

De inzet van e-health-toepassingen in de huisartsenzorg

Leren van de succesverhalen uit de praktijk

J. Keuper
M. Meurs
A. Victoor
M. Huygens
J. de Groot
J. de Jong



NIVEL
Kennis voor betere zorg

Het Nivel levert kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kennis voor betere zorg' is onze missie. Met onze kennis dragen we bij aan het continu verbeteren en vernieuwen van de gezondheidszorg. We vinden het belangrijk dat mensen in staat zijn om deel te nemen aan de samenleving. Ons onderzoek draait uiteindelijk om de vraag hoe we de zorg voor de patiënt kunnen verbeteren. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar, dat is statutair vastgelegd.

Dit rapport is geschreven in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), directie Curatieve Zorg, en het bestuurlijk overleg huisartsenzorg, bestaande uit de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV), InEen, Patiëntenfederatie Nederland, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het ministerie van VWS.

Mei 2020

ISBN 978-94-6122-623-5

030 272 97 00

nivel@nivel.nl

www.nivel.nl

© 2020 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

Voor u ligt de rapportage “De inzet van e-health-toepassingen in de huisartsenzorg: leren van de succesverhalen uit de praktijk”. Dit rapport is door het Nivel geschreven, in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), directie Curatieve Zorg, en het bestuurlijk overleg huisartsenzorg, bestaande uit het ministerie van VWS, de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV), InEen, Patiëntenfederatie Nederland en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). De gegevens die voor dit onderzoek verzameld zijn hebben betrekking op de periode voor de corona uitbraak in Nederland.

Het onderzoek waar deze rapportage over gaat, betreft een combinatie van kwantitatief en kwalitatief onderzoek, bestaande uit vier onderdelen:

- 1) Een samenvatting van data uit de eHealth-monitors 2018 en 2019, die betrekking hebben op e-health gebruik binnen de huisartsenzorg.
- 2) Raadpleging van een drietal relevante bronnen om veelbelovende en/of succesvolle e-health-toepassingen binnen de huisartsenzorg, die hieruit naar voren komen, te identificeren.
- 3) Casestudies van zeven huisartsenpraktijken, uitgevoerd in oktober 2019. Bij de casestudies is huisartsen gevraagd naar de e-health-toepassingen waarmee zij goede ervaringen hebben, hoe zij deze geïmplementeerd hebben en welke barrières en succesfactoren zij tegenkwamen tijdens of na de implementatie ervan.
- 4) Interviews met vijf zorgverzekeraars in Nederland, afgenomen in de periode februari – maart 2020. Hierbij is zorgverzekeraars gevraagd welk e-health-beleid zij hebben voor de huisartsenzorg, hoe het aanvraagproces voor e-health-toepassingen is georganiseerd, aan welke eisen e-health-initiatieven moeten voldoen, hoe de bekostiging van e-health is geregeld en welke volgens hen veelbelovende e-health-toepassingen zij al vergoeden en waarom.

Dit rapport geeft daarmee inzicht in de stand van zaken over het gebruik van en ervaringen met e-health in de huisartsenzorg. Het biedt een overzicht van de toepassingen waarover de geïnterviewde praktijken en zorgverzekeraars aangaven dat ze er goede ervaringen mee hebben, aangevuld met veelbelovende toepassingen vanuit een drietal bronnen (eHealth-monitor van 2014, Zelfzorg Ondersteund en het National e-health Living Lab (NeLL)) en de meest recente eHealth-monitors. Daarnaast geeft het inzicht in waarom en hoe de zeven huisartsenpraktijken bepaalde e-health-toepassingen succesvol geïmplementeerd hebben en welke barrières zij hierbij tegenkwamen. Zo geeft het rapport huisartsen en beleidsmakers handvatten voor de implementatie of opschaling van e-health binnen de huisartsenzorg. Naast de besproken succesvolle e-health-toepassingen zijn er nog veel meer e-health-toepassingen die gebruikt worden binnen de Nederlandse huisartsenzorg. Omdat deze niet genoemd zijn door de deelnemende huisartsen en zorgverzekeraars, vallen ze buiten de scope van het onderzoek.

Utrecht, mei 2020

De auteurs

Inhoud

Voorwoord	3
Inhoud	4
Samenvatting	6
Aanleiding onderzoek	6
Resultaten en conclusie	6
Methoden	8
Hoe nu verder?	9
1 Inleiding	11
1.1 Achtergrond en aanleiding onderzoek	11
1.2 Doel en onderzoeksvragen	11
2 Methoden	13
2.1 Kwantitatief onderzoek: de eHealth-monitors 2018 en 2019	13
2.2 Kwalitatief onderzoek: raadpleging van een drietal relevante bronnen	13
2.3 Kwalitatief onderzoek: multiple casestudies	14
2.4 Kwalitatief onderzoek: interviews zorgverzekeraars	16
3 Resultaten	18
Onderzoeksvraag 1: Welke e-health-toepassingen leveren volgens de huisartsenpraktijk, patiënten en zorgverzekeraars een waardevolle bijdrage aan de huisartsenzorg?	18
3.1 Kwantitatief onderzoek: resultaten uit recente eHealth-monitors	18
3.2 Kwalitatief onderzoek: raadpleging relevante bronnen, casestudies en interviews	20
Onderzoeksvraag 2: Wat is er nodig om e-health binnen de huisartsenzorg verder te implementeren?	25
3.3 Kwalitatief onderzoek: multiple casestudies	25
3.4 Kwalitatief onderzoek: interviews zorgverzekeraars	36
4 Beschouwing en conclusie	43
4.1 Succesfactoren	44
4.2 Barrières	45
4.3 Hoe nu verder?	45
4.4 Conclusie	47
4.5 Kritische kanttekeningen bij het onderzoek	48
Bijlage A Vragenlijst 1	51
Bijlage B Vragenlijst 2	52
Bijlage C Topic lijst huisartsen	53

Bijlage D Topic lijst patiënten	55
Bijlage E Topic lijst zorgverzekeraars	56
Bijlage F Tabellen EHealth-monitor 2018/2019	58

Samenvatting

Aanleiding onderzoek

Eind juni 2018 hebben de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV), InEen, Patiëntenfederatie Nederland, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) het hoofdlijnenakkoord huisartsen afgesloten. Hierin zijn onder andere afspraken gemaakt over het voorkomen, verplaatsen en vervangen van zorg in de vorm van 'Juiste zorg op de juiste plek' en de rol daarin voor digitalisering en de ontwikkeling van ICT-zorginfrastructuur in de huisartsenzorg.

Meer inzicht in succesvolle e-health-toepassingen die beschikbaar zijn binnen de huisartsenzorg en factoren die een succesvolle implementatie ervan beïnvloeden, biedt huisartsen een mogelijkheid om dergelijke toepassingen succesvol te implementeren en/of op te schalen in de praktijk. Dit kunnen ze gebruiken om de kwaliteit van de zorg te waarborgen of te verbeteren en de zorg financieel toegankelijk te houden voor iedereen die zorg nodig heeft.

Het doel van dit onderzoek naar succesfactoren voor de implementatie en opschaling van e-health in de praktijk is om de inzet van succesvolle e-health-toepassingen in de dagelijkse praktijk te stimuleren. Er staan hierbij twee onderzoeksvragen centraal, te weten:

1. Welke e-health-toepassingen leveren volgens de huisartsenpraktijk, patiënten en zorgverzekeraars een waardevolle bijdrage aan de huisartsenzorg?
2. Wat is er nodig om e-health binnen de huisartsenzorg verder op te schalen?

Ter beantwoording van de eerste onderzoeksvraag wordt er een globaal overzicht gegeven van succesvolle e-health-toepassingen, die **vanuit de praktijk** naar voren zijn gekomen. Dit wordt ondersteund met gegevens over de huidige stand van zaken met betrekking tot de inzet van e-health in de huisartsenzorg. Daarvoor zijn de resultaten uit de eHealth-monitors van 2018 en 2019 gebruikt. Daarnaast is er in december 2019 en januari 2020 een drietal relevante bronnen geraadpleegd (de eHealth-monitor van 2014, Zelfzorg Ondersteund en het National e-health Living Lab (NeLL)) om veelbelovende en/of succesvolle e-health-toepassingen binnen de huisartsenzorg te identificeren. Ter beantwoording van de tweede onderzoeksvraag beschrijven we welke factoren, **volgens de praktijk**, van invloed zijn op een succesvolle implementatie van e-health. Dit geeft huisartsen en beleidsmakers handvatten voor de verdere opschaling van e-health in de reguliere huisartsenzorg.

Resultaten en conclusie

E-health-toepassingen die vanuit de praktijk, de drie relevante informatiebronnen en de twee meest recente eHealth-monitors naar voren kwamen, betreffen voornamelijk patiëntportalen, communicatieplatforms voor (beveiligde) gegevensuitwisseling, zelfmanagementtoepassingen en medisch-informatieve applicaties. Patiëntportalen bevatten daarbij over het algemeen mogelijkheden voor de patiënt om online afspraken te maken, herhaalrecepten aan te vragen en medisch-inhoudelijke vragen te stellen bij de huisartsenpraktijk. Daarnaast zijn ook digitale toepassingen ter ondersteuning voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), beslis-ondersteunende toepassingen voor de zorgverlener en digitale meetapparatuur genoemd.

Uit de data van de eHealth-monitors (zie Bijlage F) blijkt verder dat meer dan de helft van de huisartsen en bijna driekwart van de verpleegkundigen welwillend of enthousiast is over het gebruik van digitale toepassingen in de zorg¹. Verder blijkt uit de eHealth-monitors dat de verschillende toepassingen, die naar voren kwamen uit de casestudies van dit onderzoek, in verschillende mate worden gebruikt door huisartsenpraktijken. Zo is het bij de meeste praktijken mogelijk om online afspraken te maken, herhaalrecepten aan te vragen en inhoudelijke vragen te stellen. Ook elektronisch gegevens uitwisselen met andere zorgverleners in de regio gebeurt bij meer dan de helft van de praktijken. Telemonitoring wordt nog maar beperkt ingezet door praktijken en geen enkele huisarts geeft in de eHealth-monitor aan dat een videoconsult mogelijk is, ondanks dat dergelijke toepassingen al langere tijd door meerdere organisaties worden aangeboden.

Daarnaast komt uit de casestudie-interviews naar voren dat volgens huisartsen de volgende drie voorwaarden belangrijk zijn voor een succesvolle implementatie van e-health-toepassingen:

- een visie met betrekking tot het inzetten van e-health in de praktijk;
- een gevoel van urgentie om een bepaald probleem op te lossen met behulp van e-health; en
- draagvlak onder collega's.

De voor dit onderzoek geïnterviewde huisartsen en patiënten waren over het algemeen enthousiast over de inzet van de door hen gebruikte e-health-toepassingen in de huisartsenzorg en het opschalen van de implementatie van deze e-health-toepassingen. De casestudies laten zien dat de gebruikte e-health-toepassingen zowel huisartsen als patiënten in de meeste gevallen echt iets kunnen opleveren, namelijk een betere zorgverlening op een efficiëntere manier. Huisartsen en patiënten geven wel aan dat ze verschillende barrières ondervonden bij het opschalen van e-health in de huisartsenzorg. Zo is de technische infrastructuur niet altijd optimaal in de huisartsenpraktijk of bij patiënten thuis, waardoor de toepassing niet goed werkt. Daarnaast kost innoveren veel tijd voor de huisartsenpraktijk en zijn er vaak onvoldoende financiële vergoedingen beschikbaar vanuit de zorgverzekeraars. Ondanks deze barrières is het de geïnterviewde huisartsen en medewerkers gelukt om de besproken e-health-toepassingen te implementeren binnen hun praktijk. Dit dankzij een combinatie van factoren die hieronder kort samengevat zijn.

Zo is het volgens de geïnterviewde huisartsen belangrijk om als praktijk eerst een visie met betrekking tot e-health te ontwikkelen en deze te delen met collega's. Zo kan e-health bijvoorbeeld een middel zijn om problemen binnen de praktijk of de zorgverlening op te lossen. Zowel patiënten als huisartsen geven aan dat e-health geen doel op zich is. Een veelgenoemd probleem dat huisartsen en patiënten tegenkomen in de huisartsenzorg is bijvoorbeeld dat verschillende processen binnen de praktijk veel tijd kosten en daardoor niet efficiënt genoeg verlopen.

Als er een e-health-toepassing als oplossing gekozen is, moet er een implementatieplan ontwikkeld worden en vindt daarna de daadwerkelijke implementatie plaats. Uit de interviews kwamen daarbij de volgende aanbevelingen naar voren:

- wijs een medewerker of groepje medewerkers aan als 'projectcoördinator';
- start de toepassing in eerste instantie kleinschalig op, bijvoorbeeld in de vorm van een pilot. NB. Bij de implementatie van patiëntportalen of een wachtkamerschermbord wordt het juist aangeraden om dit in één keer grootschalig te implementeren;
- richt je in eerste instantie op één toepassing en een beperkte doelgroep;

¹ Wouters, M., Huygens, M., Voogdt, H., Meurs, M., Groot, J. de, Lamain, A., Bruin, K. de, Brabers, A., Hofstede, C., Friele, R. & Gennip, L. van (2019). Samen aan zet! eHealth-monitor 2019. Den Haag: Nictiz; Utrecht: Nivel

- creëer voldoende draagvlak onder de gebruikers van de toepassing, door ze bijvoorbeeld de voordelen van de toepassing te laten zien of te benoemen; en
- begeleid patiënten en zorgverleners goed bij het gebruik van de e-health-toepassing en geef hen de gelegenheid om hun ervaringen ermee te delen, zodat de toepassing aangepast kan worden aan de vaardigheden, wensen en behoeften van de gebruiker.

Huisartsen benoemen daarnaast verschillende barrières bij de implementatie en/of opschaling van e-health. Veelgenoemde barrières zijn:

- dat het implementeren veel tijd kan kosten doordat bestaande processen vaak anders moeten worden georganiseerd;
- dat zorgverleners een te lage vergoeding krijgen van de zorgverzekeraars;
- dat de ICT infrastructuur in de huisartsenpraktijk, of bij patiënten thuis, een struikelblok kan zijn bij de implementatie van een e-health-toepassing;
- dat het landelijke beleid rondom e-health de opschaling ervan nog te weinig bevordert.

De resultaten uit de interviews met de zorgverzekeraars sluiten goed aan bij de resultaten uit de casestudie-interviews bij huisartsen. Zorgverzekeraars geven namelijk ook aan dat een visie met betrekking tot het inzetten van e-health in de praktijk, een gevoel van urgentie om een bepaald probleem op te lossen met behulp van e-health en voldoende draagvlak om een e-health-toepassing te implementeren belangrijke factoren zijn om de implementatie of opschaling van een e-health-toepassing te laten slagen. Dit zijn dan ook factoren die zorgverzekeraars meenemen bij de beoordeling van e-health-toepassingen. Daarnaast betrekken zij bij de beoordeling van aanvragen over e-health veelal de volgende eisen:

- De aanvraag bevat een goed onderbouwd en duidelijk inhoudelijk plan;
- Er is een goed onderbouwde en duidelijke business case;
- De toepassing is opschaalbaar naar andere praktijken en/of regio's.

De zorgverzekeraars merken op dat huisartsen over het algemeen relatief weinig aanvragen doen voor e-health-toepassingen en dat dit vaak door een select groepje voorlopoperende (early adopters) huisartsen(organisaties) gebeurt. Zij spelen daartoe zelf steeds meer een actievere rol bij de implementatie en opschaling van e-health-toepassingen.

Daarnaast komt de lijst van al vergoede e-health-toepassingen door zorgverzekeraars ook gedeeltelijk overeen met de toepassingen die in de casestudie-interviews bij huisartsenpraktijken naar voren kwamen.

Methoden

De onderzoeksvragen zijn beantwoord door middel van een combinatie van kwantitatief onderzoek en kwalitatief onderzoek, namelijk:

- een samenvatting van relevante data uit de eHealth-monitors van 2018 en 2019;
- Raadpleging van een drietal relevante bronnen (zie hieronder) om veelbelovende en/of succesvolle e-health-toepassingen binnen de huisartsenzorg, die hieruit blijken, te identificeren;
- multiple casestudies waarbij goede voorbeelden van gebruik en implementatie van e-health in de huisartsenzorg zijn bestudeerd bij zeven huisartsenpraktijken;

- Interviews met zorgverzekeraars waarbij tevens goede voorbeelden van e-health-toepassingen zijn besproken.

Voor de eHealth-monitors is gebruik gemaakt van vragenlijstonderzoek onder verschillende doelgroepen in de zorg, waaronder huisartsen, verpleegkundigen, praktijkondersteuners en patiënten (zie Bijlage E). Voor het kwantitatieve deel van het huidige onderzoek hebben we gegevens over het gebruik van e-health door huisartsen en praktijkondersteuners gebruikt.

In overleg met de begeleidingscommissie is een drietal relevante bronnen geraadpleegd om te bepalen welke veelbelovende en/of succesvolle e-health-toepassingen er al worden gebruikt in de Nederlandse huisartsenzorg. Dit zijn de eHealth-monitor van 2014, Zelfzorg Ondersteund en het National e-health Living Lab (NeLL). In de maanden december 2019 en januari 2020 is er binnen deze bronnen gezocht naar veelbelovende en/of succesvolle e-health-toepassingen die in deze bronnen naar voren kwamen.

De zeven huisartsenpraktijken voor de casestudies zijn gedeeltelijk geworven vanuit het eigen huisartsennetwerk van het Nivel. Daarnaast zijn huisartsen door de begeleidingscommissie aangedragen en zijn er praktijken benaderd die via de (sociale) media aandacht hebben gekregen, vanwege een succesvolle e-health-toepassing die zij hebben geïmplementeerd. Deze praktijken hebben zelf e-health-toepassingen aangedragen waarmee zij goede ervaringen hebben. De interviews met huisartsen en patiënten in het kader van de casestudies zijn gehouden en geanalyseerd aan de hand van een topiclijst die gebaseerd was op de modellen van Knoster (1991) en Damschroder (2009). Naast de zeven praktijken waren er nog acht praktijken die uiteindelijk niet konden deelnemen aan een interview. Deze praktijken hebben wel e-health-toepassingen aangedragen waarmee zij goede ervaringen hebben.

Om het perspectief van zorgverzekeraars mee te nemen, heeft ZN de volgende vraag over succesvolle voorbeelden van e-health-toepassingen uitgezet onder alle zorgverzekeraars via hun zorgverzekeraarsplatform:

Welke voorstellen met betrekking tot e-health-toepassingen zijn goedgekeurd door de zorgverzekeraar en welke niet? Wat zijn redenen voor goed- of afkeuring?

Omdat hierop geen reacties zijn binnengekomen, heeft ZN contactgegevens van de zorgverzekeraars aan het Nivel doorgegeven zodat het Nivel zorgverzekeraars rechtstreeks kon benaderen met deze vraag. Hierop zijn reacties van tien zorgverzekeraars gekomen. Daarnaast zijn er aanvullende interviews gehouden met vijf zorgverzekeraars in Nederland. Deze interviews zijn gehouden en geanalyseerd aan de hand van een topiclijst (Bijlage E).

Hoe nu verder?

De casestudies en interviews laten zien dat e-health zowel huisartsen als patiënten echt iets kan opleveren. In de meeste gevallen wordt het door praktijken ingezet voor een betere zorgverlening op een efficiëntere manier. Voor dit onderzoek hebben wij tijdens de casestudies vooral gesproken met de 'innovators' en 'early adopters', oftewel de eerste groep huisartsen die e-health heeft geïmplementeerd in de praktijk. Andere huisartsen en de 'early majority', de kritische massa die

noodzakelijk is om implementatie van e-health echt te laten slagen², kunnen de rapportage gebruiken om zelf ook aan de slag te gaan met de implementatie van e-health. In deze rapportage worden daartoe onder andere de succesfactoren en geleerde lessen beschreven die van belang zijn bij de inzet van e-health in de huisartsenzorg. Naar aanleiding van deze rapportage wordt er een infographic gemaakt waarin visueel wordt weergegeven welke implementatiestappen belangrijk zijn bij de inzet of opschaling van e-health. Deze infographic biedt ook een overzicht van de veelgebruikte e-health-toepassingen binnen de huisartsenzorg.

² Berger, P., Nacken, E. & Woltjer, F. (2018). E-health: trage implementatie staat oplossing in de weg.

<https://www.tias.edu/kennisgebieden/detail/health/detail/e-health-trage-implementatie-staat-oplossing-in-de-weg>

1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden allereerst de achtergrond en aanleiding van het onderzoek beschreven. Daarna worden het doel en de twee bijbehorende onderzoeksvragen van dit onderzoek geformuleerd.

1.1 Achtergrond en aanleiding onderzoek

Eind juni 2018 hebben de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV), InEen, Patiëntenfederatie Nederland, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) het hoofdlijnenakkoord huisartsen afgesloten^{3,4,5}. In dit hoofdlijnenakkoord zijn onder andere afspraken gemaakt over het voorkomen, verplaatsen en vervangen van zorg in de vorm van 'Juiste zorg op de juiste plek' en de rol daarin voor digitalisering en de ontwikkeling van ICT-zorginfrastructuur in de huisartsenzorg. Om de juiste zorg op de juiste plek aan de patiënt te kunnen verlenen, is een essentiële voorwaarde dat zorgverleners, patiënten en zorgverzekeraars op het juiste moment beschikken over de juiste informatie en middelen.

Daarnaast hebben huisartsen, VWS en andere partijen in 2018 de Health Deal ondertekend met daarin een grote rol voor e-health, preventie, zelfmanagement en zelfregie door de patiënt. Vanuit deze deal is er behoefte aan meer kennis over de implementatie en doelmatigheid van e-health in de praktijk⁶. Verder laat een recent onderzoek van de LHV zien dat er binnen de avond-, nacht- en weekenddiensten (ANW-zorg) veel knelpunten zijn en een hoge werkdruk ervaren wordt. 'Out of the box' pilots, waaronder de inzet van e-health, kunnen mogelijk een belangrijke rol spelen in het verlichten van de toenemende druk op deze zorg⁷. Zo loopt er een inventarisatie naar het hoge aantal contacten voor laagurgente klachten en een mogelijke rol daarin voor de doorontwikkeling van thuisarts.nl. Meer inzicht in dergelijke succesvolle e-health-toepassingen die beschikbaar zijn binnen de huisartsenzorg, biedt huisartsen een mogelijkheid om deze toepassingen te implementeren in de praktijk om daarmee de kwaliteit van de zorg te waarborgen of te verbeteren en de zorg financieel toegankelijk te houden voor iedereen die zorg nodig heeft.

1.2 Doel en onderzoeksvragen

Om enerzijds de kwaliteit van zorg voor de patiënt te verbeteren en de zelfregie van de patiënt te verhogen, en anderzijds de administratielast en werkdruk voor zorgverleners te verlagen, is het van belang om ervoor te zorgen dat veilige, doelmatige en bewezen effectieve e-health-toepassingen binnen de looptijd van het akkoord (2019-2022) een regulier onderdeel van goede zorg worden en beschikbaar zijn voor iedere patiënt die hiervan gebruik kan en wil maken. Uit de eHealth-monitors

³ Jan Erik de Wildt. Hoofdlijnenakkoord huisartsenzorg. De eerstelijns. september 2018

⁴ Kamerbrief over Onderhandelaarsakkoord huisartsenzorg 2019-2022. 29-06-2018

⁵ Rijksoverheid. Bestuurlijk akkoord huisartsenzorg 2019-2022. 11-07-2018

⁶ Health Deal: Stimulering gezondheid door persoonlijke preventie via e-health. 15-03-2018.

⁷ Berber Bijma. Het moet anders met de ANW-diensten! LHV DE DOKTER. December 2016.

en recent onderzoek blijkt dat dit niet vanzelf gaat^{8,9,10}. Het doel van dit onderzoek naar succesfactoren voor de implementatie van e-health in de praktijk is om de inzet van e-health in de dagelijkse praktijk te stimuleren.

Om dit doel te bereiken staan twee onderzoeksvragen centraal, te weten:

1. Welke e-health-toepassingen leveren volgens de huisartsenpraktijk, patiënten en zorgverzekeraars een waardevolle bijdrage aan de huisartsenzorg?
2. Wat is er nodig om e-health binnen de huisartsenzorg verder te implementeren?

Ter beantwoording van de eerste onderzoeksvraag geven we een globaal overzicht van succesvolle e-health-toepassingen die **vanuit de praktijk** en via een drietal relevante bronnen naar voren zijn gekomen. Het gaat dan, volgens het hoofdlijnenakkoord, onder andere om toepassingen binnen de volgende themagebieden: meer tijd voor en met de patiënt, de zorg in ANW-uren, het versterken van de organisatie en infrastructuur, zorg voor kwetsbare groepen en ICT- infrastructuur.

Wat betreft de tweede onderzoeksvraag beschrijven we welke factoren, volgens de praktijk, de verdere implementatie van e-health in de reguliere huisartsenzorg beïnvloeden. Het uiteindelijke doel hiervan is om e-health daarbinnen verder op te schalen en in te bedden, zoals afgesproken in het 'hoofdlijnenakkoord huisartsenzorg 2019-2022'.

Bij de beantwoording van deze onderzoeksvragen is de volgende definitie voor e-health gehanteerd, die ook gebruikt wordt in de eHealth-monitors^{8,10}: *Het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën - met name internettechnologie – om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren.*

⁸ Myrah Wouters, Ilse Swinkels, Judith Sinnige, Judith de Jong, Anne Brabers, Britt van Lettow, Roland Friele en Lies van Gennip (2018). E-health in verschillende snelheden. eHealth-monitor 2018. Den Haag: Nictiz; Utrecht: Nivel.

⁹ Huygens M. A patient perspective on e-health in primary care: critical reflections on the implementation and use of online care services, Maastricht University, 2018

¹⁰ Wouters, M., Huygens, M., Voogdt, H., Meurs, M., Groot, J. de, Bruin, K. de, Brabers, A., Hofstede, C., Friele, R., Gennip, L. van. Samen aan zet! eHealth-monitor 2019. Den Haag/Utrecht: Nictiz, Nivel, 2019.

2 Methoden

De onderzoeksvragen zijn beantwoord door middel van een combinatie van kwantitatief en kwalitatief onderzoek, namelijk:

- een samenvatting van relevante data uit de eHealth-monitors van 2018 en 2019, betreffende het gebruik van e-health in de huisartsenzorg en de voor- en nadelen hierbij;
- resultaten over veelbelovende en/of succesvolle e-health-toepassingen in de huisartsenzorg die volgen uit de raadpleging van een drietal relevante bronnen;
- multiple casestudies waarbij goede voorbeelden van gebruik en implementatie van e-health in de huisartsenzorg zijn bestudeerd bij zeven huisartsenpraktijken; en
- interviews met vijf zorgverzekeraars over hun ervaringen met de implementatie en opschaling van e-health in de huisartsenzorg.

2.1 Kwantitatief onderzoek: de eHealth-monitors 2018 en 2019

Uit de reeds verzamelde data voor de eHealth-monitors uit 2018¹¹ en 2019¹², die uitgevoerd zijn door Nictiz en het Nivel, is het gebruik van e-health in de huisartsenzorg en de voor- en nadelen hiervan volgens zorgverleners en zorggebruikers samengevat. Nictiz en het Nivel brengen sinds 2013 op verzoek van het ministerie van VWS jaarlijks de eHealth-monitor uit. De monitor beschrijft de stand van zaken op het gebied van e-health in Nederland. Vraagstellingen in de eHealth-monitor zijn: Welke ontwikkelingen in het gebruik van e-health doen zich in Nederland voor? In welke mate hebben zorggebruikers en zorgverleners e-health tot hun beschikking, in hoeverre wordt hier gebruik van gemaakt, welke ontwikkelingen in de tijd zijn hierbij zichtbaar, welke effecten van e-health worden ervaren en verwacht door zorgverleners en gebruikers, hoe kan e-health bijdragen aan het oplossen van de ervaren knelpunten in de zorg.

Voor deze monitors is gebruik gemaakt van vragenlijstonderzoek onder verschillende doelgroepen in de zorg, waaronder huisartsen, verpleegkundigen, praktijkondersteuners en patiënten. Voor het vragenlijstonderzoek onder artsen is gebruik gemaakt van het KNMG-artsenpanel. In 2019 hebben 232 huisartsen de vragenlijst ingevuld.

2.2 Kwalitatief onderzoek: raadpleging van een drietal relevante bronnen

Om te bepalen welke veelbelovende en/of succesvolle e-health-toepassingen er al worden gebruikt in de Nederlandse huisartsenzorg, heeft het Nivel gezamenlijk met de begeleidingscommissie bepaald welke relevante bronnen hiervoor geraadpleegd zouden kunnen worden. De bronnen die we hebben geraadpleegd zijn:

¹¹ Myrah Wouters, Ilse Swinkels, Judith Sinnige, Judith de Jong, Anne Brabers, Britt van Lettow, Roland Friele en Lies van Gennip (2018). E-health in verschillende snelheden. eHealth-monitor 2018. Nivel: Utrecht. Nictiz: Den Haag.

¹² Myrah Wouters, Martine Huygens, Helene Voogdt, Maaïke Meurs, Janke de Groot, Annemarie Lamain, Karlijn de Bruin, Anne Brabers, Conchita Hofstede, Roland Friele, Lies van Gennip (2019). Samen aan zet! eHealth-monitor 2019. Nivel: Utrecht. Nictiz: Den Haag.

1. de eHealth-monitor van 2014, die tevens door Nictiz en het Nivel is uitgevoerd, waarbij 165 huisartsen gereageerd hebben op de vraag welke type e-health-toepassingen zij op dat moment veelbelovend vonden¹³.
2. Zelfzorg Ondersteund, een coöperatie die als doel heeft om ondersteunde zelfzorg een logisch en integraal onderdeel te maken in het leven voor iedereen met een (chronische) ziekte in Nederland¹⁴. E-health speelt hierbij een belangrijke rol. Daarom hebben zij onderzoek uitgevoerd naar veelbelovende en/of succesvolle voorbeelden van e-health-toepassingen die gebruikt worden en worden genoemd door verschillende praktijken binnen de huisartsenzorg.
3. het National e-health Living Lab (NeLL) , een netwerk bestaande uit onder andere (zorg)consumenten, (zorg)professionals, studenten, wetenschappers en beleidsmakers. Het NeLL faciliteert wetenschappelijk onderzoek naar en validatie en toetsing van e-health-toepassingen¹⁵.

Vervolgens is er in de maanden december 2019 en januari 2020 binnen deze bronnen gezocht naar veelbelovende, succesvolle of bewezen effectieve e-health-toepassingen.

2.3 Kwalitatief onderzoek: multiple casestudies

Een multiple casestudie is een onderzoeksmethode waarbij meerdere 'cases', in dit geval huisartsenpraktijken, gedetailleerd onderzocht worden door middel van het houden van interviews en/of focusgroepen, eventueel aangevuld met een analyse van (beleids)documenten.

Werving en selectie casestudies

De werving van huisartsenpraktijken is vooral verlopen via het eigen huisartsennetwerk van het Nivel. Daarnaast heeft de begeleidingscommissie huisartsenpraktijken aangedragen die wilden deelnemen aan de casestudie. Verder zijn er praktijken benaderd die via de (sociale) media aandacht hebben gekregen omdat zij een succesvolle e-health-toepassing hebben geïmplementeerd. Er is daartoe een wervingstekst opgesteld, waarin huisartsenpraktijken die gebruik maken van e-health, werden opgeroepen zich aan te melden bij de onderzoekers van het Nivel. Deze wervingstekst is in de maanden augustus en september 2019 per e-mail rondgestuurd aan ruim 60 huisartsenpraktijken en verspreid via sociale media. Via deze communicatielijnen hebben 15 praktijken zich aangemeld. Deze praktijken ontvingen een korte vragenlijst waarin gevraagd werd naar de e-health-toepassingen waarmee ze goede ervaringen hebben. Ook kregen ze een aantal vragen over de praktijksituatie en het type e-health-toepassingen dat ze gebruiken (Bijlage A). Op die manier kon er bij de inclusie van praktijken gekeken worden of alle themagebieden uit het hoofdlijnenakkoord gedekt waren, of er een variatie aan organisatievormen binnen de huisartsenzorg (solo-, duo- en groepspraktijken, zorggroepen, gezondheidscentra, huisartsenposten en het aantal patiënten) aanwezig was, en of er sprake was van voldoende regionale spreiding. Alle aangemelde praktijken zijn vervolgens geïnccludeerd voor dit onderzoek.

¹³ Krijgsman, J., Peeters, J., Burghouts, A. Op naar meerwaarde - eHealth-monitor 2014. TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen: 2015, 93(2), 58-59

¹⁴ <https://zelfzorgondersteund.nl/zorgverlener/over-zelfzorg-ondersteund/>

¹⁵ <https://nell.eu/over-nell>

Dataverzameling

Niet alle aangemelde praktijken wilden of konden uiteindelijk ook meedoen met de casestudies. De redenen die hiervoor genoemd werden door de praktijken, waren drukte, ziekte of te weinig ervaring met succesvolle e-health-toepassingen. Uiteindelijk namen zeven huisartsenpraktijken deel aan het onderzoek, die op verschillende plekken in Nederland gevestigd zijn en gezamenlijk succesvolle e-health-toepassingen hadden uit alle verschillende themagebieden uit het hoofdlijnenakkoord (Tabel 1). Voorafgaande aan de casestudies werd er met behulp van een tweede vragenlijst een inventarisatie gedaan naar de inzet van e-health binnen het zorgteam (Bijlage B). Vervolgens werd bij elke praktijk een (telefonisch) interview gehouden met de betrokken zorgverleners, zoals de huisarts(en), praktijkondersteuner(s) (POH) en/of praktijkmanager(s) die het meeste wist(en) over de inzet van e-health-toepassingen binnen de praktijk (7 huisartsen, 2 POH's en 1 praktijkmanager). Omdat de huisarts toch vaak de 'trekker' was van de implementatie van e-health, zeggen we in het vervolg van dit rapport 'huisarts(en)' als we het over deze verschillende zorgverleners hebben. Daarnaast is de huisartsen gevraagd een aantal patiënten aan te dragen voor een (telefonisch) interview, in het geval het een toepassing betrof die voor zowel zorgverleners als patiënten bedoeld was. Daarbij zijn er in totaal 11 patiënten geïnterviewd, waarvan er 7 mannelijke patiënten waren en 4 vrouwelijke patiënten. In totaal zijn er 3 verschillende toepassingen met hen besproken, een patiëntportaal (*Uw Zorg online*, N=6), een communicatieplatform (*VIP Live*, N=1), en een zelfmanagement toepassing (*Chipmunk Health*, N=3).

Meer informatie over de besproken toepassingen is weergegeven in Tabel 2. Alle deelnemers aan de interviews hebben een 'informed consent'-formulier ondertekend. Tijdens de interviews waren er naast de geïnterviewde huisartsen of patiënten, een gespreksleider en een notulist aanwezig.

Tabel 1. Kenmerken deelnemende praktijken volgens de huisarts die betrokken was bij het onderzoek

Praktijk	Provincie (plaats)	Type praktijk ¹	Aantal ingeschreven patiënten	Thema ²
1	Noord-Holland (Amsterdam)	2, 4, 6	7.300	1, 2, 4, 5, 6, 7, 8
2	Overijssel (Haaksbergen)	1	2.950	6, 7, 8
3	Noord-Holland (Egmond aan de Hoef)	3	5.200	2, 3, 5, 6, 7
4	Noord-Holland (Warmenhuizen)	3	2.350; 7.100*	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
5	Utrecht (Driebergen)	2, 5, 6	2.300	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
6	Limburg (Sittard)	3	6.500	1, 2, 7, 8
7	Zuid-Holland (Alphen aan den Rijn)	1, 5	2.950; 11.000*	4, 7, 8

¹Type praktijk: 1. Solopraktijk; 2. Duopraktijk; 3. Groepspraktijk; 4. Zorggroep; 5. Gezondheidscentrum; 6. Huisartsenpost.

²Thema's waarbinnen de e-health ingezette toepassingen passen: 1. ANW-zorg; 2. Domeinoverstijgende zorg; 3. Juiste zorg op de juiste plek; 4. Meer tijd voor de patiënt; 5. Multidisciplinaire zorg voor kwetsbare groepen; 6. Optimalisatie van de praktijkvoering; 7. Samenwerking en/of communicatie met collega professionals; 8. Zelfmanagement, support en/of dialoog met de patiënt/burger.

*Het eerste getal geeft het aantal patiënten voor de eigen praktijk van de huisarts weer, het tweede getal het aantal patiënten in de groepspraktijk of het gezondheidscentrum waar de huisarts onderdeel van is.

De interviews zijn afgenomen aan de hand van een vooraf opgestelde topiclijst. De topics van de interviews zijn gebaseerd op deskresearch (zie Bijlagen C en D voor de topiclijsten voor huisartsen en patiënten). Uitgangspunt bij deze topics zijn voornamelijk thema's uit bestaande

implementatiemodellen, namelijk het Consolidated Framework for Implementation Research (2009)¹⁶ en het Model van Knoster voor het managen van complexe verandering (1991)¹⁷. Daarnaast was er ook ruimte voor mogelijke nieuwe thema's. De topiclijst kon worden aangepast na elk interview. Dit bleek echter niet nodig te zijn, waarschijnlijk doordat de topiclijst al vaker gebruikt was door het Nivel voor een soortgelijk onderzoek naar de implementatie van e-health-toepassingen¹⁸. De interviews werden vervolgens uitgewerkt in een verslag, wat ter goedkeuring is voorgelegd aan de geïnterviewde personen.

Data-analyse

Er is gebruik gemaakt van een thematische analyse, die is uitgevoerd door drie onderzoekers (AV, JK en MM). Thematische analyse is een veel gebruikte methodiek binnen kwalitatief onderzoek en bestaat uit het fragmenteren, coderen en analyseren van onderliggende thema's. Voor het coderen is er deels gebruik gemaakt van de hiervoor genoemde bestaande implementatiemodellen (het Model van Knoster voor het managen van complexe verandering (1991) en het Consolidated Framework for Implementation Research (2009)).

2.4 Kwalitatief onderzoek: interviews zorgverzekeraars

Om het perspectief van zorgverzekeraars mee te nemen, is er een vraag over veelbelovende e-health-toepassingen in de huisartsenzorg uitgezet onder alle zorgverzekeraars in Nederland. Daarnaast is er met vijf zorgverzekeraars een interview gehouden.

Werving en selectie casestudies

De werving van de zorgverzekeraars is verlopen via ZN. Zij hebben daartoe in de maand januari 2020 de volgende vraag uitgezet onder alle zorgverzekeraars via hun zorgverzekeraars-platform:

Welke voorstellen met betrekking tot e-health-toepassingen zijn goedgekeurd door de zorgverzekeraar en welke niet? Wat zijn redenen voor goed- of afkeuring?

Op deze vraag zijn er geen reacties via het zorgverzekeraars-platform binnengekomen. Daartoe heeft ZN contactgegevens van de zorgverzekeraars aan het Nivel doorgegeven zodat het Nivel de zorgverzekeraars rechtstreeks kon benaderen met deze vraag. Hierop hebben in totaal tien zorgverzekeraars gereageerd. Vervolgens is er met vijf zorgverzekeraars een uitgebreid interview gehouden, waarbij er is ingegaan op welk e-health-beleid zij hebben voor de huisartsenzorg, hoe het aanvraagproces voor e-health-toepassingen is georganiseerd, aan welke eisen e-health-initiatieven moeten voldoen, hoe de bekostiging van e-health is geregeld en welke volgens hun veelbelovende e-health-toepassingen zij al vergoeden en waarom. Alle deelnemers aan de interviews hebben toestemming gegeven voor het interview door middel van het tekenen van een 'informed consent'-formulier of door hun toestemming per e-mail te bevestigen. Tijdens de interviews waren er naast de geïnterviewde deelnemer(s) van de zorgverzekeraar, steeds een of twee onderzoekers vanuit het Nivel aanwezig om het gesprek te leiden en te notuleren.

¹⁶ Damschroder, L.J., Aron, D.C., Keith, R.E., Kirsh, S.R., Alexander, J.A. & Lowery, J.C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science *Implementation Science* 2009(4).

¹⁷ Knoster, T. (1991). *Managing Complex Change Model*. In: TASH Conference, Washington D.C., adapted by Enterprise Group, Ltd.

¹⁸ Meurs, M., Huygens, M., Keuper, J., Groot, J. de, Friele, R. *Slimme zorg thuis bij COPD en hartfalen: ervaringen en ambities van vijf voorloper initiatieven*. Utrecht: Nivel, 2019.

De interviews zijn afgenomen aan de hand van een vooraf opgestelde topiclijst. De topics van de interviews zijn gebaseerd op de resultaten uit de casestudie-interviews met huisartsenpraktijken en patiënten (zie Bijlage E voor de topiclijsten voor zorgverzekeraars). De topiclijst kon worden aangepast na de eerste twee interviews. Dit bleek uiteindelijk niet nodig te zijn. De interviews werden vervolgens uitgewerkt in een verslag, wat ter goedkeuring is voorgelegd aan de geïnterviewde personen.

Data-analyse

Bij de data-analyse van de interviews met de zorgverzekeraars is er ook gebruik gemaakt van een thematische analyse, zoals die is gedaan bij de casestudies en die is uitgevoerd door drie onderzoekers (JK, JDJ en MM) van het Nivel.

3 Resultaten

Onderzoeksvraag 1: Welke e-health-toepassingen leveren volgens de huisartsenpraktijk, patiënten en zorgverzekeraars een waardevolle bijdrage aan de huisartsenzorg?

Om deze eerste onderzoeksvraag te beantwoorden, hebben we gebruik gemaakt van zowel kwantitatieve als kwalitatieve databronnen. De kwantitatieve data is afkomstig uit de twee meest recente eHealth-monitors, de kwalitatieve data is verworven door middel van bronnenraadpleging, de vragenlijsten die we hebben voorgelegd aan de geïnccludeerde huisartsenpraktijken en de vraag die we hierover hebben gesteld aan de zorgverzekeraars in Nederland. Op basis hiervan is er een 'longlist' samengesteld van veelbelovende e-health-toepassingen (zie Tabel 2). Hierbij is er gekeken naar het doel van de toepassing en is er een groepering gemaakt naar de volgende typen e-health-toepassingen:

- Communicatie platforms
- Informatieve apps
- Beslis-ondersteunende toepassingen
- Patiëntportalen
- Patiëntdossiers
- Digitale meetapparatuur
- Telemonitoring/zelfmanagement apps
- Digitale (GGZ) zelfhulp-/behandelprogramma's

In Tabel 2 is terug te vinden onder welk type e-health de verschillende toepassingen uit deze longlist vallen. Onder Tabel 2 wordt vervolgens beschreven wat de typen e-health-toepassingen karakteriseert.

3.1 Kwantitatief onderzoek: resultaten uit recente eHealth-monitors

3.1.1 De eHealth-monitors 2018 en 2019

Stand van zaken over het gebruik van en ervaring met e-health in de huisartsenzorg

Hieronder staan de belangrijkste bevindingen uit de eHealth-monitors van 2018 en 2019, specifiek voor huisartsenzorg. De tabellen, waaruit deze bevindingen komen, staan in bijlage F. Bij elke bevinding wordt er naar een tabel in bijlage F verwezen. De e-health-toepassingen die naar voren komen uit deze monitors zijn ook opgenomen in de longlist (zie Tabel 2).

Visie en plan

Meer dan de helft van de huisartsen (59%) en bijna driekwart (73%) van de verpleegkundigen is welwillend of enthousiast over het gebruik van digitale toepassingen in de zorg (Tabel 1.9). Ruim de helft van de huisartsen (55%) geeft aan dat er bij de praktijk een visie bekend is als het gaat om het gebruik en de inzet van digitale zorgtoepassingen (zoals online inzage, e-consult, online afspraken maken) (2018; Tabel 2.1). Van de praktijken met een visie is bijna driekwart (72%) bereid om tijd en geld te steken in nieuwe ontwikkelingen (2018; Tabel 2.4). Ongeveer twee vijfde (39%) geeft aan dat er voor dat jaar concrete doelstellingen geformuleerd zijn over het gebruik en inzet van digitale zorgtoepassingen (2018;

Tabel 2.2). Ruim een derde (35%) van alle deelnemende huisartsen geeft aan dat de praktijk digitale zorg opgenomen heeft in de jaarlijkse begroting (2018; Tabel 2.11).

Over de gevolgen van ICT-toepassingen op de werkdruk is men verdeeld: ongeveer de helft van de huisartsen en verpleegkundigen in de huisartsenzorg is van mening dat ICT-toepassingen in de zorg de werkdruk zowel verminderen als verergeren (Tabel 1.8). Als het gaat om het gebruik van apps, programma's of systemen die hij of zij nog niet kent, geeft 60% van de huisartsen en 80% van de verpleegkundigen aan snel te leren omgaan met het gebruik ervan (Tabellen 2.12 en 2.18).

Stand van zaken bij specifieke toepassingen

Online contact en patiëntportaal

Online contactmogelijkheden met de praktijk zijn in de meeste gevallen aanwezig; 59% van de huisartsen geeft aan dat er via internet een afspraak gemaakt kan worden, 82% geeft aan dat via internet een herhaalrecept bij de huisarts aangevraagd kan worden, 68% geeft aan dat een medisch inhoudelijke vraag stellen via beveiligde e-mail, portaal of app mogelijk is (Tabel 2.21). Van de huisartsen geeft 39% aan dat het binnen de praktijk mogelijk is om patiënten inzage te geven in voorgeschreven medicatie. Ook geeft 22% van de huisartsen aan dat patiënten inzage hebben in de gestelde diagnoses (2019; Tabel 2.1). Hierbij zien we een stijgende trend over de jaren (Tabel 2.2). Van de verpleegkundigen die werkzaam zijn in de huisartsenzorg geeft 42% aan dat er binnen de praktijk wordt gewerkt met een patiëntportaal (Tabel 2.5). Van de overige verpleegkundigen die werkzaam zijn in de huisartsenzorg geeft 19% aan dat er wel plannen zijn om dit binnen een jaar toe te passen (Tabel 2.5). Van de verpleegkundigen die aangeven dat er binnen de praktijk wordt gewerkt met een patiëntportaal, ervaart 65% dat dit de zelfredzaamheid van de patiënt bevordert (Tabel 2.18). Overigens denkt ruim de helft (57%) dat patiënten moeite hebben om het te gebruiken (Tabel 2.19).

Videoconsulten

Geen enkele huisarts geeft aan dat een videoconsult mogelijk is.¹⁹ Bijna twee derde (64%) van de huisartsen verwacht dat ze daarbij een minder goed beeld van de patiënt krijgen dan bij face-to-face contact. Bijna de helft (48%) geeft aan dat ze verwachten dat beeldbellen meer inspanning kost dan dat het aan voordelen oplevert. Iets meer dan de helft (52%) van de huisartsen verwacht echter wel dat beeldbellen gemak oplevert voor de patiënt (Tabel 4.13 en 4.14).

Websites met gezondheidsinformatie

Meer dan 90% van de huisartsen raadt een website of apps met gezondheidsinformatie aan, zoals *Thisarts* of *Moet ik naar de dokter?* (Tabel 2.37).

Telemonitoring

Telemonitoring is het op afstand monitoren van patiënten door zorgverleners. Dat kan bijvoorbeeld door gebruik te maken van digitale thuismeet-apparatuur of zelfmanagement toepassingen. Van de huisartsen geeft 15% aan dat telemonitoring wordt gebruikt binnen de praktijk en 5% geeft aan dat er plannen zijn om het binnen 1 jaar mogelijk te maken (Tabel 3.6). Iets meer dan de helft (56%) geeft aan het wel relevant te vinden, maar dat er nog geen plannen zijn om het mogelijk te maken. De helft van de huisartsen (50%) vindt het gebruik van telemonitoring zinvol voor 10% of minder van de patiënten (tabel 3.8). De hoogst ervaren voordelen van telemonitoring door huisartsen zijn dat het de zelfredzaamheid

¹⁹ Een kanttekening hierbij is dat dit resultaten betreffen uit 2018 en 2019. Ten tijden van het schrijven van dit rapport zijn huisartsen veelvuldig gebruik gaan maken van het videoconsult vanwege de coronacrisis

van de patiënt bevordert (62%) en dat het de kwaliteit van zorg in de praktijk verbetert (40%). Verder zijn voordelen ervan dat het de huisarts in staat stelt het behandelplan beter af te stemmen op de situatie van de patiënt (38%) en dat het patiënten en/of naasten tijd bespaart (38%) (tabel 3.10). Het hoogst ervaren nadeel van telemonitoring door huisartsen is dat het de ondersteuners veel tijd kost (38%). Ongeveer een kwart (24%) ervaart dat patiënten en/of naasten hierdoor vaker contact opnemen (Tabel 3.12).

Elektronische gegevensuitwisseling met andere zorgverleners

Elektronische gegevensuitwisseling met andere huisartsenpraktijken gebeurt vaker binnen de regio (65%) dan buiten de regio (34%). Er wordt nog weinig elektronisch uitgewisseld met verpleeghuizen (15%) en thuiszorgorganisaties (23%) (Tabel 5.3). Van de huisartsen vindt 62% het wenselijk om elektronische gegevens uit te wisselen met verpleeghuizen en wijkverpleegkundigen, maar kan dit nu niet (Tabel 5.3). Een overzicht van ontslagmedicatie van de patiënt van een ziekenhuis is mogelijk bij 55% van de huisartsen en gewenst door 42% van degenen die het niet gebruiken (Tabel 5.8). Bij bijna driekwart (73%) van de huisartsen is het mogelijk om op afstand, digitaal een oordeel te vragen aan een medisch specialist over een casus, verzamelde meetwaarden en/of beelden (teleconsultatie) (Tabel 5.15).

3.2 Kwalitatief onderzoek: raadpleging relevante bronnen, casestudies en interviews

3.2.1 Bronnenraadpleging veelbelovende voorbeelden van e-health-toepassingen

Uit de geraadpleegde informatiebronnen zijn er verschillende, volgens deze bronnen, veelbelovende, succesvolle en/of bewezen effectieve e-health-toepassingen naar voren gekomen. Zo werden in de eHealth-monitor 2014 onder andere het online afspraken inplannen en het e-consult regelmatig genoemd door huisartsen als veelbelovende e-health-toepassingen.²⁰ Daarnaast heeft Zelfzorg Ondersteund in samenwerking met het NHG recent een rapport gepubliceerd waarin vijf huisartsenpraktijken goede voorbeelden benoemen van e-health-toepassingen die zij inzetten op de praktijk. Hierbij werden digitale behandelprogramma's genoemd zoals MindDistrict en digitale zelfmanagement apps zoals GezondheidsmeterPGO.²¹ Verder heeft het NeLL enkele goede voorbeelden van e-health-toepassingen gepubliceerd, zoals de zelfmanagement app PPEP4ALL.²² Alle toepassingen die uit deze verschillende bronnen naar voren komen, zijn terug te vinden in de longlist in Tabel 2.

3.2.2 Veelbelovende voorbeelden van e-health-toepassingen uit de casestudies en de interviews met zorgverzekeraars

Uit de vragenlijsten die voorafgaand aan de casestudies per e-mail zijn voorgelegd aan de 15 aangemelde huisartsenpraktijken, kwamen veel verschillende e-health-toepassingen naar voren. De vetgedrukte toepassingen in de tabel hieronder zijn uitvoerig besproken tijdens de interviews met de zeven huisartsenpraktijken. Op basis van de reactie op de vraag welke e-health-toepassingen door de

²⁰ Krijgsman, J., Peeters, J., Burghouts, A. Op naar meerwaarde - eHealth-monitor 2014. TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen: 2015, 93(2), 58-59

²¹ Zelfzorg Ondersteund: Vijf voorbeelden van digitale zorg in de praktijk. 6-12-2019.

²² ICT&health: NeLL valideert e-health die echt werkt. Nr. 3/2019, 58-61.

zorgverzekeraars zijn goedgekeurd en de interviews, is het onderstaande overzicht verder aangevuld. Per toepassing worden de volgende karakteristieken weergegeven in Tabel 2:

- type toepassing;
- naam toepassing;
- het thema/de thema's waarbinnen de ingezette e-health-toepassing volgens de praktijk past;
- link met meer informatie over de toepassing, indien deze beschikbaar is voor de specifieke toepassing.

Tabel 2. Overzicht e-health-toepassingen

Type toepassing	Naam toepassing	Thema ¹	Meer informatie
Communicatie apps voor zorgverleners onderling		2, 3, 5, 6, 7, 8	
	ZichtopZorg	2, 3, 5, 6, 7	Zichtopzorg.com
	Siilo	6, 7, 8	Siilo.nl
	Ksyos TeleDiagnostiek	7	Ksyos.nl
	ZorgDomein	2, 7	Zorgdomein.nl
	TeleDermatologie	7	-
	TeleCardiologie	7	-
	TeleNefrologie	7	-
	TeleSpirometrie	7	-
	Zorgmail	2, 6, 7, 8	Zorgmail.nl
	E-meedenkconsult	7	-
	Prisma	7	Prisma.team
	Slack	6	Slack.com
Communicatie apps voor zorgverlener en patiënt		1, 2, 5, 6, 7, 8	
	Ncare	2	Ncare.nl
	Ozo verbindzorg	2, 5, 7	Ozoverbindzorg.nl
	Beveiligde e-mail huisartspraktijk	8	-
	VIP Live	2, 5, 6, 7, 8	Viplive.nl
	Beeldbellen spoedpost	1, 8	-
	De Nationale Huisartsenpost	1, 8	Dnhp.nl
	Facetalk	7, 8	Facetalk.nl
	App de verpleegkundige	8	App/Play Store
	App de dokter	8	App/Play Store
	SOS-arts	8	Sos-arts.nl
	Hallo Dokter	8	Hallodokter.nl
	Doktr.nl	8	Doktr.nl
	Doctena	8	nl.doctena.nl
	BeterDichtbij	8	Beterdichtbij.nl
	Mag ik Meekijken	1	-
	SMS voor afspraken	1	-
Informatieve apps voor patiënten		1, 3, 4, 6, 8, 9	
	Moet ik naar de dokter app	1, 3, 6, 8	Moetiknaardedokter.nl
	Thuisarts.nl	1, 3, 4, 8	Thuisarts.nl

	Inforium	4	Inforium.nl
	Huisartsenpraktijk.nl	4, 8, 9	Huisartsenpraktijk.nl
	Digitaal wachtkamerscher	9	-
Beslis-ondersteunende apps voor zorgverleners		1, 3, 6	
	NHG-doc	6	Nhgdoc.nl
	ELV afwegingsinstrument	3	Lhv.nl
	Pacmed	6, 9	Pacmed.ai/nl
	Farmacotherapeutisch Kompas	1	Farmacotherapeutischkom pas.nl
Patiëntportaal voor patiënten		1, 2, 3, 4, 6, 8	
	Uw Zorg online	1, 3, 4, 6, 8	Uwzorgonline.nl
	MijnGezondheid.net (MGN)	3, 6, 8	Mijngezondheid.net
	PAZIO	6, 8	Pazio.nl
	Mijn huisarts app	6	Transhis.nl
	Dokter Dichtbij app	3, 6, 8	Mijndokterapp.nl
	Mijnnwz.nl	2	Nwz.nl
Digitale patiëntdossiers voor zorgverleners		5, 6, 7, 8	
	Helder	7	Helder.health
	Care2U	5	Care2u.nl
Digitale meetapparatuur voor zorgverleners		1, 9	
	Vitalsigns	1	-
	Kardia Pro device	9	-
	Taprate	1	-
	Handyscope device	9	-
Zelfmanagement apps voor patiënten		2, 4, 8	
	MiGuide	2, 8	Miguide.nl
	Chipmunk Health	8	Chipmunkhealth.com
	Philips VitalHealth Engage	4, 8	Philips.nl
	Ksyos Teleholter	2	Ksyos.nl
	Calculus VIP app	2, 5, 6, 8	Ikbenvip.nl
	Luscii	8	Luscii.com
	MonitAir	8	Monitair.com
	PPEP4ALL	8	Ppep4all.nl
	GezondheidsmeterPGO	8, 9	Gezondheidsmeter.nl/site/
	SkinVision	8	Skinvision.com/nl
	OSAsense	8	Osasense.com
	WatchPAT	8	-
	Happi HIV app	8	Happiapp.nl
	The box	8	Hartlongcentrum.nl
	SamenGezond	8	Samengezond.nl
	Health Mate app	8	App of Play Store
	Robots (in de ouderenzorg)	9	-
Digitale (GGZ) zelfhulp-/		3, 4, 8, 9	

behandelprogramma's			
	Therapieland GGZ	3, 4, 8	Therapieland.nl
	Minddistrict	3, 8, 9	Minddistrict.com
	e-Coach	8	Nell.eu/projecten/e-coach
	Positief leven met hiv	8	Zelfpositiefleven.nl
	NewHealth Collective	3, 4, 8, 9	Newhealthcollective.nl
	Virtual Reality bij angst of pijn	9	-
	ReMind	8	Etz.nl/TopZorg/Cognitieve-revalidatie

¹Thema's waarbinnen de e-health ingezette toepassingen passen: 1. ANW-zorg; 2. Domeinoverstijgende zorg; 3. Juiste zorg op de juiste plek; 4. Meer tijd voor de patiënt; 5. Multidisciplinaire zorg voor kwetsbare groepen; 6. Optimalisatie van de praktijkvoering; 7.

Samenwerking en/of communicatie met collega professionals; 8. Zelfmanagement, support en/of dialoog met de patiënt/burger; 9. Anders

Op basis van de gegevens uit de recente eHealth-monitors, de bronnenraadpleging, de vragenlijsten die we voorafgaand aan de casestudies hebben uitgezet en de interviews met de zorgverzekeraars is er een grote lijst samengesteld met voorbeelden van e-health-toepassingen die succesvol worden gevonden voor gebruik in de huisartsenzorg. Omdat veel van deze toepassingen hetzelfde doel dienen en van hetzelfde type zijn, hebben we op basis daarvan een onderverdeling gemaakt met een korte beschrijving van deze 'e-health-groepen':

- **Communicatieplatforms:** Platforms voor (beveiligde) communicatie tussen zorgverleners onderling, of tussen zorgverlener en patiënt, rondom de (complexe) zorg van patiënten. Communicatie vindt daarbij plaats door middel van e-mail, een telefoonverbinding of een videoverbinding. Meestal neemt de huisartsenpraktijk deze dienst af via een externe leverancier tegen een relatief laag abonnementsstarief. De benodigde tijdsinvestering voor de implementatie ervan wordt over het algemeen meer, wanneer er complexere communicatiestructuren benodigd zijn. In het geval van de toepassing Siilo is het gebruik bijvoorbeeld kosteloos en is de tijdsinvestering voor de implementatie over het algemeen klein. In het geval van bijvoorbeeld VIP Live is er een grotere financiële- en tijdsinvestering nodig, omdat deze toepassing gekoppeld kan worden met het HIS, meer functionaliteiten biedt dan bijvoorbeeld Siilo en de patiënt zelf ook kan deelnemen in de communicatiestructuur tussen zorgverleners. De baten van dergelijke communicatieplatforms bestaan met name uit veilige en efficiëntere communicatie over vertrouwelijke informatie. Vaak levert het ook tijdswinst op als alternatief voor telefonische communicatie.
- **Informatieve toepassingen:** Toepassingen, zoals websites waarop patiënten en zorgverleners informatie kunnen vinden over (huisartsen)zorg gerelateerde zaken. Omdat informatie over het algemeen openbaar beschikbaar is, zijn deze toepassingen meestal gratis voor de gebruiker. Huisartsenpraktijken kunnen op hun website verwijzen naar dergelijke toepassingen, zoals thuisarts.nl. Een studie naar het effect van thuisarts.nl heeft bijvoorbeeld laten zien dat het aantal fysieke huisartsconsulten door deze toepassing gedaald is.²³ De benodigde tijdsinvestering om dergelijke toepassingen te implementeren in het zorgproces zijn minimaal. Het gaat dan met name om het promoten van dergelijke toepassingen, wat bijvoorbeeld via de website, folders of in gesprek met patiënten gedaan kan worden.

²³ Spoelman WA, Bonten TN, de Waal MW, et al. Effect of an evidence-based website on healthcare usage: an interrupted time-series study. *BMJ Open*: 2016, 6(11).

- Beslis-ondersteunende toepassingen: Applicaties die zorgverleners en/of patiënten kunnen helpen bij het nemen van beslissingen bij het uitvoeren van de benodigde diagnostiek, behandeling of nazorg. Afhankelijk van welke applicatie gebruikt wordt, is het kosteloos beschikbaar of tegen een relatief laag abonnementstarief. Over het algemeen is er ook niet of nauwelijks een tijdsinvestering nodig om deze toepassingen in te bedden in het zorgproces. Het levert zorgverleners een efficiënt hulpmiddel op, om een goed besluit te kunnen nemen over de te leveren zorg aan de patiënt.
- Patiëntportalen: Digitale portalen voor patiënten, waarmee zij altijd, eenvoudig en veilig hun huisartsenzorg online kunnen regelen via de website van de eigen huisartsenpraktijk. De patiënt heeft daarbij inzage in zijn/haar medisch dossier en toegang tot het eigen medicatieoverzicht, de patiënt kan daarnaast eerder voorgeschreven medicijnen digitaal bestellen, online een afspraak inplannen en een e-consult starten. Dit portaal wordt door een externe leverancier geregeld tegen een relatief hoog abonnementstarief van enkele duizenden euro's per jaar per praktijk.²⁴ Verder is er een tijdsinvestering nodig om het systeem te implementeren (bijvoorbeeld voor de koppeling met het eigen HIS) en gezondheidsinformatie up-to-date te presenteren aan patiënten. Eén van de meest genoemde baten van een online patiëntportaal is de tijdswinst die het oplevert, voor zowel patiënt als zorgverlener, omdat het een extra en efficiënter alternatief biedt naast de telefonische communicatie. Daarnaast is het gebruik van het portaal over het algemeen overzichtelijk en bevordert het de zelfregiemogelijkheden voor de patiënt.
- Digitale meetapparatuur: Apparatuur om als zorgverlener bepaalde gezondheidswaarden bij patiënten te meten of te monitoren. Meestal zijn er eenmalige kosten voor de aanschaf van het apparaat of worden deze in combinatie met een applicatie aangeboden door externe leveranciers via een abonnementstarief. Daarnaast kan het de benodigde tijdsinvestering kosten voor huisartsen of ondersteunend personeel om te leren omgaan met de (nieuwe) meetapparatuur en het gebruik ervan op te nemen in de zorgprocessen.
- Telemonitoring/zelfmanagement apps: Toepassingen waarmee patiënten gemonitord kunnen worden door zorgverleners om bepaalde gezondheidswaarden op afstand te meten. Soms kunnen patiënten ook alleen hun eigen waarden monitoren, zonder dat de zorgverlener daarbij betrokken is. In enkele gevallen worden deze toepassingen gratis aangeboden via een pilot. Meestal brengt het kosten met zich mee voor de aanschaf van apparatuur, een koppeling met het HIS/KIS of het gebruik van de applicatie via een abonnementstarief. Het gebruik van dergelijke apps is meestal intuïtief en gebruiksvriendelijk, zodat het een beperkte tijdsinvestering kost om het in te zetten. Het levert huisartsen op de lange termijn vaak tijdswinst op, omdat er bijvoorbeeld minder controle-afspraken op de praktijk nodig zijn en het geeft patiënten meer zelfregie over het eigen zorgproces en minder fysieke belasting.
- Digitale (GGZ) zelfhulp-/behandelprogramma's: Trainingen of modules die digitaal aan patiënten kunnen worden aangeboden om bepaalde (psychische) klachten te verminderen of te verhelpen. De behandelprogramma's worden meestal voor een abonnementstarief aangeboden door externe leveranciers. Daarnaast worden deze modules meestal door ondersteunende functies ingezet, zoals de POH (GGZ). Er is daartoe vaak extra personele inzet vereist en een tijdsinvestering om deze behandelprogramma's in te bedden in het zorgproces. Hier staat tegenover dat zorg op afstand kan worden verzorgd en daarmee minder belastend is voor de patiënt, dat de patiënt meer zelfregie heeft en dat het aantal fysieke consulten verminderd kan worden.

²⁴ Smarthealth. MedMij: hoeveel kosten gaan voor welke baten uit? <https://www.smarthealth.nl/2017/04/06/medmij-kosten-baten-analyse/>

Onderzoeksvraag 2: Wat is er nodig om e-health binnen de huisartsenzorg verder te implementeren?

3.3 Kwalitatief onderzoek: multiple casestudies

Een combinatie van factoren is nodig om e-health binnen de huisartsenzorg verder te implementeren. Om het veld hiervoor handvatten te geven, zijn tijdens de interviews aspecten besproken die hebben bijgedragen aan het succes van de implementatie, maar ook de barrières die er waren/zijn, en hoe deze overwonnen moe(s)ten worden. Dit is hieronder beschreven aan de hand van de thema's uit het Model van Knoster voor het managen van complexe verandering (1991) en uit het Consolidated Framework for Implementation Research (2009). De thema's zijn gecategoriseerd in de onderdelen visie en urgentie, plan, middelen, competenties en omgeving. Bij de beschrijving van de resultaten zijn steeds enkele relevante quotes uit het interview meegenomen, welke cursief en tussen aanhalingstekens staan weergegeven in de tekst.

3.3.1 Visie op en urgentie van het breder implementeren van e-health-toepassingen in de huisartsenzorg?

De patiënten en huisartsen die we interviewden zijn allen positief over de opschaling van de implementatie van e-health-toepassingen die een bijdrage leveren aan de huisartsenzorg. Het bedenken en/of hebben van een visie met betrekking tot het gebruik van e-health en het delen van deze visie met collega's, behoort tot de belangrijkste voorwaarden voor een succesvolle opschaling van e-health, aldus verschillende huisartsen. Hierbij is het volgens de huisartsen belangrijk dat e-health zelf niet het doel is, maar dat er vanuit een bestaand (urgent) probleem of een bestaande (urgente) behoefte wordt geredeneerd, waar e-health een oplossing voor kan zijn. Bij het bedenken van een e-health-visie is het vooral belangrijk om te bepalen welk doel e-health dient, op welke manier het kan worden ingezet en voor welke doelgroep. Als er bijvoorbeeld een urgent probleem opgelost kan worden met e-health, dan zal de kans ook groter zijn dat deze oplossing zal gaan werken. Het is daarbij ook van belang om alle betrokkenen, zoals collega's en patiënten, in dit proces mee te nemen. Daarnaast moet er worden bepaald wie verantwoordelijk is voor het uitdragen en uitvoeren van deze visie en hoe deze verder wordt uitgewerkt.

“Bedenk je visie en betrek je collega's erbij” (huisarts).

“Een doelgroep afbakenen waar je mee wil starten en ze meenemen en informeren” (huisarts).

Wat betreft de visie op, en de urgentie van het breder implementeren van e-health-toepassingen, geven zowel huisartsen als patiënten aan dat ze e-health zien als een mogelijkheid om de reguliere zorg aan te vullen, om deze efficiënter in te richten en bepaalde problemen te helpen oplossen. Het wordt niet ingezet om de reguliere zorg geheel te vervangen. Het is geen doel op zich, maar kan een doel dienen of ter ondersteuning worden ingezet.

“Er moet eerst gekeken worden waar het probleem ligt en hoe deze kan worden opgelost. Mogelijk kan dit worden opgelost met ICT” (huisarts).

Chipmunk Health, één van de besproken zelfmanagement toepassingen om als patiënt thuis onder andere de bloeddruk te kunnen meten, is bijvoorbeeld ontwikkeld vanuit de vraag: “Hoe kunnen we de chronische patiënt beter helpen?” Ook wordt e-health regelmatig ingezet als extra service voor de

patiënt. Dit is bijvoorbeeld het geval bij online patiëntportalen, zoals *MGN* of *Uw Zorg online*, waarmee patiënten onder andere 24/7 vragen kunnen stellen aan de huisarts (e-consult), online afspraken kunnen inplannen (e-afspraken) en herhaalmedicatie kunnen bestellen. De geïnterviewden geven aan dat e-health zorgverleners op deze manier helpt om de werkdruk binnen de praktijk te verlagen en om de continuïteit van de zorgverlening te bevorderen.

Andere positieve uitkomsten van e-health die door huisartsen en patiënten genoemd werden, betreffen de volgende:

- De patiëntgegevens zijn betrouwbaarder (patiëntportalen en zelfmanagement apps), omdat gezondheidswaarden niet handmatig door assistenten ingevoerd hoeven te worden.
- Patiënten hebben meer zelfregie over hun zorg.
- Het werk van huisartsen kan beter georganiseerd worden, namelijk op het moment dat het hen uitkomt.

Tot slot zorgt de veranderende wetgeving voor een gevoel van urgentie om e-health in te zetten, aldus huisartsen: er moet vanaf medio 2020 verplicht online inzage in gegevens van patiënten worden gegeven aan zowel de patiënt als aan de bij hem/haar betrokken zorgverleners. Hieronder gaan we verder in op deze verschillende aspecten die bevorderend zijn voor het implementeren van e-health. Naast positieve aspecten zijn er ook risico's genoemd die komen kijken bij het implementeren van e-health. Ook deze komen hieronder aan bod.

Efficiëntie

Volgens huisartsen is een belangrijk doel van e-health om de huidige huisartsenzorg op een efficiënte manier aan te vullen, zodat huisartsen de toenemende zorgvraag ook in de toekomst aan kunnen. E-health is een middel om de zorg slimmer te organiseren, om uiteindelijk efficiëntere en betere zorg te kunnen leveren.

“We moeten als huisartsen voorbereid zijn op de toekomst. De drukte komt eraan en hoe kunnen we dat voor zijn? Het werk gaat ons overspoelen als we niet nu slim nadenken” (huisarts).

Door de inzet van patiëntportalen en digitale chatplatforms zoals *ZichtopZorg* geven verschillende huisartsen aan dat de telefoondruk voor zorgverleners is afgenomen, omdat patiënten of zorgverleners hun vragen digitaal kunnen stellen (en beantwoorden) op het moment dat het hen uitkomt.

“Je kunt als huisarts zelf plannen wanneer je op een zorgvraag van de patiënt reageert en deze in alle rust beantwoorden” (huisarts).

Huisartsen geven daarnaast aan dat zij het een voordeel vinden dat er tegenwoordig bestanden, zoals foto's, digitaal heen en weer gestuurd kunnen worden, zowel tussen patiënt en huisarts als tussen zorgverleners onderling. Zo kan de huisarts met de toepassing *Mag ik Meekijken* beoordelen of een bezoek aan de huisartsenpost nodig is, of kunnen meerdere zorgverleners door middel van bijvoorbeeld het communicatieplatform *VIP Live* mee kijken bij een zorgvraag vanuit de patiënt. Een patiënt die aangaf nog niet de mogelijkheid te hebben om bestanden zoals foto's of patiëntfolders online te delen, gaf aan hier de meerwaarde wel van in te zien (we hebben geen patiënten gesproken die hier daadwerkelijk ervaring mee hebben).

Voor patiënten is het een voordeel dat e-health vaak efficiënter werkt dan wanneer er uitsluitend reguliere zorg verleend wordt, zo geven zij allen aan in de interviews. Dit geldt met name bij de e-health-applicaties zoals de patiëntportalen of zelfmanagement applicaties. Bij het patiëntportaal

wordt hiervoor bijvoorbeeld een e-consult ingezet. Ook kost de inzet van e-health over het algemeen minder tijd voor de patiënt en is het daarnaast gemakkelijker en laagdrempeliger dan bellen of langskomen op de praktijk.

“Als ik gebruik maak van het e-consult, vind ik het fijn dat ik van te voren de tijd heb om over mijn bericht na te denken, zodat ik het bericht goed kan formuleren. Als je bijvoorbeeld belt met de zorgverlener, dan heb je minder tijd om na te denken en vergeet je soms dingen” (patiënt).

Een genoemd voordeel door zowel huisartsen als patiënten van het thuis meten van gezondheidswaarden, zoals bij de toepassingen *Chipmunk Health*, *Engage* en *MiGuide*, is dat zolang de gemeten waarden niet afwijkend zijn, patiënten minder vaak naar de praktijk hoeven te komen, wat weer leidt tot minder fysieke consulten.

Continuïteit

Patiënten geven aan baat te hebben bij e-health-toepassingen, omdat deze bijdragen aan de continuïteit van hun zorg. Door middel van een patiëntportaal bijvoorbeeld, kan de huisarts hen beter op de hoogte houden van ontwikkelingen rondom hun aandoening en kunnen zij hun zorgtraject en alle communicatie daaromheen volgen.

“De huisarts kan je met een patiëntportaal ook goed op de hoogte houden van als er een verwijzing benodigd is” (patiënt).

Huisartsen vinden het een voordeel dat de lijnen met collega's korter zijn door het gebruik van toepassingen zoals het chatprogramma *ZichtopZorg* of de communicatie app *VIP Live*, waardoor het gemakkelijker is om de hele keten bij de zorg van een patiënt te betrekken. Ook kunnen ze, door middel van het thuis meten van gezondheidswaarden, mensen met afwijkende waarden bij wie het niet zo goed gaat, eerder opsporen en de gemeten waarden gebruiken ter ondersteuning van consulten. Ook patiënten gaven aan de korte lijnen fijn te vinden. Zorgverleners kunnen gezondheidswaarden direct zien en kunnen het direct aangeven als waarden afwijken. Hier kan dan meteen op geacteerd worden.

Betrouwbaarheid en volledigheid van gegevens

Een ander voordeel van thuis gezondheidswaarden meten, dat door huisartsen is genoemd, is dat de verkregen data betrouwbaar is omdat zorgverleners of patiënten het niet handmatig in moeten voeren. Ook is er sinds de implementatie van e-health minder tussenkomst door derden zoals de huisartsassistente. Bij een patiëntportaal bijvoorbeeld, voert de patiënt de klacht direct in de computer in, in plaats van dat de patiënt telefonisch aan de assistente de klacht omschrijft en deze de klacht met steekwoorden noteert en doorgeeft aan de huisarts.

Eigen regie

Zowel patiënten als huisartsen geven aan dat door het gebruik van e-health patiënten meer regie over hun eigen zorg kunnen hebben. Dit geldt met name voor de patiëntportaal-toepassingen en de toepassingen voor het thuis meten van gezondheidswaarden, waarbij steeds meer gegevens rondom hun eigen zorg en gezondheid ingezien kunnen worden, op het moment dat het hen uitkomt. Zo meten patiënten hun bloeddruk bijvoorbeeld constant en kunnen zij het in een overzicht in het patiëntportaal zien als hun medicijnen op zijn. Ook hebben zij, bijvoorbeeld met e-mail of het patiëntportaal, een 'korte', 24-uurs, communicatielijns met de huisarts. Omdat patiënten alles op 'schrift' hebben, kunnen ze alle gegevens later ook nog een rustig nalezen. De huisarts krijgt zo een meer ondersteunende rol, zo werd aangegeven.

“Bijvoorbeeld als hij een avond flink getafeld heeft en hij gaat dan zijn nuchtere glucose prikken, dat hij denkt oh dat moet ik niet te vaak doen als hij ziet dat het hoog is” (POH).

Ook patiënten geven aan het geruststellend te vinden om zelf continu inzicht te hebben in hun gezondheidswaarden. Een patiënt bij wie de gegevens eerst niet automatisch doorgestuurd werden naar de huisartsenpraktijk en tegenwoordig wel (na expliciet toestemming hiervoor te hebben gegeven), ziet dit ook echt als een voordeel.

De wetgeving

Een reden om een patiëntportaal te implementeren, is volgens huisartsen dat vanaf medio 2020 alle huisartsenpraktijken in Nederland hun patiënten inzage moeten geven in hun medisch dossier, wat mogelijk is via een online portaal. Aan de andere kant maakt de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) de communicatie tussen huisarts, specialist en patiënt door middel van e-health ingewikkeld en tijdrovend, wat een drempel kan vormen om e-health-toepassingen, waarmee patiëntgegevens gedeeld worden, te implementeren.

Risico's

Ondanks dat e-health volgens zowel huisartsen als patiënten een aanvulling moet zijn op de reguliere zorg, kan het risico van het gebruik van zelfmanagement apps zijn, dat je zelf stopt met nadenken en concluderen. Een ander risico dat volgens huisartsen bij e-health-toepassingen zoals het patiëntportaal kan voorkomen is dat de patiënt online een afspraak maakt via een patiëntportaal, terwijl deze eigenlijk niet nodig was, al geven zij aan dat dit nauwelijks voorkomt.

“Patiënten zijn in staat om goed in te schatten hoe lang een consult ongeveer moet duren en voor welke zorgvraag je welke toepassing het beste kan gebruiken” (huisarts).

3.3.2 Plan

Bij het onderdeel ‘plan’ gaat het over de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de ‘spelers’ in het veld bij het implementeren van e-health. Ontbreekt de structuur in een organisatie, dan vinden zaken rondom de implementatie ad-hoc en chaotisch plaats.²⁵ Huisartsen geven regelmatig aan dat het belangrijk is om kleinschalig te beginnen bij het implementeren van e-health, vooral bij bepaalde toepassingen zoals het thuis meten van gezondheidswaarden. Dit kan bijvoorbeeld door middel van een pilot met een afgebakende doelgroep. Daarnaast is het volgens hen voor alle toepassingen van belang om draagvlak voor de implementatie van een toepassing te creëren onder zowel collega's als patiënten. Het kan hierbij bijvoorbeeld helpen als de huisartsenpraktijk uitgenodigd wordt voor een kosteloze pilot door de leverancier van de e-health-toepassing. Andere factoren die volgens huisartsen en patiënten bevorderend zijn voor het implementeren van e-health, zijn:

- Een goede uitleg en begeleiding aan gebruikers van de toepassing.
- Het inventariseren van ervaringen van gebruikers en deze gebruiken ter verbetering van de toepassing.
- Samenwerken met andere zorgverleners rondom de implementatie van e-health.

²⁵ Knoster, T. (1991). Managing Complex Change Model. In: TASH Conference, Washington D.C., adapted by Enterprise Group, Ltd.

Hieronder gaan we verder in op deze verschillende factoren die de implementatie van e-health bevorderen.

Begin kleinschalig (maar niet altijd)

Het is vooral bij zelfmanagement toepassingen belangrijk om als pilot, dus kleinschalig, te starten en de doelgroep goed af te bakenen. Zo zijn de huisartsen bij één van de geïnterviewde huisartsenpraktijken alle patiënten nagelopen om te bekijken wie van hen voor de toepassing in aanmerking kwamen. In dit geval ging het om patiënten met ongecompliceerde hart- en vaatziekten voor wie het gebruik van de toepassing weinig risico geeft en veel winst op kan leveren, die het patiëntportaal gebruiken (zij zijn meer computer-minded) en werk hebben (zij zijn meer gemotiveerd). Andere toepassingen worden juist grootschalig gepromoot, zoals de patiëntportalen, omdat het gebruik hiervan eenvoudiger is voor een grote groep patiënten, aldus de patiënten en huisartsen.

Ook is het volgens huisartsen belangrijk om patiënten en het personeel bij de implementatie te betrekken. Het werkt goed om één huisarts te hebben die de implementatie van e-health trekt binnen de praktijk. Deze persoon moet volgens de huisarts die we spraken ook de mogelijkheid hebben om alle kennis rondom e-health te verzamelen, bijvoorbeeld via nieuwsbrieven van het NHG en de LHV, via het Nivel en via de SmartHealth nieuwsbrief. Huisartsen gaven verder als tip: implementeer als praktijk niet tegelijkertijd meerdere toepassingen, want één toepassing vergt al een hele investering.

Draagvlak creëren

Draagvlak creëren onder collega's is één van de belangrijkste voorwaarden om de implementatie van e-health te laten slagen, aldus de geïnterviewde huisartsen. Het helpt volgens huisartsen als het hele team het leuk vindt om e-health te implementeren, vooruitstrevend is en mee wil gaan met nieuwe ontwikkelingen. Maar volgens huisartsen zien collega's of ondersteunend personeel niet altijd direct de voordelen in van het inzetten van e-health-toepassingen. Dit komt omdat de werkdruk vaak hoog is en innoveren gepaard gaat met een andere manier van werken, wat zeker in het begin extra tijd kost.

“Er komt weer iets bij” (huisarts).

Alle huisartsen benadrukken dat je als huisarts de tijd moet nemen om collega's de voordelen en de voortgang van de implementatie te laten zien.

“Ik denk dat je de zorgverleners alleen mee kan krijgen als ze het voordeel ervan zien”
(huisarts).

Het helpt volgens hen om van te voren problemen te inventariseren, die collega's in het werk ondervinden, om gericht oplossingen in de vorm van e-health te kunnen zoeken en om vervolgens te werken in kleine groepjes die verantwoordelijk zijn voor een bepaalde toepassing of een bepaald onderdeel van de implementatie.

Wat betreft het creëren van draagvlak onder patiënten, is het van belang om de toepassing onder patiënten te promoten, zo geven huisartsen aan. Echter, huisartsen betrekken patiënten vaak niet bij de keuze/introductie van de toepassing. Hoe patiënten achter de beschikbaarheid van de toepassing komen, varieert per praktijk. Sommige patiënten geven aan zelf achter het bestaan ervan te zijn gekomen, bijvoorbeeld via de website van de praktijk, terwijl anderen gevraagd is om gebruik te gaan maken van de toepassing door een zorgverlener (bijvoorbeeld huisarts of, bij thuis meten, de diabetesverpleegkundige). Huisartsen geven zelf aan dat zij hun patiënten vaak over de

beschikbaarheid van de toepassing te informeren en het gebruik ervan te promoten. Bijvoorbeeld via de website of een digitaal scherm in de wachtkamer, door middel van een poster, brief of folder, aan de telefoon of op het antwoordapparaat als patiënten in de wacht staan tijdens het bellen, of tijdens een consult.

Een huisarts organiseerde een informatieavond voor de doelgroep, waar hij patiënten uitleg gaf over de toepassing (thuis gezondheidswaarden meten) en hen vroeg om zich aan te melden. Hierbij vertelde de huisarts juist ook expliciet dat de toepassing in het begin 'bugs' zou bevatten en dat feedback en het meedenken van patiënten gewenst zou zijn voor het verbeteren van de toepassing.

Kansen krijgen: uitgenodigd worden of betrokken zijn

Soms worden huisartsen uitgenodigd door de leverancier van de e-health-toepassing om er gebruik van te maken, bijvoorbeeld voor een kosteloze pilot met de toepassing (dit was bijvoorbeeld het geval bij *Chipmunk Health*). Op deze manier hoeven zij niet zelf het initiatief te nemen om een geschikte toepassing te zoeken en te implementeren.

Uitleg over het gebruik van de toepassing en begeleiding

Volgens patiënten vermelden huisartsen niet altijd hoe de toepassing gebruikt kan worden en geven zij vaak geen uitleg bij de toepassing. Dat geldt vooral voor het patiëntportaal, wat een relatief eenvoudige app is, maar niet voor het complexere thuis meten van gezondheidswaarden. Voor sommige patiënten is dit geen probleem, omdat ze er zelf uitkomen, maar anderen missen een goede uitleg over en hulp bij het gebruik van de toepassing. Volgens sommige patiënten staat er wel enige informatie op de website over beschikbare toepassingen. De meeste huisartsen geven aan dat er een handleiding is voor het gebruik van de toepassing, vaak ook voor de praktijkmedewerkers zelf. Soms gaat een praktijkmedewerker zelf bij de patiënt langs om hen aan te melden, apparaten in te stellen en te koppelen met bijvoorbeeld de tablet, zaken uit te leggen en te evalueren.

Ervaringen met het gebruik inventariseren

Zowel huisartsen als patiënten geven aan dat patiënten lang niet altijd naar hun ervaringen met de toepassing wordt gevraagd. Dit is ook afhankelijk van de e-health-toepassing waar het om gaat. Toepassingen waarbij dit volgens de deelnemers juist wel regelmatig gebeurt, zijn de zelfmanagement toepassingen, bijvoorbeeld om thuis metingen van gezondheidswaarden uit te voeren. Het betreft in dit geval toepassingen voor kleinere, specifiekere groepen chronische patiënten, die intensievere zorg nodig hebben dan de gemiddelde patiënt. Dat er gevraagd wordt naar hun ervaringen vinden patiënten vaak ook niet nodig, maar sommige patiënten gaven aan wel behoefte te hebben aan het delen van hun ervaringen. Vaak doen ze dit dan op eigen initiatief alsnog, of nemen ze contact op met de huisarts om vragen te stellen. Huisartsen zelf geven echter aan wel actief feedback van patiënten te verzamelen voor het verbeteren van de e-health-toepassing die ze gebruiken. Dit geldt met name voor de zelfmanagement toepassingen, zoals bij *MiGuide*, waarbij de assistente bijvoorbeeld tijdens huisbezoeken aan patiënten feedback ophaalt over deze toepassing en hierover terugkoppeling geeft aan de huisarts.

Het werkte volgens een huisarts ook goed om onder collega's te inventariseren aan welke eisen een e-health-toepassing moet voldoen en wat hun ervaringen met de e-health-toepassing zijn. Op basis van zowel zorgverlener- als patiëntervaringen en eisen kunnen huisartsen in gesprek gaan met de softwareontwikkelaar van de e-health-toepassing, zodat deze de toepassing optimaal kan ontwikkelen en aanpassen. Softwareontwikkelaars, vooral de kleinere organisaties, bieden vaak mogelijkheden voor terugkoppeling en het snel doorvoeren van aanpassingen. Een huisarts gaf bijvoorbeeld bij de zelfmanagement toepassing *Chipmunk Health* aan dat er periodiek bijeenkomsten worden georganiseerd met de ontwikkelaar, waarbij de ontwikkelaar informatie over recente

ontwikkelingen geeft en er patiëntervaringen ingebracht kunnen worden waar de ontwikkelaar vervolgens mee aan de slag gaat. Een patiënt gaf aan dat, als er iets aan de hand is, hij de ontwikkelaar een e-mail kan sturen en dat deze vaak snel reageert.

Samenwerken

Ga met elkaar in gesprek over mogelijkheden van e-health, deel goede ervaringen, luister naar elkaar en gebruik goede toepassingen gezamenlijk, zo zeggen de geïnterviewde huisartsen. Dit hoeft niet beperkt te blijven tot de praktijk, maar kan bijvoorbeeld binnen de zorggroep, beroepsvereniging of een ander samenwerkingsverband binnen de regio. Zo zijn er huisartsen en assistenten die bij andere zorgaanbieders in de regio langsgaan om hen de toepassing te laten zien en om ze te helpen door het bijvoorbeeld te installeren. Het is hierbij belangrijk dat zorgverleners de leiding durven te nemen en gezamenlijk af te bakenen wat je wel en niet doet, aldus een huisarts.

3.3.3 Middelen

Dit hoofdstuk gaat over de 'middelen' die nodig zijn voor de implementatie van e-health-toepassingen, zoals financiering en ICT. In hoeverre zijn de middelen voldoende om mensen te ondersteunen in hun werk, opdat ze hun werk goed kunnen uitvoeren?²⁶ Het blijkt dat vooral huisartsen drempels ervaren bij de implementatie en het gebruik van e-health-toepassingen. Zij geven bijvoorbeeld aan dat de benodigde financiering van e-health-toepassingen een drempel kan vormen om het te implementeren. Zo zijn veel toepassingen niet gratis en vinden ze dat ze een te kleine vergoeding krijgen van de zorgverzekeraar. Verder scheelt het gebruik van e-health ze niet alleen tijd, maar kost het ze juist ook veel tijd om de toepassing te implementeren en te gebruiken, vooral in het begin van het implementatieproces. Patiënten gaven verder aan dat ze voor het gebruik van een toepassing meestal begeleiding nodig hebben en ze noemden daarbij ook een aantal zaken die beter kunnen of juist missen bij de besproken toepassingen.

Verschillende zaken bevorderen de implementatie van e-health, aldus patiënten en huisartsen. Zo geven zij aan dat er bepaalde factoren als een snelle internetverbinding en een computer noodzakelijk zijn voor het gebruik van e-health. Om goed gebruik te kunnen maken van een toepassing is het bijvoorbeeld voor de meeste huisartsen belangrijk dat de toepassing een goede koppeling heeft met andere systemen waarmee ze werken. Huisartsen kijken bijvoorbeeld welke toepassingen passen bij het Huisartsen Informatie Systeem (HIS) dat ze gebruiken. Het bleek tijdens de interviews verder dat het, om de toepassing goed te kunnen gebruiken, voor zowel zorgverleners als patiënten belangrijk is dat de toepassing gebruiksvriendelijk is. Hieronder gaan we verder in op deze verschillende factoren die de implementatie van e-health bevorderen of die juist een drempel vormen.

Financiële vergoeding

Toepassingen zijn vaak niet gratis te gebruiken door zorgverleners, althans, vaak wel tijdens een pilot, maar daarna niet meer. Voor patiënten is het gebruik meestal wel gratis, wat zij een voordeel en soms ook een voorwaarde vinden. Huisartsen vinden over het algemeen dat zorgverzekeraars hen een te kleine vergoeding bieden voor de implementatie, maar ook voor het gebruik, van e-health-toepassingen. Ze financieren daarnaast vooral grote projecten, maar geen kleinschalige projecten. Dit kan volgens de huisartsen die wij spraken een drempel vormen voor andere praktijken om e-health te implementeren.

²⁶ Knoster, T. (1991). Managing Complex Change Model. In: TASH Conference, Washington D.C., adapted by Enterprise Group, Ltd.

“Ik hoef geen zakken vol met geld, maar ik moet wel goed mijn werk kunnen blijven doen” (huisarts).

“Je moet een sterke visie hebben om die barrière [te kleine vergoeding] over te komen, vooral als je meer financieel minded bent” (huisarts).

Aan zorgverzekeraars bewijzen dat een toepassing leidt tot betere zorg is ook vaak lastig, geven huisartsen aan. Het is niet voldoende als patiënten er enthousiast over zijn, maar het moet er ook voor zorgen dat ze meetbaar gezonder worden.

“Je moet zien te bewijzen dat het [e-health] ook echt beter is. Dus daar zitten we nu in een struggle” (huisarts).

“Er wordt vaak een drogredenering gebruikt door zorgverzekeraars: een toepassing is niet bewezen effectief en kan daarom niet vergoed worden. Maar juist omdat er geen geld beschikbaar is, kan de effectiviteit niet bewezen worden. Praktijken moeten onderhandelen met de preferente zorgverzekeraar in de regio” (huisarts).

Dat de overheid een financiële prikkel geeft aan praktijken die e-health inzetten, is juist positief voor het opschalen van e-health binnen huisartsenpraktijken, al wordt hierbij volgens huisartsen niet gelet op de omvang van het project en de doelgroep. Een huisarts noemt nog specifiek dat het voor de opschaling helpt als een toepassing gesubsidieerd wordt door de gemeente, omdat patiënten er dan graag aan mee willen doen, zoals bij het Healthy Life programma het geval is.

Tijdsinvestering

Voor huisartsen scheelt het gebruik van e-health niet alleen tijd, maar het kost juist ook veel tijd om toepassingen te implementeren, vooral in het begin. Alle huisartsen geven aan dat zij bereid moeten zijn om in het begin extra tijd te investeren, wil de implementatie uiteindelijk kunnen slagen. Wat één huisartsenpraktijk hierbij heeft geholpen, is de beschikbaarheid van een supportteam om te helpen met de implementatie.

Huisartsen geven aan dat niet alleen de implementatie van toepassingen tijd kost, maar ook het gebruik ervan. Bij het gebruik van patiëntportalen moet de informatie die de patiënt in kan zien altijd up-to-date, duidelijk en kloppend gehouden worden. Hiervoor moet ieder dossier nagelopen worden op deze zaken.

“Voordat MGN opengezet wordt voor een patiënt, is het belangrijk om ieder dossier na te lopen om na te gaan of er geen onduidelijkheden of rare zaken instaan, omdat de patiënt dit in kan zien op MGN” (huisarts).

Ook levert de implementatie van e-health-toepassingen niet per se tijdswinst op voor andere praktijkmedewerkers. Een huisarts gaf aan dat assistenten en praktijkverpleegkundigen liever telefonisch contact opnemen met de patiënt dan via een patiëntportaal, omdat telefonisch contact met de patiënt meer in hun systeem zit, volgens hen beter werkt om een boodschap over te brengen, en omdat patiënten via het portaal vooral medisch-inhoudelijke berichten versturen die voor de huisarts zijn bedoeld. Een patiënt geeft verder aan dat er door de inzet van technologie meer gerapporteerd moet worden, en dat de resulterende hogere administratielast ten koste van de zorg gaat.

Benodigde materialen

Er is altijd een snelle internetverbinding, een tablet, telefoon of computer en een e-mailadres (voor het ontvangen van bijvoorbeeld een inlogcode) nodig om de besproken e-health-toepassingen te gebruiken. Over het algemeen hebben patiënten dit ook en kunnen zij hiermee omgaan. Om thuis gezondheidswaarden te kunnen meten, zijn apparaten als een bloeddrukmeter nodig, maar deze ontvangt de patiënt dan kosteloos. Patiënten moeten bij sommige toepassingen op de computer wel kunnen inloggen met DigiD en SMS, wat veilig is, maar volgens huisartsen en patiënten een drempel vormt voor sommige patiënten. Soms kan de toepassing op de mobiele telefoon gebruikt worden, maar dit werkt niet altijd goed.

“Om in loggen vul je eerst je e-mailadres/gebruikersnaam en wachtwoord in. Vervolgens krijg je via de e-mail een 6-cijferige code, welke je weer invult op de website om in loggen. Ik vind het daarom het gemakkelijkst om dit via de computer te doen, dan kun je meerdere tabbladen open hebben” (patiënt).

Koppeling met eigen systemen

Volgens de meeste huisartsen is het voor gebruik van een toepassing belangrijk dat het past bij het HIS waar de praktijk gebruik van maakt. Eén huisarts gaf bijvoorbeeld aan dat de leverancier van hun HIS (MicroHIS) de app *Uw Zorg online* aanbood, waardoor de app direct gekoppeld is aan MicroHIS. Een aanbeveling van een huisarts is om alle huisartsen gebruik te laten maken van één overheid gereguleerd HIS. Binnen één praktijk is er bij de digitale communicatie-toepassing *ZichtopZorg* echter bewust voor gekozen om geen directe koppeling met het HIS te gebruiken, omdat de huisarts van mening is dat niet alle correspondentie ongefilterd automatisch in het dossier moet komen.

Gebruiksvriendelijkheid

Om een toepassing goed te kunnen gebruiken, is het voor patiënten van belang dat deze gebruiksvriendelijk, gemakkelijk te begrijpen en stabiel is, zo geven zowel patiënten als huisartsen aan.

“Ik vind de Uw Zorg online app gebruiksvriendelijk en ben er positief over dat het er is, mede omdat de huisarts het goed en adequaat gebruikt en ik er zelf goed mee kan omgaan” (patiënt).

Echter, voor patiënten is de website van het patiëntportaal niet altijd mooi en overzichtelijk, wat hen er van kan weerhouden om het te gebruiken en daarnaast hapert de website soms. In het begin, of bij de overgang naar een ander apparaat (van tablet naar telefoon bijvoorbeeld) zijn er bij veel toepassingen nog 'kinderziektes'. Voor het goed werken van een toepassing is het daarnaast belangrijk dat niet alleen patiënten maar ook zorgverleners de toepassing goed gebruiken en het ook leuk vinden om deze te gebruiken. Voor zorgverleners is het uiteraard ook van belang dat de toepassing gemakkelijk in gebruik is.

Zaken die beter kunnen of missen bij de huidige toepassingen

Punten van verbetering die genoemd worden, vooral met betrekking tot patiëntportalen, hebben vaak betrekking op de gebruiksvriendelijkheid van de toepassing. Voorbeelden van zaken die volgens patiënten beter kunnen of missen bij de besproken patiëntportalen (*Uw Zorg online en MGN*), zijn:

- inloggen gaat vaak omslachtig (patiënt ontvangt steeds een nieuw wachtwoord per mail).
- het is niet mogelijk om een uitgebreide vraag te stellen aan de huisarts via het patiëntportaal.
- mensen ontvangen geen kopie van het bericht dat ze aan de huisarts versturen.
- de mogelijkheid om te antwoorden op berichten ontbreekt (ook als patiënten over hetzelfde onderwerp berichten sturen, dan moeten ze steeds opnieuw een onderwerp invullen).

- de mogelijkheid om berichten goed uit te printen ontbreekt.
- de medicatielijst kan verbeterd worden en is niet altijd actueel.
- het aanvragen van medicatie kan vergemakkelijkt worden (pas als de huisarts aangeeft dat medicatie 'actief is', komt deze beschikbaar op Uw Zorg online en patiënten krijgen geen notificaties voor het bestellen van medicatie, omdat apothekers de toepassing niet gebruiken);
- losse/nieuwe medicijnen aanvragen kan nu niet.
- inzage in onderzoeksuitslagen kan vergemakkelijkt worden (nu moeten patiënten hun e-mailadres geven waarop ze dan een PDF met de uitslag ontvangen).
- de mogelijkheid om bijlagen mee te sturen ontbreekt (bijvoorbeeld (röntgen)foto's en folders);
- het gebruik van de 'scrollfunctie' is niet altijd logisch (bij het bestellen van medicijnen moeten ze naar boven scrollen in plaats van naar beneden).
- of de privacy gewaarborgd is, bijvoorbeeld na uitloggen of weggelijken, is niet altijd duidelijk.
- om privacy te waarborgen, moet iedere patiënt met een eigen e-mailadres inloggen, terwijl echtparen soms gebruikmaken van hetzelfde e-mailadres.
- het is niet duidelijk hoe iemand online het eigen dossier kan bekijken.

Bij het thuis meten (*Chipmunk Health*) van gezondheidswaarden valt patiënten de volgende zaken op:

- het is niet mogelijk om een opmerking bij een waarde te plaatsen, bijvoorbeeld dat iemand ziek is.
- een overzicht van de voorgeschreven medicatie ontbreekt.
- automatisch doorgeven van gezondheidswaarden gaat niet goed als iemand bij de Duitse grens woont, in verband met problemen met de internetverbinding.
- het zou mooi zijn om de toepassing uit te breiden naar de ziekenhuiszorg.

Technische infrastructuur

Volgens een patiënt is het ook belangrijk dat de e-health-toepassing binnen de huidige technische infrastructuur past, dat wil zeggen dat de internetverbinding voldoende is om de toepassing goed te kunnen gebruiken.

“De vraag is of de server/techniek het in de toekomst wel aan kan, als er meer e-health/technologie ingezet gaat worden. Het is bijvoorbeeld wel belangrijk om een snelle internetverbinding te hebben.” (patiënt).

Overig

Andere zaken die van belang zijn voor het gebruik van een toepassing is dat personeel ook echt de tijd krijgt voor de nieuwe taken, bijvoorbeeld extra tijd in de agenda om alle bloeddrukmetingen te bekijken en hierop te reageren. Ook is het belangrijk dat er voldoende mensen van de beoogde doelgroep en zorgverleners van de toepassing gebruik (kunnen) maken, zodat deze succesvol wordt.

3.3.4 Competenties

Huisartsen en patiënten noemden verschillende factoren die van belang zijn met betrekking tot de competenties (kennis- en vaardigheden) van gebruikers van een toepassing. Daarnaast gaven patiënten aan dat e-health-toepassingen niet voor elke zorgvraag geschikt zijn.

Vereiste vaardigheden

Een aantal patiënten en huisartsen geeft aan dat het belangrijk is om als patiënt kennis te hebben van het gebruik van computers/technologie, taalvaardig te zijn en hoogopgeleid te zijn. Een patiënt geeft daarnaast aan dat het belangrijk is om de voordelen van de toepassing te kennen (*Uw Zorg online*).

“70-plussers zullen er waarschijnlijk moeite mee hebben, omdat die vaak nog niet veel gebruik maken van apps of nieuwe technologieën” (patiënt).

“Je moet in staat zijn je problemen goed te formuleren, daarvoor is een goede taalvaardigheid en hoog opleidingsniveau belangrijk” (patiënt).

Een echtpaar van 74 jaar vindt het bijvoorbeeld lastig om het patiëntportaal te gebruiken, ook met behulp van een folder, en geeft aan dat begeleiding hierbij, of een duidelijke handleiding met plaatjes zou helpen. Volgens anderen is het niet nodig om computervaardig of hoogopgeleid te zijn omdat de toepassing intuïtief werkt, bijvoorbeeld bij het thuis meten van gezondheidswaarden. Wat betreft de competenties van zorgverleners met betrekking tot het gebruik van de toepassing om thuis gezondheidswaarden te meten, geeft een huisarts aan dat huisartsassistenten (CVRM) speciaal voor het gebruik van de toepassing opgeleid zijn, al hadden zij er al kennis van.

Type zorgvraag

Patiënten geven aan dat de toepassing (patiëntportaal) niet voor elke zorgvraag geschikt is. Een patiënt vond fysieke afspraken bijvoorbeeld geschikter dan een e-consult, in het geval van pijnklachten, complexe aandoeningen of eerste consulten. Of e-health handig is voor iemand, hangt ook af van de ernst en de duidelijkheid van de aandoening, aldus patiënten. Zij moeten voor een e-consult hun zorgvraag namelijk goed kunnen formuleren en het is handig als de huisarts al op de hoogte is van de aandoening.

3.3.5 Omgeving

Onder ‘omgeving’ vallen zaken die betrekking hebben op de visie en/of het belang van de omgeving met betrekking tot de implementatie en het gebruik van e-health. Het gaat hierbij om het landelijke beleid en de financiering rondom de implementatie van e-health-toepassingen, en daarnaast over de organisatie en het beleid van de huisartsenpraktijk met betrekking tot e-health. Zo hadden zowel huisartsen als patiënten het over het belang van het waarborgen van hun privacy en veiligheid omtrent de gezondheidsgegevens. Verder gaven huisartsen aan dat niet alleen zichzelf e-health belangrijk moeten vinden, maar juist ook andere zorgverleners met wie zij samenwerken binnen de praktijk, en de eerste en tweede lijn. Volgens hen zou het goed zijn als de overheid de opschaling financieel meer zou faciliteren, en als er een overzicht komt van alle bestaande valide e-health-toepassingen. Tenslotte gaf een patiënt aan dat de toepassing moet passen binnen de huidige infrastructuur (als alle gegevens van een patiënt eenvoudig gekoppeld kunnen worden naar één systeem).

Privacy

De patiënten en huisartsen die wij spraken vinden het van belang dat de privacy en veiligheid van patiënten gewaarborgd is en om dit ook te vermelden tijdens het gebruik van de toepassing. Een huisarts vult aan dat privacy van zorgverleners ook een belangrijke waarborg is voor huisartsen. Ze vertelde dat huisartsassistenten, werkzaam op een huisartsenpost, huiverig waren om de toepassing

Magikevenmeekijken te gebruiken, omdat ze na het beeldbellen via deze toepassing herkend zouden kunnen worden op straat.

Breed implementeren

Het zijn niet alleen de zorgverleners binnen een huisartsenpraktijk die de meerwaarde in moeten zien van e-health om bepaalde problemen op te lossen of processen efficiënter in te richten, maar juist ook de andere zorgverleners binnen de eerste en tweede lijn, die samenwerken met de huisartsenpraktijk. Volgens één van de geïnterviewde huisartsen is dit echter niet altijd het geval.

Verder zou het helpen als de overheid de opschaling van e-health meer (financieel) faciliteert, aldus een huisarts.

“Als zij [de overheid] zouden zeggen van zo gaan we het doen, dan pas kunnen er grote slagen worden gemaakt” (huisarts).

Overzicht bestaande toepassingen

Verder bestaan er momenteel ontzettend veel e-health-toepassingen. Een overzicht voor huisartsen met alle valide e-health-toepassingen en kennis over het onderwerp verspreiden via relevante partijen als het NHG, de LHV en het Nivel, zou huisartsen helpen met de opschaling en/of implementatie van succesvolle e-health-toepassingen. Het gebruik van visuele middelen, zoals plaatjes of video's zou hierbij kunnen helpen.

“Ik vind het lastig om m'n weg te vinden binnen de e-health. Wat is nou een goed instrument?” (huisarts).

3.4 Kwalitatief onderzoek: interviews zorgverzekeraars

De vijf geïnterviewde zorgverzekeraars geven aan dat zij specifiek e-health beleid hebben voor de huisartsenzorg en dat zij dit actief uitdragen aan de regionale huisartsen(organisaties). Daarnaast geven zij aan dat zij bij de beoordeling van een e-health aanvraag op verschillende factoren letten, die hieronder uitvoerig worden beschreven in hoofdstuk 3.4.2. Zorgverzekeraars spelen regelmatig een actieve rol bij de implementatie en opschaling van volgens hun veelbelovende e-health-toepassingen. Verder geven zij aan dat er via bestaande regelingen in de huisartsenzorg al veel mogelijkheden zijn voor huisartsen om e-health vergoed te krijgen. Het verschilt hierbij per zorgverzekeraar welke e-health-toepassingen vergoed worden aan huisartsen. De ervaringen en kennis die zijn opgehaald uit deze interviews kunnen huisartsen extra handvatten geven bij de implementatie van e-health. Dit is hieronder beschreven, in aanvulling op de resultaten uit de casestudie interviews. De interviewthema's zijn gecategoriseerd in de onderdelen beleid en doelstelling, aanvraagproces en eisen, implementatie en opschaling, en bekostiging.

3.4.1 Beleid en doelstelling

In het huisartsenzorgbeleid van alle geïnterviewde zorgverzekeraars komt e-health terug en is dit beleid terug te vinden op de website van de zorgverzekeraar. Soms worden voor e-health vergelijkbare termen gebruikt zoals 'zorgvernieuwing', 'digitalisering van de huisartsenzorg' of '(digitale) innovatie'. Vaak is het beleid gebaseerd op bestaande beleidsdocumentatie, zoals de 'Handreiking voor gesprek over digitalisering tussen zorggroep of regio-organisatie en zorgverzekeraar' die is opgesteld door InEen, LHV en ZN. Soms komt e-health ook specifiek terug in andere beleidsonderdelen van de zorgverzekeraar, zoals onder de prestatie 'service en

bereikbaarheid', de prestatie 'Organisatie en Infrastructuur (O&I)' of de prestatie 'resultaatbeloning en zorgvernieuwing (segment 3)', welke niet alleen maar over e-health gaan. Daarnaast zijn er zorgverzekeraars met aanvullende beleidsprogramma's die specifiek op e-health gericht zijn, zoals 'Zorg veilig thuis' en 'Zelfzorg ondersteund'. De meeste zorgverzekeraars geven aan dat de implementatie en/of opschaling van e-health een belangrijk onderdeel is binnen hun beleid, dat ze dit actief benoemen in hun gesprekken met huisartsen(organisaties) en dat ze er naar streven om dé zorgverzekeraar te zijn op het gebied van e-health.

Definitie van e-health

De geïnterviewde zorgverzekeraars beschrijven e-health allemaal op een vergelijkbare manier en zien het als een containerbegrip, omdat het in veel verschillende vormen voor kan komen. Het kan bijvoorbeeld gaan over mensen die hun eigen data meten, over digitale communicatie tussen de arts en de patiënt of bijvoorbeeld over samenwerking (op afstand) tussen zorgverleners onderling.

"E-health is echt een containerbegrip. Heb je het over dat mensen hun eigen data meten, heb je het over communicatie tussen de arts en de patiënt of heb je het over samenwerking tussen zorgverleners onderling?" (zorgverzekeraar)

Doelstelling e-health

De zorgverzekeraars geven allemaal aan dat e-health geen doel op zich is, maar vooral een middel om een bepaald doel te bereiken. Daarbij zijn de volgende doelstellingen genoemd:

- De zorg, waar mogelijk, dichterbij de patiënt te brengen.
- Helpen bij het oplossen van de krapte op de arbeidsmarkt.
- Aansluiten bij de wens vanuit de klant/patiënt om digitale middelen te gebruiken.
- Betaalbaar en toegankelijk houden van de zorg.
- Faciliteren van samenwerking tussen zorgverleners, patiënten en/of organisaties.
- Kwaliteitswaarborging of -verbetering van het zorgproces.
- Efficiënter en beter/anders inrichten van de praktijkorganisatie om bijvoorbeeld de werkdruk in de praktijk te verlichten.
- Een bijdrage leveren aan de invulling van de 'Juiste zorg op de juiste plek'.

3.4.2 Aanvraagproces en eisen

Als huisartsen een vergoeding willen ontvangen voor een e-health-initiatief, komen ze al gauw bij de zorgverzekeraar terecht. Bij de beoordeling van zo'n aanvraag let de zorgverzekeraar op meerdere van de volgende eisen:

- Hoe ziet het inhoudelijke plan van de e-health-toepassing er uit en is deze goed uitgewerkt? Wat heeft de huisarts of leverancier hierbij voor ogen? Wat wil de huisarts of leverancier hiermee bereiken en op welke manier kan dat bereikt worden? Staat de zorgverzekeraar zelf ook achter dit plan?
- Hoe ziet de business case van de toepassing eruit? Is het een kostenbesparende toepassing? Op welke manier gaat deze toepassing het verschil maken ten opzichte van bestaande toepassingen? Zijn er al zorgverleners en/of patiënten die gebruik maken van de toepassing, en wat zijn daarbij de effecten en de ervaringen van de gebruikers geweest? Wat is het (investerings)risico voor de zorgverzekeraar? Wordt er voldaan aan de 'Quadruple Aim'?
- Hoe gaan de effecten van de toepassing (betrouwbaar) gemeten worden?
- Is de toepassing opschaalbaar naar andere praktijken/regio's?
- Waar draagt het initiatief aan bij, en op welk niveau?
- Wat is de urgentie van het probleem dat opgelost kan worden door het e-health-initiatief?
- Is er voldoende draagvlak voor het gebruik van de e-health-toepassing?

- Is er sprake van dubbele financiering voor het e-health-initiatief en is er bijvoorbeeld nog geen andere vergoeding of vergelijkbare toepassing voor beschikbaar?
- Sluit het initiatief aan bij bestaande gebruikersprocessen (HIS/KIS) en is het gebruiksvriendelijk?
- Is het gecertificeerd of heeft het een keurmerk?
- Bevordert het de zelfmanagement en/of gezondheid van patiënten?

Hierbij zijn het inhoudelijk plan, een (positieve) business case, opschaalbaarheid, (probleem)urgentie en voldoende draagvlak het vaakst genoemd als belangrijke beoordelingscriteria door zorgverzekeraars. In de praktijk komt het volgens hen nog regelmatig voor dat er een of meerdere van deze criteria missen bij de aanvraag.

Op basis hiervan beoordelen en vergoeden zorgverzekeraars verschillende e-health-toepassingen binnen hun regio. Deze toepassingen zijn ook opgenomen in het overzicht dat is weergegeven in Tabel 2.

Bij de aanvraag van een e-health-toepassing hebben zorgverzekeraars de voorkeur dat dit van grotere huisartsenregio-organisaties komt, zoals zorggroepen of Regionale Ondersteuningsstructuur huisartsen (ROS'en), en niet van individuele huisartsenpraktijken zelf. Dat werkt volgens de zorgverzekeraars efficiënter en zo zijn huisartsenpraktijken en de zorgverzekeraar zelf ook beter op de hoogte van wat er al in de regio gebeurt. Individuele huisartsenpraktijken kunnen dan weer afspraken maken met hun eigen regio-organisatie. Zorgverzekeraars hebben veelal een verantwoordelijke zorginkoper of accountmanager, bij wie huisartsenorganisaties terecht kunnen voor de aanvraag van e-health-initiatieven. Sommige zorgverzekeraars hebben een specifieke afdeling hiervoor. Soms komt er ook een aanvraag vanuit e-health leveranciers zelf. Dat kunnen bijvoorbeeld leveranciers van het HIS of KIS zijn waar huisartsen gebruik van maken.

Uit de interviews blijkt verder dat huisartsen(organisaties) over het algemeen minder aanvragen doen voor e-health dan bijvoorbeeld medisch specialisten of ziekenhuizen. Volgens een zorgverzekeraar is dit wel logisch omdat de bekostiging van e-health voor huisartsen voor het grootste gedeelte gereguleerd en non-concurrentieel is. Daarnaast heeft een individuele huisartsenpraktijk ook minder middelen dan bijvoorbeeld een ziekenhuis om een e-health-initiatief op te kunnen zetten. Verder wordt aangegeven dat huisartsen over het algemeen de praktijkorganisatie willen behouden zoals deze is en niet continue wensen te veranderen. Dat kost namelijk vaak veel tijd, moeite en daadkracht.

3.4.3 Implementatie en opschaling

Bij de succesvolle implementatie en opschaling van e-health zijn zowel de rol van de zorgverzekeraar als de rol van de huisarts(organisatie) belangrijk. Daarnaast zijn er vaak ook nog andere partijen hierbij betrokken. Verder noemen zorgverzekeraars verschillende factoren voor het laten slagen van de implementatie of opschaling van e-health-initiatieven, die hieronder staan beschreven.

Rol zorgverzekeraar

De primaire rol van de zorgverzekeraar is dat zij de (co-)financier van de huisartsen zorg, en daarmee ook de (co-)financier van e-health-initiatieven is. Daarnaast zijn zorgverzekeraars steeds vaker ook inhoudelijk betrokken bij het implementatieproces. Soms komt de zorgverzekeraar zelf actief met succesvolle voorbeelden van e-health-toepassingen bij regio-organisaties langs of zet zij samenwerkingsovereenkomsten op met huisartsorganisaties die e-health-projecten willen opstarten. Enkele zorgverzekeraars geven aan dat zij daarnaast actief contact leggen met leveranciers van

(veelbelovende) e-health-toepassingen, om bijvoorbeeld te kijken of dit in een kleine pilot uitgetest en geëvalueerd kan worden. Enkele zorgverzekeraars geven aan dat ze een speciale afdeling hebben die actief e-health-initiatieven opzet en implementeert en daarvoor actief op zoek gaat naar pilotregio's en –praktijken in Nederland.

Zorgverzekeraars kunnen huisartsenorganisaties ook financieel aanmoedigen om gebruik te maken van bepaalde volgens hun veelbelovende e-health-initiatieven. Zo heeft een van de zorgverzekeraars aangegeven dat zij de vergoeding voor de uren voor de POH-inzet hebben verruimd om daarmee de werkdruk weg te nemen bij de huisarts, zodat er meer tijd is voor de patiënt en voor de inzet van e-health.

Zorgverzekeraars geven verder aan dat zij zelf geen of nauwelijks een rol spelen bij de ontwikkeling van eigen e-health-toepassingen, specifiek voor de huisartsenzorg. Vaak doen zij dit bewust niet, omdat zij dat een taak vinden van de aanvragers zelf. Enkele zorgverzekeraars geven wel aan dat zij regelmatig een ondersteunende rol hebben bij de ontwikkeling van e-health-toepassingen of dat ze een leefstijl-app ontwikkeld hebben voor hun verzekerden. Zij kunnen dan bijvoorbeeld meedenken in het proces over wat een goed financieringsmodel zou kunnen zijn of hoe een e-health-initiatief vormgegeven zou kunnen worden.

Rol huisartsen(organisaties)

De huisarts(organisatie) heeft volgens de zorgverzekeraar een cruciale en centrale rol bij de ontwikkeling en/of implementatie van e-health, en vooral in de voorbereiding ervan. Vaak wordt een nieuwe toepassing eerst bij een aantal huisartsen geïntroduceerd en getest, waarna het opgeschaald wordt, indien het succesvol is gebleken. Zorgverzekeraars geven daarnaast aan dat een belangrijke rol voor huisartsen is weggelegd om zorginhoudelijk mee te denken in het implementatieproces van e-health.

Er zijn ook individuele huisartsen die zelf met ideeën komen en daar de samenwerking direct met de leverancier voor opzoeken. De zorgverzekeraar vervult hierbij dan in het begin (nog) geen rol.

Rol andere betrokken partijen

Naast de zorgverzekeraars speelt de NZa ook een rol in het stimuleren van e-health gebruiken. Zo is sinds 1 januari 2019 de vergoeding van consulten zodanig aangepast, dat het niet meer uitmaakt of deze fysiek of digitaal plaatsvindt. Daarnaast kan de patiënt ook een stimulerende factor zijn in het bevorderen van e-health-gebruik. Wanneer deze vaker met een zorgvraag langskomt, die ook digitaal kan worden behandeld, dan zal de huisarts(organisatie) hier steeds meer haar zorgprocessen op aanpassen.

Tips voor huisartsen bij de implementatie van e-health

Als huisartsen willen gaan starten met e-health, dan raadt de zorgverzekeraar aan dat zij daarvoor eerst contact opnemen met de eigen regio-organisatie om na te gaan welke e-health-initiatieven er al beschikbaar zijn of gebruikt worden in de regio, en waarbij de regio-organisatie de huisarts zou kunnen helpen.

*“Ga eerst implementeren wat er al is, ga niet iets [soortgelijks] nieuws ontwikkelen.”
(zorgverzekeraar)*

Over het algemeen is de huisarts heel sterk op de inhoud van een e-health-toepassing, maar heeft de huisarts minder ervaring met de projectmatige kant van de implementatie. Daarbij kan de eigen regio-organisatie dan helpen. Eventueel kan er (daarna) ook contact worden gezocht met de

zorgverzekeraar voor vragen over het opzetten of opschalen van e-health-initiatieven. Die kan dan bijvoorbeeld ook inhoudelijk meedenken in het implementatieproces. Het moet wat de zorgverzekeraars betreft dan wel gaan om grootschalige en opschaalbare e-health-initiatieven en niet om kleine initiatieven, zoals de aanschaf van een HIS voor één praktijk.

Enkele zorgverzekeraars raden daarnaast aan dat huisartsen soms al beter kunnen starten met het opzetten van een e-health-initiatief en dat ze daarvoor niet altijd meteen met de zorgverzekeraar contact op hoeven te nemen. Als het aanvraagproces moet worden doorlopen, kan dat vertragend werken, terwijl de baten (zoals tijdswinst of kostenbesparingen) voor de praktijk soms al meteen gerealiseerd kunnen worden.

Een andere tip die uit de interviews naar voren kwam, is dat huisartsen(organisaties) gezamenlijk een organisatie opzetten of een persoon aanstellen die zich specifiek bezighoudt met de implementatie van e-health binnen de regio en waar huisartsen terecht kunnen met vragen. Eventueel zou een huisartsorganisatie zoals de LHV kring hierin ook een rol kunnen spelen.

Eén zorgverzekeraar raadde huisartsen aan om heel geleidelijk e-health-aanpassingen door te voeren, en daarbij bijvoorbeeld eerst te beginnen met het aanbieden van een 'digitale voordeur' op de website van de praktijk, waarbij patiënten eenvoudig digitaal informatie kunnen vinden over hun zorgvragen of digitaal contact kunnen opnemen met de huisarts.

Er werd verder aangeraden om te kijken naar andere huisartsenpraktijken die al ervaringen hebben met het gebruik van e-health en om na te gaan welke ervaringen zij hebben. Goede voorbeelden van dergelijke praktijken zijn het Huisartsteam of Westerdokters.

Ten slotte geven zorgverzekeraars aan dat er ook al heel veel mogelijk is via de reguliere vergoeding voor e-health en dat er veel informatie beschikbaar is over het succesvol inzetten van e-health. Het wordt aangeraden om ook hier naar te kijken en om te starten e-health-toepassingen die al vergoed worden.

Succesfactoren voor opschaling van e-health

Volgens verschillende zorgverzekeraars kunnen de volgende factoren helpen bij een succesvolle opschaling van e-health-initiatieven:

- Het initiatief moet een bestaand en urgent probleem in de regio kunnen oplossen.
- Het organiseren van bijeenkomsten, waarbij ervaringen worden uitgewisseld en goede voorbeelden worden gepresenteerd door zorgverleners en/of patiënten zelf (ambassadeurs). Zij kunnen dan leren van elkaar en ervoor zorgen dat anderen niet tegen dezelfde barrières aanlopen.
- Geleerde lessen uit het buitenland gebruiken.
- Gebruik maken van al aanwezige kennis bij de zorgverzekeraar in andere regio's.
- Een goed, uitgewerkt plan wat een e-health-toepassing gaat toevoegen en hoe dit regionaal geïmplementeerd kan worden met de verschillende partijen.
- Meer samenwerking tussen huisartsen(organisaties). Bijvoorbeeld ook op het gebied van e-health-toepassingen die ze al gebruiken.
- Huisartsen(organisaties) komen zelf met een e-health-initiatief, waarvan zij denken dat dat een bepaald probleem kan oplossen.
- Het moet aansluiten op bestaande processen en applicaties die huisartsen al gebruiken (bijv. HIS).

*“Als je een interventie maakt, die niet landt in het core-HIS, dan is het project gedoemd te mislukken.”
(zorgverzekeraar)*

Een goed voorbeeld van de urgentie om een bestaand probleem op te lossen, speelt volgens de zorgverzekeraar tijdens de corona-crisis. De mogelijkheid om te beeldbellen met patiënten of andere zorgverleners is in zo'n periode heel handig, omdat mensen zoveel mogelijk thuis moeten blijven, maar bijvoorbeeld wel zorg nodig blijven hebben.

Volgens verschillende zorgverzekeraars helpen de volgende factoren juist niet bij een succesvolle implementatie en/of opschaling van e-health-initiatieven:

- Gebruikmaken van landelijke 'blauwdrukken' en deze vervolgens bij elke huisartsenpraktijk op dezelfde manier gaan toepassen. Als je dergelijke regels als zorgverzekeraar oplegt aan huisartsen, dan gaat dat waarschijnlijk niet werken. Elke regio heeft haar eigen behoeftes.
- Als de zorgverzekeraar bepaalde verplichtingen (bijvoorbeeld e-health-targets) oplegt met betrekking tot de implementatie van e-health.
- Als regionaal of op huisartsenpraktijkniveau overal 'het [e-health] wiel opnieuw uitgevonden wordt'.
- Als huisartsen(praktijken) allemaal verschillende systemen en/of toepassingen gebruiken. Om dit op elkaar aan te laten sluiten zijn er extra investeringen en koppelingen benodigd.

3.4.4 Bekostiging

De vergoeding voor e-health-initiatieven kan bij alle zorgverzekeraars zowel onder segment 1, segment 2 als segment 3 van de huisartsenzorgfinanciering vallen. De vergoeding voor nieuwe e-health-initiatieven valt hoofdzakelijk onder segment 3 (Resultaatbeloning en zorgvernieuwing). Daarnaast zijn er e-health-vergoedingen voor specifieke e-health-programma's, zoals het OPEN-programma of e-mental health modules. Bij segment 3 gaat het met name om eenmalige, projectmatige financiering, vaak verspreid over meerdere jaren. Vaak is de financiering hiervoor in het eerste jaar wat hoger, omdat er dan meestal sprake is van eenmalige opstartkosten. Het komt soms voor dat een e-health-initiatief dusdanig succesvol is dat het ingebed wordt in de reguliere vergoeding (segment 1). Enkele zorgverzekeraars geven aan dat hun voorkeur heeft dat de huisartsenpraktijken zoveel mogelijk gebruik proberen te maken van de al reguliere vergoedingen van e-health.

Het komt ook voor dat inkopers rechtstreeks een initiatief financieel ondersteunen, zoals de WaarneemApp of het Westerdokters App. Enkele zorgverzekeraars geven ook aan dat zij nauw samenwerken met e-health-leveranciers of regio-organisaties die al veel goede ervaringen hebben met het implementeren van e-health-toepassingen. Deze leveranciers of organisaties kunnen daarvoor dan extra financiering ontvangen vanuit de zorgverzekeraar.

Innovatieve financieringsvormen

Eén van de zorgverzekeraars geeft aan dat momenteel vooral de zorgprocessen nog gefinancierd worden. In de toekomst zal er naar verwachting steeds meer op de uitkomsten van e-health-toepassingen gefinancierd worden. Enkele zorgverzekeraars geven aan dat ze daar al mee bezig zijn en een relatief nieuwe vorm van financiering (shared-savings) toepassen met enkele huisartsenorganisaties. Deze organisaties krijgen dan bijvoorbeeld de mogelijkheid om de zorg anders en toekomstbestendig in te richten en ontvangen daarvoor een bepaald bedrag (bijvoorbeeld per ingeschreven patiënt) van de zorgverzekeraar, vergelijkbaar aan het bedrag dat ze voorheen ontvingen. Als zij in de nieuwe situatie minder zorgkosten maken ten opzichte van de reguliere zorgverlening, bij een gelijkblijvende kwaliteit, dan kunnen zij deze besparingen weer inzetten voor

verdere verbetering en/of uitbreiding van de zorg die zij leveren. Hiervoor is er vaak wel een eenmalige financiële impuls nodig vanuit de zorgverzekeraar om dit te organiseren. Deze oplossing geeft meer vrijheid aan de aangesloten huisartsenpraktijken. De zorgverzekeraar merkt daarbij op dat e-health vaak ook goed van de grond komt. Dit werkt meestal alleen voor grotere huisartsenorganisaties en minder goed voor individuele huisartsenpraktijken, omdat grotere organisaties over meer capaciteit, middelen en denkkraft beschikken om nieuwe, toekomstbestendige zorg te organiseren. Indien het uiteindelijk blijkt dat de kosten per patiënt hoger worden door de nieuwe zorg die zij leveren, dan moet de organisatie die kosten wel zelf betalen en heeft de zorgverzekeraar ook aandeel in dit verlies.

Barrières

De bekostiging is een onderdeel waarvan de zorgverzekeraar merkt dat dat een barrière kan zijn bij de implementatie van e-health. Het is daarbij altijd de vraag wie er verantwoordelijk is voor dit onderdeel en hoe een toepassing dan gefinancierd kan worden. Een voorbeeld is een pilot voor COPD-patiënten dat zowel in de eerstelijns als tweedelijns loopt. Omdat het dan niet alleen onder de huisartsenzorg of alleen onder de ziekenhuiszorg valt, kan dat de bekostigingsstructuur ook complex maken.

Daarnaast wordt er ook vaak door zorgaanbieders of (ICT)-leveranciers gedacht dat de zorgverzekeraar allemaal extra geldpotjes heeft voor bijvoorbeeld e-health, terwijl dat in de praktijk niet het geval is. De zorgverzekeraar is er om de zorg te bekostigen en niet om al het financiële risico bij neer te leggen. Er kan dan niet zomaar extra geld ergens vandaan gehaald worden. Het is ook lastig voor de zorgverzekeraar om te bepalen of e-health-initiatieven of apps wel gebruikt zullen worden, zonder dat er bijvoorbeeld onderzoek is gedaan naar de effecten ervan. E-health-toepassingen moeten daarom ook niet allemaal in een te vroeg stadium bij de zorgverzekeraar terechtkomen, als er bijvoorbeeld nog niet beoordeeld is wat de effecten ervan zijn of als er geen vraag naar is onder de potentiële gebruikers. Wat hierbij bijvoorbeeld ook lastig is, is dat de (vele) kosten vaak al voor de baten uit gaan.

4 Beschouwing en conclusie

Huisartsen en zorgverzekeraars die deelnamen aan het onderzoek noemden met elkaar veel e-health-toepassingen die huisartsen in hun praktijk inzetten en welke staan weergegeven in Tabel 2. Hierbij is de e-health-definitie van de eHealth-monitor gebruikt, zoals eerder beschreven is in hoofdstuk 1 – Inleiding. Deze definitie kan breed worden geïnterpreteerd, waardoor ook toepassingen zijn genoemd zoals de e-mail, website en het digitale wachtkamerscherf. Alle genoemde toepassingen worden voor verschillende doelen ingezet. Zo wordt er bijvoorbeeld gebruik gemaakt van patiëntportalen om patiënten de mogelijkheid te geven om de huisarts digitaal een vraag te stellen of om medicijnen te bestellen op het moment dat het hen uitkomt. Daarnaast wordt er gebruik gemaakt van online communicatieplatforms om efficiënt en veilig over de zorg rondom een patiënt te kunnen communiceren met alle betrokken zorgverleners. Ook het thuis meten van gezondheidswaarden, het wachtkamerscherf en de beveiligde e-mail worden genoemd door huisartsen als zijnde succesvolle e-health-toepassingen. Naast de beschreven e-health-toepassingen in dit rapport, zijn er nog veel andere, al dan niet bewezen, succesvolle toepassingen die door huisartsenpraktijken worden ingezet. Vaak worden deze ingezet als extra service voor patiënten, bijvoorbeeld om ze meer regie over hun gezondheid(szorg) te geven, maar ook om de werkdruk voor zorgverleners te verlagen.

De geïnterviewde huisartsen en de meeste patiënten zijn enthousiast over de e-health-toepassingen die ze gebruiken binnen de huisartsenzorg. De casestudies en interviews met de zorgverzekeraars laten zien dat e-health voor zowel huisartsen als patiënten echt iets oplevert, namelijk betere en efficiëntere zorg. Ondanks barrières die volgens huisartsen en patiënten overkomen moeten worden om e-health in de huisartsenzorg op te kunnen schalen, is het de geïnterviewde huisartsen en medewerkers dankzij een combinatie van (succes)factoren gelukt om e-health te implementeren binnen hun praktijk. Deze worden hieronder opnieuw kort beschreven.

Ook uit de data van de eHealth-monitor blijkt dat meer dan de helft van de huisartsen en bijna driekwart van de verpleegkundigen welwillend of enthousiast is over het gebruik van digitale toepassingen in de zorg²⁷. Verder blijkt hieruit dat de verschillende toepassingen, die beschreven zijn in de casestudies van dit onderzoek, in verschillende mate worden gebruikt door huisartsenpraktijken. Zo is het online afspraken maken, herhaalrecepten aanvragen en inhoudelijke vragen stellen bij de meeste praktijken mogelijk. Ook elektronisch gegevens uitwisselen met andere zorgverleners in de regio gebeurt in meer dan de helft van de praktijken. Telemonitoring wordt nog maar door een klein deel van de praktijken ingezet en geen enkele huisarts geeft aan dat een videoconsult mogelijk is. Het aanbod van dergelijke toepassingen is daarmee groter dan het gebruik ervan, zowel door zorgverleners als door patiënten. Betrokken partijen zullen daarom samen moeten zoeken naar oplossingen voor de barrières die zorgverleners tegenkomen voor de implementatie en het gebruik van e-health.

²⁷ Wouters, M., Huygens, M., Voogdt, H., Meurs, M., Groot, J. de, Lamain, A., Bruin, K. de, Brabers, A., Hofstede, C., Friele, R. & Gennip, L. van (2019). Samen aan zet! eHealth-monitor 2019. Den Haag: Nictiz; Utrecht: Nivel

4.1 Succesfactoren

Ten eerste helpt het volgens huisartsen als er binnen de praktijk een gedeelde visie met betrekking tot e-health is. Over het algemeen zijn de huisartsen die we hebben gesproken van mening dat e-health geen doel op zich is, maar kan helpen een probleem op te lossen of processen efficiënter in te richten. Dit is ook veelvuldig genoemd door de geïnterviewde zorgverzekeraars. Zij zien de meerwaarde van e-health en beschouwen het als één van de mogelijke oplossingen voor een bestaand probleem.

“Er moet eerst gekeken worden waar het probleem ligt en hoe deze kan worden opgelost. Mogelijk kan dit worden opgelost met ICT” (huisarts).

Deze huisartsen kunnen beschouwd worden als ‘innovators’ of ‘early adopters’, een kleine groep gebruikers binnen de potentiële gebruikersgroep.²⁸ Problemen die huisartsen en patiënten tegenkomen kunnen bijvoorbeeld te maken hebben met processen die binnen de praktijk niet efficiënt genoeg verlopen, of met het feit dat de patiënt te weinig regie over, en zicht op zijn/haar zorg en gezondheid heeft. Een andere reden die werd genoemd om e-health te gebruiken is de veranderende wetgeving rondom het gebruik van e-health.

Vervolgens zal er binnen de praktijk een meer of minder uitgebreid plan ontwikkeld moeten worden voor de implementatie van de e-health-toepassing. Soms houdt dit alleen in dat er folders verspreid worden, maar soms is dit uitgebreider en wordt assistenten bijvoorbeeld extra tijd gegeven om thuis gemeten gezondheidswaarden te beoordelen, wordt patiënten expliciet gevraagd of zij gebruik willen maken van een toepassing en worden zij hier ook bij geholpen. Het is volgens huisartsen van belang om kleinschalig te starten en om je als praktijk op één toepassing te richten. Bij bepaalde toepassingen, zoals het thuis meten van gezondheidswaarden, is het goed om met een beperkte doelgroep te starten. Voor andere toepassingen, zoals het patiëntportaal, is het juist goed om ze breed te promoten. Bij alle toepassingen is het van belang om hier over na te denken en om draagvlak te creëren onder zowel medewerkers als patiënten (*“Ik denk dat je de zorgverleners alleen mee kan krijgen als ze het voordeel ervan zien”* (huisarts)). Het helpt ook om een medewerker of groepje medewerkers als ‘trekker’ aan te wijzen en samen te werken met zorgverleners binnen en buiten de praktijk. En als de praktijk kansen krijgt van uit de omgeving, bijvoorbeeld als ze uitgenodigd worden voor deelname aan een pilot met een toepassing. Als de toepassing eenmaal geïmplementeerd is, is het belangrijk om patiënten en zorgverleners goed te begeleiden bij het gebruik ervan en om hen de gelegenheid te geven om hun ervaringen te delen, zodat de toepassing desgewenst aangepast kan worden.

Als er een implementatieplan ontwikkeld is door de huisartsenpraktijk, kan deze eventueel ook worden voorgelegd aan de preferente zorgverzekeraar in de regio. Deze zal het plan met een bijbehorende business case vervolgens beoordelen en bepalen of er een eenmalige of structurele vergoeding mogelijk is voor de e-health-toepassing. Bij een succesvolle e-health-toepassing zal dit het geval zijn en is er de mogelijkheid om het gebruik ervan verder op te schalen naar andere huisartsenpraktijken.

²⁸ Berger, P., Nacken, E. & Woltjer, F. (2018). E-health: trage implementatie staat oplossing in de weg.

<https://www.tias.edu/kennisgebieden/detail/health/detail/e-health-trage-implementatie-staat-oplossing-in-de-weg>

4.2 Barrières

Vooral wat betreft de middelen die nodig zijn voor de implementatie en het gebruik van e-health-toepassingen, geven vooral huisartsen aan dat zij nog wel een aantal barrières tegenkomen. Bijvoorbeeld dat er een ruimere vergoeding nodig is vanuit bijvoorbeeld de zorgverzekeraar. Voor de implementatie van toepassingen, maar ook voor het gebruik ervan. Zo kost de implementatie van e-health-toepassingen erg veel tijd voor alle betrokkenen en geven ze aan dat zij een kleinere vergoeding voor bijvoorbeeld e-consulten via een patiëntportaal krijgen dan voor een fysiek consult.

“Hoe slimmer je het organiseert, hoe minder inkomsten je krijgt” (huisarts).

Zorgverzekeraars merken ook dat de financiering een barrière kan vormen bij de implementatie van e-health in de huisartsenzorg. Zij geven aan dat zij een toepassing financieel kunnen ondersteunen, maar dat daarvoor wel belangrijke eisen, zoals een goed onderbouwd plan en een bijbehorende business case, benodigd zijn. Daarnaast geven zij als tip aan huisartsen mee om juist ook te kijken naar welke e-health-toepassingen al wel worden vergoed en/of gebruikt in de regio. Verder is het ook belangrijk is om niet alleen te kijken naar wat de e-health-toepassing kost, maar ook naar welke baten het de praktijk oplevert, zoals meer tijd voor de patiënt.

Een andere barrière die veelvuldig door huisartsen en patiënten werd genoemd is dat de ICT nog niet altijd optimaal werkt. Vooral door patiënten worden er zaken genoemd die beter kunnen aan een toepassing of die missen. Een zorgverlener gaf verder aan dat de praktijk eigenlijk over wil van een tablet naar een app op de telefoon, maar dat dit nog even duurt “vanwege haperingen in de implementatie van de app”. Ondanks dat zij wel gebruik (willen) maken van de toepassing, is aanpassing en verbetering van de toepassingen nodig.

Huisartsen en patiënten geven verder aan dat enige computer- en taalvaardigheid van belang is om meteen goed met een toepassing te kunnen werken, ook al werken veel toepassingen intuïtief.

4.3 Hoe nu verder?

De casestudies en interviews met de zorgverzekeraars laten zien dat e-health zowel huisartsen als patiënten echt iets kan opleveren en dat de opschaling van veelbelovende e-health-toepassingen belangrijk is om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. In de meeste gevallen wordt het ingezet voor een betere zorgverlening op een efficiëntere manier. Wij hebben bij de casestudies vooral gesproken met ‘innovators’ en ‘early adopters’, oftewel de eerste groep huisartsen die e-health heeft geïmplementeerd. Andere huisartsen en de ‘early majority’, de kritische massa die noodzakelijk is om implementatie van e-health echt te laten slagen²⁹, kunnen de rapportage gebruiken om zelf ook aan de slag te gaan met de implementatie van e-health. Gebaseerd op de resultaten van de casestudies en de interviews met zorgverzekeraars, noemen wij een aantal aanvullende acties die zouden kunnen helpen om e-health in de huisartsenzorg op te schalen:

- Zorg voor een duidelijk overzicht van bewezen succesvolle e-health-toepassingen die beschikbaar zijn binnen de huisartsenzorg. Hier bestaan al verschillende initiatieven voor,

²⁹ Berger, P., Nacken, E. & Woltjer, F. (2018). E-health: trage implementatie staat oplossing in de weg.

<https://www.tias.edu/kennisgebieden/detail/health/detail/e-health-trage-implementatie-staat-oplossing-in-de-weg>

zoals het National e-health Living Lab (NeLL) en DigitaleZorgGids. Het zou daarbij helpen als communicatie over dergelijke toepassingen breed worden verspreid onder huisartsen. Informatie over het doel van de e-health-toepassing, informatie over welke problemen het kan helpen oplossen binnen de huisartsenzorg en een stappenplan om de toepassing te implementeren is daarbij ook belangrijk.

- Zorg ervoor dat succesverhalen uit zowel Nederland als uit het buitenland gedeeld kunnen worden tussen huisartsenpraktijken onderling. Bijvoorbeeld door infographics, al dan niet in combinatie met filmpjes, te (laten) ontwikkelen over toepassingen waar huisartsen positieve ervaringen mee hebben. Deze kunnen actief gedeeld worden met andere huisartsen en zorgverleners. Het is wel van belang om eerst bij het veld te achterhalen waar precies behoefte aan is. Infographics per functie (bijvoorbeeld online afspraken maken), toepassingscategorie (zoals patiëntportalen) of toepassing (bijvoorbeeld MGN).
- Individuele huisartsenpraktijken zouden meer gezamenlijk op kunnen trekken bij de aanschaf en implementatie van e-health-toepassingen, die voor hun interessant kunnen zijn ter optimalisatie van de zorg die zij leveren. Het gezamenlijk gebruik maken van dezelfde e-health-toepassingen is vaak kostenefficiënt.
- Zorg ervoor dat niet alleen huisartsen, maar ook andere zorgverleners binnen de eerste en tweede lijn de voordelen van e-health-toepassingen die huisartsen gebruiken, zien. Zo krijgen ze hier meer vertrouwen in. Uit de casestudies blijkt namelijk dat dit vertrouwen er nog niet altijd is. Het in gesprek gaan met koepelorganisaties en het delen van succesverhalen door huisartsen kan hierbij wellicht helpen.
- Zorgverzekeraars zouden gezamenlijk kunnen optrekken en hun kennis en goede ervaringen onderling kunnen delen. Zo kunnen andere zorgverzekeraars deze kennis en goede ervaringen inzetten in hun eigen regio.
- Betrek patiënten bij de implementatie van e-health-toepassingen die gericht zijn op de zorg aan patiënten. Wanneer het bijvoorbeeld een toepassing betreft waar patiënten zelf (ook) gebruik van moeten maken, dan is het belangrijk dat deze aansluit op de behoeften van patiënten. Daarnaast kunnen patiënten ook een belangrijke rol spelen bij de opschaling van e-health-toepassingen door bijvoorbeeld hun ervaringen ermee te delen.
- Laat het overheidsbeleid de opschaling van e-health faciliteren, bijvoorbeeld door in gesprek te gaan en afspraken te maken met zorgverzekeraars over de vergoeding van e-health. Huisartsen die we spraken gaven namelijk aan dat de financiering voor de implementatie en het gebruik van e-health ontoereikend is. De overheid zou ook meer in kunnen zetten op grootschalige pilots met e-health-toepassingen, bijvoorbeeld via een HIS, om alle praktijken meer kans te geven om e-health-toepassingen te implementeren. Ook zou zij bijvoorbeeld zoiets als een implementatieteam in kunnen stellen om echt langs praktijken te gaan en hen te helpen met de implementatie van e-health. Een alternatief is om praktijken budget te (laten) geven om andere huisartsen te helpen met de implementatie van e-health. Tenslotte zou het helpen om meer algemene richtlijnen op te stellen, met betrekking tot het gebruik van e-health-toepassingen, maar ook met betrekking tot functies die beschikbaar moeten zijn binnen de HIS.

Daarnaast hebben de geïnterviewde huisartsen en zorgverzekeraars nog de volgende tips meegegeven voor andere huisartsenpraktijken die e-health willen implementeren:

- Implementeer als praktijk niet tegelijkertijd meerdere toepassingen, want één toepassing vergt al een hele investering van alle betrokkenen.
- Start met een mini-pilot binnen de praktijk om toepassingen te testen, als dit goed werkt kan het opgeschaald worden naar meerdere praktijken.

- Organiseer een bijeenkomst voor gebruikers/patiënten, samen met de e-health-leverancier, en zorg dat er voor patiënten herkenbare personen (huisarts, verpleegkundige) aanwezig zijn.
- Ga met elkaar in gesprek over de mogelijkheden van e-health-toepassingen.
- Deel goede ervaringen binnen de eigen organisatie, zorggroep, ROS of met de LHV of NHG.
- Ga bij de eigen huisartsorganisatie of preferente zorgverzekeraar na, welke succesvolle e-health-toepassingen al door andere praktijken worden ingezet en waarbij de huisartsorganisatie of zorgverzekeraar eventueel bij kan helpen.
- Bekijk welke e-health-toepassingen al via de reguliere vergoedingen bekostigd kunnen worden door de preferente zorgverzekeraar.
- Luister goed naar elkaar.
- Trek met andere huisartsenpraktijken op om gezamenlijk een e-health-toepassing te implementeren, samen bereik je vaak meer.
- Vraag naar goede ervaringen met e-health-toepassingen bij beroepsverenigingen
- Durf leiding te nemen bij het implementeren van goede toepassingen en ga die gezamenlijk in de regio gebruiken, durf daarbij af te bakenen en te zeggen dat je bepaalde dingen wel/niet doet

4.4 Conclusie

Ondanks de barrières die de door ons geïnterviewde huisartsen, patiënten en zorgverzekeraars zijn genoemd met betrekking tot de implementatie van e-health in de huisartsenzorg, zijn zij enthousiast over de verschillende e-health-toepassingen die al gebruikt worden binnen deze sector. Zij zien e-health als een goede en legitieme oplossing voor bepaalde problemen binnen de huisartsenpraktijk. Het levert huisartsen en patiënten in de meeste gevallen, met name op de lange termijn, echt iets op, namelijk betere zorg, op een vaak efficiëntere manier. Hierbij moet wel worden vermeld dat dit meestal een behoorlijke tijdsinvestering met zich meebrengt. Het is de geïnterviewde huisartsen en medewerkers goed gelukt om ten minste één e-health-toepassing te implementeren binnen hun praktijk. Dit dankzij een combinatie van factoren, waaronder het gevoel van urgentie om ervaren problemen binnen de praktijk op te lossen, hun sterke visie dat e-health een legitieme oplossing voor deze problemen kan zijn, en het ontwikkelen van een goed plan voor de implementatie ervan. Zij namen vervolgens de betrokken zorgverleners en patiënten mee in de implementatie en het gebruik van de toepassing. Een faciliterende factor daarbij kan zijn dat een praktijk de kans krijgt om (kosteloos) mee te doen met een pilot van de e-health-toepassing. Bij de praktijken die wij geïnterviewd hebben, blijkt dat zij ook na een succesvolle (kosteloze) pilot gebruik blijven maken van de e-health-toepassingen, ook als dat kosten met zich meebrengt. Ook uit de data van de eHealth-monitor blijkt dat een groot deel van de huisartsen en verpleegkundigen welwillend of enthousiast is over het gebruik van digitale toepassingen in de zorg³⁰. In de praktijk worden nu vooral toepassingen zoals patiëntportalen en communicatieprogramma's voor elektronische gegevensuitwisseling ingezet. Telemonitoring wordt echter nog maar door een klein deel van de praktijken gebruikt en geen enkele huisarts geeft aan dat een videoconsult ingezet wordt. Daarnaast blijkt uit de interviews met de zorgverzekeraars dat zij huisartsen(organisaties) veelal actief ondersteunen bij het opschalen van volgens hun veelbelovende e-health-toepassingen binnen de

³⁰ Wouters, M., Huygens, M., Voogdt, H., Meurs, M., Groot, J. de, Lamain, A., Bruin, K. de, Brabers, A., Hofstede, C., Friele, R. & Gennip, L. van (2019). Samen aan zet! eHealth-monitor 2019. Den Haag: Nictiz; Utrecht: Nivel

huisartsenzorg en dat zij verwachten dat e-health langzaamaan een steeds belangrijkere rol gaat vormen binnen dit vakgebied. Om dit te laten slagen is regionale samenwerking tussen alle betrokken partijen erg belangrijk.

4.5 Kritische kanttekeningen bij het onderzoek

In dit rapport was vooral te lezen waarom en hoe de zeven huisartsenpraktijken bepaalde toepassingen geïmplementeerd hebben volgens huisartsen, medewerkers en patiënten, en welke barrières zij hierbij moesten overwinnen. Daarnaast geeft het een overzicht van de toepassingen waarover de bevroegde praktijken en zorgverzekeraars aangaven dat ze er goede ervaringen mee hebben.

Het doel van dit onderzoek was niet om uitspraken te doen die gelden voor alle huisartsenpraktijken en ingeschreven patiënten in Nederland, of om een overzicht te genereren van alle bestaande e-health-toepassingen. Zoals wij al schreven in het 'Voorwoord' van dit rapport, bestaan er veel meer e-health-toepassingen dan de toepassingen die in dit rapport zijn beschreven (Tabel 2). Maar omdat deze niet genoemd zijn door de bevroegde huisartsen en zorgverzekeraars, vallen deze buiten de scope van dit onderzoek. Ook merken wij op dat de steekproef van huisartsenpraktijken niet representatief is voor alle Nederlandse huisartsenpraktijken, ondanks dat de onderzochte praktijken onder andere regionaal verspreid lagen in Nederland en varieerden in het type praktijk. Het aantal onderzochte praktijken is hiervoor te klein. Huisartsen konden zichzelf aanmelden voor het onderzoek of werden gemakkelijk door de onderzoekers gevonden via (social) media (bijvoorbeeld omdat zij geïnterviewd waren over een succesvolle e-health-toepassing). Dit leverde vooral *'innovators'* of *'early adopters'* op. De deelnemers in dit onderzoek betroffen daardoor vooral huisartsen, medewerkers en patiënten die positief staan tegenover e-health, en het gaat daarbij om toepassingen waarmee deze praktijken succes hebben.

Literatuur

- Berger, P., Nacken, E. & Woltjer, F. (2018). E-health: trage implementatie staat oplossing in de weg. <https://www.tias.edu/kennisgebieden/detail/health/detail/e-health-trage-implementatie-staat-oplossing-in-de-weg>
- Bijma, B. (2016). Het moet anders met de ANW-diensten! LHV DE DOKTER.
- Bruins, B. (2018). Kamerbrief over Onderhandelaarsakkoord huisartsenzorg 2019-2022.
- Damschroder, L.J., Aron, D.C., Keith, R.E., Kirsh, S.R., Alexander, J.A. & Lowery, J.C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science *Implementation Science* 2009(4).
- Health Deal: Stimulering gezondheid door persoonlijke preventie via e-health. 15-03-2018.
- Huygens M. A patient perspective on e-health in primary care: critical reflections on the implementation and use of online care services, Maastricht University, 2018.
- ICT&health: NeLL valideert e-health die echt werkt. Nr. 3/2019, 58-61.
- Krijgsman, J., Peeters, J., Burghouts, A. Op naar meerwaarde - eHealth-monitor 2014. TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen: 2015, 93(2), 58-59.
- Knoster, T. (1991). Managing Complex Change Model. In: TASH Conference, Washington D.C., adapted by Enterprise Group, Ltd.
- Meurs, M., Huygens, M., Keuper, J., Groot, J. de, Friele, R. Slimme zorg thuis bij COPD en hartfalen: ervaringen en ambities van vijf voorloper initiatieven. Utrecht: Nivel, 2019.
- Rijksoverheid. Bestuurlijk akkoord huisartsenzorg 2019-2022. 11-07-2018.
- Spoelman WA, Bonten TN, de Waal MW, et al. Effect of an evidence-based website on healthcare usage: an interrupted time-series study. *BMJ Open*: 2016, 6(11).
- Smarthealth. MedMij: hoeveel kosten gaan voor welke baten uit? <https://www.smarthealth.nl/2017/04/06/medmij-kosten-baten-analyse>
- Wildt, J.E. de (2018). Hoofdlijnenakkoord huisartsenzorg. De eerstelijns 2018.
- Wouters, M., Huygens, M., Voogdt, H., Meurs, M., Groot, J. de, Lamain, A., Bruin, K. de, Brabers, A., Hofstede, C., Friele, R. & Gennip, L. van (2019). Samen aan zet! eHealth-monitor 2019. Den Haag: Nictiz; Utrecht: Nivel.
- Wouters, M., Swinkels, I., Sinnige, J., Jong, J. de, Brabers, A., Lettow, B. van, Friele, R. & Gennip, L. van (2018). E-health in verschillende snelheden. eHealth-monitor 2018. Den Haag: Nictiz; Utrecht: Nivel.
- Zelfzorg Ondersteund: Vijf voorbeelden van digitale zorg in de praktijk. 6-12-2019.

Bijlage A Vragenlijst 1

We hebben een aantal vragen aan u over de inzet van e-health bij u/binnen uw huisartspraktijk. Mochten er erg veel aanmeldingen zijn, dan zullen we deze vragenlijst gebruiken om huisartsen/praktijken te selecteren. Daarnaast gebruiken we de antwoorden op de lijst om tijdens het gesprek sneller in te kunnen gaan op factoren die volgens u/jullie van belang zijn om de groei van het gebruik van e-health te bevorderen. Ook vragen wij u om adres- en contactgegevens, om u te kunnen bereiken.

1. Wat is het adres van uw huisartspraktijk?

- Naam praktijk:
- Straat:
- Postcode en plaats:

2. Wat is uw e-mailadres?

...

3. Hoe is uw huisartspraktijk georganiseerd? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- solopraktijk
- duopraktijk
- groepspraktijk
- zorggroep
- gezondheidscentrum
- huisartsenpost

4. Hoeveel patiënten staan er bij u/uw praktijk ingeschreven? *(open vraag)*

...

5. Binnen welk(e) thema('s) passen de e-health-toepassingen die bij u/uw praktijk ingezet worden: *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ANW-zorg
- domeinoverstijgende zorg
- juiste zorg op de juiste plek: netwerkzorg gericht op het voorkomen, vervangen en/of verplaatsen van zorg van of naar de huisartspraktijk
- meer tijd voor de patiënt
- multidisciplinaire zorg voor kwetsbare groepen
- optimalisatie van de praktijkvoering
- samenwerking en/of communicatie met collega professionals. Dit kunnen huisartsen, maar ook andere zorgverleners zijn.
- zelfmanagement, support en/of dialoog met de patiënt/burger
- anders, namelijk:...

6. Met welke e-health-toepassingen die bij u/uw praktijk ingezet worden hebt u goede ervaringen? *(open vraag)*

...

Bijlage B Vragenlijst 2

Ter voorbereiding op het interview over de inzet van e-health in uw praktijk, willen wij u vragen om alvast de volgende gegevens in te vullen, voor zover dat voor u mogelijk is. Indien een gedeelte van deze gegevens al bij ons bekend was, dan hebben wij deze hieronder alvast voor u ingevuld. Zou u deze voor de zekerheid nog willen checken of indien nodig willen aanpassen en/of aanvullen?

Zou u in de onderstaande tabel kunnen aangeven:

- welke succesvolle e-health-toepassingen bij uw praktijk ingezet worden;
- binnen welk thema* elke toepassing past;
- voor welke doelgroep (bijv. patiënten, apothekers, collega's) elke toepassing wordt ingezet;
- schatting van het aantal mensen/gebruikers waaraan elke toepassing wordt aangeboden;
- schatting van het aantal mensen/gebruikers dat elke toepassing daadwerkelijk gebruikt

Tabel 1: overzicht succesvolle e-health-toepassingen

e-health-toepassing	thema*	doelgroep	aantal aangeboden	aantal gebruikers

*Mogelijke thema's waarbinnen de e-health-toepassingen passen:

1. ANW-zorg
2. Domeinoverstijgende zorg
3. Juiste zorg op de juiste plek: netwerkzorg gericht op het voorkomen, vervangen en/of verplaatsen van zorg van of naar de huisartsenpraktijk
4. Meer tijd voor de patiënt
5. Multidisciplinaire zorg voor kwetsbare groepen
6. Optimalisatie van de praktijkvoering
7. Samenwerking en/of communicatie met collega professionals. Dit kunnen huisartsen, maar ook andere zorgverleners zijn
8. Zelfmanagement, support en/of dialoog met de patiënt/burger
9. Anders, namelijk: ... (zelf in te vullen)

Bijlage C Topic lijst huisartsen

Visie deelnemers: visie deelnemers met betrekking tot e-health

- Waarom vinden jullie het inzetten van e-health belangrijk?
- Hoe komen jullie aan de toepassingen en met welke hebben jullie goede ervaringen? (invullen overzicht hierboven)
- Waar is keuze op gebaseerd? Samen ontwikkeld/geïmplementeerd?
- Met welke patiënten worden digitale portalen en/of inzage in het digitale dossier toegepast bij u/uw praktijk en hoe is dit georganiseerd?

HIER 1 TOEPASSING KIEZEN EN DAAROP DOORGAAN

Urgentie: de noodzaak en meerwaarde van e-health; wat levert het op?

- Waar kwam de behoefte voor de e-health-interventie vandaan? Wat was het (urgente) probleem erachter? → heeft dit ook te maken met het verschuiven van de 2e lijn zorg naar de 1e lijn?
- Vanuit wie kwam de behoefte? Uit praktijk zelf (personeel/patiënten) of van boven af (zorggroep bv)
- Wat heeft het opgeleverd en voor wie? (lagere kosten, meer regie voor de patiënt etc.)

Plan: het belang van een uitgedacht plan voor de implementatie

- Is de interventie aangepast op het zorgproces of het zorgproces aangepast op de interventie?
- Was er een plan/planning? Hoe zag deze eruit?
- Wie was er betrokken bij de ontwikkeling/implementatie? Wie zijn er nodig hiervoor?
- Hoe is het team betrokken bij het implementatie proces?
- Hoe is de implementatie vorm gegeven? Pilot/opschaling/reguliere zorg
- Hoe is de interventie geïntroduceerd bij personeel en patiënten?
- Hoe zorgen jullie ervoor dat het de zorgvraag en werkdruk niet doet toenemen?
- Hoe evalueren jullie het effect van de interventie?
- Wat is er voor nodig dat elke patiënt die deze interventie kan en wil gebruiken dit ook daadwerkelijk kan doen?
- Met alle mogelijke e-health-toepassingen die er op dit gebied zijn, waarom is er specifiek voor deze toepassing gekozen?
- Wat werkte wel/niet van het plan? Hoe overwonnen?

Middelen: welke middelen zijn nodig en was er ergens gebrek aan?

- Hoe is de financiering geregeld?
- Contractering
- Aanschaf apparatuur
- Training personeel
- Tijd om met de technologie om te gaan
- Tijd om patiënten uitleg te geven
- Aanpassing technische infrastructuur (bijv. ook website voor aanbieden toepassing)

Competenties: competenties van patiënten en zorgverleners van belang voor implementatie

- Waar baseren jullie de patiëntgroep op die de interventie kan gebruiken? Wat moeten de competenties van deze patiënten zijn?
- Wat moeten de competenties voor het personeel zijn?
- Zijn er voldoende competenties?

Omgeving: visie/belang van omgeving: landelijk beleid, financiering, organisatie zelf, personeel, patiënt

- Wat is de visie en ambitie van de praktijk t.a.v. e-health?
 - Was er (snel) commitment vanuit het praktijkteam? Wat was wel/niet helpend?
 - Wat was de reactie van het personeel/patiënten omtrent de innovatie?
 - Wat weten jullie over het landelijk beleid en de financiering die er is voor e-health? Welke onderdelen zijn wel/niet helpend? (Hoe gaan jullie hiermee om?)
- Visie/belang van alle betrokkenen: wezen alle neuzen dezelfde kant op?

Slot

- Wat zijn volgens u uitdagingen/barrières voor de implementatie van e-health in de huisartspraktijk?
- Wat zijn volgens u succesfactoren of randvoorwaarden om e-health te implementeren in de huisartspraktijk?
- Wat is volgens u belangrijk voor de verdere opschaling van e-health-toepassingen in de huisartsenzorg?
- Wat vindt u een toegankelijke wijze om een overzicht van succesvolle e-health-applicaties terug te vinden (bijvoorbeeld een website zoals die nu bestaat voor ANW zorg)?
- Zijn er nog documenten met betrekking tot de implementatie en het gebruik van e-health in jullie praktijk? En zijn de belangrijkste punten hierover besproken tijdens dit interview?

Bijlage D Topic lijst patiënten

Omschrijving toepassing en gebruik

- Kunt u wat vertellen over de toepassing waarvan u gebruikt maakt?
 - Wanneer, waarvoor en hoe vaak maakt u er gebruik van?

Urgentie: *de noodzaak en meerwaarde van e-health; wat levert het op?*

- Wat zijn voordelen van het gebruik ervan?
- Zijn er ook nadelen?
- Wat is het alternatief voor deze toepassing?
- Wat heeft de toepassing voor u opgeleverd?

Plan

- Hoe is de interventie bij u geïntroduceerd?
 - Was u betrokken bij de keuze/introductie van de toepassing?
 - Kreeg u ook uitleg bij de toepassing?
- Vraagt de huisarts naar uw ervaringen ermee?
 - Is er ruimte en behoefte om uw ervaringen te delen met de huisarts?
- Mist u nog bepaalde zaken bij deze toepassing, die u graag terug had of zou willen zien?

Competenties

- Welke vaardigheden zijn er nodig om de toepassing te gebruiken?
- Wat heeft u nodig om gebruik te kunnen maken van de toepassing?
- Wat vindt u makkelijk/moeilijk bij het gebruik van de toepassing?

Slot

- Wat vindt u ervan als er meer technologie (e-health) zou worden ingezet op de huisartspraktijk? (hier wat voorbeelden noemen?)
- Op welke gebieden zou u hier meerwaarde in zien?

Bijlage E Topic lijst zorgverzekeraars

Beleid

- Hoe komt e-health (of digitale zorg) specifiek terug in het beleid van de zorgverzekeraar ten aanzien van de huisartsenzorg?
 - Heeft de zorgverzekeraar een specifiek e-health-beleid voor de huisartsenzorg? Zo ja, wat houdt deze in?
 - Welk doel moet e-health volgens de zorgverzekeraar dienen binnen de huisartsenzorg?
 - Hoe stimuleren jullie het (succesvol) gebruik van e-health bij huisartsen?

Eisen en (aanvraag)proces

- Hoe ziet het aanvraagproces van (de vergoeding voor) e-health-initiatieven binnen de huisartsenzorg eruit bij de zorgverzekeraar? Welke eisen worden er hierbij gehanteerd?
- Aan welke eisen moeten huisartsorganisaties voldoen om een e-health-toepassing verder op te schalen en daarvoor vergoeding te krijgen?
- Kan één huisartspraktijk ook zelf een e-health-toepassing vergoed krijgen of moeten meerdere praktijken (of organisaties) gezamenlijk een aanvraag hiervoor indienen?
- Wat is de rol/verantwoordelijkheid van de huisartsorganisaties tijdens het ontwikkel- en implementatieproces (uitvoeren, coördineren, pilot onderzoeken)?
- Wat is de rol/verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar tijdens het ontwikkel- en implementatieproces (meedenken, eindbeoordeling, betrokkenheid, faciliteren, stimuleren)?
- Wat is de rol/verantwoordelijkheid van andere partijen, zoals ICT leveranciers, tijdens het ontwikkel- en implementatieproces? Zijn er daarnaast nog andere partijen hierbij betrokken (en zo ja, welke)?
- Welke tips heb je voor huisartspraktijken die een e-health-toepassing vergoed willen krijgen via de zorgverzekeraar en die e-health willen implementeren?
- Wat is er volgens zorgverzekeraars nodig voor verdere opschaling van e-health in het algemeen?

Bekostiging

- Op welke wijze(n) wordt e-health en de implementatie van e-health in de huisartsenzorg gefinancierd door de zorgverzekeraar? bij welke prestaties of onderdelen van prestaties?
- Is de vergoeding van de toepassing vaak structureel voor een langere periode of juist projectmatig en wordt het bijvoorbeeld jaarlijks (her)beoordeeld? Welke afspraken worden er wat betreft de financiering zoal gemaakt met de huisartsenorganisatie?
- E-health-initiatieven kunnen ervoor zorgen dat de huisartsenpraktijk en de zorg aan patiënten efficiënter georganiseerd is, en er bijvoorbeeld minder fysieke behandelingen nodig zijn op de lange termijn. Met de huidige financiering lopen huisartsen dan wellicht inkomsten mis, ook omdat er vaak een tijdsinvestering benodigd is om het te implementeren, terwijl er (nog) geen vergoeding voorhanden is. Hoe gaan jullie hiermee om? Ontwikkelen jullie innovatieve manieren van het financieren van e-health? Stimuleren jullie dit soort initiatieven (financieel)?
- Waar lopen jullie tegenaan bij de bekostiging van e-health-toepassingen? Of waar merken jullie dat huisartsen tegenaan lopen bij de bekostiging van e-health-toepassingen?
- Welke kosten komen sowieso bij de huisartsenorganisaties te liggen en worden niet vergoed door de zorgverzekeraar? (bijv. aanschaf, update, werkproces afspraken, overleggen intern en extern, koppeling met HIS)

Eigen e-health-toepassingen

- Ontwikkelen jullie zelf ook e-health-toepassingen voor de huisartsenzorg?
 - Zo ja, welke?
 - Zo ja, worden deze ook vergoed?
 - Zo ja, worden deze vooraf altijd eerst gepilot/wetenschappelijk onderzocht/behoefte eraan onderzocht?
 - Zo ja, hoe wordt dit onderzocht? Hebben jullie ook de resultaten van dergelijke onderzoeken beschikbaar of van niet-eigen e-health-toepassingen?
 - Zo ja, hoe vindt de ontwikkeling en implementatie plaats? (gezamenlijk met zorgaanbieders en ICT bedrijf bijv.)

Overzicht toepassingen

- Hebben jullie een overzicht van e-health-toepassingen binnen de huisartsenzorg die door jullie vergoed worden? Zo ja, kunnen jullie die met ons delen? Waarom worden deze wel vergoed?
- Hebben jullie een overzicht van e-health-toepassingen binnen de huisartsenzorg waar wel een aanvraag voor is gedaan maar die niet door jullie vergoed worden? Zo ja, kunnen jullie die met ons delen? Waarom worden deze niet vergoed?

Kunnen jullie één of enkele toepassingen benoemen, die volgens jullie binnen de huisartsenzorg erg succesvol zijn gebleken? En waarom zijn deze volgens jullie zo succesvol?

Bijlage F Tabellen EHealth-monitor 2018/2019

EHEALTH-MONITOR 2019

Noodzaak en meerwaarde

Tabel 1.8

Verpleegkundigen huisartsenzorg en huisartsen - Percentage dat aangeeft in hoeverre ICT in de zorg invloed kan hebben op de werkdruk in de zorg; in 2019.

	Verpleegkundigen Huisartsenzorg	Huisartsen
<i>ICT toepassingen in de zorg:</i>	(n=99) (%)	(n=213) (%)
... kunnen de werkdruk verminderen	23	10
... kunnen de werkdruk verergeren	15	22
... kunnen de werkdruk zowel verminderen als verergeren	47	58
... hebben geen invloed op werkdruk in de zorg	14	10

Tabel 1.9

Verpleegkundigen huisartsenzorg en huisartsen - Percentage met een bepaalde mening over digitale toepassingen in de zorg; in 2019.

	Verpleegkundige huisartsenzorg	Huisartsen
	(n=101) (%)	(n=213) (%)
Ik ben erg enthousiast	13	10
Ik ben er al mee bekend en wil nog wel meer proberen	50	38
Ik wil het wel gaan proberen	10	11
Ik moet er wel mee aan de slag, anders word je door cliënten/patiënten ingehaald	3	6
Ik moet er wel mee aan de slag, want dit is het beste voor mijn gezondheid	-	-
Ik moet er wel mee aan de slag, want dit het is het beste voor de gezondheid of zorg van mijn cliënten/patiënten	3	6
Ik moet er wel mee aan de slag, want dat hoort in deze tijd	-	-
Ik ben nog zoekende wat handig is voor mij	13	11
Ik ben wat terughoudend	8	15
Ik zie het nut er niet van in	0	1
Ik ben erg negatief	1	2

Online inzage en contact

Tabel 2.1

Huisartsen - Online inzage in onderdelen van het medisch dossier; in 2019 (n=229).

	Dit is mogelijk (%)	Er zijn plannen om dit binnen 1 jaar mogelijk te maken (%)	Er zijn geen plannen, maar de zorgverlener zou dit wel willen (%)	Er zijn geen plannen en de zorgverlener weet niet of hij dit zou willen (%)	Er zijn geen plannen en de zorgverlener zou dit ook niet willen (%)
Via internet inzage krijgen in de voor de patiënt gestelde diagnoses	22	19	16	31	13
Via internet inzage krijgen in notities (decursus) in het dossier	5	14	6	35	39
Via internet inzage krijgen in binnengekomen uitslagen van onderzoeken en laboratoriumbepalingen voordat het gesprek met mij heeft plaatsgevonden	15	7	6	36	36
Via internet inzage krijgen in binnengekomen uitslagen van onderzoeken en laboratoriumbepalingen nadat het gesprek met mij heeft plaatsgevonden	20	14	38	20	8
Via internet inzage krijgen in de voorgeschreven medicatie ¹	39	24	25	8	4
Via internet zelf opmerkingen of gemeten gezondheidswaarden toevoegen aan hun eigen elektronische patiëntendossier (bijvoorbeeld via een portaal)	12	9	38	26	15

¹ latere navraag (n=117)

Tabel 2.2

Huisartsen - Percentage dat online inzage biedt in onderdelen van het medisch dossier; van 2014 tot 2019.

	2014 (n=171) (%)	2015 (n=396) (%)	2016 (n=316) (%)	2017 (n=290) (%)	2018 (n=291) (%)	2019 (n=229) (%)
Via internet inzage krijgen in de voor de patiënt gestelde diagnoses ***	8	10	15	12	13	22
Via internet inzage krijgen in notities (decursus) in het dossier	1	2	2	3	2	5
Via internet inzage krijgen in binnengekomen uitslagen van onderzoeken en laboratoriumbepalingen	8	10	10	11	14	-
Via internet inzage krijgen in binnengekomen uitslagen van onderzoeken en laboratoriumbepalingen voordat gesprek heeft plaatsgevonden	-	-	-	-	-	15
Via internet inzage krijgen in binnengekomen uitslagen van onderzoeken en laboratoriumbepalingen nadat gesprek heeft plaatsgevonden	-	-	-	-	-	20
Via internet inzage krijgen in de voorgeschreven medicatie ***	12	17	22	24	24	39 ¹
Via internet zelf opmerkingen of gemeten gezondheidswaarden toevoegen aan hun eigen medische gegevens/elektronisch patiëntendossier*	6	7	8	6	7	12

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

¹ Deze vraag is dit jaar niet op dezelfde manier gesteld

Tabel 2.5

Verpleegkundigen huisartsenzorg - Percentage organisaties dat werkt met een cliëntenportaal; in 2019.

	Huisartsenzorg (n=107) (%)
Ja, dit wordt gebruikt door cliënten binnen mijn organisatie	42
Nee, maar er zijn wel plannen om dit binnen een jaar toe te passen	19
Nee, en volgens mij zijn er geen plannen om dit binnen een jaar toe te passen	11
Nee, dit is niet van toepassing in mijn organisatie	23
Weet ik niet	5

Tabel 2.18

Verpleegkundigen huisartsenzorg - Percentage ervaren of verwachte voordelen van een cliëntenportaal; in 2019.

	Ervaren (n=43) (%)	Verwachten (n=37) (%)	Totaal (n=80) (%)
Het verlaagt de werkdruk	14	5	10
Het bespaart cliënten en/of mantelzorgers/naasten tijd	35	19	28
Het verbetert de kwaliteit van zorg	44	32	39
Het bevordert de zelfredzaamheid van cliënten	65	76	70
Het helpt cliënten te beslissen over hun zorg	47	46	46
Andere voordelen	7	5	6
Ik heb of verwacht geen voordelen	7	14	10

Tabel 2.19

Verpleegkundigen huisartsenzorg - Percentage ervaren of verwachte nadelen van een patiëntenportaal; in 2019.

	Ervaren (n=42) (%)	Verwachten (n=35) (%)	Totaal (n=77) (%)
Cliënten hebben moeite om het te gebruiken	57	49	53
Het kost mij veel tijd om cliënten uitleg te geven	29	37	32
De techniek werkt niet goed	24	14	19
De toepassing is niet veilig	5	9	6
Het verslechtert de kwaliteit van zorg	2	6	4
Andere nadelen	14	14	14
Ik heb of verwacht geen nadelen	19	26	22

Tabel 2.21

Huisartsen - Online contact mogelijkheden met de praktijk; in 2019 (n=232).

Patiënten van mijn praktijk kunnen ...	Dit is mogelijk (%)	Er zijn plannen om dit binnen 1 jaar mogelijk te maken (%)	Er zijn geen plannen, maar de zorgverlener zou dit wel willen (%)	Er zijn geen plannen en de zorgverlener weet niet of hij dit zou willen (%)	Er zijn geen plannen en de zorgverlener zou dit ook niet willen (%)
via internet een afspraak maken met de huisarts	59	10	11	13	7
via internet een herhaalrecept bij de huisarts	82	4	8	5	1

aanvragen					
een medisch inhoudelijke vraag stellen via beveiligde e-mail, portaal of app	68	11	4	11	6
via internet een gesprek met mij voeren, waarbij de huisarts en de patiënt elkaar kunnen zien	0	3	19	48	30

Tabel 2.37

Huisartsen - Percentage dat patiënten, mantelzorgers, naasten een bepaalde ICT toepassing in de zorg aanraadt; in 2019 (n=221).

	Nooit (%)	Soms (%)	Vaak (%)	Altijd (%)	Niet van toepassing/niet beschikbaar (%)
Apps of ICT toepassingen voor herinneringen voor medicatie	51	36	6	1	6
Websites of apps voor verbeteren van leefstijl	14	45	36	3	2
Website of apps met gezondheidsinformatie zoals Thuisarts of Moet ik naar de dokter?	0	7	65	28	0
Patiëntenportaal of online inzage in het dossier	32	25	21	3	19

Zelfmanagement en telemonitoring

Tabel 3.6

Huisartsen - Relevantie en gebruik van telemonitoring; 2019.

	Huisartsen (n=225) (%)
Ik vind het relevant en het wordt al toegepast in mijn praktijk/ op mijn afdeling	15
Ik vind het relevant en er zijn plannen om het binnen 1 jaar mogelijk te maken	5
Ik vind het relevant maar er zijn nog geen plannen om dit mogelijk te maken	56
Ik vind het niet relevant, maar het wordt wel toegepast door andere zorgverleners van mijn praktijk/op mijn afdeling	4
Nee, ik vind het niet relevant en wordt niet toegepast binnen mijn praktijk	20

Tabel 3.8

Verpleegkundigen huisartsen en huisartsen - Het aandeel cliënten/patiënten waarvoor het zinvol is om gebruik te maken van telemonitoring; in 2019.

	Huisartsenzorg (n=44) (%)	Huisartsen (n=42) (%)
Geen enkele cliënt/patiënt	0	7
tot 10%	16	50
Tot 20%	41	26
Tot 50%	27	12
Tot 100%	2	2
Weet ik niet	14	2

Tabel 3.10

Huisartsen - Ervaren of verwachte voordelen van telemonitoring (meerdere antwoorden mogelijk), 2019

	Ervaren (n=42) (%)	Verwacht (n=183) (%)	Totaal (n=225) (%)
Het verlaagt mijn werkdruk	2	8	7
Het verlaagt de werkdruk van mijn ondersteuners	24	25	25
Het bespaart patiënten en/of naasten tijd	38	38	38
Het verbetert de kwaliteit van zorg in mijn praktijk / op mijn afdeling	40	33	34
Het bevordert de zelfredzaamheid van mijn patiënten	62	60	60
Ik heb dan beter inzicht in de gezondheid van mijn patiënten	33	34	34
Het stelt mij in staat het behandelplan beter af te stemmen op de situatie van de patiënt	38	43	42
Het zorgt er voor dat patiënten tijdiger hulp inschakelen, of dat hulp tijdiger wordt ingeschakeld	21	32	30
Andere voordelen	12	2	4
Ik ervaar geen voordelen	10	15	14

Tabel 3.12

Huisartsen - Ervaren en verwachte nadelen van telemonitoring (meerdere antwoorden mogelijk); in 2019

	Ervaren (n=42) (%)	Verwacht (n=183) (%)	Totaal (n=225) (%)
Het kost mij veel tijd om gezondheidswaarden in de gaten te houden/te controleren	19	55	48
Het kost mij veel tijd om meldingen op te volgen	19	59	52
Het kost mijn ondersteuners veel tijd	38	45	44
Het zorgt er voor dat patiënten en/of naasten vaker contact opnemen	24	40	37
Het maakt patiënten en/of naasten ongerust	21	40	36

Ik vind het moeilijk om er mee te werken	0	8	7
Ik krijg onbetrouwbare gegevens	10	26	23
De toepassing is niet veilig	2	11	9
Ik vind het moeilijk om in te schatten welke patiënten er mee om kunnen gaan	17	48	42
Andere nadelen	10	8	8
Ik ervaar geen nadelen	19	3	6

Begeleiding en ondersteuning op afstand

Tabel 4.13

Percentage huisartsen dat voordelen van beeldbellen ervaart en/of verwacht (meerdere antwoorden mogelijk), 2019

	Ervaren (n=0) (%)	Verwacht (n=232) (%)	Totaal (n=232) (%)
Beeldbellen helpt mij net zo goed als een face-to-face consult om een goed beeld van de patiënt te hebben.	-	7	7
Beeldbellen levert gemak op voor de patiënt	-	52	52
Beeldbellen verbetert de kwaliteit van zorg in mijn praktijk / op mijn afdeling	-	9	9
Beeldbellen verlaagt de werkdruk	-	3	3
Beeldbellen levert mij tijdwinst op	-	16	16
Andere voordelen	-	4	4
Ik verwacht geen voordelen	-	38	38

Tabel 4.14

Huisartsen - Percentage dat nadelen van beeldbellen ervaart en/of verwacht (meerdere antwoorden zijn mogelijk); in 2019

	Ervaren (n=0) (%)	Verwacht (n=232) (%)	Totaal (n=232) (%)
Met beeldbellen krijg ik een minder goed beeld van de patiënt dan bij face-to-face contact	-	64	64
Patiënten hebben moeite om beeldbellen te gebruiken	-	31	31
Beeldbellen verslechtert de kwaliteit van zorg in mijn praktijk / op mijn afdeling	-	16	16
De techniek werkt niet goed	-	26	26
De toepassing is niet veilig	-	17	17
Beeldbellen verhoogt de werkdruk	-	39	39
Beeldbellen kost mij meer inspanning dan dat het mij aan voordelen oplevert	-	48	48
Andere nadelen	-	3	3
Ik verwacht geen nadelen	-	4	4

Elektronische communicatie en gegevensuitwisseling

Tabel 5.3

Huisartsen - Percentage waarbij de praktijk gebruikmaakt van een systeem voor **gestandaardiseerde elektronische informatie-uitwisseling met andere zorgverleners of zorginstellingen**; in 2019 (n=217).

	Ja (%)	Nee, maar is wel wenselijk (%)	Nee, en is niet nodig (%)	Weet niet (%)
Andere huisartspraktijken binnen mijn regio	65	7	15	4
Andere huisartspraktijken buiten mijn regio	34	22	37	9
Huisartsenposten	93	5	2	1
Apotheken	88	8	2	2
Paramedici (fysiotherapeut, diëtist, e.d.)	69	16	12	3
Laboratoria	88	4	6	2
Ziekenhuizen binnen mijn regio	89	7	1	2
Ziekenhuizen buiten mijn regio	68	20	7	5
Zelfstandige behandelcentra (ZBC)	60	19	9	12
De wijkverpleegkundige	25	62	8	4
Verpleeghuizen	15	62	4	6
Thuiszorgorganisaties	23	63	9	6
GGZ-instellingen	69	25	3	3
De dienst voor maatschappelijke ondersteuning bij uw gemeente	7	53	32	8
Casemanager dementie	27	60	8	5
Diagnostische centra	60	23	10	8

Tabel 5.4

Huisartsen - Percentage waarbij de praktijk gebruikmaakt van een systeem voor **gestandaardiseerde elektronische informatie-uitwisseling met andere zorgverleners/zorginstellingen van de huisartsen die dat kennen en wenselijk vinden**; in 2014 tot 2019.

	2014 (%)	2015 (%)	2016 (%)	2017 (%)	2018 (%)	2019 (%)
	(n=115-170)	(n=243-389)	(n=182-312)	(n=205-286)	(n=175-262)	(n=122-211)
Andere huisartspraktijken	76	82	84	82	84	-
Andere huisartspraktijken binnen mijn regio	-	-	-	-	-	80
Andere huisartspraktijken buiten mijn regio	-	-	-	-	-	61
Huisartsenposten **	87	90	91	96	93	95
Apotheken	94	91	93	94	95	91
Paramedici	83	79	79	86	81	81

(fysiotherapeut, diëtist, e.d.)						
Laboratoria	95	95	96	98	94	96
Ziekenhuizen	94	94	96	98	94	-
Ziekenhuizen binnen mijn regio	-	-	-	-	-	92
Ziekenhuizen buiten mijn regio	-	-	-	-	-	77
Zelfstandige behandelcentra (ZBC) ***	61	69	77	85	87	76
De wijkverpleegkundige ** *	-	10	12	16	21	29
Verpleeghuizen *	14	12	16	19	22	20
Thuiszorgorganisaties ***	11	9	13	18	22	26
GGZ-instellingen **	62	75	76	77	81	74
De dienst voor maatschappelijke ondersteuning bij uw gemeente **	-	5	7	7	14	11
Casemanager dementie	-	-	-	28	25	31
Diagnostische centra	-	-	-	-	-	73

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

Tabel 5.7

Huisartsen - Mogelijke manieren van elektronisch verzenden van informatie; 2019 (n=217)

	Ja %	Nee, maar is wel wenselijk %	Nee is voor mij niet nodig %	Weet ik niet %
Een recept naar een openbare apotheek	88	8	3	0
Een actueel medicatieoverzicht van patiënten naar het ziekenhuis	60	34	2	3
Een verwijzing naar een medisch specialist	100	0	0	0
aanvullende informatie bij een verwijzing (bijv. uitslagen van eerder onderzoek)	70	30	0	0
Een verwijzing naar paramedici (fysiotherapeut, diëtist, psycholoog ed.)	70	25	5	0
Een aanvraag voor beeldvormende diagnostiek	87	12	1	0
Een aanvraag voor laboratorium diagnostiek	89	8	2	0
een aanvraag voor huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging of verpleging voor een patiënt thuis	23	46	27	0
het dossier naar een andere huisarts als de patiënt van huisarts wisselt	98	0	1	0

Tabel 5.8

Huisartsen - Mogelijke manieren van elektronische ontvangen van informatie; 2019 (n=215)

	Ja %	Nee, maar is wel wenselijk %	Nee is voor mij niet nodig %	Weet ik niet %
Een samenvatting van patiëntencontacten en behandeling uit avond-, nacht- en weekenddiensten (waarneming)	98	1	0	0
Een overzicht van de aan mijn patiënt verstrekte geneesmiddelen van de openbare apotheek	69	27	0	3
Een overzicht van ontslagmedicatie van mijn patiënt van een ziekenhuis	55	42	1	2
Opnameberichten over mijn patiënt van een ziekenhuis	98	2	0	0
Een samenvatting van de behandeling van mijn patiënt in het ziekenhuis	79	16	3	2
Ontslagbrief over mijn patiënt van een ziekenhuis	99	1	0	0
Specialistenbrief over mijn patiënt van een medisch specialist	99	1	0	0
Een rapport van de uitslag van beeldvormende diagnostiek	100	0	0	0
Beeldbestand(en) van beeldvormende diagnostiek	25	29	45	2
Een uitslag van laboratoriumonderzoek	98	2	0	0
Het dossier van de vorige huisarts bij nieuwe patiënten	98	1	1	0

Tabel 5.9

Huisartsen - Mogelijke manieren van elektronisch verzenden van informatie van huisartsen die dat willen en kunnen; 2014-2017, 2019

	2014 (n=119-168) (%)	2015 (n=251-391) (%)	2016 (n=198-315) (%)	2017 (n=213-289) (%)	2019 (n=148-215) (%)
Een recept naar een openbare apotheek *	96	95	97	92	91
Een actueel medicatieoverzicht van patiënten naar het ziekenhuis **	48	53	57	62	64
Een verwijzing naar een medisch specialist	91	95	98	100	100
Aanvullende informatie bij een verwijzing (bijv. uitslagen van eerder onderzoek)	63	61	61	64	70
Een verwijzing naar paramedici (fysiotherapeut, diëtist, psycholoog ed.) ***	34	32	38	38	74
Een aanvraag voor beeldvormende diagnostiek ***	65	70	75	87	88
Een aanvraag voor laboratorium diagnostiek ***	55	66	72	83	91
Een aanvraag voor huishoudelijke hulp, persoonlijke	4	10	9	24	34

verzorging of verpleging voor een patiënt thuis ***					
Het dossier naar een andere huisarts als de patiënt van huisarts wisselt	87	95	96	98	100

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

Tabel 5.10

Huisartsen - Mogelijke manieren van elektronisch ontvangen van informatie van huisartsen die dat willen en kunnen; 2014-2019

	2014	2015	2016	2017	2019
	(n=105-170) (%)	(n=217-393) (%)	(n=180-315) (%)	(n=278-290) (%)	(n=115-214) (%)
Een samenvatting van patiëntencontacten en behandeling uit avond-, nacht- en weekenddiensten (waarneming)	94	97	94	98	99
Een overzicht van de aan mijn patiënt verstrekte geneesmiddelen van de openbare apotheek	78	78	81	76	72
Een overzicht van ontslagmedicatie van mijn patiënt van een ziekenhuis ***	34	38	40	48	56
Opnameberichten over mijn patiënt van een ziekenhuis	98	99	98	99	98
Een samenvatting van de behandeling van mijn patiënt in het ziekenhuis ***	69	75	78	82	83
Ontslagbrief over mijn patiënt van een ziekenhuis	98	97	99	98	99
Specialistenbrief over mijn patiënt van een medisch specialist	-	-	--	-	99
Een rapport van de uitslag van beeldvormende diagnostiek	98	100	99	100	100
Beeldbestand(en) van beeldvormende diagnostiek	48	42	38	47	46
Een uitslag van laboratoriumonderzoek	99	100	99	99	98
Het dossier van de vorige huisarts bij nieuwe patiënten	85	96	98	96	99

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

Tabel 5.15

Huisartsen - Mogelijke manieren van e-health in uw praktijk; 2019 (n=217)

	Dit is mogelijk %	Er zijn plannen om dit binnen 1 jaar mogelijk te maken %	Er zijn geen plannen, maar ik zou dit wel willen %	Er zijn geen plannen en ik weet niet of ik dit zou willen %	Er zijn geen plannen en ik zou dit ook niet willen %
Beslissingsondersteunende software te gebruiken	24	4	19	37	16
Op afstand, digitaal een oordeel te vragen aan een medisch specialist over een casus, verzamelde meetwaarden en/of beelden (teleconsultatie)	73	2	16	7	2
via het internet een gesprek te voeren met andere zorgverleners (bijv. een medisch specialist) waarbij ze elkaar kunnen zien via een beeldscherm	1	3	24	55	17
een medisch specialist via internet mee te laten kijken tijdens consult, waarbij patiënt, medisch specialist en ik elkaar kunnen zien via beeldscherm	0	3	29	54	13
via een chat app voor mobiele telefoon of tablet zorg voor de patiënt afstemmen met andere zorgverleners buiten mijn zorgorganisatie	28	4	24	33	12

EHEALTH-MONITOR 2018

Beleid en vaardigheden

Tabel 2.1

Huisartsen - Percentage dat aangeeft of er in de huisartspraktijk of zorgorganisatie een visie bekend is als het gaat om het gebruik en de inzet van digitale zorgtoepassingen (zoals online inzage, e-consult, online afspraken maken); in 2018.

	(n=269) (%)
Ja	55
Nee	32
Weet ik niet	13

Tabel 2.2

Huisartsen - Percentage dat aangeeft of er dit jaar concrete doelstellingen geformuleerd zijn over het gebruik en inzet van digitale zorgtoepassingen (zoals online inzag, e-consult, online afspraken maken); in 2018.

	(n=267) (%)
Ja	39
Nee	54
Weet ik niet	8

Tabel 2.4

Huisartsen - Percentage dat aangeeft in hoeverre onderstaande uitspraken aansluiten bij de visie van de huisartspraktijk, van de huisartsen die aangaven dat er in hun praktijk een visie is als het gaat om het gebruik van digitale zorgtoepassingen; in 2018 (n=148).

	Zeker niet (%)	Niet (%)	Neutraal (%)	Wel (%)	Zeker wel (%)	Weet niet (%)
In de praktijk zijn ze er als eerste bij om nieuwe ontwikkelingen toe te passen	10	12	30	37	12	0
In de praktijk zijn ze bereid om tijd en geld te steken in nieuwe ontwikkelingen	4	4	19	51	21	1
Ze betrekken de patiënten bij het reilen en zeilen van de praktijk	3	20	34	36	8	0
Ze betrekken patiënten (en/of mantelzorgers) vroegtijdig bij de inzet van nieuwe e-health-toepassingen	5	32	31	26	4	1
In de praktijk anticiperen ze op nieuwe ontwikkelingen	3	5	25	52	16	0
De huisarts en collega's delen de visie, waarden en doelen van de praktijk	1	5	17	45	31	1
In de praktijk staan ze open voor ideeën over nieuwe e-health-toepassingen van medewerkers	1	3	16	60	21	0

Tabel 2.11

Huisartsen - Percentage dat aangeeft in hoeverre de aanschaf en/of het behoud van digitale zorg opgenomen is in de jaarlijkse begroting; in 2018.

	(n=267) (%)
Weet ik niet	15
Nee, de huisarts heeft geen jaarlijkse begroting	32
Nee, maar dat is wel wenselijk	11
Nee, en dat is niet nodig	4
Ja, dit valt onder het budget voor ICT	28
Ja, het heeft een specifieke kostenpost op de begroting van mijn praktijk	3
Ja, maar de huisarts weet niet precies waaronder dit valt	4
Anders, namelijk	5

Tabel 2.12

Huisartsen - Percentage dat aangeeft in hoeverre ze het eens zijn met de volgende stellingen over hun gebruik van ICT in de zorg; in 2018 (n=267).

	Helemaal oneens (%)	Oneens (%)	Niet oneens/ niet eens (%)	Eens (%)	Helemaal eens (%)	Weet niet (%)
Ik leer snel als het gaat om het gebruik van apps, programma's of systemen die ik nog niet ken	3	14	23	34	26	0
Als ik een probleem heb met een systeem of software, probeer ik dat eerst zelf op te lossen	5	19	15	43	18	0
Ik voel weerstand wanneer het gaat om het gebruiken van een nieuwe technologie	13	36	25	20	6	0
Ik help anderen als ze een probleem hebben met technologie	7	20	24	36	14	0
Over het algemeen heb ik vertrouwen in (nieuwe) technologie	3	13	33	41	8	2

Tabel 2.14

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

	Helemaal oneens (%)	Oneens (%)	Niet oneens/ niet eens (%)	Eens (%)	Helemaal eens (%)	Weet niet (%)
Ik kan uitleggen aan patiënten hoe nieuwe technologische hulpmiddelen werken	3	14	22	50	9	1
Ik weet bij wie ik terecht kan als ik problemen met technologie niet zelf op kan lossen	1	3	10	65	19	1
Ik weet wat ik kan verwachten van een nieuw systeem	3	21	43	27	4	3
Ik kan aangeven hoe een bepaalde technologie bijdraagt aan de kwaliteit van zorg	3	14	33	42	5	3
Ik laat het gebruik van technologie liever aan mijn collega's of medewerkers over	11	48	21	15	5	1
Ik kan de juiste technologie vinden bij de zorgvraag van een patiënt	2	12	49	30	3	4
Ik weet welke mogelijkheden er binnen de praktijk zijn met betrekking tot technologie	6	6	19	53	19	2
Ik kan aangeven op welke punten een technologie verbeterd zou kunnen worden	2	13	27	41	14	3
Ik kan aangeven waaraan een technologie moet voldoen om aan te sluiten bij een zorgvraag	3	13	31	40	10	4
Ik kan een patiënt helpen bij de introductie van nieuwe technologie	6	20	30	35	5	3

Tabel 2.18

Verpleegkundigen in de huisartsenzorg - Mate waarin men het eens is met stellingen over digitale vaardigheden (% verpleegkundigen); in 2018 (n=108-110).

	Helemaal oneens (%)	Beetje oneens (%)	Niet oneens/niet eens (%)	Beetje eens (%)	Helemaal eens (%)	Weet ik niet (%)
Ik leer snel als het gaat om het gebruik van apps,	1	11	7	27	53	1

programma's of systemen die ik nog niet ken						
Als ik een probleem heb met een systeem of software, probeer ik dat eerst zelf op te lossen	1	9	8	40	42	0
Ik voel weerstand wanneer het gaat om het gebruiken van een nieuwe technologie	29	35	14	17	5	0
Ik help anderen als ze een probleem hebben met technologie	6	9	17	39	28	0
Over het algemeen heb ik vertrouwen in (nieuwe) technologie	1	7	15	48	28	0
Ik kan uitleggen aan cliënten hoe nieuwe technologische hulpmiddelen werken	2	3	8	43	43	2
Ik weet bij wie ik terecht kan als ik problemen met technologie niet zelf op kan lossen	0	3	7	29	60	1
Ik weet wat ik kan verwachten van een nieuw systeem	3	5	32	40	19	1
Ik kan aangeven hoe een bepaalde technologie bijdraagt aan de kwaliteit van zorg	2	5	19	49	25	1
Ik laat het gebruik van technologie liever aan mijn collega's over	36	26	17	12	10	0
Ik kan de juiste technologie vinden bij de zorgvraag van een cliënt	3	6	34	38	15	5
Ik weet welke mogelijkheden er binnen mijn organisatie zijn met betrekking tot technologie	3	6	26	39	24	3
Ik kan aangeven op welke punten een technologie verbeterd zou kunnen worden	6	9	27	39	19	0
Ik kan aangeven waaraan een technologie moet voldoen om aan te sluiten bij een zorgvraag	5	7	25	43	19	1

Ik kan een cliënt helpen bij de introductie van nieuwe technologie	4	3	17	45	30	1
--	---	---	----	----	----	---