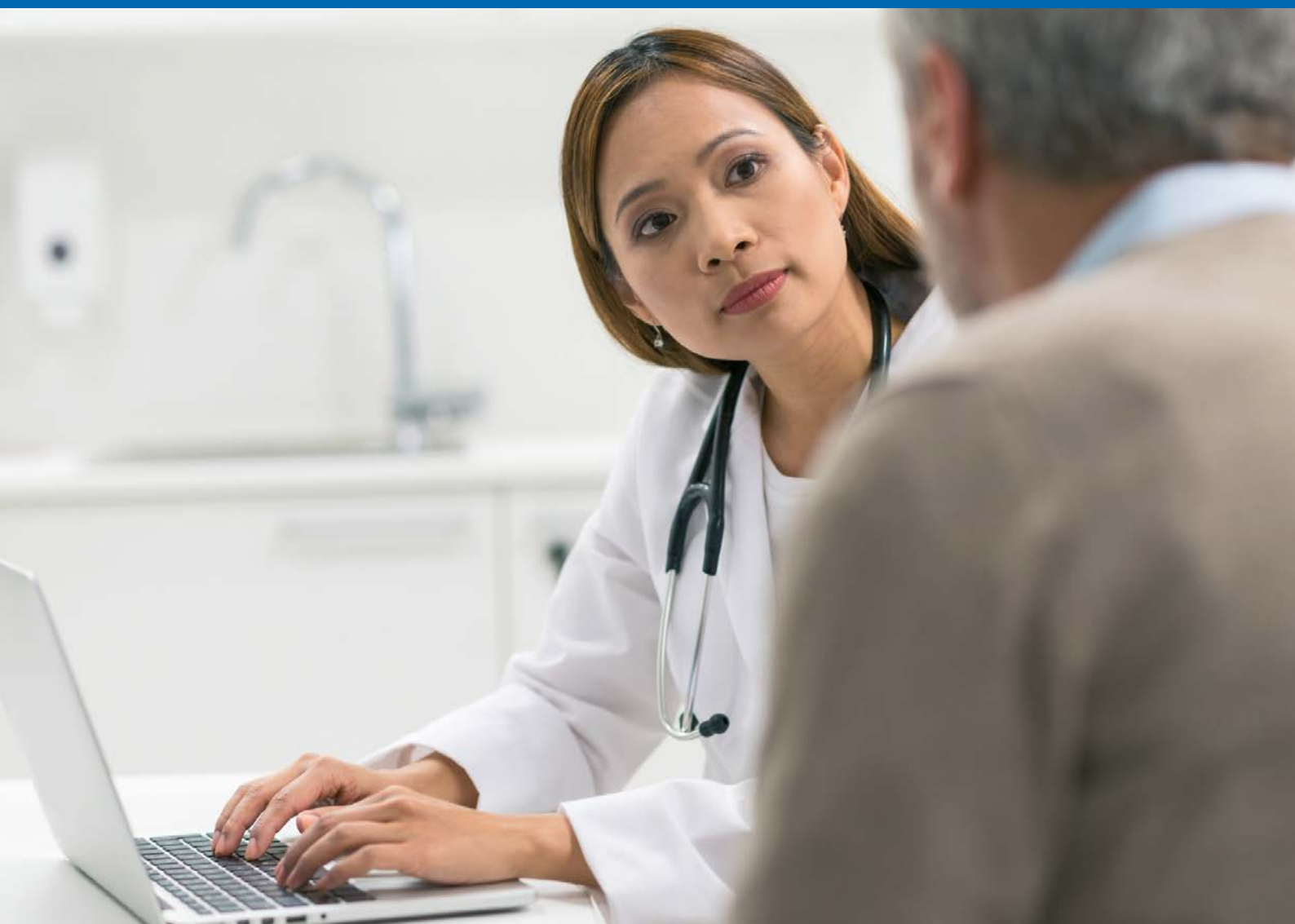




Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

E-healthmonitor 2022

in gesprek met zorgprofessionals
en zorggebruikers over de rol van
digitale middelen in het verbeteren
van de zorg



E-healthmonitor 2022

in gesprek met zorgprofessionals
en zorggebruikers over de rol van
digitale middelen in het verbeteren
van de zorg

RIVM-rapport 2022-0154

Colofon

© RIVM 2022

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave.

Het RIVM hecht veel waarde aan toegankelijkheid van haar producten. Op dit moment is het echter nog niet mogelijk om dit document volledig toegankelijk aan te bieden. Als een onderdeel niet toegankelijk is, wordt dit vermeld. Zie ook www.rivm.nl/toegankelijkheid.

DOI 10.21945/RIVM-2022-0154

L. van Deursen (auteur), RIVM
E. Alblas (auteur), RIVM
J.J. Aardoom (auteur), NeLL
A.W.M. Suijkerbuijk (auteur), RIVM
M.J.M. Wouters (auteur), RIVM
L. Standaar (auteur), RIVM
L.H.D. van Tuyl (auteur), Nivel
A. Versluis (auteur), NeLL
R. van der Vaart (auteur), RIVM

Met dank aan de deelnemers aan de interviews en de focusgroepen, Kirsten Visscher en Adriëne Rotteveel vanuit het RIVM, de leden van de klankbordgroep en Cindy Deuning voor het maken van de visualisaties.

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Dit rapport is tot stand gekomen in samenwerking met het Nivel en het National eHealth Living Lab.



Publiekssamenvatting

E-healthmonitor 2022: in gesprek met zorgprofessionals en zorggebruikers over de rol van digitale middelen in het verbeteren van de zorg

Digitale middelen worden steeds meer toegepast in de zorg, maar zijn er vaak nog geen vast onderdeel van. Een breed gestelde vraag is hoe digitale zorg kan helpen om processen in de zorg te verbeteren. De hoop is dat de kwaliteit van de zorg daarmee kan worden verhoogd, en dat digitale zorg kan helpen om problemen als gevolg van vergrijzing en personeelstekorten op te lossen.

Onderzoekers zijn hierover in gesprek gegaan met verschillende betrokkenen binnen de zorg. Zij kunnen aangeven waar mogelijkheden liggen om de zorg met digitale middelen te verbeteren. Zij weten immers hoe het zorgproces eruit ziet, welke behoeftes er zijn en waar het knelt. Er is gesproken met zowel zorgverleners, managers, en bestuurders van zorgorganisaties (zorgprofessionals), als met patiënten en mantelzorgers.

Deze verkenning is voor twee typen zorg (darmkanker en dementie) gedaan, en leverde een schat aan informatie op. Dit rapport is bedoeld om zorginstellingen handvatten te bieden hoe ze hun processen in kaart kunnen brengen. Ook kunnen zorginstellingen de handvatten in het rapport gebruiken om te inventariseren welke concrete kansen er zijn om digitale middelen structureel in te zetten.

De geïnterviewden zien bij beide typen zorg mogelijkheden om de zorg met digitale middelen patiëntgerichter, efficiënter en flexibeler te maken. Een aandachtspunt daarbij is dat sommige groepen, zoals ouderen of anderstaligen, digitale middelen minder makkelijk gebruiken.

Voor de darmkankerzorg liggen de mogelijkheden vooral in de 'hybride zorg', waarbij patiënten verschillende zaken thuis kunnen doornemen, voorbereiden of meten. Zo zou het intakegesprek in het ziekenhuis als voorbereiding op een kijkonderzoek kunnen worden vervangen door een digitale intake. Hierdoor kan de tijd in het ziekenhuis efficiënter worden gebruikt en heeft de patiënt thuis alle benodigde informatie beschikbaar. Dit bespaart de zorg tijd en geld. Ook zou de patiënt zich beter op het onderzoek kunnen voorbereiden.

Volgens de geïnterviewden zouden voorgestelde verbeteringen in de dementiezorg de veiligheid en het welzijn van patiënten kunnen vergroten en besparen de verbeteringen daarnaast ook tijd. Zo kan een trainings- en coaching-module in het patiëntportaal patiënten en mantelzorgers ondersteunen. Een andere mogelijkheid is het verbeteren van de communicatie tussen zorgverleners en mantelzorgers via een online communicatiemiddel, bijvoorbeeld een app.

Kernwoorden: digitale middelen, e-health, darmkanker, dementie, kwaliteit van zorg, zorgkosten, zorgverleners, oncologie, geriatrie

Synopsis

E-healthmonitor 2022: dialogue with healthcare professionals and healthcare users on how digital tools can improve healthcare

While the use of digital healthcare tools is on the rise, they have yet to become a standard part of healthcare. One frequently asked question is how digital care can help improve processes in the care sector. The hope is that it will lead to higher-quality care and help resolve problems caused by for example an ageing population and staff shortages.

Researchers discussed on this issue with several parties in the care sector. They are best situated to identify possibilities to improve healthcare with digital tools, thanks to their in-depth knowledge of the care process and of the existing needs and issues. The dialogue involved interviews with care workers, managers and board members of care organisations (healthcare professionals), as well as with patients and informal caregivers.

This exploratory study has now been performed for two types of care (colorectal cancer and dementia), resulting in valuable information. Therefore, this report provides guidance to institutions in finding ways of mapping out their processes. It also provides them with a practical overview of opportunities to structurally integrate digital tools in their services.

Those interviewed see opportunities for using digital tools to make both types of care more patient-focused, efficient and flexible. One issue to bear in mind, however, is that some groups, such as the elderly or non-native Dutch speakers, tend to be less familiar with digital tools.

In the case of colorectal cancer care, opportunities can be found in particular in 'hybrid' care, with patients reading online information, preparing themselves or taking certain measurements at home. For example, the intake interview at the hospital in preparation for an endoscopy could be replaced by an online intake. This allows for a more efficient use of the time patients spend in hospital, saving both time and money. It could also provide patients with all the information they need and enables them to prepare for the examination more effectively.

According to the interviewees, proposed improvements in the care for people with dementia could increase patient safety and well-being and help save time. For example, a training and coaching module in the patient portal can support both patients and informal caregivers. Another possibility is to improve communication between care providers and informal caregivers through an online tool, such as an app.

Keywords: digital tools, eHealth, colorectal cancer, dementia, quality of care, care costs, care providers, oncology, geriatrics

Inhoudsopgave

| | |
|---|-----------|
| 1. Inleiding | 9 |
| 2. Bevindingen van de gesprekken met betrokkenen in de darmkankerzorg | 13 |
| 2.1 Huidig gebruik van en houding tegenover digitale middelen volgens de zorgprofessionals | 13 |
| 2.2 Verbetermogelijkheden volgens de zorgprofessionals | 13 |
| 2.3 Perspectief van mensen met darmkanker - een eerste verkenning | 16 |
| 3. Bevindingen van de gesprekken met betrokkenen in de dementiezorg | 17 |
| 3.1 Huidig gebruik van en houding ten opzichte van digitale middelen volgens de zorgprofessionals | 17 |
| 3.2 Verbetermogelijkheden volgens de zorgprofessionals | 17 |
| 3.3 Perspectief van mantelzorgers van cliënten met dementie - een eerste verkenning | 20 |
| 4. Zorgveldoverstijgende verbetermogelijkheid | 21 |
| 5. Beschouwing | 23 |
| 5.1 Samenvatting van de bevindingen | 23 |
| 5.2 Reflectie op de bevindingen | 24 |
| 5.3 Toekomstig onderzoek en slotwoord | 25 |
| Bijlage 1: Definitie digitale middelen | 27 |
| Bijlage 2: Gebruik van en houding ten opzichte van verschillende digitale middelen | 28 |
| Bijlage 3: Overige verbetermogelijkheden binnen de darmkankerzorg en de dementiezorg | 30 |
| Bijlage 4: Randvoorwaarden | 36 |

1. Inleiding

Digitale middelen – oftewel; informatie- en communicatietechnologieën die de gezondheid en de gezondheidszorg ondersteunen of verbeteren¹ – worden in toenemende mate gebruikt door zorgverleners en zorggebruikers in de Nederlandse zorgsector². Voorbeelden van digitale middelen zijn: digitale communicatie, telemonitoring, patiëntportalen, zorgrobots en online informatie. Bijlage 1 geeft een beknopt overzicht van de definities van de digitale middelen die in dit rapport worden besproken.

Hoewel digitale middelen steeds vaker worden gebruikt, maken ze in veel zorgsectoren nog geen vast onderdeel uit van de zorg. Een belangrijke vraag die uit eerder onderzoek naar voren kwam is: hoe kunnen digitale middelen op een effectieve en toekomstbestendige manier worden ingezet, zodat ze van meerwaarde zijn voor de zorg³? In deze context is het een belangrijk actueel doel om te komen tot een optimale combinatie van fysieke en digitale middelen, waarbij digitale middelen daadwerkelijk bijdragen aan het behoud van kwalitatieve, betaalbare en toegankelijke zorg. Dit doel staat ook beschreven in het onlangs uitgebrachte Integraal Zorg Akkoord³.

Een eerste stap in het onderzoeken hoe de zorg kan worden verbeterd met behulp van digitale middelen, is het stellen van deze vraag aan zorgprofessionals, zoals zorgverleners, managers, en bestuurders werkzaam binnen zorgorganisaties, en aan patiënten en mantelzorgers. Zij weten namelijk als geen ander hoe de zorgprocessen eruit zien, waar het knelt, welke behoeftes er zijn en wat er nodig is om de zorg te verbeteren. Zij hebben bovendien een uniek perspectief op waar de grootste potentie zit voor de verbetering van zorg met digitale middelen. Daarnaast creëert het betrekken van zorgprofessionals bij het nadenken over de inzet van digitale middelen draagvlak voor de inzet hiervan in hun dagelijkse praktijk.

Om alle perspectieven te verkennen, zijn in deze rapportage daarom zorgprofessionals (zorgverleners, managers, en bestuurders van zorgorganisaties) geïnterviewd, en zijn er gesprekken gevoerd met (voormalig) patiënten en mantelzorgers. Dit rapport is onderdeel van de E-healthmonitor, die sinds 2021 wordt uitgevoerd door het RIVM, samen met het Nivel en het National eHealth Living Lab (NeLL) (zie Tekstbox 1).

De onderzoeksvraag was: ‘Welke mogelijkheden zijn er voor verbeteringen in het zorgproces met behulp van digitale middelen?’ Daarnaast is er gesproken over het huidige gebruik van digitale middelen, de houding ten aanzien van digitale middelen, en de randvoorwaarden die men noodzakelijk acht voor verdere opschaling (zie Tekstbox 2 voor de gebruikte methodiek).

Om concrete verbetermogelijkheden te kunnen identificeren, zijn er twee casussen uitgewerkt. Er is gekozen voor een casus binnen de medisch-specialistische zorg, namelijk de darmkankerzorg, en voor een casus binnen de langdurige zorg, namelijk de zorg voor ouderen met dementie (dementiezorg). Deze twee casussen zijn gekozen omdat de geleverde zorg per casus zeer verschillend is, en ook de manier waarop digitale middelen aan de zorg kunnen bijdragen naar verwachting zal verschillen. Het behandeltraject voor darmkankerpatiënten wordt ook wel een zorgpad genoemd, en bestaat uit een aantal fasen. De dementiezorg is georganiseerd op basis van zorgfasen. Deze termen komen regelmatig terug in dit rapport, en worden verder toegelicht in Tekstbox 3 en 4.

Het doel van dit rapport is om in gesprek met zorgprofessionals, patiënten en mantelzorgers verbetermogelijkheden op te halen voor de zorg met behulp van digitale middelen. Met de uitkomsten willen we zorgorganisaties handvatten bieden om op soortgelijke wijze in kaart te brengen hoe hun huidige zorgprocessen eruit zien en te evalueren waar concrete verbetermogelijkheden liggen door de (structurelere) inzet van digitale middelen.

¹ Ordening in de wereld van e-health - whitepaper. Krijgsman et al. Nictiz, 2012

² E-healthmonitor 2021: Ervaringen uit het zorgveld. RIVM 2022

³ Integraal Zorgakkoord: ‘Samen werken aan gezonde zorg’. VWS september 2022

Tekstbox 1. De E-healthmonitor toegelicht

De E-healthmonitor heeft twee doelstellingen. Ten eerste geeft de monitor een overzicht van digitaal zorggebruik in het heden en de ontwikkelingen over de tijd, oftewel: waar staan we? Ten tweede biedt de monitor inzicht in de inzet van digitale middelen ten opzichte van maatschappelijke uitdagingen die zijn gedefinieerd door het zorgveld. De monitor beantwoordt de volgende vragen: hoe dragen digitale middelen bij aan het aanpakken van maatschappelijke uitdagingen binnen de zorg, welke uitdagingen zien we bij het toepassen van digitale middelen, en wat is er nodig voor verdere opschaling?

In de uitvoering van de E-healthmonitor worden zowel kwantitatieve als kwalitatieve onderzoeksmethoden gebruikt. Er worden dit jaar drie rapporten opgeleverd. Naast de huidige rapportage verschijnt er een E-healthmonitor-rapport met kwantitatieve data over de inzet van digitale middelen in het zorgveld. Ook verschijnt er een rapport over kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van zorggebruikers met betrekking tot training in digitale vaardigheden en ondersteuning in het gebruik van digitale middelen⁴.

Tekstbox 2. Gebruikte methodiek in het huidige onderzoek

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van individuele interviews en focusgroepen. De interviews vonden plaats met zorgverleners, managers en bestuurders betrokken bij de darmkankerzorg en de dementiezorg. Deelnemers zijn geworven via meerdere kanalen. Ten eerste zijn relevante zorgorganisaties aangeschreven met de vraag of ze een oproep voor deelname wilden verspreiden in hun netwerk. De oproep is tevens gedeeld via LinkedIn-kanalen van het RIVM en het NeLL. Ten slotte zijn mogelijk relevante respondenten individueel aangeschreven via LinkedIn. Er is gestreefd naar een zo groot mogelijke representativiteit in beide zorgvelden. Hierbij is gelet op functie en type organisatie. De interviews hebben digitaal plaatsgevonden in mei en juni 2022 via MS Teams. Er is met schriftelijke toestemming van de respondenten een video-opname gemaakt. Elk interview duurde ongeveer één uur. De interviews zijn woordelijk uitgeschreven. Met behulp van MAXQDA zijn de interviews gecodeerd en thematisch geanalyseerd.

In de darmkankerzorg zijn achttien semigestructureerde interviews afgenomen met negen zorgverleners (drie verpleegkundig specialisten, drie verpleegkundigen en drie gastro-enterologen of chirurgen) en negen managers en bestuurders betrokken bij de darmkankerzorg. De steekproef bestond uit vijftien vrouwen en drie mannen, in de leeftijd van 32 tot 62 jaar (gemiddeld 45 jaar). In de dementiezorg zijn elf semigestructureerde interviews afgenomen met vier zorgverleners (twee case managers, één ergotherapeut en

één AIOS Ouderengeneeskunde) en zeven managers en bestuurders betrokken bij de dementiezorg. Aan de interviews namen acht vrouwen en drie mannen deel, in de leeftijd van 28 tot 55 jaar (gemiddeld 42 jaar).

Om vanuit het perspectief van de zorggebruiker te onderzoeken hoe de zorg kan worden verbeterd, zijn vier verkennende focusgroepen (groepsdiscussies) gehouden: twee met (voormalig) darmkankerpatiënten en twee met mantelzorgers van ouderen met dementie. Deelnemers zijn geworven via patiëntenverenigingen, zorginstellingen en sociale media. De focusgroepen hebben digitaal plaatsgevonden via MS teams in september en oktober 2022. Ook van de focusgroepen is met schriftelijke toestemming van de respondenten een video-opname gemaakt. Elke focusgroep duurde 1,5 uur. De focusgroepen zijn niet woordelijk uitgeschreven en gecodeerd, maar samengevat en thematisch geanalyseerd.

In totaal namen aan de twee verkennende focusgroepen met (voormalig) darmkankerpatiënten zes mannen en vijf vrouwen deel, in de leeftijd van 43 tot 70 jaar (gemiddelde leeftijd: 54 jaar). Eén van deze deelnemers had een Mbo-opleiding, zes mensen hadden een Hbo-opleiding en vier personen een WO-opleiding. Twee geïnterviewden waren nog onder behandeling, drie geïnterviewden hadden de behandeling minder dan een jaar geleden afgerond, vijf geïnterviewden één tot drie jaar geleden en voor één geïnterviewde was dit vier tot vijf jaar geleden.

⁴ De rapporten E-healthmonitor 2022: stand van zaken digitale zorg. RIVM 2023 & E-healthmonitor 2022: hulp bij digitale zorg vanuit het sociale domein. RIVM 2023 zijn te lezen via: www.rivm.nl/e-health/publicaties.

Aan de twee verkennende focusgroepen met mantelzorgers voor ouderen met dementie namen vier mannen en drie vrouwen deel, in de leeftijd van 44 tot 64 jaar (gemiddelde leeftijd: 56 jaar). Zes mantelzorgers zorgden voor een vader of moeder, één voor diens partner. Twee van de cliënten die zij ondersteunden waren thuiswonend, vijf uitwonend.

Naar aanleiding van het onderzoek zullen naast deze rapportage ook twee wetenschappelijke papers worden geschreven.

Leeswijzer

In hoofdstuk 2 worden de bevindingen van de gesprekken met betrokkenen in de darmkankerzorg gepresenteerd. In hoofdstuk 3 staan de bevindingen van de gesprekken met betrokkenen in de dementiezorg. Op basis van de interviews met zorgprofessionals (zorgverleners, managers en bestuurders) wordt in hoofdstuk 2 en 3 het volgende toegelicht: 1) het gebruik van en de houding tegenover digitale middelen en 2) de verbetermogelijkheden voor de zorg met behulp van digitale middelen. In hoofdstuk 2 en 3 worden ook de bevindingen van de focusgroepen met zorggebruikers (mensen met darmkanker en mantelzorgers voor ouderen met dementie) gepresenteerd. In hoofdstuk 4 wordt een zorgveldoverstijgende verbetermogelijkheid toegelicht, relevant voor zowel de darmkankerzorg als de dementiezorg. In hoofdstuk 5 wordt met een beschouwing op de bevindingen afgesloten.

2. Bevindingen van de gesprekken met betrokkenen in de darmkankerzorg

2.1 Huidig gebruik van en houding tegenover digitale middelen volgens de zorgprofessionals

Op de vraag in hoeverre al gebruik wordt gemaakt van digitale middelen, merkten geïnterviewde zorgprofessionals op dat er diverse soorten technologie reeds beschikbaar zijn en ook worden ingezet in de darmkankerzorg. Het gebruik hiervan is volgens hen echter nog lang niet altijd optimaal. Sinds de COVID-19-pandemie is er meer aandacht voor digitalisering in de zorg, en worden digitale toepassingen, zoals digitale communicatiemiddelen, vaker ingezet. Bijlage 2 geeft een overzicht van het gebruik van en de houding tegenover verschillende digitale zorgtoepassingen volgens de zorgprofessionals.

De geïnterviewden staan over het algemeen positief tegenover het gebruik van digitale middelen, en zien mogelijkheden om de zorg er patiëntgerichter, efficiënter en flexibeler (plaats- en tijdonafhankelijk) mee te maken. Tevens wordt er urgentie en druk gevoeld om te moeten veranderen omdat de zorg anders onhoudbaar wordt door onder meer te hoge kosten en personeelstekorten. Er wordt daarbij wel benadrukt dat de inzet van digitale middelen niet als doel op zich moet worden gezien. Ook maakt een aantal geïnterviewden zich zorgen over het ontstaan van een *digital gap*, waarbij niet iedereen goed kan meekomen in het gebruik van

digitale middelen. Met name ouderen, anderstaligen en laaggeletterden worden in deze context genoemd, maar ook zorgverleners zelf. Verder wordt opgemerkt dat er grote onderlinge verschillen zijn in de betrokkenheid en motivatie van zorgverleners om digitale middelen (meer) in te zetten.

2.2 Verbetermogelijkheden volgens de zorgprofessionals

Voor de darmkankerzorg wordt per fase van het zorgpad uiteengezet welke kansen er zijn genoemd om de zorg met behulp van digitale middelen te verbeteren. Zie Tekstbox 3 voor een omschrijving van elke fase in het zorgpad. De genoemde verbetermogelijkheden vormen een schets van de 'ideale situatie'. Uiteraard zijn er voor de realisatie van deze verbetermogelijkheden verschillende randvoorwaarden waaraan moet worden voldaan. De randvoorwaarden die werden benoemd door de geïnterviewden, worden toegelicht in de beschouwing en in Bijlage 4. Alle genoemde verbetermogelijkheden staan weergegeven in Figuur 1. In de tekst wordt voor elk van de vier fasen van het zorgpad één veelbelovende verbetermogelijkheid toegelicht. Elk van deze verbetermogelijkheden maakt gebruik van andere digitale middelen, en heeft een unieke doelstelling. De overige verbetermogelijkheden worden beschreven in Bijlage 3.

Tekstbox 3. Beschrijving van de fasen in het darmkankerzorgpad

Het behandeltraject van darmkanker wordt ook wel een zorgpad genoemd. Het bestaat over het algemeen uit de volgende fasen: verwijzing, diagnose, behandeling, nazorg en in sommige gevallen palliatieve zorg. Per fase volgt hieronder een korte toelichting.

In de verwijzingsfase verwijst de huisarts een patiënt door naar het ziekenhuis bij een vermoeden van darmkanker, of vindt verwijzing plaats naar aanleiding van een uitslag van het bevolkingsonderzoek darmkanker.

In de diagnosefase wordt onderzocht of er zich een tumor bevindt en zo ja waar, wat voor type tumor het is en hoe snel de tumor groeit. Ook wordt er gekeken of er uitzaaiingen zijn. Vaak wordt een endoscopie

verricht; een kijkonderzoek in de darm. Er volgt dan ook een CT scan en in het geval van een endeldarmtumor een MRI. Als de uitslagen bekend zijn, wordt de patiënt besproken in een multidisciplinair overleg.

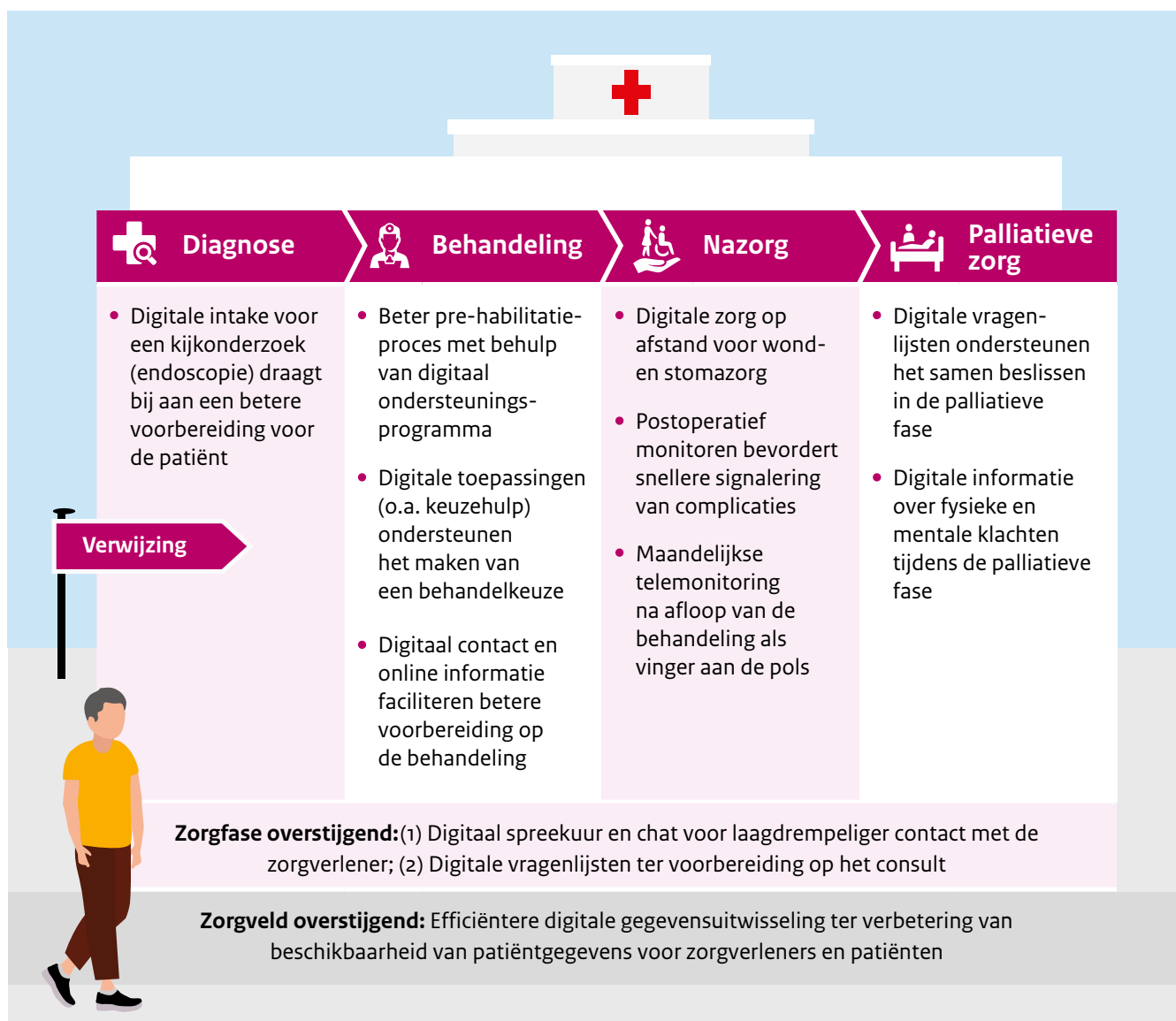
In de behandel fase worden de behandelopties eerst met de patiënt besproken. Daarna begint de behandeling. Deze kan bijvoorbeeld bestaan uit een operatie en/of systemische therapie (chemotherapie). De gekozen behandeling en de duur ervan verschillen per patiënt. Ter voorbereiding op een operatie doorloopt een patiënt vaak een prehabilitatie-traject. Dit is een programma van ongeveer vier weken om de patiënt zo fit mogelijk de operatie in te laten gaan, om de kans op complicaties te verminderen en het herstel te bevorderen.

In de nazorgfase is (een deel van) de behandeling afgerond. De patiënt wordt ondersteund in zijn of haar herstel. De gezondheid van de patiënt wordt in de gaten gehouden (gemonitord), en op basis daarvan worden eventuele doorverwijzingen gedaan, bijvoorbeeld naar een psycholoog, een revalidatietraject of een maatschappelijk werker.

In de palliatieve zorgfase wordt zorg geleverd aan patiënten die niet meer van darmkanker zullen genezen. De duur van deze fase verschilt sterk.

Het doel is om een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven te realiseren. De zorg bestaat uit reageren op symptomen zoals pijnbestrijding, en aandacht voor zingeving en (psycho-)sociale problemen. Advance care planning speelt hierbij een grote rol. Hierbij worden de wensen en behoeften van patiënten besproken met (een multidisciplinair team van) zorgverleners.

Figuur 1. Overzicht van de verbetermogelijkheden in het darmkankerzorgpad volgens de geïnterviewde zorgprofessionals





Digitale intake voor een kijkonderzoek (endoscopie) draagt bij aan een betere voorbereiding voor de patiënt

Geïnterviewden geven aan dat de intake ter voorbereiding op het kijkonderzoek – die normaliter fysiek plaatsvindt – in veel gevallen ook digitaal kan gebeuren. De patiënt krijgt – bijvoorbeeld via een module in het patiëntportaal – een digitale vragenlijst voorgelegd, en ontvangt digitaal informatie en materiaal over wat een kijkonderzoek inhoudt, wat de risico's zijn, en welke voorbereiding er van een patiënt wordt verwacht. De patiënt komt niet naar de polikliniek en doorloopt de gehele voorbereiding vanuit huis. Een deel van de geïnterviewden noemt dat er in hun ziekenhuis al gewerkt wordt met een dergelijke digitale intake. Zij gaven aan dat het door patiënten en zorgverleners veelal als positief wordt ervaren.

Wat levert dit volgens de geïnterviewden potentieel op?

- Zorgverleners besparen tijd en daardoor verminderen de zorgkosten.
- Patiënten komen in veel gevallen beter voorbereid naar het kijkonderzoek, onder meer doordat zij informatie opnieuw kunnen lezen en die daardoor beter kunnen onthouden.

“Wij leggen alles nu uit met een intakeconsult, maar dat is best wel een riedeltje geworden. En op het moment dat iemand voor het eerst naar het ziekenhuis komt om uitleg te krijgen over wat er aan de hand is, en wat je dan gaat doen, kost dat toch al snel dertig minuten of drie kwartier. Dan weet je eigenlijk niet goed wat zo'n persoon er nog van mee naar huis neemt, van de informatie die jij verteld hebt. Dus ik denk dat er heel veel informatie verloren gaat eigenlijk bij patiënten, en dat je dat digitaal beter kan doen.”



Beter prehabilitatieproces met behulp van digitaal ondersteuningsprogramma

Geïnterviewden noemden dat het waardevol zou zijn als de patiënt digitale ondersteuning kan krijgen tijdens het prehabilitatie proces. Het proces bestaat uit een gepersonaliseerd programma dat – op basis van een intakegesprek – wordt ontworpen door de betrokken zorgverleners, zoals een arts, een diëtist en een fysiotherapeut. Ter ondersteuning kan een digitale applicatie worden aangeboden, bestaande uit een trainingsprogramma, digitale informatie, dagelijkse doelen en herinneringen. Ook vult de patiënt zijn of haar eigen uitkomsten in. Op basis daarvan monitort de applicatie of de patiënt zijn of haar (dagelijkse) doelen bereikt, en geeft de applicatie gepersonaliseerde adviezen. De resultaten worden met de zorgverleners gedeeld. Sommige geïnterviewden noemden dat voor

sommige patiënten, bijvoorbeeld zij die al veel bewegen, enkel een monitoringsfunctie kan volstaan.

Wat levert dit volgens de geïnterviewden potentieel op?

- Patiënten hebben meer grip op hun prehabilitatieproces.
- Indien nodig kunnen zorgverleners sneller ingrijpen, waardoor de prehabilitatie effectiever is en zorgkosten mogelijk verminderen.

“Met de prehabilitatie, ja daar moet je echt digitaal wat mee. Want dat is zo complex, daar zitten natuurlijk zoveel hulpverleners bij, zitten zoveel schakels bij, dat het bijna niet te doen is voor een casemanager van ons om dat bij te houden per patiënt. Dus dan wil je eigenlijk meer die regie bij die patiënt leggen en dat die goed weet oké, waar sta ik? Wat moet ik nog doen?”



Digitale zorg op afstand voor wond- en stomazorg

Een andere verbetermogelijkheid die geïnterviewden noemden, is dat de patiënt bij onduidelijkheden of klachten wordt gestimuleerd om vanuit huis een foto te uploaden in het patiëntportaal van een wond of (huid)problemen bij een stoma. De arts kan op die manier monitoren en advies geven. Ook kan de patiënt via het portaal vragen stellen aan de wondverpleegkundige. Daarnaast zou een zorgverlener structureler kunnen beeldbellen met de thuiszorg om de wond- en stomazorg te begeleiden. Als de thuiszorg nog niet is geregeld, kan de zorgverlener ook digitaal met de patiënt meekijken en hem of haar begeleiden. In de toekomst kan dit meekijken wellicht ook met een slimme bril; een bril met een ingebouwde camera waardoor iemand op afstand kan zien wat de brildrager ziet.

Wat levert dit volgens de geïnterviewden potentieel op?

- Patiënten besparen tijd, doordat zij minder vaak naar het ziekenhuis hoeven te komen voor controles.
- Zorgverleners kunnen sneller ingrijpen bij complicaties, wat bijdraagt aan een betere kwaliteit van zorg en lagere zorgkosten.
- Als er nog geen thuiszorg is geregeld, kunnen patiënten in sommige gevallen toch al naar huis.
- Thuiszorgmedewerkers ontvangen gepersonaliseerd advies wanneer zij dat nodig hebben.

“Wij worden wel vaak bijvoorbeeld gebeld door de thuiszorg, van er zijn problemen met de stoma, we weten niet hoe we hiermee om moeten gaan. Daar hebben wij in het ziekenhuis stomaverpleegkundigen voor. Die werken nu ook wel vaak met dat ze dan foto's doorgestuurd krijgen van de thuiszorgorganisatie. Maar het zou natuurlijk ook mooi zijn als dat, ja, ook bijvoorbeeld digitaal kan met een beeldverbinding, dat ze ook direct advies kunnen geven.”



Digitale vragenlijsten ondersteunen het samen beslissen in de palliatieve fase

Geïnterviewden zien ook toegevoegde waarde in het door patiënten laten invullen van een digitale vragenlijst, voorafgaand aan een consult. De vragenlijst heeft betrekking op hun wensen en behoeften, gerelateerd aan alle domeinen van palliatieve zorg zoals somatische klachten, (psychosociale) ondersteuning en zingevingvragen. Het doel hiervan is om in kaart brengen wat een patiënt nodig heeft met betrekking tot eventuele verdere behandeling. Dit wordt gebruikt als input voor het gesprek met de zorgverlener, zodat er zo patiëntgericht mogelijk gewerkt kan worden.

Wat levert dit volgens de geïnterviewden potentieel op?

- Het samen beslissen met patiënten wordt gefaciliteerd.
- Patiënten ontvangen zorg die beter aansluit bij hun behoeften.
- Patiënten ontvangen een betere kwaliteit van zorg, doordat de tijd met patiënten gerichter wordt besteed.

“Ik bedoel, als je aan een patiënt vraagt, wat zijn voor u de belangrijkste behandeldoelen? Als dat verlenging van het bestaan is zeg maar, heb je een hele andere kwaliteit van leven. En als je vragenlijsten gewoon eens structureel aanbiedt aan patiënten vanaf het eerste moment, dan zie je ook waar die omslag plaatsvindt en dat soort dingen. En dan heb je denk ik daarin ook een opening om met de patiënt te praten over in welke fase van de behandeling en van je leven ben je nou? Dan kan je daar heel goed mee verder denk ik.”

2.3 Perspectief van mensen met darmkanker - een eerste verkenning

Deelnemers aan de focusgroepen gaven van tevoren aan met name ervaring te hebben met online informatie, patiëntenportalen en digitale communicatie (bijvoorbeeld videobellen met de arts of een e-consult).

Tijdens de focusgroepen kwam een aantal onderwerpen naar voren waarbij men op basis van eigen ervaringen ruimte zag voor verbetering in de zorg. Ten eerste werd er door sommigen gesproken over de behoefte aan meer en betere informatie en begeleiding tijdens de verwijzing en diagnosestelling, en bij het opstellen van het behandelplan in de nazorg. Ook zouden sommigen graag meer afstemming tussen artsen hebben gezien tijdens de behandel fase, met name gericht op het onderling delen van data, uitgebreidere nazorg en meer duidelijkheid over het nazorgtraject. De volgende verbetermogelijkheden werden genoemd die op meerdere fasen in het zorgpad betrekking hebben: het meer betrekken van naasten, betere ondersteuning in het omgaan met de ziekte, en betere ondersteuning

bij revalidatie, ook na de behandeling. Verder werd er gesproken over het beleid met betrekking tot het vrijgeven van data in het patiëntportaal. Sommige deelnemers vonden het heel prettig om voorafgaand aan een consult al zelf de uitslagen te kunnen inzien, anderen juist niet. Waar mogelijk zou rekening moeten worden gehouden met de individuele voorkeur.

Als antwoord op de vraag hoe digitale middelen een bijdrage kunnen leveren aan het verbeteren van de zorg werden diverse toepassingen besproken. Vaak werd genoemd dat het patiëntportaal uitgebreider gebruikt zou kunnen worden als digitaal platform voor informatie (met filmpjes en tekst), en tevens voor meer contact met de zorgverlener. Reacties op een voorbeeld waarin het portaal wordt gebruikt om fysieke (intake)consulten te digitaliseren waren positief. Hierbij werd wel opgemerkt dat de keuze om digitaal (sneller) te worden geholpen bij de patiënt moet liggen, en dat er ruimte moet zijn om digitaal vragen te stellen. Ook werd de kanttekening geplaatst dat deze toepassing niet geschikt lijkt voor patiënten die digitaal minder vaardig zijn. Ook in de fase van nazorg zou het portaal een belangrijke rol kunnen spelen, als informatiepunt en vraagbaak.

Daarnaast werd er gesproken over online informatie, bijvoorbeeld in de vorm van lessen of modules, over onder meer het omgaan met pijn, mentale problemen en re-integratie op het werk. Er was ook behoefte aan meer digitale informatie over de behandelmogelijkheden in het traject. In de nazorgfase was er behoefte aan online informatie over de vraag of bepaalde klachten en complicaties ‘erbij horen’ of niet, en over voedingskeuzes.

Een andere toepassing waarin veel potentie werd gezien is telemonitoring, waarbij de deelnemers de resultaten ook graag zelf willen kunnen inzien. Dit vonden zij met name nuttig tijdens de behandeling met chemotherapie en in de nazorg/revalidatiefase. Telemonitoring kan een geruststellende werking hebben. Daarnaast kan het ook helpen om inzicht in patronen te krijgen en om te bepalen wanneer het nodig is om een zorgverlener te raadplegen. Het is belangrijk dat het monitoren gebruiksvriendelijk en weinig invasief is (met tools van een klein formaat), en dat patiënten de keuze krijgen om het wel of niet te gebruiken. Sommigen merkten op dat telemonitoring niet uitsluitend moet worden ingezet om kosten te besparen, maar dat het ook daadwerkelijk wat moet opleveren voor de patiënt en veilig moet zijn.

Een laatste toepassing die veel bijval kreeg was online lotgenotencontact. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van blogs of een forum. Ook digitaal lotgenotencontact voor naasten werd genoemd, omdat ook zij veel vragen hebben en kampen met onzekerheid.

3. Bevindingen van de gesprekken met betrokkenen in de dementiezorg

3.1 Huidig gebruik van en houding ten opzichte van digitale middelen volgens de zorgprofessionals

Ook binnen de dementiezorg wordt volgens de geïnterviewde zorgprofessionals al volop gebruik gemaakt van digitale middelen. Een voorbeeld hiervan is de digitale communicatie tussen de cliënt of mantelzorgers en een verpleegkundige, een middel dat mede door de pandemie een vlucht heeft genomen. Over het algemeen staan de zorgprofessionals positief tegenover het gebruik van digitale middelen, en geven zij aan dat de zorg hierdoor efficiënter kan worden, of al is. Tevens geven ze aan dat digitale middelen het welbevinden van de cliënt en mantelzorgers kunnen verhogen. De cliënten zijn echter vaak niet (meer) digitaal vaardig, evenals veel (oudere) mantelzorgers en zorgprofessionals in het veld. Ook wordt aangegeven dat niet iedereen de urgentie voelt om te innoveren en dat men hier te weinig tijd voor heeft. Bijlage 2 geeft een overzicht van het gebruik van, en de houding tegenover, verschillende digitale zorgtoepassingen volgens de zorgprofessionals.

3.2 Verbetermogelijkheden volgens de zorgprofessionals

Voor de dementiezorg wordt per zorgfase uiteengezet welke kansen er zijn om de zorg met behulp van digitale middelen te verbeteren. Zie Tekstbox 4 voor een omschrijving van de zorgfasen. De genoemde verbetermogelijkheden vormen een schets van de 'ideale situatie'. Uiteraard zijn er voor de realisatie van deze verbetermogelijkheden verschillende randvoorwaarden waaraan moet worden voldaan. De benoemde randvoorwaarden door de geïnterviewden worden toegelicht in Bijlage 4, en nader besproken in de beschouwing. Alle genoemde verbetermogelijkheden staan weergegeven in Figuur 2. Een drietal verbetermogelijkheden, zowel in de thuiswonende fase als de intramurale fase, worden hieronder toegelicht. Deze verbetermogelijkheden beschrijven uiteenlopende technologieën met verschillende doelstellingen. De overige verbetermogelijkheden staan beschreven in Bijlage 3.

Tekstbox 4. Beschrijving van de zorgfasen in de dementiezorg

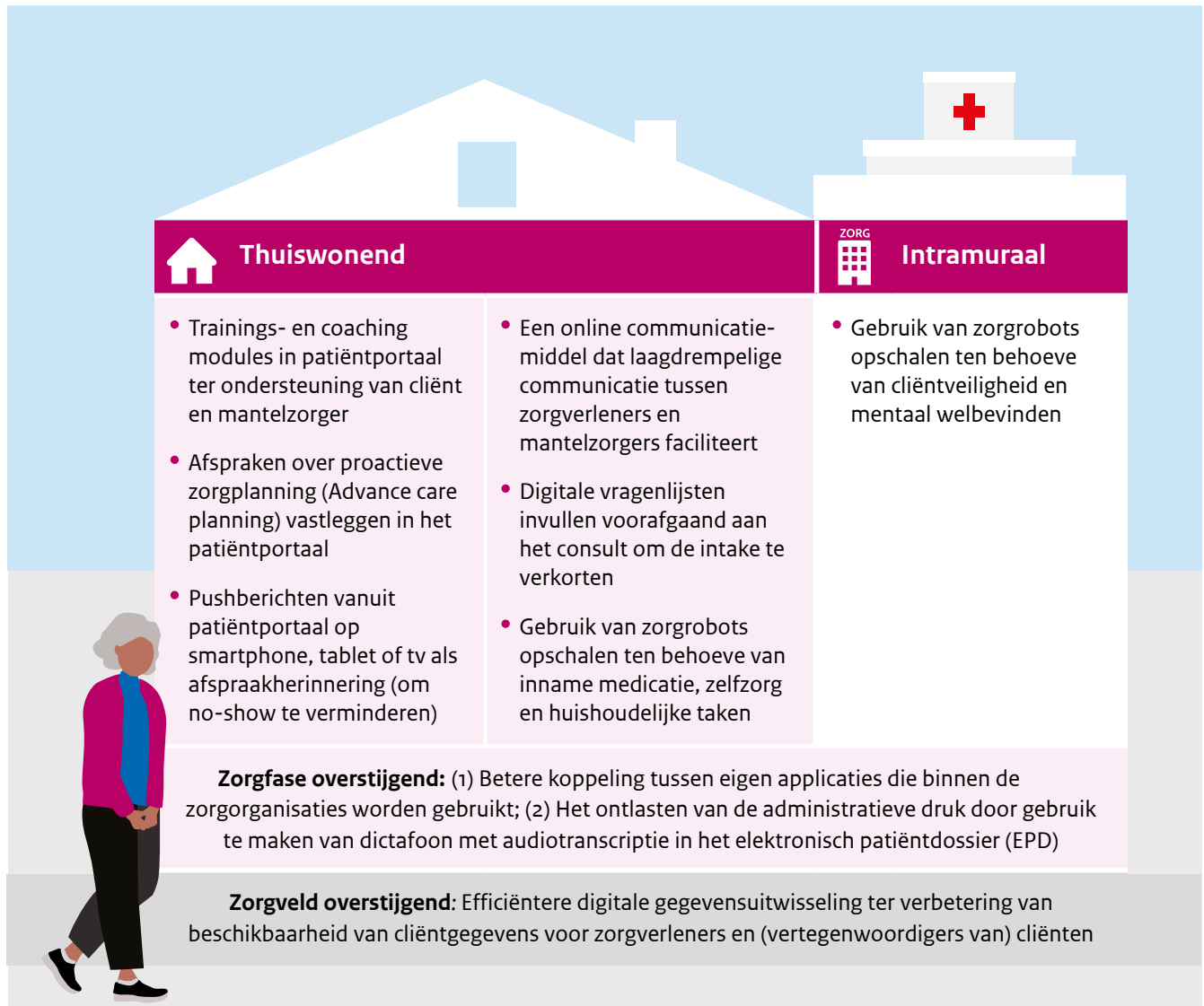
In de dementiezorg zijn twee zorgfasen te onderscheiden: extramurale zorg (zorg voor thuiswonende cliënten) en intramurale zorg (zorg voor cliënten die in een zorginstelling wonen).

De eerste fase begint met de diagnosestelling. Hierbij zijn zorgverleners als huisartsen, geriaters en casemanagers dementie betrokken. Thuis- en wijkzorg kunnen hier een signalerende functie in hebben. In deze fase staat zelfredzaamheid van de cliënt centraal. In de loop van de tijd wordt de zorgbehoefte van de cliënt groter. De belasting van de mantelzorgers

groeit mee. Later in deze fase kan ook zorg worden geleverd door bijvoorbeeld een ergotherapeut. Die kijkt dan mee of de woning voldoende is ingericht voor de cliënt, en of deze nog veilig thuis kan wonen.

In de tweede fase – de intramurale fase – wordt in zorginstellingen als verpleeg- en verzorgtehuizen zorg geleverd aan ouderen die niet meer thuis kunnen wonen. De 'leefcirkel' van de cliënt wordt steeds kleiner, afhankelijk van het ziekteverloop. In deze fase staat waardig leven en sterven centraal.

Figuur 2. Overzicht van de verbetermogelijkheden in de dementiezorg volgens de geïnterviewde zorgprofessionals





Trainings- en coaching-modules in patiëntportaal ter ondersteuning van cliënt en mantelzorgers

Volgens de geïnterviewden zouden cliënten en mantelzorgers kunnen worden ondersteund met behulp van online trainings- en coaching-modules, die thema's zoals het omgaan met het veranderende gedrag van de oudere met dementie behandelen. De mantelzorgers (en mogelijk ook de cliënt zelf), kan oefeningen doen aan de hand van huiswerkopdrachten. Dit verhoogt de kennis over de diagnose, en geeft een beter beeld over wat men kan verwachten⁵. Tevens kunnen deze modules voorzien in ondersteuning bij hulpvragen van de mantelzorgers, die ontstaan tijdens het zorgen voor hun naasten.

Wat levert dit volgens de geïnterviewden potentieel op?

- Cliënten en mantelzorgers zijn beter geïnformeerd over het verloop van (de verschillende vormen van) dementie.
- Mantelzorgers ontvangen meer ondersteuning bij hun eigen hulpvragen.

“Ja, en het gaat natuurlijk heel erg om het omgaan met dat veranderende gedrag van degene met dementie, hoe ga ik daar nou mee om als die honderd keer hetzelfde vraagt, of hij begrijpt dingen niet meer, of kan dingen niet meer.”



Een online communicatiemiddel dat laagdrempelige communicatie tussen zorgverleners en mantelzorgers faciliteert

Geïnterviewden zien potentie in het grootschalig en structureel gebruik van een online communicatiemiddel (bijvoorbeeld een app) waarmee alle betrokken zorgverleners laagdrempelig met elkaar kunnen communiceren. Tevens kunnen zij hierin relevante informatie met elkaar delen, zoals rapporten. Door het toevoegen van goede filters kan het ook dienen als een bruikbare overdrachtstool. Er is met name behoefte aan een digitaal overdrachtsschrift, met een beknopt overzicht van wat er tijdens een (thuis)bezoek is gedaan en afgesproken. Daarnaast werd de duidelijke behoefte uitgesproken dat het communicatiemiddel het mogelijk maakt dat het hele netwerk van de cliënt met elkaar in verbinding staat. De informatie die wordt gedeeld, moet inzichtelijk zijn voor de mantelzorgers of de direct betrokkenen rondom de cliënt. Ook moeten zij op hetzelfde online platform laagdrempelig vragen aan de zorgverleners kunnen stellen. Platforms met (een deel van) deze functionaliteiten bestaan al, zoals OZO⁶, en

Caren Zorgt⁷, maar het gebruik van deze of vergelijkbare platforms lijkt nog niet structureel en is nog niet volledig geoptimaliseerd.

Wat levert dit volgens de geïnterviewden potentieel op?

- Laagdrempelige communicatie tussen zorgverleners onderling en tussen zorgverleners en mantelzorgers.
- Mantelzorgers voelen zich meer betrokken bij de zorg voor hun naaste.

“Dat [Siilo] is als Whatsapp, maar dan voor als je een BIG-nummer hebt. Het is veilig en het mag over cliënten gaan. Na dertig dagen wordt het gewist. Je weet in ieder geval zeker dat je de juiste zorgverlener hebt en dat je daar gegevens mee mag delen. We hebben een groepsapp rondom een cliënt. Werkt het? Ja. Maar als je in zo'n PGO werkt, blijft het altijd bestaan, kan de cliënt meelezen en kun je ook nog rapporten delen. Dat kan in Siilo niet.”



Gebruik van zorgrobots opschalen ten behoeve van cliëntveiligheid en mentaal welbevinden

Geïnterviewden geven aan dat arbeidsbesparende innovaties binnen de dementiezorg veel mogelijkheden bieden om de veiligheid en het comfort van cliënten te verhogen en zorgverleners tijd te besparen. Er wordt door de geïnterviewden veelvuldig gesproken over het breder en effectiever inzetten van toezichthoudende technieken en zorgrobots. Een voorbeeld hiervan is het inzetten van zorgrobots die worden gekoppeld aan slimme sensoren in bed. De zorgrobot kan dan bijvoorbeeld signaleren dat een cliënt onrustig is, en proberen deze persoon gerust te stellen, of indien nodig een zorgverlener waarschuwen. Op deze manier kan een cliënt de hele nacht continu worden gemonitord. De zorgverleners gaven aan dat de acceptatie van zorgrobots door cliënten binnen de intramurale setting hoog is.

Wat levert dit volgens de geïnterviewden potentieel op?

- Zorgverleners kunnen hun tijd efficiënter benutten.
- Cliënten ontvangen een betere kwaliteit van zorg, doordat hun veiligheid verbetert.

“Kijk, nu is die slimme bed sensor, die geeft aan wanneer iemand onrustig is 's nachts of uit bed wil of wisselgigging nodig heeft, omdat die anders te lang op één plek, op één zij ligt. Je kunt je voorstellen dat – niet bij wisselgigging, want dan moet je een handeling verrichten – maar als iemand onrustig wordt... Nu gaat er nog een mens naar iemand toe, die zegt van mevrouw Jansen, het is nog 3 uur 's nachts, gaat u lekker slapen, hè, het is nog geen ochtend.”

⁵ www.dementie.nl is een voorbeeld van een informatieve website waar vaak naar werd verwezen in de interviews.

De training- en coachingmodules zouden kunnen helpen om deze kennis toe te passen in het dagelijks leven.

⁶ OZO via www.ozoverbindzorg.nl.

⁷ Caren zorgt via www.carenzorgt.nl.

3.3 Perspectief van mantelzorgers van cliënten met dementie - een eerste verkenning

Deelnemers aan de focusgroepen gaven aan dat hun huidige ervaring met digitale middelen als mantelzorgers met name bestaat uit het online opzoeken van informatie, videobellen met een arts, het gebruiken van een patiëntportaal van de huisarts of het ziekenhuis, digitale medicatieondersteuning en het gebruik van toezichthoudende technieken, zoals GPS, en zorgrobots.

Op basis van hun huidige ervaringen zagen de deelnemers een aantal mogelijkheden voor verbetering. Ten eerste werd benoemd dat de communicatie tussen zorgverleners onderling, en de communicatie tussen zorgverleners en mantelzorgers, effectiever kan. Er wordt geregeld onduidelijkheid en frustratie ervaren door de versnippering in verslaglegging en het ontbreken van één plek waarop alle informatie is gebundeld. Ook het vergroten van de persoonlijke aandacht voor de cliënt werd genoemd als verbetermogelijkheid. Idealiter moet daarbij zo veel mogelijk aandacht zijn voor wie de persoon is geweest, en rekening worden gehouden met waar iemand van houdt. Mantelzorgers gaven aan dat het voor hen zelf prettig zou zijn om meer en beter gestructureerde informatie te ontvangen, bijvoorbeeld over de diagnose, de implicaties hiervan en het beschikbare zorgaanbod (ook in het kader van verwachtingsmanagement). Ook zag men veel mogelijkheden in het versterken van de zorg in de wijk. De wijkverpleging werd vaak als een spin in het web ervaren. Die is het best op de hoogte van hoe het met de (thuiswonende) cliënt gaat.

Digitale middelen zouden volgens de deelnemers vooral een betere gegevensuitwisseling en communicatie tussen zorgverleners moeten bevorderen. Eén deelnemer had goede ervaringen met een patiëntportaal waarin zorgverleners gezamenlijk werken en communiceren⁸. Dat platform biedt ook veel mogelijkheden om als mantelzorger goed op de hoogte te worden gehouden. Voor de mantelzorger zouden digitale middelen kunnen bijdragen aan het bundelen van alle informatie op één plek. Het gaat dan onder meer om informatie over hun naaste met dementie (bijvoorbeeld hoe om te gaan met veranderd of veranderend gedrag), over alle financiële en praktische ondersteuning rondom zorg (onder meer de WMO) en over hoe men de taak als mantelzorger naast werk en andere verplichtingen het best vorm kan geven. Men zag ook veel nut in contact met lotgenoten via digitale middelen.

Over digitale middelen waar de cliënt met dementie zelf direct gebruik van maakt was men kritisch en verschilden de meningen. Er werd benoemd dat cliënten geregeld angstig en wantrouwend zijn, en vaak een grote weerstand hebben tegen dingen in huis die nieuw of anders zijn. Er werd wel een aantal positieve ervaringen genoemd, waaronder een robotkat (als gezelschap), een dagritmeklok en een automatische medicijndispenser.

Ook met persoonsalarmering en toezichthoudende technieken hadden sommige deelnemers ervaring opgedaan, met wisselend succes. Er werd benoemd dat dit soort technologie geregeld voor onnodige onrust zorgt, zowel bij de cliënt als de mantelzorger. Dat gebeurt bijvoorbeeld doordat er 's nachts meldingen worden gegeven door de technologie, waarbij niet direct duidelijk is hoe alarmerend de situatie is. Daarbij speelde ook de discussie over de veiligheid enerzijds, en het behoud van de eigen autonomie anderzijds. Idealiter wordt er ingestoken op de zelfredzaamheid van de cliënt, met steeds de focus op wat er in iemands situatie nog wél kan. Belangrijk daarbij is dat nieuwe technologieën al in een vroeg stadium van de ziekte worden geïntroduceerd, zodat de cliënt er dan al vertrouwd mee kan raken.

Daarnaast worden digitale middelen bij voorkeur toegepast met behulp van technologie die men al kent bijvoorbeeld via de televisie of een tablet. Op deze manier sluiten ze aan bij het gedrag dat al ingesleten is, waardoor ze gebruiksvriendelijker zijn. Er werd benoemd dat de inzet van zorgtechnologie (zoals het in de thuissituatie plaatsen van een zorgrobot) stigmatiserend kan werken, waardoor het bij een cliënt weerstand kan oproepen. Idealiter wordt de technologie dus 'onder water' toegepast; zo slim en onopvallend mogelijk.

⁸ Caren Zorgt via www.carenzorgt.nl.

4. Zorgveldoverstijgende verbetermogelijkheid

In dit hoofdstuk wordt een verbetermogelijkheid besproken die niet beperkt is tot één zorgsector. Het betreft een organisatie- en zorgveld-overstijgende verbetermogelijkheid, voor een thema waar momenteel op brede schaal aandacht voor is, namelijk de elektronische uitwisseling van gegevens^{9,10}. Deze verbetermogelijkheid kwam naar voren in de interviews met zorgprofessionals in de darmkankerzorg én in de dementiezorg.

Efficiëntere digitale gegevensuitwisseling ter verbetering van beschikbaarheid van patiëntgegevens voor zorgverleners en (vertegenwoordigers van) patiënten

Geïnterviewden geven aan dat het wenselijk is dat zorgverleners op korte termijn zelfstandig data kunnen binnenhalen uit externe elektronische patiëntdossiers (EPD's) van patiënten waar zij een behandelrelatie mee hebben. Ze willen dit kunnen doen met één druk op de knop, waarbij ze niet afhankelijk zijn van een externe partij, zoals een ziekenhuis of een huisarts. Voor de lange termijn is de wens dat alle zorgverleners en patiënten toegang hebben tot één gedeeld online systeem. De zorgverlener heeft hierdoor overzicht, en kan de eigen informatie snel inzien en invoeren. Ook zou in het systeem moeten kunnen worden aangegeven welke informatie mag worden vrijgegeven aan specifieke partijen. De Persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO)¹¹ voldoet in theorie aan deze wens, maar in de praktijk merken zorgprofessionals dat die weinig tot niet gebruikt wordt door cliënten en/of hun mantelzorgers.

Wat levert dit volgens de geïnterviewden potentieel op?

- Zorgverleners hebben directe toegang tot volledige informatie.
- Zorgverleners hebben minder extra consulten nodig voor het uitvragen van informatie bij de patiënt. Dit bespaart kosten, vermindert de werkdruk van zorgverleners en bespaart patiënten tijd en geld.
- Het zorglandschap wordt minder versnipperd, doordat zorgverleners onderling een warme overdracht hebben.

“Hoe vervelend is het niet dat je wel een zieke patiënt in bed hebt liggen, maar dat je niet de juiste gegevens bij de hand hebt omdat er nog beelden gescand moeten worden. Of de medicijnlijst is niet overgekomen. Dat is frustrerend en kost allemaal tijd, en het gaat ten koste van de gezondheid van de patiënt. En, daardoor lopen ook de zorgkosten op omdat die patiënt gewoon langer opgenomen is en langer in zorg is dan misschien strikt genomen noodzakelijk had moeten zijn.”

⁹ Wegiz 'Stappen en activiteiten voor ICT-leveranciers', Mijlpalen Wegiz, juni 2022

¹⁰ Kamerbrief over amendementen wetsvoorstel elektronische gegevensuitwisseling in de zorg, september 2022

¹¹ Wat is een PGO? www.pgo.nl.

5. Beschouwing

In dit hoofdstuk wordt besproken welke lessen kunnen worden getrokken uit het onderzoek. We bespreken daarnaast enkele randvoorwaarden, oftewel wat er (onder meer) nodig is om de geïdentificeerde verbetermogelijkheden te kunnen realiseren. Een volledig overzicht van alle genoemde randvoorwaarden is te vinden in Bijlage 4. Tenslotte worden enkele suggesties voor vervolgonderzoek gegeven.

5.1 Samenvatting van de bevindingen

De manieren waarop digitale middelen kunnen bijdragen aan zorgverbetering lopen uiteen

De onderzoeksvraag in dit rapport was: ‘Welke mogelijkheden zijn er voor verbeteringen in het zorgproces met behulp van digitale middelen?’ Deze vraag is beantwoord voor twee casussen, namelijk de darmkankerzorg en de dementiezorg. De twee casussen zijn zeer uiteenlopend in het type zorg dat wordt geboden, het zorgproces dat erachter ligt, en de patiëntgroep. Daarom lopen de manieren waarop digitale middelen kunnen bijdragen aan het verbeteren van de zorg in beide casussen ook uiteen. Binnen de context van de darmkankerzorg zit er veel potentie in hybride zorg: de patiënt kan zaken zelfstandig vanuit huis doornemen, voorbereiden of meten, waardoor de beschikbare tijd in het ziekenhuis efficiënter kan worden besteed. Hybride zorg kan zo bijdragen aan de juiste zorg, op de juiste plek, op het juiste moment, en daarmee bijdragen aan de toegankelijkheid en persoonsgerichtheid van de zorg. In de context van de dementiezorg zit de potentie van digitale middelen vooral in de efficiëntere inzet van de zorgverlener (en in mindere mate van de mantelzorger), en in het vergroten van de veiligheid en het welzijn van cliënten. Door zorginnovaties als zorgrobots slim in te zetten, kan een zorgverlener tijd bij dezelfde cliënt op een andere manier invullen, óf efficiënter werken door in dezelfde tijd meer mensen te helpen.

Er zijn drie overstijgende doelen waaraan de verbetermogelijkheden veelal bijdragen

Ondanks dat er binnen elke zorgcontext verschillende kansen voor de inzet van digitale middelen zullen worden gevonden, zijn er binnen de twee casussen meerdere verbetermogelijkheden geïdentificeerd die zich richten op een aantal overstijgende doelen. Het eerste doel is betere informatievoorziening: informatie kan via een patiëntportaal op het juiste moment in het zorgproces worden aangeboden, eventueel ook in audio-visuele vorm. Zo heeft de patiënt één betrouwbare plek waar relevante informatie kan worden gevonden. Ten tweede zijn er veel verbetermogelijkheden die bijdragen aan effectieve(re) communicatie. Enerzijds gaat het dan om het ondersteunen van interactie tussen zorgverleners en (het netwerk van) de patiënt, bijvoorbeeld door het inzetten van een laagdrempelige chatfunctie, digitale spreekuren, of digitale vragenlijsten ter voorbereiding op een consult. Anderzijds gaat het om het verbeteren van de communicatie en gegevensuitwisseling tussen zorgverleners. Ten derde zijn er mogelijkheden om digitale middelen in te zetten ter ondersteuning van de behandeling. Het gaat dan vaak om het versterken van de betrokkenheid van de patiënt bij de te ontvangen zorg, en om het vergroten van zelfmanagement van patiënten, naasten en mantelzorgers. Dat kan bijvoorbeeld door zelf- of telemonitoring, gebruik van digitale coaching(smodules) en digitaal lotgenotencontact.

Differentiatie in aanbod is belangrijk bij de inzet van digitale middelen

Ten slotte komt uit de gesprekken een belangrijke en breed gedragen kanttekening naar voren. Niet iedere patiënt en zorgverlener kan of wil digitale middelen gebruiken. Hier dient rekening mee gehouden te worden bij de integratie van digitale middelen in het zorgproces. Er zijn diverse groepen in de samenleving voor wie digitalisering (nog) niet vanzelfsprekend is, en voor wie het grote barrières opwerpt. Daarmee is differentiatie in aanbod noodzakelijk.

5.2 Reflectie op de bevindingen

Genoemde verbetermogelijkheden en kanttekeningen zijn in lijn met het Integrale Zorg Akkoord

Zoals eerder beschreven, zit er binnen de darmkankerzorg veel potentie in hybride zorg. Dit is conform het Integrale Zorg Akkoord (IZA) dat onlangs is uitgebracht¹², waarin als uitgangspunt wordt beschreven: zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan, en fysiek als het moet. In de dementiezorg kunnen digitale middelen veelal worden ingezet met als doel arbeidsbesparing. Ook dit is in lijn met wat er beschreven staat in het IZA, namelijk dat arbeidsbesparende innovaties op grotere schaal moeten gaan worden ingezet. Ten slotte is de kanttekening dat differentiatie in aanbod van digitale middelen belangrijk is, ook in lijn met het IZA. In één van de speerpunten van het IZA wordt aangegeven dat veldpartijen zorgen dat de hybride zorg toegankelijk is en de inclusiviteit van deze zorg bevorderd wordt¹³.

De termijn waarop de verbetermogelijkheden zijn te realiseren loopt uiteen

De genoemde verbetermogelijkheden verschillen in de termijn waarop ze te realiseren zijn. Geïnterviewden benoemen diverse digitale zorg initiatieven die al gaande zijn. Er is dan ook veel 'laaghangend fruit'; beschikbare digitale innovaties die al worden ingezet, maar die kunnen worden opgeschaald of (ook) op een andere manier kunnen worden gebruikt. Voorbeelden hiervan die in dit onderzoek naar voren kwamen, zijn een digitale intake ter voorbereiding op een endoscopie binnen de darmkankerzorg, en een online communicatiemiddel voor laagdrempelig contact tussen zorgverleners en mantelzorgers in de dementiezorg. Opvallend is dat sommige geïnterviewden verbetermogelijkheden noemen die in de praktijk door anderen al worden toegepast¹³. Naast het laaghangende fruit dat met relatief kleine en interne aanpassingen kan worden gerealiseerd, zijn er ook verscheidene innovaties benoemd waarvan het minder waarschijnlijk is dat ze op korte termijn kunnen worden gerealiseerd. Een voorbeeld hiervan is het verbeteren van de efficiëntie in gegevensuitwisseling. Ten slotte lijkt er bij geïnterviewden over sommige digitale middelen te weinig kennis en ervaring te zijn om hiervoor zowel op korte als op langere termijn concrete kansen te identificeren. Een voorbeeld hiervan is beslissingsondersteunende software.

Er zijn diverse randvoorwaarden voor het realiseren van de verbetermogelijkheden

Er zijn meerdere randvoorwaarden die geïnterviewden noemen voor het realiseren van de genoemde verbetermogelijkheden, en daarmee voor het bewerkstelligen van structurele veranderingen in de zorg met behulp van digitale middelen. Veel van deze randvoorwaarden komen ook in ander onderzoek naar voren, zoals in de E-healthmonitor van 2021¹⁴. Een belangrijke factor is tijd, om deze veranderingen goed op te kunnen zetten en door te kunnen denken, maar ook om een nieuwe manier van werken eigen te kunnen maken.

Verder is een cultuuromslag binnen organisaties essentieel, waardoor er een mindset ontstaat die is gericht op anders werken en vernieuwing. Die mindset biedt ruimte voor leren van elkaar en investering in scholing. Het is zinvol om op basis van de visie van een organisatie een prioritering aan te brengen: wat kan er al, wat nog niet en wat is er als eerste nodig¹⁵. Voor het realiseren van de verbetermogelijkheden is ook andere grootschalige verandering nodig, bijvoorbeeld op de gebieden van techniek en digitale infrastructuur, bekostiging en (privacy)wetgeving. Ten slotte zijn er uiteraard ook meerdere praktische zaken die op orde moeten worden gebracht, zoals voldoende ICT-ondersteuning voor zorgverleners en patiënten.

Verschillende partijen spelen op verschillende niveaus een rol

Voor het realiseren van de verbetermogelijkheden spelen verschillende partijen op verschillende niveaus een rol. Zo zijn op lokaal niveau de zorgorganisaties onder meer verantwoordelijk voor de allocatie van budgetten. Op regionaal niveau zijn de verschillende zorginstellingen verantwoordelijk voor een effectieve samenwerking en kennisdeling. Zorgverzekeraars zijn op landelijk niveau verantwoordelijk voor het veranderen van bekostigingsmodellen.

Verder hebben commerciële partijen en overheidsinstellingen landelijk een verantwoordelijkheid in deze veranderingen, zoals in het opstellen van nieuwe wetgeving en beleidskaders rond elektronische gegevensuitwisseling. Dit zijn grotere, beleidsmatige vraagstukken waarover veelvuldig wordt gesproken, maar die momenteel nog een praktische invulling moeten krijgen^{11,16,17}. Ook zijn patiënten- en beroeps-

¹² Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg'. VWS september 2022

¹³ Appstore kanker.nl via www.kanker.nl/appstore

¹⁴ E-healthmonitor 2021: Ervaringen uit het zorgveld. RIVM 2022

¹⁵ Bijvoorbeeld volgens de methodiek zoals beschreven in: Digitale zorg op de afdeling – van visie naar dagelijkse praktijk. Whitepaper BeterDichtbij, 2021

¹⁶ Digitalisering in de gezondheidszorg nader beschouwd – Eindrapport VWS MEVA. Lindenbergh et al. 2022.

¹⁷ Kamerbrief over amendementen wetsvoorstel elektronische gegevensuitwisseling in de zorg, september 2022.

verenigingen belangrijke spelers bij het bevorderen van het gebruik van digitale middelen. Ten slotte ligt er een rol bij kennisinstituten en universiteiten, als het gaat om wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van nieuwe innovaties of technologieën en om nieuwe manieren van efficiënte implementatie ervan^{18,19,20,21}.

5.3 Toekomstig onderzoek en slotwoord

Onderzoek de impact en prioriteit van de verbetermogelijkheden als volgende stap

De resultaten van dit rapport werpen verschillende vragen op voor toekomstig onderzoek. Ten eerste is het zinvol om te onderzoeken op welke manier de genoemde verbetermogelijkheden het werk van zorgprofessionals zal beïnvloeden (onder meer met betrekking tot werkdruk en werkplezier). Tegelijkertijd is het van belang om aan de kant van de zorggebruiker te onderzoeken wat voor veranderingen dit voor hen en hun zorg teweeg zou brengen en wat er voor nodig is om hen te ondersteunen in deze zorgtransitie. Daarnaast moet worden uitgezocht welke invloed de verbetermogelijkheden hebben op klinische uitkomsten zoals de kwaliteit van de zorg en de zorgkosten. Ten slotte zou vanuit elke zorgcontext moeten worden onderzocht welke verbetermogelijkheden prioriteit hebben, en op welke manier deze effectief in de zorgorganisaties kunnen worden geïmplementeerd. Hierbij is het belangrijk om te verkennen wat er al voorhanden is aan digitale middelen, wat het vraagt om veranderingen door te voeren en welke (technische) ontwikkelingen er nog nodig zijn. De onderzoeksvraag uit dit rapport speelt breder dan alleen binnen de in dit rapport verkende darmkankerzorg en dementiezorg, net als bovengenoemde vervolgvragen.

Tot slot - De toegevoegde waarde van gesprekken met zorgprofessionals, patiënten en mantelzorgers

Het doel van dit onderzoek was om te laten zien welke inzichten het oplevert om in gesprek te gaan met het zorgveld, patiënten en mantelzorgers over het verbeteren van zorg door de inzet van digitale middelen.

Zoals omschreven verschillen de geïdentificeerde verbetermogelijkheden voor digitale zorg per zorgcontext. Daarom is verandering op maat nodig. Daarnaast zien we dat geïnterviewden ieder een eigen visie hebben op wat er momenteel wel of niet goed is georganiseerd, waar er kansen voor verbetering liggen en de manier waarop digitale middelen hierbij kunnen helpen. Als eerste stap in het veranderproces zouden betrokkenen in de betreffende zorgcontext dan ook met elkaar in gesprek kunnen gaan over hoe de zorg op een betere manier geleverd zou kunnen worden door de inzet van digitale middelen. Dit leidt tot een gezamenlijk beeld van waar de grootste kansen voor het verbeteren van de zorg met digitale middelen liggen. Daarnaast creëert het gesprek draagvlak en betrokkenheid bij degenen die in de dagelijkse praktijk met de digitale middelen aan de slag moeten. Voor het ontwerp van een nieuw, hybride zorgmodel kunnen zorgorganisaties niet alleen putten uit elkaars kennis en ervaring, maar onder meer ook uit die van het Kenniscentrum digitale zorg. Dit kenniscentrum heeft een zorgtransformatiemodel in ontwikkeling²². Dit is in lijn met de doelstellingen van het IZA, waarin wordt genoemd dat veldpartijen de zorgpaden en -processen moeten (her)ontwerpen, om te zorgen voor afschaling en aanpassing van bestaande, traditionele werkwijzen en -processen²³.

Dit onderzoek laat zien dat gesprekken met zorgprofessionals, patiënten en mantelzorgers helpen om te achterhalen wat er (snel) mogelijk is, waar behoeften liggen en welke kansen er zijn om de zorg door inzet van digitale middelen te verbeteren. Dit draagt bij aan inzicht in hoe fysieke en digitale componenten in samenhang kunnen worden ingezet om de zorg kwalitatief, betaalbaar en toegankelijk te houden.

¹⁸ Te Boome, I., Somers, A. M., Graupner, C., Kimman, M. L., Gidding-Slok, A. H., & Breukink, S. O. (2022). Development and content validation of the Assessment of Burden of ColoRectal Cancer (ABCRC)-tool. *European Journal of Surgical Oncology*.

¹⁹ Veldhuijzen, G., Klemm-Kropp, M., sive Droste, J. S. T., van Balkom, B., van Esch, A. A., & Drenth, J. P. (2021). Computer-based patient education is non-inferior to nurse counselling prior to colonoscopy: a multicenter randomized controlled trial. *Endoscopy*, 53(03), 254-263.

²⁰ Bouman, G., Lapajian, I & Philipsen (2019). Implementatie slim incontinentiemateriaal; Resultaten uit de praktijk.

²¹ Nemeth, B., van der Kaaij, M., Nelissen, R., van Wijnen, J.K., Drost, K. & Blauw, G.J. (2022) Prevention of hip fractures in older adults residing in long-term care facilities with a hip airbag: a retrospective pilot study

²² Digitale zorg – Kenniscentrum digitale zorg. Zorgverzekeraars Nederland (zn.nl) via <https://www.zn.nl/digitalezorg>

²³ Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg'. VWS september 2022

Bijlage 1: Definities digitale middelen

Tabel 1. Definitie per digitaal middel

| Digitaal middel | Definitie |
|--|--|
| Digitale communicatie | Technologie die zorgverleners onderling of met patiënten laat communiceren, o.a. videobellen, chat en e-consult. |
| Patiëntportaal | Een website of applicatie waar patiënten hun eigen medisch dossier kunnen inzien (incl. afspraken en uitslagen) en eventueel wijzigingen kunnen doorgeven. |
| Online informatievoorzieningen | Websites en apps waarmee de patiënt zelf informatie over zijn of haar gezondheid en/of behandeling kan vinden. |
| Elektronische gegevens-uitwisseling | Digitale toepassingen voor uitwisseling van gegevens tussen zorgverleners t.b.v. een compleet medisch beeld van de patiënt. |
| Digitale vragenlijsten | Vragenlijsten die meestal worden ingezet voor het uitvragen van achtergrond- en gezondheidsinformatie of om de zorg te evalueren en gezondheid in kaart te brengen. Hiermee wordt niet bedoeld: vragenlijsten om een trend in kaart te brengen (cf. telemonitoring). |
| Telemonitoring | Het op afstand monitoren van een patiënt die in de thuissituatie gezondheidswaarden meet of digitale vragenlijsten invult. |
| Zelfmonitoring | Apps en wearables waarbij de patiënt gezondheidswaarden kan meten en eventueel gezondheids-/leefstijl advies krijgt. |
| Persoonlijke Gezondheidsomgeving (PGO) | Digitale gezondheidsomgeving waarin de patiënt gegevens uit dossiers van verschillende zorgverleners kan verzamelen, hieraan zelf gegevens kan toevoegen en kan delen met anderen. |
| Beslissings- ondersteunende software | Technologie die verwachte uitkomsten voor een patiënt presenteert o.b.v. (big) data en algoritmes, zoals meldingssystemen voor mogelijk gevaarlijke patiëntwaarden. |
| Digitale medicatieondersteuning | Digitale toepassingen waarmee goed medicatiegebruik of -veiligheid wordt bevorderd (bijv. medicijndispensers en digitale dubbele medicatiecontrole middels een app). |
| Zorgrobots | Robots die bepaalde huishoudelijke taken kunnen uitvoeren, een gesprek kunnen voeren of oefeningen kunnen voordoen. Andere voorbeelden: knuffelrobots of telepresence robots (op afstand bestuurbare tablets). |
| Toezichthoudende technologie | Sensoren gekoppeld aan computersoftware (bv bewegingsmelders en sensoren, valdetectie, slim incontinentiemateriaal, persoonsalarmering, en GPS-trackers). |

Bijlage 2: Gebruik van en houding ten opzichte van verschillende digitale middelen

Tabel 2. Beknopte samenvatting van het gebruik van en de houding ten opzichte van verschillende digitale middelen, volgens de geïnterviewde zorgprofessionals binnen de darmkankerzorg en de dementiezorg

| Digitale toepassing | Ervaring en houding zoals gerapporteerd door geïnterviewden |
|--|---|
| Digitale communicatie | Digitale communicatie wordt door vrijwel alle geïnterviewden gebruikt. Tijdens de COVID-19-pandemie heeft het een vlucht genomen. Echter, binnen beide sectoren wordt aangegeven dat de mate van geschiktheid afhankelijk is van het type consult. Voor het communiceren van een diagnose wordt het bijvoorbeeld minder geschikt geacht, terwijl het wel passend(er) is in bijvoorbeeld de nazorg. Voordelen zijn dat reistijd vervalt en familie makkelijker kan aansluiten bij een gesprek. Nadelen zijn dat lastiger is om steun te bieden of een consult te laten uitlopen. |
| Patiëntportaal | Vrijwel elke geïnterviewde zorgverlener maakt gebruik van het patiëntportaal. Het wordt met name gebruikt voor het laten inzien van afspraken en uitslagen, en voor digitale informatievoorziening. Een binnen de darmkankerzorg als belangrijk ervaren nadeel is dat patiënten uitslagen al kunnen inzien voordat de arts toelichting kan geven. |
| Online informatievoorzieningen | Online informatie over de ziekte, diagnostiek en eventuele behandeling wordt veel gebruikt, vaak via interne initiatieven, soms door verwijzing naar informatie 'van buiten'. Sommige geïnterviewden waren al erg tevreden met de digitale informatie die nu voorhanden is, anderen zien kansen om die uit te breiden. |
| Elektronische gegevensuitwisseling en -patiënt dossier (EPD) | Iedere geïnterviewde werkt met het EPD. De gebruiksvriendelijkheid hiervan kan beter. Gegevensuitwisseling vanuit EPDs vindt vaak digitaal plaats, maar omdat er verschillende EPDs worden gebruikt niet altijd. De elektronische uitwisseling van beeldvorming loopt vaak goed. Het toevoegen van papieren brieven gaat lastiger. |
| Digitale vragenlijsten | Binnen de darmkankerzorg gebruiken sommige ziekenhuizen digitale vragenlijsten ter voorbereiding op het consult. Een klein aantal ziekenhuizen gebruikt de lijsten al als alternatief voor een fysiek consult ter voorbereiding op een scopie. Het uitvragen van PROMS en PREMS gebeurt in de darmkankerzorg veelal al digitaal. Binnen de dementiezorg wordt hier minder gebruik van gemaakt. |
| Telemonitoring en zelfmonitoring | In beide sectoren wordt nog weinig gebruik gemaakt van tele- en zelfmonitoring. Wel wordt de potentie van telemonitoring name binnen de darmkankerzorg gezien, en is de wens om hier intensiever gebruik van te gaan maken. |
| Persoonlijke Gezondheidsomgeving (PGO) | Het PGO wordt nog weinig gebruikt in beide sectoren. |
| Beslissings- ondersteunende software | Beslissingsondersteunende software wordt door de zorgverleners in beide sectoren nu nog weinig gebruikt. Binnen de darmkankerzorg wordt het wel gezien als veelbelovend voor de toekomst, bijvoorbeeld ter ondersteuning van het identificeren van risicopatiënten en het geven van behandeladvies. Niet elke zorgverlener is bekend met het begrip 'beslissingsondersteunende software'. |

| Digitale toepassing | Ervaring en houding zoals gerapporteerd door geïnterviewden |
|---------------------------------|---|
| Digitale medicatieondersteuning | Digitale medicatieondersteuning wordt voornamelijk gebruikt binnen de dementiezorg. Ervaringen zijn overwegend positief. |
| Zorgrobots | Zorgrobots worden vooral binnen de dementiezorg ingezet. De meningen hierover zijn verdeeld. Ze kunnen arbeidsbesparend werken, maar de implementatie vraagt een (forse) investering, zowel financieel als in tijd. |
| Toezichhoudende technologie | Toezichhoudende technologie wordt vooral binnen de dementiezorg ingezet. De meningen hierover zijn verdeeld. Er zijn bewezen effectieve middelen, zoals slim incontinentiemateriaal, maar niet alle zorgverleners zijn bekend met het brede scala aan verschillende technologieën en mogelijkheden. Ook worden privacy en autonomie genoemd als redenen voor terughoudendheid bij het inzetten van toezichhoudende technologieën. |

Bijlage 3: Overige verbetermogelijkheden binnen de darmkankerzorg en de dementiezorg

In deze bijlage worden de verbetermogelijkheden toegelicht die niet in het rapport worden besproken. Eerst worden de verbetermogelijkheden in de darmkankerzorg gepresenteerd, en vervolgens de verbetermogelijkheden in de dementiezorg.

Verbetermogelijkheden in de darmkankerzorg

Verbetermogelijkheden behandel fase

Digitale toepassingen (onder meer keuzehulp) ondersteunen het maken van een behandelkeuze

Geïnterviewden geven aan dat er in het portaal meer informatie ter ondersteuning van het kiezen van de best passende behandeling digitaal kan worden aangeboden. In het portaal ontvangt de patiënt dan per behandeling completere informatie over de voor- en nadelen, de risico's en mogelijke complicaties. Dit kan gebeuren in de vorm van online keuzehulpen, voorlichtingsfilmpjes en online platforms waar patiënten die de behandeling al hebben ondergaan hun ervaringen delen. Deze informatie kan vervolgens worden gebruikt als basis voor het gesprek tussen de arts en de patiënt.

Wat levert dit volgens de geïnterviewden potentieel op?

- De patiënt is beter geïnformeerd, onder meer over wat een behandeling kan betekenen. Hierdoor kan een gerichtere keuze worden gemaakt.
- Het verhoogt de eigen regie van de patiënt en faciliteert het samen beslissen.
- De zorg sluit beter aan bij de behoeften van de patiënt.

“Weet je, in zo'n consult wordt vaak van alles gedaan en moet er een beslissing worden genomen. Dus ik denk juist dat we patiënten veel beter kunnen informeren door ze van tevoren hierover te laten nadenken. En zo'n keuzehulp kun je een beetje invullen van: hoe sta ik in het leven? Hoe is mijn kwaliteit van leven nu? Wat heb ik eventueel over om in te leveren? Weet je, en pas als je daarover kan nadenken en dat invult en dan ergens uitkomt, dat kan je natuurlijk enorm helpen. En dat zijn dingen die op de poli eigenlijk niet worden aangeboden in een normaal consult.”

Digitaal contact en online informatie faciliteren betere voorbereiding op de behandeling

Geïnterviewden zijn van mening dat de patiënt met een digitaal videoconsult – in plaats van het standaard fysieke consult ter voorbereiding op een behandeling – meer flexibiliteit kan worden geboden. De patiënt hoeft niet naar het ziekenhuis te komen, en familieleden of andere naasten kunnen eenvoudiger aanhaken bij het gesprek. Ter voorbereiding op dit gesprek – en als naslagwerk – zou de patiënt via het patiëntportaal informatiefilmpjes kunnen zien. Daarnaast zou de patiënt kunnen chatten met een zorgverlener om eventuele resterende vragen over de behandeling te stellen.

Wat levert dit volgens de geïnterviewden potentieel op?

- De patiënt hoeft minder lang te wachten en heeft sneller toegang tot duidelijke informatie.
- Zaken die niet goed blijven hangen tijdens het consult kunnen worden herlezen, en vragen kunnen laagdrempelig worden gesteld.
- Zorgverleners zijn minder tijd kwijt met het behandelen van vragen op het moment dat de patiënt in het ziekenhuis komt.

“Maar [we moeten ook] veel meer ook nog met digitale filmpjes [doen] over goh wat betekent dat, wat betekent als bijvoorbeeld bijwerkingen, wat moet je doen [...]. [Waar draagt dat dan aan bij?] Ja, ik denk meer regie bij de patiënt en een beter geïnformeerde patiënt. En eigenlijk ook nog een keer een beter ondersteunde patiënt, want de gesprekken die we dan voeren kunnen we veel meer inzoomen op wat betekent het voor u en welke ondersteuning heeft u nodig. Wat vindt u belangrijk. Dat je veel meer nog een persoonlijke voorlichtingenbegeleiding, meer op maat. Ik denk uiteindelijk ook de ervaring van de zorgverleners. Want we moeten nu heel veel vertellen, heel veel doen en uiteindelijk hebben we het gevoel dat we tijd tekort komen.”

Verbetermogelijkheden behandel fase

Postoperatief monitoren bevordert snellere signalering van complicaties

Een andere verbetermogelijkheid is volgens de geïnterviewden het monitoren van de patiënt na de operatie, door gebruik te maken van een slimme pleister die continu gezondheidswaarden als hartslag en temperatuur meet. Eventueel kan de slimme pleister ook in het ziekenhuis worden gebruikt om personeel te ontlasten. Daarnaast vult de patiënt dagelijks via een digitale applicatie op zijn of haar mobiele telefoon een vragenlijst in over onder meer pijn, eten en drinken, mobiliteit en psychische belasting.

Wat levert dit volgens de geïnterviewden potentieel op?

- Vergroting van de kans op tijdige herkenning van complicaties. Daarmee kan een verdere verslechtering van de patiënt worden voorkomen.
- De patiënt kan in sommige gevallen eerder uit het ziekenhuis worden ontslagen.

“Waar we denk ik de kwaliteit van zorg kunnen verbeteren is echt nog wel in het thuismonitoren van patiënten en dan denk ik met name aan de operatieve fase eerlijk gezegd. Als voorbeeld, je hebt nu een app die ontwikkeld is voor mensen met een pancreascarcinoom. Die naar huis gaan en dan thuis eigenlijk steeds bijhouden hoe het met ze gaat. Kunnen we dan niet veel beter monitoren dat we het risico veel sneller naar voren brengen als dat we nu doen, als we de patiënt pas na tien dagen op de polikliniek zien.”

Maandelijkse telemonitoring na afloop van de behandeling als vinger aan de pols

Geïnterviewden gaven aan dat artsen het fysieke herstel en de mentale gezondheid van de patiënt beter in de gaten zouden kunnen houden door (meer) gebruik te maken van telemonitoring. Op meerdere momenten, bijvoorbeeld één keer per maand, vult de patiënt een digitale vragenlijst in. De vragen gaan over gewicht, obstipatieklachten, bloed bij de ontlasting en psychosociale belasting. Ook wordt de patiënt er aan herinnerd wanneer het tijd is om bloed te prikken. Het is ook mogelijk om de uitslag via de app door te geven.

Wat levert dit volgens de geïnterviewden potentieel op?

- Snellere signalering van complicaties, die leidt tot kostenbesparing en betere kwaliteit van zorg.

“Wat ik zeg, zes maanden na OK wordt de patiënt nog eens een keer gebeld ‘hoe gaat het nu?’ Maar echt, ja goed bijhouden van klachten en dat soort dingen allemaal is natuurlijk lastig, want dan hangt iemand toch een beetje tussen huisarts en specialist in. Ja en ook dan weer, ja heeft een patiënt goed door wat er gaande is? Kan iemand dat een beetje inschatten? En heb je nog een beetje gevoel met je lijf, want ja zeker na een bestraling of een OK, je kan niet meer goed vertrouwen op jezelf. Dat is natuurlijk het punt waar ze allemaal tegen aanlopen. Je weet niet in hoeverre je jezelf kan vertrouwen en hoe ver je je lichaam goed aanvoelt.”

Een tweede manier waarop de arts een vinger aan de pols houdt, is door middel van de consulten bij nacontrole (elke drie maanden). Volgens de geïnterviewden zou de data uit de telemonitoring ook leidend kunnen zijn in de frequentie hiervan, en in de keuze om het consult digitaal of fysiek te laten plaatsvinden.

Wat levert dit volgens de geïnterviewden potentieel op?

- De patiënt hoeft alleen indien nodig naar het ziekenhuis te komen.

“Waarom moet een patiënt per se langskomen om te zeggen hoe het met hem gaat? Dat is heel erg voor-Covid, zullen we maar zeggen hè.”

Verbetermogelijkheden palliatieve fase

Digitale informatie over fysieke en mentale klachten tijdens de palliatieve fase

Ook in de palliatieve fase kan volgens geïnterviewden meer gebruik worden gemaakt van digitaal aangeboden informatie, bijvoorbeeld over (veel voorkomende) klachten in deze fase. Dit kan in de vorm van filmpjes in het patiëntportaal of een online beslisboom, zodat een patiënt beter weet welke klachten normaal zijn en welke echt afwijken van wat in deze fase is te verwachten. Een andere mogelijkheid is om – vergelijkbaar met wat gebeurt in de nazorgfase – middels telemonitoring bij te houden hoe het gaat met de patiënt. De arts kan dan contact opnemen als er afwijkende uitslagen binnenkomen.

Wat levert dit volgens de geïnterviewden potentieel op?

- Patiënten weten beter wanneer ze zorg moeten vragen, en lopen minder lang door met (ernstige) klachten. Complicaties worden hiermee voorkomen, en daardoor belandt een patiënt minder snel in het ziekenhuis. Anderzijds komen patiënten niet onnodig naar het ziekenhuis, omdat ze beter weten wat afwijkend is en wat niet.

“Ja, en dan komt iemand met vocht in zijn buik, ja dat zijn altijd van die gekke dingen, dat je dan denkt nou ik doe het allemaal zo goed en je kent toch onze palliatief consulent, en je hebt toch een laagdrempelig contact met je casemanager en je hoofdbehandelaar. En toch meld je je uiteindelijk op de eerste hulp want je kan niet meer en je hebt zo'n pijn en je hebt weet ik hoeveel liter vocht in je buik.”

Zorgpad-overstijgende verbetermogelijkheden

In deze paragraaf worden de verbetermogelijkheden besproken die niet binnen één zorgpadfase vallen, maar die betrekking hebben op meerdere fases van het zorgpad.

Digitaal spreekuur en chat voor laagdrempeliger contact met de zorgverlener

Volgens geïnterviewden zou een digitaal inloopsprek uur van meerwaarde kunnen zijn. Tijdens dit spreekuur met een verpleegkundige kan een patiënt (korte) vragen stellen. Op deze manier heeft niet elke patiënt een eigen contactpersoon nodig, en is er één centraal aanspreekpunt. Een alternatief is dat de patiënt via een chatfunctie in het patiëntportaal vragen kan stellen, waarbij een arts of verpleegkundige asynchroon reageert. Geïnterviewden gaven aan dat er al specifieke digitale applicaties bestaan die videocommunicatie, chatten en het uitwisselen van documenten tussen patiënten en zorgverleners mogelijk maken²⁴.

Wat levert dit volgens de geïnterviewden potentieel op?

- Het personeel wordt ontlast doordat het tussen werkzaamheden door minder wordt gebeld door patiënten met vragen.
- Laagdrempelige zorg voor patiënten met (gevoelige) vragen. Bovendien hoeven zij niet meteen naar het ziekenhuis te komen.

“Wij worden nu bijvoorbeeld op de afdeling dan gebeld door patiënten die al een aantal dagen met ontslag zijn. Dat gaat natuurlijk tussen al onze werkzaamheden door [...] En dan is het dan vaak dat je dan bijvoorbeeld eerst de arts moet bellen, en dan het verhaal weer opnieuw vertelt, dat je dan de arts de patiënt terug laat bellen, en dan belt de patiënt ons weer van, ik kom naar de afdeling. Nou zo is het een hele, ja, ook weer qua communicatie, een heel traject. Dus als dat gericht kan met dat bijvoorbeeld een patiënt een vraag kan stellen, of een melding kan doen in zo'n portaal, dat er dan, ja, wat sneller een reactie opkomt bijvoorbeeld. En dat er dan ook meteen iemand is die daar, ja, iets mee kan. Dat zou heel ideaal zijn.”

²⁴ Een voorbeeld dat vaak werd genoemd is BeterDichtbij, zie www.beterdichtbij.nl

Digitale vragenlijsten ter voorbereiding op het consult

Meerdere geïnterviewden gaven aan dat patiënten zich beter zouden kunnen voorbereiden op consulten door het van tevoren invullen van een digitale vragenlijst. Die gaat over onderwerpen van het aanstaande consult. In vragenlijsten voor consulten aan het begin van het zorgpad zijn het vragen ten behoeve van auto-anamnese. Voor latere consulten gaan de vragen over thema's als positieve psychologie, welbevinden, waarde gedreven zorg en psychosociale gezondheid. Ook voor de zorgverlener zou dit van meerwaarde kunnen zijn, omdat deze dan gerichtere vragen kan stellen.

Wat levert dit volgens de geïnterviewden potentieel op?

- Tijdens het consult kan de zorgverlener gerichtere vragen stellen.
- De patiënt kan op een laagdrempelige manier klachten vermelden of vragen stellen.
- Sommige consulten kunnen overbodig worden als uit de vragenlijst blijkt dat alles goed gaat.
- De verzamelde data kunnen – als ze netjes op orde zijn – ook voor (epidemiologisch) onderzoek worden gebruikt.

“Van, met wie woon je dan en in wat voor huis woon je dan en heb je al een contact gehad met die en... Dat zijn dingen die we heel vaak weer dubbel vragen. En natuurlijk, als ik vandaag vraag: heeft u hartkloppingen? Dan kan ik niet zeggen: dat is dus morgen hetzelfde, want dat moet je navragen. Maar voor heel veel zaken zou je, naar mijn idee, gewoon de patiënt aan zet kunnen hebben. En ik denk dat dat helpt als je het hebt in relatie tot zorgkloof, minder mensen op de arbeidsmarkt, maar ook ruimteproblemen. Ja, dat is misschien voor die ene patiënt, maar als je het in het grote volume... Dat zou kunnen organiseren, dan denk ik dat je heel veel oplost.”

Verbetermogelijkheden binnen de dementiezorg

Verbetermogelijkheden thuiswonende fase

Afspraken over proactieve zorgplanning (Advance care planning) vastleggen in het patiëntportaal

Het zou volgens geïnterviewden van meerwaarde kunnen zijn om in het portaal ruimte te bieden voor het vastleggen van afspraken rondom toekomstige zorg. Wanneer de patiënt nog wilsbekwaam is, gaat deze in gesprek met de zorgverlener. In deze gesprekken worden afspraken over toekomstige zorg en de wensen van de patiënt vastgelegd. Dit kunnen bijvoorbeeld afspraken zijn rondom medicatie, of een bevel om niet te reanimeren.

Wat levert dit volgens de geïnterviewden potentieel op?

- Meer duidelijkheid omtrent eigen wensen over gewenste zorg.
- Zorg die beter aansluit bij de wensen van de cliënt, zoals minder levensverlengende behandelingen in de laatste fase als die niet overeenkomstig de wil van de cliënt zijn.

“Zoals Advance care planning, nadenken over je behandelgrenzen. Dat je daarin op jonge leeftijd al in wordt meegenomen, voordat er ook maar iets gebeurt. Dat zou de norm moeten zijn. Je ziet dat er in de maatschappij veel meer aandacht aan wordt besteed. Samen beslissen wordt steeds belangrijker gelukkig. Ik denk dat de BV Nederland daarop moet anticiperen en daar allerlei programma's op moet maken, om mensen mee te nemen in de gedachtegang dat niet altijd alles hoeft, dat je keuzes mag maken en dat je ook de keuze mag maken om wel door te behandelen.”

Pushberichten vanuit patiëntportaal op smartphone, tablet of tv als afspraakherinnering om no-show te verminderen

Geïnterviewden noemden dat cliënten beter digitaal kunnen worden ondersteund in het maken van een agenda en het bijhouden van afspraken. Dat gaat het meest laagdrempelig als hierbij gebruik wordt gemaakt van technologie die al in huis is en waarmee de cliënt bekend is, zoals de televisie of een tablet. De cliënt krijgt zorg- en afspraak gerelateerde pushberichten op de voor hem of haar bekende apparaten.

Wat levert dit volgens de geïnterviewden potentieel op?

- De cliënt wordt beter geholpen bij het aanbrengen van structuur.
- Een mogelijke afname van het aantal no-shows.

“Wat ik zelf heel graag opgelost zou zien, is dat mensen geholpen worden bij meer overzicht houden over hun behandeling en over hun acties die ze moeten doen voor hun gezondheid. Patiënten zijn heel wiebelig, die vergeten hun afspraken, een post-patiënt die schreef haar afspraak op, op de binnenkant van een mondkapje want dan kon ze het beter onthouden. Dus dacht ik al, de kans dat je komt volgende week acht ik redelijk klein. Dus als mensen meer geholpen worden bij het aanhouden van structuren, inzicht in afspraken.”

Digitale vragenlijsten invullen voorafgaand aan het consult om de intake te verkorten

Volgens geïnterviewden zou de cliënt voorafgaand aan de intake een digitale vragenlijst kunnen invullen, bijvoorbeeld via een module in het cliëntportaal. De vragenlijst vraagt informatie uit ten behoeve van de anamnese. De informatie komt direct op de juiste plek in het EPD te staan, zodat de behandelaar die niet zelf hoeft in te voeren, maar desgewenst wel kan bewerken. De informatie kan vervolgens tijdens de intake verder worden aangevuld met gegevens die de zorgverlener liever zelf wil uitvragen of wil bespreken met de cliënt.

Wat levert dit volgens de geïnterviewden potentieel op?

- Efficiënter gebruik van tijd tijdens het intake-consult.
- Meer ruimte voor diepgang en het stellen van de juiste vragen tijdens het gesprek.

“Ik denk dat we behandelaars gewoon heel erg moeten ontzorgen, dat we ze daar het meeste mee helpen dus als een patiënt samen met een familielid die ook toegang had tot die digitale omgeving, als zij al een halve intake in hebben gevuld, wat de behandelaar niet hoeft over te tikken, ik denk dat je dan een zorgverlener heel erg helpt en dat dat een positieve ervaring is.”

Gebruik van zorgrobots opschalen voor inname medicatie, zelfzorg en huishoudelijke taken

Geïnterviewden gaven ook aan dat het gebruik van zorgrobots zou kunnen worden opgeschaald. Denk bijvoorbeeld aan een robot die er voor zorgt dat de cliënt voldoende drinkt en medicatie inneemt, of die kan ondersteunen bij huishoudelijke taken. Ook zouden zorgrobots kunnen worden ingezet ter ondersteuning van de zelfstandigheid van de cliënt, bijvoorbeeld door bij het aankleden hulp te bieden.

Wat levert dit volgens de geïnterviewden potentieel op?

- Het vergroot de zelfredzaamheid van cliënten.
- Het helpt bij het voorkomen van complicaties, bijvoorbeeld als gevolg van onvoldoende medicatie-inname.
- Het kan ondersteunen bij valpreventie.

“Mensen met dementie, zowel intra- als extramuraal, die hebben vaak te weinig vochtintake. Hè, drinken te weinig, dus als je een robot hebt die ze daarbij kan stimuleren of dat zelfs kan aanreiken, zou dat helpen?”

Zorgfase-overstijgende verbetermogelijkheid

Betere koppeling tussen eigen applicaties die binnen de zorgorganisaties worden gebruikt

Er werd genoemd dat veel van de applicaties die binnen de zorgorganisaties worden gebruikt (beter) zouden kunnen worden gekoppeld. Of dat nieuwe applicaties binnen het EPD zichtbaar worden, zodat het een extra toepassing is in plaats van een losstaande functionaliteit. Ook zou het waardevol zijn als (telemonitoring-)meetinstrumenten aan het EPD worden gekoppeld, zodat de data hiervan automatisch in het dossier terecht komt.

Wat levert dit volgens de geïnterviewden potentieel op?

- Efficiënter gebruik van tijd van de zorgverlener.
- Het verhoogt de gebruikersvriendelijkheid, wat mogelijk kan leiden tot snellere adoptie van gebruik van nieuwe toepassingen door zorgverleners.
- Minder handmatig werk, wat de foutgevoeligheid vermindert.

“Ik denk dat er essentiële punten te winnen zijn in het gemak van applicaties die aan elkaar gekoppeld zijn. Eén app hebben waar je in, én kan rapporteren, én kan prioriteren en kan zien waar de cliënt is en kan zien, nou ja, alles bij elkaar zo makkelijk mogelijk. Wat ik merk is dat er voor elk nieuw stukje domotica of technologie, is een nieuwe app, die wordt dan op een smartphone gezet, en dan moet je maar net weten waar je het zoeken moet.”

Het verlagen van de administratieve druk door gebruik te maken van dictafoon met audiotranscriptie in het elektronisch patiëntdossier (EPD)

Tot slot werd aangegeven dat de administratieve druk zou kunnen worden verminderd als de informatie handiger in het systeem kan worden gezet, bijvoorbeeld door gebruik te maken van een tool voor audiotranscriptie.

Wat levert dit volgens de geïnterviewden potentieel op?

- Efficiënter gebruik van tijd van de zorgverlener.
- Minder handmatig werk, wat de foutgevoeligheid vermindert.

“Er zijn diverse onderzoeken, recent ook weer, gedaan, dat de administratieve last in de zorg eigenlijk een heel groot deel van de tijd opslokt. En ik denk dat je met een slim zorgdossier veel minder tijd kwijt bent aan administratieve lasten. Wij zijn nu bezig met een – maar dat is er nog niet, hoor – een test om... Er zit een soort van Siri-functie op, die luistert bijvoorbeeld mee tijdens een multidisciplinair overleg. Dus een dokter met de fysio en de zorg en overleggen, en na afloop geeft die een suggestie over wat er in het dossier weggeschreven kan worden. Nou, dan hoef je zelf niet meer te rapporteren.”

Bijlage 4: Randvoorwaarden

Tabel 3. Randvoorwaarden voor het realiseren van de genoemde verbetermogelijkheden volgens de geïnterviewde zorgprofessionals uit beide sectoren

| Categorie | Belangrijkste randvoorwaarden |
|---|---|
| Invoering digitale middelen | <ul style="list-style-type: none"> • Ontwikkeling en implementatie van digitale middelen gebeurt in een proces van co-creatie met eindgebruikers (zorgverleners en patiënten) en alle relevante expertises (o.a. ICT en Communicatie). • Er zijn ambassadeurs/trekkers die voorop lopen en innovatie stimuleren. • De implementatie wordt aangepakt op basis van kennis en een goede strategie. |
| Faciliteren gebruik digitale middelen binnen de organisatie | <ul style="list-style-type: none"> • Voldoende ICT-ondersteuning binnen de organisatie. • Het ziekenhuis/de zorginstelling biedt patiënten ondersteuning bij het gebruik van digitale middelen (bv. in de vorm van een helpdesk, hulpzuil of e-learning). • Het ziekenhuis/de zorginstelling zorgt voor tijd, scholing en ondersteuning (bv. digicoaches), zodat zorgverleners/medewerkers zich de systemen eigen kunnen maken. • Er is heldere communicatie over de mogelijkheden rondom digitale middelen die er binnen de organisatie zijn. |
| Bekostiging/ financiering en tijd | <ul style="list-style-type: none"> • Op basis van haar visie op digitale middelen alloceert het ziekenhuis/de zorginstelling een budget voor ontwikkeling, aankoop, en implementatie van nieuwe digitale middelen. • Daarnaast is er een ander bekostigingsmodel om nieuwe digitale middelen of andere manieren van zorg (bv. een digitaal MDO of goede digitale informatievoorzieningen) te financieren. De bekostiging gebeurt bijvoorbeeld meer integraal en op basis van <i>shared savings</i>. • Realistische (prestatie)tarieven rondom declaratie van het gebruik van nieuwe digitale middelen of andere manieren van zorg die bewezen effectief zijn, of waarvan de effectiviteit mag worden aangenomen. • Ruimte voor proeftuinen/<i>trial and error</i> en het kort cyclisch proberen van nieuwe (manieren van) zorg (aanbieden), bijvoorbeeld door versoepeling van de beleidsregel innovatie. |
| Privacy en veiligheid | <ul style="list-style-type: none"> • De privacy wetgeving is aangepast, zodat het werkproces bij digitale middelen zo min mogelijk wordt belemmerd. Uiteraard blijft de privacy van de patiënt gewaarborgd. |
| Gebruiksvriendelijkheid en toegankelijkheid | <ul style="list-style-type: none"> • Toepassingen zijn qua functionaliteit toegankelijk en gebruiksvriendelijk en intuïtief in het gebruik. • Toepassingen sluiten op taal en kennisniveau aan bij de patiënt (bv. door gebruik van visualisatie). |
| Samenwerking | <ul style="list-style-type: none"> • Ziekenhuizen/zorginstellingen en disciplines trekken samen op in het aankopen en mede-ontwikkelen van tools, zodat er uniformiteit van aanbod ontstaat en niet iedereen zelf toepassingen hoeft te (laten) ontwikkelen. • Ziekenhuizen en zorgprofessionals bepalen wat er wordt doorontwikkeld, in plaats van commerciële bedrijven (bv. Chipsoft/Hix). • De ICT bedrijven hebben een winstplafond. |
| Cultuur, attitude en mindset | <ul style="list-style-type: none"> • Duidelijke communicatie naar zorgverleners en patiënten over de noodzaak van verandering in de zorg en de meerwaarde van digitale middelen. Hierbij is oog voor de ethische kant van het gebruik van digitale middelen, bijvoorbeeld voor patiënten of mantelzorgers die ouder of niet digitaal vaardig zijn, of lage gezondheidsvaardigheden hebben. |

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

februari 2023

In samenwerking met:



De zorg voor morgen begint vandaag