheden bekend om patiënten<sup>4</sup> op afstand te begeleiden. Het meest wordt gebruik gemaakt van toezichthoudende technieken, zoals bewegingsmelders of valdetectie (zie paragraaf 7.4). Vooral in de care wordt dit ingezet: toezichthoudende technieken worden gebruikt in de instelling van ruim de helft van de verpleegkundigen en verzorgenden in de care. Andere technieken, zoals beeldbellen en de inzet van medicijn-dispensers, zijn in gebruik bij een op de tien verpleegkundigen en verzorgenden in de instelling waar zij werken.

#### **3.1.5 Elektronische dossiervoering**

Zoals ook blijkt uit internationale onderzoeken (Codagnone et al., 2013; Schoen et al., 2012) is de elektronische dossiervoering onder artsen in Nederland vergevorderd. Van de huisartsen houdt 98% en van de medisch specialisten 75% het patiëntendossier voornamelijk of uitsluitend elektronisch bij (zie paragraaf 8.2). Verpleegkundigen in de care hebben hierbij een achterstand op artsen (zie paragraaf 8.3). In de care houdt 31% het dossier voornamelijk of uitsluitend elektronisch bij.

#### **3.1.6 Contact tussen zorgverleners**

Ook op het gebied van elektronische informatie-uitwisseling tussen zorgverleners is al veel mogelijk, waarbij huisartsen voorop lopen (zie paragraaf 9.3). Vrijwel alle huisartsen zeggen gebruik te maken van een systeem voor elektronische informatie-uitwisseling

<sup>4</sup> In sommige sectoren van de zorg spreekt men niet van patiënten, maar van cliënten. Waar dit van toepassing is, kan ik dit rapport in plaats van patiënt ook cliënt worden gelezen.

met apotheken, huisartsenposten, laboratoria en ziekenhuizen (84-93%). Medisch specialisten rapporteren iets minder mogelijkheden tot informatie-uitwisseling; van hen zegt ongeveer de helft gebruik te maken voor een systeem voor informatie-uitwisseling met huisartsenpraktijken of laboratoria.

Er is ruimte en draagvlak voor verdere verbetering. Opmerkelijk is dat een tiende van de medisch specialisten zegt elektronisch informatie te kunnen uitwisselen met andere ziekenhuizen, terwijl drie vijfde dat wel wenselijk vindt. Uitwisselingsmogelijkheden tussen *cure* en *care* zijn ook beperkt; minder dan een tiende van de artsen gebruikt een systeem voor informatie-uitwisseling met thuiszorg of verpleeghuis.

Wat verder opvalt bij informatie-uitwisseling tussen zorgverleners is dat artsen met name medicatie-overzichten minder kunnen uitwisselen dan gewenst. Slechts een derde van de huisartsen zegt ontslag-medicatie van een ziekenhuis elektronisch te kunnen ontvangen en nog geen vijfde van de specialisten kan een actueel medicatieoverzicht ontvangen van een openbare apotheek, terwijl in beide gevallen de meerderheid van de artsen dit wel wenselijk vindt.

Een andere vorm van contact tussen zorgverleners die breed verspreid is, is teledermatologie, waarbij de huisarts een foto maakt van de huid van de patiënt en vervolgens langs elektronische weg een advies krijgt van een dermatoloog. Drie kwart van de huisartsen gebruikt dit (paragraaf 9.3.6).

Beeldconsult tussen artsen onderling is nog geen gemeengoed. Dit is bij een vijfde van de medisch

specialisten mogelijk bij contact tussen medisch specialisten in verschillende zorginstellingen (paragraaf 9.3.5).

### 3.2 Ontwikkelingen in de tijd

In deze paragraaf beantwoorden we onderzoeksvraag 3. Deze luidt:

#### 3. *Welke ontwikkelingen in de tijd zijn zichtbaar als het gaat om beschikbaarheid en gebruik van eHealth?*

In 2014 zijn ten opzichte van 2013 nog weinig grote verschuivingen te zien in de beschikbaarheid en het gebruik van eHealth. De verschillen die zichtbaar zijn, bepreken we hieronder<sup>5</sup>.

De bekendheid van zorggebruikers met een aantal mogelijkheden voor online contact met zorgverleners is toegenomen ten opzichte van 2013 (zie paragraaf 5.7). Het gaat hier bijvoorbeeld om de mogelijkheid via internet een herhaalrecept aan te vragen bij de huisarts. Vorig jaar zei 21% van de zorggebruikers die contact hadden met hun huisarts, dat dit mogelijk is, dit jaar is dat 30%. Het percentage zorggebruikers dat wist van de mogelijkheid om via internet een afspraak te maken met de huisarts of medisch specialist nam voor beide voorbeelden toe van 7% naar 13%. In het aanbod van online contact-mogelijkheden (zoals online afspraken of herhaalrecepten) dat werd gemeld door huisarts of medisch specialist is ten opzichte van 2013 geen verschil te zien.

Er is verder een toename zichtbaar ten opzichte van 2013 in de mate waarin huisartsen en medisch

<sup>5</sup> Hierbij beperken we ons tot verschillen die statistisch significant zijn ( $p < 0,05$ ). Daarnaast kunnen sommige aspecten niet goed worden vergeleken omdat de vraagstelling is aangepast naar aanleiding van de ervaringen van de meting in 2013. Dit geldt bijvoorbeeld voor elektronische informatie-uitwisseling tussen zorgverleners.

specialisten het patiëntendossier voornamelijk of uitsluitend elektronisch bijhouden. Voor huisartsen ging dit van 93% naar 98% en voor medisch specialisten van 66% naar 75% (zie paragraaf 8.4).

Ook op het vlak van beslissingsondersteuning bij medicatiebewaking en signalering van mogelijk risicovolle situaties zien we een vooruitgang ten opzichte van vorig jaar. Medisch specialisten krijgen vaker dan vorig jaar een melding bij een allergie, intolerantie of interactie tussen geneesmiddelen. Huisartsen krijgen vaker dan vorig jaar een waarschuwing bij intoleranties van de patiënt.

### 3.3 Gebruiksbeïnvloedende factoren en effecten

In deze paragraaf beantwoorden we onderzoeksvragen 4 en 5. Deze luiden:

4. *Welke factoren beïnvloeden het gebruik van eHealth door zorgverleners en zorggebruikers (in positieve en negatieve zin)?*

5. *Welke effecten ervaren/verwachten zorggebruikers en zorgverleners van het gebruik van eHealth-toepassingen?*

Uit de resultaten van deze eHealth-monitor blijkt opnieuw dat er grote verschillen zijn in de mate van adoptie van verschillende eHealth-toepassingen. Terwijl sommige toepassingen al breed worden ingezet,

zoals teleconsultatie bij dermatologie (zie paragraaf 8.2.6), blijven andere nog grotendeels onbenut, zoals beeldcontact tussen arts en patiënt (zie onder andere paragraaf 5.3.2).

Om te verklaren welke factoren het gebruik van eHealth beïnvloeden, zijn in het vragenlijstonderzoek vragen gesteld over belemmeringen voor het gebruik en over positieve effecten van eHealth-toepassingen. Ook in de focusgroepen is ingegaan op belemmerende en stimulerende factoren. Op meerdere plaatsen in deze eHealth-monitor wordt hierop in detail ingegaan (zie onder andere paragraaf 5.6, 7.6 en 9.3.4). In deze discussie kiezen we ervoor om nader in te gaan op vier factoren die een grootschalige toepassing van eHealth in de weg staan. Deze zaken zijn ons in het bijzonder opgevallen in het onderzoek voor deze tweede editie van de eHealth-monitor:

- eHealth op de werkvloer is helaas nog niet altijd een kwestie van 'plug and play';
- procesinnovatie is moeilijk;
- zorggebruikers en zorgverleners ervaren bij sommige toepassingen onvoldoende meerwaarde;
- beoogde gebruikers zijn niet altijd bekend met de mogelijkheden.

Bij de bespreking van deze vier aspecten gebruiken we de theorie van Rogers (zie paragraaf 1.4) om de resultaten van de vragenlijsten en focusgroepen in een kader te plaatsen. De vijf karakteristieken van innovaties die volgens Rogers de adoptie van innovaties beïnvloeden, bieden hiervoor diverse aanknopingspunten. De eerste van deze eigenschappen is 'relative advantage', dit is de mate waarin een innovatie wordt ervaren als beter dan wat er eerder was. De innovatie moet dus in een

duidelijke behoefte voorzien. Daarnaast moeten de resultaten zichtbaar zijn voor anderen (*'observability'*) en aansluiten bij de waarden, ervaringen en behoeften van de gebruikers (*'compatibility'*). Tenslotte moeten innovaties eenvoudig te begrijpen en te gebruiken zijn (*'complexity'*) en makkelijk uit te proberen zijn (*'triability'*).

### 3.3.1 De mythe van 'plug and play'

De verwachtingen van eHealth zijn bij beleidsmakers en bestuurders vaak hoog en de technische mogelijkheden lijken onbegrensd. Maar de praktijk op de werkvloer is weerbarstig.

Onder de artsen bijvoorbeeld, ervaart drie kwart belemmeringen bij het toepassen van contact met patiënten via internet. Afgezien van een gebrek aan financiële vergoedingen, hebben zij onder andere last van gebrek aan technische support en van gebrek aan voldoende beveiligde systemen (zie paragraaf 5.6). Drie vijfde van de artsen ervaart daarnaast belemmeringen bij informatie-uitwisseling over patiënten, met name omdat systemen slecht of in het geheel niet aan elkaar gekoppeld kunnen worden (zie paragraaf 9.3.4).

Tijdens de focusgroep bleek dat huisartsen soms duidelijke voordelen ervaren van eHealth. Zo merken huisartsen dat patiënten e-consulten en online afspraken prettig vinden. Ook ontlasten dergelijke toepassingen de telefoon. Maar huisartsen zeggen ook dat eHealth-toepassingen vaak nog niet probleemloos werken. Ze zijn bijvoorbeeld moeilijk te integreren met het huisartsinformatiesysteem of vragen veel handelingen om een bepaalde taak te verrichten.

Ook twee vijfde van de verpleegkundigen ervaart belemmeringen bij het toepassen van ICT in de zorg voor patiënten. Daarbij staat tijdgebrek om zich hierin te verdiepen voorop, gevolgd door een gebrek aan technische support en een gebrek aan kennis en vaardigheden om dit toe te passen (zie paragraaf 7.6). Vooral in de focusgroep vertelden verpleegkundigen en verzorgenden dat ze veel last hebben van zowel onvoldoende begeleiding bij het gebruik van de techniek als van problemen met de techniek zelf.

Bij een gebrek aan begeleiding gaat het zowel om onvoldoende technische ondersteuning, als om onvoldoende training om te leren werken met de nieuwe technieken. Men krijgt weinig tijd om aan de nieuwe mogelijkheden te wennen, omdat vernieuwingen elkaar (te) snel opvolgen. Verpleegkundigen spreken verder van een hoge registratielast, die hen veel tijd kost. De inzet van ICT lijkt hieraan in de praktijk weinig te verbeteren, terwijl zorgvuldige toepassing van ICT hieraan wel zou kunnen bijdragen. Problemen met de techniek zelf zijn onder andere dat toepassingen onderling geen informatie kunnen uitwisselen (gebrek aan interoperabiliteit), dat draadloze netwerkverbindingen niet voldoende beschikbaar zijn (bijvoorbeeld tijdens de thuiszorgroute), dat computersystemen soms traag werken of kampen met storingen, of dat de bediening als omslachtig wordt ervaren.

Op de werkvloer ervaart men zo het verschil tussen de positieve verwachtingen en de praktijk. De belofte van 'plug and play' oplossingen, waar je 'direct mee aan de slag kan', komt niet altijd uit. Een eHealth-toepassing werkt niet als hij 'over de muur worden gegooid' (zoals een verpleegkundige dit uitdrukte). Ongeveer de helft

van de verpleegkundigen wil meer betrokken worden bij ICT-vernieuwingen.

In termen van het model van Rogers vallen deze zaken vooral te verklaren vanuit het begrip complexiteit: zorgverleners worden op de werkvloer geconfronteerd met zaken die zij als ingewikkeld ervaren, en worden onvoldoende geholpen om deze complexiteit het hoofd te bieden.

### **3.3.2 Procesinnovatie is moeilijk**

Voor eHealth-toepassingen die samengaan met veranderingen in het proces van zorgverlening, blijken lastig in te voeren. Uit de focusgroepen blijkt dat juist waar het werkproces verandert met de invoering van eHealth, er bij zorgverleners lastige vragen opdoemen die niet altijd makkelijk van te voren te beantwoorden zijn. Wat als e-consult leidt tot een toename van e-mail die in de avond moet worden afgehandeld? Is goede triage nog wel mogelijk bij online afspraken? Ook potentiële risico's maken de implementatie lastig, bijvoorbeeld als het gaat om de beveiliging van medische gegevens, de betrouwbaarheid van meetwaarden of ontbrekende informatie bij elektronische consulten. Zo vindt ruim een kwart van de huisartsen in het vragenlijstonderzoek dat bij online contact met patiënten de communicatie niet duidelijk genoeg is en dat het minder efficiënt is dan telefonisch en face-to-face contact (zie paragraaf 5.6).

Sommige huisartsen vinden eHealth-toepassingen niet voor alle patiënten geschikt. Over persoonlijke gezondheidsdossiers bijvoorbeeld zegt een huisarts: "Het is teveel gedoe voor een patiënt om een persoonlijk gezondheidsdossier goed bij te houden. Sommige

patiënten kunnen het wel netjes bijhouden, maar dit is een select gezelschap. Het is ook alleen relevant voor bepaalde ziektebeelden." Huisartsen in de focusgroep verwachten op termijn wel dat eHealth meer zal gaan bijdragen aan patiëntveiligheid en zelfmanagement, maar zeggen dat ze van dit laatste op dit moment nog weinig merken. Ze zeggen ook nog niet te ervaren dat er bij patiënten een grote vraag leeft naar meer online mogelijkheden.

Ook als het gaat om online inzage voor patiënten in hun medische gegevens, blijkt een meerderheid van de artsen terughoudend (men zou dit niet willen of weet niet of men dit zou willen), behalve op het punt van voorgeschreven medicatie (zie paragraaf 5.4). Die terughoudendheid heeft onder andere te maken, zo blijkt uit de focusgroep, met de onzekerheid over de beste wijze van inzage geven (met of zonder toelichting), vragen over hoe men de uitleg over de resultaten kan organiseren, en onzekerheid over hoe patiënten dit gaan ervaren.

Tijdens de focusgroepen bleek dat, ondanks dergelijke kanttekeningen, zorgverleners zeker niet afwijzend staan tegenover eHealth. Huisartsen spreken wel van 'koudwatervrees'. Het besef leeft 'dat eHealth er aankomt' en dat 'je ermee aan de slag moet', maar zorgverleners worstelen met veel praktische vragen over de gevolgen voor hun werkprocessen. Ze kunnen daarbij veel aan elkaar hebben: "Hoe pak jij dit nu aan?" In de focusgroep met artsen bleek bijvoorbeeld dat soms een collega al een oplossing had gevonden voor de zorgen van de ander of dat verwachte problemen in de praktijk blijken mee te vallen. Vervolgens was er veel interesse in de vraag hoe dit dan was geregeld. Het is

daarom belangrijk om onderlinge kennisuitwisseling tussen vakgenoten te bevorderen, vooral over praktische ervaringen, tips en 'best practices'.

In termen van de theorie van Rogers vallen deze zaken vooral onder het aspect compatibiliteit: in hoeverre sluit de innovatie aan bij de waarden, manier van werken en behoeften van de beoogde gebruikers? Hoe groter het beroep is dat wordt gedaan op de bereidheid tot het veranderen van de bestaande werkwijze, hoe moeilijker een innovatie wordt geaccepteerd.

### **3.3.3 Zorggebruikers en zorgverleners ervaren onvoldoende meerwaarde**

Het gebruik van diverse eHealth-toepassingen varieert sterk. Er is een aantal aansprekende succesverhalen, zoals teledermatologie. Maar tegelijkertijd blijft grootschalig gebruik van enkele andere toepassingen vooralsnog uit. Dit geldt bijvoorbeeld voor online dossierinzage voor patiënten of voor het zelf online bijhouden van gezondheidsgegevens door zorggebruikers.

Een verklaring kan gevonden worden in de mate waarin eHealth-toepassingen in een duidelijke behoefte voorzien. Een innovatie moet volgens Rogers zichtbaar een beloning opleveren voor degene die hiervoor een inspanning levert, waardoor innoveren aantrekkelijk wordt. Het blijkt moeilijk om te zorgen dat eHealth-toepassingen waar vanuit beleidsperspectief misschien veel verwacht wordt, automatisch aan die voorwaarde voldoen. De praktijk is vaak dat een eHealth-toepassing aanvankelijk extra geld en/of inspanning kost en (nog) onvoldoende meerwaarde biedt voor degene die erin investeert, of voor de beoogde gebruikers.

Dat wil niet zeggen dat er nu nog helemaal geen meerwaarde wordt ervaren. Als positieve effecten van het inzetten van eHealth noemen artsen bijvoorbeeld (zie paragraaf 5.6): toegenomen gemak voor patiënten ('verbeteren van de toegankelijkheid van mijn praktijk', 'patiënten vinden het prettig'), bescheiden efficiëntiewinst of verbeterd imago ('het laat zien dat we met onze tijd meegaan').

Ook gemak in het werk is bij zorgverleners een drijfveer. Van de verpleegkundigen en verzorgenden maakt bijna de helft (45%) wel eens gebruik van mobiele apps, zoals het farmacotherapeutisch kompas, allerhande rekenhulpen en apps die het mogelijk maken op de tablet de actuele planning voor huisbezoeken te volgen (zie paragraaf 7.3). Volgens huisartsen in de focusgroep is het verminderen van de telefonische belasting een belangrijke motivatie om afspraken via het internet mogelijk te maken.

Zorggebruikers, zo blijkt uit de focusgroep, waarderen eveneens toepassingen die hen direct gemak opleveren, zoals het maken van afspraken via internet en het online aanvragen van herhaalrecepten. Maar als het gaat om toepassingen die meer persoonlijke inspanning van de zorggebruiker vragen, zoals het zelf bijhouden van gezondheidsgegevens, dan zegt in het vragenlijst-onderzoek ongeveer twee vijfde dit niet te willen. Ook over screen-to-screen beeldcontact (met bijvoorbeeld de huisarts) zijn zorggebruikers terughoudend. In de focusgroep zeiden ze bang te zijn dat er iets verloren gaat ten opzichte van face-to-face contact, zoals bepaalde waarnemingen die de huisarts bij een bezoek aan de praktijk kan doen.

Soms brengt de inzet van eHealth voor de één wel een duidelijke en concrete beloning, maar niet voor de ander. Een diabetespatiënte in ons onderzoek gaf aan dat ze dankzij een continue glucosemonitor die zij te leen had van haar zorgaanbieder, kan zorgen dat ze beter ingesteld blijft. Zij kon dit apparaat echter maar beperkte tijd gebruiken, omdat haar zorgaanbieder maximaal twintig apparaten vergoed kon krijgen.

Daarboven moest de zorgaanbieder dus zelf investeren. Voor werkelijk grootschalige toepassing van eHealth is er een goede balans nodig tussen de investering (in geld en inspanning) en de ervaren meerwaarde (in betere zorg, gemak en financiële vergoeding). Dat geldt voor zowel zorgverleners, zorginstellingen, als voor zorggebruikers. Het beperkte gebruik van sommige eHealth-toepassingen, zoals online inzage in het eigen dossier voor patiënten, of het zelf online bijhouden van gezondheidsgegevens door zorggebruikers, wijst erop dat daar die balans nog onvoldoende positief is voor tenminste een deel van de betrokkenen.

### **3.3.4 Onbekendheid met de mogelijkheden**

Net als in 2013, valt op dat voor zorggebruikers de zichtbaarheid van wat er mogelijk is bij hun zorgverleners nog beperkt is. Veel mensen weten niet wat hun huisarts, tandarts, fysiotherapeut of medisch specialist aan online diensten aanbiedt. Dit geldt ook voor toepassingen waarvan zorggebruikers zeggen dat ze deze wel willen gebruiken als dit voor hen van toepassing is. Het is dan ook waarschijnlijk dat deze onbekendheid maakt dat het gebruik van het beschikbare aanbod achterblijft.

Naast onbekendheid onder zorggebruikers met het aanbod van zorgverleners, is er soms ook sprake van

onbekendheid bij zorggebruikers en zorgverleners over elkaars behoeften en wensen. Zo twijfelen sommige artsen of hun patiënten wel behoefte hebben aan online dossierinzage, terwijl sommige patiënten juist ervaren dat hun arts hierin terughoudend is. Tegelijk geeft ongeveer de helft van de zorggebruikers aan dat zij dossierinzage willen en zegt ook de helft van de huisartsen wel inzage te willen geven in medicatie. Betere bekendheid met elkaars behoeften en wensen kan eraan bijdragen dat gewenste toepassingen eerder beschikbaar komen.

## **3.4 Discussie**

De beantwoording van de onderzoeksvragen leidt tot een aantal discussiepunten die interessant zijn om te belichten. We constateren daarbij om te beginnen dat een aantal aanbevelingen die we vorig jaar hebben gedaan, nog steeds geldig zijn:

- bekend maken onder zorggebruikers wat er kan;
- online dossierinzage geven aan patiënten, om te beginnen in het medicatiedossier;
- investeren in informatie-uitwisseling;
- vergroten van de eHealth-deskundigheid onder zorgverleners.

De belangrijkste nieuwe aanbeveling is om krachtig te sturen op tastbare meerwaarde.

### **3.4.1 Zichtbaarheid**

In de eerste plaats valt op dat weinig mensen weten wat hun huisarts, tandarts, fysiotherapeut of medisch specialist aan online diensten aanbiedt.

Zorgverleners spelen een belangrijke rol bij het onder de aandacht brengen van de mogelijkheden. Ze geven aan dat ze daar al aandacht aan besteden. Zo zegt de

helft van de huisartsen te wijzen op de beschikbare internetmogelijkheden van de praktijk tijdens een persoonlijk consult en meer dan de helft zegt wel eens een mobiele app aan patiënten aan te raden.

Dit vertaalt zich kennelijk nog niet in een hoge mate van bekendheid met deze toepassingen onder zorggebruikers. Het kan interessant zijn voor artsorganisaties en patiëntenorganisaties om gezamenlijk naar wegen te zoeken om de voorlichting over wat er kan, effectiever te maken. Mogelijk ligt hier een kans voor de KNMG en de NPCF in het kader van de Implementatie Agenda eHealth (KNMG, Nictiz, NPCF, ZN, VZVZ, Zorginstituut Nederland, 2014). Ook kunnen patiënten en zorgverleners in de praktijk het gesprek aangaan over elkaars verwachtingen, bijvoorbeeld als het gaat om online mogelijkheden, zodat daarvan een reëler beeld kan ontstaan.

### **3.4.2 Online inzage voor patiënten**

Op het gebied van dossierinzage voor patiënten, zijn de mogelijkheden nog beperkt. We noemden eerder in dit hoofdstuk al een zekere terughoudendheid bij artsen op dit punt, met name vanwege vragen over hoe inzage het beste praktisch georganiseerd kan worden. Ongeveer de helft van de zorggebruikers geeft aan wel inzage te willen.

Een goed beginpunt, waarover weinig discussie is, is de inzage in medicatie. Hiervoor bestaat draagvlak bij zowel zorggebruikers (de helft wil zijn medische gegevens inzien) als zorgverleners: 48% van de huisartsen zou inzage willen geven in medicatie en nog eens 12% heeft daartoe plannen. Door het delen van deze informatie kan een beter beeld ontstaan over het actuele medicatiegebruik van patiënten. In hoofdstuk 2 hebben

we geconstateerd dat op dit punt inmiddels initiatieven zijn gestart.

### **3.4.3 Willen en niet willen**

In meerdere gevallen hebben we aan zorggebruikers en zorgverleners gevraagd of ze gebruik maakten van bepaalde eHealth-mogelijkheden, en zo niet, of ze dat zouden willen, indien dit van toepassing zou zijn. Hierbij gaat het om een hypothetische vraag, die vaak lastig te beantwoorden is, omdat mensen zich niet altijd kunnen voorstellen wat het gevraagde precies inhoudt. Ook is een gedragsintentie nog niet hetzelfde als daadwerkelijk iets doen. Of mensen ergens gebruik van hebben gemaakt, is dus een hardere maat dan de wens tot gebruik. Toch geven deze vragen inzicht in de houding van mensen tegenover verschillende eHealth-toepassingen. Met name onderlinge verschillen in de grootte van de groepen die een eHealth-toepassing wel of niet zouden willen gebruiken, zijn daarbij interessant. Deze geven namelijk een indicatie van welke toepassingen op dit moment meer of minder aansprekend zijn.

### **3.4.4 Kennisdeling tussen zorgverleners**

Eerder in dit hoofdstuk is geconstateerd dat er veel vragen zijn bij zorgverleners over hoe ze veranderingen in het proces, die samengaan met invoering van eHealth, het best kunnen aanpakken. Daarbij hebben we opgemerkt dat grote behoefte bestaat aan uitwisseling tussen vakgenoten van opgedane praktijkervaring met eHealth. Dit geldt zowel voor artsen als voor verpleegkundigen. Regionale ondersteuningsstructuren en beroepsverenigingen kunnen daar een rol bij spelen.

Bij de implementatie van eHealth op de werkvloer is meer aandacht nodig voor begeleiding en deskundig-



heidsbevordering van verpleegkundigen en verzorgenden. Zo worden zij beter voorbereid om eventuele problemen zelf op te lossen en worden de problemen die zij niet zelf kunnen oplossen eerder opgemerkt. Het meer betrekken van verpleegkundigen en verzorgende bij de invoering van eHealth-toepassingen, kan er ook toe leiden dat er meer gebruik van wordt gemaakt. De aandacht hiervoor kan mogelijk versterkt worden als organisaties van verpleegkundigen en verzorgenden meer worden betrokken bij samenwerkingsverbanden zoals de Implementatie Agenda eHealth.

#### **3.4.5 Draagvlak voor gegevensuitwisseling**

In deze monitor is gevraagd naar concrete voorbeelden van informatie-uitwisseling tussen zorgverleners onderling. Vrijwel in alle gevallen waarin zorgverleners zeggen dat bepaalde vormen van elektronisch sturen of ontvangen van informatie nog niet mogelijk zijn, geeft een grote groep aan dat dit wel wenselijk is. Dit betekent dat er een enorm draagvlak is onder zorgverleners om de onderlinge elektronische uitwisseling van informatie uit te breiden. Zorgverleners vinden dat dit leidt tot meer actuele en volledige informatie, dat informatie over patiënten daardoor sneller beschikbaar is, en dat het de kwaliteit en efficiëntie van de zorgverlening verbetert. Tegelijk zien ze als grootste belemmering dat systemen slecht of in het geheel niet aan elkaar gekoppeld kunnen worden. Er is dus veel aanleiding om daar wat aan te doen. De uitkomsten van deze monitor bevestigen het belang van het informatie-uitwisselingsprogramma dat vanuit VWS is aangekondigd (Minister en staatssecretaris van VWS, 2014).

#### **3.4.6 Op naar meerwaarde**

Een les van de resultaten uit de eHealth-monitor 2014 is dat ondanks de beloften voor bijvoorbeeld meer eigen regie of betere zorg voor de patiënt, de meerwaarde van sommige eHealth-toepassingen nog onvoldoende wordt ingezien. Denk hierbij aan online dossierinzage voor patiënten of het zelf online bijhouden van gezondheidsgegevens. Voor brede groepen zorggebruikers en zorgaanbieders, is een betere balans nodig tussen meerwaarde - bijvoorbeeld in de vorm van meer eigen regie voor de patiënt en betere zorg - en de investeringen, in tijd en geld.

Het sturen op tastbare meerwaarde is niet eenvoudig. Het vraagt om een gezamenlijke inzet door de overheid, zorgaanbieders, patiëntenorganisaties, verzekeraars en het bedrijfsleven. De doelstellingen die zijn opgenomen in de recente beleidsbrief over eHealth en zorginnovatie (Minister en staatssecretaris van VWS, 2014) bieden een goed vertrekpunt voor die gezamenlijke inzet.

### **3.5 Referenties**

KNMG, Kwaliteitsinstituut, Nictiz, NPCF, VZVZ, ZN. (2014). *Implementatie Agenda eHealth*. KNMG, Kwaliteitsinstituut, Nictiz, NPCF, VZVZ, ZN.

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

Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of Innovations - fifth edition*. New York: Simon & Schuster Ltd.



## 4. Zoeken en bijhouden van gezondheidsinformatie

## Belangrijkste resultaten in dit hoofdstuk

Vrijwel alle zorggebruikers maken gebruik van internet (93%). Het percentage zorggebruikers dat via een tablet toegang heeft tot internet is toegenomen van 36% in 2013 tot 49% in 2014.

Zorggebruikers gebruiken internet vooral voor het zoeken van informatie over een ziekte of behandeling (65%), voeding of bewegen (50%) of om te bepalen of men met een bepaald probleem naar de huisarts zou moeten gaan (39%). Dit is vergelijkbaar met 2013.

Net als in 2013, gebruikt ongeveer een kwart van de zorggebruikers internet voor het maken van een keuze voor een zorgverlener of zorginstelling (24%). Een kleinere groep gebruikt internet om zelf gegevens over zorg en gezondheid bij te houden, bijvoorbeeld over doktersbezoeken of behandelingen (3%) of over de gezondheid (9%).

### 4.1 Inleiding

Het gezondheidszorgbeleid is zowel op Europees als landelijk niveau gericht op het geven van een actievere rol aan mensen bij keuzes rondom hun gezondheid en zorg (Europese Commissie, 2012; Minister en staatssecretaris van VWS, 2014). Van eHealth wordt verwacht dat het kan ondersteunen bij zelfmanagement en eigen regie van patiënten. Dit zou onder andere tot gevolg hebben dat er een minder zwaar beroep op de zorg wordt gedaan.

Het kunnen beschikken over goede gezondheidsinformatie is daarbij van belang. Tegenwoordig hebben zorggebruikers veel mogelijkheden om zelf gegevens te meten en bij te houden over de eigen gezondheid (Nictiz, 2014). Te denken valt aan gegevens over lichamelijke activiteit of voeding en dieet. Dit kan het inzicht in de eigen gezondheidssituatie bevorderen. In een recente publicatie heeft de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg ervoor gepleit dat mensen de beschikking krijgen over een persoonlijk gezondheids-

dossier, waaraan patiënten zelf gegevens kunnen toevoegen (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2014). Daarnaast is er ook de beleidswens dat mensen voor wie dit van toepassing is de mogelijkheid krijgen om zelfstandig metingen uit te voeren, vaak in combinatie met monitoring op afstand door een zorgverlener (Minister en staatssecretaris van VWS, 2014).

De in dit hoofdstuk beschreven resultaten zijn afkomstig uit het vragenlijstonderzoek onder het Consumentenpanel Gezondheidszorg. In dit hoofdstuk staan eHealth-toepassingen centraal die ondersteunen bij zelfmanagement en zorg voor de eigen gezondheid. Vanuit het perspectief van zelfmanagement is het interessant om te weten in hoeverre mensen van dergelijke mogelijkheden gebruik (willen) maken.

Ook is het de vraag of daarbij opvallende verschillen zijn tussen groepen zorggebruikers, bijvoorbeeld als het gaat om opleiding, leeftijd en het al dan niet hebben

van een chronische ziekte. We verwachten dat deze achtergrondkenmerken een verschil maken bij het gebruik van toepassingen voor zelfmanagement. Een aanwijzing hiervoor is dat dergelijke factoren ook een rol spelen in de mate waarin patiënten proactief omgaan met hun ziekte (Baan et al., 2012). Waar relevant geven we aan of er significante verschillen zijn tussen de groepen in leeftijd (jonger dan 65 jaar versus 65 jaar of ouder) en opleidingsniveau (laag, midden, hoog). We doen dit ook voor het al dan niet hebben van een chronische ziekte, namelijk astma, COPD of diabetes (wel/geen chronische ziekte).

We hebben ervoor gekozen juist deze chronische ziekten te selecteren, omdat voor deze ziekten zorgprogramma's ontwikkeld zijn<sup>6</sup>. Het gaat hier om zelf gerapporteerde ziekten. We hebben niet gevraagd aan zorggebruikers of de diagnose door een arts is vastgesteld. Bij de zorggebruikers ging het om 112 personen met astma, COPD of diabetes. Dit komt overeen met 15% van alle zorggebruikers die de vragenlijst hebben ingevuld. In Nederland hebben 830.000 mensen diabetes, 475.000 astma en 362.000 COPD ([www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl)). Deze cijfers zijn gebaseerd op het aantal patiënten dat bekend is bij de huisarts in een landelijk representatieve huisartsen-registratie. In totaal zijn dit 1,7 miljoen mensen ofwel 10% van de Nederlandse bevolking (16,8 miljoen inwoners).

Voor elk van de drie genoemde variabelen (opleidingsniveau, leeftijd, chronische ziekte) hebben we afzonderlijke analyses gedaan. Alleen als er significante verschillen zijn tussen bepaalde categorieën, noemen we deze in de tekst. Voor de duidelijkheid geven we soms wel aan dat er geen verschillen zijn, als we deze wel zouden verwachten.

We bespreken in dit hoofdstuk eerst het internetgebruik van zorggebruikers, omdat internettoegang een voorwaarde is voor het online zoeken en bijhouden van gezondheidsinformatie. Vervolgens bespreken we het zoeken van gezondheidsinformatie op internet, gevolgd door het zelf online bijhouden van gezondheidsinformatie en deelname aan discussiegroepen. Tenslotte kijken we in hoeverre artsen het gebruik van dergelijke eHealth-toepassingen aan hun patiënten aanbevelen.

## 4.2 Gebruik van internet door zorggebruikers

Net als uit de eHealth-monitor 2013 (Krijgsman et al., 2013) blijkt ook uit deze editie dat het gebruik van internet behoorlijk is ingeburgerd onder zorggebruikers (zie tabel 4-1 in de tabellenbijlage<sup>7</sup>). Vrijwel alle zorggebruikers maken gebruik van internet (93%) en vaak via meerdere apparaten. Van de mensen die internet gebruiken, gebruikt 65% internet via twee of meer apparaten. Dit is voor vrijwel iedereen (98%) via een computer of laptop. Ongeveer de helft (51%) gebruikt internet via een smartphone en eveneens de helft (49%) heeft toegang tot internet met een tablet (bijvoorbeeld een iPad). Een ruime meerderheid (70%) vindt het gebruik van internet (zeer) gemakkelijk, tegenover een op de tien (10%) die het gebruik van internet (zeer) moeilijk vindt.

Internet is niet alleen breed ingeburgerd, het is voor zorggebruikers ook belangrijk voor gezondheidszaken. Vooral voor het zoeken van informatie over zorg en gezondheid vindt 48% van de zorggebruikers internet (zeer) belangrijk. Ongeveer twee vijfde vindt internet (zeer) belangrijk voor het maken van keuzes tussen zorgverleners (37%) en iets minder dan een derde vindt het belangrijk voor het krijgen van contact met zijn

<sup>6</sup> Datzelfde geldt voor hartfalen (hart- en vaatziekten) maar deze categorie is niet opgenomen in de vragenlijst, waardoor we hier geen uitspraken over kunnen doen.

<sup>7</sup> Tenzij expliciet anders vermeld, wordt voor tabellen verwezen naar de losse tabellenbijlage bij dit rapport.

zorgverleners (30%). Als hulpmiddel voor het bijhouden van informatie over de eigen gezondheid vinden mensen internet vooralsnog minder van belang. Hiervoor vond 14% internet (zeer) belangrijk (zie tabel 4-2).

Ongeveer een vijfde van de zorggebruikers (21%) ervaart belemmeringen (tabel 4-3) bij het gebruik van internet voor hun eigen gezondheid en zorg. Meer dan de helft (54%) ervaart geen belemmeringen, terwijl een kwart (26%) het niet weet. Een meerderheid van de zorggebruikers die belemmeringen ervaart (zie tabel 4-4), maakt zich zorgen om de betrouwbaarheid van gezondheidsinformatie via internet (67%) of om de privacy (56%). Ongeveer de helft (49%) vindt het gebruik van internet niet geschikt voor persoonlijk contact. Andere belemmeringen die zorggebruikers ervaren, zijn een gebrek aan kennis en vaardigheden

(36%), twijfel over de toegevoegde waarde voor zichzelf (35%) of onbekendheid met de mogelijkheden (31%).

### 4.3 Online informatie

Deze paragraaf gaat in op de resultaten over het zoeken van informatie over gezondheid en zorg (via een website of app, met een computer, telefoon, tablet of ander apparaat).

Ongeveer twee derde (65%) van de zorggebruikers zocht in het afgelopen jaar via internet naar informatie over een ziekte of behandeling (zie figuur 4-1 en tabel 4-5). Dit werd in de focusgroep met zorggebruikers herkend. Zorggebruikers met een hoger opleidingsniveau hebben vaker via internet informatie gezocht over een ziekte of behandeling dan mensen met een middelbaar of lager opleidingsniveau. Ook hebben mensen jonger dan

*Figuur 4-1*  
*Percentage zorggebruikers dat het afgelopen jaar informatie zocht over gezondheid en zorg via internet. Bijvoorbeeld via een website, app, computer, telefoon, tablet of ander apparaat (n=702-719).*

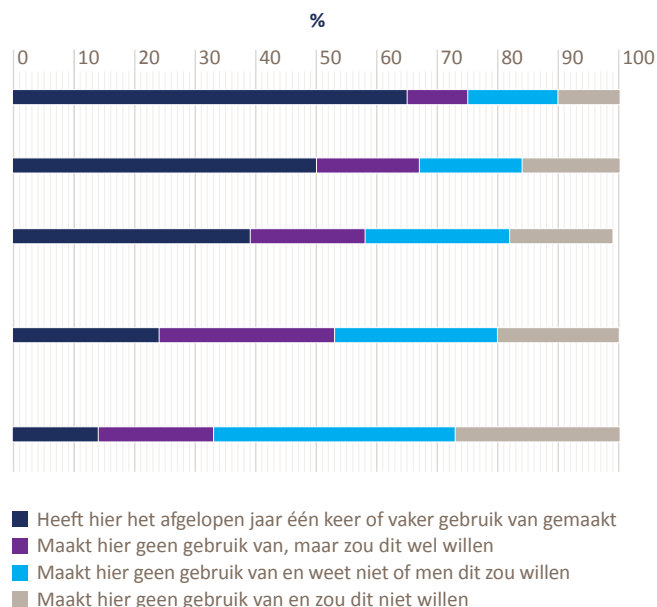
Via internet informatie gezocht over een ziekte of behandeling

Via internet informatie gezocht over voeding of bewegen

Via internet informatie gezocht over of ik met een bepaald probleem naar mijn huisarts zou moeten gaan

Via internet informatie gezocht om een keuze te kunnen maken voor een bepaalde zorgverlener of zorginstelling

Aan mijn zorgverlener informatie voorgelegd die ik op internet heb gevonden



65 jaar vaker via internet naar informatie gezocht dan mensen van 65 jaar en ouder. Er is verder een verschil als we kijken naar de wens om internet te gebruiken voor het zoeken naar informatie over een ziekte of behandeling. Van de groep die niet heeft gezocht, zeggen zorggebruikers jonger dan 65 jaar relatief vaker dat ze dat zouden willen, dan mensen van 65 jaar of ouder. Daarnaast zeggen mensen die geen chronische ziekte hebben vaker dat zij informatie over een ziekte of behandeling zouden willen zoeken via internet, dan mensen met astma, COPD of diabetes.

De helft (50%) van de zorggebruikers zocht via internet informatie over voeding en bewegen. Zorggebruikers met een hoger opleidingsniveau maken hier vaker gebruik van dan zorggebruikers met een middelbaar of lager opleidingsniveau. Jongeren (tot 65 jaar) maken hier ook vaker gebruik van dan ouderen. Van de groep die niet heeft gezocht naar informatie over voeding en bewegen, zouden mensen met een hoger opleidingsniveau dit vaker willen dan mensen met een middelbaar of lager opleidingsniveau. Datzelfde geldt voor zorggebruikers jonger dan 65 jaar.

Verder zocht 39% informatie om te bepalen of men met een klacht naar de huisarts zou moeten gaan. Ook hier geldt weer dat mensen met een hoger opleidingsniveau dat vaker doen dan mensen met een middelbaar of lager opleidingsniveau en jongeren vaker dan ouderen. Verder zeggen jongeren vaker dan ouderen dat ze op internet informatie zouden willen zoeken om te bepalen of ze met een klacht naar de huisarts zouden moeten gaan. Ook mensen die geen chronische ziekte hebben, zeggen vaker dat zij dit zouden willen, dan mensen met een chronische ziekte.

Bijna een kwart (24%) heeft via internet informatie gezocht om een keuze te kunnen maken voor een zorgverlener of zorginstelling. Jongeren zeggen vaker dit te doen dan ouderen. Bijna een derde (29%) maakt hier geen gebruik van, maar zou dit wel willen. Daarmee is dit de toepassing met de grootste groep die dit nog niet gebruikt, maar wel wil gebruiken. Hierbij zijn verschillen naar opleiding. Van de mensen die geen informatie hebben gezocht om een keuze te maken, zeggen mensen met een hoger opleidingsniveau dit vaker te willen, dan mensen met een middelbaar of lager opleidingsniveau. Ook zeggen jongeren vaker informatie te willen gebruiken om een keuze te maken voor een bepaalde zorgverlener of zorginstelling dan ouderen.

Het voorleggen van op internet gevonden informatie aan de zorgverlener wordt met 14% het minst vaak gedaan. Kennelijk zoeken mensen wel informatie op internet, maar leggen dit niet altijd voor aan de zorgverlener. Als het gaat om het voorleggen van op internet gevonden informatie aan de zorgverlener, dan is de groep die er nu geen gebruik van maakt en ook niet weet of ze dit wel willen het grootst (40%). Hierbij geven jongeren vaker dan ouderen aan dat ze hier gebruik van maken en van willen maken.

Van de zorggebruikers noemde 21% desgevraagd websites en/of apps voor zorg en gezondheid waar ze gebruik van maakten. Websites en apps die deze zorggebruikers spontaan noemen zijn bijvoorbeeld websites en apps van zorgverzekeraars en sites zoals gezondheidsplein, dokterdokter en thuisarts. Andere soorten apps die worden gebruikt richten zich op sport (hardloopapps, fitnessapps), voeding en afvallen (dieetinzicht, Voedingscentrum, Weight Watchers).

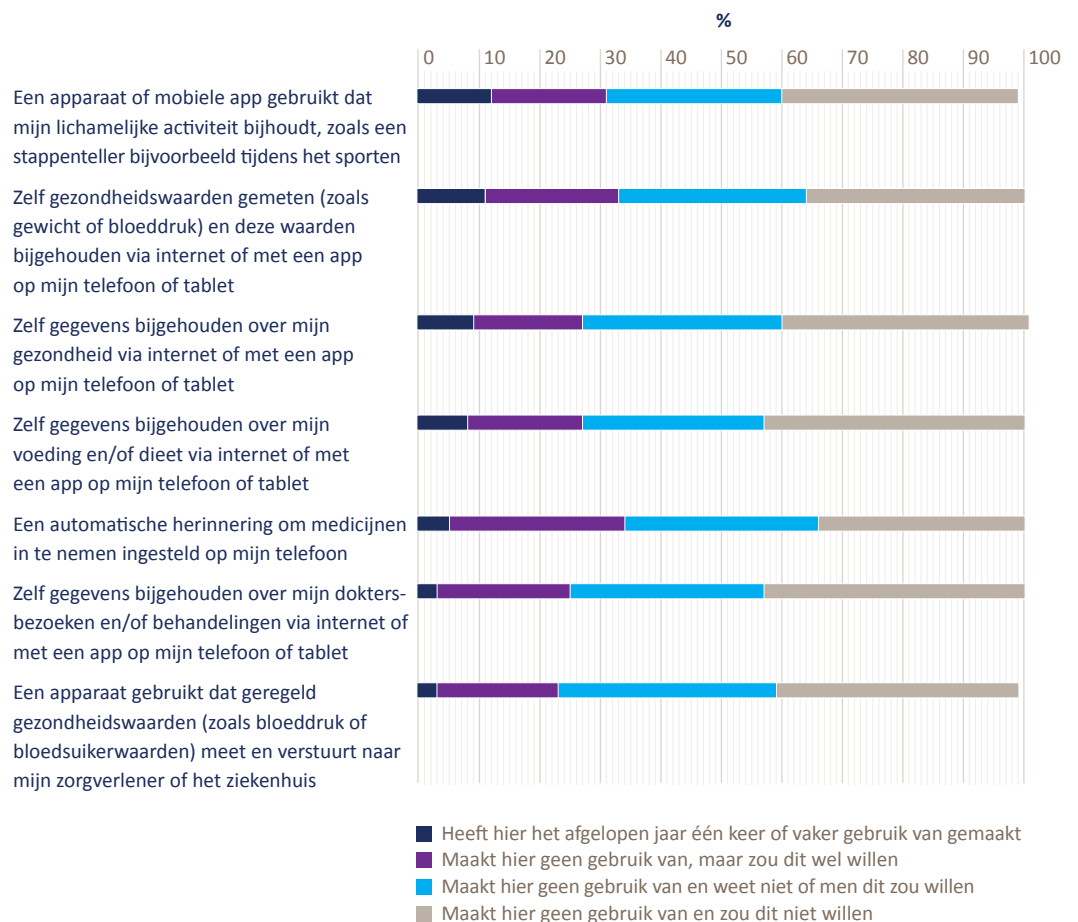
Veel mensen noemen ook de zoekmachine 'Google' (zie bijlage C voor een uitgebreide toelichting).

#### 4.4 Online bijhouden van gegevens

Er zijn diverse eHealth-toepassingen beschikbaar voor een beter inzicht in de eigen gezondheid en ter ondersteuning van de behandeling van ziekten. Deze toepassingen richten zich op het meten en bijhouden van gegevens over de eigen gezondheid en op het helpen volhouden van een behandeling.

Zorggebruikers maken relatief weinig (3%-12%) gebruik van dergelijke toepassingen (figuur 4-2 en tabel 4-5). Het meest is het afgelopen jaar gebruik gemaakt van een apparaat of mobiele app die de lichamelijke activiteit bijhoudt, zoals een stappenteller tijdens het sporten (12%). Hierbij is er een verschil in gebruik naar opleiding en leeftijd. Mensen met een hoger opleidingsniveau maken hier vaker gebruik van dan mensen met een middelbaar of lager opleidingsniveau en jongeren vaker dan ouderen. We zagen hier geen verschillen tussen mensen die wel of geen chronische ziekte hebben.

*Figuur 4-2  
Percentage zorggebruikers  
dat het afgelopen jaar  
gebruik maakte van internet  
of van een telefoon, tablet of  
ander apparaat om gegevens  
over de gezondheid te meten  
of bij te houden (n=693-707).*



Van de zorggebruikers heeft 11% zijn gezondheidswaarden (zoals gewicht of bloeddruk) gemeten en online bijgehouden. Verder geeft 9% aan in het afgelopen jaar zelf online gegevens te hebben bijgehouden over zijn of haar gezondheid. Voor deze toepassingen was er geen significant verschil in gebruik naar opleiding of leeftijd, of de totale groep die gebruik maakte van de toepassing was te klein om nader te analyseren.

De groep die nu geen gebruik maakt van de toepassingen voor het online bijhouden van gegevens, maar dat in de toekomst wel zou willen varieert van 18% tot 29%. Hierbij zijn er verschillen naar opleiding. Doorgaans zouden zorggebruikers met een hoger opleidingsniveau hier vaker gebruik van willen maken dan mensen met een middelbaar of lager opleidingsniveau. Dit geldt bijvoorbeeld voor het zelf online bijhouden van gegevens over gezondheid en over voeding en voor het instellen van een automatische herinnering op een telefoon om medicijnen in te nemen.

Datzelfde geldt voor verschillen naar leeftijd. Jongeren die nu geen gebruik maken van bepaalde toepassingen, zouden dat vaker willen dan ouderen. Het gaat dan om het meten en online bijhouden van gezondheidswaarden (zoals gewicht en bloeddruk), en het instellen van een automatische herinnering om medicijnen in te nemen op de telefoon. Voor de groep mensen met een chronische ziekte zagen we geen verschillen in vergelijking met mensen die geen chronische ziekte hebben.

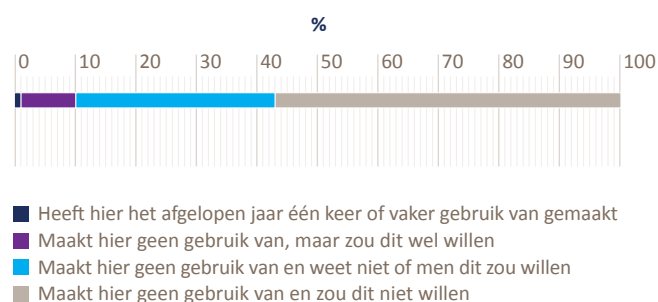
Daarnaast zegt bij iedere toepassing ongeveer twee vijfde (34%-43%) van de zorggebruikers hier geen gebruik van te willen maken, indien dit voor hen van toepassing zou zijn.

#### 4.5 Deelname aan een discussiegroep

Zorggebruikers kunnen behalve van zorgverleners ook relevante informatie krijgen over gezondheid, ziekte en behandeling van andere zorggebruikers. Dit kan onder andere via internet door deelname aan een discussie-

*Figuur 4-3*  
*Percentage zorggebruikers dat via internet heeft deelgenomen aan een discussiegroep over gezondheidsproblemen via internet (n=692).*

Deelgenomen aan een discussiegroep over gezondheidsproblemen via internet, bijvoorbeeld met lotgenoten





groep over gezondheidsproblemen, bijvoorbeeld met lotgenoten.

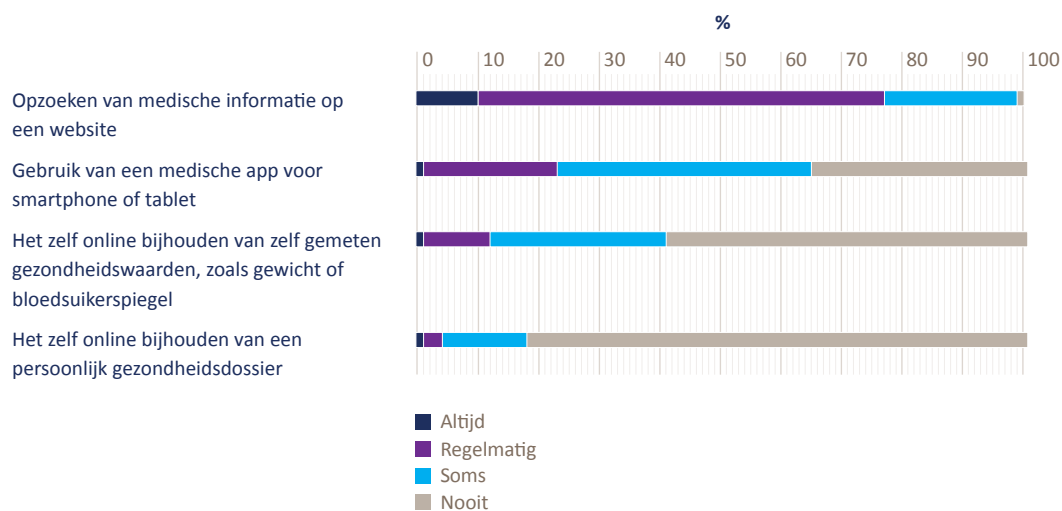
Uit figuur 4-3 blijkt dat deelname via internet aan een discussiegroep over gezondheidsproblemen in het afgelopen jaar nauwelijks voor kwam (1%). Iets minder dan een op de tien (9%) zou hieraan willen deelnemen en meer dan de helft (57%) wil dit niet (zie ook tabel 4-6). Hoger opgeleiden zouden vaker deel willen nemen aan een discussiegroep dan mensen met een middelbaar of lager opleidingsniveau. Ook geven jongeren relatief vaker aan dit te willen dan 65-plussers. Het al dan niet hebben van een chronische ziekte maakt niet uit voor de bereidheid om aan een discussiegroep deel te nemen.

#### 4.6 Aanraden online zoeken en bijhouden gegevens

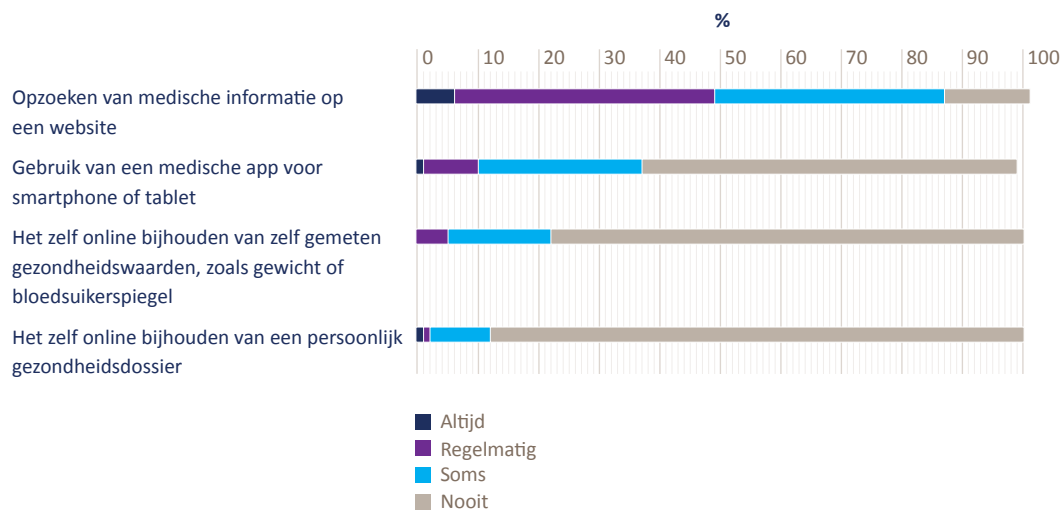
Ongeveer een vijfde van de zorggebruikers geeft aan dat zijn of haar huisarts, specialist of behandelaar wel eens heeft aangeraden om medische informatie op een website op te zoeken (19%). Andere manieren om gebruik te maken van internet voor zorg en gezondheid worden volgens zorggebruikers nauwelijks aangeraden door zorgverleners. Het gaat dan om het gebruik maken van een medische app voor smartphone of tablet (2%), het zelf online bijhouden van gezondheidswaarden zoals gewicht of bloedsuikerspiegel (4%) en het zelf online bijhouden van een persoonlijk gezondheidsdossier (2%) (zie ook tabel 4-7).

Aan artsen (huisartsen, medisch specialisten en psychiaters) is eveneens gevraagd in hoeverre zij dergelijke aanbevelingen doen (zie figuur 4-4, figuur 4-5 en tabellen 4-8 t/m 4-10). Ongeveer negen op de tien artsen (86-99%)

*Figuur 4-4*  
Percentage huisartsen dat het gebruik van een eHealth-toepassing aanraadt aan patiënten (n=171).



*Figuur 4-5  
Percentage medisch  
specialisten dat het gebruik  
van een eHealth-toepassing  
aanraadt aan patiënten  
(n=161).*



zeggen dat zij hun patiënten wel eens aanraden om medische informatie op te zoeken op een website. Drie vijfde van de huisartsen (64%) beveelt wel eens het gebruik van medische apps aan. Medisch specialisten en psychiaters zeggen minder vaak dit te doen. Andere toepassingen, zoals het zelf meten van gezondheidswaarden of zelf online bijhouden van een persoonlijk gezondheidsdossier, worden beduidend minder vaak door artsen aanbevolen.

In de focusgroep geven huisartsen aan dat ze het belangrijk vinden om te verwijzen naar specifieke, betrouwbare websites. Een voorbeeld daarvan is Thuisarts. Daarnaast vinden huisartsen het verstandig om de patiënt aan te raden om niet alles te lezen wat op internet te vinden is. Veel informatie op internet klopt niet of maakt de patiënt bang. Het verwijzen naar informatie op internet zorgt er volgens huisartsen wel voor dat de patiënt meer regie over zijn zorg neemt en meer eigenaar wordt van zijn problemen. Daarnaast

houd je als arts ook nog regie, doordat je naar betrouwbare websites verwijst. De huisartsen in de focusgroep zeiden ook apps voor de smartphone of tablet aan te raden. Voorbeelden die genoemd werden zijn de apps van Thuisarts en Moetiknaardedokter. Andere apps die werden genoemd zijn apps voor het monitoren van de slaap of van andere gezondheidskenmerken en een app die de therapietrouw verhoogt doordat deze een signaal geeft als medicatie moet worden ingenomen.

#### 4.7 Vergelijking tussen 2013 en 2014

We zien dit jaar net als in de eHealth-monitor 2013 dat veel mensen internet gebruiken. Het percentage zorggebruikers dat via een tablet toegang heeft tot internet is toegenomen van 36% in 2013 tot 49% in 2014.

In het gebruik van internet voor verschillende toepassingen voor zorg en gezondheid vinden we geen significante verschillen met vorig jaar. Net als in 2013 zocht ongeveer twee derde van de zorggebruikers in het

afgelopen jaar via internet naar informatie over een ziekte of behandeling. Ook het gebruik van internet voor andere zaken, zoals om informatie te vinden over ziekte en behandeling, voeding of bewegen, of omdat men wil weten of men met een bepaald probleem naar de huisarts moet gaan, is niet gewijzigd ten opzichte van vorig jaar.

#### 4.8 Conclusie en discussie

In dit hoofdstuk stonden eHealth-toepassingen centraal die ondersteuning bieden bij zelfmanagement en zorg voor de eigen gezondheid. Toegang tot internet is hierbij een belangrijke voorwaarde. Hieraan lijkt te zijn voldaan, aangezien het overgrote deel van de zorggebruikers internet gebruikt.

Het gebruik van internet voor het zoeken naar informatie over een ziekte of behandeling is al behoorlijk ingeburgerd. Zorggebruikers raadplegen internet ook om informatie te vinden over voeding en bewegen, of omdat ze willen weten of ze met een bepaald probleem naar de huisarts moeten gaan. Daarentegen is het voorleggen van op internet gevonden informatie aan een arts bepaald geen gemeengoed. Mogelijk schromen zorggebruikers om de gevonden informatie te delen met de arts.

Het zoeken van informatie hangt samen met zowel leeftijd als opleidingsniveau van zorggebruikers. Over het algemeen geldt dat hoger opgeleide zorggebruikers en zorggebruikers jonger dan 65 jaar vaker internet gebruiken voor zorg en gezondheid. Ook de groep die dit nu niet doet, maar dit wel zou willen, is groter onder hoger opgeleiden en jongeren. Mensen die geen chronische ziekte hebben, zeggen vaker internet

te willen gebruiken voor het zoeken naar informatie over ziekte en gezondheid dan mensen met een chronische ziekte.

Naast de mogelijkheden voor het zoeken van informatie zijn er steeds meer toepassingen om zelf via een website of mobiele app informatie bij te houden over de eigen gezondheid en zorg. De resultaten laten zien dat de informatiefunctie van internet op meer belangstelling kan rekenen dan het doen van zelfmetingen en het zelf online bijhouden van gegevens. Deze toepassingen blijken onder een beperkte groep zorggebruikers aan te slaan en ook de behoefte is minder groot. Bij deze toepassingen geldt wederom dat mensen met een hoger opleidingsniveau en jongeren er vaker gebruik van maken en dat zouden willen doen dan mensen met een lager opleidingsniveau en ouderen.

Ongeveer een vijfde van de zorggebruikers geeft aan dat hun arts het zoeken van medische informatie op een website wel eens heeft aangeraden. Tegelijkertijd zeggen ongeveer negen op de tien artsen dat zij hun patiënten wel eens aanraden om medische informatie op te zoeken op een website. Deze percentages lijken relatief hoog ten opzichte van de percentages genoemd door zorggebruikers<sup>8</sup>. Mogelijk gaat het bij de aanbevelingen van artsen om gerichte aanbevelingen aan patiënten voor wie dit van toepassing is en krijgt de 'gemiddelde' zorggebruiker dergelijke aanbevelingen minder vaak.

Voor mobiele apps geldt dat de belangrijkste uitdaging voor zorggebruikers is om de app te vinden die het best voldoet aan hun behoeften tussen de duizenden apps

<sup>8</sup> De twee onderzoeksgroepen zijn niet aan elkaar gerelateerd (de ondervraagde huisartsen hebben geen relatie tot de ondervraagde patiënten). De percentages van de twee groepen kunnen dus niet direct met elkaar worden vergeleken.

die beschikbaar zijn (IMS Institute for Healthcare Informatics, 2013). Zorgverleners hebben met dezelfde uitdaging te maken als ze apps uitproberen of aanraden aan zorggebruikers. Uit onderzoek van de Vereniging van Artsen en Auto (VvAA) blijkt dat een op de zes zorgverleners al eens een app heeft voorgeschreven aan zorggebruikers (VvAA, 2013). In deze editie van de eHealth-monitor zien we dat ongeveer twee derde van de huisartsen en ongeveer twee vijfde van de medisch specialisten wel eens een app aanbeveelt. Deze percentages liggen hoger, maar de vraagstelling is tussen de twee onderzoeken niet helemaal vergelijkbaar. Zo is 'aanraden' is een minder zware term dan 'voorschrijven'. Het VvAA-onderzoek laat verder zien dat de belangrijkste redenen voor zorgverleners om apps te gebruiken of voor te schrijven zijn: dat het voorziet in informatievoorziening, handig en gemakkelijk werkt, dat het de patiënt aanspreekt, de patiënt meer betreft en ter ondersteuning (VvAA, 2013).

De resultaten over het zoeken van informatie en het zelf bijhouden van gezondheidsgegevens passen bij de resultaten die gevonden zijn in eerder onderzoek. Uit eerder onderzoek blijkt namelijk dat zorggebruikers die actief betrokken willen worden bij de behandeling, de voorkeur geven aan een vrij passieve vorm van betrokkenheid. Denk hierbij aan meer informatie over alternatieve behandelmethoden of de ontwikkelingen daarin (Baan, Heijmans, Spreeuwenberg, & Rijken, 2012).

## 4.9 Referenties

Baan, D., Heijmans, M., Spreeuwenberg, P., & Rijken, M. (2012). *Zelfmanagement vanuit het perspectief van mensen met astma of COPD*. Utrecht: NIVEL.

Europese Commissie. (2012). *Actieplan e-gezondheidszorg 2012-2020. Innovatieve gezondheidszorg voor de 21e eeuw*. Brussel: Europese Commissie.

IMS Institute for Healthcare Informatics. (2013). *Patient apps for improved healthcare. From novelty to mainstream*. IMS Institute for Healthcare Informatics ([www.theimsinstitute.org](http://www.theimsinstitute.org)).

Krijgsman, J., de Bie, J., Burghouts, A., de Jong, J., Cath, G., van Gennip, L., et al. (2013). *eHealth, verder dan je denkt - eHealth-monitor 2013*. Den Haag: Nictiz & het NIVEL.

Minister en staatssecretaris van VWS. (2014). *Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal over e-health en zorgverbetering*. Den Haag: Ministerie van VWS.

Nictiz. (2014). *Zelfmetingen en de Nederlandse gezondheidszorg - over het gebruik van zelfgegenereerde gezondheidsinformatie in de regulier zorg*. Den Haag: Nictiz.

Peeters, J., Wiegers, T., de Bie, J., & Friele, R. (2013). *Overzichtstudies: Technologie in de zorg thuis, nog een wereld te winnen!* Utrecht: NIVEL.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2014). *Patiënteninformatie - Informatievoorziening rondom de patiënt*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Trappenburg, T., Jonkman, N., Jaarsma, T., van Os-Medendorp, H., Kort, H., de Wit, N., et al. (2014). *Zelfmanagement bij chronische ziekten*. Huisarts en Wetenschap.

VvAA. (2013). *Wat geld(t) in de zorg? VvAA trendonderzoek onder zorgaanbieders - Mobile Health*. VvAA.



## 5. Communicatie tussen zorggebruiker en zorgverlener

## Belangrijkste resultaten in dit hoofdstuk

Net als in 2013 zijn zorggebruikers slecht op de hoogte van de mogelijkheden die zorgverleners bieden om via internet met hen te communiceren. Wel is de bekendheid onder zorggebruikers met een deel van de online diensten toegenomen ten opzichte van vorig jaar.

Artsen bieden hun patiënten nog nauwelijks de mogelijkheid tot online inzage in het dossier, terwijl de helft van de zorggebruikers dit wel zou willen. Ongeveer de helft van de huisartsen en medisch specialisten wil hun patiënten wel online inzage bieden in medicatie.

De helft tot drie kwart van de artsen ervaart positieve effecten door het toepassen van online contact met patiënten. Zo verbetert het de toegankelijkheid van de praktijk of afdeling en vinden patiënten het prettig. Zorggebruikers ervaren gemaksdiensten zoals herhaalrecepten en het maken van online afspraken als handig.

Van de artsen ervaart 74%-87% belemmeringen bij het toepassen van contact met patiënten via internet. Denk hierbij aan gebrek aan financiële vergoedingen, gebrek aan voldoende beveiligde systemen en dat men online contact als minder efficiënt ervaart dan telefonisch en face-to-face contact.

## 5.1 Inleiding

Communicatie via internet en mobiele middelen is inmiddels gemeengoed geworden in het dagelijks leven. Ook in de zorg zijn er verschillende mogelijkheden voor communicatie via internet en mobiele middelen, bijvoorbeeld tussen de zorggebruiker en zijn zorgverleners.

We onderscheiden in dit hoofdstuk twee vormen van online communicatie tussen zorgverlener en zorggebruiker. De eerste vorm is online contact tussen zorggebruiker en zorgverlener. Het gaat hier bijvoorbeeld om toepassingen als het online maken van afspraken, het stellen van vragen aan de zorgverlener via e-mail en het via internet aanvragen van een herhaalrecept. De tweede vorm is online inzage voor de patiënt in de medische gegevens die de zorgverlener over hem bij houdt.

Van dit soort online communicatietoepassingen wordt verwacht dat ze bijdragen aan het zelfmanagement van de zorggebruiker. Doordat zorggebruiker meer inzage krijgt in zijn eigen dossier, kan hij meer betrokken worden bij het zorgproces (Minister van VWS, juni 2012; NHG, LHV, 2012; Bierma & Heldoorn, 2013). Daarnaast maken toepassingen als het online maken van afspraken, het stellen van vragen via e-mail en een consult via videocontact de zorg meer toegankelijk. Dit komt doordat zorgverleners makkelijker geraadpleegd kunnen worden en de zorg minder tijd- en plaatsgebonden wordt (NHG, LHV, 2012; NYFER, 2013).

## Veelbelovende eHealth-toepassingen

Aan huisartsen, medisch specialisten en psychiaters is gevraagd of zij voorbeelden kunnen noemen van eHealth- of ICT-toepassingen in de zorg, die zij zelf veelbelovend vinden. De antwoorden zijn opgenomen in bijlage D, E en F van dit rapport. Er zijn zowel concrete producten en merken genoemd, als meer in algemene zin omschreven toepassingen. Het ging hier om een open vraag, het gaat dus om spontane bekendheid.

Maar liefst 96% van de huisartsen noemde voorbeelden. Het meest noemden huisartsen online afspraken en elektronische consulten. Ook mobiele apps voor arts en patiënt, telemonitoring en teleconsultatie (waaronder teledermatologie) werden veel genoemd.

Van de medisch specialisten noemde 81% veelbelovende voorbeelden. Veruit het meest noemden zij het elektronisch patiëntendossier (van de eigen zorginstelling) en apps voor dokters en patiënten. Ook e-mailconsultatie en online afspraken werden veel genoemd.

Van de psychiaters gaf 96% voorbeelden waarvan zij veel verwachten. Het meest werden online behandelprogramma's voor psychologische of psychiatrische klachten genoemd. Vervolgens noemden zij online meetinstrumenten en random outcome monitoring (ROM), mobiele apps voor patiënten (bijvoorbeeld stemmingsregistratie) en e-mailconsult.

Het is duidelijk dat artsen als groep veel concrete voorbeelden van eHealth kennen, zowel gericht op hun eigen werkkuitvoering als op de interactie tussen arts en patiënt.

Dit hoofdstuk geeft de resultaten weer van het vragenlijstonderzoek onder een steekproef van zorggebruikers uit het Consumentenpanel Gezondheidszorg en onder steekproeven van huisartsen, medisch specialisten en psychiaters uit het KNMG-ledenbestand. Het eerste deel van dit hoofdstuk gaat in op het gebruik van internet en mobiele middelen onder zorggebruikers en zorgverleners. Daarna komen de online contactmogelijkheden, online inzagemogelijkheden en eventuele belemmeringen en positieve effecten van online communicatie aan bod. Per onderdeel bespreken we eerst de resultaten voor de zorggebruikers en vervolgens voor de huisartsen, medisch specialisten en psychiaters.

## 5.2 Internetgebruik door zorggebruikers en zorgverleners

### 5.2.1 Zorggebruikers

Vrijwel alle zorggebruikers maken gebruik van internet (93%) en vaak via meerdere apparaten. Zie paragraaf 4.2 voor meer details.

### 5.2.2 Zorgverleners

Alle artsen (100%) hebben toegang tot internet in het dagelijks werk (zie tabel 5-1 in de tabellenbijlage<sup>9</sup>). Ze gebruiken hier in ieder geval een computer of laptop voor (100%). Daarnaast is het gebruik van internet via

<sup>9</sup> Tenzij expliciet anders vermeld wordt voor tabellen verwezen naar de losse tabellenbijlage bij dit rapport.

<sup>10</sup> Het aantal psychiaters dat heeft gerespondeerd is laag (n=90), waardoor enige voorzichtigheid is geboden bij het trekken van conclusies. We rapporteren daarom in het geval van psychiaters bij berekende percentages tevens het aantal respondenten behorend bij dat percentage.



een smartphone of een tablet steeds meer ingeburgerd. Vier op de vijf huisartsen (80%) maakten in het dagelijks werk gebruik van internet via een telefoon of smartphone en twee op de vijf via een tablet (39%). Bij de medisch specialisten gebruikt 63% internet via een telefoon of smartphone en 46% via een tablet. Bij de psychiaters zijn deze percentages 59% via een telefoon of smartphone en 33% via een tablet, n=90<sup>10</sup>.

Bijna alle huisartsen maken tijdens een consult met een patiënt regelmatig of altijd gebruik van internet om iets op te zoeken of na te kijken (90%). Medisch specialisten en psychiaters doen dit wat minder vaak. Zeven van de tien medisch specialisten (69%) en psychiaters (71%) maken tijdens een consult met een patiënt regelmatig of altijd gebruik van internet om iets op te zoeken. Acht op de tien huisartsen laten regelmatig of altijd tijdens een consult informatie zien aan de patiënt op een computer of tablet (79%). Van de medisch specialisten

doen ongeveer drie op de vijf (61%) dit regelmatig of altijd en bij de psychiaters twee op de vijf (37%). Het internetgebruik van verpleegkundigen en verzorgenden komt aan de orde in paragraaf 7.3.

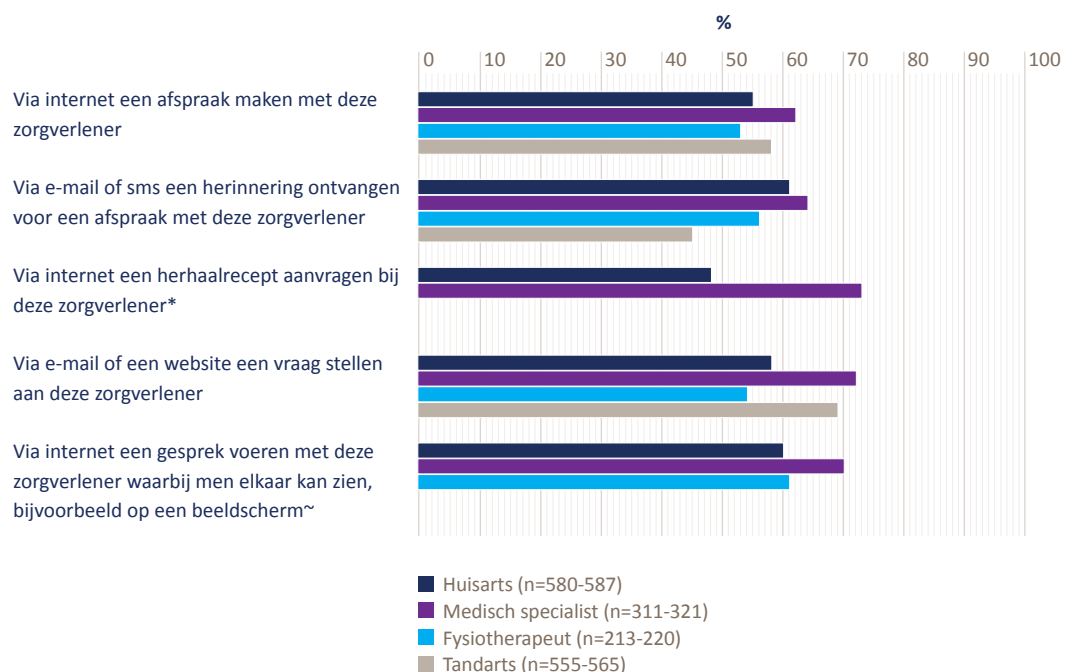
### 5.3 Online contact tussen zorggebruikers en zorgverleners

Om de beschikbaarheid van toepassingen voor online contact tussen zorggebruikers en zorgverleners te meten, hebben we aan zorggebruikers gevraagd of zij weten welke mogelijkheden hun zorgverleners aanbieden. Daarnaast is aan artsen gevraagd welke mogelijkheden zij aanbieden aan hun patiënten.

#### 5.3.1 Online contactmogelijkheden volgens zorggebruikers

Uit figuur 5-1 blijkt dat een groot deel van de zorggebruikers (45%-73%) niet weet of de voorgelegde contactmogelijkheden bij de betreffende zorgverlener

*Figuur 5-1  
Percentage zorggebruikers dat niet weet of hun zorgverlener de genoemde mogelijkheden biedt om met een zorgverlener online contact te hebben, van de zorggebruikers die in het afgelopen jaar contact hadden met deze zorgverlener (n=213-587).*



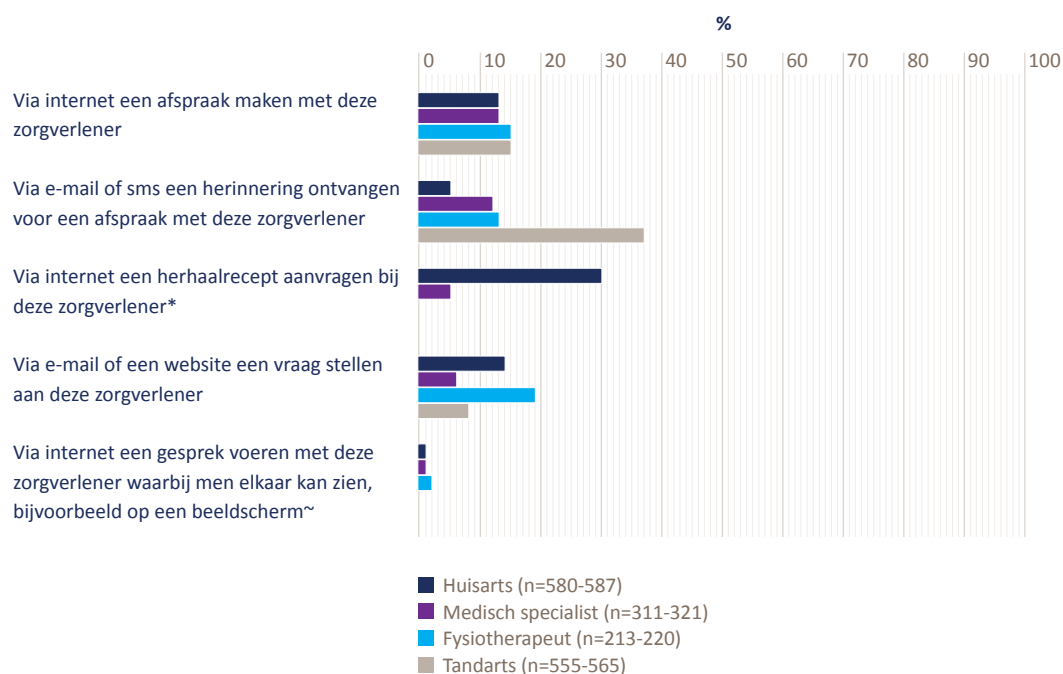
\* alleen gevraagd over contact met de huisarts en de medisch specialist  
~ alleen gevraagd over contact met de huisarts, medisch specialist en fysiotherapeut

mogelijk zijn (zie ook tabel 5-2 t/m 5-5). Ongeveer een tot twee vijfde (18%-39%) geeft bij elk van de contactmogelijkheden aan dat dit niet mogelijk is. Een beperkt deel van de zorggebruikers geeft aan dat er wel online contactmogelijkheden zijn met zorgverleners (zie figuur 5-2). Het via internet aanvragen van een herhaalrecept bij de huisarts springt eruit. Ongeveer een derde van de zorggebruikers geeft aan dat dit mogelijk is bij hun huisarts (30%). Ook het via e-mail of sms een herinnering ontvangen voor een afspraak met de tandarts valt op, 37% geeft aan dat dit mogelijk is. Uit de focusgroep met zorggebruikers kwam naar voren dat het aanbod nog beperkt is en dat mensen niet altijd kijken naar de mogelijkheden die er zijn.

Dat een eHealth-toepassing beschikbaar is, wil dit nog niet zeggen dat deze ook gebruikt wordt. We hebben

naast beschikbaarheid ook gekeken naar het gebruik van online contactmogelijkheden door zorggebruikers in het afgelopen jaar (april/mei 2013 tot april/mei 2014). De resultaten laten zien dat het gebruik van online contactmogelijkheden in het afgelopen jaar niet veel voorkwam onder zorggebruikers die in deze periode contact hadden met de betreffende zorgverlener (zie figuur 5-3 en tabellen 5-6 t/m 5-9). Het meest wordt via e-mail of sms een herinnering ontvangen voor een afspraak met de tandarts (27%), gevolgd door het online aanvragen van een herhaalrecept bij de huisarts (18%). Tussen de 1% en 9% maakte het afgelopen jaar gebruik van het online maken van afspraken met zorgverleners, het online stellen van een vraag of het via internet voeren van een beeldgesprek.

*Figuur 5-2  
Percentage zorggebruikers dat aangeeft dat het mogelijk is om met een zorgverlener online contact te hebben, van de zorggebruikers die in het afgelopen jaar contact hadden met die zorgverlener (n=213-587).*



\* alleen gevraagd over contact met de huisarts en de medisch specialist  
 ~ alleen gevraagd over contact met de huisarts, medisch specialist en fysiotherapeut

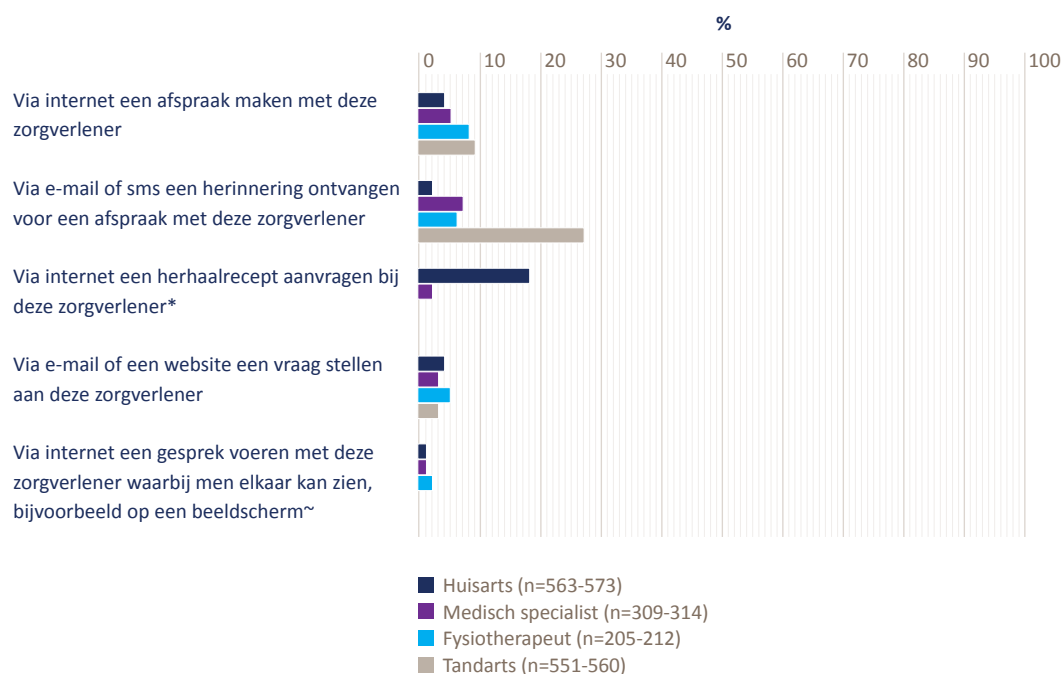
Hoewel veel zorggebruikers geen gebruik maken van online contactmogelijkheden, is er een substantieel deel dat wel gebruik zou willen maken van de verschillende toepassingen (figuur 5-4). Voor huisartsen en medisch specialisten geeft de helft van de zorggebruikers (50% voor beide zorgverleners) aan gebruik te willen maken van het online aanvragen van herhaalrecepten. Er zijn ook mogelijkheden waarvan veel zorggebruikers aangeven dat ze er geen gebruik van willen maken. Ongeveer de helft van de zorggebruikers die in het afgelopen jaar contact heeft gehad met de betreffende zorgverlener geeft aan geen gebruik te willen maken van het internet om een (beeld)gesprek te voeren met hun huisarts (48%), hun medisch specialist (52%) of hun fysiotherapeut (48%). Dit beeld wordt ondersteund door de uitkomsten van de focusgroep. Zorggebruikers waarderen 'gemaksdiensten', zoals het online aanvragen

van herhaalrecepten en het online maken van een afspraak. Ze zien online communicatie als een mooie aanvulling, maar niet als iets dat face-to-face contact vervangt.

### 5.3.2 Online contactmogelijkheden bij huisartsen

Volgens drie kwart van de huisartsen (75%) is het voor patiënten mogelijk om op één of meerdere manieren via internet contact te hebben met de huisarts of met de praktijk. De toepassing die huisartsen het meest zeggen aan te bieden is het aanvragen van een herhaalrecept via internet is (67%; zie figuur 5-5). Bijna de helft van de huisartsen zegt dat het mogelijk is om via e-mail of een website een vraag te stellen aan de huisarts (49%) of aan een praktijkassistent (44%). Via internet een afspraak maken met de huisarts is mogelijk volgens 18% van de huisartsen en bijna een kwart geeft aan dat

*Figuur 5-3  
Percentage zorggebruikers dat gebruik maakte van mogelijkheden om met een zorgverlener online contact te hebben, van de zorggebruikers die in het afgelopen jaar contact hadden met die zorgverlener (n=205-573).*



\* alleen gevraagd over contact met de huisarts en de medisch specialist  
~ alleen gevraagd over contact met de huisarts, medisch specialist en fysiotherapeut

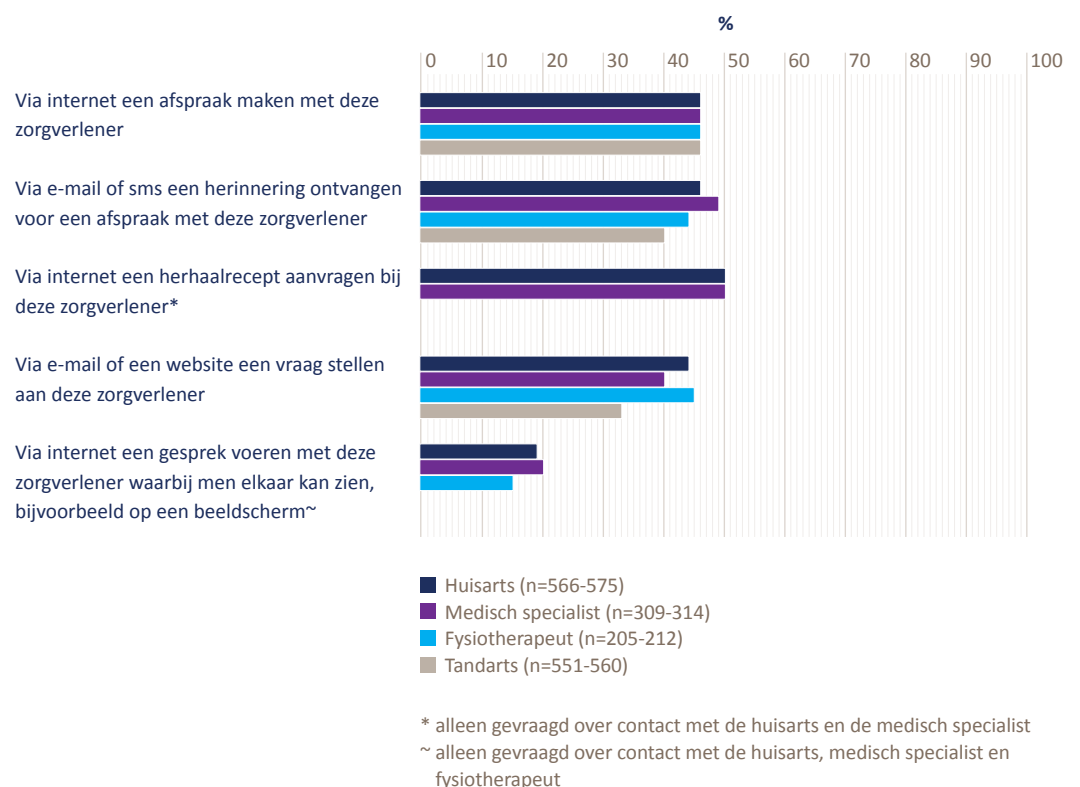
ze plannen hebben om dit binnen één jaar mogelijk te maken (23%). Zeer weinig huisartsen zeggen dat ze de mogelijkheid aanbieden om via internet een gesprek te voeren tussen huisarts en patiënt via beeldcontact (1%). Een derde van de huisartsen wil deze mogelijkheid ook niet bieden (32%) (zie tabel 5-10).

In de focusgroep zagen de huisartsen de grootste winst van het aanbieden van online contactmogelijkheden in het verminderen van de telefonische belasting van de praktijk. Dit kan verklaren waarom toepassingen als het aanvragen van een herhaalrecept en het stellen van een vraag via e-mail het meest worden aangeboden door huisartsen. Voor het maken van afspraken via internet is er echter nog koudwatervrees. Dit komt doordat de triage door de assistente dan ontbreekt en doordat huisartsen bang zijn voor het verliezen van de controle over de indeling van hun spreekuur. Bovendien

geeft men aan dat er nog veel praktische vragen leven, zoals binnen hoeveel tijd je een vraag via e-mail moet beantwoorden of wat je voor afspraken moet maken met je patiënten over het gebruik van online contact.

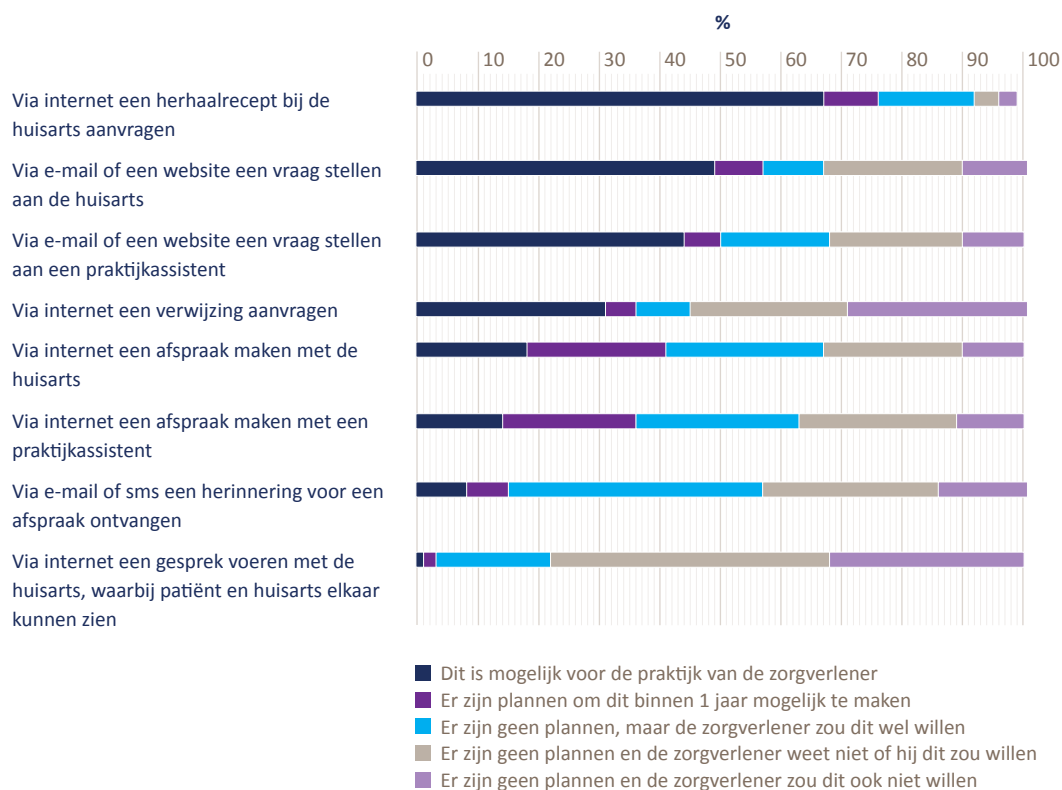
Figuur 5-6 geeft aan hoe vaak de verschillende contactmogelijkheden met de huisarts via internet werden gebruikt door patiënten. Van de huisartsen die zeggen dat het mogelijk is om via internet een herhaalrecept aan te vragen, geeft drie kwart aan dat dit dagelijks wordt gebruikt (73%). Dagelijks gebruik wordt ook gerapporteerd door een kwart van de huisartsen voor het maken van een afspraak via internet (26%, n=8 van 31) en voor het stellen van een vraag aan de huisarts via e-mail of website (23%, n=19 van 84). De overige toepassingen worden volgens het merendeel van de huisartsen voornamelijk tenminste wekelijks of maandelijks gebruikt (zie ook tabel 5-11).

*Figuur 5-4  
Percentage zorggebruikers  
dat in de toekomst gebruik  
zou willen maken van  
mogelijkheden om met een  
zorgverlener online contact  
te hebben, van de zorg-  
gebruikers die in het  
afgelopen jaar contact  
hadden met die zorgverlener  
(n=205-575).<sup>11</sup>*

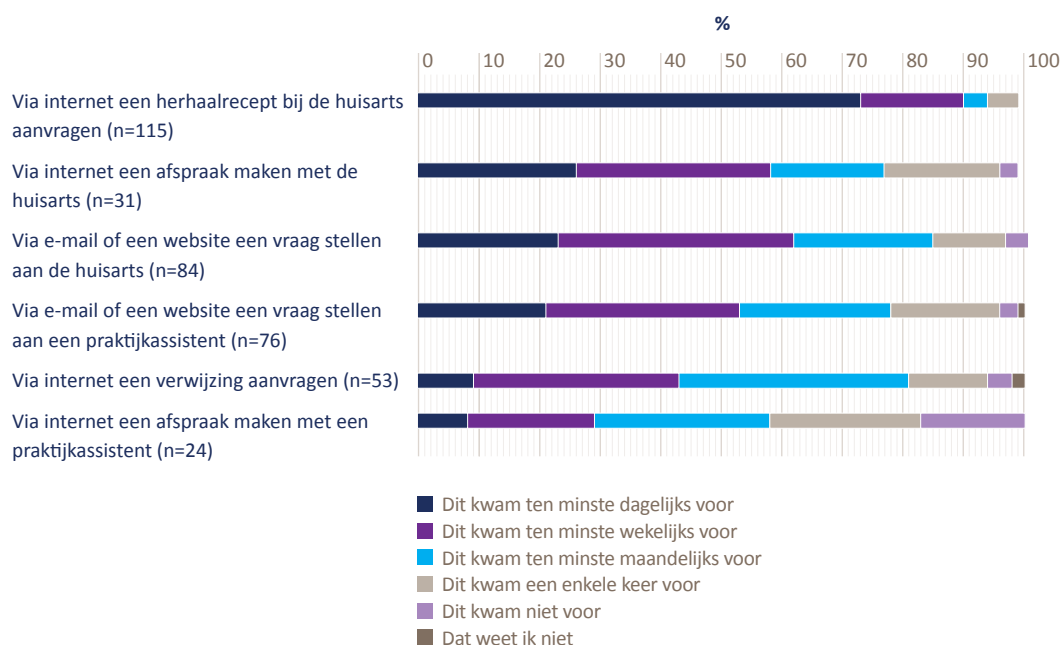


<sup>11</sup> De antwoordmogelijkheden bij deze vraag waren of de zorggebruiker hier afgelopen jaar één keer of vaker gebruik van heeft gemaakt, of dat de zorggebruiker er geen gebruik van heeft gemaakt, maar dit wel zou willen, dit niet zou willen of niet weet of hij dit zou willen.

*Figuur 5-5  
Percentage huisartsen dat aangeeft of manieren waarop patiënten contact kunnen hebben met henzelf of hun praktijk mogelijk zijn (n=171).*



*Figuur 5-6  
Percentage huisartsen dat aangeeft hoe vaak patiënten het afgelopen jaar de gevraagde online contactmogelijkheden met henzelf of de praktijk hebben gebruikt, van de huisartsen bij wie dit mogelijk was (n=24-115).*



Huisartsen gaven in de focusgroep aan dat niet alle patiënten de online mogelijkheden uit zichzelf gebruiken. Ze moeten het gebruik actief stimuleren en patiënten attenderen op de mogelijkheden (zie paragraaf 5.5 voor een bespreking wat huisartsen hieraan doen).

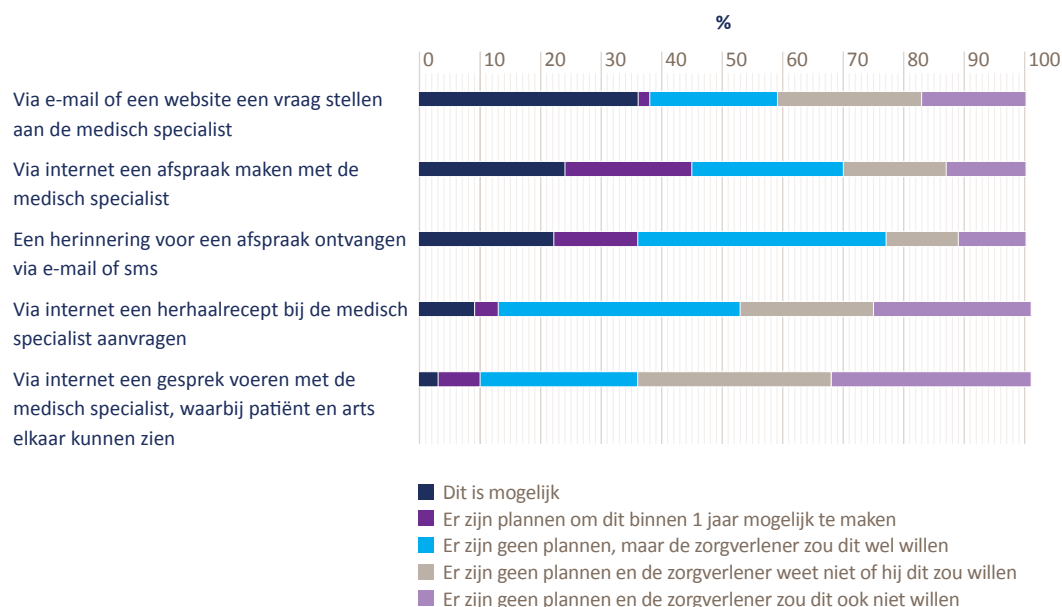
### 5.3.3 Online contactmogelijkheden bij medisch specialisten

Van de medisch specialisten geeft ongeveer de helft (54%) aan dat het voor patiënten mogelijk is om via internet contact te hebben met de specialist of de afdeling. De mogelijkheid om via e-mail of een website een vraag te stellen aan de medisch specialist wordt het meest aangeboden (36%; zie figuur 5-7 en tabel 5-12). Bijna een kwart van de medisch specialisten zegt dat het mogelijk is om via internet een afspraak te maken

(24%) en om een herinnering voor een afspraak te ontvangen via e-mail of sms (22%). De mogelijkheid om via internet herhaalrecepten aan te vragen biedt 9% van de medisch specialisten aan.

Volgens een kwart (25%) van de medisch specialisten die de mogelijkheid bieden voor patiënten om een herinnering voor een afspraak te ontvangen via e-mail of sms, kwam dit in het afgelopen jaar dagelijks voor (tabel 5-13, figuur 5-8). Circa vier op de tien medisch specialisten bij wie dit mogelijk was, zeggen dat het tenminste wekelijks voorkwam dat patiënten via internet een afspraak maakten (36%, n=14). Bijna hetzelfde geldt voor een vraag stellen aan de medisch specialist via e-mail of website (38%, n=22).

*Figuur 5-7  
Percentage medisch specialisten dat aangeeft of manieren waarop patiënten contact kunnen hebben met henzelf of hun afdeling mogelijk zijn (n=161).*



### 5.3.4 Online contactmogelijkheden bij psychiaters

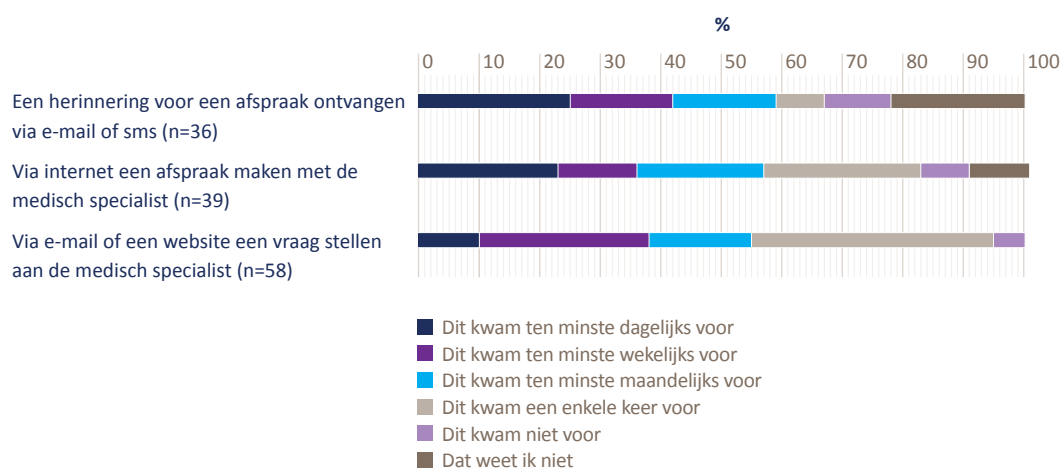
Volgens zeven op de tien psychiaters (69%, n=62) kunnen patiënten via internet contact hebben met de psychiater, de instelling of de praktijk (tabel 5-14). Zoals figuur 5-9 laat zien, geeft 64% (n=58) van de psychiaters aan dat het mogelijk is om via e-mail of een website een vraag te stellen aan de psychiater. Ongeveer een derde van de psychiaters geeft aan dat het mogelijk is om via e-mail of sms een herinnering voor een afspraak te ontvangen (32%, n=29) of om via internet een herhaalrecept aan te vragen (36%, n=32). Daarnaast zou ongeveer een derde de mogelijkheid willen bieden om via internet een gesprek te voeren, waarbij patiënt en arts elkaar kunnen zien op een beeldscherm (36%, n=32) of om via internet een afspraak te maken (30%, n=27). Ondanks dat ze aangeven het wel te willen, hebben ze hier niet altijd plannen voor.

Het kwam volgens 10 van de 29 psychiaters bij wie dit mogelijk is dagelijks voor dat patiënten een herinnering voor een afspraak ontvingen via e-mail of sms (tabel 5-15, figuur 5-10). Het via internet aanvragen van een herhaalrecept (69%, n=22) of het stellen van een vraag aan de psychiater via e-mail of website (62%, n=36), komt bij twee derde van de psychiaters die dit aanbieden tenminste wekelijks voor.

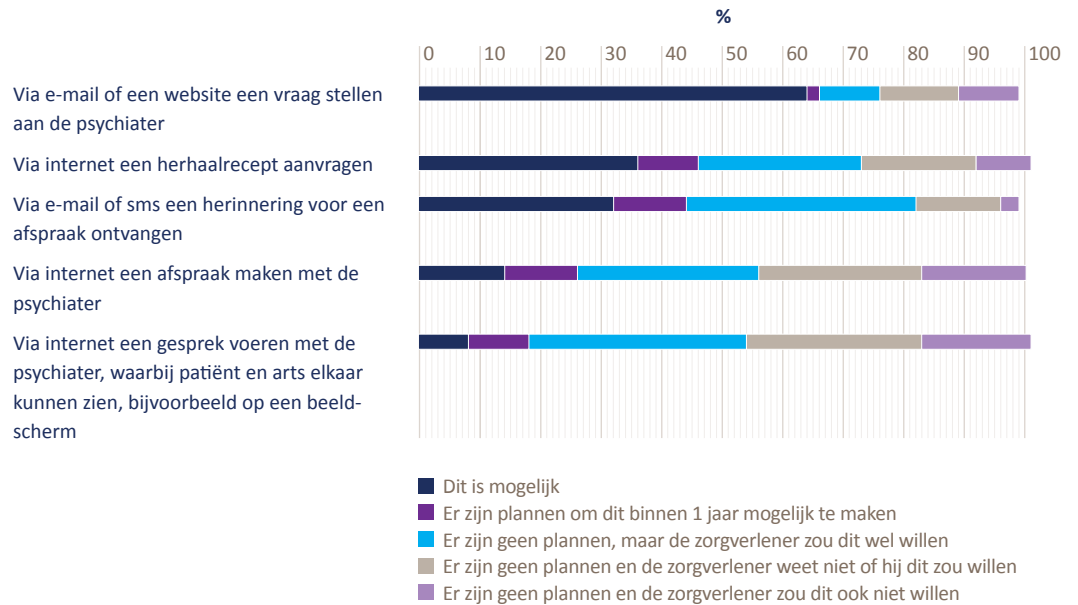
### 5.4 Online inzagemogelijkheden bij artsen

Naast online contact tussen zorggebruiker en zorgverlener hebben we ook gekeken naar de beschikbaarheid en het gebruik van online inzage. Hierbij is gevraagd naar online inzage in de volgende onderdelen van het medisch dossier: de gestelde diagnoses, de voorgeschreven medicatie, uitslagen van onderzoeken en laboratoriumbepalingen en

*Figuur 5-8  
Percentage medisch specialisten dat aangeeft hoe vaak patiënten in het afgelopen jaar de gevraagde online contactmogelijkheden met henzelf of de afdeling hebben gebruikt, van de medisch specialisten bij wie dit mogelijk was (n=36-58).*



*Figuur 5-9  
Percentage psychiaters dat aangeeft of manieren waarop patiënten contact kunnen hebben met henzelf of hun afdeling mogelijk zijn (n=90).*



de notities (decursus). Daarnaast is gevraagd naar de mogelijkheid voor zorggebruikers om via internet zelf opmerkingen of gemeten gezondheidswaarden toe te kunnen voegen aan hun eigen medische gegevens.

#### 5.4.1 Online inzagemogelijkheden volgens zorggebruikers

Een meerderheid van de zorggebruikers die contact hadden met een zorgverlener in het afgelopen jaar weet niet of online inzage van de eigen medische gegevens bij de betreffende huisarts, medisch specialist of fysiotherapeut mogelijk is (65%-68%) (figuur 5-11, tabel 5-16). Ongeveer een derde geeft aan dat het niet mogelijk is (29%-32%). Het percentage zorggebruikers dat het afgelopen jaar tenminste een keer online de eigen medische gegevens heeft ingezien is laag (1%-2%)

(figuur 5-12, tabel 5-17). Ongeveer de helft zou er echter wel gebruik van willen maken (45%-51%).

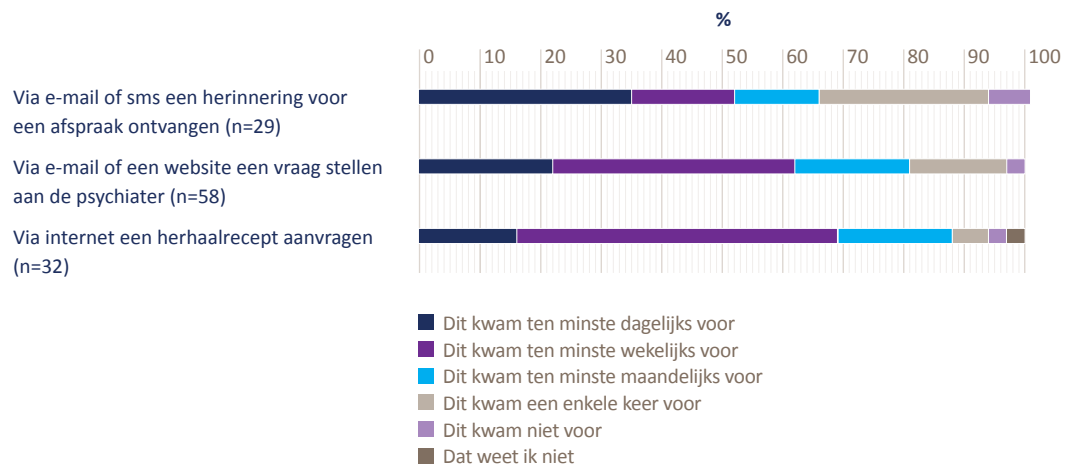
#### 5.4.2 Online inzagemogelijkheden bij huisartsen

Volgens 16% van de huisartsen is een vorm van online inzage voor patiënten in hun eigen medische gegevens mogelijk. Van de verschillende mogelijkheden scoort inzage in de voorgeschreven medicatie het hoogst, dit is mogelijk volgens 12% van de huisartsen (zie figuur 5-13). Inzage in uitslagen van onderzoeken en in gestelde diagnoses zijn beide bij 8% van de huisartsen mogelijk.

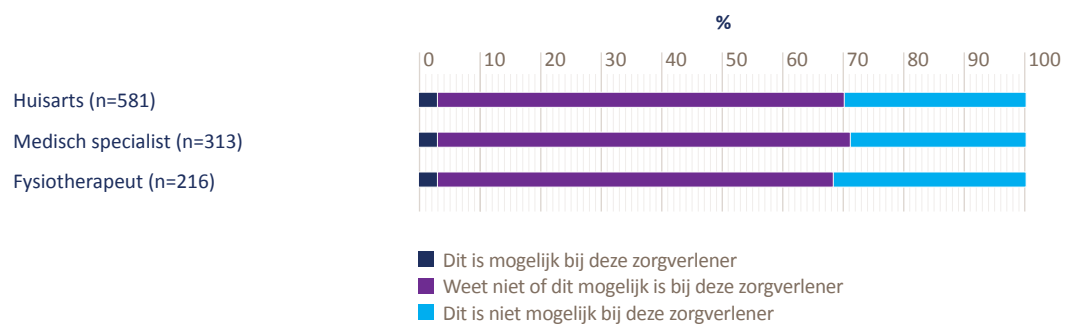
Ongeveer de helft van de huisartsen wil inzage bieden in de voorgeschreven medicatie (48%), terwijl maar een op de tien plannen heeft om dit binnen één jaar mogelijk te maken (12%). Van de overige inzagemogelijkheden



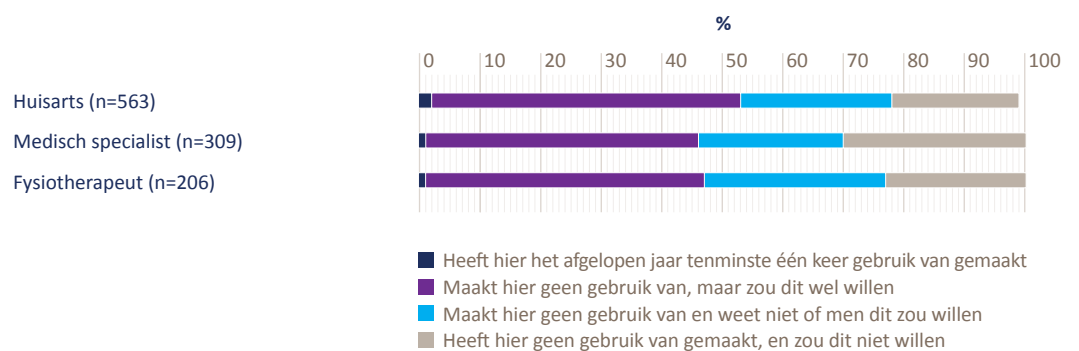
**Figuur 5-10**  
*Percentage psychiaters dat aangeeft hoe vaak patiënten in het afgelopen jaar de online contactmogelijkheden met henzelf of de afdeling hebben gebruikt, van de psychiaters bij wie dit mogelijk was (n=29-58).*



**Figuur 5-11**  
*Percentage zorggebruikers dat de mogelijkheid had om via internet de medische gegevens in te zien die deze zorgverlener bijhoudt, van zorggebruikers die in het afgelopen jaar contact hadden met deze zorgverlener (n=216-581).*



**Figuur 5-12**  
*Percentage zorggebruikers die gebruik maakten van de mogelijkheid om de medische gegevens in te zien die deze zorgverlener bijhoudt, van de zorggebruikers die in het afgelopen jaar contact hadden met deze zorgverlener (n=206-653).*



weet bijna de helft van de huisartsen niet of ze dit willen (40-45%). Tot slot geeft 6% van de huisartsen aan dat het voor patiënten mogelijk is om via internet zelf opmerkingen of gemeten gezondheidswaarden toevoegen aan hun eigen medische gegevens (zie tabel 5-18). In de focusgroep gaven huisartsen aan dat het zelf meten van gezondheidswaarden alleen relevant is bij bepaalde ziektebeelden, zoals het meten van bloedglucosewaarden bij diabetes of antistollingswaarden bij trombose. Ook inzage in het medisch dossier vinden ze vooral relevant voor chronisch zieken. De huisartsen gaven daarbij aan dat patiënten weinig behoefte lijken te hebben aan inzage in de eigen medische gegevens.

Net als bij online contact tussen zorggebruiker en zorgverleners spelen bij het bieden van inzage ook veel praktische vragen en implementatievraagstukken onder

huisartsen, zo blijkt uit de focusgroep. Zo vraagt men zich af of patiënten alles kunnen begrijpen wat in het dossier staat en voor welke patiënten het wel en niet geschikt is.

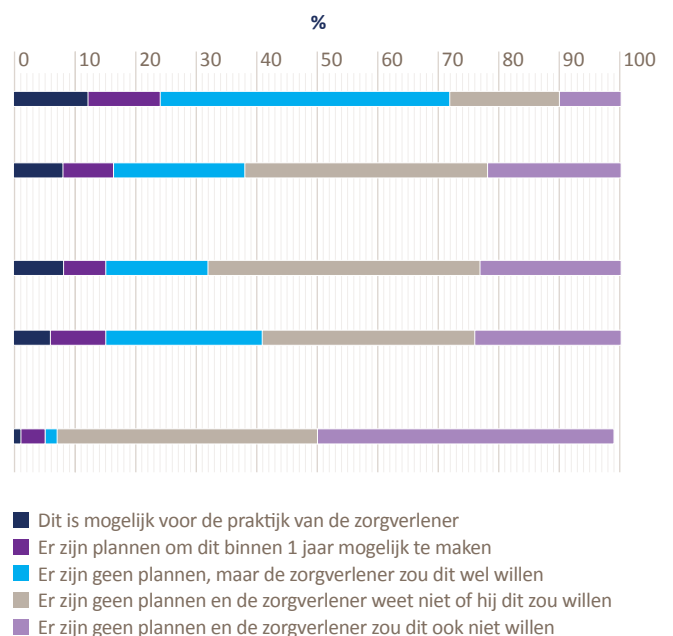
Aangezien heel weinig huisartsen online inzagemogelijkheden aanbieden, kunnen we slechts een indicatie geven van het gebruik van deze mogelijkheden. Het via internet inzien van de voorgeschreven medicatie komt bij 13 huisartsen van de 21 die dit aanbieden tenminste wekelijks voor. De overige inzagemogelijkheden kwamen te weinig voor om hier uitspraken over te doen (zie tabel 5-19).

### 5.4.3 Online inzage bij medisch specialisten

Van de verschillende inzagemogelijkheden geeft ongeveer een op de twintig medisch specialisten aan dat dit mogelijk is (4-7%; zie figuur 5-14). Meer dan de helft van de

*Figuur 5-13*  
*Percentage huisartsen dat aangeeft of de volgende manieren waarop patiënten via internet inzage kunnen hebben in het patiëntendossier dat de huisarts bijhoudt mogelijk zijn (n=171).*

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



medisch specialisten zou wel inzage in de voorgeschreven medicatie willen bieden, maar heeft hier nog geen plannen voor (53%). Van inzage in de overige medische gegevens weten medisch specialisten nog niet of ze dit willen aanbieden, of ze willen dit niet. De mogelijkheid voor patiënten om via internet zelf opmerkingen of gemeten gezondheidswaarden toe te kunnen voegen aan hun eigen medische gegevens wordt nog nauwelijks aangeboden door medisch specialisten (1%) (zie tabel 5-20).

Aangezien maar weinig medisch specialisten online inzagemogelijkheden bieden aan patiënten, kunnen we geen valide uitspraken doen over het gebruik. Voor alle vormen van inzage in dit onderzoek geldt dat er minder dan 20 medisch specialisten waren die de mogelijkheid bieden. De resultaten van het onderzoek onder medisch

specialisten zijn te vinden in tabel 5-21 in de tabellenbijlage.

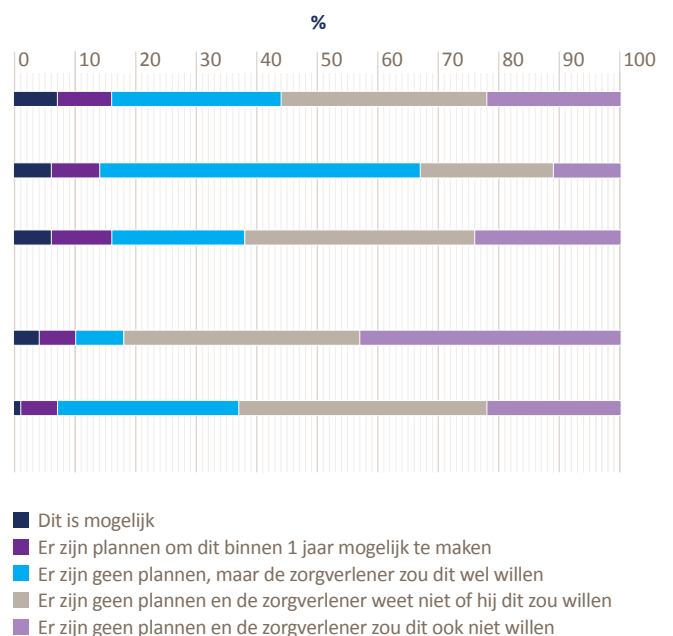
#### 5.4.4 Online inzagemogelijkheden bij psychiaters

Een op de tien psychiaters zegt een vorm van online inzage in de medische gegevens aan te bieden aan patiënten (10%, n=9). De verschillende inzagemogelijkheden worden elk gerapporteerd door vier à vijf psychiaters (4-6%). Daarnaast wil 53% (n=48) van de psychiaters inzage geven in de voorgeschreven medicatie en 38% (n=34) in de uitslagen van onderzoeken en laboratoriumbepalingen (figuur 5-15, tabel 5-22).

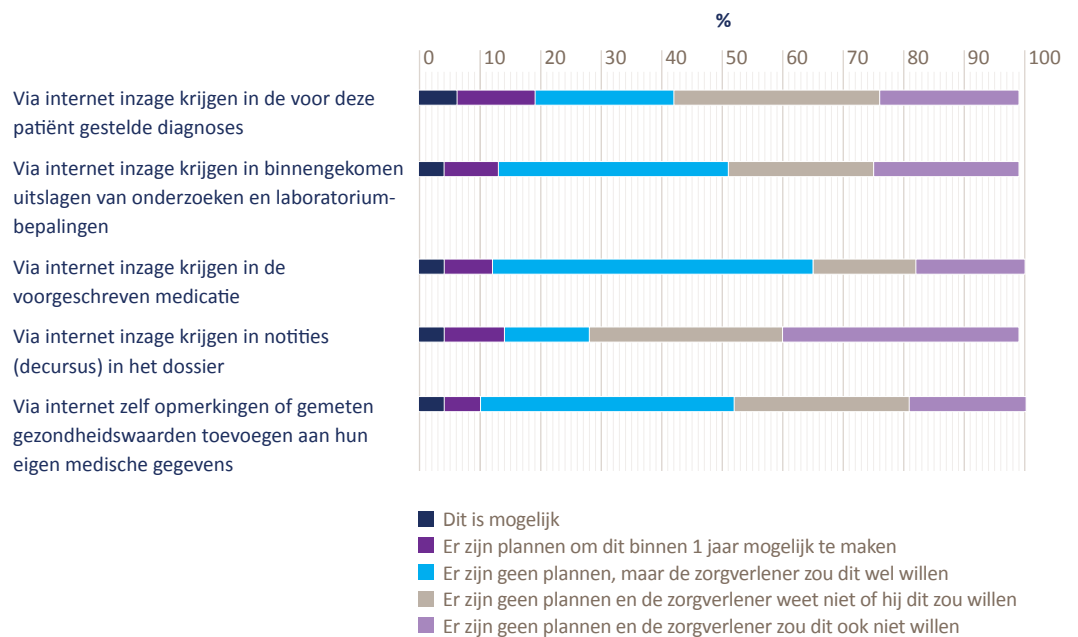
Slechts weinig psychiaters bieden online inzagemogelijkheden aan hun patiënten. Voor alle vormen van inzage in dit onderzoek geldt dat er minder dan 20 psychiaters waren die de mogelijkheid bieden.

*Figuur 5-14*  
*Percentage medisch specialisten dat aangeeft of de volgende manieren waarop patiënten via internet inzage kunnen hebben in het patiëntendossier dat de arts bijhoudt mogelijk zijn (n=161).*

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



*Figuur 5-15  
Percentage psychiaters dat  
aangeeft of de volgende manieren  
waarop patiënten via internet  
inzage kunnen hebben in het  
patiëntendossier dat de psychiater  
bijhoudt mogelijk zijn (n=90).*



Hierdoor is het niet mogelijk om uitspraken te doen over het gebruik van deze mogelijkheden. De resultaten van het onderzoek onder psychiaters zijn te vinden in tabel 5-23 in de tabellenbijlage.

### 5.5 Informeren over online contactmogelijkheden

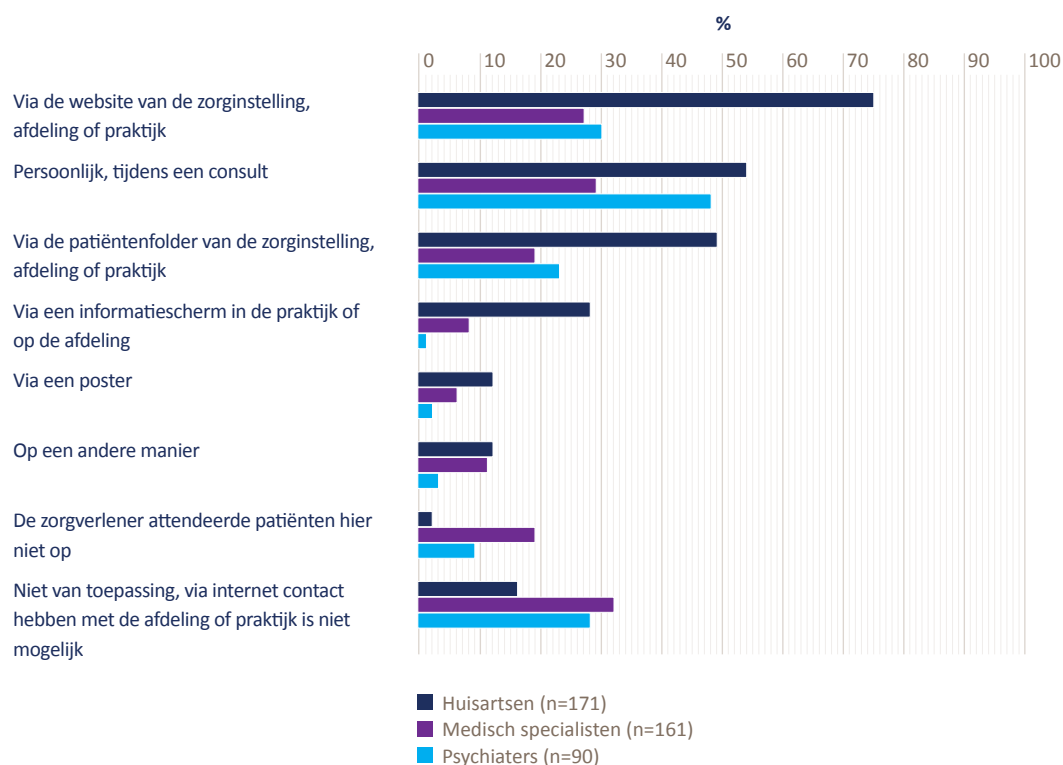
In de focusgroep gaven de huisartsen aan dat de meeste patiënten niet zelf actief op zoek gaan naar online contactmogelijkheden met de huisarts. Huisartsen moeten het gebruik actief stimuleren en patiënten attenderen op het aanbod.

In het vragenlijstonderzoek is aan de artsen gevraagd naar hoe zij patiënten informeren over de mogelijkheden. De meeste artsen zeggen dat ze patiënten attenderen op de bestaande online contactmogelijkheden via de website van de praktijk of zorginstelling (27-75%; zie figuur 5-16). Ook attenderen ze patiënten via een patiëntenfolder (19-49%) of persoonlijk tijdens een consult (29-54%). Een kleinere groep artsen attendeert patiënten helemaal niet op de mogelijkheden (2-19%) (zie tabel 5-24).

### 5.6 Belemmeringen en positieve effecten

In deze monitor is aan de artsen gevraagd naar de door hen ervaren belemmeringen en positieve effecten bij het gebruik van online contact.

*Figuur 5-16  
Percentage artsen dat aangeeft hun patiënten in het afgelopen jaar op de aangegeven manieren te attenderen op de mogelijkheden die hun afdeling of praktijk biedt om via internet contact te hebben met de afdeling of praktijk (n=90-171).*



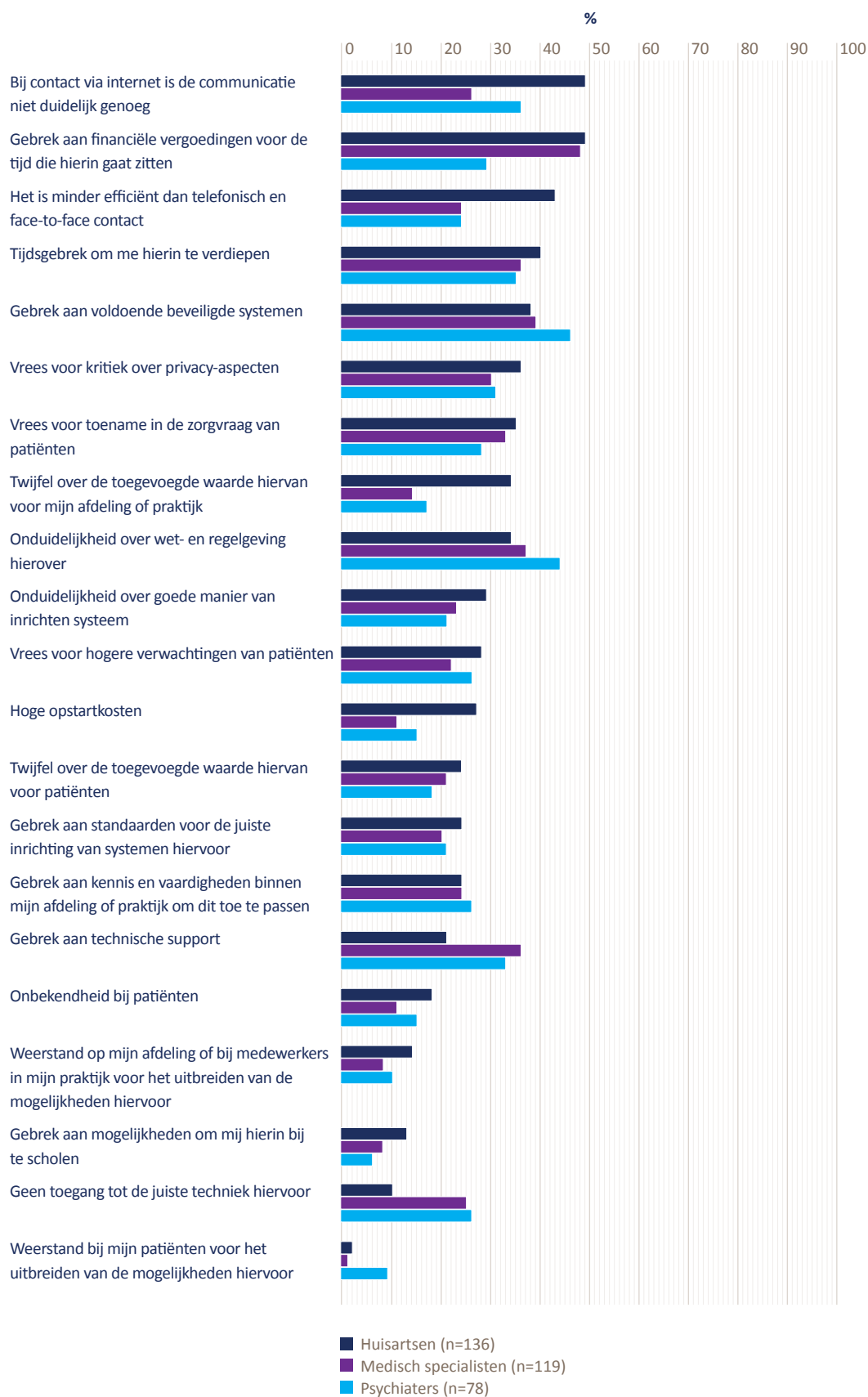
### 5.6.1 Belemmeringen

De meerderheid van de artsen ervaart belemmeringen bij het toepassen van online contact met zorggebruikers (74-87%) (zie tabel 5-25 en 5-26). Huisartsen rapporteren het meest dat bij contact via internet de communicatie niet duidelijk genoeg is en dat er een gebrek aan financiële vergoeding is voor de tijd die hier in gaat zitten (beide 49%; zie figuur 5-17). Daarnaast vindt 43% van de huisartsen die belemmeringen ervaren het minder efficiënt dan telefonisch en face-to-face contact. Medisch specialisten zien vooral een gebrek aan financiële vergoedingen voor de tijd die er in gaat zitten (48%) als een belemmering. Ook noemen zij een gebrek aan voldoende beveiligde systemen (39%)

en onduidelijkheid over wet- en regelgeving (37%). Bij psychiaters scoren deze laatste twee ook hoog (respectievelijk 46% en 44%). Weerstand bij patiënten voor het uitbreiden van de mogelijkheden wordt het minst vaak genoemd als belemmering door huisartsen (2%), medisch specialisten (1%) en door psychiaters (9%; n=7).

Volgens huisartsen in de focusgroep zijn de online contactmogelijkheden niet voor alle patiënten geschikt. Er wordt ervaren dat de communicatie via internet, bijvoorbeeld de interpretatie van de tekst, soms lastig is. Daardoor is het alleen toe te passen bij patiënten die de arts goed kent. Een andere belemmering die door de huisartsen in de focusgroep wordt aangegeven is dat

*Figuur 5-17  
Percentage artsen dat  
aangeeft de volgende  
belemmerende factoren te  
ervaren bij de toepassing  
van contact met patiënten  
via internet (van de artsen  
die belemmeringen ervaren)  
(n=78-136).*



het aanbieden van eHealth-mogelijkheden veel tijd kost. Daarbij rekent de leverancier ook kosten. Tot slot werkt de techniek niet altijd optimaal en leven er volgens huisartsen vragen bij patiënten over beveiligingsaspecten.

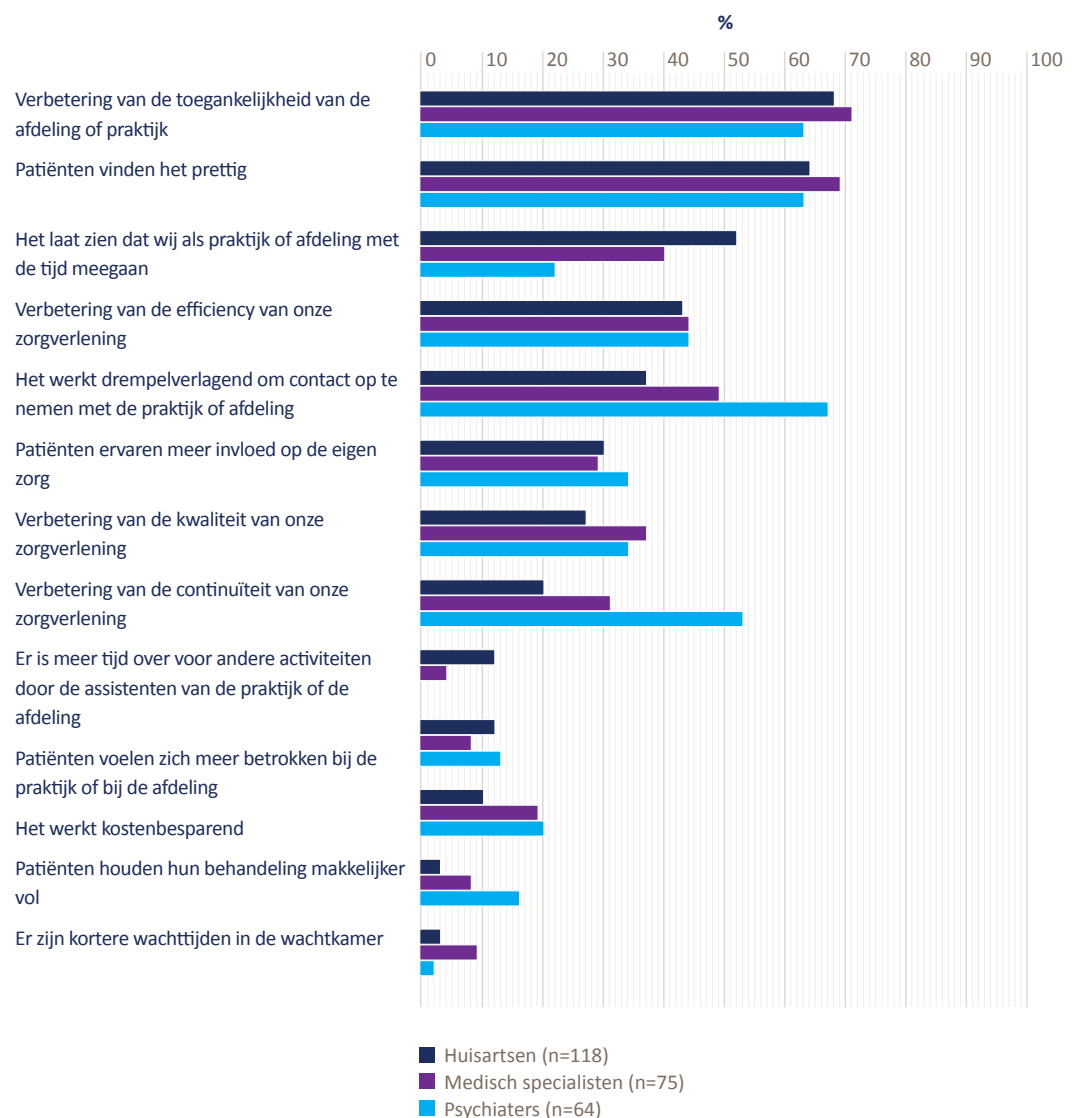
### 5.6.2 Positieve effecten

De helft tot drie kwart van de artsen ervaart positieve effecten door het toepassen van online contact met patiënten (47-71%; zie tabel 5-27). Zoals in figuur 5-18 te zien is, wordt veel genoemd dat het de toegankelijkheid van de praktijk of afdeling verbetert (63-71%) en dat

patiënten het prettig vinden (63-69%). Artsen geven minder vaak aan dat de inzet van online contact met patiënten leidt tot kostenbesparingen (10-20%) of dat er kortere wachttijden zijn in de spreekkamer (2-9%) (zie ook tabel 5-28).

De huisartsen in de focusgroep gaven aan dat online contactmogelijkheden voor patiënten vooral bijdragen aan de bereikbaarheid en de toegankelijkheid van de praktijk. Patiënten zijn hierdoor volgens de huisartsen minder afhankelijk van telefonisch contact en ook kan

*Figuur 5-18*  
*Percentage artsen dat aangeeft de volgende positieve effecten te ervaren door de toepassing van contact met patiënten via internet (n=64-118).*



Tabel 5-29  
Significante verschillen  
in de bekendheid met  
verschillende toepassingen  
onder zorggebruikers.

Zorgverlener	Aangeboden eHealth-toepassing	2013	2014
Huisarts	Via internet een afspraak maken met mijn huisarts	7%	13%
	Via internet een herhaalrecept aanvragen bij mijn huisarts	21%	30%
	Via e-mail of website een vraag stellen aan mijn huisarts	10%	14%
Fysiotherapeut	Via e-mail of website een vraag stellen aan mijn fysiotherapeut	13%	19%
Tandarts	Via internet een afspraak maken met mijn tandarts	9%	15%
Medisch specialist	Via internet een afspraak maken met mijn medisch specialist	7%	13%
	Via e-mail of sms een herinnering ontvangen voor een afspraak met mijn medisch specialist	8%	12%

de arts zo zelf bepalen wanneer hij de zaken afhandelt. Doordat patiënten inzage krijgen in hun eigen medische gegevens en ze worden verwezen naar betrouwbare informatie op het internet, worden ze meer betrokken bij hun eigen zorgproces. Dit soort toepassingen kunnen volgens de huisartsen in de focusgroep bijdragen aan het zelfmanagement van de patiënt.

### 5.7 Vergelijking tussen 2013 en 2014

Uit de eHealth-monitor 2013 bleek dat zorggebruikers slecht op de hoogte zijn van de mogelijkheden die zorgverleners bieden om via internet met hen te communiceren (Krijgsman, et al., 2013). Dit beeld wordt dit jaar bevestigd. Er is enige vooruitgang in de bekendheid onder zorggebruikers (tabel 5-29; alleen de significante verschillen zijn gepresenteerd).

Het beeld dat we dit jaar zien in de resultaten van het vragenlijstonderzoek onder artsen, is vergelijkbaar met dat van vorig jaar. In het gerapporteerde aanbod van online contactmogelijkheden zijn geen significante verschillen waarneembaar. Voor inzagemogelijkheden in het dossier kunnen we geen vergelijking maken, omdat de vraagstelling veranderd is. Hierbij is explicieter aangegeven dat het gaat om inzage in het dossier dat de arts bijhoudt.

### 5.8 Conclusie en discussie

Net als in de eHealth-monitor 2013 (Krijgsman et al., 2013) zijn zorggebruikers slecht op de hoogte van de verschillende mogelijkheden die zorgverleners bieden voor communicatie via internet.



Hoewel veel zorggebruikers het afgelopen jaar geen gebruik maakten van online contact- of inzagemogelijkheden, geeft een groot deel aan dat zij dit wel zouden willen. Zorggebruikers waarderen vooral 'gemaksdiensten', zoals het aanvragen van herhaalrecepten en het online maken van afspraken. Dit beeld wordt ondersteund door de focusgroep met zorggebruikers.

Wat in het aanbod van de artsen opvalt, is dat meer medisch specialisten dan huisartsen de mogelijkheid aanbieden voor het ontvangen van een herinnering aan een afspraak via sms of e-mail. Een mogelijke verklaring is dat het voor medisch specialisten relevanter is om dit aan te bieden, aangezien er vaak meer tijd zit tussen het maken van de afspraak en de daadwerkelijke afspraak. Het is handig om de patiënt dan te herinneren aan de afspraak. Over het maken van een afspraak via internet gaven de huisartsen uit de focusgroep aan dat hiervoor onder huisartsen nog veel koudwatervrees leeft, onder andere door het ontbreken van triage. Deze argumenten spelen waarschijnlijk minder onder medisch specialisten, doordat patiënten meestal na verwijzing bij de medisch specialist komen.

Daarnaast valt op dat psychiaters meer mogelijkheden bieden dan huisartsen en medisch specialisten als het gaat om beeldcontact en vragen stellen via e-mail. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat lichamelijk onderzoek minder relevant is bij psychische klachten. Verder valt op dat meer huisartsen dan medisch specialisten en psychiaters het online aanvragen van herhaalrecepten aanbieden. Dit zou verklaard kunnen worden doordat mensen voor herhaalrecepten vaak naar de huisarts gaan. Dergelijke verschillen in het

aanbod illustreren hoe de verschillende toepassingen hun eigen dynamiek en hun eigen doelgroep hebben. Hoewel artsen zeggen dat ze hun patiënten al op verschillende manieren attenderen op de beschikbare mogelijkheden, blijkt een groot deel van de zorggebruikers niet op de hoogte van het bestaan ervan. Een verklaring hiervoor kan zijn dat vooral specifieke patiëntgroepen worden geïnformeerd, waardoor de 'gemiddelde' zorggebruiker nog niet goed weet wat er kan. Het is ook denkbaar dat de communicatie door artsen hierover bij zorggebruikers niet voldoende wordt opgemerkt.

De meerderheid van de artsen geeft aan belemmeringen te ervaren bij het toepassen van online contact met patiënten. Opvallend is daarbij een verschil tussen huisartsen en medisch specialisten. De medisch specialisten maken zich vooral zorgen over of ze het wel kunnen en mogen toepassen. Ze ervaren een gebrek aan financiële en technische ondersteuning, onvoldoende beveiligde systemen en onduidelijkheid over wet- en regelgeving. Dit soort belemmeringen spelen bij huisartsen ook. Zij geven echter als twee belangrijke belemmeringen aan dat de communicatie niet duidelijk genoeg is bij contact via internet en dat online contact minder efficiënt is dan telefonisch en face-to-face contact. Gezien het hogere aanbod van online contactmogelijkheden bij huisartsen, zou het kunnen dat zij meer ervaring hebben opgedaan met het gebruik van online contact en daardoor andere belemmeringen ervaren.

Over de positieve effecten van online contact zijn de artsen eensgezind. Ze ervaren met name dat het de

toegankelijkheid van de praktijk of afdeling verbetert en dat patiënten het prettig vinden. Artsen geven beduidend minder vaak aan dat de inzet van online contact met patiënten leidt tot kostenbesparingen. Ook in het trendonderzoek van de Vereniging van Artsen en Auto (VvAA) gaf ongeveer de helft van de zorgverleners die deelnamen aan het onderzoek aan dat zij verwachten dat nieuwe (mobiele) technologieën de communicatie tussen patiënt en zorgprofessional sterk zullen verbeteren. Er wordt niet verwacht dat het een grote verbetering zal brengen op het gebied van kosten van de zorg (VvAA, 2013).

Internationaal gezien doet Nederland het niet slecht op het gebied van communicatie tussen patiënt en zorgverlener. Uit een recente studie onder huisartsen in 31 Europese landen blijkt namelijk dat Nederland op verschillende aspecten van communicatie tussen patiënt en zorgverlener bovengemiddeld scoort. Het gaat dan onder andere om online contact tussen patiënt en zorgverlener en het online aanvragen van zaken als herhaalrecepten en afspraken (Codagnone & Lupiañez-Villanueva, 2013).

## 5.9 Referenties

- Bierma, L., & Heldoorn, M. (2013). *Het persoonlijk gezondheidsdossier - De visie van patiëntenfederatie NPCF*. Utrecht: NPCF.
- Codagnone, C., & Lupiañez-Villanueva, F. (2013). *Benchmarking Deployment of eHealth among General Practitioners (2013)*. European Commission - DG Communications Networks, Content & Technology.
- Krijgsman, J., de Bie, J., Burghouts, A., de Jong, J., Cath, G., van Gennip, L., et al. (2013). *eHealth, verder dan je denkt - eHealth-monitor 2013*. Den Haag: Nictiz & het NIVEL.
- Minister van VWS. (juni 2012). *Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten Generaal betreffende E-health*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- NHG, LHV. (2012). *Toekomstvisie Huisartsenzorg - Modernisering naar menselijke maat - Huisartsenzorg in 2020*. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging; Nederlands Huisartsen Genootschap.
- NYFER. (2013). *Gezond online*. Utrecht: NYFER.
- VvAA. (2013). *Wat geld(t) in de zorg? VvAA trendonderzoek onder zorgaanbieders - Mobile Health*. VvAA.





## 6. Online behandeling

## Belangrijkste resultaten in dit hoofdstuk

Zorggebruikers maken nog nauwelijks gebruik van online behandelingen bij een fysiotherapeut (1%). Van de zorggebruikers die het afgelopen jaar een fysiotherapeut bezochten, weet 63% niet of online behandeling mogelijk is.

Een psychologische zelftest is door 8% van de zorggebruikers gedaan. Van de mogelijkheid om via een website (anoniem) een behandeling te volgen voor psychische problemen maakte 1% gebruik.

Een op de zes huisartsen past telemonitoring toe bij één of meer patiëntengroepen. Dit gebeurt het meest bij de monitoring van patiënten met diabetes. Hierin zijn sinds vorig jaar geen wijzigingen opgetreden. Ongeveer een vijfde van de verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners geeft aan dat zij zelf of anderen in de instelling gebruik maken van telemonitoring.

## 6.1 Inleiding

De verwachtingen van eHealth-toepassingen die zelfmanagement kunnen bevorderen zijn hoog. Het gaat dan bijvoorbeeld om het gebruik van preventieve zelftesten en online hulp of behandeling. Volgens onderzoek van de NPCF is er een toenemende interesse onder de Nederlandse bevolking voor preventieve testen, medische check-ups en screening om ziekte te voorkomen of om een aandoening in een vroeg stadium op te sporen. Het aanbod van gezondheidstesten neemt toe en internet wordt een steeds toegankelijker medium voor zelftests (NPCF, 2013).

Daarnaast zijn er mogelijkheden waarbij zorggebruikers zelf een belangrijke rol spelen in het aanleveren van informatie, zoals telemonitoring. Dit is het op afstand monitoren van een patiënt, die in de thuissituatie zijn eigen gezondheidswaarden meet, waarna de zorgverlener deze waarden digitaal ontvangt. Van telemonitoring wordt verwacht dat het bijdraagt aan onafhankelijkheid, zelfmanagement en veiligheid voor de patiënt (Trappenburg et al., 2014).

In dit hoofdstuk gaan we in op het gebruik en het aanbod van een aantal voorbeelden van dergelijke eHealth-toepassingen. Denk hierbij aan het gebruik van een psychologische zelftest, online hulp en behandeling bij psychische problemen. Verder bespreken we online behandeling door een fysiotherapeut en telemonitoring door artsen en verpleegkundigen. De resultaten in dit hoofdstuk zijn afkomstig uit het vragenlijstonderzoek onder zorggebruikers, artsen en verpleegkundigen<sup>12</sup>.

## 6.2 Online behandeling door de fysiotherapeut

Online behandeling door een fysiotherapeut kan bestaan uit het informeren en adviseren van patiënten, vragen beantwoorden of oefeningen klaarzetten die patiënten met behulp van een duidelijke instructie en animaties zelfstandig kunnen uitvoeren.

Slechts 2% van de zorggebruikers die het afgelopen jaar contact hebben gehad met een fysiotherapeut weet of het mogelijk is om bij hun fysiotherapeut een online behandeling te volgen. De meerderheid (63%) weet dit

<sup>12</sup> We hebben onderzoek gedaan onder verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners, maar korten dit in verband met de leesbaarheid af tot 'verpleegkundigen'.

niet. Er wordt dan ook nauwelijks gebruik gemaakt van online behandelingen bij een fysiotherapeut. Van de zorggebruikers die het afgelopen jaar contact hebben gehad met een fysiotherapeut maakte 1% hier gebruik van. Verder maakt 15% nu geen gebruik van online behandelingen bij een fysiotherapeut, maar zou dit wel willen. Ongeveer de helft (51%) van deze groep zou dit niet willen (zie ook tabel 6-2 en 6-3 in de tabellenbijlage<sup>13</sup>).

### 6.3 Gebruik van zelftesten en online hulp

Deze paragraaf gaat in op enkele voorbeelden van het gebruik van zelftesten en online hulp binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) onder zorggebruikers.

Uit figuur 6-1 blijkt dat slechts 1% van de zorggebruikers in het afgelopen jaar via een website (anoniem) een behandeling heeft gevolgd voor psychologische problemen. Een psychologische zelftest is door 8% van de zorggebruikers in het afgelopen jaar tenminste één keer gedaan. Hierbij waren er geen significante verschillen in gebruik naar het al dan niet hebben van een chronische ziekte (astma, COPD of diabetes). Van alle zorggebruikers gaf 6% aan een matige psychische gezondheid te ervaren en 1% een slechte psychische gezondheid. De groepen die gebruik

maakten van anonieme behandelingen of psychologische zelftests waren te klein om verder te analyseren naar ervaren psychische gezondheid.

De groep die van online mogelijkheden nu geen gebruik maakt, maar dit wel zou willen, is bescheiden. Van de zorggebruikers zou 14% via internet een psychologische zelftest willen doen en iets minder dan een op de tien (9%) zou een online behandeling willen volgen, als dit voor hen van toepassing zou zijn (zie ook tabel 6-1).

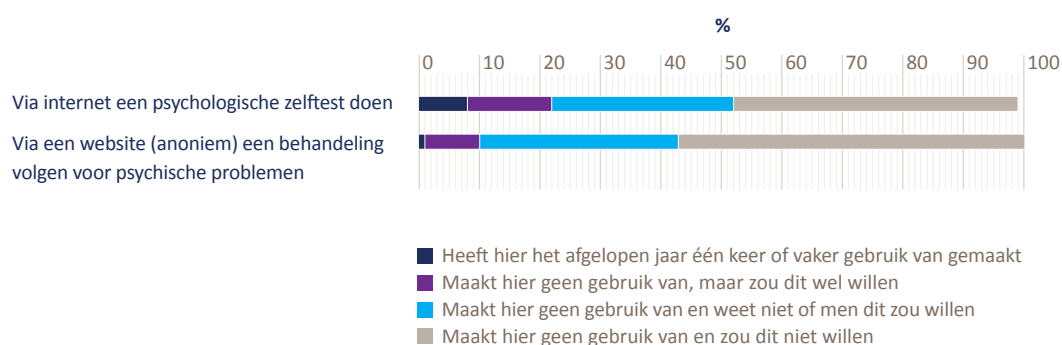
### 6.4 Online behandeling bij psychiaters

#### 6.4.1 Beschikbaarheid van online behandeling

Aan psychiaters is gevraagd in hoeverre zij online test- en behandelmogelijkheden aanbieden voor de diagnose of behandeling van psychologische problemen. Voorbeelden van deze toepassingen zijn: psychologische zelftests, zelfhulpprogramma's zonder begeleiding van een zorgverlener en online behandeling met begeleiding door een zorgverlener, hetzij op afstand, hetzij in combinatie met face-to-face contact.

Via internet een vraag stellen over psychische problemen aan de psychiater wordt volgens hen het meest aan-

**Figuur 6-1**  
Percentage zorggebruikers dat via internet een online behandelvorm of zelftest heeft gebruikt in het afgelopen jaar (n=691-693).



<sup>13</sup> Tenzij expliciet anders vermeld wordt voor tabellen verwezen naar de losse tabellenbijlage bij dit rapport.

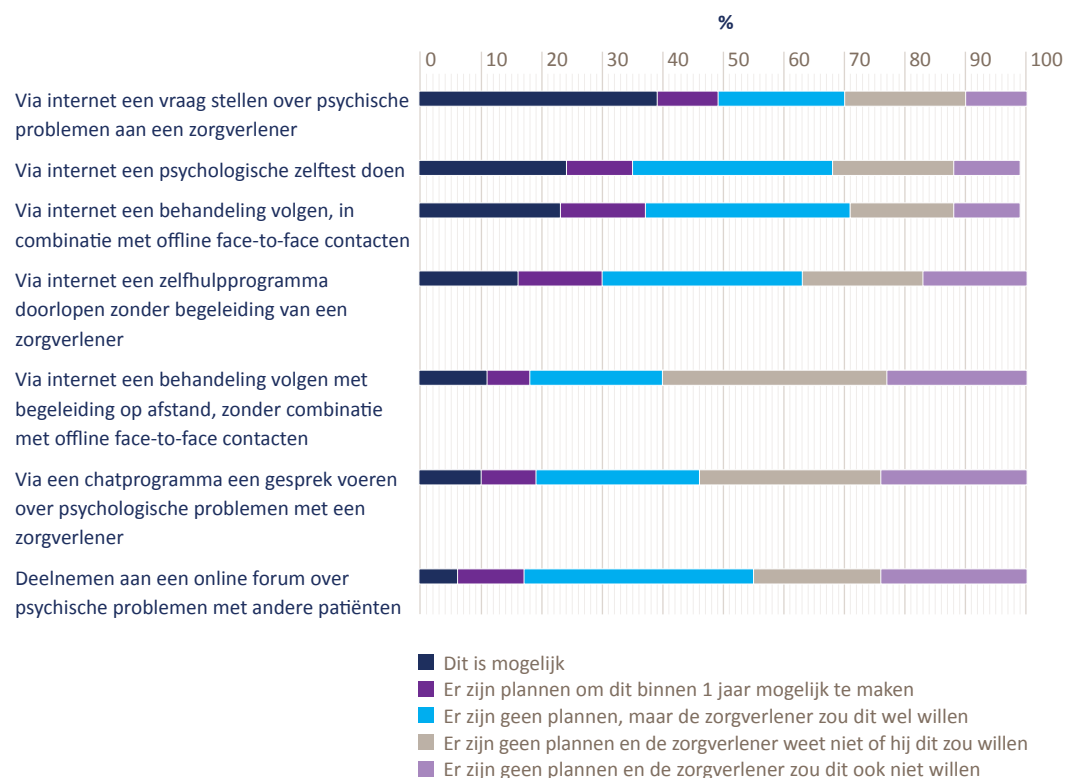
geboden (39%, n=35; zie figuur 6-2<sup>14</sup>). Een kwart van de psychiaters (24%, n=22) geeft aan dat het mogelijk is om via internet een psychologische zelftest te doen bij hun afdeling of praktijk. Via internet een behandeling volgen, in combinatie met offline face-to-face contacten is ook volgens een kwart van de psychiaters (23%, n=21) mogelijk. Een op de drie psychiaters zou wel psychologische zelftests (33%, n=30), een online behandeling in combinatie met offline face-to-face contacten (34%, n=31) of een zelfhulpprogramma zonder begeleiding (33%, n=30) willen aanbieden, maar heeft voor deze mogelijkheden nog geen plannen (zie ook tabel 6-4).

Andere vormen, zoals een zelfhulpprogramma zonder begeleiding of een behandeling met begeleiding op afstand, maar zonder face-to-face-contacten, worden minder aangeboden, respectievelijk 16% (n=14) en 11% (n=10).

#### 6.4.2 Gebruik van online behandeling

Van de 21 psychiaters die een online behandeling in combinatie met face-to-face contacten aanbieden, geeft 29% (n=6) aan dat dit dagelijks gebruikt wordt. Van de 22 psychiaters die psychologische zelftests aanbieden, geeft 55% (n=12) aan dat dit ten minste wekelijks gebruikt wordt. Van de 35 psychiaters die de mogelijk-

*Figuur 6-2  
Percentage psychiaters dat aangeeft of verschillende manieren voor patiënten om via internet een test te doen of een behandeling te volgen bij hun afdeling of praktijk mogelijk zijn (n=90).*



<sup>14</sup> Het aantal psychiaters dat heeft gerepsondeerd is laag (n=90), waardoor enige voorzichtigheid is geboden bij het trekken van conclusies. We rapporteren daarom in het geval van psychiaters bij berekende percentages tevens het aantal respondenten behorend bij dat percentage.

heid bieden om via internet een vraag te stellen over psychische problemen, geeft 54% (n=19) aan dat dit ten minste wekelijks voor komt (zie ook tabel 6-5).

## 6.5 Telemonitoring

Bij telemonitoring houdt de zorgverlener op afstand de gezondheid van de patiënt in de gaten. Vaak gaat het hier om mensen met een chronische ziekte, zoals diabetes, COPD of hartfalen (Schers, 2012). De patiënt meet hiervoor zelf thuis bepaalde gezondheidswaarden en soms vult hij digitaal vragenlijsten in. Op basis van de resultaten kan de zorgverlener gewaarschuwd worden als de gezondheid van de patiënt achteruit lijkt te gaan.

### 6.5.1 Zorggebruikers

Van de zorggebruikers maakt 3% gebruik van telemonitoring. Een vijfde maakt er geen gebruik van maar zou dat wel willen als dat van toepassing zou zijn (zie hoofdstuk 4).

### 6.5.2 Huisartsen

Huisartsen spelen een centrale rol in de zorg voor chronisch zieken. Telemonitoring kan de huisarts daarbij ondersteunen. Bij huisartsen is gevraagd naar de toepassing van telemonitoring bij patiënten met diabetes, hartfalen, COPD en astma. Een zesde van de huisartsen (17%) geeft aan telemonitoring toe te passen bij één of meer van deze vier patiëntgroepen. 15% van de huisartsen gebruikt het bij de monitoring van patiënten met diabetes. Voor hartfalen is dit 4% van de huisartsen, voor COPD en astma beide 3% (zie ook tabel 6-6).

### 6.5.3 Medisch specialisten

Aan medisch specialisten is ook gevraagd naar de toepassing van telemonitoring bij patiënten met

diabetes, hartfalen, COPD en astma. Omdat deze ziektebeelden niet door iedere medisch specialist behandeld worden, hebben we dit alleen gevraagd aan de specialisten waarbij dit van toepassing was. Van deze medisch specialisten (n=35), geeft 40% (n=14) aan telemonitoring bij diabetes toe te passen en 6% (n=2) heeft plannen om dit binnen een jaar mogelijk te maken. Telemonitoring bij hartfalen wordt toegepast bij 23% (n=8) van de medisch specialisten voor wie dit van toepassing is (n=22), en bij COPD en astma respectievelijk bij 10% (n=2 van 20) en 8% (n=2 van 26) (zie tabel 6-7).

### 6.5.4 Psychiaters

Psychiaters werden gevraagd naar de toepassing van telemonitoring bij verschillende psychiatrische aandoeningen. Ook hiervoor geldt dat deze ziektebeelden niet door iedere psychiater behandeld worden. Van de psychiaters voor wie dit van toepassing is (n=58), geeft 19% (n=11) aan telemonitoring toe te passen in het geval van stemmingsstoornissen. Voor patiënten met angststoornissen is dit 15% (n=8 van 55), bij middelenstoornissen 11% (n=5 van 47) en bij aandachtstekort- of gedragsstoornissen eveneens 11% (n=6 van 53) (zie tabel 6-8).

### 6.5.5 Verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners

Van de verpleegkundigen heeft 10% het afgelopen jaar zelf gewerkt met telemonitoring (zie tabel 6-9). Nog eens een tiende (11%) geeft aan dat dit door anderen binnen de instelling wordt gebruikt. Volgens 3% van de verpleegkundigen zijn er plannen om binnen een jaar telemonitoring toe te passen in hun instelling. Telemonitoring wordt vaker in de cure dan in de care



gebruikt door de verpleegkundige zelf of binnen de instelling waar hij/zij werkt. In de cure is dit 34% tegenover 11% in de care.

Bijna vier op de tien (39%) verpleegkundigen geeft aan dat het gebruik van telemonitoring niet noodzakelijk is, en ook niet wenselijk. In de care wordt het vaker noch noodzakelijk noch wenselijk gevonden dan in de cure (48% respectievelijk 26%). Verder vindt 20% het niet noodzakelijk maar wel wenselijk, terwijl 18% het noodzakelijk vindt (zie ook tabel 6-10).

Van de verpleegkundigen die telemonitoring zelf of binnen de instelling gebruiken (n=135), geeft bijna vier op de tien (38%) aan niet te weten hoeveel van hun patiënten gebruik maken van telemonitoring. Ruim een derde geeft aan dat het gaat om tot een tiende van de patiënten (36%) (zie ook tabel 6-11).

Aan verpleegkundigen is ook gevraagd wat men verwacht van de effecten van telemonitoring als er in hun instelling gewerkt wordt of zou worden met telemonitoring (zie tabel 6-12 in dit hoofdstuk). Iets minder dan zes op de tien (58%) verpleegkundigen

Tabel 6-12  
Meningen van verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners over de effecten die ze verwachten van telemonitoring (n=646-651).

Als er in mijn instelling gewerkt wordt (of zou worden) met telemonitoring dan wordt:		geen effect					
		-2	-1	0	1	2	
de kwaliteit van de zorg...	<i>slechter</i>	3%	6%	43%	36%	12%	<i>beter</i>
de kwaliteit van leven van cliënten/patiënten...	<i>slechter</i>	3%	5%	41%	38%	13%	<i>beter</i>
de zelfredzaamheid van cliënten/patiënten...	<i>slechter</i>	2%	2%	39%	39%	18%	<i>beter</i>
ondersteuning van cliënten/patiënten bij zelfmanagement...	<i>slechter</i>	3%	3%	36%	41%	17%	<i>beter</i>
de zorg voor cliënten/patiënten...	<i>onveilig</i>	4%	8%	44%	33%	11%	<i>veilig</i>
de zorg...	<i>goedkoper</i>	7%	20%	45%	22%	6%	<i>duurder</i>
het aantal cliënten/patiënten dat geholpen wordt...	<i>kleiner</i>	3%	4%	54%	31%	9%	<i>groter</i>
het werk fysiek...	<i>lichter</i>	5%	17%	65%	11%	3%	<i>zwaarder</i>
de werkdruk...	<i>lager</i>	4%	19%	55%	16%	6%	<i>hoger</i>
de aantrekkelijkheid van het werk...	<i>kleiner</i>	7%	13%	56%	19%	5%	<i>groter</i>

verwacht dat door telemonitoring de ondersteuning van patiënten bij zelfmanagement beter wordt. Daarnaast verwacht ruim de helft (57%) dat de zelfredzaamheid beter wordt. Ongeveer de helft verwacht dat de kwaliteit van de zorg door het werken met telemonitoring beter wordt (48%), evenals de kwaliteit van leven van patiënten (51%). Bij elk van deze aspecten verwacht een deel (36%-65%) van de verpleegkundigen geen effect.

## 6.6 Vergelijking tussen 2013 en 2014

De resultaten over het gebruik van zelftesten en online hulp door zorggebruikers zijn vergelijkbaar met de cijfers in de eHealth-monitor 2013 (Krijgsman et al., 2013). Ook in het toepassen van telemonitoring door huisartsen zien we geen verschillen met de resultaten van vorig jaar. Voor de andere toepassingen was vergelijking met de resultaten van 2013 niet mogelijk, door de lage aantallen respondenten of door gewijzigde vraagstelling.

## 6.7 Conclusie en discussie

De verwachtingen van eHealth-toepassingen die zelfmanagement kunnen bevorderen zijn hoog. In dit onderzoek zien we echter dat zorggebruikers een aantal voorbeelden van deze toepassingen, zoals het doen van een psychologische zelftest op internet, of het online volgen van een behandeling, op dit moment nog weinig gebruiken. Ook de groep die dit in de toekomst zou willen gebruiken is klein.

Er zijn verschillende verklaringen mogelijk waarom de onderzochte voorbeelden van online behandelingen nog weinig worden gebruikt. Ten eerste zijn online behandelingen alleen relevant voor zorggebruikers

die daadwerkelijk een behandeling nodig hebben. Ten tweede gaven zorggebruikers zelf in de focusgroepen aan dat ze face-to-face contact erg waardevol vinden en dat ze bang zijn dat ze missen bij een online behandeling. In de derde plaats kan dit te maken hebben met onbekendheid. Zorgverleners zouden meer tijd kunnen investeren in voorlichting aan zorggebruikers over de eHealth-toepassingen en de mogelijkheden die er nu zijn.

Mogelijkheden zijn er wel, zo blijkt uit de antwoorden van de psychiaters. Vooral het online stellen van een vraag over psychische problemen is volgens psychiaters mogelijk of er zijn plannen om dit binnen een jaar mogelijk te maken. Andere manieren van contact, worden in verschillende mate door psychiaters aangeboden (van 6% tot 24%).

Het beeld bestaat dat de GGZ voorop loopt op het gebied van eHealth (de Groot, Hermans, & de Lange, 2013). In de GGZ kan eHealth ook relatief eenvoudig worden toegepast. De behandeling is namelijk vooral gebaseerd op communicatie. Internet kan daar een waardevolle functie invullen. Omdat internet 24 uur per dag beschikbaar is, sluit het ook beter aan bij de behoefte aan ondersteuning van de patiënt. Met de kanttekening dat psychiaters slechts een deel uitmaken van de GGZ, kunnen we op basis van onze resultaten niet concluderen dat eHealth op grote schaal is doorgevoerd. Minder dan een kwart van de psychiaters (23%) geeft aan dat het mogelijk is om online een behandeling te volgen in combinatie met offline face-to-face contacten. Een op de tien (11%) geeft aan dat er online hulp wordt aangeboden zonder face-to-face contact. Toch blijkt dat ruim een derde (34%) van de psychiaters 'blended'

behandelingen zou willen aanbieden, hoewel zij hiervoor geen plannen hebben. Daarnaast zegt 14% dat er plannen zijn om dit binnen een jaar mogelijk te maken. Er lijkt dus beweging mogelijk, maar ten opzichte van vorig jaar zien we geen significante verschillen. Brancheorganisatie GGZ Nederland heeft geconstateerd dat de implementatie van 'blended' behandelen, waarbij verschillende online modules onderdeel vormen van de behandeling, in de GGZ stagneert (Bremmer & van Es, 2013).

Bijna een vijfde van de huisartsen past telemonitoring toe bij één of meer patiëntengroepen. Het meest wordt het door hen gebruikt bij de monitoring van patiënten met diabetes. We zien hier geen verschillen met de resultaten van vorig jaar. Voor medisch specialisten en psychiaters is het lastig om conclusies te trekken over het gebruik van telemonitoring, aangezien dit maar voor een beperkt aantal specialisten en psychiaters relevant is. Het lijkt erop dat telemonitoring bij diabetes en hartfalen relatief het meest voorkomt (onder de groepen van specialisten die met deze aandoeningen te maken hebben). In 2013 heeft De Hart&Vaatgroep een inventarisatie gedaan onder Nederlandse ziekenhuizen. Daaruit blijkt dat ongeveer een derde van de ziekenhuizen telemonitoring aanbiedt aan hartfalenpatiënten en ongeveer een vijfde geeft aan dat ze daar in 2014 mee starten (De Hart&Vaatgroep, 2013). In ons onderzoek wordt telemonitoring bij hartfalen toegepast bij 23% (n=8) van de medisch specialisten voor wie dit van toepassing is. Gezien de lage aantallen is voorzichtigheid geboden met het trekken van conclusies, maar het lijkt niet in strijd te zijn met de uitkomsten van De Hart&Vaatgroep.

## 6.8 Referenties

- Bremmer, F., & van Es, M. (2013). *Een analyse van de verwachte kosten en baten van eHealth, blended behandelen en begeleiden*. GGZ Nederland.
- De Graaf, R., ten Have, M., & van Dorsselaer, S. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- De Groot, J., Hermans, P., & de Lange, M. (2013). *eHealth in de richtlijnen*. Ede: VitaValley / Vital Innovators.
- De Hart&Vaatgroep. (2013, december). *Inventarisatie aanbod telemonitoring hartfalen in ziekenhuizen*. Opgeroepen op juli 16, 2014, van [www.hartenvaatgroep.nl](http://www.hartenvaatgroep.nl): <http://www.hartenvaatgroep.nl/behandeling/ehealth/telemonitoring/inventarisatie-aanbod-tele-monitoring.html>
- Krijgsman, J., de Bie, J., Burghouts, A., de Jong, J., Cath, G., van Gennip, L., et al. (2013). *eHealth, verder dan je denkt - eHealth-monitor 2013*. Den Haag: Nictiz & het NIVEL.
- NPCF. (2013). *Visiedocument preventief (zelf)onderzoek. Kwaliteit vanuit gebruikersperspectief*. Utrecht: NPCF.
- Schers, H. (2012). Gunstig effect van telehealth. *Huisarts en wetenschap*, 484.
- Trappenburg, T., Jonkman, N., Jaarsma, T., van Os-Medendorp, H., Kort, H., de Wit, N., et al. (2014). Zelfmanagement bij chronische ziekten. *Huisarts en Wetenschap*.



## 7. Begeleiding op afstand

## Belangrijkste resultaten in dit hoofdstuk

Weinig zorggebruikers maken gebruik van eHealth bij de professionele ondersteuning aan huis.

Toezichthoudende technieken worden in de care door 53% van de verpleegkundigen en verzorgenden zelf of in hun instelling gebruikt. Beeldbellen en medicijndispensers worden veel minder vaak gebruikt.

De helft van de verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners vindt van deze drie technieken dat ze een positieve bijdrage kunnen leveren aan zelfmanagement van patiënten.

Volgens vier op de tien verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners staat hun zorginstelling open voor nieuwe technologie. Ruim de helft wil meer betrokken worden bij de introductie van nieuwe ICT-toepassingen.

### 7.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat in op het gebruik van eHealth voor begeleiding op afstand, vooral (maar niet uitsluitend) in de langdurige zorg ofwel de care. We beschrijven een drietal technieken, namelijk toezichthoudende technieken, beeldbellen en medicijndispensers. Voor zover er verschillen zijn in het gebruik van deze technieken, maken we een onderscheid tussen de care en de cure. Van de genoemde technieken wordt verwacht dat ze bijdragen aan het zelfmanagement van patiënten<sup>15</sup>, begeleid door verpleegkundigen (De Veer & Francke, 2013).

Uit eerder onderzoek blijkt dat de meeste verpleegkundigen en verzorgenden (95%) zelfmanagementbevordering als onderdeel van hun takenpakket zien. Daarbij is zelfmanagementbevordering gedefinieerd als het bevorderen van de vaardigheid van de patiënt om zelf in actie te komen en regie te hebben over het eigen leven (De Veer & Francke, 2013). Zeven op de tien zorgprofessionals (68%) vindt dat de eigen kennis en

vaardigheden voldoende zijn voor het bevorderen van zelfmanagement (De Veer & Francke, 2013).

De care-sector (zie leeswijzer, paragraaf 1.5, voor onderscheid tussen cure en care) zet al geruime tijd eHealth-toepassingen in voor contact tussen patiënt en zorgverlener. Denk hierbij aan de alarmknop die een persoon bij zich draagt zodat in geval van nood een hulpverlener kan worden gealarmeerd. Ook videocommunicatie tussen de medewerker van de zorgcentrale en de patiënt thuis is hier een voorbeeld van (Peeters & Francke, 2009; Grin & Arts, 2011). Verder zijn er in de zorg thuis sensoren beschikbaar die bij een bepaalde gebeurtenis - zoals uit bed stappen, vallen, het verlaten van de woning - een signaal naar de zorgmedewerkers sturen, eventueel ondersteund met beeld en geluid.

Volgens de beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) is er sprake van een groeiende bewustwording van informatie- en communicatietechnologie (ICT) in de zorg en staat het nu echt

<sup>15</sup> In sommige sectoren van de zorg spreekt men niet van patiënten, maar van cliënten. Waar dit van toepassing is, kan in dit rapport in plaats van patiënt ook cliënt worden gelezen.

op de agenda (V&VN, 2013). Volgens de voorzitter van V&VN, afdeling Verpleegkundige en Zorginformatie (VZI), groeit de nieuwe generatie verpleegkundigen en verzorgenden op met internet en social media (V&VN, 2013).

## 7.2 Professionele ondersteuning aan huis

Professionele ondersteuning aan huis door een thuiszorgorganisatie werd door 6% (n=46) van de zorggebruikers ontvangen. Van deze zorggebruikers maakte 14% (n=6) gebruik van een apparaat waarmee in geval van nood een alarm kan worden verstuurd naar een medewerker van de thuiszorg (personenalarmering). Een elektronisch deurslot of een elektronisch bewaarkastje voor de huissleutel werd door 10% (n=4) gebruikt en 7% (n=3) gebruikt gemaksdomotica voor het openen van een deur of het aandoen van het licht. Er werd nauwelijks gebruik gemaakt van een medicijndispenser (2%, n=1) of beeldbellen (2%, n=1). Van de respondenten die professionele ondersteuning aan huis ontvangen, geeft 40% (n=17) aan wel gebruik te willen maken van personenalarmering, gemaksdomotica of beeldbellen (zie ook tabellen 7-1 en 7-2 in de tabellenbijlage<sup>16</sup>).

## 7.3 Gebruik van internet en bekendheid met eHealth

De meeste verpleegkundigen<sup>17</sup> maken in hun dagelijks werk gebruik van het internet (91%) (zie tabel 7-3). Negen op de tien verpleegkundigen gebruikt een computer of laptop, een vijfde een smartphone en 16% gebruikt een tablet in hun dagelijkse werk. Drie kwart (76%) van de verpleegkundigen vindt het gebruik van ICT (zeer) belangrijk tijdens hun dagelijks werk (tabel 7-5). In de directe zorg gebruiken zij computers of tablets onder andere om op afstand informatie op te halen uit

het elektronisch patiëntendossier, om via internet informatie op te zoeken of om aan patiënten informatie te laten zien (20-39% zegt dit vaak te doen)(tabel 7-6).

Verpleegkundigen zijn al redelijk bekend met vormen van eHealth in het dagelijks werk. Bijna de helft (45%) zegt wel eens gebruik te maken van mobiele apps voor zorg en gezondheid (tabel 7-6). Voorbeelden die genoemd werden tijdens de focusgroep zijn het farmacotherapeutisch kompas, allerhande rekenhulpen en apps die het mogelijk maken om de actuele planning voor huisbezoeken te volgen.

Figuur 7-1 laat zien welke voorwaarden verpleegkundigen belangrijk vinden om een nieuwe ICT-mogelijkheid als een aanwinst te kunnen beschouwen in het dagelijks werk. Hieruit blijkt dat een meerderheid van hen vindt dat nieuwe ICT-mogelijkheden een aanwinst zijn als ze bijdragen aan meer veiligheid van patiënten (83%), betere kwaliteit van zorg (79%) en vermindering van de administratieve lasten (79%). Goedkopere zorg (49%) en arbeidsbesparing (54%) wordt door ongeveer de helft van de verpleegkundigen belangrijk gevonden als het gaat om nieuwe ICT-mogelijkheden in het dagelijks werk (zie ook tabel 7-7).

Deze professionals worden dus vooral gemotiveerd door zaken die de zorg voor patiënten beter maken of zorgen dat er meer tijd aan de zorg kan worden besteed dan aan administratie. Uit de focusgroep bleek dat administratieve lasten een heet hangijzer zijn voor verpleegkundigen, omdat dit erg veel tijd kost. In de praktijk ervaren ze dat ICT-toepassingen hier weinig aan verbeteren of dit zelfs erger maken.

<sup>16</sup> Tenzij expliciet anders vermeld wordt voor tabellen verwezen naar de losse tabellenbijlage bij dit rapport.

<sup>17</sup> We hebben onderzoek gedaan onder verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners, maar korten dit in verband met de leesbaarheid af tot 'verpleegkundigen'.

## 7.4 Begeleiding op afstand

### 7.4.1 Toezichhoudende technieken

Met toezichhoudende technieken bedoelen we allerlei elektronische voorzieningen waarmee zorgverleners een patiënt in de gaten kunnen houden, zoals bewegingsmelders, een bedmat, polsbandjes, een inactiviteitsmeting (er komt een melding als een patiënt zich langere tijd niet beweegt), een melding bij vallen of de ‘welzijnsknop’<sup>18</sup>.

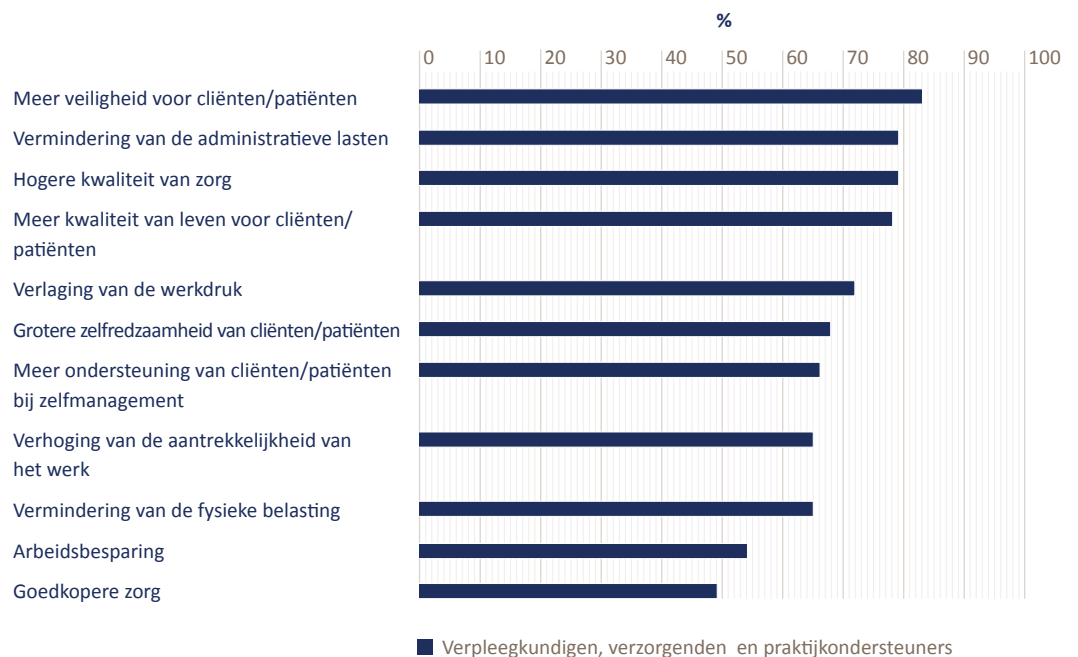
Drie op de tien verpleegkundigen hebben het afgelopen jaar gewerkt met toezichhoudende technieken (29%). Verder geeft 15% aan dat dit door anderen in de instelling gebruikt wordt. Toezichhoudende technieken worden in de care (53%) vaker door de respondent zelf of in de instelling gebruikt dan in de cure (32%). Twee procent geeft aan dat er in de instelling geen gebruik wordt

gemaakt van toezichhoudende technieken, maar dat er wel plannen zijn om dit binnen een jaar toe te passen (zie tabel 7-8).

Vier op de tien verpleegkundigen vinden het noodzakelijk dat met toezichhoudende technieken wordt gewerkt in de instelling (42%), 15% vindt het niet noodzakelijk maar wel wenselijk en een kwart (26%) vindt dit niet noodzakelijk en ook niet wenselijk (zie tabel 7-9). In de care (50%) worden toezichhoudende technieken vaker noodzakelijk geacht dan in de cure (30%).

Van de verpleegkundigen die toezichhoudende technieken zelf of binnen de instelling gebruiken, geeft bijna vier op de tien (40%) aan dat tot een tiende van de patiënten hiervan gebruik maakt (zie tabel 7-10). Twee op de tien (20%) geeft aan dit niet te weten.

*Figuur 7-1*  
*Percentage verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners dat genoemde voorwaarden belangrijk vindt om nieuwe ICT-mogelijkheden in het dagelijkse werk een echte aanwinst te kunnen vinden (n=639-643).*



<sup>18</sup> Bij gebruik van de welzijnsknop neemt de thuiszorgorganisatie contact op als de gebruiker niet binnen een afgesproken tijdsinterval op de knop heeft gedrukt.

Als er in de instelling gewerkt wordt of zou worden met toezichthoudende technieken, dan worden vooral effecten met betrekking tot de kwaliteit van zorg verwacht. Bijna twee derde verwacht bijvoorbeeld dat de kwaliteit van zorg beter wordt (64%) en dat het leidt tot een betere kwaliteit van leven voor patiënten (60%). Ongeveer een vijfde denkt dat de zorg goedkoper wordt (22%), dat de werkdruk verlaagd wordt (23%) en dat de aantrekkelijkheid van het werk groter wordt (23%) door het toepassen van toezichthoudende technieken (zie tabel 7-11 in dit hoofdstuk).

## 7.4.2 Beeldbellen

Met beeldbellen (zorg op afstand) bedoelen we een vorm van zorg verlenen waarbij de zorgverlener en zorggebruiker op afstand met elkaar communiceren via een beeldscherm en camera. Denk hierbij aan Skype of Facetime, met behulp van een iPad, computer of een televisie. De zorggebruiker en de zorgverlener kunnen elkaar zien en met elkaar spreken (beeld en geluid).

Drie procent van de verpleegkundigen maakt zelf gebruik van beeldbellen en 7% meldt dat beeldbellen door anderen wordt gebruikt in de instelling (zie tabel

Tabel 7-11  
Meningen van verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners over de effecten die ze verwachten van toezichthoudende technieken (n=639-652).

Als er in mijn instelling gewerkt wordt (of zou worden) met toezichthoudende technieken dan wordt:		geen effect					
		-2	-1	0	1	2	
de kwaliteit van de zorg...	<i>slechter</i>	2% •	4% •	30% ●	37% ●●	27% ●	<i>beter</i>
de kwaliteit van leven van cliënten/patiënten...	<i>slechter</i>	2% •	5% •	32% ●	39% ●●	21% ●	<i>beter</i>
de zelfredzaamheid van cliënten/patiënten...	<i>slechter</i>	2% •	6% •	45% ●●	34% ●	14% •	<i>beter</i>
ondersteuning van cliënten/patiënten bij zelfmanagement...	<i>slechter</i>	2% •	4% •	42% ●●	38% ●	14% •	<i>beter</i>
de zorg voor cliënten/patiënten...	<i>onveilig</i>	2% •	3% •	29% ●	36% ●●	29% ●	<i>veilig</i>
de zorg...	<i>goedkoper</i>	7% •	15% •	46% ●●	23% ●	8% •	<i>duurder</i>
het aantal cliënten/patiënten dat geholpen wordt...	<i>kleiner</i>	2% •	5% •	57% ●●	25% ●	10% •	<i>groter</i>
het werk fysiek...	<i>lichter</i>	4% •	17% ●	59% ●●	15% •	5% •	<i>zwaarder</i>
de werkdruk...	<i>lager</i>	4% •	19% ●	43% ●●	23% ●	12% •	<i>hoger</i>
de aantrekkelijkheid van het werk...	<i>kleiner</i>	6% •	12% •	59% ●●	18% ●	5% •	<i>groter</i>



7-12). Drie procent geeft aan dat er in de instelling geen gebruik wordt gemaakt van beeldbellen, maar dat er wel plannen zijn om dit binnen een jaar toe te passen. In de care wordt vaker gebruik gemaakt van beeldbellen (door de respondent zelf of in de instelling waar hij/zij werkt) dan in de cure (12% respectievelijk 6%).

Iets minder dan de helft van de verpleegkundigen geeft aan het gebruik van beeldbellen noch noodzakelijk, noch wenselijk te vinden (46%) (zie tabel 7-13). Acht procent van de verpleegkundigen vindt het gebruik van beeldbellen noodzakelijk en bijna een kwart vindt

beeldbellen niet noodzakelijk maar wel wenselijk (23%). In de care is men hier meer uitgesproken over dan in de cure, waar men vaker aangeeft niet te weten of het noodzakelijk of wenselijk is om beeldbellen toe te passen.

Van de verpleegkundigen die zelf of binnen de instelling gebruik maken van beeldbellen geeft twee vijfde (43%, n=27) aan dat het gaat om tot een tiende van de patiënten. Verder geeft drie op de tien (32%, n=20) van deze groep aan niet te weten om hoeveel patiënten het gaat, terwijl 19% (n=12) aangeeft dat het om geen enkele patiënt gaat (zie tabel 7-14).

*Tabel 7-17  
Meningen van verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners over de effecten die ze verwachten van beeldbellen (n=631-635).*

Als er in mijn instelling gewerkt wordt (of zou worden) met beeldbellen dan wordt:		geen effect					
		-2	-1	0	1	2	
de kwaliteit van de zorg...	<i>slechter</i>	5%	8%	47%	34%	6%	<i>beter</i>
de kwaliteit van leven van cliënten/patiënten...	<i>slechter</i>	4%	7%	47%	35%	7%	<i>beter</i>
de zelfredzaamheid van cliënten/patiënten...	<i>slechter</i>	3%	5%	44%	39%	9%	<i>beter</i>
ondersteuning van cliënten/patiënten bij zelfmanagement...	<i>slechter</i>	3%	4%	42%	41%	9%	<i>beter</i>
de zorg voor cliënten/patiënten...	<i>onveilig</i>	5%	9%	50%	28%	8%	<i>veilig</i>
de zorg...	<i>goedkoper</i>	5%	19%	53%	18%	5%	<i>duurder</i>
het aantal cliënten/patiënten dat geholpen wordt...	<i>kleiner</i>	2%	5%	57%	29%	7%	<i>groter</i>
het werk fysiek...	<i>lichter</i>	5%	20%	65%	9%	2%	<i>zwaarder</i>
de werkdruk...	<i>lager</i>	4%	17%	58%	17%	4%	<i>hoger</i>
de aantrekkelijkheid van het werk...	<i>kleiner</i>	10%	13%	59%	14%	4%	<i>groter</i>

Aan de groep die zegt zelf of in de instelling gebruik te maken van beeldbellen, is gevraagd met welke apparaten dit gebeurt en hoe de techniek doorgaans is. Het vaakst worden tablets gebruikt (42%, n=27), gevolgd door een computer of laptop (25%, n=16). Hoe de techniek doorgaans werkt, weet ruim een derde niet (36%, n=24). Drie op de tien (30%, n=20) geeft aan dat de techniek doorgaans goed werkt (zie tabel 7-15 en 7-16).

Als er in de instelling gewerkt wordt of zou worden met beeldbellen, dan verwacht ongeveer de helft dat dit leidt tot betere ondersteuning van patiënten bij zelfmanagement (50%) en tot een betere zelfredzaamheid van patiënten (48%). Ongeveer een kwart verwacht dat de zorg goedkoper wordt (24%) en een vijfde (21%) verwacht een verlaging van de werkdruk door het gebruik van beeldbellen (zie tabel 7-17 in dit hoofdstuk).

### 7.4.3 Medicijndispensers

Met medicijndispensers bedoelen we elektronische hulpmiddelen die zorgverlener en patiënten ondersteunen bij het verstrekken en gebruiken van medicijnen. Een voorbeeld hiervan is een elektronisch aangestuurd afleverapparaat voor medicatie dat de patiënt helpt herinneren aan het innemen van de medicijnen.

Een op de twintig verpleegkundigen maakt zelf gebruik van medicijndispensers in de zorg (5%) of meldt dat ze door anderen in de instelling worden gebruikt (5%).

In de care wordt er niet vaker gebruik gemaakt van medicijndispensers dan in de cure. Twee procent geeft aan dat er in de instelling geen gebruik wordt gemaakt van medicijndispensers, maar dat er wel plannen zijn om dit binnen een jaar toe te passen (zie tabel 7-18).

Bijna een kwart (23%) van de verpleegkundigen vindt het niet noodzakelijk, maar wel wenselijk om gebruik te maken van een medicijndispenser. In de care vindt men dit vaker dan in de cure (27% respectievelijk 16%). Negen procent vindt het noodzakelijk dat er in hun instelling gebruik wordt gemaakt van een medicijndispenser (zie tabel 7-19).

Van de verpleegkundigen die zelf of binnen de instelling gebruik maken van medicijndispensers (n=64), geeft een derde (34%, n=22) aan dat tot een tiende van de patiënten deze gebruiken. Ruim een op de vijf geeft aan dat het gaat om de helft of meer van patiënten (22%, n=14), terwijl 23% (n=15) dit niet weet (zie tabel 7-20).

Als er in de instelling gewerkt wordt of zou worden met een medicijndispenser, dan verwacht de helft een grotere zelfredzaamheid van patiënten (54%) en meer ondersteuning van patiënten bij zelfmanagement (51%). Een kwart verwacht verlaging van de werkdruk door het gebruik van een medicijndispenser (25%) (zie tabel 7-21 in dit hoofdstuk).

### 7.5 Attitude van zorginstellingen

Van de verpleegkundigen beschouwt 14% hun instelling als een echte voorloper en zegt dat men voortdurend op zoek is naar nieuwe ICT-mogelijkheden. In een eerdere peiling in 2009 onder verpleegkundigen en verzorgenden was dit 9% (zie tabel 7-22; de Veer & Francke, 2009).

Vier op de tien verpleegkundigen (40%) vinden dat hun zorginstelling open staat voor nieuwe technologieën. De ontwikkelingen worden in de gaten gehouden en als er nieuwe technologie op de markt komt, wordt er altijd

Tabel 7-21  
Meningen van verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners over de effecten die ze verwachten van medicijndispenser (n=614-618).

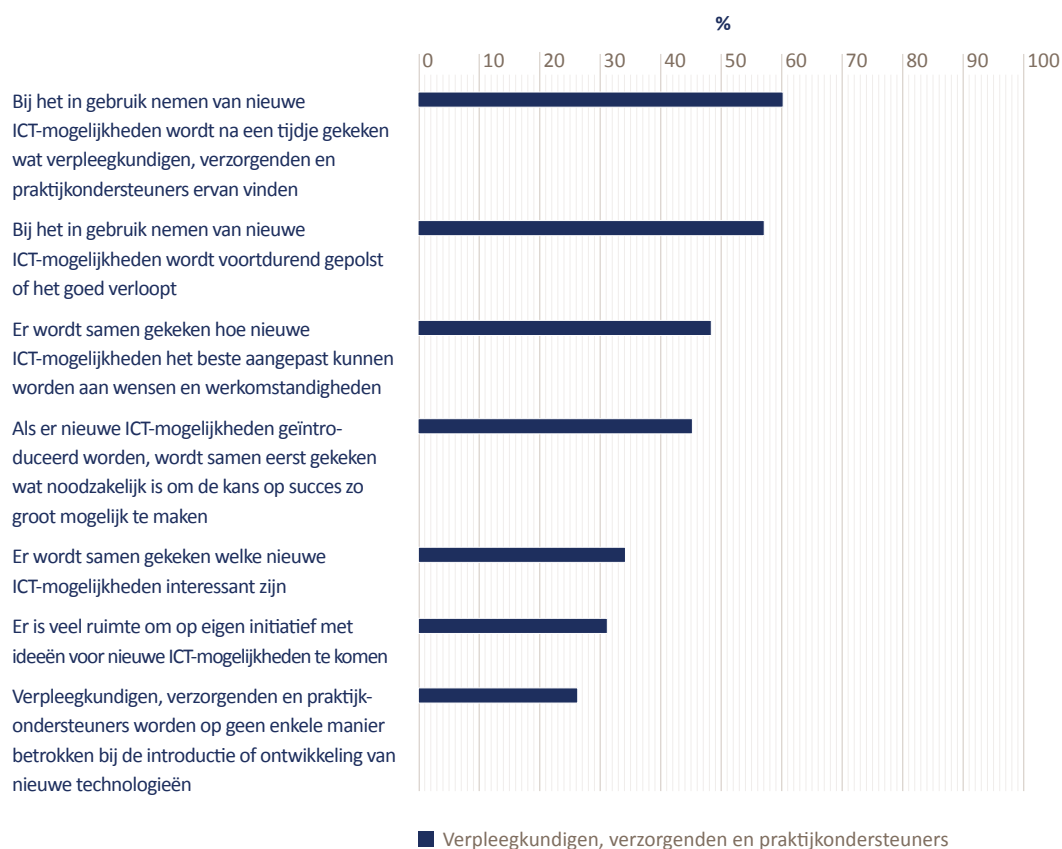
Als er in mijn instelling gewerkt wordt (of zou worden) met medicijndispensers dan wordt:		geen effect					
		-2	-1	0	1	2	
de kwaliteit van de zorg...	<i>slechter</i>	4%	9%	47%	30%	10%	<i>beter</i>
de kwaliteit van leven van cliënten/patiënten...	<i>slechter</i>	4%	7%	46%	35%	8%	<i>beter</i>
de zelfredzaamheid van cliënten/patiënten...	<i>slechter</i>	3%	4%	40%	40%	14%	<i>beter</i>
ondersteuning van cliënten/patiënten bij zelfmanagement...	<i>slechter</i>	2%	5%	41%	40%	11%	<i>beter</i>
de zorg voor cliënten/patiënten...	<i>onveilig</i>	6%	10%	46%	28%	10%	<i>veiliger</i>
de zorg...	<i>goedkoper</i>	4%	17%	53%	19%	6%	<i>duurder</i>
het aantal cliënten/patiënten dat geholpen wordt...	<i>kleiner</i>	3%	7%	63%	24%	4%	<i>groter</i>
het werk fysiek...	<i>lichter</i>	4%	16%	72%	7%	1%	<i>zwaarder</i>
de werkdruk...	<i>lager</i>	5%	21%	59%	13%	3%	<i>hoger</i>
de aantrekkelijkheid van het werk...	<i>kleiner</i>	7%	11%	68%	12%	2%	<i>groter</i>

gekeken of het wat is voor de instelling. Eveneens circa vier van de tien geeft aan dat hun instelling niet de eerste wil zijn die een nieuwe ICT-mogelijkheid gaat gebruiken, maar zeker niet de laatste (36%).

Een zeer klein percentage van de verpleegkundigen typeert hun instelling als sceptisch en onzeker tegenover nieuwe ICT-mogelijkheden (5%). Alleen als het echt noodzakelijk is, zal in hun instelling een nieuwe technologie geïntroduceerd worden. Tot slot vindt 6% dat hun instelling erg terughoudend is. Daar wordt nauwelijks gebruik gemaakt van nieuwe ICT-mogelijkheden.

Uit de focusgroep met verpleegkundigen kwam naar voren dat verpleegkundigen vinden dat eHealth te veel 'over de muur wordt gegooid bij verpleegkundigen', zoals ze het zelf noemen. Er wordt te weinig aandacht aan scholing en technische ondersteuning besteed. Ook komt het vaak voor dat toepassingen niet goed werken. Ze zijn bijvoorbeeld traag, moeilijk te bedienen of storingsgevoelig. Een toelichting uit de focusgroep luidt: "ICT kan mooi zijn in de zorg. Helaas worden formulieren op de computer slecht bijgehouden, werken verschillende afdelingen met andere systemen waardoor je niet in kan loggen, is het moeilijk om de artsen-

*Figuur 7-2  
Percentage verpleegkundigen,  
verzorgenden en praktijk-  
ondersteuners die het eens  
zijn met de stellingen over de  
betrokkenheid van verpleeg-  
kundigen, verzorgenden en  
praktijkondersteuners bij  
de introductie van nieuwe  
ICT-mogelijkheden in hun  
instelling (n=629-637).*



*opdrachten te bekijken, kloppen vochtbalansen niet omdat infuuslijsten niet makkelijk in te vullen zijn en verkeerd ingevoerde gegevens zijn niet gemakkelijk te herstellen. In het dagelijks gebruik zijn er dus nog veel haken en ogen. Het kost heel veel tijd, wat ten koste gaat van de patiëntenzorg.”*

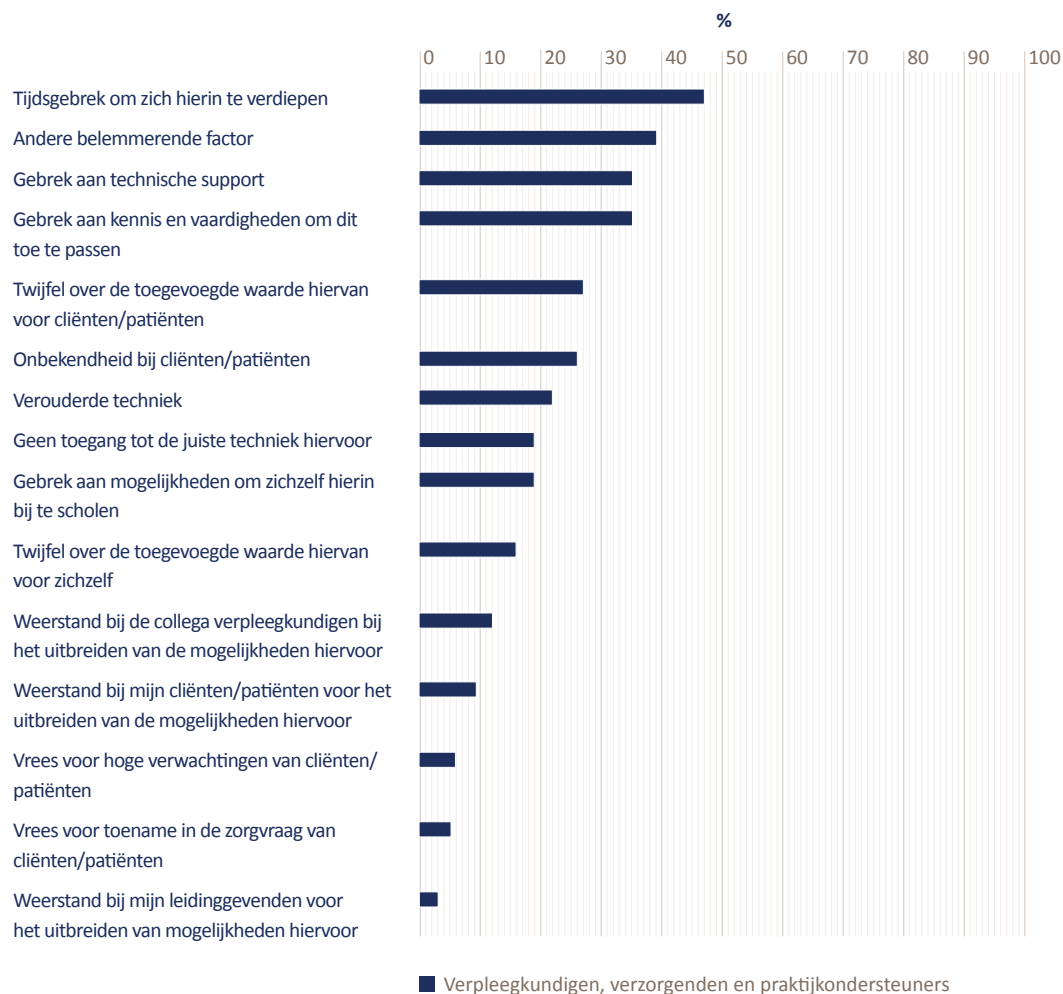
### 7.5.1 Betrokkenheid bij de introductie van nieuwe ICT-mogelijkheden

Ruim twee derde van de verpleegkundigen zegt dat er niet veel ruimte is om op eigen initiatief met ideeën voor nieuwe ICT-mogelijkheden te komen (69%, tabel 7-23). De meerderheid (60%) van de verpleegkundigen zegt

dat bij het in gebruik nemen van nieuwe ICT-mogelijkheden pas na een tijdje wordt gekeken wat verpleegkundigen ervan vinden. De focusgroep bevestigt dit beeld. Daar werd duidelijk dat de manier van communiceren niet aansluit bij de gebruikers en dat er te weinig aandacht voor implementatie is.

Iets meer dan de helft van de verpleegkundigen (52%) vindt dat zij meer betrokken zouden moeten worden bij de introductie van nieuwe ICT-toepassingen. Een derde (33%) vindt dat zij voldoende betrokken worden bij vernieuwingen op ICT-gebied (tabel 7-24).

*Figuur 7-3  
Ervaren belemmerende factoren  
door verpleegkundigen,  
verzorgenden en praktijkonder-  
steuners die belemmeringen  
ervaren bij het toepassen van ICT  
in de zorg voor patiënten (n=268).*



## 7.6 Belemmeringen

Van de verpleegkundigen zegt 41% belemmerende factoren te ervaren bij het gebruik van ICT bij de zorg voor patiënten, 16% weet het niet en 43% ervaart geen belemmerende factoren (zie tabel 3-8). Hier zijn verschillen tussen zorgverleners werkzaam in de cure of in de care. In de cure ervaart 48% belemmerende factoren, tegenover 37% in de care.

Verpleegkundigen die belemmeringen ervaren bij het toepassen van ICT in de zorg (figuur 7-3, tabel 7-26), noemen het meest tijdsgebrek om zich hierin te verdiepen (47%). Ruim een derde maakt zich zorgen om het gebrek aan kennis en vaardigheden om dit toe te passen (35%) en gebrek aan technische support (35%). Ongeveer een kwart geeft aan dat ze twijfel hebben over de toegevoegde waarde voor patiënten (27%).

Eveneens een kwart noemt onbekendheid bij patiënten als belemmerende factor (26%).

Daarnaast heeft 39% een andere belemmerende factor genoemd. Deze opmerkingen hebben vooral betrekking op de werking of beschikbaarheid van de techniek. Voorbeelden hiervan zijn een traag werkend systeem, het vastlopen van computers, het niet voldoende beschikbaar zijn van draadloze netwerkverbindingen, het feit dat computers vaak bezet zijn, veel storingen en veel dubbel werk.

### 7.7 Vergelijking tussen 2013 en 2014

Dit jaar is voor het eerst het gebruik van eHealth door verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners onderzocht. Daardoor is er geen vergelijking met de resultaten van 2013 mogelijk.

### 7.8 Conclusie en discussie

Dit hoofdstuk ging in op technieken voor begeleiding op afstand. Weinig zorggebruikers die professionele hulp aan huis ontvingen maken gebruik van toepassingen zoals een alarmknop, gemaksdomotica, een elektronische medicijndispenser, een elektronische sleuteloplossing of beeldbellen. Daarbij moet worden aangetekend, dat slechts een beperkte groep onder de responderende zorggebruikers professionele hulp aan huis ontving. Wel is er een deel van de mensen die er nu geen gebruik van maakt, maar dit wel zouden willen.

In de langdurige zorg gebruiken verpleegkundigen vooral toezichthoudende technieken. Beeldbellen en medicijndispensers worden minder vaak gebruikt dan toezichthoudende technieken. Verpleegkundigen zien deze twee toepassingen ook niet als noodzakelijke

ICT-toepassingen, terwijl toezichthoudende technieken door twee vijfde wel zo wordt gezien. Voor toezichthoudende technieken verwacht ook de grootste groep dat het zal bijdragen aan de kwaliteit van zorg. Voor beeldbellen en medicijndispensers wordt dat door minder dan de helft van de verpleegkundigen verwacht.

In de inleiding staat vermeld dat van de gebruikte technieken in de langdurige zorg wordt verwacht dat ze bijdragen aan zelfmanagement van patiënten. We hebben aan verpleegkundigen gevraagd hoe zij hierover denken. Voor zowel toezichthoudende technieken, beeldbellen en de medicijndispenser verwacht de helft van de verpleegkundigen dat deze een positief effect hebben op het zelfmanagement van patiënten. Dat betekent tegelijkertijd dat de andere helft (nog) niet overtuigd is van een effect van deze technieken op het gebied van zelfmanagement.

Ook in eerder onderzoek is al geconcludeerd dat het geen vanzelfsprekendheid is dat verpleegkundigen een technologie gebruiken zodra die voor hen beschikbaar is (De Veer & Francke, 2009). Verpleegkundigen zien technologie vaak als niet passend binnen het zorgproces en ze zijn niet op voorhand overtuigd van het nut ervan. Als het gebruik van technologie voor professionals geen voordelen oplevert, zijn ze minder geneigd deze te gebruiken. En als een technologische vernieuwing niet samen met zorgprofessionals is ontwikkeld, is de kans groot dat ze niet gemotiveerd zijn om er mee te werken (De Witte, 2008) (Peeters, de Veer, & Francke, 2008). Nieuwe technologieën moeten vooral bijdragen aan betere zorg voor patiënten, vinden verpleegkundigen en verzorgenden (De Veer & Francke, 2009). Dit blijkt ook uit de resultaten van deze monitor. Effecten op de

kwaliteit van de zorg of op de kwaliteit van hun eigen werk of werkdruk zijn belangrijke voorwaarden voor verpleegkundigen en verzorgenden om met een nieuwe technologie te gaan werken (De Veer & Francke, 2009). Uit de effecten die verpleegkundigen verwachten blijkt dat ze van toezichthoudende technieken een groter positief effect op de kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven van patiënten verwachten dan van de andere technieken.

Sommige zorgorganisaties zetten in op toepassingen zoals beeldbellen (Zorgvisie ICT, 2012). Zorggebruikers van zorgorganisatie Sensire kunnen bijvoorbeeld een iPad krijgen voor ondersteuning door hun wijkteam. We zien ondanks deze initiatieven nog niet dat het gebruik van beeldbellen op landelijk niveau gemeengoed is. Wellicht kunnen dit soort initiatieven wel dienen om informatie te genereren over de implementatie van beeldbellen in de praktijk. Het delen van ervaringen werd in de focusgroep met verpleegkundigen benoemd als erg relevant. Daarnaast is aandacht voor implementatie van belang, verpleegkundigen moeten ondersteund worden bij het leren werken met eHealth en ook de technische ondersteuning moet op orde zijn.

## 7.9 Referenties

De Veer, A., & Francke, A. (2009). *Ervaringen van verpleegkundigen en verzorgenden met nieuwe technologieën in de zorg. Resultaten van de peiling onder de leden van het Panel Verpleging & Verzorging*. Utrecht: NIVEL.

De Veer, A., & Francke, A. (2013). *Panel Verpleging & Verzorging. Verpleegkundigen positief over zelfmanagement*. TVZ, Tijdschrift voor Verpleegkundigen, vol. 213, 2013, nr. 2.

De Witte, L. (2008). *Technologie, mij('n) zorg. Over langdurende zorg, technologie en innovatie. (Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar Technologie in de Zorg, 20 juni 2008)*. Maastricht University.

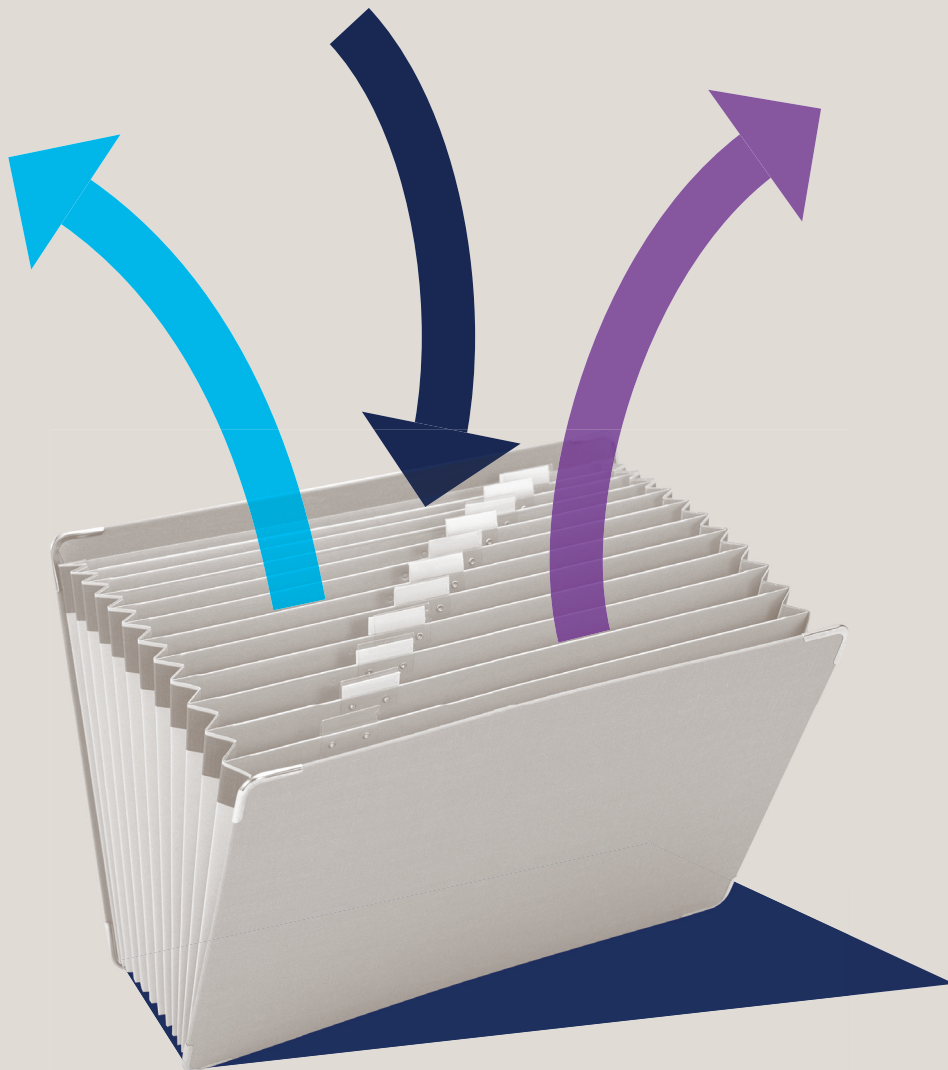
Grin, J., & Arts, W. (2011). *Zorg op afstand. Bestaande technieken voor nieuwe doelgroepen. Eindrapport*. Amsterdam: Faculteit der Maatschappij- en Gedragswetenschappen, afdeling Politicologie.

Peeters, J., & Francke, A. (2009). *Monitor Zorg op afstand. Verslaglegging van de peiling eind 2008/begin 2009*. Utrecht: NIVEL.

Peeters, J., de Veer, A., & Francke, A. (2008). *Monitor Zorg op afstand. Verslaglegging van de peiling najaar 2007*. Utrecht: NIVEL.

V&VN. (2013, januari). *Elektronische nieuwsbrief voor leden*. Opgehaald van V&VN, beroepsvereniging van zorgprofessionals: <http://vzi.venvn.nl>

Zorgvisie ICT. (2012, februari 27). *Klanten wijkzorg Sensire krijgen gratis iPad*. Opgeroepen op juli 27, 2014, van Zorgvisie ICT: <http://www.zorgvisie.nl/ICT/Nieuws/2012/2/Klanten-wijkzorg-Sensire-krijgen-gratis-iPad-ZVSo13396W/>



## 8. Elektronische dossiervoering door zorgverleners



## Belangrijkste resultaten in dit hoofdstuk

Drie kwart van de medisch specialisten (75%) en vrijwel alle huisartsen (98%) houden patiëntendossiers voornamelijk of uitsluitend elektronisch bij. Hierin zien we een groei ten opzichte van vorig jaar.

Ook op het vlak van beslissingsondersteuning bij medicatiebewaking en signalering van mogelijk risicovolle situaties zien we een vooruitgang ten opzichte van 2013. Medisch specialisten krijgen vaker dan vorig jaar een melding bij een allergie, contra-indicatie of interactie tussen geneesmiddelen. Vrijwel alle huisartsen krijgen deze meldingen (90-100%).

Zes op de tien verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners (60%) werkt zelf met een elektronisch dossier en nog eens 7% geeft aan dat het door anderen binnen de instelling wordt gebruikt. In de care-sector wordt minder vaak gebruik gemaakt van elektronische dossiervoering dan in de cure-sector.

### 8.1 Inleiding

Veel zorgverleners maken gebruik van een elektronisch patiëntendossier (EPD) voor het registreren van gegevens over de gezondheid en behandeling van patiënten (Krijgsman et al., 2013; Schoen & Osborn, 2012; Deloitte en Ipsos België, 2011).

Van elektronische dossiervoering wordt verwacht dat het een belangrijke bijdrage kan leveren aan het vergroten van de patiëntveiligheid en aan de continuïteit van zorg. Goede registratie van informatie over het zorgproces van een patiënt vormt de basis voor continuïteit in dit proces en voor op elkaar afgestemde interventies. Ook kunnen bijvoorbeeld op basis van de gegevens in het EPD (medicatie)bewaking en beslissingsondersteuning worden toegepast. Hiermee kan een betere uitvoering van het zorgproces en veiligere zorg gerealiseerd worden. Daarnaast is het EPD de bron voor kwaliteitsbewaking en wetenschappelijk onderzoek voor een betere kwaliteit van zorg. Ook kan het bij

dragen aan de doelmatigheid van de zorg doordat informatie voor kwaliteitsregistraties en de financiële afwikkeling efficiënter verzameld kan worden (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2011; NHG, LHV, 2010; NHG, LHV, 2012; Minister van VWS, juni 2012).

Dit hoofdstuk gaat in op het gebruik van elektronische dossiers door zorgverleners. Dit wordt besproken aan de hand van de resultaten van het vragenlijstonderzoek onder artsen (huisartsen, medisch specialisten en psychiaters<sup>19</sup>). Waar mogelijk worden deze resultaten vergeleken met de resultaten van vorig jaar. Daarnaast hebben we dit jaar ook verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners gevraagd naar hun gebruik van elektronische dossiers. Centraal staan de mogelijkheden die zij hebben voor het opslaan van gegevens en voor het registreren en hergebruiken van de informatie. Waar het relevant is, zal de situatie tussen de care en de cure (zie leeswijzer, paragraaf 1.5) worden vergeleken.

<sup>19</sup> Het aantal psychiaters dat heeft gerespondeerd is laag (n=90), waardoor enige voorzichtigheid is geboden bij het trekken van conclusies. We rapporteren daarom in het geval van psychiaters bij berekende percentages tevens het aantal respondenten behorend bij dat percentage.

## 8.2 Elektronische dossiervoering door artsen

### 8.2.1 Elektronische of papieren dossiers bij artsen

Bijna alle huisartsen houden hun patiëntendossiers voornamelijk of uitsluitend elektronisch bij (98%). Onder medisch specialisten en psychiaters is dit lager, maar gaat het nog steeds om het overgrote deel (respectievelijk 75% en 87% (n=78)). Van de medisch specialisten werkt 9% nog voornamelijk of uitsluitend met papieren dossiers. Bij psychiaters en huisartsen is dit (vrijwel) niemand meer (zie figuur 8-1 en tabel 8-1 in de tabellenbijlage<sup>20</sup>).

### 8.2.2 Gegevens in het dossier

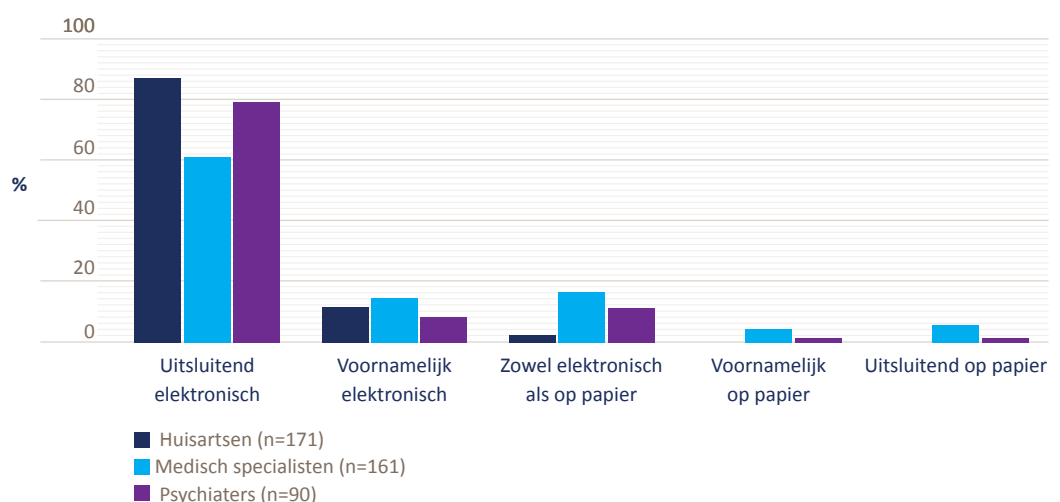
Uit de eHealth-monitor 2013 bleek dat de meeste artsen veel soorten gegevens in hun dossier kunnen opslaan (Krijgsman et al., 2013). Daarom is in 2014 alleen gevraagd naar welke gegevens artsen op dit moment *niet* kunnen opslaan in het informatiesysteem, terwijl zij dit wel zouden willen (zie tabel 8-2 in de tabellenbijlage).

Een kwart van de huisartsen geeft daarop aan dat zij geen gegevens missen in hun dossier (26%). Ongeveer een derde kan geen beeldbestanden van beeldvormende diagnostiek (35%), geen grafische onderzoeksresultaten zoals ecg's (31%) en geen vaccinatieoverzicht van de patiënt (36%) opslaan, terwijl zij dit wel zouden willen.

Van de medisch specialisten geeft een derde aan dat zij geen gegevens missen in hun systeem (35%). Het meest wordt gemist dat zij geen e-mailcorrespondentie met patiënten of andere zorgverleners kunnen opslaan (32%). Daarnaast willen medisch specialisten graag meer gegevens kunnen opslaan over het medicatiegebruik van de patiënt (18%) en bestanden van ingescande documenten, zoals brieven (14%).

Psychiaters zijn het meest tevreden over hun dossier. Meer dan de helft geeft aan geen gegevens te missen (58%, n=52). Als ze wel iets missen, is dit vooral het

Figuur 8-1  
Manier van bijhouden van het patiëntendossier door artsen (n=90-171).



<sup>20</sup> Tenzij expliciet anders vermeld wordt voor tabellen verwezen naar de losse tabellenbijlage bij dit rapport.

kunnen opslaan van e-mailcorrespondentie met patiënten of andere zorgverleners (19%, n=17).

### 8.2.3 Medicatiebewaking en geautomatiseerde waarschuwingen bij artsen

Een elektronisch patiëntendossier kan de zorgverlener ondersteunen tijdens het zorgproces, door automatische meldingen en waarschuwingen te geven over bijvoorbeeld allergieën van de patiënt en mogelijke interacties met andere medicatie. Vrijwel alle huisartsen krijgen waarschuwingen of meldingen in het geval van een allergie of intolerantie, bij een contra-indicatie of bij interactie tussen medicijnen (90-100%, zie figuur 8-2). Deze percentages liggen lager bij medisch specialisten (37-77%). Bij de psychiaters varieert dit tussen de 35% (n=31) en de 62% (n=55). Suggesties voor aanvullende onderzoeken worden bij alle artsen nog niet vaak geboden (5-20%) (zie ook tabel 8-3 t/m 8-5).

## 8.3 Elektronische dossiervoering door verpleegkundigen

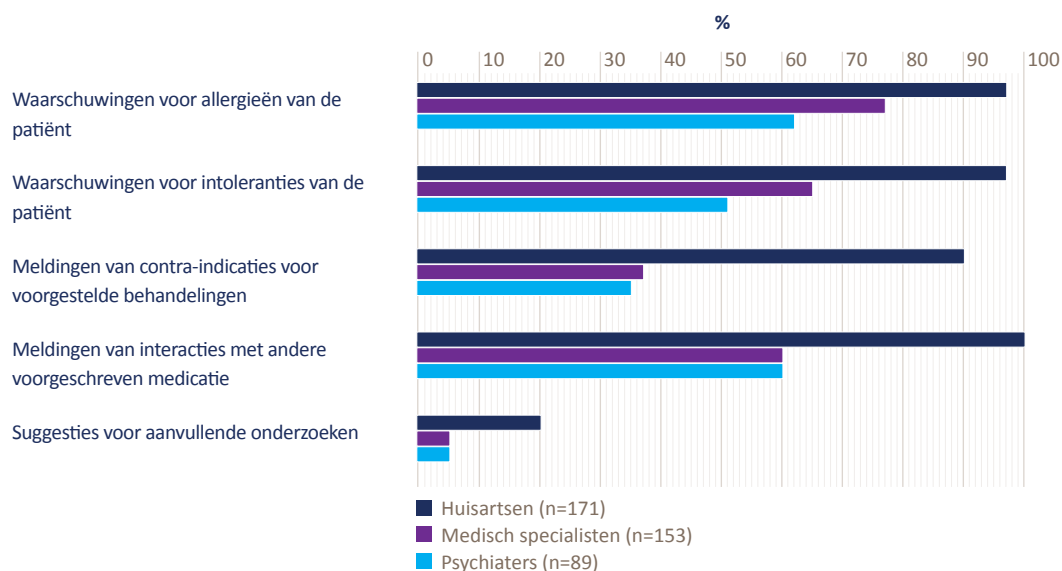
Ook verpleegkundigen<sup>21</sup> houden gegevens bij over de zorg aan hun patiënten. In deze paragraaf gaan we in op in op het gebruik van elektronische cliënten- of patiëntendossiers (ECD of EPD) voor het opslaan van deze gegevens, op het soort gegevens dat ze in het elektronisch dossier kunnen opslaan en op de effecten die ze verwachten van het gebruik van elektronische dossiers.

### 8.3.1 Elektronische of papieren dossiers

Zes op de tien verpleegkundigen heeft het afgelopen jaar zelf gewerkt met een elektronisch dossier (60%) en 7% geeft aan dat het door anderen binnen de instelling wordt gebruikt (zie tabel 8-6).

De helft van de verpleegkundigen (49%) houdt het patiëntendossier voornamelijk of uitsluitend elektro-

*Figuur 8-2*  
Percentage artsen waarbij in het informatiesysteem automatische signalen, waarschuwingen of andere meldingen zijn ingesteld bij het voorschrijven van geneesmiddelen of inzetten van een behandeling (n=89-171).



<sup>21</sup> We hebben onderzoek gedaan onder verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners, maar korten dit in verband met de leesbaarheid af tot 'verpleegkundigen'.

nisch bij. Bijna een kwart van de verpleegkundigen houdt daarentegen het patiëntendossier nog voornamelijk of uitsluitend op papier bij (24%; zie figuur 8-4 en tabel 8-8). Hierbij zijn duidelijke verschillen tussen de cure en de care te zien. In de cure houdt 79% het dossier uitsluitend of voornamelijk elektronisch bij en in de care is dit nog geen derde (31%). Voor de care geldt verder dat ruim een derde (35%) het patiëntendossier uitsluitend of voornamelijk op papier bijhoudt, tegenover 7% in de cure.

We hebben aan verpleegkundigen ook de vraag voorgelegd in hoeverre ze het gebruik van een ECD of EPD wenselijk en/of noodzakelijk vinden. Bijna twee derde (65%) geeft aan dit noodzakelijk te vinden (zie tabel 8-7). Verder vindt 22% dit niet noodzakelijk, maar wel wenselijk. Ook hier zijn verschillen te zien tussen de cure en de care. In de cure vindt 85% een patiëntendossier noodzakelijk, in de care is dat iets meer dan de helft (52%). Daarnaast vindt ruim een kwart (28%) in de care het

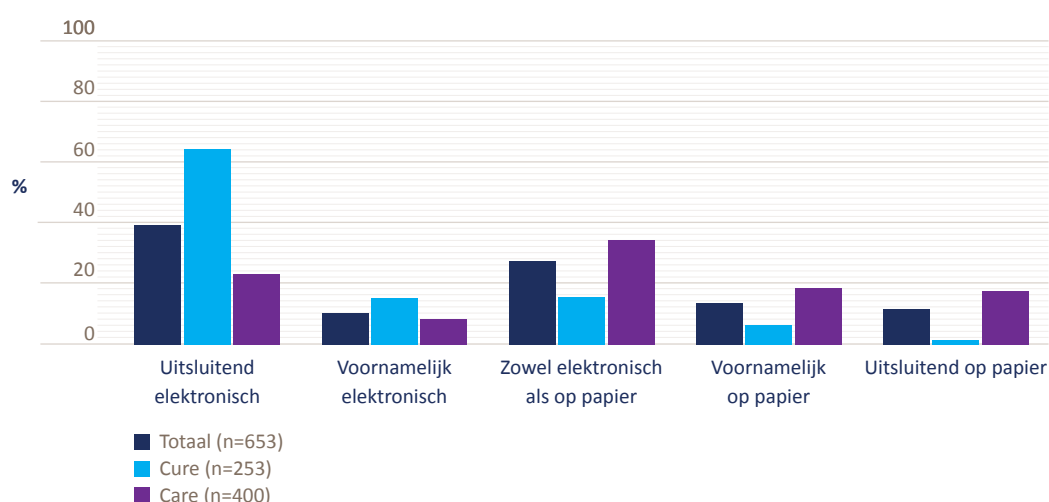
gebruik van een EPD of ECD niet noodzakelijk, maar wel wenselijk, tegenover 12% in de cure.

Aanvullend is aan verpleegkundigen gevraagd van welk systeem, en welke leverancier, hun instelling gebruik maakt om verpleegkundige gegevens te registreren en op te slaan in het ECD of EPD. De meest genoemde systemen en leveranciers in de care waren: Caress van Pink Roccade, de systemen van Ecare en Nedap, QIC van Cormel en Residentweb van Technology To Serve. In de cure werden CS-EZIS van Chipsoft, Horizon en xCare van McKesson, Medicom van PharmaPartners, Scipio van OmniHIS en het systeem van Epic genoemd.

### 8.3.2 Gegevens in het dossier

Aan de verpleegkundigen die een ECD of EPD gebruiken, is gevraagd welke gegevens zij daarin kunnen registreren. Voor de meeste verpleegkundigen biedt het elektronisch dossier mogelijkheden om de anamnese (81%), een verpleegplan/zorgplan (81%) en rapportages (78%) te

*Figuur 8-3*  
Manier van bijhouden van het patiënten- of cliëntendossier door verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners (n=653).



noteren en op te slaan (zie figuur 8-4 en tabel 8-9 in de tabellenbijlage).

### 8.3.3 Gebruik van elektronische dossiers

Drie op de vijf verpleegkundigen (58%) geeft aan dat ze nooit de beschikking hebben over een mobiele computer, zoals een computer on wheels of een tablet, om op de werkplek het verpleegkundig dossier te raadplegen of aan te vullen. In de care is dit vaker 'nooit' mogelijk dan in de cure (64% respectievelijk 49%). Slechts een kwart van de verpleegkundigen beschikt altijd over een mobiele computer (28%; zie figuur 8-5 en tabel 8-10).

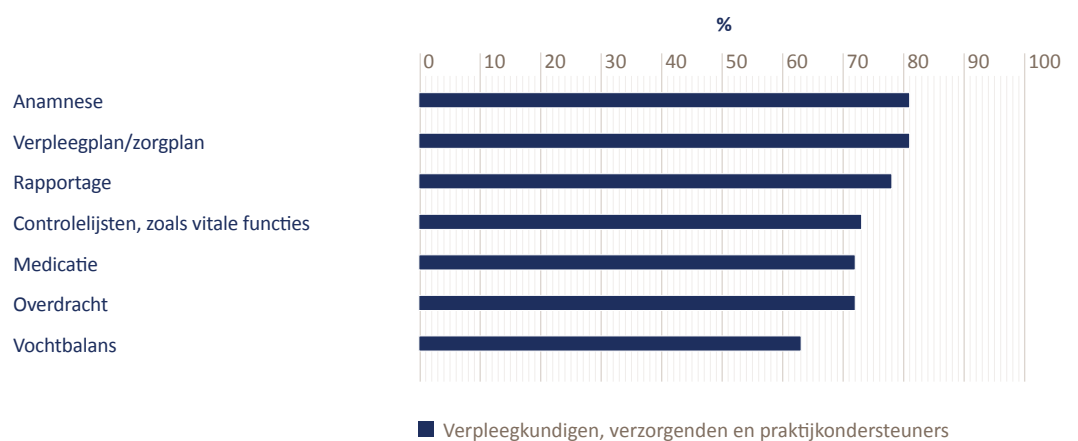
Ook het inlezen van gegevens uit meetapparatuur in het elektronisch dossier is bij meer dan de helft (57%) van de verpleegkundigen nooit mogelijk en bij een kwart van hen (23%) altijd. In de cure (31%) is het inlezen van gegevens uit meetapparatuur in het elektronisch dossier vaker 'altijd' mogelijk dan in de care (17%).

Bij 45% van de verpleegkundigen kunnen (kwaliteits) indicatoren nooit automatisch uit het dossier worden gehaald. Een kwart (26%) geeft aan dat ze dit altijd kunnen. Ook hiervoor geldt dat het in de cure vaker 'altijd' mogelijk is dan in de care (35% versus 19%).

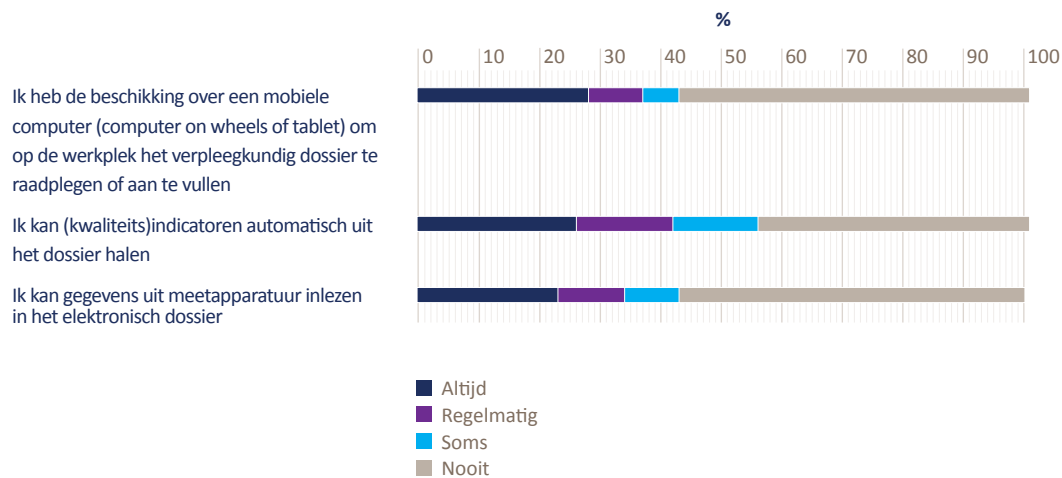
### 8.3.4 Effecten

We hebben aan verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners een aantal stellingen voorgelegd over mogelijke effecten van het gebruik van elektronische dossiers. Drie kwart is het (zeer) eens met de stelling dat het gebruik van een elektronisch dossier leidt tot betere samenwerking met andere zorgverleners, bijvoorbeeld met artsen (73%, zie figuur 8-6 en tabel 8-11). In de cure is men het vaker (zeer) eens met deze stelling dan in de care (80% versus 67%). Met de stelling dat er minder tijd nodig is voor administratieve werkzaamheden door het gebruik van het elektronische dossier, is vier op de tien verpleegkundigen, verzorgenden en

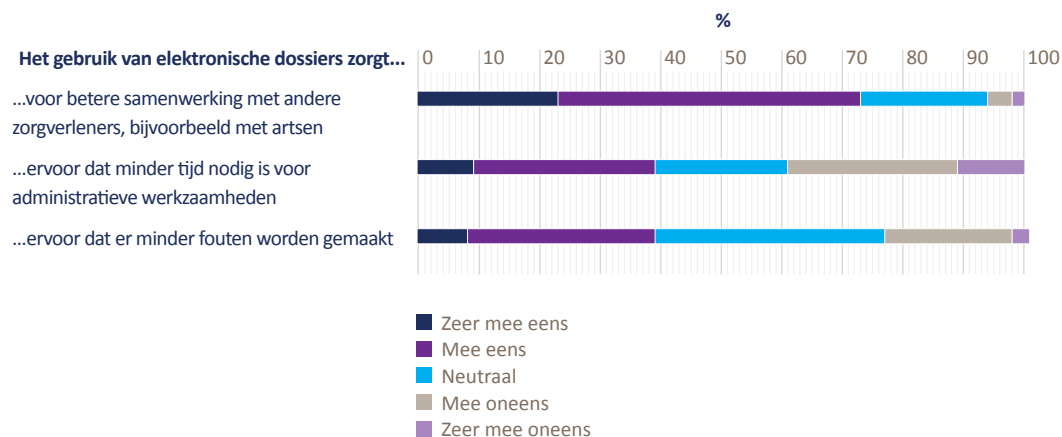
*Figuur 8-4*  
*Percentage verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners dat aangeeft dat het mogelijk is om de genoemde gegevens te noteren en op te slaan in hun ECD of EPD (n=525).*



**Figuur 8-5**  
 Percentage verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners dat de volgende mogelijkheden heeft bij het registreren van informatie in het elektronisch dossier (n=521-527).



**Figuur 8-6**  
 Meningen van verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners die een ECD of EPD gebruiken over de mogelijke effecten van het gebruik van ECD's of EPD's (n=529-530).



praktijkondersteuners het (zeer) eens (39%). Dit verschilt niet tussen de cure en de care. Eveneens vier op de tien is het er (zeer) mee eens dat het gebruik van elektronische dossiers leidt tot minder fouten (39%), hierin zijn verschillen te zien tussen de cure (45%) en de care (33%).

Tevens hebben we aan alle verpleegkundigen gevraagd om aan te geven welke effecten ze verwachtten wanneer er in hun instelling wordt of zou worden gewerkt met

een elektronisch cliënten- of patiëntendossier (zie tabel 8-12). De meeste positieve effecten van het gebruik van elektronische dossiers worden verwacht op het gebied van kwaliteit van zorg en op het gebied van veiligheid voor patiënten. Ruim zeven op de tien (72%) verwacht dat de kwaliteit van zorg verbetert en 67% verwacht dat de zorg voor patiënten veiliger wordt. Drie op de tien verpleegkundigen denkt dat de administratieve last minder wordt door het elektronisch dossier (30%).

Bijna een derde (32%) denkt dat de zorg duurder wordt wanneer er gewerkt wordt met een elektronisch dossier.

## 8.4 Vergelijking tussen 2013 en 2014

Als we de resultaten van dit jaar vergelijken met de resultaten van de eHealth-monitor 2013, kunnen we vaststellen dat er dit jaar significant meer gebruik wordt gemaakt van elektronische dossiervoering door huisartsen en medisch specialisten (zie tabel 8-13).

Ook op het vlak van beslissingsondersteuning bij medicatiebewaking en signalering van mogelijk risicovolle situaties zien we een vooruitgang ten opzichte van vorig jaar. Medisch specialisten krijgen vaker dan in 2013 een melding bij een allergie, intolerantie of interactie tussen geneesmiddelen. Huisartsen krijgen vaker dan vorig jaar een waarschuwing bij intoleranties van de patiënt (zie tabel 8-14).

Tabel 8-12  
Meningen van verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners over de effecten die ze verwachten van een elektronisch cliënten- of patiëntendossier (n=638-644).

Als er in mijn instelling gewerkt wordt (of zou worden) met het elektronisch patiëntendossier dan wordt:		geen effect					
		-2	-1	0	1	2	
de kwaliteit van de zorg...	<i>slechter</i>	1% •	2% •	26% ●	47% ●●	25% •	<i>beter</i>
de kwaliteit van leven van cliënten/patiënten...	<i>slechter</i>	0% ○	1% •	51% ●●	35% ●●	12% •	<i>beter</i>
de zelfredzaamheid van cliënten/patiënten...	<i>slechter</i>	0% ○	1% •	72% ●●●	19% ●	8% •	<i>beter</i>
ondersteuning van cliënten/patiënten bij zelfmanagement...	<i>slechter</i>	0% ○	1% •	55% ●●	33% ●●	11% •	<i>beter</i>
de zorg voor cliënten/patiënten...	<i>onveilig</i>	0% ○	2% •	31% ●	48% ●●	19% •	<i>veilig</i>
de zorg...	<i>goedkoper</i>	3% •	14% •	51% ●●	26% ●	6% •	<i>duurder</i>
het aantal cliënten/patiënten dat geholpen wordt...	<i>kleiner</i>	1% •	4% •	74% ●●	16% ●	4% •	<i>groter</i>
het werk fysiek...	<i>lichter</i>	2% •	10% •	75% ●●	10% •	2% •	<i>zwaarder</i>
de werkdruk...	<i>lager</i>	2% •	15% •	52% ●●	24% ●	7% •	<i>hoger</i>
de aantrekkelijkheid van het werk...	<i>kleiner</i>	4% •	11% •	49% ●●	29% ●	7% •	<i>groter</i>
de administratieve last...	<i>minder</i>	7% •	23% ●	22% •	27% ●	21% •	<i>meer</i>

*Tabel 8-13  
Significante verschillen tussen  
2013 en 2014 in de mate van  
het elektronisch bijhouden  
van patiëntendossiers door  
huisartsen en medisch  
specialisten.*

<b>Uitsluitend of voornamelijk elektronisch</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
Huisartsen	93%	98%
Medisch specialisten	66%	75%

*Tabel 8-14  
Significante verschillen tussen  
2013 en 2014 in de mate waarin  
huisartsen en medisch specia-  
listen automatische meldingen  
en waarschuwingen krijgen.*

<b>Automatische meldingen en waarschuwingen:</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
<b>Huisartsen</b>		
Waarschuwingen voor intoleranties van de patiënt	90%	97%
<b>Medisch specialisten</b>		
Waarschuwingen voor allergieën van de patiënt	59%	77%
Waarschuwingen voor intoleranties van de patiënt	34%	65%
Meldingen van interacties met andere voorgeschreven medicatie	48%	60%

## 8.5 Conclusie en discussie

Dit hoofdstuk ging in op het gebruik van elektronische dossiers door artsen en door verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners.

Uit de resultaten blijkt dat elektronische dossiervoering onder artsen al is ingeburgerd. De huisartsen lopen hierin voor op, maar ook bij medisch specialisten en psychiaters werken de meesten met elektronische dossiers. Verpleegkundigen hebben minder mogelijkheden voor het gebruik van elektronische dossiers. Zeker in de care is dit nog geen gemeengoed. Hier houdt

slechts een derde de patiëntendossiers uitsluitend of voornamelijk elektronisch bij.

Veel ziekenhuizen zijn bezig met het implementeren van een EPD of hebben dit in de afgelopen jaren gedaan. Zo hebben bijvoorbeeld zeven ziekenhuizen in het afgelopen jaar ervoor gekozen een nieuw EPD of ziekenhuisinformatiesysteem te implementeren, tegen tien ziekenhuizen in de vier jaar daarvoor (Egbertzen & van Eekeren, 2014). Dit zou de groei in het gebruik van EPD's door medisch specialisten kunnen verklaren. Ook valt op dat medisch specialisten, als hen gevraagd



wordt naar veelbelovende voorbeelden van eHealth, het EPD het vaakst noemen (zie bijlage E). Hieruit blijkt dat het EPD bij medisch specialisten de aandacht heeft.

Overigens is het gebruik van elektronische dossiers geen garantie voor veiligere zorg. Gegevens die niet volledig of anderszins niet op orde zijn kunnen zelfs leiden tot meer risico's voor de patiënt. Het is daarom belangrijk om ook naar de kwaliteit van verslaglegging in medische dossiers te kijken (Van der Bij et al., 2013).

Uit de resultaten blijkt dat het merendeel van de verpleegkundigen die een elektronisch dossier gebruiken, de meeste soorten gegevens daar ook in kunnen opslaan. Er is echter ook een groep van een vijfde tot een derde die dit niet kan. Dat niet altijd alle gegevens elektronisch beschikbaar zijn, kan risico's opleveren voor de zorg aan de patiënt. Uit een onderzoek dat de afdeling zorginformatica (VZI) van de Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland heeft gedaan onder verpleegkundigen en verzorgenden in 2013, komt ook naar voren dat verpleegkundigen en verzorgenden lang niet altijd alle benodigde informatie in het elektronisch dossier kunnen registreren (V&VN-VZI, november 2013).

Als verpleegkundigen gevraagd wordt naar welk systeem zij gebruiken, worden veel verschillende systemen en leveranciers genoemd. Dit resultaat komt overeen met een marktscan die gedaan is door M&I/ Partners. Zij concluderen daaruit dat de markt voor elektronische dossiers in de care-sector een relatief groot aantal spelers kent (Adams, Steenvoorden, & Verheijen, 2013).

Verpleegkundigen geven aan maar weinig ondersteunende mogelijkheden te hebben bij het gebruik van het elektronisch dossier. Zo geeft meer dan de helft aan dat zij geen gegevens uit meetapparatuur kunnen inlezen in het elektronisch dossier. Dit sluit aan bij onderzoek van de V&VN waaruit naar voren komt dat een koppeling met meetinstrumenten en bewakingsapparatuur zeer gewenste functionaliteit is (V&VN-VZI, november 2013).

## 8.6 Referenties

- Adams, J., Steenvoorden, R., & Verheijen, M. (2013, Maart). *Een markt in beweging. Zorgvisie ICT*, pp. 52-56.
- De Veer, A., & Francke, A. (2009). *Ervaringen van verpleegkundigen en verzorgenden met nieuwe technologieën in de zorg. Resultaten van de peiling onder de leden van het Panel Verpleging & Verzorging*. Utrecht: NIVEL.
- Deloitte en Ipsos België. (2011). *eHealth Benchmarking III SMART 2009/0022 Final Report*. Deloitte en Ipsos België.
- Egbertzen, A., & van Eekeren, P. (2014, Maart). *Turbulentie op de EPD/ZIS-markt. Zorgvisie ICT*, pp. 58-62.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2011). *Staat van de Gezondheidszorg 2011*. Utrecht.
- Krijgsman, J., de Bie, J., Burghouts, A., de Jong, J., Cath, G., van Gennip, L., et al. (2013). *eHealth, verder dan je denkt - eHealth-monitor 2013*. Den Haag: Nictiz & het NIVEL.

Minister van VWS. (juni 2012). *Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten Generaal betreffende E-health*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

NHG, LHV. (2010). *NHG/LHV-Standpunt Het elektronisch huisartsendossier (H-EPD)*. NHG, LHV.

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

Schoen, C., & Osborn, R. (2012). *The Commonwealth Fund 2012 International Health Policy Survey of Primary Care Physicians*. The Commonwealth Fund.

V&VN-VZI. (november 2013). *Elektronische nieuwsbrief voor leden - Speciale editie - Elektronisch Verpleegkundig Dossier*. Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland - afdeling Verpleegkundige en Zorginformatica.

Van der Bij, S., Biermans, M., Khan, N., Akkermans, R., Peters, H., Levelink, H., et al. (2013). *De kwaliteit van de verslaglegging in medische dossiers. Uitbreiding van de EPD-scan*. Utrecht: NIVEL.





## 9. Elektronische communicatie tussen zorgverleners

## Belangrijkste resultaten in dit hoofdstuk

Een groot deel van de huisartsen zegt elektronisch informatie uit te kunnen wisselen met apotheken, ziekenhuizen, laboratoria en huisartsenposten (84-93%). Medisch specialisten geven aan dat zij met name informatie elektronisch kunnen uitwisselen met andere afdelingen binnen de eigen instelling (waaronder de instellingsapothek) (77%), met huisartsenpraktijken (56%) en laboratoria (47%).

Drie kwart van de huisartsen maakt gebruik van teledermatologie (76%). Digitale consultgesprekken komen vooral voor tussen medisch specialisten in verschillende zorginstellingen (21%), in andere situaties hebben artsen er minder behoefte aan.

Vier op de tien verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners geeft aan dat er in hun instelling gebruik wordt gemaakt van elektronische gegevensuitwisseling (41%). In de cure wordt hier vaker gebruik van gemaakt dan de care (56% versus 31%).

## 9.1 Inleiding

Vaak zijn meerdere zorgverleners van verschillende disciplines betrokken bij de zorg voor één patiënt. Elektronische communicatie tussen deze zorgverleners kan dan helpen om te zorgen dat iedereen op de hoogte is van de actuele situatie. Omdat het voor de patiëntveiligheid het van belang is dat zorgverleners tijdig over actuele en betrouwbare informatie beschikken, is gebrekkige informatie-uitwisseling een risico voor verantwoorde zorg (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2011). Ook draagt elektronische gegevensuitwisseling bij aan de continuïteit van zorg. Het zorgt ervoor dat de zorg van verschillende zorgverleners op elkaar is afgestemd (NHG, LHV, 2012). Tot slot kan elektronische gegevensuitwisseling bijdragen aan de doelmatigheid van de zorg, bijvoorbeeld door het voorkomen van dubbeldiagnostiek (NHG, LHV, 2010). Een specifieke vorm van informatie-uitwisseling tussen zorgverleners vindt plaats bij teleconsultatie.

Hierbij vindt onderzoek plaats in de huisartsenpraktijk, waarna digitaal advies wordt gevraagd aan een medisch specialist. Teleconsultatie levert vooral voordelen op voor de doelmatigheid en betaalbaarheid van de zorg, omdat dit het aantal verwijzingen naar het ziekenhuis vermindert (Van der Heijden, de Keizer, Bos, Spuls, & Witkamp, 2011).

Dit hoofdstuk gaat in op de mogelijkheden die zorgverleners hebben voor elektronische communicatie tussen zorgverleners. We bespreken dit eerst aan de hand van de resultaten van het vragenlijstonderzoek onder artsen (huisartsen, medisch specialisten en psychiaters<sup>22</sup>). Hen is gevraagd met welke zorgverleners en -instellingen ze informatie kunnen uitwisselen, welke gegevens ze kunnen uitwisselen en welke effecten en belemmeringen ze ervaren. Hierbij rekenen we faxverkeer niet tot elektronische uitwisseling van informatie.

<sup>22</sup> Het aantal psychiaters dat heeft gerepsondeerd is laag (n=90), waardoor enige voorzichtigheid is geboden bij het trekken van conclusies. We rapporteren daarom in het geval van psychiaters bij berekende percentages tevens het aantal respondenten behorend bij dat percentage.

Ook is gevraagd naar twee andere vormen van elektronische communicatie tussen zorgverleners, te weten intercollegiale digitale consultgesprekken (waarbij men elkaar kan zien) en teleconsultatie.

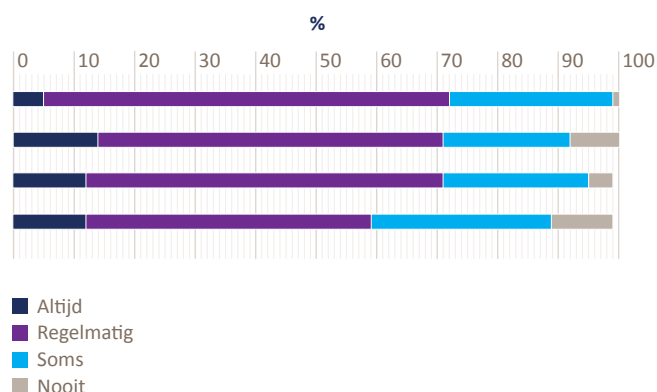
Tenslotte is dit jaar voor het eerst ook aan verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners gevraagd naar hun gebruik van elektronische gegevensuitwisseling<sup>23</sup>. Hen is ook gevraagd of ze dit noodzakelijk vinden, of de informatie die ze ontvangen tijdig en volledig is en wat voor effecten ze verwachten.

## 9.2 Tijdigheid en volledigheid van de informatie

Voor de patiëntveiligheid en continuïteit van zorg is het van belang dat zorgverleners tijdig beschikken over alle relevante informatie. Daarom is aan de zorgverleners gevraagd of zij na het bezoek van een patiënt aan de medisch specialist of het ziekenhuis, of juist bij opname van de patiënt in het ziekenhuis, de informatie tijdig ontvangen en of deze voorzien is van alle relevante informatie.

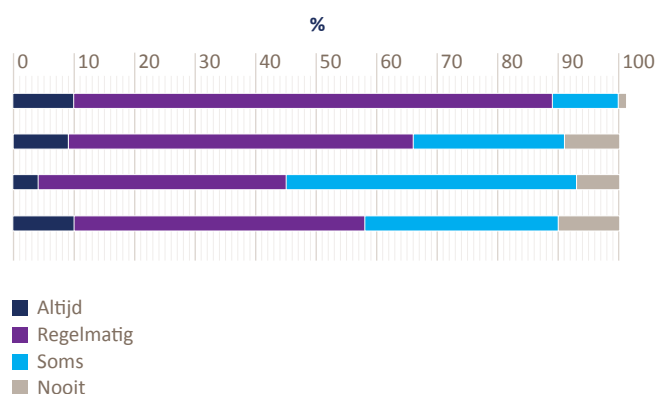
**Figuur 9-1**  
Percentage zorgverleners dat aangeeft hoe vaak de informatie die zij ontvangen bij de overdracht van een patiënt tijdig is (n=90-637).

Huisartsen (n=171)  
Medisch specialisten (n=161)  
Psychiaters (n=90)  
Verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners (n=637)



**Figuur 9-2**  
Percentage zorgverleners dat aangeeft hoe vaak de informatie die zij ontvangen bij de overdracht van een patiënt voorzien is van alle relevante informatie (n=90-640).

Huisartsen (n=171)  
Medisch specialisten (n=161)  
Psychiaters (n=90)  
Verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners (n=640)



<sup>23</sup> We hebben onderzoek gedaan onder verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners, maar korten dit in verband met de leesbaarheid af tot 'verpleegkundigen'.

Zeven op de tien huisartsen (73%), medisch specialisten (71%) en psychiaters (71%, n=64) geeft aan de informatie altijd of regelmatig tijdig te ontvangen (zie ook tabel 9-1 t/m 9-3). Een klein deel van de artsen zegt dat dit nooit het geval is (1-8%). Een op de tien verpleegkundigen geeft aan dat de verpleegkundige informatie die ontvangen wordt als een patiënt vanuit een andere zorginstelling wordt overgedragen nooit tijdig is (10%). Drie op de tien zegt dat dit soms tijdig is (30%) (zie ook figuur 9-1 en tabel 9-4).

Een groot deel van de huisartsen geeft aan dat de informatie altijd of regelmatig is voorzien van alle relevante informatie (89%). Bij medisch specialisten en psychiaters is dit minder vaak het geval: 66% van de medisch specialisten en 46% (n=41) van de psychiaters geeft aan dat de informatie altijd of regelmatig voorzien is van alle relevante informatie (zie ook tabel 9-1 t/m 9-3<sup>24</sup>).

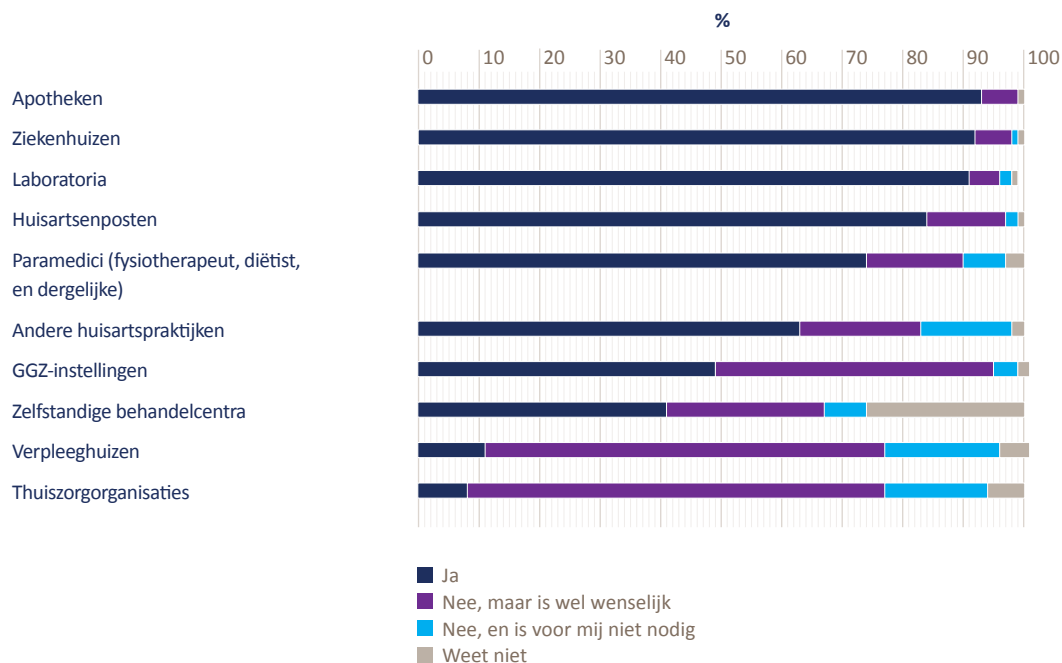
Van de verpleegkundigen geeft een op de tien (10%) aan dat de verpleegkundige informatie bij overdracht van een patiënt nooit is voorzien van alle relevante en benodigde informatie en drie op de tien (32%) zegt dat dit soms zo is (zie ook figuur 9-2 en tabel 9-4). Er is hierbij geen verschil tussen de cure en de care.

### 9.3 Elektronische informatie-uitwisseling door artsen

#### 9.3.1 Mogelijkheden voor elektronische informatie-uitwisseling

Huisartsen kunnen met veel zorginstellingen of zorgverleners elektronisch informatie uitwisselen. Vrijwel alle huisartsen zeggen gebruik te maken van elektronische gegevensuitwisseling met apotheken, ziekenhuizen, laboratoria en huisartsenposten (84-93%, zie figuur 9-3 en tabel 9-5 in de tabellenbijlage).

*Figuur 9-3*  
*Percentage huisartsen bij wie de praktijk gebruik maakt van een systeem voor gestandaardiseerde elektronische informatie-uitwisseling met andere zorgverleners of zorginstellingen (n=171).*

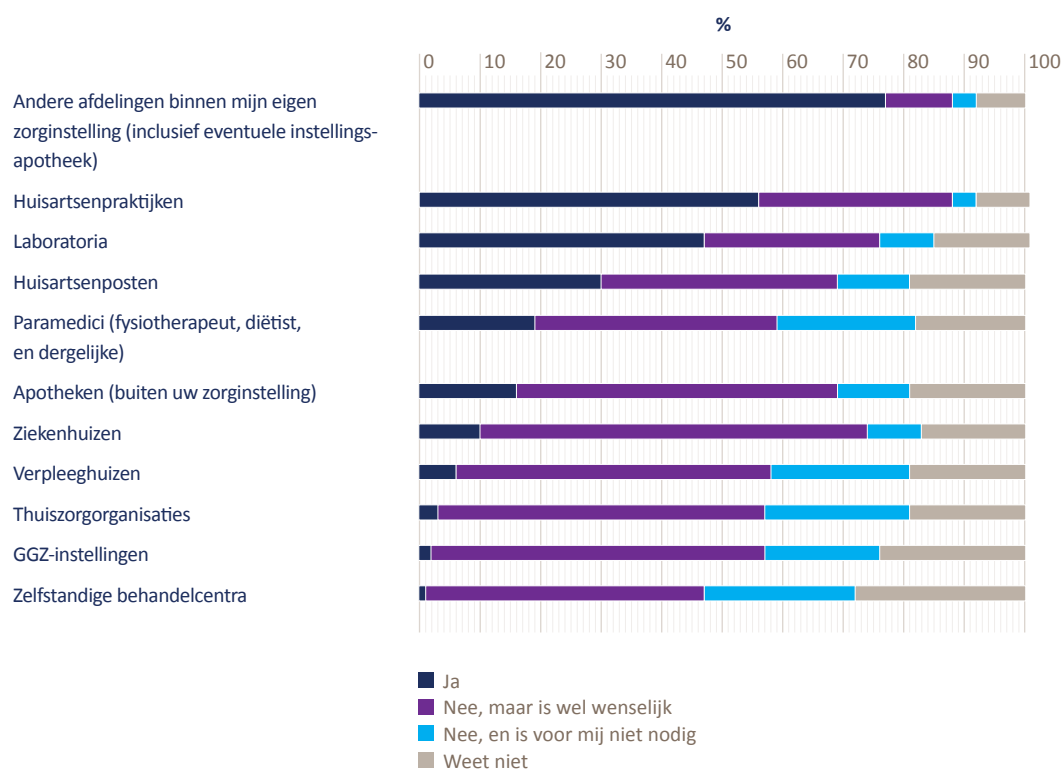


<sup>24</sup> Tenzij expliciet anders vermeld wordt voor tabellen verwezen naar de losse tabellenbijlage bij dit rapport.

Huisartsen geven het minst vaak aan dat zij elektronisch informatie kunnen uitwisselen met thuiszorgorganisaties (8%) en verpleeghuizen (11%). Twee derde van de huisartsen vindt dit wel wenselijk (respectievelijk 69% en 66%). De huisartsen in de focusgroep herkennen dat er weinig mogelijkheden zijn voor uitwisseling van informatie met thuiszorgorganisaties en verpleeghuizen. Ze geven aan dat het vaak organisatorisch lastig te realiseren is, doordat er niet één aanspreekpunt is, maar men vaak te maken heeft met meerdere instellingen. Ook zijn er weinig goed beveiligde mogelijkheden voor de uitwisseling met verpleeghuizen en thuiszorg, nu wordt hier nog vaak de fax voor gebruikt.

Zoals te zien is in figuur 9-4 geven medisch specialisten aan minder mogelijkheden te hebben voor informatie-uitwisseling met andere zorginstellingen of zorgverleners (zie ook tabel 9-6). Bij hen scoort informatie-uitwisseling met andere afdelingen binnen de eigen instelling (waaronder de instellingsapothek) het hoogst (77%). Ongeveer de helft van de medisch specialisten kan informatie uitwisselen met huisartsenpraktijken (56%) en laboratoria (47%). Weinig medisch specialisten zeggen elektronisch informatie uit te kunnen wisselen met zelfstandige behandelcentra (ZBC's) (1%), GGZ-instellingen (2%), thuiszorgorganisaties (3%) en verpleeghuizen (6%). De meeste wensen hebben medisch specialisten

*Figuur 9-4*  
*Percentage medisch specialisten bij wie de afdeling gebruik maakt van een systeem voor gestandaardiseerde elektronische informatie-uitwisseling met andere zorgverleners of zorginstellingen (n=161).*



<sup>25</sup> Zorgmail FileTransfer, gelanceerd in een samenwerking tussen VEZOZO, ENOVATION en Stichting ION.



voor uitwisseling met andere ziekenhuizen, GGZ-instellingen, thuiszorgorganisaties, apotheken en verpleeghuizen (52-64%).

Psychiaters (n=90, zie figuur 9-5 en tabel 9-7) rapporteren het vaakst elektronisch informatie uit te kunnen wisselen met andere afdelingen binnen de eigen zorginstelling (61%, n=55), gevolgd door informatie-uitwisseling met huisartsenpraktijken (41%, n=37). Er zijn nauwelijks psychiaters die aangeven informatie te kunnen uitwisselen met verpleeghuizen, zelfstandige behandelcentra (ZBC's), thuiszorgorganisaties en GGZ-instellingen (0-3%, n=0-3). Uitwisseling met apotheken, ziekenhuizen en GGZ-instellingen vinden zij het meest wenselijk (68-73%, n=61-66).

### 9.3.2 Elektronisch versturen en ontvangen van gegevens

In deze paragraaf gaan we nader in op verschillende specifieke voorbeelden van versturen en ontvangen van informatie. Zoals vermeld, is faxverkeer buiten beschouwing gelaten.

#### Elektronisch versturen van gegevens door huisartsen

Het merendeel van de huisartsen kan de meeste gevraagde gegevens versturen naar en ontvangen van andere zorgverleners (zie figuur 9-6 en figuur 9-7). Zo kunnen bijna alle huisartsen elektronisch een recept naar de openbare apotheek (94%), een verwijzing naar een medisch specialist (90%) en een dossier naar een andere huisarts (84%) sturen. Aanmerkelijk minder huisartsen kunnen een aanvraag voor hulp of zorg thuis

*Figuur 9-5*  
Percentage psychiaters bij wie de praktijk of de afdeling gebruik maakt van een systeem voor gestandaardiseerde elektronische informatie-uitwisseling met andere zorgverleners of zorginstellingen (n=90).

Andere afdelingen binnen mijn eigen zorginstelling (inclusief eventuele instellings-apotheek)

Huisartsenpraktijken

Laboratoria

Apotheken (buiten uw zorginstelling)

Huisartsenposten

Paramedici (psycholoog, psychotherapeut, en dergelijke)

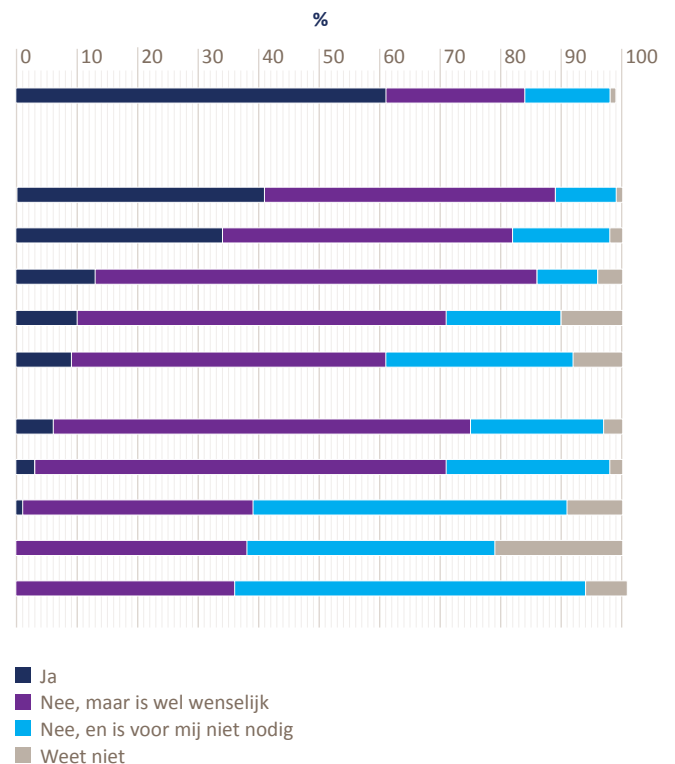
Ziekenhuizen

GGZ-instellingen

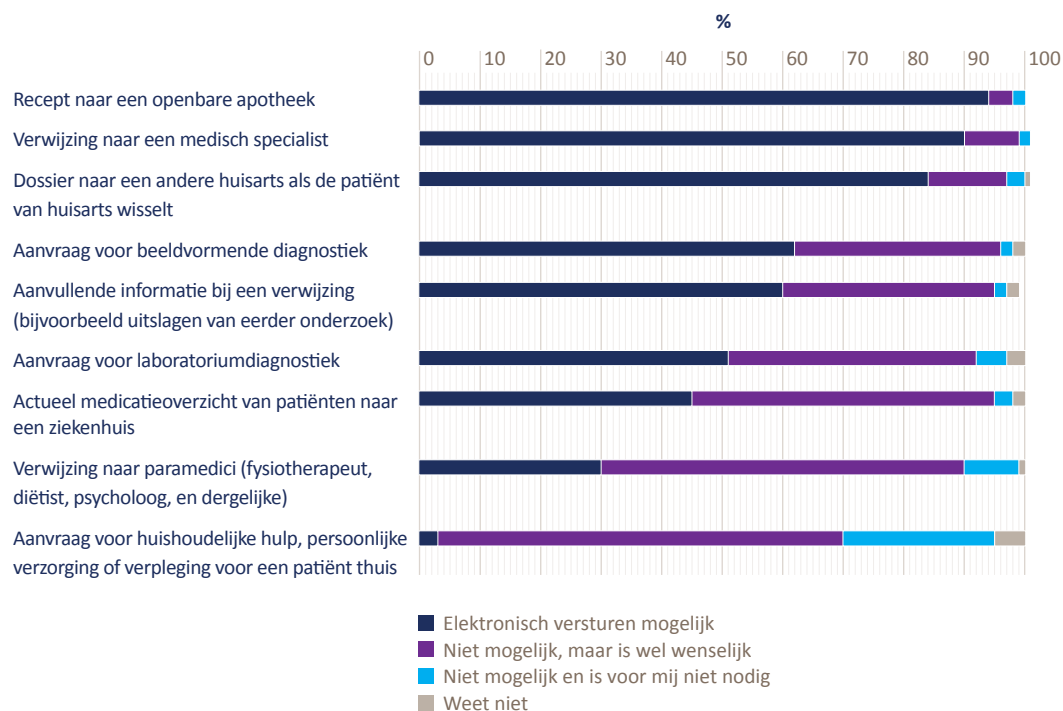
Thuiszorgorganisaties

Zelfstandige behandelcentra

Verpleeghuizen



**Figuur 9-6**  
*Percentage huisartsen bij wie met het informatiesysteem de volgende voorbeelden van het elektronisch versturen van informatie over patiënten mogelijk zijn (n=171).*



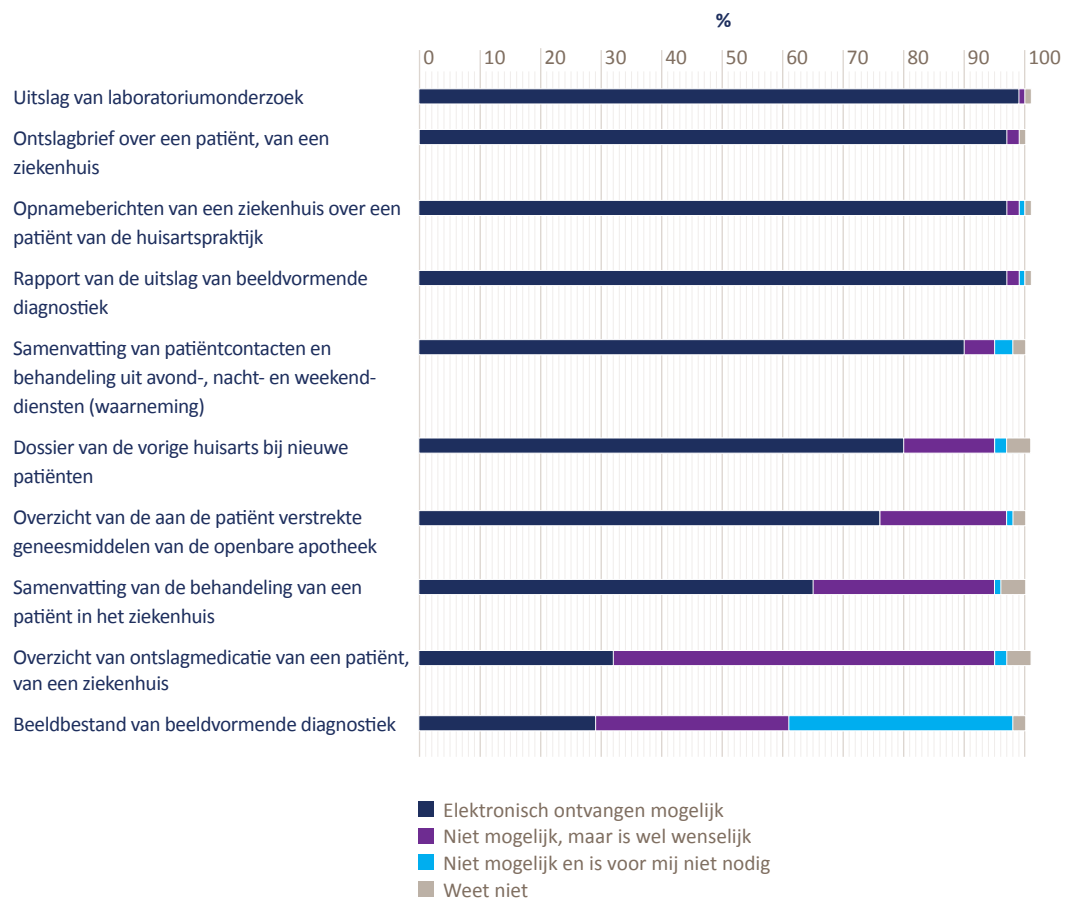
(3%), een verwijzing naar een paramedicus (30%) of een actueel medicatieoverzicht van een patiënt naar het ziekenhuis (45%) versturen (zie ook tabel 9-8).

De huisartsen in de focusgroep gaven aan dat ze in de onderzoeksresultaten het percentage huisartsen dat het dossier van een patiënt kan versturen naar een andere huisarts behoorlijk hoog vinden. Dit is niet hoe zij het in de praktijk ervaren. Een verklaring die zij daarbij gaven was dat deze hoge percentages mogelijk komen doordat voor dossieroverdracht voor huisartsen sinds kort een gratis dienst beschikbaar is.<sup>25</sup> Daarnaast werd in de focusgroep gemeend dat het daadwerkelijk gebruik wellicht lager ligt, omdat mogelijk nog niet iedereen het verstuurde dossier kan ontvangen (uit figuur 9-7 blijkt overigens dat 80% van de huisartsen aangeeft dat dit mogelijk is).

### **Elektronisch ontvangen van gegevens door huisartsen**

Zoals in figuur 9-7 te zien is zeggen bijna alle huisartsen uitslagen van laboratoriumonderzoek, een ontslagbrief of een opnamebericht uit het ziekenhuis, een rapport van de uitslag van beeldvormende diagnostiek of een samenvatting van een patiëntcontact uit de avond-, nacht- en weekenddienst te kunnen ontvangen (90-99%). Een kleiner deel van de huisartsen geeft aan beeldbestanden uit beeldvormende diagnostiek (29%) en een overzicht van ontslagmedicatie uit een ziekenhuis (32%) te kunnen ontvangen. Bijna alle huisartsen die geen overzicht van de ontslagmedicatie uit het ziekenhuis kunnen ontvangen vinden dit wel wenselijk. Van beeldbestanden uit beeldvormend onderzoek zegt 37% van de huisartsen dat ze het niet nodig vinden om deze te kunnen ontvangen (zie ook tabel 9-9). Dit is

*Figuur 9-7  
Percentage huisartsen bij wie met het informatiesysteem de volgende voorbeelden van het elektronisch ontvangen van informatie over patiënten mogelijk zijn (n=171).*



bevestigd in de focusgroep waar huisartsen aangaven dat het wel interessant is om de beeldbestanden te ontvangen, maar niet noodzakelijk. Men vond het meer iets voor de liefhebber.

Daarnaast gaven de huisartsen in de focusgroep aan dat de informatie-uitwisseling rond medicatie, met name van en naar het ziekenhuis, nog vaak problematisch is. Ontslagbrieven worden in de meeste gevallen wel al digitaal ontvangen, vaak zelfs binnen één dag. Bij de ontslagmedicatie duurt dit veel langer en gebeurt het

vaak nog via de fax. Bovendien wordt alleen informatie gestuurd over de aflevering van de medicatie, niet over wijzigingen of het stoppen van medicatie. De deelnemende huisartsen gaven aan dat deze gebrekkige informatiedeling rond medicatie een mogelijke bron van fouten is.

### **Elektronisch versturen van gegevens door medisch specialisten**

Ongeveer twee derde van de medisch specialisten zegt een ontslagbrief naar de huisarts te kunnen sturen

(64%). Een kleiner deel van de medisch specialisten zegt bij ontslag een actueel medicatieoverzicht aan de huisarts (29%) of een openbare apotheek (21%) te kunnen sturen, evenals een recept naar een openbare apotheek (11%). De overige mogelijkheden kunnen door ongeveer de helft van de medisch specialisten worden verstuurd (46-53%, zie ook figuur 9-8 en tabel 9-10).

### Elektronisch ontvangen van gegevens door medisch specialisten

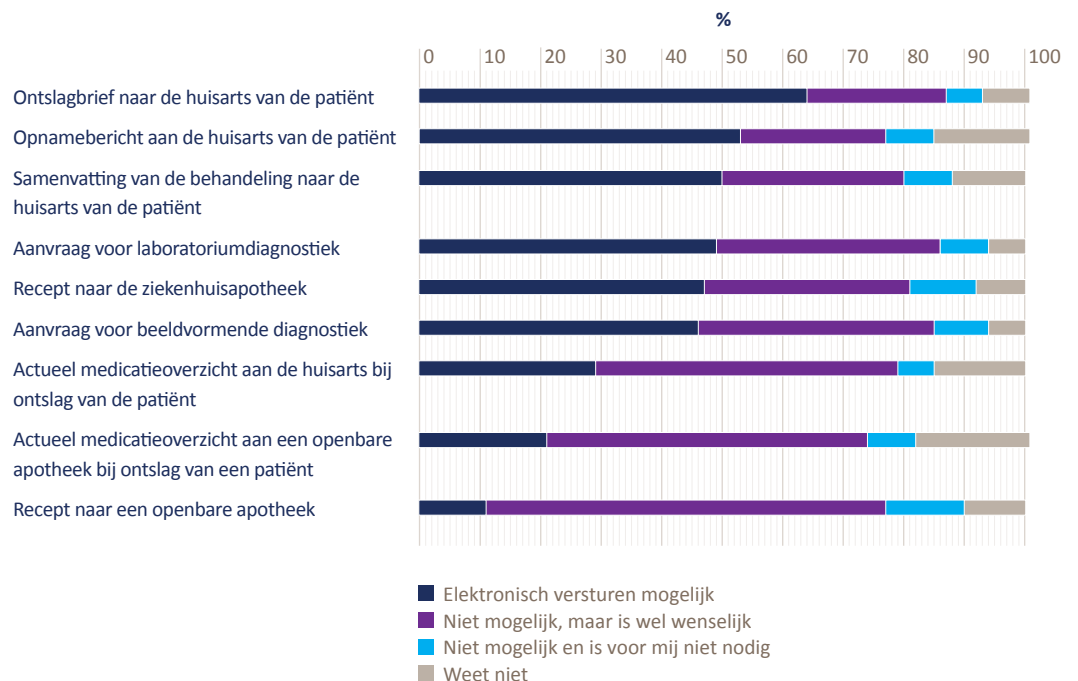
Het merendeel van de medisch specialisten kan uitslagen van laboratoriumonderzoek en rapporten en beeldbestanden van beeldvormende diagnostiek ontvangen (77-84%). Een actueel medicatieoverzicht van de zieken-

huisapotheek en een verwijfsbrief van de huisarts kan door ongeveer de helft van de medisch specialisten worden ontvangen (50-55%). Aanmerkelijk minder medisch specialisten geven aan dat zij bij opname van de patiënt een actueel medicatieoverzicht van de openbare apotheek kunnen ontvangen (16%). Van de medisch specialisten die geen medicatieoverzicht van de openbare apotheek kunnen ontvangen, geeft het merendeel aan dit wel wenselijk te vinden (zie ook figuur 9-9 en tabel 9-11).

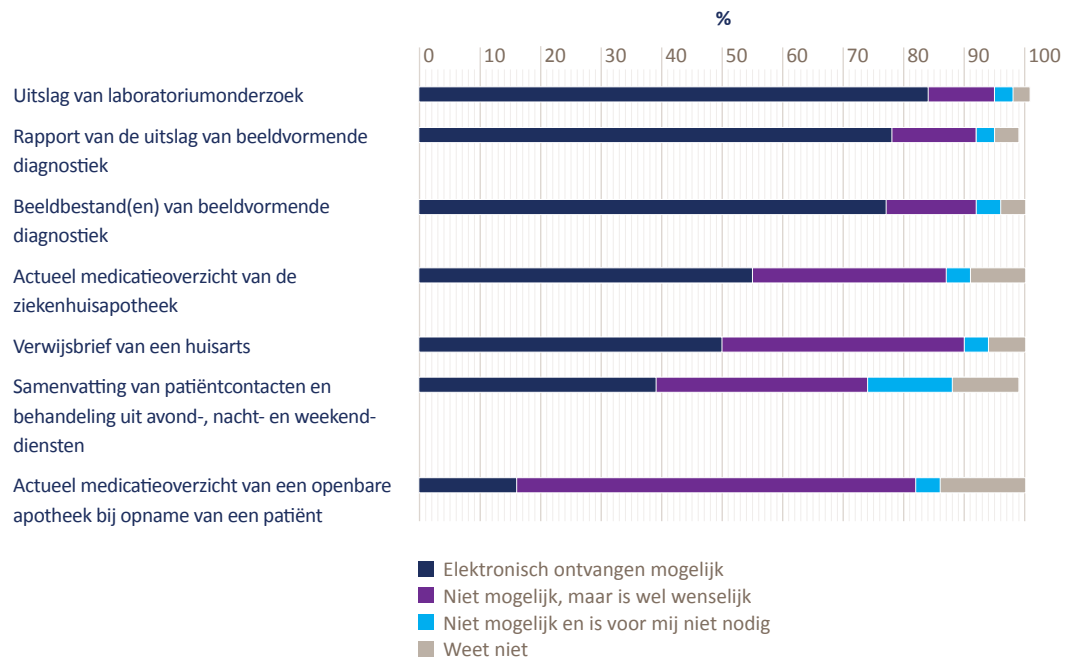
### Elektronisch versturen van gegevens door psychiaters

Zoals in figuur 9-10 te zien is kan ongeveer de helft van de psychiaters een ontslagbrief (52%, n=47) of een

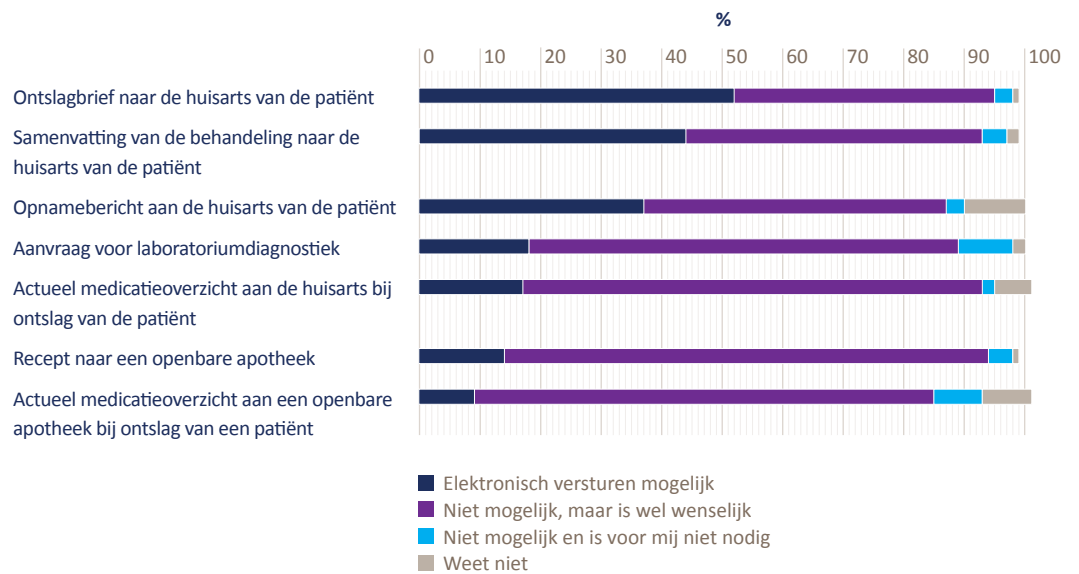
*Figuur 9-8*  
*Percentage medisch specialisten bij wie met het informatie-systeem de volgende voorbeelden van het elektronisch versturen van informatie over patiënten mogelijk zijn (n=161).*



*Figuur 9-9*  
*Percentage medisch specialisten bij wie met het informatiesysteem de volgende voorbeelden van het elektronisch ontvangen van informatie over patiënten mogelijk zijn (n=161).*



*Figuur 9-10*  
*Percentage psychiaters bij wie met het informatiesysteem de volgende voorbeelden van het elektronisch versturen van informatie over patiënten mogelijk zijn (n=90).*



samenvatting van de behandeling (44%, n=40) naar de huisarts sturen. Bij ontslag van de patiënt een actueel medicatieoverzicht aan de huisarts of aan de apotheek versturen is bij respectievelijk 17% (n=15) en 9% (n=8) van de psychiaters mogelijk (zie ook tabel 9-12).

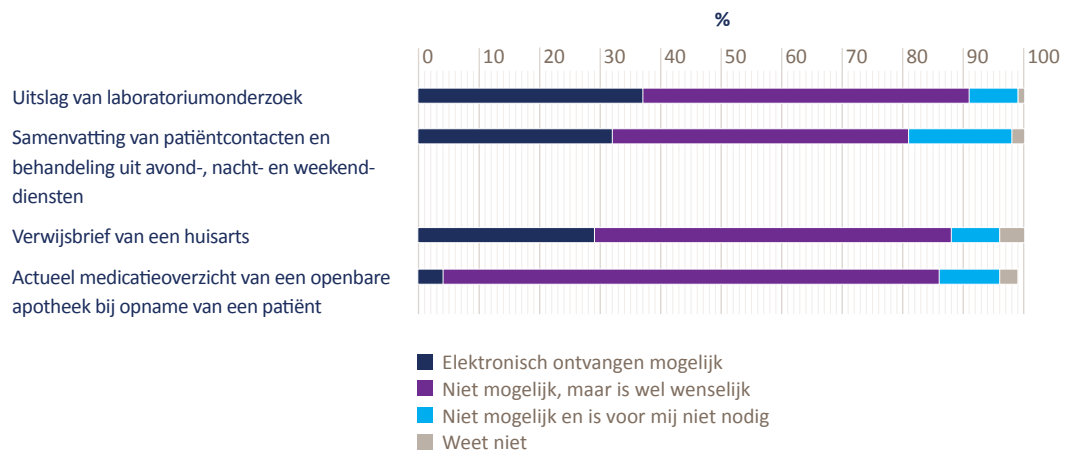
**Elektronisch ontvangen van gegevens door psychiaters**

Ongeveer een derde van de psychiaters kan een uitslag van laboratoriumonderzoek, een samenvatting van patiëntcontacten uit avond-, nacht- en weekenddiensten of een verwijfsbrief van een huisarts ontvangen (29-37%, n=26-33). Weinig psychiaters kunnen een actueel medicatieoverzicht van een openbare apotheek ontvangen bij de opname van een patiënt (4%, n=4) (zie ook tabel 9-13).

**9.3.3 Systemen, netwerken of diensten voor elektronische informatie-uitwisseling**

Aan huisartsen hebben we gevraagd welke systemen, netwerken of diensten ze gebruiken om elektronisch informatie te delen met andere zorgverleners of zorginstellingen (zie figuur 9-12). Een groot deel van de huisartsen maken gebruik van de diensten van Zorgdomein voor het elektronisch verwijzen van patiënten, het aanvragen van diagnostisch onderzoek of het vragen van advies aan een andere zorgverlener (87%). Iets meer dan drie kwart van de huisartsen gebruikt ‘gewone’ e-mail voor het uitwisselen van informatie over patiënten (78%). OZIS en het landelijk schakelpunt (LSP), twee infrastructuren die beide worden gebruikt voor het uitwisselen van onder andere huisartswaar-

*Figuur 9-11  
Percentage psychiaters bij wie met het informatiesysteem de volgende voorbeelden van het elektronisch ontvangen van informatie over patiënten mogelijk zijn (n=90).*



neemgegevens en medicatiegegevens, worden door ongeveer de helft van de huisartsen gebruikt (respectievelijk 56% en 47%) (zie ook tabel 9-14). POINT is een platform dat voornamelijk wordt gebruikt voor de uitwisseling van gegevens bij overdrachten tussen ziekenhuizen en verpleeg- en verzorgingsinstellingen. Dit is waarschijnlijk ook de reden dat huisartsen aangeven dat zij het niet gebruiken.

### 9.3.4 Belemmeringen en positieve effecten

Drie op de vijf artsen ervaart belemmeringen bij elektronische informatie-uitwisseling met andere zorgverleners (61-81%, zie tabel 9-16). De voornaamste belemmering is dat systemen slecht of in het geheel

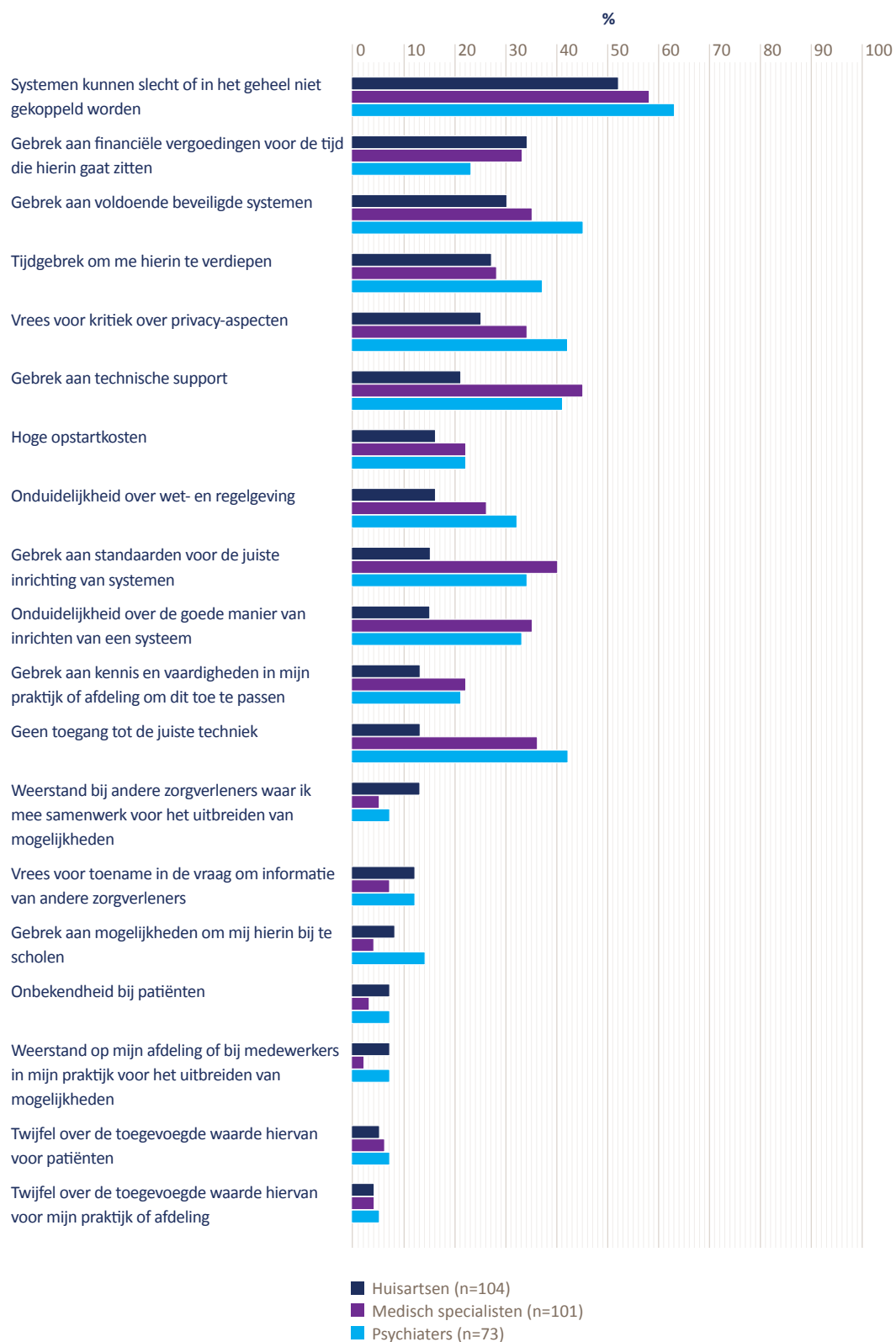
niet gekoppeld kunnen worden (52-63% van de artsen die aangeven belemmeringen te ervaren; zie figuur 9-13). Huisartsen noemen daarnaast als belemmering een gebrek aan financiële vergoeding voor de tijd die erin gaat zitten (34%) en een gebrek aan voldoende beveiligde systemen (30%). Medisch specialisten ervaren een gebrek aan technische support (45%) en een gebrek aan standaarden voor de inrichting van de systemen (40%). Bij psychiaters speelt naast een gebrek aan voldoende beveiligde systemen (45%, n=33) ook dat ze geen toegang hebben tot de juiste techniek (43%, n=31) en een vrees voor kritiek over privacy-aspecten (43%, n=31) (zie ook tabel 9-17).

*Figuur 9-12  
Percentage huisartsen dat gebruik maakt van de volgende systemen, netwerken of diensten om elektronisch informatie over patiënten te delen met zorgverleners of zorginstellingen buiten de praktijk (n=171).*

eVerwijzen, eDiagnostiek of eConsultatie van Zorgdomein  
'Gewone' e-mail  
OZIS van Stichting OZIS  
Ksyos telemedisch centrum  
Landelijk schakelpunt van de VZVZ  
Zorgmail van e-Novation  
Een berichtendienst van een regionale organisatie  
Publieke internetdiensten, zoals Whatsapp, Dropbox of WeTransfer  
POINT van Techxx

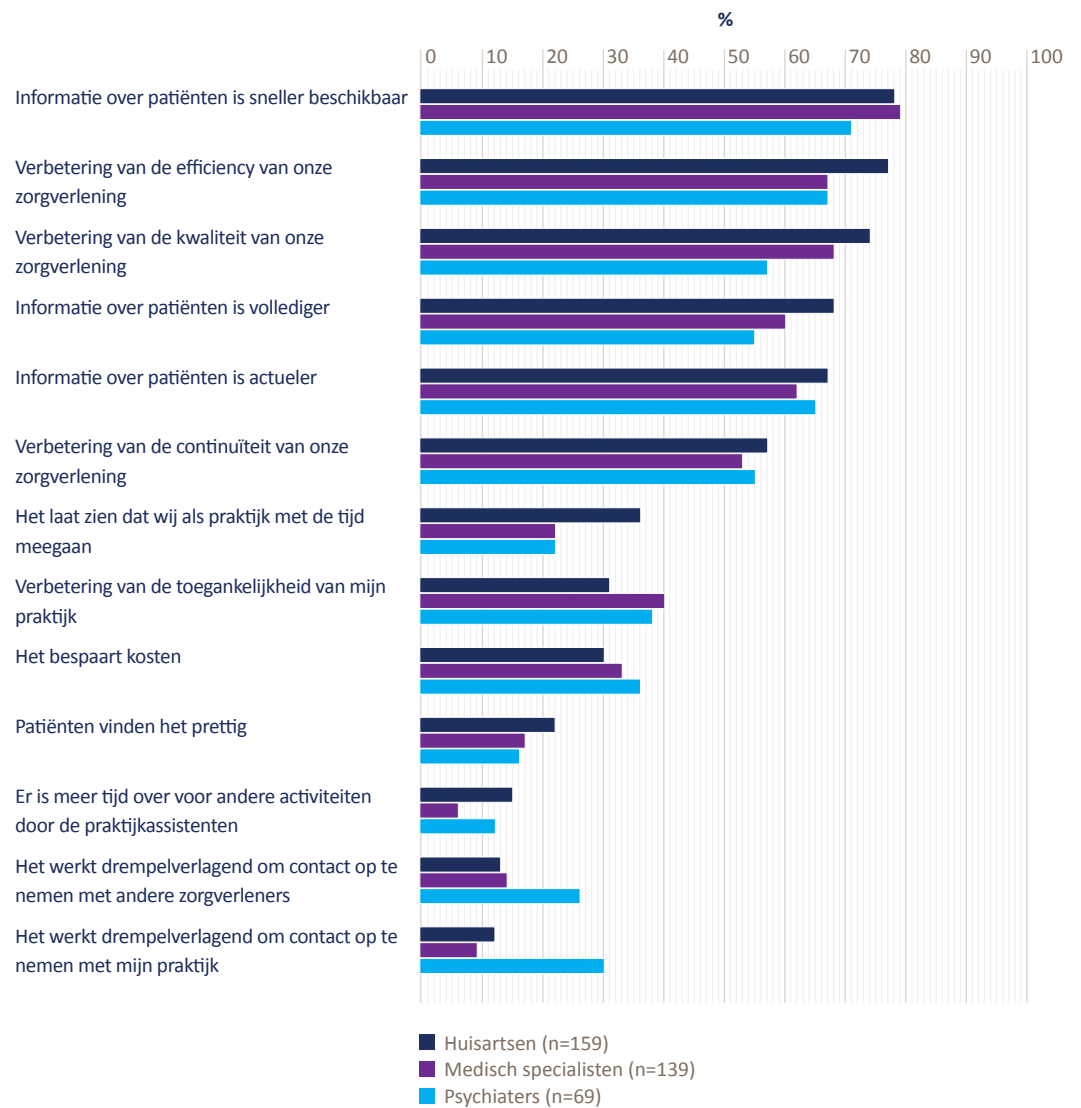


*Figuur 9-13*  
*Percentage artsen dat de*  
*volgende belemmeringen*  
*ervaart bij de elektronische*  
*informatie-uitwisseling over*  
*patiënten, van de artsen die*  
*belemmeringen ervaren*  
*(n=73-104).*

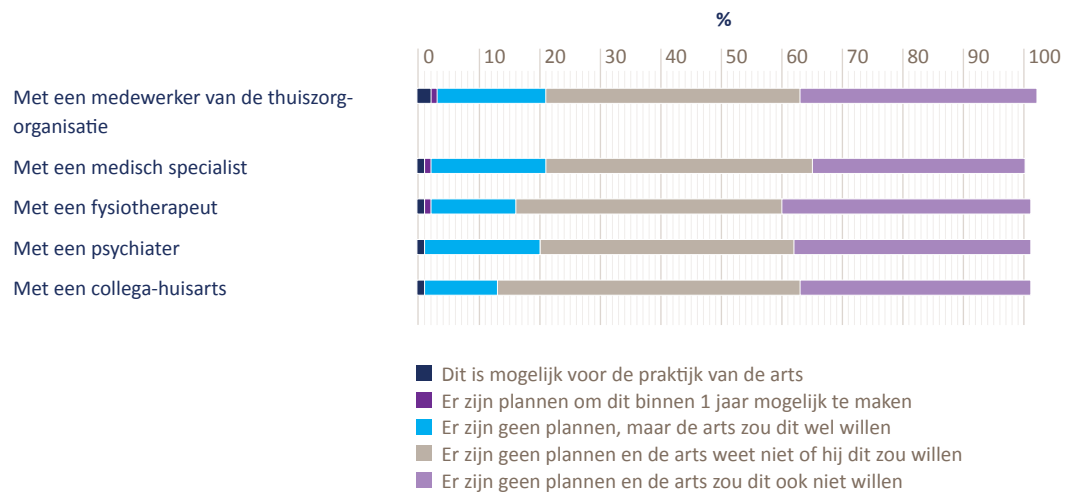




*Figuur 9-14  
Percentage artsen dat het  
genoemde positieve effect  
van elektronische informatie-  
uitwisseling over patiënten  
ervaart, van de artsen die  
positieve effecten ervaren  
(n=69-159).*



*Figuur 9-15*  
*Percentage huisartsen bij wie het mogelijk is om in hun praktijk een digitaal consultgesprek te voeren met andere zorgverleners, waarbij men elkaar kan zien (n=171).*



Wat voor artsen bij elektronische informatie-uitwisseling geen rol speelt als belemmering is twijfel over de toegevoegde waarde voor de praktijk of afdeling (4-6%) en voor de patiënt (5-7%). Over het algemeen wordt ook geen weerstand ervaren bij medewerkers in de praktijk of op de afdeling voor het uitbreiden van de mogelijkheden hiervoor (2-7%).

Het merendeel van de artsen geeft aan dat ze positieve effecten ervaren van elektronische informatie-uitwisseling (77-93%, zie tabel 9-18). Het belangrijkste effect dat zij ervaren is dat de informatie over patiënten sneller beschikbaar is (71-79% van de artsen die aangeven positieve effecten te ervaren; zie figuur 9-14). Daarnaast geven ze aan dat het de efficiency (67-77%) en de kwaliteit van de zorgverlening (57-74%) verbetert. Ook is de informatie over patiënten vollediger (55-68%) en actueler (62-67%) (zie ook tabel 9-19).

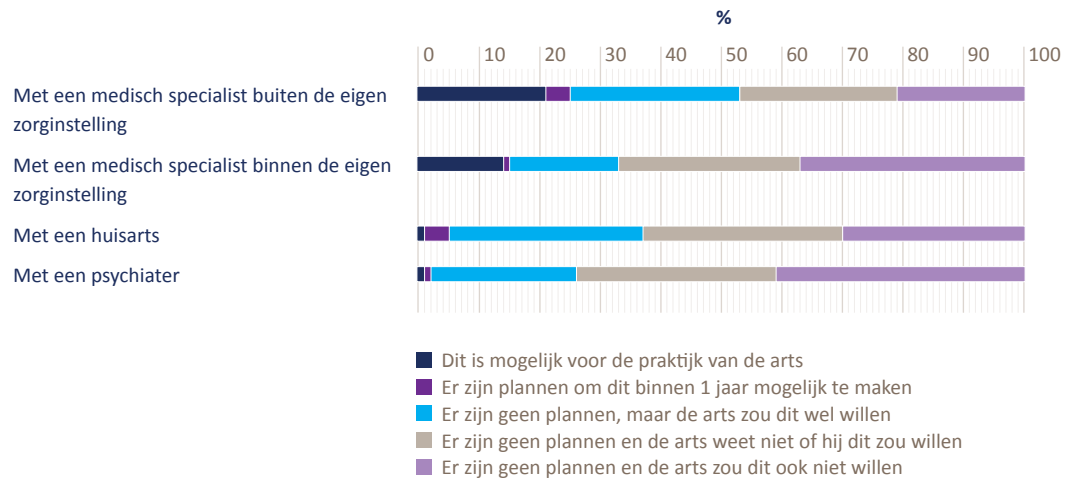
### 9.3.5 Digitale consultgesprekken

Een andere vorm van communicatie tussen zorgverleners is het digitaal consultgesprek. Hierbij voeren zorgverleners een gesprek met elkaar via een videoverbinding. De artsen is gevraagd of ze deze mogelijkheid hebben of dat ze hiervoor plannen hebben.

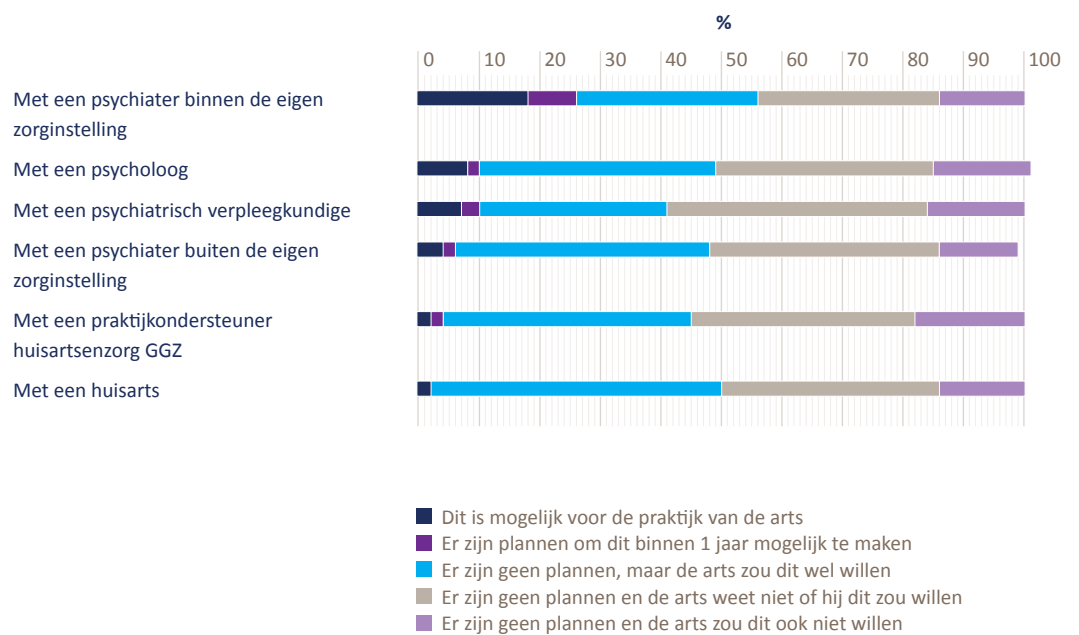
Weinig huisartsen geven aan dat zij mogelijkheden hebben voor digitale consultgesprekken met andere zorgverleners (1-2%, zie figuur 9-15). Er zijn haast geen plannen om dit mogelijk te maken (0-1%). Twee vijfde van de huisartsen geeft aan dat ze hier ook geen behoefte aan hebben (35-41%). Nog eens twee vijfde weet niet of men dit zou willen (42-50%) (zie ook tabel 9-20).

Bij medisch specialisten komt een digitaal consultgesprek vaker voor (zie figuur 9-16 en tabel 9-21). Dit wordt het meest gebruikt voor contact met collega-specialisten binnen en buiten de instelling. Zo heeft 21% de moge-

**Figuur 9-16**  
 Percentage medisch specialisten bij wie het mogelijk is om op hun afdeling een digitaal consult-gesprek te voeren met de volgende zorgverleners, waarbij men elkaar kan zien (n=161).



**Figuur 9-17**  
 Percentage psychiaters bij wie het mogelijk is om op hun afdeling een digitaal consultgesprek te voeren met de volgende zorgverleners, waarbij men elkaar kan zien (n=90).



lijkheid voor een digitaal consultgesprek met een medisch specialist in een andere zorginstelling en 14% met een medisch specialist in de eigen zorginstelling. Digitale consultgesprekken met huisartsen of psychiaters komen nog nauwelijks voor (beide 1%). Hoewel er meer medisch specialisten zijn die gebruik maken van digitale consultgesprekken dan huisartsen, heeft ook hier het merendeel geen behoefte aan deze mogelijkheid of weet niet of men dit wil (47-74%).

Van de 90 psychiaters kunnen er zestien (18%) een digitaal consultgesprek voeren met een psychiater binnen de eigen instelling, zeven met een psycholoog en zes met een psychiatrisch verpleegkundige (zie figuur 9-17 en tabel 9-22). De overige mogelijkheden komen minder vaak voor (2-4%, n=2-4). Hoewel er nog weinig concrete plannen zijn (0-8%, n=0-7), zou een deel van de psychiaters de mogelijkheid wel willen (30-48%, n=27-43).

### 9.3.6 Teleconsultatie

Aan huisartsen is gevraagd naar het gebruik van teleconsultatie. Bij deze vorm van digitale communicatie tussen zorgverleners vraagt de huisarts digitaal advies aan een medisch specialist. De huisarts doet hiervoor zelf onderzoek en stuurt de resultaten hiervan naar de medisch specialist ter beoordeling of advies. De patiënt hoeft hierdoor minder vaak naar het ziekenhuis te worden verwezen.

Drie kwart van de huisartsen maakt gebruik van teledermatologie (76%), waarbij de huisarts een foto maakt van de huid van de patiënt en via teleconsultatie advies krijgt van een dermatoloog. Een op de drie (35%) krijgt via teleconsultatie advies van een cardioloog over een ECG en 17% krijgt op vergelijkbare manier advies van een longarts voor de beoordeling van een spirogram (zie figuur 9-18 en tabel 9-23).

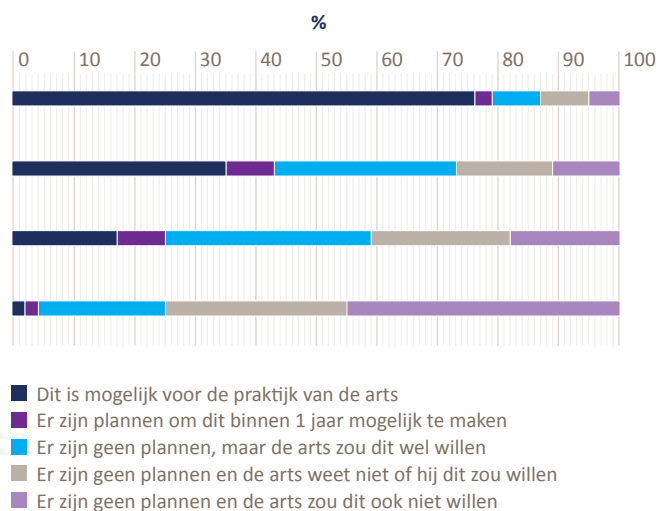
*Figuur 9-18*  
*Percentage huisartsen bij wie*  
*in hun praktijk teleconsultatie*  
*wordt toegepast (n=171).*

Teleconsultatie bij dermatologie  
 (beoordeling beeldopname huid)

Teleconsultatie bij cardiologie  
 (beoordeling elektrocardiogram)

Teleconsultatie bij pulmonologie  
 (beoordeling spirogram)

Teleconsultatie bij radiologie  
 (beoordeling echografie)



De huisartsen in de focusgroep zijn positief over teledermatologie. Men ziet het als een belangrijke aanvulling op de mogelijkheden, met als grootste voordeel dat de patiënt minder snel naar het ziekenhuis hoeft. Bovendien geven ze aan dat het goedkoper is dan een verwijzing naar het ziekenhuis en heeft het ook een lerend effect voor de huisarts. Teleconsultatie bij cardiologie en pulmonologie vindt men minder nodig. Een huisarts kan zelf een electrocardiogram of een spirogram beoordelen, in tegenstelling tot een plekje op de huid.

#### 9.4 Elektronische informatie-uitwisseling door verpleegkundigen

Aan verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners is ook gevraagd naar het gebruik van elektronische gegevensuitwisseling in hun zorginstelling. Denk hierbij aan de overdracht van een patiënt van de ene zorginstelling naar de andere, bijvoorbeeld de overdracht aan een thuiszorgorganisatie voor de nazorg uit een ziekenhuis.

##### 9.4.1 Gebruik van elektronische informatie-uitwisseling

Een kwart van de verpleegkundigen heeft het afgelopen jaar zelf gebruik gemaakt van elektronische gegevensuitwisseling (25%) en 16% meldt dat dit niet door henzelf, maar wel door anderen werd gebruikt binnen de instelling. In de cure wordt hier vaker gebruik van gemaakt dan de care (56% versus 31%). Daarnaast geeft 6% aan dat de instelling plannen heeft om dit binnen een jaar toe te gaan passen (zie tabel 9-24).

Vier op de tien verpleegkundigen (43%) vindt het noodzakelijk dat er door de instelling elektronisch informatie

wordt uitgewisseld, terwijl een derde dit niet noodzakelijk, maar wel wenselijk vindt (33%; zie ook tabel 9-25). In de cure vindt 59% het noodzakelijk dat er door de instelling elektronisch informatie wordt uitgewisseld, tegenover 34% in de care.

De verpleegkundigen en verzorgenden in de focusgroep bevestigen dat veel instellingen nog geen koppelingen hebben met informatiesystemen van andere instellingen. Ze geven aan dat ze hier veel last van hebben. Zo missen ze bijvoorbeeld inzage in actuele medicatie-informatie bij de apotheek.

##### 9.4.2 Effecten van elektronische gegevensuitwisseling

Van de verpleegkundigen waarbij in de instelling (door henzelf of door anderen) gebruik wordt gemaakt van elektronische gegevensuitwisseling, geeft slechts 6% aan dat de ontvangen informatie bij overdracht van een patiënt vanuit een andere zorginstelling *nooit* volledig is. Onder de verpleegkundigen die geen gebruik maken van elektronische gegevensuitwisseling is dit percentage hoger, namelijk 13%. Er lijkt daarmee een positief verband te zijn tussen elektronische gegevensuitwisseling en de volledigheid van informatie.

Er is gevraagd naar de effecten die verwacht worden wanneer er in de instelling gewerkt wordt of zou worden gewerkt met elektronische gegevensuitwisseling (zie tabel 9-26). Bijna drie kwart (74%) verwacht dat het gebruik van elektronische gegevensuitwisseling leidt tot betere kwaliteit van zorg. Verpleegkundigen die zelf gebruik maken van elektronische gegevensuitwisseling, of waarbij dit in de instelling gebeurt, denken vaker dat dit leidt tot betere kwaliteit van zorg dan de groep die hier nog geen gebruik van maakt.

Tabel 9-26  
Meningen van verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners over de effecten die ze verwachten van elektronische gegevensuitwisseling (n=628-632).

		Als er in mijn instelling gewerkt wordt (of zou worden) met elektronische gegevensuitwisseling dan wordt:					geen effect	
		-2	-1	0	1	2		
de kwaliteit van de zorg...	<i>slechter</i>	0% ○	1% ●	24% ●	53% ●	21% ●	<i>beter</i>	
de kwaliteit van leven van cliënten/patiënten...	<i>slechter</i>	0% ○	1% ●	44% ●	41% ●	13% ●	<i>beter</i>	
de zelfredzaamheid van cliënten/patiënten...	<i>slechter</i>	0% ○	1% ●	63% ●	28% ●	8% ●	<i>beter</i>	
ondersteuning van cliënten/patiënten bij zelfmanagement...	<i>slechter</i>	0% ○	1% ●	52% ●	36% ●	11% ●	<i>beter</i>	
de zorg voor cliënten/patiënten...	<i>onveilig</i>	0% ○	2% ●	32% ●	48% ●	17% ●	<i>veilig</i>	
de zorg...	<i>goedkoper</i>	3% ●	19% ●	53% ●	21% ●	3% ●	<i>duurder</i>	
het aantal cliënten/patiënten dat geholpen wordt...	<i>kleiner</i>	0% ●	2% ●	76% ●	17% ●	4% ●	<i>groter</i>	
het werk fysiek...	<i>lichter</i>	2% ●	11% ●	77% ●	8% ●	2% ●	<i>zwaarder</i>	
de werkdruk...	<i>lager</i>	2% ●	22% ●	54% ●	17% ●	5% ●	<i>hoger</i>	
de aantrekkelijkheid van het werk...	<i>kleiner</i>	2% ●	9% ●	57% ●	27% ●	6% ●	<i>groter</i>	
de administratieve last	<i>minder</i>	6% ●	27% ●	30% ●	24% ●	12% ●	<i>meer</i>	

Verder verwacht 65% dat de zorg voor patiënten veiliger wordt. De groep die al gebruik maakt van elektronische gegevensuitwisseling denkt dit vaker dan de groep die hier nog geen gebruik van maakt. Ook tijdens de focusgroep gaven de verpleegkundigen en verzorgenden aan dat informatie vaak niet beschikbaar is en dat dit regelmatig tot onveilige situaties leidt. Een voorbeeld hiervan is als op de spoedeisende hulp niet bekend is dat een patiënt onlangs is geopereerd of welke medicatie de patiënt gebruikt.

Iets meer dan de helft van de verpleegkundigen denkt dat elektronische gegevensuitwisseling geen effect heeft op het goedkoper of duurder worden van de zorg (53%), op de werkdruk (54%), en de aantrekkelijkheid van werk (57%). Daarnaast denkt 77% van de verpleegkundigen dat het geen effect heeft op hoe fysiek het werk is en denkt 76% dat het geen effect heeft op het aantal patiënten dat geholpen wordt.

## 9.5 Vergelijking tussen 2013 en 2014

De vraagstelling over elektronische gegevensuitwisseling is dit jaar gewijzigd ten opzichte van vorig jaar, om meer informatie te verkrijgen over informatie-uitwisseling. Daardoor kunnen we de resultaten echter niet vergelijken met de resultaten van de eHealth-monitor 2013.

## 9.6 Conclusie en discussie

Als zorgverleners niet beschikken over complete en actuele informatie over de gezondheidssituatie van de patiënt, dan kan dit risico's opleveren voor de patiëntveiligheid en de continuïteit van zorg. Ongeveer drie op de tien artsen en vier op de tien verpleegkundigen geeft aan dat zij op dit moment nooit, of slechts soms, tijdig informatie ontvangen bij overdracht van een patiënt. Slechts 5% tot 14% van de artsen en verpleegkundigen zegt dat zij altijd de informatie tijdig ontvangen. Bovendien geeft een tiende van de huisartsen tot de helft van de psychiaters aan, dat de informatie die zij bij de overdracht ontvangen nooit, of slechts soms, is voorzien van alle relevante informatie. Maximaal een op de tien artsen en verpleegkundigen zegt dat de informatie altijd voorzien is van alle relevante informatie. Ook uit een onderzoek naar de verpleegkundige overdracht blijkt dat de informatie die wordt ontvangen vaak onvolledig is (Van Duijvendijk, 2014).

Elektronische gegevensuitwisseling kan bijdragen aan het verbeteren van deze situatie. Huisartsen lopen voorop in het gebruik van elektronische uitwisseling van informatie met andere zorgverleners. Vrijwel alle huisartsen kunnen informatie uitwisselen met apotheken, ziekenhuizen, laboratoria en huisartsenposten. Toch is er ruimte is voor verbetering. Zo hebben medisch specialisten minder mogelijkheden voor elektronische uitwisseling

van informatie. Van hen geeft ongeveer de helft aan dat zij informatie kunnen uitwisselen met laboratoria en huisartsenpraktijken. Bij psychiaters ligt dit percentage nog lager. Daarnaast is ook bij verpleegkundigen het elektronisch uitwisselen van informatie nog geen gemeengoed. Minder dan de helft van de verpleegkundigen geeft aan dat elektronische gegevensuitwisseling wordt gebruikt in de instelling. Dit beeld wordt bevestigd door een onderzoek naar de verpleegkundige overdracht. Hieruit blijkt dat deze nog in veel gevallen op papier wordt verzonden en ontvangen (Van Duijvendijk, 2014). Ook de mogelijkheden voor uitwisseling tussen de cure en de care zijn nog beperkt. Ongeveer een op de tien huisartsen en een op de twintig medisch specialisten kan informatie elektronisch uitwisselen met verpleeghuizen en de thuiszorg.

Wat verder opvalt, is dat de uitwisseling van medicatieoverzichten relatief laag scoort bij de verschillende artsen, ten opzichte van de andere gevraagde gegevens. Zo kan minder dan de helft van de huisartsen een actueel medicatieoverzicht naar het ziekenhuis versturen en slechts een derde kan een overzicht van ontslagmedicatie uit het ziekenhuis ontvangen. Ook medisch specialisten hebben weinig mogelijkheden voor het versturen en ontvangen van medicatie-informatie. In de focusgroep gaven de deelnemende huisartsen ook aan dat deze uitwisseling vaak nog problematisch is. Dit kan risico's opleveren voor de medicatieveiligheid.

Naast dat er ruimte is voor verbetering, blijkt er draagvlak te zijn voor het uitbreiden van de mogelijkheden voor elektronische gegevensuitwisseling. Het merendeel van de artsen die aangeven dat zij bepaalde informatie niet kunnen versturen of ontvangen, geeft aan dat zij dit wel

wenselijk vinden. Zo vinden bijna alle huisartsen die geen informatie kunnen uitwisselen met GGZ-instellingen, verpleeghuizen en de thuiszorg, dit wel wenselijk. Een meerderheid van de verpleegkundigen vindt het noodzakelijk of op zijn minst wenselijk dat er informatie uitgewisseld wordt met andere zorgverleners bij de overdracht van een patiënt. Artsen geven aan dat door elektronische informatie-uitwisseling de informatie over patiënten sneller beschikbaar is en bovendien actueler en vollediger is. Een groot deel van de verpleegkundigen verwacht dat het leidt tot betere kwaliteit van zorg en tot veiligere zorg. Het slecht of in het geheel niet kunnen koppelen van de systemen wordt door artsen ervaren als grootste belemmering bij het realiseren van elektronische gegevensuitwisseling.

Naast het kunnen koppelen van verschillende systemen, zijn een goede uniforme registratie van de informatie in de informatiesystemen van de betrokken partijen en de aanwezigheid van de juiste organisatorische afspraken tussen de betrokken partijen een belangrijke voorwaarden voor goede informatie-uitwisseling (Klein Wolterink & Krijgsman, 2012).

Dit alles lijkt een bevestiging te zijn voor de noodzaak van het informatie-uitwisselingsprogramma dat de minister van VWS in juli 2014 heeft aangekondigd. Dit programma richt zich op verbeterde informatievoorziening, meer transparantie en versterking van de positie van de patiënt (Minister en staatssecretaris van VWS, juli 2014).

Ook in andere Europese landen is elektronische uitwisseling van medische informatie niet vanzelfsprekend. Uit een recente studie onder huisartsen in 31 Europese

landen blijkt dat Nederland voor het uitwisselen van medisch gegevens bovengemiddeld scoort (Codagnone & Lupiañez-Villanueva, 2013). Bij een onderzoek onder *chief information officers* (CIO) van ziekenhuizen in dertig Europese landen scoren we eveneens bovengemiddeld. Dit geldt voor alle drie de onderzochte aspecten van elektronische gegevensuitwisseling: de uitwisseling van klinische informatie, van laboratoriumresultaten en van medicatieoverzichten (PwC, 2014).

## 9.7 Referenties

Bierma, L., & Heldoorn, M. (2013). *Het persoonlijk gezondheidsdossier - De visie van patiëntenfederatie NPCF*. Utrecht: NPCF.

Codagnone, C., & Lupiañez-Villanueva, F. (2013). *Benchmarking Deployment of eHealth among General Practitioners (2013)*. European Commission - DG Communications Networks. Content & Technology.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2011). *Staat van de Gezondheidszorg 2011*. Utrecht.

Ketelaar, P. (2011). *eHealth in Beeld*. KNMG, NVEH en eHealthNu.

Klein Wolterink, G., & Krijgsman, J. (2012). *Een checklist voor informatie-uitwisseling in de zorg*. Den Haag: Nictiz.

Krijgsman, J., de Bie, J., Burghouts, A., de Jong, J., Cath, G., van Gennip, L., et al. (2013). *eHealth, verder dan je denkt - eHealth-monitor 2013*. Den Haag: Nictiz & het NIVEL.

Minister van VWS. (juni 2012). *Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten Generaal betreffende*



*E-health*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Minister van VWS. (april 2014). *Kamerbrief betreffende Resultaten Bestuurlijk overleg farmacie*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

NHG, LHV. (2010). *NHG/LHV-Standpunt Het elektronisch huisartsendossier (H-EPD)*. NHG, LHV.

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

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

PwC. (2014). *European Hospital Survey: Benchmarking Deployment of eHealth Services (2012-2013)*. European Commission - Joint Research Centre - Institute for Prospective Technological Studies.

Van der Heijden, J., de Keizer, N., Bos, J., Spuls, P., & Witkamp, L. (2011). *Teledermatology applied following patient selection by general practitioners in daily practice improves efficiency and quality of care at lower cost*. *British Journal of Dermatology*, 1058-65.

Van Duijvendijk, I. (2014). *Verpleegkundige overdracht, een geoliede machine?* Den Haag: Nictiz.

VvAA. (2013). *Wat geldt in de zorg? VvAA trendonderzoek onder zorgaanbieders - Mobile Health*. VvAA.



Bijlagen

## **Bijlage A: Onderzoeksmethode**

Om de onderzoeksvragen van deze eHealth-monitor te beantwoorden, is gebruik gemaakt van twee elkaar aanvullende methoden. Er is een vragenlijstonderzoek uitgevoerd onder zorggebruikers en zorgverleners (verpleegkundigen, verzorgenden, praktijkondersteuners, huisartsen, medisch specialisten en psychiaters<sup>26</sup>) om inzicht te krijgen in de beschikbaarheid van eHealth, het gebruik hiervan en de ervaren effecten in de praktijk. Daarnaast zijn ter verdieping van deze resultaten focusgroepen gehouden met zorggebruikers en zorgverleners (verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners en artsen) om meer inzicht te krijgen in de opvattingen, attitudes en ervaringen van deze groepen met het gebruik van eHealth. Van deze focusgroepen is een verslag gemaakt. Deze bijlage beschrijft de onderzoeks aanpak van beide methoden.

### **Dataverzameling voor het vragenlijstonderzoek**

Er zijn vragenlijsten afgenomen onder zorggebruikers en zorgverleners. Van de zorgverleners, zijn in de eerste eHealth-monitor (2013) alleen artsen (huisartsen, medisch specialisten en psychiaters) benaderd voor het invullen van een vragenlijst. In deze tweede eHealth-monitor (2014) hebben we, behalve artsen, ook verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners bevroegd. De eHealth-monitor geeft daarmee meer inzicht in de caresector (thuiszorg, verzorgingshuizen, verpleeghuizen) dan voorheen.

Voor zorggebruikers en verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners is voor het vragenlijstonderzoek gebruik gemaakt van twee panels van het NIVEL: het Consumentenpanel Gezondheidszorg en het Panel

Verpleging & Verzorging (Panel V&V). Voordeel van het gebruik van dergelijke panels, ten opzichte van andere manieren van dataverzameling onder deze groepen, is dat hiermee op een efficiënte en betrouwbare manier data kan worden verzameld. Panelleden hebben immers aangegeven bereid te zijn tot deelname aan een onderzoek. De respons ligt daarom bij een onderzoek waarbij gebruik wordt gemaakt van een panel doorgaans hoog.

Voor de artsen is, in tegenstelling tot in 2013, dit jaar geen gebruik gemaakt van het KNMG-ledenpanel. Dit bleek door de overgang naar een ander informatiesysteem bij de KNMG niet mogelijk. Om deze reden is een steekproef getrokken uit de leden van de KNMG, op basis van kenmerken van de landelijke artsenpopulatie (leeftijd, geslacht en specialisme). Omdat deze zorgverleners niet van te voren hebben aangegeven bereid te zijn tot deelname aan een onderzoek, is een lagere respons te verwachten dan bij een panelonderzoek. Daarom is er een groter aantal zorgverleners benaderd dan in 2013.

### **Zorggebruikers**

Voor de groep zorggebruikers is het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL (Brabers, Reitsma-van Rooijen, & de Jong, 2012) gebruikt. Het Consumentenpanel Gezondheidszorg verzamelt onder de algemene bevolking in Nederland informatie over meningen en ervaringen over de gezondheidszorg (kader A-1). Voor dit onderzoek is eind april 2014 een steekproef van 1.500 panelleden benaderd met een schriftelijke of online vragenlijst. Respondenten die in eerste instantie nog niet gereageerd hadden, ontvingen respectievelijk één schriftelijke of twee online reminders.

<sup>26</sup> Psychiaters zijn als aparte groep behandeld omdat de relevante eHealth-toepassingen verschillen ten opzichte van overige medisch specialisten.

Van de 1.500 panelleden die zijn benaderd, reageerden 754 panelleden (respons 50%). De steekproef is naar leeftijd en geslacht representatief voor de algemene bevolking van 18 jaar en ouder in Nederland op basis van gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Volgens cijfers van het CBS is 49% van de mensen van 18 jaar en ouder man; 34% is 18-39 jaar oud, 45% is 40-64 jaar en 21% is 65 jaar of ouder. De groep respondenten wek hier iets vanaf. Van de respondenten was 51% man en de gemiddelde leeftijd

was 52 jaar. Om de verdeling van de responderende groep representatief te houden voor de algemene bevolking in Nederland werd 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 0,6 tot 1,5 en werd alleen toegepast op vragen die door de hele groep zorggebruikers moest worden beantwoord. Vragen die aan subgroepen zijn gesteld, zijn niet gewogen.

*Tabel A-1*  
*Respons onder zorggebruikers.*

<b>Zorggebruikers</b>	
<b>Online respons</b>	
Aantal verstuurd online uitnodigingen (n)	954
Bezorging niet mogelijk (n)	-
Netto aantal deelname mogelijk (n)	960*
Respondenten (n)	438
Respons (%)	46%
<b>Schriftelijke respons</b>	
Aantal verstuurd schriftelijke uitnodigingen (n)	546
Bezorging niet mogelijk (n)	-
Netto aantal deelname mogelijk (n)	540**
Respondenten (n)	316
Respons (%)	59%
<b>Totaal</b>	
Totale respons (n)	754
Totale respons (%)	50%

\*Eén respondent is gewisseld van online naar schriftelijk

\*\*Zeven respondenten zijn gewisseld van schriftelijk naar online

## Het 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](http://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 6.750 panelleden van 18 jaar en ouder. Om met het panel een representatieve afspiegeling te kunnen vormen van de algemene bevolking, worden regelmatig nieuwe leden geworven. Voor het benaderen van potentiële nieuwe leden wordt een adresbestand aangekocht bij een adresleverancier. Per jaar worden ongeveer acht vragenlijsten verstuurd, waarbij ieder panellid ongeveer drie vragenlijsten per jaar krijgt voorgelegd. Panelliden ontvangen een schriftelijke vragenlijst of een vragenlijst via internet. Zij kunnen hierbij zelf aangeven wat hun voorkeur heeft. De respons bij een peiling hangt af van het onderwerp en de doelgroep, maar is doorgaans erg hoog en kan oplopen tot ruim 70%. Onderwerpen voor de panelleden worden in overleg met de programmacommissie van het Consumentenpanel gekozen. In deze commissie zitten afgevaardigden van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Zorginstituut Nederland, de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Consumentenbond.

### Artsen

Voor het bevragen van de artsen is een steekproef getrokken uit de leden van de artsenorganisatie KNMG. Bij de steekproef is rekening gehouden met de kenmerken leeftijd, geslacht en medisch specialisme van in Nederland geregistreerde huisartsen en medisch specialisten. Een beperkt aantal medisch specialismen waarvoor de vragenlijst - gezien de beroepspraktijk van deze specialisten - minder van toepassing is, zijn niet meegenomen in de steekproef. Het gaat hier om de specialismen arbeid en gezondheid, beleid en advies, forensische geneeskunde, infectieziektebestrijding, medisch milieukunde en sociaal-medische indicatiestelling en advisering. De overige specialismen zijn naar rato in de steekproef opgenomen in een onderlinge verhouding die overeenkomt met de landelijke verdeling.

In totaal zijn 1.402 huisartsen benaderd, 3.106 medisch specialisten en 1.087 psychiaters. De artsen zijn benaderd met een online vragenlijst en er werden twee herinneringen gestuurd. De gegevens over de respons per groep zijn opgenomen in tabel A-2. Omdat er geen gebruik is gemaakt van een panel is de respons (van 6% tot 12%) beduidend lager dan wanneer panels worden bevestigd<sup>27</sup>. De aantallen huisartsen en medisch specialisten die een vragenlijst hebben ingevuld, zijn hoog genoeg om betrouwbare conclusies te kunnen trekken (zie tabel A-4). Het aantal psychiaters dat heeft gerepsondeerd is erg laag. Daarom is er (zie tabel A-4) enige voorzichtigheid geboden bij het trekken van conclusies. We rapporteren om die reden bij de psychiaters tevens de aantallen waarop die percentages gebaseerd zijn.

<sup>27</sup> Ter vergelijking: vorig jaar was de bruto respons onder huisartsen, medisch specialisten en psychiaters respectievelijk 49%, 45% en 22%; de netto respons was respectievelijk 43%, 36% en 20%.

Artsen die aangaven dat ze in het afgelopen jaar niet in de praktijk werkzaam waren, zijn niet meegenomen in de analyses. Medisch specialisten en psychiaters die naar eigen zeggen in het afgelopen jaar niet betrokken waren bij de diagnose en/of behandeling van patiënten zijn eveneens niet meegenomen in de analyses.

De groep respondenten uit de steekproef van huisartsen is representatief naar geslacht (48% vrouw ten opzichte van 51% in de populatie). De groep is niet geheel representatief naar leeftijd. Zo zijn huisartsen beneden de 35 jaar ondervertegenwoordigd (8% ten opzichte van 17%) en huisartsen boven de 50 iets oververtegenwoordigd (48% ten opzichte van 43%). De groep van respondenten uit de steekproef van medisch specialisten is representatief naar medisch specialisme, leeftijd en geslacht. De groep van psychiaters is representatief naar leeftijd, maar vrouwen zijn oververtegenwoordigd ten opzichte van de totale groep van psychiaters (59% ten opzichte van 49%).

Voor alle drie de groepen (huisartsen, medisch specialisten, psychiaters) geldt dat artsen in Noord-Oost Nederland

zijn oververtegenwoordigd ten opzichte van artsen uit de Randstad. In de groep van huisartsen is bijvoorbeeld de groep uit Noord-Oost Nederland 34% ten opzichte van 21% in de gehele populatie.

Vanwege de waargenomen verschillen in representativiteit is gekeken naar het effect van een weging. Voor een aantal vragen in de huisartsengroep is een analyse gemaakt van de invloed van een weging naar leeftijd. Hierbij was sprake van een gemiddelde absolute<sup>28</sup> afwijking tussen gewogen resultaten en ongewogen resultaten van 0,6% en een maximale afwijking van 2,3%. Op basis van deze geringe verschillen is besloten de resultaten niet te wegen.

### **Verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners**

Voor het bevragen van de verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners is gebruik gemaakt van het Panel Verpleging & Verzorging van het NIVEL (zie kader A-2). Voor dit onderzoek zijn verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners van ziekenhuizen, thuiszorginstellingen,

*Tabel A-2  
Respons onder huisartsen,  
medisch specialisten en  
psychiaters.*

	Huisartsen	Medisch specialisten	Psychiaters
Aantal verstuurd uitnodigingen (n)	1402	3106	1087
Bezorging niet mogelijk (n)	25	312	79
Netto aantal deelname mogelijk (n)	1377	2794	1008
Respondenten (n)	172	188	91
Bruto respons (%)	12%	7%	9%
Volgens eigen opgave in de praktijk werkzaam	171	172	90
Netto respons	12%	6%	9%

<sup>28</sup> Alle afwijkingen zijn als afwijkingen in één richting beschouwd, dus een afwijking van -0,6 is gerekend als 0,6.

verpleeg- en verzorgingshuizen en huisartsenpraktijken benaderd. In totaal zijn 1.269 panelleden benaderd. De deelnemers hadden de keuze om de vragenlijst online of schriftelijk in te vullen (872 online en 397 schriftelijk). Voor de schriftelijke vragenlijst zijn twee herinneringen verstuurd, na twee weken en vier weken. Hierbij werd opnieuw de schriftelijke vragenlijst ingesloten. Voor de online vragenlijst werden twee herinneringen gestuurd, na één week en na drie weken. Bij de laatste herinnering werd ook de schriftelijke vragenlijst bijgevoegd. Aan de mensen bij wie bezorging via e-mail niet mogelijk was is per post een schriftelijke vragenlijst toegestuurd.

Van de 1.269 benaderde panelleden vulden 751 deelnemers de vragenlijst in (bruto respons 59%). Van de 751 ingevulde vragenlijsten waren er 674 bruikbaar voor analyse. De vragenlijsten die niet volledig waren ingevuld zijn verwijderd, evenals de vragenlijsten ingevuld door panelleden met alleen een leidinggevende functie of door panelleden die niet meer werkzaam zijn in de zorg. Hiermee komt de netto respons op 53% te liggen (tabel A-3).

Tussen de subgroepen is ook enige variatie in de respons (niet in tabel). Deze is het hoogst voor de verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam in

*Tabel A-3  
Respons onder verpleegkundigen,  
verzorgenden en praktijkonder-  
steuners.*

Verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners	
<b>Online respons</b>	
Aantal online verstuurde uitnodigingen (n)	976
Bezorging niet mogelijk (n)	104*
Aantal deelname mogelijk (n)	872
Respons (n, %)	453 (52%)
<b>Schriftelijke respons</b>	
Aantal schriftelijk verstuurde uitnodigingen (n)	402
Bezorging niet mogelijk (n)	5
Aantal deelname mogelijk (n)	397
Netto respons (n; %)	298 (75%)
Respons (%)	75%
<b>Totaal</b>	
Aantal deelname mogelijk (n)	1269
Bruto respons (n; %)	751 (59%)
Aantal vragenlijsten bruikbaar voor analyses (n; %)	674 (53%)

\*Deze panelleden hebben alsnog een schriftelijke vragenlijst ontvangen.

## Het Panel Verpleging & Verzorging

Het Panel Verpleging & Verzorging bestaat uit een landelijke groep van circa 1.800 verpleegkundigen, verzorgenden, helpenden, begeleiders en praktijkondersteuners (<http://www.nivel.nl/over-het-panel-vv>). De werving van deelnemers verloopt grotendeels via het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV). De deelnemers voor dit panel zijn geworven door aselecte steekproeven te trekken van werkenden in de gezondheidszorg, waardoor het een landelijke dekking heeft. Het Panel V&V wordt gecoördineerd door het NIVEL met financiële ondersteuning van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). De uitkomsten van de peilingen onder het panel worden gebruikt om naar de politiek en de 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, verzorgenden en helpenden in de thuiszorg, verpleeg- en verzorgingshuizen;
- praktijkondersteuners en praktijkverpleegkundigen in huisartsenpraktijken.

Deelnemers aan het panel worden minimaal twee keer per jaar benaderd voor het invullen van een vragenlijst. Het invullen van een vragenlijst gebeurt schriftelijk en/of via internet. Eén maal per twee jaar gaat de vragenlijst over de aantrekkelijkheid van het beroep. Daarnaast worden mening en ervaringen gevraagd over actuele onderwerpen zoals technologie in de zorg, zelfmanagement en preventie.

verpleeg- en verzorgingshuizen (64%) en voor praktijkondersteuners (63%), gevolgd door de respondenten werkzaam in de thuiszorg (55%).

Panelleden werkzaam in ziekenhuizen hebben het minst vaak gerepondeerd (49%).

Van de respondenten is 7% man. Ter vergelijking, in een landelijke referentiegroep was dit 10% (De Veer e.a., 2009a). De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 50 jaar, waarvan de jongste 23 jaar is en de oudste 66 jaar. Vooral de groep respondenten van 55-65 jaar is oververtegenwoordigd in vergelijking met een

landelijke referentiegroep. In deze peiling is dit 32% tegenover 18% landelijk (De Veer e.a., 2009a).

Ruim een kwart van de respondenten werkt in een algemeen of academisch ziekenhuis (26%), drie op de tien werkt in een verzorgings- of verpleeghuis (30%), eveneens drie op de tien werkt in de zorg thuis (31%) en de overige 13% werkt als praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige in een huisartsenpraktijk of gezondheidscentrum. Ruim de helft van de zorg-professionals heeft het meest te maken met patiënten met een chronische aandoening (anders dan kanker),



zoals dementie (44%) en algehele achteruitgang en kwetsbaarheid vanwege een hoge leeftijd (39%). Het merendeel van de respondenten heeft taken in de uitvoerende zorg voor patiënten (86%), daarnaast heeft 14% zowel een uitvoerende als een leidinggevende functie. Dit komt overeen met eerdere peilingen van het Panel Verpleging & Verzorging (De Veer e.a., 2009b).

### **Selectie van eHealth-toepassingen**

Voor het vragenlijstonderzoek onder zorggebruikers is een brede selectie gemaakt van eHealth-toepassingen (zie tabel 1-1 tot en met 1-6 in bijlage B). Hierbij is gekozen voor generieke beschrijvingen van toepassingen, uitgaande van de functionaliteit. Daarbij gaat het om wat de gebruiker met de eHealth-toepassing kan doen, bijvoorbeeld het maken van een online afspraak, en niet zozeer om het specifieke product dat hij gebruikt. Verder is voor de vergelijkbaarheid tussen groepen van respondenten zo veel mogelijk gekozen voor toepassingen die in meerdere werksituaties en voor zowel zorgverleners als zorggebruikers relevant zijn. Voor de vragenlijst onder verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners is gevraagd naar technologische toepassingen die momenteel in de cure en care worden gebruikt. Denk hierbij aan toezichthoudende technieken, monitoring van gegevens op afstand, beeldbellen en medicijndispensers. Daarnaast komen elektronische dossiervoering en elektronische gegevensuitwisseling aan bod.

Net als in de eerste eHealth-monitor is de nadruk gelegd op functionaliteit die in het primaire zorgproces relevant is (inclusief zaken die de zorggebruiker zelf kan doen), boven ondersteunende, administratieve of facilitaire zaken, zoals inkoop en declaratieverkeer.

### **Analyses en betrouwbaarheid**

Voor de analyses van de vragenlijsten onder zorggebruikers en verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners is door het NIVEL gebruik gemaakt van STATA, versie 13. De vragenlijsten onder artsen zijn door Nictiz geanalyseerd met behulp van SPSS. Er is beschrijvende statistiek toegepast. Voor vergelijkende testen op verschillen tussen groepen, bijvoorbeeld tussen de care en de cure, of tussen de uitkomsten van verschillende jaargangen, is gebruik gemaakt van de chi-square-test ( $p < 0,05$ ) en de independent samples t-test ( $p < 0,05$ ).

De tabellen en de tekst geven percentages weer van de antwoorden op de gestelde vragen. We presenteren de resultaten alsof die mening gedeeld wordt door alle artsen of zorggebruikers, maar we hebben de vragen slechts aan een deel van hen, een steekproef, gesteld. Dit betekent dat de gepresenteerde percentages een zekere mate van onbetrouwbaarheid kennen. Voor elk percentage geldt dat er sprake is van een betrouwbaarheidsmarge. Dat is de marge waarvoor we met vrij grote zekerheid (95%) kunnen stellen dat het 'echte' antwoord hier binnen ligt.

De betrouwbaarheidsmarges zijn afhankelijk van het aantal respondenten: hoe meer respondenten 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 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%-betrouwbaarheids-

marges van gemeten percentages bij verschillende aantallen respondenten.

Bij de psychiaters is het aantal dat gerepondeerd heeft erg laag; de betrouwbaarheidsmarge is daarom groot (zie tabel A-2). Er is dus enige voorzichtigheid geboden bij het trekken van conclusies voor deze groep.

Tenslotte hebben niet alle door ons benaderde mensen op de vragenlijst gereageerd. De respons onder het Consumentenpanel was 50%, onder verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners 53%, onder huisartsen 12%, onder medisch specialisten 6% en onder psychiaters 9%. Het ligt voor de hand dat deze respons niet aselekt is geweest. Mensen met interesse in het onderwerp eHealth zullen eerder hebben gerepondeerd dan mensen die hier geen interesse in hebben. Dit betekent dat de resultaten van dit onderzoek eerder een iets te positief beeld dan een te negatief beeld schetsen.

### Aanpak van de focusgroepen

In juni 2014 zijn drie focusgroepen gehouden: een met zorggebruikers, een met verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners en een met artsen (overwegend huisartsen). Per groep waren 8 tot 12 personen aanwezig,

die zijn geworven via de vragenlijsten. In de vragenlijsten konden respondenten aangeven of ze wilden deelnemen aan een groepsgesprek.

Het doel van de focusgroepen was verdieping van de resultaten van de vragenlijsten. Dat wil zeggen het verkrijgen van meer inzicht in de opvattingen, attitudes en motieven om eHealth-toepassingen al dan niet te gebruiken, waar tegen aan wordt gelopen bij de implementatie ervan, wat ze van eHealth voor verwachten en welke wensen er leven. Bij de focusgroepen zijn we ingegaan op het gebruik van eHealth, de ervaringen met eHealth en belemmeringen voor het gebruik van eHealth. Tijdens de focusgroepen is een aantal opvallende, voorlopige resultaten van het vragenlijstonderzoek gepresenteerd door Nictiz en het NIVEL, die vervolgens werden bediscussieerd. De gesprekken zijn opgenomen op band en uitgewerkt in een verslag. De resultaten van de focusgroepen zijn gebruikt ter verdieping en ter illustratie van de resultaten van het vragenlijstonderzoek in de betreffende hoofdstukken.

### Referenties

Brabers, A., Reitsma-van Rooijen, M. en de Jong, J. (2012). *Consumentenpanel Gezondheidszorg: basisrapport met informatie over het panel*. Utrecht: NIVEL.

*Tabel A-4*  
*Voorbeelden van 95%-betrouwbaarheidsmarges van gemeten percentages.*

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

De Veer, A.J.E. en Francke, A.L. (2009a). *Ervaringen van verpleegkundigen en verzorgenden met nieuwe technologie in de zorg. Resultaten van de peiling onder de leden van het Panel Verpleging en Verzorging*. Utrecht: NIVEL.

De Veer, A.J.E. en Francke, A.L. (2009b). *Technologie moet de kwaliteit van zorg dienen*. TVZ, 199, 10, p 34-36.

## Bijlage B: Indicatoren voor beschikbaarheid en gebruik van eHealth

*Tabel B-1*  
*Indicatoren bij thema 1*  
*'het zoeken en bijhouden*  
*van gezondheidsinformatie'.*

Indicatoren	Items	Zorggebruikers	Artsen
Informatie zoeken	Over ziekte of behandeling	H	
	Over voeding of bewegen	H	
	Of men met een bepaald probleem naar de huisarts moet	H	
	Om een keuze te maken voor een zorgverlener of zorginstelling	H	
	Aan een zorgverlener informatie voorleggen die men op internet heeft gevonden	N	
Zelfzorg via internet	Zelf gegevens bijhouden over zijn gezondheid	H	
	Zelf gegevens bijhouden over voeding en/of dieet	N	
	Lichamelijke activiteit bijhouden met een apparaat of mobiele app	N	
	Zelf gegevens bijhouden over doktersbezoeken en/of behandelingen	N	
	Zelf gezondheidswaarden meten en bijhouden	N	
	Automatische herinnering instellen op telefoon om medicijnen in te nemen	H	
	Deelnemen aan een discussiegroep over gezondheidsproblemen	H	
Aanbevelingen door zorgverlener	Om medische informatie op te zoeken op een website	N	N
	Om een medische app te gebruiken	N	N
	Om zelf online zelf gemeten gezondheidswaarden bij te houden	N	N
	Om zelf online een persoonlijk gezondheidsdossier bij te houden	N	N

(H = herhaald, N = nieuw toegevoegd)

Tabel B-2  
 Indicatoren bij thema 2  
 'communicatie tussen zorg-  
 gebruiker en zorgverlener'.

Indicatoren	Items	Zorg- gebruikers	Artsen	Verpleegkundigen, verzorgenden en praktijk- ondersteuners
Online contact	Afspraak via internet	H	H	
	Herhaalrecept via internet	H	H	
	Vraag stellen via internet	H	H	
	Beeldcontact	H	H	**
	Herinnering voor afspraak via sms of e-mail	H	H	
Online inzage	Medische gegevens inzien via internet	H	H*	

(H = herhaald, N = nieuw toegevoegd)

\* uitgesplitst in soorten gegevens (onder andere medicatie en uitslagen van laboratoriumbepalingen)

\*\* behandeld onder thema 'begeleiding op afstand'

Tabel B-3  
 Indicatoren bij thema 3  
 'online behandeling'.

Indicatoren	Items	Zorg-gebruikers	Artsen	Verpleegkundigen, verzorgenden en praktijk-ondersteuners
Online behandeling	Online behandeling bij een fysiotherapeut	H		
Online hulp <sup>p</sup>	Psychologische zelftest	H	H	
	Vraag stellen over psychische problemen		N	
	Chat over psychische problemen		N	
	Zelfhulpprogramma doorlopen / via website anoniem een behandeling volgen voor psychologische problemen*	H	H	
	Behandeling volgen met begeleiding op afstand		H	
	'Blended' behandeling volgen		H	
	Online forum voor patiënten met psychische problemen		H	
Telemonitoring	Telemonitoring / een apparaat gebruiken dat geregeld gezondheidswaarden meet en verstuurt naar de zorgverlener of ziekenhuis*	H	H	N

(H = herhaald, N = nieuw toegevoegd)

<sup>p</sup> alleen gevraagd aan psychiaters

\* vraagstelling aan zorggebruikers

*Tabel B-4*  
*Indicatoren bij thema 4*  
*'begeleiding op afstand'.*

Indicatoren	Items	Zorggebruikers	Verpleegkundigen, verzorgenden en praktijk-ondersteuners
Professionele ondersteuning	Beeldcontact	H	N
	Personenalarmering	H	
	Toezichhoudende technieken		N
	Sleuteloplossing	N	
	Elektronische medicijndoos	N	N
	Gemaksdomotica (deur, licht)	N	

(H = herhaald, N = nieuw toegevoegd)

*Tabel B-5*  
*Indicatoren bij thema 5*  
*'elektronische dossiervoering'.*

Indicatoren	Artsen	Verpleegkundigen, verzorgenden en praktijk-ondersteuners
Wijze van bijhouden (elektronisch of op papier)	H	N
Wens tot opslaan aanvullende gegevens	H	
Instellen van automatische signalen, waarschuwingen of andere meldingen	H	

(H = herhaald, N = nieuw toegevoegd)

Tabel B-6  
 Indicatoren bij thema 6  
 'elektronische communicatie  
 tussen zorgverleners'.

Indicatoren	Items	Huisartsen	Medisch specialisten	Psychiaters
Informatie ontvangen	Mate waarin informatie tijdig ontvangen wordt en voorzien is van relevante gegevens	H	H	H
Systemen voor uitwisseling van informatie	Gebruik van een systeem voor gestandaardiseerde informatie-uitwisseling met andere zorgverleners of zorginstellingen	H	H	H
	Gebruik van specifieke systemen voor elektronische informatie-uitwisseling	N		
Mogelijkheid tot elektronisch versturen	Recept naar een openbare apotheek	H	H	H
	Recept naar een ziekenhuisapotheek		H	
	Actueel medicatieoverzicht naar een ziekenhuis	H		
	Actueel medicatieoverzicht naar een openbare apotheek bij ontslag		H	H
	Actueel medicatieoverzicht naar de huisarts bij ontslag		H	H
	Verwijzing naar een medisch specialist	H		
	Verwijzing naar een paramedicus	N		
	Aanvullende informatie bij een verwijzing	N		
	Aanvraag van huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging of verpleging voor een patiënt thuis	N		
	Dossier naar een andere huisarts als de patiënt van huisarts wisselt	N		
	Opnamebericht aan de huisarts		H	H
	Samenvatting van behandeling aan de huisarts		H	H
	Ontslagbrief naar de huisarts		H	H
Aanvraag voor laboratoriumdiagnostiek	H	H	H	
Aanvraag voor beeldvormende diagnostiek	H	H		

(H = herhaald, N = nieuw toegevoegd)



Indicatoren	Items	Huisartsen	Medisch specialisten	Psychiaters
Mogelijkheid tot elektronisch ontvangen	Samenvatting uit avond-, nacht- en weekenddiensten	H	H	H
	Overzicht van verstrekte geneesmiddelen van de openbare apotheek	H		
	Overzicht van ontslagmedicatie van een ziekenhuis	H		
	Verwijsbrief van een huisarts		H	H
	Opnamebericht van een ziekenhuis	H		
	Samenvatting van de behandeling in een ziekenhuis	H		
	Ontslagbrief van een ziekenhuis	H		
	Actueel medicatieoverzicht van een openbare apotheek bij opname		H	H
	Actueel medicatieoverzicht van de ziekenhuisapotheek		H	
	Uitslag van een laboratoriumonderzoek	H	H	H
	Beeldbestanden van beeldvormende diagnostiek	H	H	
	Rapport van de uitslag van beeldvormende diagnostiek	H	H	
	Dossier van de vorige huisarts bij nieuwe patiënten	N		
	Beeld-communicatie	Online beeldcontact met collega's	H	H
Teleconsultatie	Teleconsultatie tussen huisarts en specialist	H	H	

(H = herhaald, N = nieuw toegevoegd)

*Tabel B-7*  
*Indicatoren op het gebied*  
*van attitude, belemmeringen*  
*en effecten.*

Indicatoren	Zorggebruikers	Artsen	Verpleegkundigen, verzorgenden en praktijk- ondersteuners
Ervaren van belemmerende factoren bij de toepassing van contact met patiënten via internet		H	
Ervaren van (positieve) effecten door de toepassing van contact met patiënten via internet		H	
Ervaren van belemmerende factoren bij het toepassen van internet voor gezondheid en zorg	N		
Belang van internet voor enkele aspecten op het gebied van zorg	N		
Ervaren van belemmerende factoren bij elektronische informatie-uitwisseling over patiënten		H	
Ervaren van (positieve) effecten door elektronische informatie-uitwisseling over patiënten		H	
Noodzaak en wenselijkheid van gebruik van specifieke toepassingen in de instelling			N
Verwachte effect van specifieke toepassing op diverse aspecten (kwaliteit van zorg, kwaliteit van werk, etcetera)			N
Ervaren van belemmerende factoren van de toepassing van ICT bij de zorg voor patiënten			N

(H = herhaald, N = nieuw toegevoegd)

## Bijlage C: Voorbeelden genoemd door zorggebruikers

(151 respondenten, 20%)

Tabel C-1

Specifieke voorbeelden  
van websites en apps voor  
zorg en gezondheid.

Naam	Aantal keer genoemd
30 days app	1
Apothekerssite	1
Artsenzorg.nl	1
Bloeddruk	1
Chrohn vereniging	1
Dagelijkse oefeningen	1
Dailyburn	1
Diabetes vereniging	1
Dieetinzicht.nl	1
Dokterdokter.nl	1
EHBO	2
Erasmus	1
Farmacotherapeutisch kompas	7
Fatsecret	2
Fit builder	1
Gewicht bijhouden	2
Gezondgids -122	1
Gezondheidsnet.nl	4
Gezondheidsplein	3
GGZ Nederland	1
Google	34
Hardloop app	4
Hooikoorts, pollennieuws	1
Huisarts.nl	2
Ik geef bloed app van Sanquin	1
Iprova	1
KNGF	1
KNO	1
KWF	1
Labuitslagen	1

*Tabel C-1 (vervolg)  
Specifieke voorbeelden  
van websites en apps voor  
zorg en gezondheid.*

Naam	Aantal keer genoemd
Lekker leven, Esante	1
Lifesum	1
Medics	1
Medisch Contact	1
Medische encyclopedie	1
Medscape	1
Medtronic	1
Mens-en-gezondheid.infonu.nl	1
Mijngezondheid.net	1
My Fitness Pal	2
Nederlandsemsstudie.nl	1
NHG	2
NVVS	1
Oei ik groei, groeimeter	1
Patient1.nl	1
Parkinson disease app	1
Period tracker	1
Pharos	1
Porta Vita	1
Pubmed	2
Pzp.nl	1
Radiology assistant	1
Reuma en huidziekten en longziekten	1
Runkeeper	2
Runtastic	1
Sanquin	1
Sportstracker	3
Stichting Melanoom	1
Stichting Plotsdoven	1
Stomavereniging	1

---

*Tabel C-1 (vervolg)  
Specifieke voorbeelden  
van websites en apps voor  
zorg en gezondheid.*

Naam	Aantal keer genoemd
Stoppen met roken	1
Thuisarts.nl	5
Trimbos.nl	1
Universiteitsites	1
Voedingscentrum	5
Voedingswijzer	3
VSN	1
Website en app van zorgverzekeraar	13
Website ziekenhuis	1
Webtrainer	1
Weight Watchers	2
Zorgplein	1

## Bijlage D: Voorbeelden genoemd door huisartsen

(165 respondenten, 96%)

*Tabel D-1  
Voorbeelden van eHealth  
of ICT in de zorg die de huisarts  
veelbelovend vindt; eHealth-  
toepassingen beschreven in  
algemene zin.*

Type eHealth-toepassing	Alternatieve benamingen en variaties	Aantal keer genoemd
Online afspraken voor patiënten	Online agenda	37
e-consult	e-mail consult	37
Mobiele apps voor arts en patiënt	Ondersteunende apps voor gezondheidsvoorlichting, medicatie-inname, revalidatie, beweging, valdetectie en zelfzorg; apparatuur gekoppeld met smartphone, bijvoorbeeld een dermatoscoop	18
Telemonitoring	Patiënt coach; thuismetingen met koppeling naar huisartsinformatiesysteem (HIS); gedeelde data voor zelfmanagement; quantified self; POC (point of care) apparatuur	15
Teleconsultatie	Onder andere teledermatologie, telecardiologie, telespirometrie, telenefrologie; beeldcommunicatie voor dermatologie	14
Online herhaalrecepten		13
Online behandeling bij psychische klachten en verslavingszorg	Online hulpverlening; online zelfhulp	13
Patiëntportalen en inzage in het dossier		13
Gedeelde, gezamenlijke dossiertoegang in de keten	Gezamenlijke toegang tot het dossier voor ketenpartners; regionaal HIS; keteninformatiesystemen; elektronische communicatie met apotheek, huisartsenpost, lab, ziekenhuis; toegang tot dossier bij dienstwaarneming; gedeelde dossiervoering bij waarneming; online communicatie met specialist; inzage in het ziekenhuisdossier voor huisartsen	13
Informatie voor patiënten	Informatie over medische problemen en over de praktijk; video-informatie; elektronisch informatie-paneel; verwijzing naar goede websites; patiënt informatie tonen tijdens consult	9
Elektronisch patiëntendossier en aanvullingen daarop	Mobiele toegang tot het dossier; koppeling HIS met apparaten; koppeling met e-mail; analyse van HIS-data; koppeling met diagnostische apparaten voor de eerste lijn (event recorders)	8
Elektronisch verwijzen		7

---

Type eHealth-toepassing	Alternatieve benamingen en variaties	Aantal keer genoemd
Beeldconsulten	Videoconsultatie; e-visite, bijvoorbeeld voor alleenstaande ouderen, bij kraamzorg, bij ziekenhuisopname	7
Online labuitslagen	Labuitslagen via e-mail	4
Toepassingen in de care	Domotica, controle-webcam; robots in de ouderenzorg	4
Informatie zoeken op het web (huisarts, ook tijdens consult)		2
Diversen (elk 1 x genoemd)	Sms-berichten naar patiënten; aanvragen diagnostiek; persoonlijk gezondheidsdossier; online nascholing; paperless office; social media (bijvoorbeeld besloten facebook groep voor ouderen)	6

Tabel D-2  
Specifieke voorbeelden.

Naam	Aantal keer genoemd
Alcohol de baas	1
Cyberlab	1
Eerstelijin in Cijfers (EIC)	1
Google Glass	1
Health buddy	1
iPad (voor ouderen)	1
Huisarts.nl	1
Kleur je leven	1
Limis planningssoftware	1
LSP (Landelijk Schakelpunt vZVZ)	7
Mijngezondheid.net	6
Moet ik naar de dokter	1
NHGdoc	1
OZO verbindzorg	1
Patient1	1
Parkinsonnet	2
Porta vita	1
Psy direct	1
Skype	2
Scanadu	1
Thuisarts.nl / thuisarts app	21
Zorgmail	2
Zorgdomein	13
ZWIP (zorg- en welzijnsinformatieportaal)	1

Tabel D-3  
Spontaan genoemde organisaties.

Naam	Aantal keer genoemd
Stichting Mirro	1
Slimmer met zorg	1
PoZoB	1
Uneto-VNI	1



## Bijlage E: Voorbeelden genoemd door medisch specialisten

(152 respondenten, 81%)

*Tabel E-1  
Voorbeelden van eHealth  
of ICT in de zorg die de medisch  
specialist veelbelovend vindt;  
eHealth-toepassingen  
beschreven in algemene zin.*

Type eHealth-toepassing	Alternatieve benamingen en variaties	Aantal keer genoemd
EPD	ECD	39
Apps voor dokters en patiënten	Apps voor patiënten (urine-incontinentie, diabeteszorg, melanoom, revalidatie); apps op de iPad voor geven informatie en voorlichting; apps voor eenvoudige berekeningen; informatie over medicatie, naslagwerken raadplegen; e-learning	26
e-consult	e-mail consult	19
Online afspraken maken		18
Elektronische informatie-uitwisseling en gekoppelde dossiers	Elektronische communicatie tussen ziekenhuizen; koppelen van elektronische dossiers; koppeling PACS-systemen, landelijk/regionaal EPD; landelijk schakelpunt; landelijk patiëntendossier; zorgverlenerportaal	13
Teleconsultatie	Telecardiologie; teledermatologie; tele-otoscopie; teleradiologie	11
Videoconsult	Webcam-consult; consult via iPhone	10
Online vragenlijsten voor patiënten	Psychologische testen; voorbereiding eerste polibezoek; PROMS; wetenschappelijk onderzoek; bijwerkingen medicatie; ROM; auto-anamnese	10
Patiëntportaal	Zorgportaal	9
e-learning	Nascholing; online tv-uitzendingen van congressen	8
Telemonitoring	Follow-up bij IBD, zwangerschapsdiabetes, diabetes, astma, copd	8
(interactieve) patiëntinformatie		8
Videoconferencing		6
Online toegang tot EPD vanaf huis		6
Elektronisch voorschrijven		6
Richtlijnen raadplegen vanuit EPD	Inzage in protocollen	5
Online hulp	Bij depressie; behandeling burn-out; stoppen met roken; alcoholgebruik verminderen; afasie	4

Type eHealth-toepassing	Alternatieve benamingen en variaties	Aantal keer genoemd
Gemeenschappelijk dossier voor samenwerking in de keten	Bijvoorbeeld bij verloskunde	2
Online communities, lotgenotencontact		2
Dossierinzage voor de patiënt	Zie ook patiëntportalen	2
Zorg op afstand		2
Shared decision making tools met keuzehulpen		2
Serious games		2
Beveiligde e-mail		2
Diagnose aanvragen		2
Papierloos ziekenhuis		2
Spraakherkenning bij verslaglegging		2
Diversen (elk 1 x genoemd)	Sms voor afspraakherinnering; elektronisch verwijzen; doorsturen vragen voor second opinie; online labuitslagen; patiënt data management systemen (PDMS); patiëntplanningsysteem; controle medicatie feedback aan patiënten via persoonlijk elektronisch rapport; elektronische medicatie-monitoring; Picture archiving communication system (PACS); gebruik van iPad tijdens visites; digitale coaching; genereren van een samenvatting van informatie; kunstmatige intelligentie (diagnose, behandelplannen); beslissings-ondersteuning; computer assisted diagnosis; big data; domotica; toezichhoudende technieken - gebruik van gps voor dementerende patiënt die graag wandelt; LROI-registratie van prothesen; integratie van communicatie, monitorsystemen en beeldinformatie; 'blended' care; ondersteuning van (para)medici met foto / film / skype; onderzoekgegevens via mobiel verzamelen; whats app of ander vorm van social media; augmented reality (anders dan Google Glass)	24

Tabel E-2  
Specifieke voorbeelden.

Naam	Aantal keer genoemd
App van farmacotherapeutisch kompas	1
Drimpy	1
Epass (e-learning)	1
Ezis (chipsoft)	1
Facetalk	3
Facetime	2
Frailty app	1
Huidmonitor	3
Huidhuis.nl	1
Inforium	1
Jong en reuma	1
Lable Care	1
Mijn zorgnet	1
Nederlands tijdschrift voor geneeskunde (app)	1
Op koers (ondersteunend programma voor kinderen met kanker via internet)	1
Parkinsonnet	1
Physitrack	1
De prostaatkliniek	1
Read by Qx	1
SensiStep	1
Skype	5
Ysis (Gerimedica)	1
Zorgdomein	1

## Bijlage F: Voorbeelden genoemd door psychiaters

(87 respondenten, 97%)

*Tabel F-1  
Voorbeelden van eHealth of  
ICT in de zorg die de psychiater  
veelbelovend vindt; eHealth-  
toepassingen in algemene zin.*

Type eHealth-toepassing	Alternatieve benamingen en variaties	Aantal keer genoemd
Online behandelprogramma's (eventueel in combinatie met face-to-face contact)	e-therapie; e-coach; e-psycho-educatie (onder andere lichte verslavingsziekten, lichte depressie, enkelvoudige angststoornissen, stemmingsstoornissen, alcoholverslaving); 'blended' psychotherapie; online cognitieve gedragstherapie (CGT); online dagboeken; klachtenregistratie; opdrachten; sms-berichten met instructies; huiswerkopdrachten en registraties; psycho-educatie (bv. ADHD); mentalisation based treatment	30
Online meetinstrumenten; online routine outcome monitoring (ROM)	Screening instrumenten; vragenlijsten (bijvoorbeeld life chart voor bipolaire stoornissen)	14
Mobiele apps	Voor onder andere stemmingsregistratie; patiënten met autisme; stemmenhoorders; mindfulness; psychotische verschijnselen; slaapregistratie	12
e-mail consult		11
Video consult en video conferencing		8
Online patiëntinformatie en patiëntportalen	Digitaal zorgplatform	6
Online afspraken		4
Inzage in medisch dossier (onder andere medicatieoverzichten)		4
Elektronisch patiëntendossier		4
Online programma's voor permanente educatie (nascholing)		3
Serious gaming en virtual reality		3
Online labuitslagen		2
Sms-herinneringen		2
Gebruik tablet/iPad in spreekkamer en bij huisbezoeken		2
Inzage wachtlijsten		2
Diversen (elk 1 x genoemd)	Digitaal zelfmanagement platform; lotgenotencontact; chat-functie; klachtregistratie; teleconferencing; labaanvragen; elektronisch voorschrijven (medicatie); pillendoosjes met inname-waarschuwing; beslissings-ondersteuning; sms-alerts; Facebook pagina; domotica; separeercel met digitale wand	13

---

*Tabel F-2*  
*Specifieke voorbeelden.*

Naam	Aantal keer genoemd
113online (zelfmoordpreventie)	2
Doepressie.nl	1
e-health warenhuis (Parnassia)	1
Grip op je dip	1
How are you (app voor stemmingsstoornissen)	1
Interapy	2
Medalert	1
Mind2care	1
Parkinsonnet	1
Psymate	3
Skype	6
Telepsy	1
Quli	1
Temstem (app voor stemmenhoorders)	1
Therapieland	1
Zorgnet	1

---

*Tabel F-3*  
*Spontaan genoemde organisaties.*

Naam	Aantal keer genoemd
Jellinek	1
Kentron	1



**Auteurs:**

Johan Krijgsman  
José Peeters  
Arina Burghouts  
Anne Brabers  
Judith de Jong  
Fernaó Beenkens  
Roland Friele  
Lies van Gennip

**Begeleidingscommissie:**

Guus Schrijvers, voorzitter  
Erwin Eisinger (Ministerie van VWS)  
Titia Lekkerkerk (NPCF)  
Annemiek Mulder (ActiZ)  
Sjaak Nouwt (KNMG)  
Bernadette van Oost (NPCF)  
Michiel Sprenger (Nictiz)  
Albert Versteegde (Zorgverzekeraars Nederland)  
Erna Vreeke (V&VN)  
Maaike Wijnhoud (Ministerie van VWS)

Bij dit rapport hoort een losse tabellenbijlage,  
de tabellenbijlage eHealth-monitor 2014.

Dit is een uitgave van Nictiz en het NIVEL  
Den Haag en Utrecht, oktober 2014  
© Nictiz en het NIVEL

**Vormgeving en productie:**

No Panic - Communicatiemakers

**ISBN:** 978-90-820304-1-9

## **Nictiz**

### **Bezoekadres**

Oude Middenweg 55  
2491 AC Den Haag  
T 070 31 73 450  
F 070 32 07 437

[www.nictiz.nl](http://www.nictiz.nl)

### **Postadres**

Postbus 19121  
2500 CC Den Haag

## **Nivel**

### **Bezoekadres**

Otterstraat 118 – 124  
3513 CR Utrecht  
T 030 27 29 700  
F 030 27 29 729

[www.nivel.nl](http://www.nivel.nl)

### **Postadres**

Postbus 1568  
3500 BN Utrecht