

# Samen aan zet!

## eHealth-monitor 2019

Myrah Wouters, Martine Huygens, Helene Voogdt, Maaïke Meurs, Janke de Groot, Annemarie Lamain,  
Karlijn de Bruin, Anne Brabers, Conchita Hofstede, Roland Friele, Lies van Gennip

Dit is een uitgave van Nictiz en het Nivel  
Den Haag en Utrecht, november 2019  
©Nictiz en het Nivel





# Inhoud

<b>Samenvatting</b>	<b>6</b>
<b>Inleiding</b>	<b>8</b>
<b>In vogelvlucht</b>	<b>11</b>
1. Noodzaak en meerwaarde	13
2. Online inzage en contact	16
3. Zelfmanagement en telemonitoring	19
4. Begeleiding en ondersteuning op afstand	22
5. Elektronische gegevensuitwisseling en communicatie tussen zorgverleners	25
<b>Bijlage A. Onderzoeksmethode</b>	<b>29</b>
<b>Bijlage B. Definities, afkortingen en referenties</b>	<b>38</b>
<b>Dankwoord</b>	<b>41</b>
<b>Colofon</b>	<b>42</b>



## Samenvatting

### E-health is een onmisbaar onderdeel van de zorg

De eHealth-monitor meet al sinds 2013 de beschikbaarheid en het gebruik van e-health in Nederland. De boodschappen door de jaren heen illustreren de ontwikkelingen op het gebied van e-health. Van experimentele noviteiten op het gebied van gezondheidszorg - over en later met de patiënt - naar een steeds doelgerichte integratie van e-health in het zorgproces. In eerste instantie werd e-health vooral benaderd vanuit een digitaliseringsgedachte: het digitaal maken van bestaande informatie en reguliere processen.

Zorgverleners waren vooral positief over de digitalisering die het primaire zorgproces ondersteunde en die dat proces niet in de weg stond. Anno 2019 zijn zorgverleners ervan doordrongen dat zorg vaak slimmer en beter kan worden ingericht met behulp van e-health, vooral als de toepassingen ook zijn afgestemd op de eindgebruikers. Dit vraagt om een digitale transformatie waarbij de zorgprocessen en de digitale mogelijkheden op elkaar worden afgestemd. De technologie moet goed werken voor gebruikers en aansluiten op zorgprocessen *binnen* en *tussen* zorginstellingen. Zorgprocessen moeten worden 'herontworpen' en/of taken moeten anders worden toebedeeld om e-health optimaal te gebruiken.

Zorgpartijen en overheid erkennen de noodzaak van een transformatie naar 'de juiste zorg op het juiste moment met de juiste informatie op de juiste plek' in

programma's en hoofdlijnenakkoorden. Toenemende werkdruk, schaarste aan personeel en hoge administratieve lasten geven extra stimulans om het proces naar slimme, gepaste, digitaal ondersteunde zorg te versnellen. Er is een 'sense of urgency' ontstaan waarbij e-health een onmisbaar onderdeel van de zorg is geworden.

### De doelstellingen van minister Schippers

Sinds 2014 worden in de eHealth-monitor de doelstellingen van de toenmalige minister van VWS, Edith Schippers, gemonitord. In deze eHealth-monitor is expliciet aandacht besteed aan de realisatie van deze doelstellingen.

De eerste doelstelling van VWS draait om het digitaal ontsluiten van medische gegevens voor de patiënt: 'online inzage'. Mede onder invloed van stimuleringsprogramma's is er door de jaren heen een stijging aan de aanbodzijde. Echter, het deel zorggebruikers en mensen met een chronische aandoening die op de hoogte is van de mogelijkheden omtrent online inzage is beperkt en het gebruik van online inzage blijft laag.

De tweede doelstelling van VWS gaat over 'zelfmeten en telemonitoring'. In 2019 meet vier op de tien mensen met een chronische aandoening zelf gezondheidswaarden. Daarnaast houden zorggebruikers vaker

dan voorgaande jaren – al dan niet automatisch - zelf digitaal gegevens bij over hun gezondheid. Ook neemt het gebruik van telemonitoring volgens medisch specialisten toe. Onder huisartsen en verpleegkundigen in de ouderenzorg is dat niet het geval. Zelfmeten, telemonitoring en ook apps en websites verbeteren de zelfredzaamheid van patiënten, leveren hen gemak op en komt de kwaliteit van zorg ten goede.

De derde doelstelling van VWS draait om 'beeldschermzorg en domotica'. Het doel hiervan is dat het bijdraagt aan de mogelijkheid voor mensen om langer zelfstandig en veilig thuis te kunnen blijven wonen. Uit de metingen blijkt dat de stijging van het aanbod van beeldbellen, die in de afgelopen jaren zichtbaar was, niet is doorgezet en dat het gebruik laag blijft. Wel is er een stijging zichtbaar in het gebruik van alternatieve toepassingen die kunnen bijdragen aan langer veilig zelfstandig thuis wonen, zoals toezichhoudende technieken en zorgrobots. Ook het aanbod van consultatie via app- en e-mailcontact stijgt. Zorgverleners hebben hierdoor meer alternatieven van digitaal contact tot hun beschikking.

## Zorg voor goede randvoorwaarden

De monitor laat zien dat het gebruik van online inzage, beeldbellen, apps, telemonitoring en andere ICT-toepassingen kan worden verbeterd door een betere inbedding van deze toepassingen in de (integrale) zorg-

processen. Hiervoor zijn goedwerkende ICT-systemen, met goede koppelingen, het uitwisselbaar maken van medische gegevens tussen instellingen – binnen en buiten de regio – noodzakelijke randvoorwaarden. Echter, het verschil in aanbod en (potentieel) gebruik indiceert ook dat er nog onvoldoende kennis in het zorgveld is over de mogelijkheden van e-health. Het is belangrijk om te blijven werken aan voorlichting, communicatie, trainingen en implementatie om ervoor te zorgen dat met e-health 'de juiste zorg op het juiste moment met de juiste informatie op de juiste plek' komt.

## Conclusie

Deze monitor laat zien dat zorgverleners overwegend enthousiast zijn over e-health. Toch is het aanbod groter dan het gebruik. Dat geldt voor zowel zorgverleners als voor zorggebruikers. Zorgverleners merken nog te vaak dat de techniek niet altijd goed (mee)werkt. Ook merken ze dat e-health niet altijd goed is ingebed in de zorgpraktijk. In dat geval leidt e-health eerder tot een toename dan tot een afname van de werkdruk. Het enthousiasme onder zorgverleners voor e-health is waardevol. Het is van belang dat stakeholders samen handen en voeten gaan geven aan een verdere inbedding van e-health in de zorg. Dat wil zeggen: samen zoeken naar een goede aansluiting van e-health op de zorgpraktijk én een oplossing bieden aan de barrières die er nog liggen.



# Inleiding

Nictiz en het Nivel brengen sinds 2013 op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) jaarlijks de eHealth-monitor uit. De monitor beschrijft de stand van zaken op het gebied van e-health in Nederland. De vraagstelling van de eHealth-monitor is: Welke ontwikkelingen in het gebruik van e-health doen zich in Nederland voor? Deze vraag is nader uitgewerkt tot de volgende deelvragen:

1. In welke mate hebben zorggebruikers en – meer specifiek - mensen met een chronische aandoening en zorgverleners e-health toepassingen tot hun beschikking?
2. In hoeverre maken zij gebruik van de e-health toepassingen die tot hun beschikking staan?
3. Welke ontwikkelingen in de tijd zijn zichtbaar als het gaat om de beschikbaarheid en het gebruik van e-health?
4. Welke effecten ervaren/verwachten zorgverleners en zorggebruikers van het gebruik van e-health toepassingen?
5. In hoeverre ervaren zorggebruikers en zorgverleners knelpunten in de zorg? (in 2019)
6. In hoeverre kan e-health bijdragen aan het verminderen van deze knelpunten? (in 2019)
7. In hoeverre kunnen e-health toepassingen eraan bijdragen dat zorggebruikers meer inzicht krijgen in hun eigen gezondheid? (in 2019)

## Thema's

In deze eHealth-monitor wordt specifiek aandacht besteed aan het thema 'Noodzaak en meerwaarde', naast de al bekende thema's uit eerdere edities van de eHealth-monitor. Het thema 'Zelfmanagement en online behandeling' heet dit jaar 'Zelfmanagement en telemonitoring'. En het nieuwe thema 'Online inzage en contact' omvat de oude thema's 'Online inzage in het medisch dossier' en 'Gemak en service voor zorggebruikers'. Binnen elk thema worden de belangrijkste resultaten over de beschikbaarheid en het gebruik van e-health toepassingen getoond. Daar waar dat relevant is, worden de resultaten tussen verschillende disciplines vergeleken. De vijf thema's zijn als volgt omschreven:

### 1. Noodzaak en meerwaarde

Door de jaren heen is men bewust geworden dat aspecten die bijdragen aan het gebruik van e-health meer moeten worden gezocht in een gevoel van urgentie, het zien van de meerwaarde van e-health en daarnaast ook de mogelijkheid én de bereidwilligheid om processen te kunnen veranderen.

### 2. Online inzage en contact

Dit thema gaat in op het aanbod en het gebruik van online inzage in medische gegevens. Daarnaast staan in dit thema de vormen van online contact en communicatie tussen zorggebruikers en zorgverleners centraal. We hebben het bijvoorbeeld over het online maken van afspraken of het digitaal stellen van vragen aan de zorgverlener (e-consult).

### **3. Zelfmanagement en telemonitoring**

Dit thema omvat toepassingen rondom ziekte en gezondheid die de zorggebruiker zelf kan doen of kan gebruiken in zijn eigen omgeving. Daarnaast kijken we naar het gebruik, de ervaringen en de verwachtingen van zorggebruikers en zorgverleners omtrent het thema telemonitoring.

### **4. Begeleiding en ondersteuning op afstand**

In dit thema wordt ingegaan op de inzet van e-health toepassingen voor begeleiding op afstand bij zorggebruikers thuis, in ziekenhuizen of zorgorganisaties voor langdurige zorg. Voorbeelden hiervan zijn: beeldschermzorg, apps, toezichthoudende technieken, robotica.

### **5. Elektronische gegevensuitwisseling en communitatie tussen zorgverleners**

Dit thema gaat over het gebruik van een elektronisch patiëntendossier door zorgverleners en over de elektronische communicatie tussen zorgverleners in het kader van overdracht en afstemming van zorg.

## **Onderzoeksmethode**

De eHealth-monitor 2019 is in het voorjaar van 2019 uitgevoerd door middel van vragenlijstonderzoeken onder representatieve groepen van zorgprofessionals en zorggebruikers. Deze groepen zijn:

1. Zorggebruikers van 18 jaar en ouder.
2. Mensen met een chronische aandoening: zelfstandig wonende mensen van 15 jaar en ouder met een somatische ziekte of langdurige lichamelijke beperking.
3. Verpleegkundigen (verpleegkundigen, praktijkondersteuners en verzorgenden) in de huisartsenzorg, ziekenhuiszorg en ouderenzorg.
4. Huisartsen.
5. Medisch specialisten.

Details over de methode van het onderzoek en de representativiteit van de onderzoekspopulatie staan vermeld in Bijlage A.

## **Leeswijzer**

In 2019 is gekozen voor een korte rapportage met vermelding van de belangrijkste resultaten. Meer informatie en duiding van de resultaten staan per thema vermeld in bijbehorende themaverdiepingen. In de tabellenbijlage behorende bij dit rapport staan per thema alle onderzoeksresultaten. In Bijlage B staat ook een toelichting op de gehanteerde definities.





# Samen aan zet!

## **Zeven jaar eHealth-monitor: van focus op techniek naar impact in de zorg**

Zeven jaar na het verschijnen van de eerste eHealth-monitor wordt zichtbaar wat de ontwikkelingen op het gebied van digitale zorg zijn (Box 1). Zo maakte de eHealth-monitor van 2013 zichtbaar dat Nederlandse artsen en patiënten in vergelijking met het buitenland al veel gebruik maken van e-health toepassingen. Tegelijkertijd bevond e-health zich nog in de experimentele fase, kenmerkend door een gebrekkige integratie van e-health in de zorg<sup>1</sup>. In 2014 werd vermeld dat verdere integratie van e-health in het primaire zorgproces lastig kan zijn. De gedachte was dat e-health niet te veel in de weg mocht staan van het primaire zorgproces<sup>2</sup>. De monitor van 2015 gaf vervolgens inzicht in het perspectief van de zorggebruiker: welke knelpunten ervoeren zij in de zorg en hoe konden die knelpunten worden opgelost met e-health<sup>3</sup>. In 2016 lag de nadruk op het organisatie- en implementatieperspectief van e-health; om die factoren aan te pakken die het gebruik van e-health kunnen bevorderen<sup>4</sup>. In 2017 luidde de boodschap dat e-health vooral doelgericht moet worden ingezet. Dat wil zeggen, bewust keuzes maken over 'het waarom' en 'voor wie' een e-health toepassing zinvol is<sup>5</sup>. In 2018 werd getoond dat sommige innovaties met e-health beter en sneller gaan dan andere, met daarbij de achterliggende redenen<sup>6</sup>. Uit deze monitor blijkt dat het

merendeel van de zorgverleners enthousiast is over ICT-toepassingen in de zorg en met e-health willen werken. E-health wordt steeds meer een onmisbaar onderdeel van de zorg. Deze monitor laat zien dat sommige e-health toepassingen vaker worden gebruikt, terwijl het gebruik van andere toepassingen stabiel blijft of afneemt. Zorgverleners merken nog te vaak dat de techniek niet altijd goed werkt. Ook merken ze dat e-health niet altijd goed is ingebed in de zorgpraktijk. In dat geval leidt e-health eerder tot een toename van de werkdruk dan tot een afname van de werkdruk. Het enthousiasme onder zorgverleners voor e-health is waardevol. Het is van belang dat stakeholders samen handen en voeten geven aan een verdere inbedding van e-health in de zorg. Dat wil zeggen: samen zoeken naar een goede aansluiting van e-health op de zorgpraktijk én een oplossing bieden aan de barrières die er nog liggen.

In deze eHealth-monitor van 2019 wordt expliciet aandacht besteed aan de realisatie van de - in 2014 geformuleerde - e-health doelstellingen van minister Schippers. Deze doelstellingen waren gericht op:

1. online inzage in medische gegevens,
2. zelfmeten en gegevensmonitoring en
3. beeldschermzorg en domotica (Box 2).

Dit hoofddocument 'In vogelvlucht' bevat de belangrijkste resultaten, die daarnaast nog worden toegelicht in vijf themaverdiepingen.

## De eHealth-monitor 2019 In vogelvlucht

### E-health is een onmisbaar onderdeel van de zorg

De boodschappen van de eHealth-monitor door de jaren heen illustreren de ontwikkeling van het gebruik van e-health in de zorg: Van experimentele nieuwigheid - over en later met de patiënt - naar een steeds doelgerichte integratie van e-health in het zorgproces. In eerste instantie werd e-health vooral benaderd vanuit een digitaliseringsgedachte: het digitaal maken van bestaande informatie en reguliere processen. Zorgverleners waren vooral positief over de digitalisering die het primaire zorgproces ondersteunde en die dat proces niet in de weg stond. Anno 2019 zijn zorgverleners ervan doordrongen dat zorg vaak slimmer en beter kan worden ingericht met behulp van e-health, vooral als de toepassingen ook zijn afgestemd op de eindge-

bruikers. Dit vraagt ook om een digitale transformatie waarbij de zorgprocessen en digitale mogelijkheden op elkaar worden afgestemd. De technologie moet goed werken voor gebruikers en aansluiten op zorgprocessen binnen en tussen zorginstellingen. Zorgprocessen moeten worden 'herontworpen' en/of taken anders toebedeeld worden om e-health optimaal te gebruiken. Zorgpartijen en overheid erkennen de noodzaak van een transformatie naar 'de juiste zorg op het juiste moment met de juiste informatie op de juiste plek' in programma's en hoofdlijnenakkoorden (Box 2). Toenemende werkdruk, schaarste aan personeel en hoge administratieve lasten geven extra stimulans om het proces naar slimme, gepaste, digitaal ondersteunde zorg te versnellen.

Er is een sense of urgency ontstaan waarbij e-health een onmisbaar onderdeel van de zorg is geworden<sup>10</sup>.

#### Box 1 E-health en de eHealth-monitor

E-health definiëren we in de eHealth-monitor als de toepassing van zowel digitale informatie als -communicatie om de gezondheid en de gezondheidszorg te ondersteunen en/of te verbeteren.

De eHealth-monitor is een jaarlijks terugkerend onderzoek waarin Nictiz en het Nivel de beschikbaarheid en het gebruik van e-health in Nederland in kaart brengen. Daarbij wordt ook gekeken naar stimulansen, belemmeringen,

effecten en ontwikkelingen in de tijd. De eHealth-monitor wil hiermee bijdragen aan een duurzame en een doelgerichte inzet van e-health.

De resultaten van de eHealth-monitor 2019 zijn gebaseerd op vragenlijsten ingevuld door 653 leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg, 2853 mensen van het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten, 649 verpleegkundigen en 498 artsen (Bijlage A).

#### Box 2 Beleid op het gebied van e-health

In 2014 werden de VWS-doelstellingen rondom e-health van kracht. Deze waren gericht op 1) online inzage in medische gegevens, 2) zelfmeten en gegevensmonitoring en 3) beeldschermzorg en domotica. In de jaren daarna volgden er vanuit VWS een pakket aan maatregelen om de slimme toepassing van gezondheidstechnologie in de zorg verder te stimuleren<sup>7-13</sup>. Hiermee werd de positieve én noodzakelijke ontwikkeling van 'de juiste zorg op het juiste moment met de juiste informatie op de juiste plek' verder in gang gezet. Opscaling van innovatieve toepassingen van gezondheidstechnologie werd verankerd in hoofdlijnenakkoorden en programma's. Dit werd ondersteund met een

breed scala aan activiteiten, zoals vergroten van digitale vaardigheden van zowel zorgprofessionals als patiënten en bewustwordingscampagnes. Door partijen in het veld werden steeds meer vormen van technologie geïmplementeerd en opgeschaald. Ook zijn er steeds meer verzekeraars die meerjarige contracten sluiten om de digitale transformatie te begeleiden. In de Kamerbrief "Voortgangsrapportage Innovatie & Zorgvernieuwing" (19 juni 2019)<sup>14</sup> van VWS wordt geconcludeerd dat in de komende periode de mouwen moeten worden opgestroopt, door de partijen in het veld en door VWS, om deze innovatieve zorg nader te stimuleren.

# 1. Noodzaak en meerwaarde

De voortgang in de ontwikkeling en het gebruik van e-health wordt niet alleen bepaald door de technische mogelijkheden. Door de jaren heen is duidelijk geworden dat niet-technische aspecten een doorslaggevende rol spelen. Het gaat daarbij om het gevoel van urgentie, het zien van de meerwaarde van e-health en daarnaast ook de mogelijkheid én bereidwilligheid om processen te veranderen. Deze aspecten bepalen – los van elkaar en in interactie – de snelheid van de ontwikkeling en de inzet van e-health in de praktijk. Om die reden is er in de eHealth-monitor 2019 gekeken naar het bestaan van urgente problemen in de zorg in relatie tot het gevoel van urgentie en het zien van meerwaarde van e-health voor de praktijk.

## Zorgverleners enthousiaster over ICT-toepassingen dan zorggebruikers

Het merendeel van de verpleegkundigen en artsen (59-81 procent) wil zeker gebruikmaken van ICT-toepassingen in de zorg (Figuur 1). Dat is minder zichtbaar bij zorggebruikers en mensen met een chronische aandoening: een deel van hen is enthousiast en/of wil gebruik maken van ICT-toepassingen in de zorg (40 en 33 procent) en een deel is nog terughoudend (35 en

40 procent). Dat zorggebruikers en mensen met een chronische aandoening een ander perspectief op ICT-toepassingen hebben, kan komen door onbekendheid met concrete ICT-toepassingen, niet direct de noodzaak of meerwaarde hiervan inzien en/of weinig last hebben van knelpunten in de zorg, zoals bijvoorbeeld wachttijden.

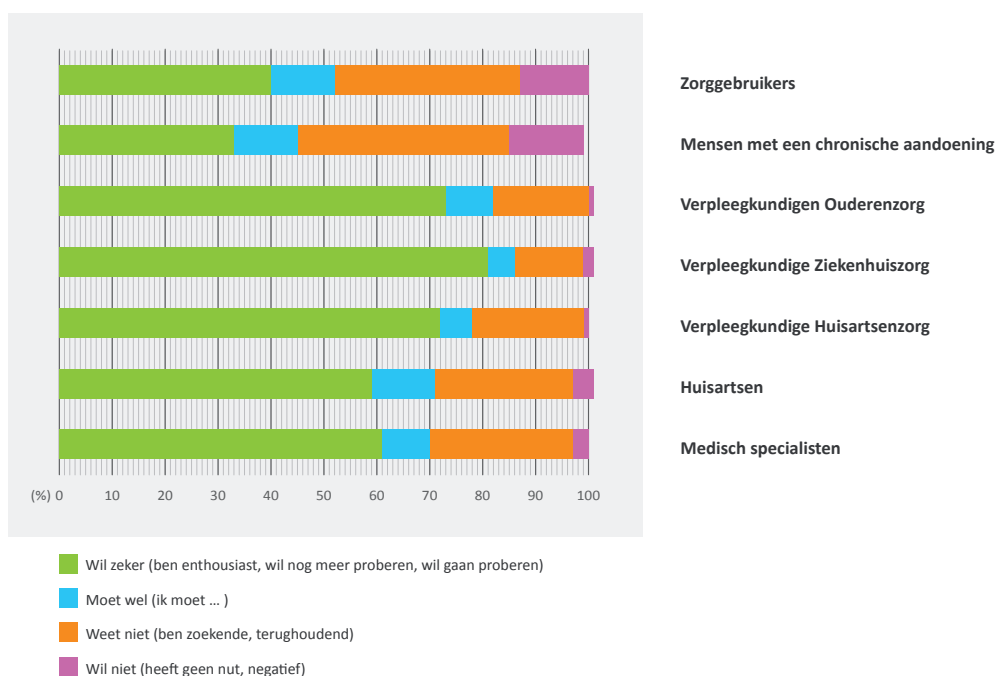
## E-health kan de werkdruk verlagen

Zowel verpleegkundigen als artsen geven aan dat zij ‘hoge administratielasten’ als een urgent en veelvoorkomend knelpunt in de zorg ervaren (Figuur 2). De meerderheid van artsen geeft daarnaast aan dat ze het werk vaak niet binnen de reguliere werktijd af krijgen. Verpleegkundigen ervaren vooral ‘ziekte of uitval van een collega’ als een urgent en veelvoorkomend probleem. Zorggebruikers en mensen met een chronische aandoening ervaren deze knelpunten minder, met name als het gaat om wachttijden, de ontvangen tijd en ruimte die ze ontvangen van zorgverleners en de informatieoverdracht naar andere zorgverleners (Figuur 3). Zorgverleners zijn van mening dat ICT-toepassingen in de zorg de werkdruk kunnen verlagen vanwege efficiency en tijdwinst. Dat effect treedt niet altijd op omdat volgens hen de ICT-toepas-

**Figuur 1**

Percentage met een bepaalde mening over ICT-toepassingen in de zorg (samenvoeging van antwoorden); in 2019

Zie ook Tabellenbijlage - Tabellen 1.9-1.10



## De eHealth-monitor 2019 In vogelvlucht

singen niet altijd goed werken (Figuur 4). In de praktijk blijkt bovendien dat het een uitdaging voor zorgorganisaties is om ICT-toepassingen zodanig te implementeren zodat er zo efficiënt mogelijk wordt samengewerkt met andere instellingen in het netwerk rondom de patiënt.

### Conclusie

Zorgverleners zijn overwegend positief over het gebruik van e-health. Zij verwachten ook dat e-health kan leiden tot een verlaging van de werkdruk. Hiervoor is het echter wel belangrijk dat de randvoorwaarden voor het toepassen van e-health goed geregeld zijn. De techniek moet goed werken én digitale toepassingen moeten op een optimale manier worden geïntegreerd in het zorgproces, met een juiste zorg(taak) op de juiste plek. Dat vergt tijd en aandacht. Dit is hét moment om hier in gezamenlijkheid werk van te maken. Welke ICT-toepassingen gaan we inzetten op welke doelgroep, in welke setting, in welke type organisatie? En wat is ervoor nodig om een ICT-toepassing goed te laten functioneren? Het leren van e-health toepassingen die al succesvol zijn geïmplementeerd, helpt hierin om kansrijke ontwikkelingen mogelijk te maken.

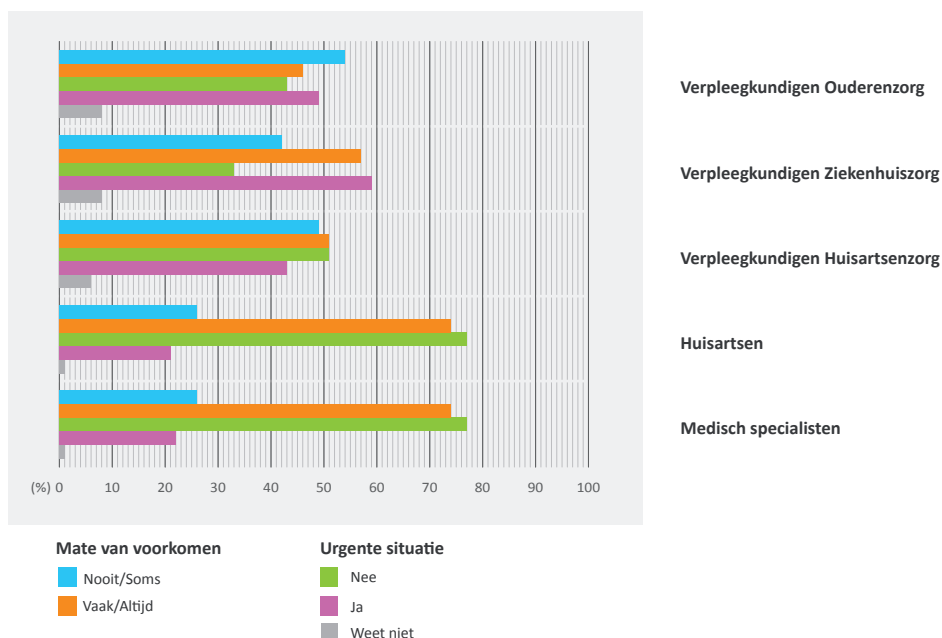
### Mogelijke vervolgstappen

- Zorg voor randvoorwaarden die maken dat een e-health-toepassing optimaal werkt. Daarbij gaat het zowel om techniek (bijv. betrouwbare ICT, koppelingen, met oog voor eindgebruikers) als om de organisatie van de - integrale - zorg (bijv. taakherschikking, procesoptimalisatie) en andere randvoorwaarden (bijv. gedeelde standaarden, innovatieruimte, financiering, onderzoek).
- Ontwikkel als zorginstelling met andere partijen in het netwerk een concreet plan op de herinrichting van zorg en de rol van e-health hierin en heb vooral oog voor de voordelen op de lange termijn. Een investering is nodig voor een goede inbedding van e-health in het zorgproces zodat het daadwerkelijk kan helpen bij de uitdagingen die er in de zorg liggen.
- Het verschil in aanbod, gebruik en potentieel gebruik indiceert dat er nog onvoldoende kennis is van de mogelijkheden en dat het van belang is te blijven werken aan voorlichting en communicatie.

**Figuur 2**

**Zorgverleners**  
Percentage dat aangeeft hoe vaak 'hoge administratielast' in het afgelopen jaar voorkwam en of dit een urgente situatie was; in 2019

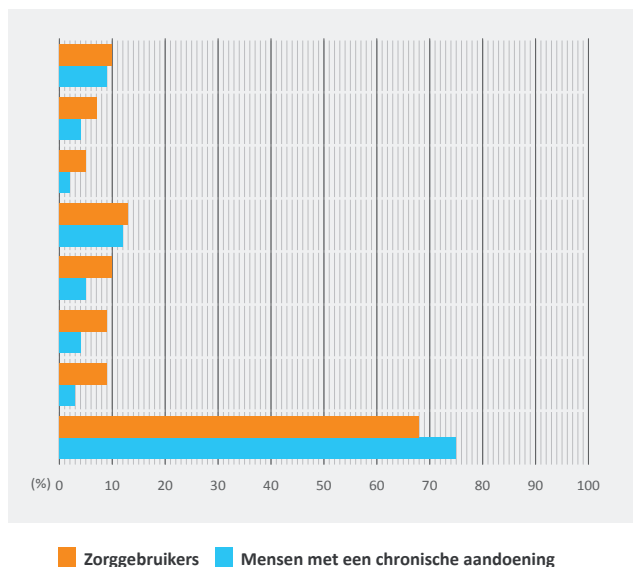
Zie ook  
Tabellenbijlage -  
Tabellen 1.2-1.6



**Figuur 3**

**Zorggebruikers en mensen met een chronische aandoening**  
 Percentage dat aangeeft in het afgelopen jaar knelpunten in de zorg ervaren te hebben; in 2019

Zie ook  
 Tabellenbijlage -  
 Tabel 1.1

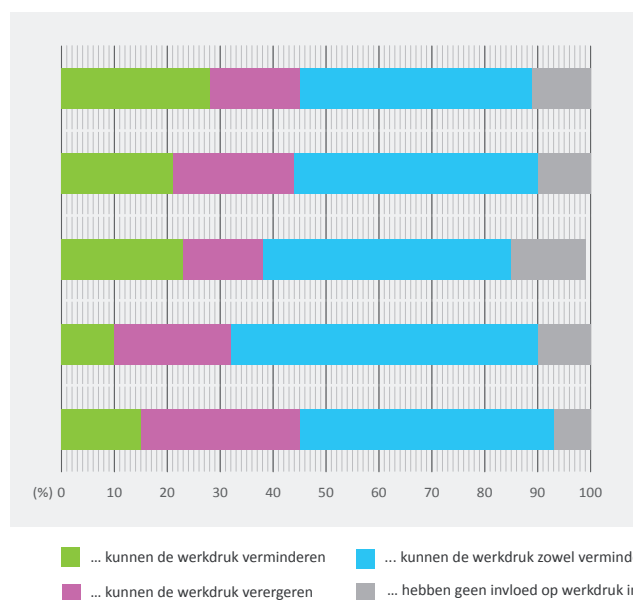


- Bij een verwijzing kon ik niet snel bij een andere zorgverlener terecht
- Ik had te weinig tijd in een consult om mijn verhaal te vertellen
- Ik kon mijn zorgverlener niet de vragen stellen die ik wilde
- Als ik bij een andere zorgverlener kwam, moest ik mijn verhaal opnieuw vertellen
- Zorgverleners waren niet goed op de hoogte van afspraken met andere zorgverleners
- De adviezen van verschillende zorgverleners waren verschillend
- Een ander knelpunt
- Geen van deze knelpunten

**Figuur 4**

**Zorgverleners**  
 Percentage dat aangeeft in hoeverre ICT-toepassingen in de zorg invloed kan hebben op de werkdruk; in 2019

Zie ook  
 Tabellenbijlage -  
 Tabel 1.7



- Verpleegkundigen Ouderenzorg
- Verpleegkundigen Ziekenhuiszorg
- Verpleegkundigen Huisartsenzorg
- Huisartsen
- Medisch specialisten

Toelichting van zorgverleners via 'open antwoorden':

- Vermindering werkdruk door: efficiency zorgproces, zelfmanagement, substitutie, betere informatieuitwisseling, vermindering registratielast
- Verergering werkdruk door: niet goed functionerende ICT/infrastructuur/koppelingen, benodigde transitie- & implementatietijd, toenemende vraag patiënten, toenemende registratielast

## E-health doelstellingen ministerie van VWS

De in 2014 geformuleerde VWS-doelstellingen rondom e-health zijn gericht op stimulering van meer zelfredzaamheid, zelfregie en zelfzorg van patiënten in de Nederlandse gezondheidszorg (zie doelstellingen 1-3). De achterliggende gedachte was dat slimme ICT-toepassingen in de zorg aan patiënten de mogelijkheid biedt om regie te nemen over hun gezondheid, in hun eigen omgeving, al dan niet met hulp van mantelzorgers, burens, familie, vrienden en vrijwilligers<sup>11</sup>. Vooral mensen met een chronische aandoening en kwetsbare ouderen zouden kunnen profiteren van e-health. De volgende drie hoofdstukken geven weer in hoeverre er sprake is van een realisatie van de VWS-doelstellingen uit 2014.

## 2. Online inzage en contact

### Doelstelling 1 Online inzage

“80 procent van de mensen met een chronische aandoening heeft binnen vijf jaar direct toegang tot bepaalde medische gegevens, waaronder medicatie-informatie, vitale functies en testuitslagen en kan deze desgewenst gebruiken in mobiele apps of internetapplicaties. Van de overige mensen betreft dit 40 procent. Dit heeft tot effect dat mensen bewuster zijn van hun eigen gezondheid en dat fouten in dossiers bij zorgverleners sneller worden gedetecteerd.”

#### Online inzage neemt sterk toe

In vergelijking met voorgaande jaren geven meer zorgverleners aan dat zij online inzage in het medisch dossier aanbieden aan patiënten (Figuur 5). Anno 2019 gaat het om zes op de tien medisch specialisten. Het daadwerkelijke aanbod van patiëntenportalen door ziekenhuizen ligt wel hoger; ruim 80 procent van de Nederlandse ziekenhuizen heeft inmiddels een patiëntenportaal ([www.hoeonlineisjouwziekenhuis.nl](http://www.hoeonlineisjouwziekenhuis.nl)). Bijna 70 procent van de verpleegkundigen in de ouderenzorg en ziekenhuiszorg werkt inmiddels met

een patiëntenportaal. In 2018 was dat beduidend lager. Zorgverleners zien de voordelen van online inzage in. Een kwart van de medisch specialisten en vier op de tien huisartsen vindt online inzage ‘ongewenst’; ze willen opmerkingen in het EPD kunnen zetten die niet direct worden kunnen gecommuniceerd met de patiënt maar wel nodig zijn voor henzelf of voor collega’s.

Ook vergt online inzage een andere manier van noteren, omdat de informatie nu ook voor patiënten begrijpelijk moet worden gemaakt. Deze genoemde nadelen zijn geen daadwerkelijke nadelen omdat in alle EPD-systemen vrije ruimte is voor het maken van ‘voor de patiënt verborgen’ notities. Om online inzage te bevorderen is voorlichting hierover aan zorgverleners gewenst.

Opvallend is dat vrijwel alle huisartsen websites met gezondheidsinformatie zoals [Thuisarts.nl](http://Thuisarts.nl) of ‘Moet ik naar de dokter’ aan patiënten aanbevelen. Momenteel bedraagt het aantal bezoekers aan [Thuisarts.nl](http://Thuisarts.nl) rond de 130.000 per dag. Uit onderzoek is gebleken dat het gebruik van [Thuisarts.nl](http://Thuisarts.nl) leidt tot een daling van het zorggebruik.<sup>15</sup> Daarentegen wordt het patiëntenportaal minder aanbevolen; minder dan een derde van de artsen deed dat. Dat is dan ook zichtbaar bij de zorggebruikers

**Figuur 5**

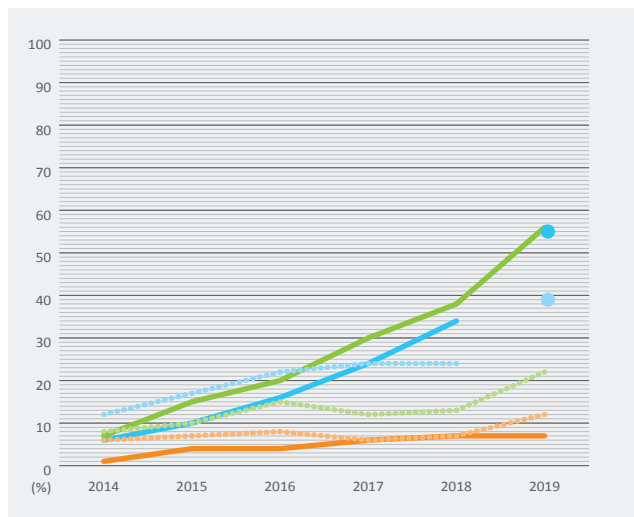
**Zorgverleners**

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

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

Zie ook

Tabellenbijlage -  
Tabellen 2.1 t/m 2.4



**Medisch specialisten**

— Via internet zelf opmerkingen of gemeten gezondheidswaarden toevoegen aan eigen medische gegevens\*\*\*

— Via internet inzage krijgen in de voorgeschreven medicatie\*\*\*

— Via internet inzage krijgen in de voor de patiënt gestelde diagnoses\*\*\*

**Huisartsen**

— Via internet zelf opmerkingen of gemeten gezondheidswaarden toevoegen aan eigen medische gegevens\*

— Via internet inzage krijgen in de voorgeschreven medicatie\*\*\*

— Via internet inzage krijgen in de voor de patiënt gestelde diagnoses\*\*\*

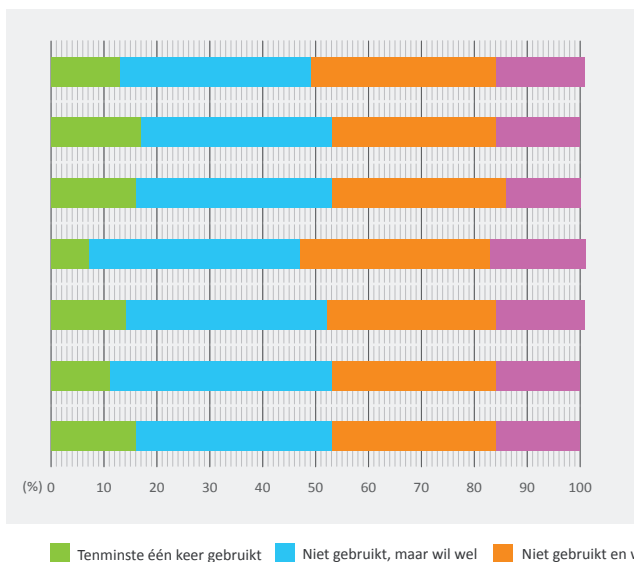
**Figuur 6**

**Mensen met een chronische aandoening**

Percentage dat gebruik maakt en/of wil maken van online inzage in medische gegevens die de zorgverlener bijhoudt; in 2019

Zie ook

Tabellenbijlage -  
Tabel 2.14



Huisartsenpraktijk } Persoonlijke medische gegevens  
Ziekenhuis }

Huisartsenpraktijk } Een overzicht van voorgeschreven medicijnen  
Apotheek }  
Ziekenhuis }

Huisartsenpraktijk } Uitslagen van onderzoek, zoals laboratoriumuitslagen, testuitslagen of brieven  
Ziekenhuis }

■ Tenminste één keer gebruikt ■ Niet gebruikt, maar wil wel ■ Niet gebruikt en weet niet of hij wil ■ Niet gebruikt en wil niet

**Figuur 7**

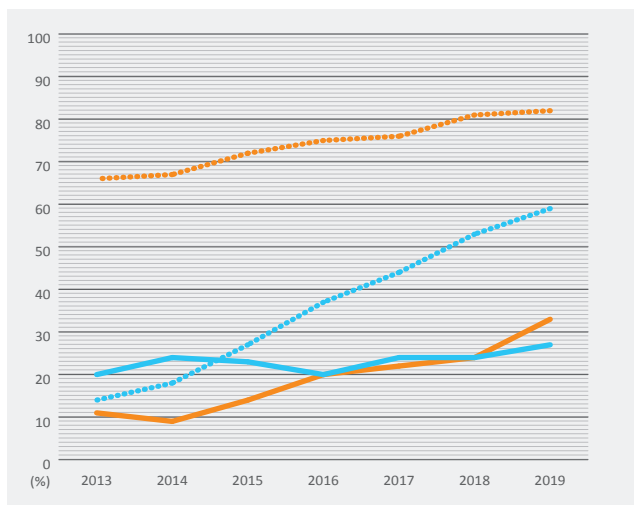
**Artsen**

Percentage dat online contact/diensten aan patiënten aanbiedt; in 2013-2019

\*\*\*  $p \leq 0,001$

Zie ook

Tabellenbijlage -  
Tabellen 2.22 en 2.24



**Medisch specialisten**

— via internet een herhaalrecept bij de medisch specialist aanvragen\*\*\*

— via internet een afspraak maken met de medisch specialist

**Huisarts**

— via internet een herhaalreceptaanvragen bij de huisarts\*\*\*

— via internet een afspraak maken met de huisarts\*\*\*

## De eHealth-monitor 2019 In vogelvlucht

en mensen met een chronische aandoening. Minder dan 10 procent van de zorggebruikers en circa 15 procent van de mensen met een chronische aandoening zeggen hun gegevens online te hebben ingezien (Figuur 6). Zij verwachten vooral dat online inzage hen een beter overzicht geeft van de zorg die zij hebben gekregen en dat ze hun gegevens in het medisch dossier beter kunnen controleren. Het aandeel mensen dat online hun gegevens heeft ingezien, is mogelijk laag omdat zij dit ook vooral doen als ze het echt nodig achten voor hun ziekte en aandoening, zo valt af te leiden uit een onderzoek van de Patiëntenfederatie uit 2015 naar de ervaringen met het persoonlijk gezondheidsdossier<sup>16</sup>.

### Aanbod en gebruik online diensten neemt toe

Als het gaat om online gemak- en contactdiensten bieden huisartsen het vaakst de mogelijkheid aan om een herhaalrecept aan te vragen (82 procent), gevolgd door de mogelijkheid om een medisch inhoudelijke vraag te stellen via beveiligde e-mail, portaal of app (68 procent). Dat geldt ook voor medisch specialisten, alhoewel daar de percentages lager liggen (33 en 44 procent) (Figuur 7). Dit jaar neemt het gebruik van online contactdiensten door zorggebruikers toe.

## Conclusie

Het merendeel van de zorgverleners geeft aan dat zij patiënten online inzage aanbieden voor bepaalde onderdelen van het medisch dossier. Het is de verwachting dat het wettelijke recht op elektronische inzage - dat op 1 juli 2020 in werking treedt - bijdraagt aan een verdere toename van het aanbod en gebruik hiervan. Dat geldt ook voor de invloed van programma's die zijn ingezet om het aanbod van online inzage te stimuleren, zoals VIPP, OPEN, MedMij/PGO. Sommige artsen geven aan nog terughoudend te zijn en willen dat alleen bepaalde delen van informatie zichtbaar worden voor patiënten. Echter, in de EPD-systemen wordt hierin al voorzien en nadere voorlichting aan zorgverleners hierover is nodig. In de eHealth-monitor van 2018 bleek dat ervaring met online inzage essentieel is om de voordelen van online inzage in te zien. Artsen die al ervaring hadden met 'online inzage' benoemden namelijk vaker positieve effecten dan degenen die geen ervaring hadden<sup>6</sup>. Ook kan het patiëntenportaal

worden verrijkt met patiëntgerichte informatie, die als katalysator van online inzage kan dienen. Het gaat dan bijvoorbeeld om links naar websites met betrouwbare, patiëntgerichte informatie. Voor zorgverleners is de meerwaarde hiervan dat het de patiënt inzicht in de eigen gezondheidssituatie oplevert. Voor zorggebruikers is het positief dat de voor hen relevante informatie op een centrale plek wordt aangeboden.

## Mogelijke vervolgstappen

- Vermeld bij een ICT-toepassing voor online inzage, ook links naar websites met betrouwbare, patiëntgerichte informatie zoals Thuisarts.nl, de kijkwijzer en websites van patiëntenorganisaties.
- Benut de positieve ervaringen van zorgverleners met online inzage door hier publiciteit aan te geven. Besteed in reguliere nascholingen voor zorgverleners aandacht aan online inzage en concrete ICT-toepassingen zodat zorgverleners ervaring opdoen.
- Maak als zorgverleners afspraken met patiënten over de voorbereiding op een consult met behulp van online inzage. Focus hierbij op een zo concreet mogelijk doel dat voor alle partijen meerwaarde heeft, bijvoorbeeld controle van het medicatieoverzicht.
- Beleg als zorgaanbieders de verantwoordelijkheden en verdeel taken omtrent online inzage. Maak tijd en geld vrij om zorggebruikers te informeren en te begeleiden. Hierin kunnen verpleegkundigen een voortrekkersrol hebben.



### 3. Zelfmanagement en telemonitoring

#### Doelstelling 2 Zelfmeten en gegevensmonitoring

“In 2019 kan 75 procent van de mensen met een chronische aandoening en kwetsbare ouderen - die dit willen en hiertoe in staat zijn - zelfstandig metingen uitvoeren, veelal in combinatie met gegevensmonitoring op afstand door een zorgverlener. Zo kunnen zij de voortgang van hun ziektebeeld volgen en krijgen zij - door de regelmatige feedback - inzicht in het effect van hun gedrag op hun ziekte. Dit zal het voor mensen makkelijker en aantrekkelijker maken trouw te zijn aan hun therapie.”

#### E-health geeft beter inzicht in de gezondheid

Onder zorggebruikers nam het aandeel dat zelf digitaal gegevens over hun gezondheid bijhoudt, toe. Anno 2019 geeft vier op de tien mensen met een chronische aandoening aan zelf gezondheidswaarden te meten (Figuur 8) en 8 procent daarvan stuurt deze ook elektronisch op naar hun zorgverlener. Meer dan driekwart van de mensen met een chronische aandoening die gezondheidswaarden hebben

gemeten, geven aan dat ze daardoor beter kunnen controleren of hun meetwaarden binnen bepaalde grenzen blijven. Mede door dit inzicht wordt het mogelijk om tijdig in te grijpen en kan verergering van de klachten worden voorkomen. Websites en apps kunnen volgens zorgverleners en zorggebruikers ook een bijdrage leveren aan een beter inzicht in de gezondheid. Vooral een website of de app die speciaal is afgestemd op de persoonlijke gezondheid of behandeling van de patiënt wordt gewaardeerd. Met name verpleegkundigen en in mindere mate ook artsen en zorggebruikers zijn van mening dat het zelf bijhouden van gegevens over de gezondheid of behandeling helpt bij het krijgen van meer inzicht in de gezondheid (Figuur 9).

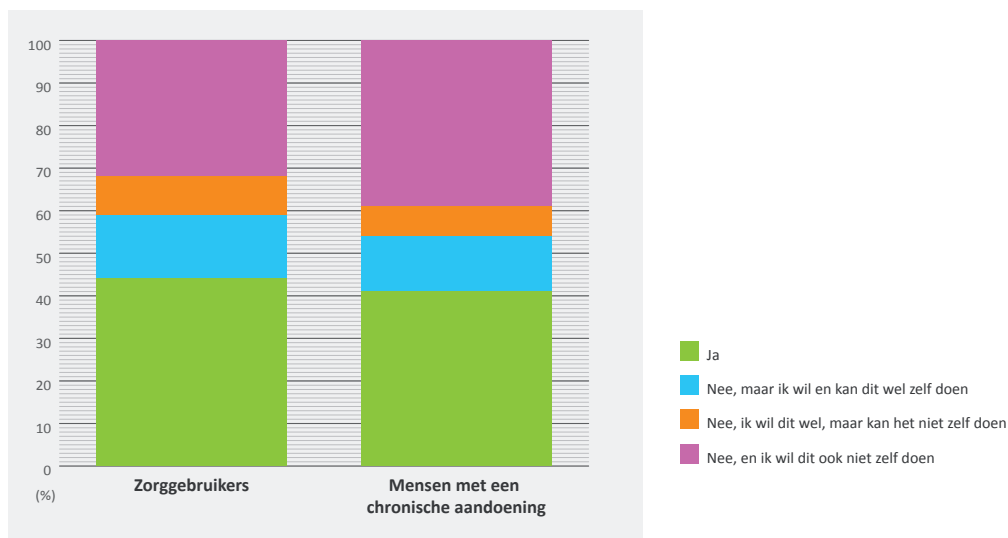
#### Telemonitoring op afdelingen van medisch specialisten nam toe

Een kwart van de medisch specialisten geeft aan dat er op hun afdeling wordt gewerkt met telemonitoring. Dat is een stijging ten opzichte van voorgaande jaren. Wel geven medisch specialisten aan dat telemonitoring niet bij iedereen zinvol is; de helft zegt dat het om minder dan 20 procent van hun patiëntenpopulatie gaat. In de afgelopen jaren is het gebruik van telemonitoring onder huisartsen en verpleegkundigen in de ouderenzorg niet

**Figuur 8**

**Zorggebruikers en mensen met een chronische aandoening**  
Percentage dat gezondheidswaarden zoals bijvoorbeeld gewicht, bloeddruk of bloedsuiker meet; in 2019

Zie ook  
Tabellenbijlage -  
Tabel 3.15

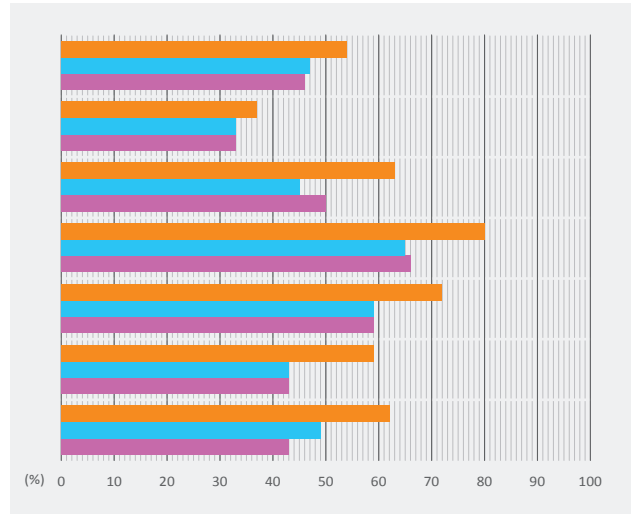


## De eHealth-monitor 2019 In vogelvlucht

**Figuur 9**

Percentage dat vindt dat een bepaalde website of app 'vrij goed' of 'zeer goed' helpt om de patiënt meer inzicht in de gezondheid te geven; in 2019

Zie ook  
Tabellenbijlage -  
Tabellen 3.21-3.27



Een website of app voor de patiënt:

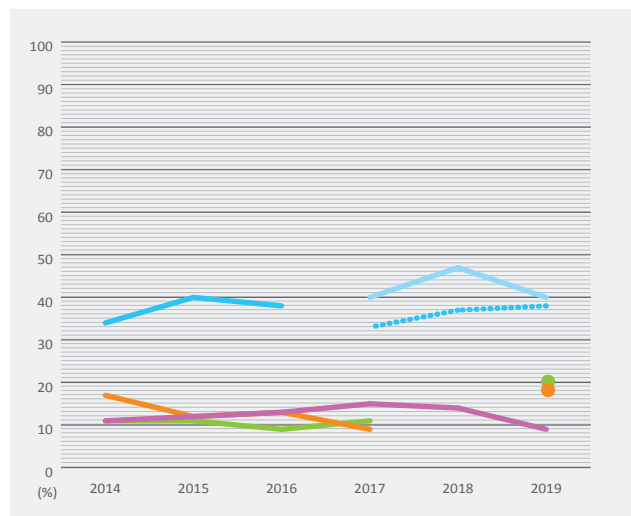
- met informatie die speciaal is afgestemd op persoonlijke gezondheid of behandeling
- om zelf gegevens over de gezondheid of behandeling bij te houden
- om persoonlijke gezondheidswaarden (zoals gewicht of bloeddruk) te delen met de zorgverlener

**Figuur 10**

### Artsen

Percentage dat gebruik maakt van telemonitoring; in 2014-2019  
\*\*  $p \leq 0,01$ ;

Zie ook  
Tabellenbijlage -  
Tabellen 3.13-3.14



- Verpleegkundigen Ouderenzorg
- Verpleegkundigen in de 'Cure'
- Verpleegkundigen Huisartsenzorg
- - - Verpleegkundigen Ziekenhuiszorg
- Huisartsen - binnen mijn praktijk
- Medisch specialisten - op de afdeling\*\*

toegenomen (Figuur 10). Het merendeel van de Verpleegkundigen Ziekenhuiszorg en Verpleegkundigen Huisartsenzorg (58 en 79 procent) en artsen (57 en 62 procent) ervaart dat telemonitoring bijdraagt aan het bevorderen van zelfredzaamheid van patiënten. Ook kan het de kwaliteit van zorg verhogen en tijd besparen voor patiënten en/of naasten. Daarentegen geven verpleegkundigen en artsen aan dat het hen ook extra tijd en inspanning kan kosten om waarden en meldingen in de gaten te houden en hieraan gevolg te geven.

## Conclusie

### Meer onderzoek nodig naar de meerwaarde van het meten van gezondheidswaarden

De doelstelling over het zelfmeten van gezondheidswaarden door mensen met een chronische aandoening is behaald. Een kanttekening hierbij is wel dat een aanzienlijke groep aangeeft niet zelf te willen meten (Figuur 8) en de redenen hiervoor verdienen nader onderzoek.

### Opschaling telemonitoring en gebruik van apps door kwaliteitsdocumenten

Telemonitoring is volgens zorgverleners voor een deel van de patiëntenpopulatie zinvol. Het verbetert de zelfredzaamheid van patiënten, levert hen gemak op en komt de kwaliteit van zorg ten goede. Ook websites en apps kunnen eraan bijdragen dat patiënten meer inzicht krijgen in hun gezondheid en de zelfredzaamheid bevorderen, bijvoorbeeld voor kleine medische vragen, waardoor het verlenen van ‘onnodige zorg’ kan worden voorkomen. Het gebruik van telemonitoring, apps en websites blijkt veelal nog niet goed te zijn ingebed in het zorgproces. In kwaliteitsdocumenten (richtlijnen) en regionale samenwerkingsafspraken kan nadere duiding gegeven worden over de toepassing van telemonitoring en apps in de praktijk. Mensen voor wie telemonitoring relevant is, moeten verder worden aangespoord om dit daadwerkelijk te gaan doen. Hierin is een rol voor de zorgverleners weggelegd.

## Mogelijke vervolgstappen

- Maak kwaliteitsdocumenten waarin staat voor welke patiënten (tele)monitoring zinvol is, in welke situatie en met welke frequentie de data gemonitord wordt, et cetera;
- Maak (regionale) afspraken over de inrichting van het proces rondom telemonitoring; welke zorgverleners moeten worden betrokken, wie is waar verantwoordelijk voor, et cetera;
- Maak betrouwbare websites en apps met informatie over leefstijl, ziekte en behandeling makkelijker vindbaar en toegankelijk.

## 4. Begeleiding en ondersteuning op afstand

### Doelstelling 3

#### Beeldschermzorg en domotica

“Iedereen die zorg en ondersteuning thuis ontvangt, heeft de mogelijkheid om – desgewenst – via een beeldscherm 24 uur per dag met een zorgverlener te communiceren. Naast beeldschermzorg wordt ook domotica ingezet. Dit draagt eraan bij dat mensen langer veilig thuis kunnen wonen.”

#### Stijging beeldbellen in ouderenzorg en ziekenhuiszorg zet niet door in 2019

De stijging van het aanbod van beeldbellen in de zorg die in de afgelopen jaren zichtbaar was, heeft dit jaar niet doorgezet (Figuur 11). Onder huisartsen en medisch specialisten is er sprake van een gering aanbod van beeldbellen. Van de mensen met een chronische aandoening die zorg en ondersteuning thuis ontvangen, heeft 5 procent gebruik gemaakt van beeldbellen met een zorgverlener en 6 procent deed aan beeldbellen met een mantelzorger.

#### Blijvende stijging van toezichthoudende technieken en domotica in ouderenzorg

In tegenstelling tot het gebruik van beeldbellen is er wel een stijging in het gebruik van alternatieve toepassingen die eraan kunnen bijdragen dat mensen langer veilig thuis kunnen wonen. Zo is onder verpleegkundigen in de ouderenzorg en ziekenhuiszorg (84 en 58 procent) een stijgende trend te zien in het aanbod van toezichthoudende technieken, zoals bewegingssensoren of alarmering. Daarnaast is er onder verpleegkundigen in de ouderenzorg een stijging zichtbaar in het aanbod van medicijndispensers, digitale dubbele medicatiecontrole en zorgrobots (Figuur 12).

De stijging in alternatieve toepassingen is echter niet zichtbaar onder mensen met een chronische aandoening die zorg en ondersteuning thuis ontvangen. De meest gebruikte toepassing door mensen met een chronische aandoening betreft een apparaat waarmee

de cliënt in nood een alarm kan verzenden naar een zorgverlener (17 procent).

#### Beperkt aanbod beeldbellen vanwege alternatieve toepassingen

Zorgverleners zien wel een mogelijk gemak van beeldbellen voor de patiënt maar verwachten daarentegen dat zij zelf als zorgverlener een minder goed beeld van de patiënt via beeldbellen krijgen in vergelijking met een regulier face-to-face contact. Ook niet goedwerkende techniek en gebrek aan tijd worden als nadelen genoemd.

Daarnaast kan de financiering ook meespelen. Hoewel beeldbellen als dienst sinds 2014 wordt vergoed, worden sinds 2018 ook andere consulten op afstand vergoed, zoals app- en e-mailcontact. Zorgverleners hebben hierdoor meer alternatieven van digitaal contact tot hun beschikking. Dit wordt zichtbaar in het aanbod van beveiligde e-mail of de mogelijkheid voor patiënten om een medisch inhoudelijk vragen te kunnen stellen via een app of portaal, zoals bijvoorbeeld BeterDichtbij. Gezien de ervaren nadelen van beeldbellen ligt het voor de hand dat men op zoek gaat naar alternatieven, zoals werken met een app.

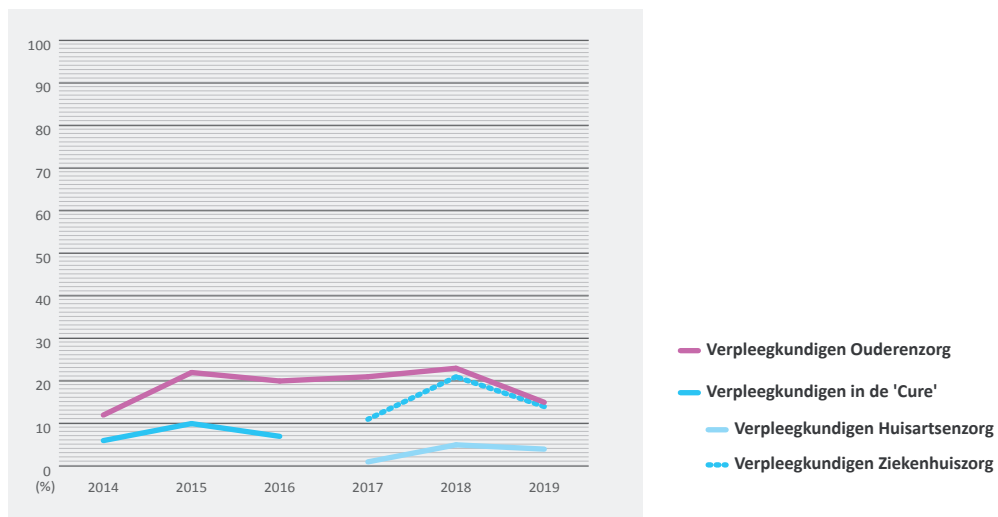
De helft van de verpleegkundigen in de ouderenzorg ervaart dat beeldbellen de werkdruk verlaagt. Ze verwachten wel dat sommige cliënten moeite zullen hebben om beeldbellen te gebruiken. Van de mensen die zorg en ondersteuning thuis ontvangen - de groep waarop de doelstelling gericht is - verwacht minder dan een kwart dat beeldbellen leidt tot langer en/of gemakkelijker thuis wonen, gemak en een verbetering van zorg.

Het geringe aanbod van beeldbellen in de ouderenzorg kan ook komen door de stijging in het gebruik van alternatieve toepassingen die kunnen bijdragen aan de zelfredzaamheid en de veiligheid van cliënten. Zo ervaart een meerderheid van de verpleegkundigen in de ouderenzorg meerwaarde van het gebruik van toezichthoudende technieken als het gaat om de veiligheid van cliënten en de kwaliteit van leven van cliënten en/of

**Figuur 11**

**Verpleegkundigen**  
Percentage dat in de organisatie werkt met beeldbellen; in 2014-2019

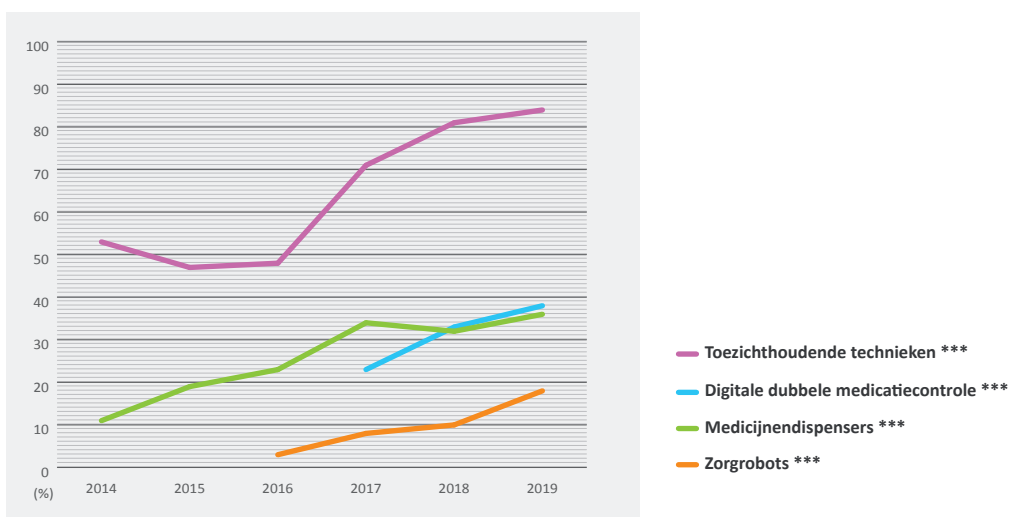
Zie ook  
Tabellenbijlage -  
Tabel 4.10



**Figuur 12**

**Verpleegkundigen Ouderenzorg**  
Percentage dat in de organisatie gebruik maakt van alternatieve toepassingen die kunnen bijdragen aan langer veilig zelfstandig thuis wonen; in 2014-2019  
\*\*\*  $p \leq 0,001$

Zie ook  
Tabellenbijlage -  
Tabellen 4.18, 4.27,  
4.29 en 4.31



## De eHealth-monitor 2019 In vogelvlucht

naasten. Ook ervaren zij voordeel van medicijndispensers als het gaat om het bevorderen van de zelfredzaamheid van cliënten en de medicatieveiligheid.

### Conclusie

Beeldschermzorg wordt beperkt ingezet in de zorg. Beeldbellen kan volgens verpleegkundigen in de ouderenzorg wel bijdragen aan het verlagen van de werkdruk. In de huisartsen- en ziekenhuiszorg wordt beeldbellen beperkt ingezet omdat ze hiervan nadelen voor de kwaliteit van het contact verwachten. Uit onderzoek blijkt echter dat de kwaliteit van de communicatie en de relatie tussen de arts en de patiënt niet significant verschilde tussen video en face-to-face consulten<sup>17, 18</sup>.

Naast beeldbellen zijn er ook andere technieken op de markt gekomen die een bijdrage leveren aan het langer zelfstandig thuis wonen, zoals toezichthoudende technieken en domotica. Het lage gebruik van deze toepassingen door mensen die zorg en ondersteuning thuis ontvangen, geeft echter wel aan dat deze nog niet volledig geïntegreerd zijn in de thuiszorg. De positieve ervaringen die hiermee zijn opgedaan binnen intramurale ouderenzorgorganisaties kunnen worden gedeeld met mensen/verpleegkundigen die thuis zorg ontvangen/verlenen, zodat ook deze sector de meerwaarde ervan ervaart.

### Mogelijke vervolgstappen

- Het aanbod van online contact via beeldbellen, apps of mail lijkt goed aan te sluiten bij het 'vervangen en verplaatsten van zorg'. Zinnvolle inzet hiervan vraagt echter wel om goede voorbereiding, ondersteuning en aanpassing van zorg- en werkprocessen.
- Het delen van ervaringen van toezichthoudende technieken en domotica vanuit de intramurale ouderenzorgorganisaties met de thuiszorg lijkt essentieel om dit in deze sector verder op te schalen.
- Om verwachtingen over beeldbellen bij de cliënt die zorg en ondersteuning thuis ontvangt te keren, kan aanbod van blended care-zorg uitkomst bieden; hierdoor kunnen zowel de cliënt als zorgverlener ervaring op doen en mogelijk de meerwaarde gaan ervaren.

## 5. Elektronische gegevensuitwisseling en communicatie tussen zorgverleners

### Binnen de eigen regio gaat het beter

De mate waarin gestandaardiseerd informatie kan worden uitgewisseld tussen zorgverleners verschilt naar type instelling en naar communicatie binnen of buiten de eigen regio. Zo kunnen huisartsen en medisch specialisten minder vaak elektronisch gegevens uitwisselen met huisartsen en ziekenhuizen buiten hun regio, dan binnen hun regio (Figuren 13 en 14). Op dit moment kan 66 procent van de medisch specialisten niet gestandaardiseerd gegevens uitwisselen met ziekenhuizen

buiten de regio, terwijl medisch specialisten dit wel wenselijk vinden. Hoewel er binnen de regio wel een verbetering zichtbaar is in het aandeel huisartsen dat gestandaardiseerde en elektronische gegevens kan uitwisselen met thuiszorgorganisaties (26 procent in 2019 tegenover 11 procent in 2014), vindt nog steeds weinig gestandaardiseerde en elektronische gegevensuitwisseling plaats tussen artsen en lokale zorgaanbieders. Zo kan 63 procent van de huisartsen nu nog niet elektronisch gegevens uitwisselen met thuiszorgorgani-

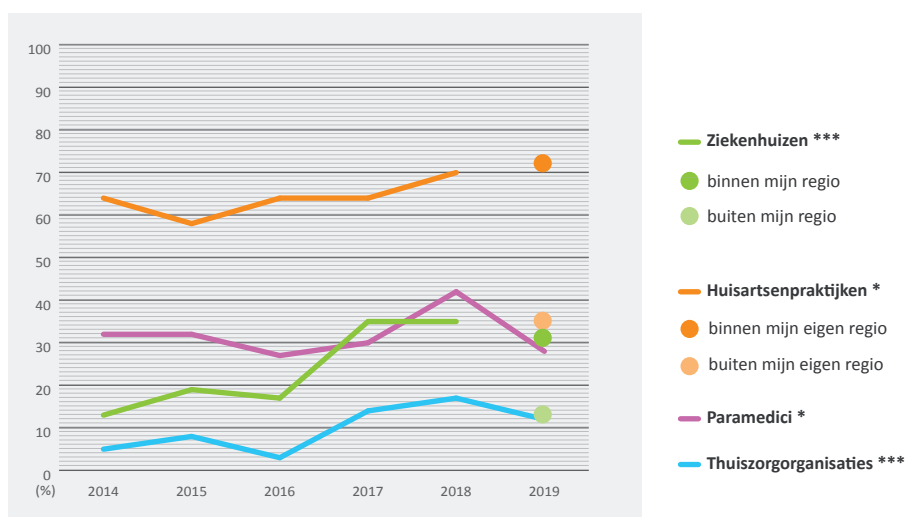
**Figuur 13**

#### Medisch specialisten

Percentage waarbij de afdeling gebruik maakt van gestandaardiseerde elektronische informatie-uitwisseling; in 2014-2019

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

Zie ook  
Tabellenbijlage -  
Tabel 5.6



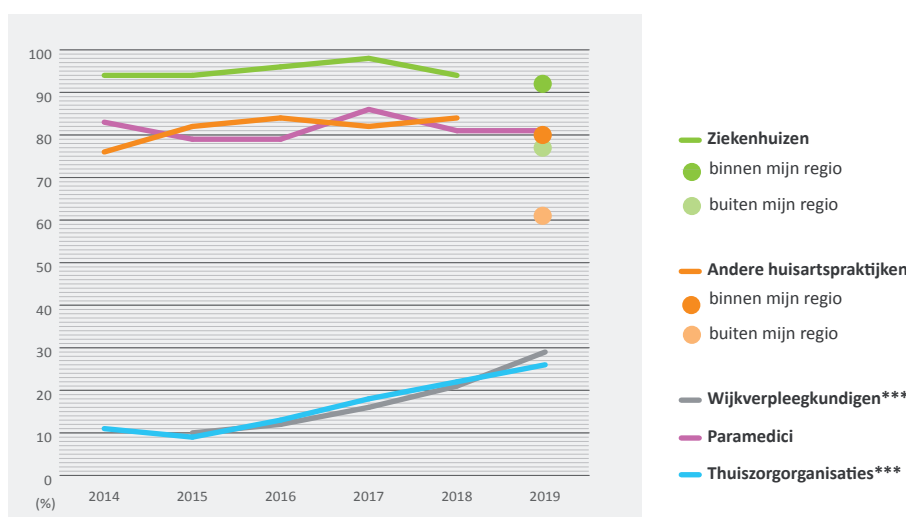
**Figuur 14**

#### Huisartsen

Percentage waarbij de praktijk gebruik maakt van gestandaardiseerde elektronische informatie-uitwisseling; in 2014-2019

\*\*\*  $p \leq 0,001$

Zie ook  
Tabellenbijlage -  
Tabel 5.4



## De eHealth-monitor 2019 In vogelvlucht

saties, maar wil dit wel. Huisartsen en medisch specialisten geven vooral aan dat ze vaker in staat willen zijn om medicatiegegevens uit te wisselen (Figuur 15).

### Driekwart huisartsen kan gebruik maken van teleconsultatie

In 2019 heeft 73 procent van de huisartsen de mogelijkheid om gebruik te maken van teleconsultatie, waarbij op afstand en digitaal een oordeel van een medisch specialist wordt gevraagd over een casus, verzamelde meetwaarden en/of beelden. Meer dan een kwart van de huisartsen en 11 procent van de medisch specialisten kan via een chat-app voor mobiele telefoon of tablet de zorg voor de patiënt afstemmen met andere zorgverleners buiten de praktijk of de zorgorganisatie. Bijna een kwart van de huisartsen en de medisch specialisten kan dit nu niet, maar zou dit wel willen.

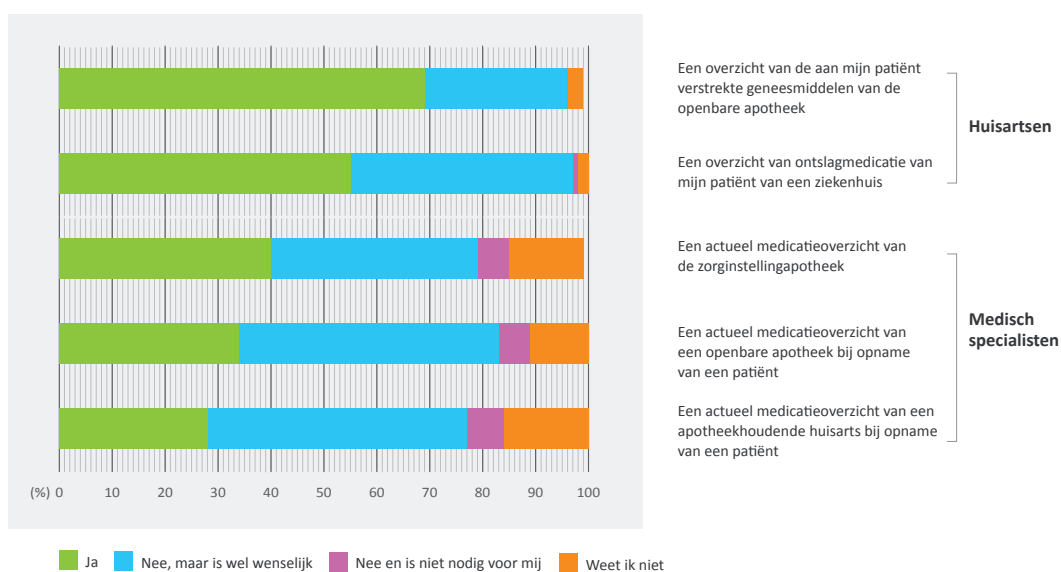
## Conclusie

Een goed werkend ICT-systeem en goede koppelingen tussen systemen zijn randvoorwaarden voor goede digitale zorg. Informatie moet uniform worden vastgelegd, uitwisselbaar zijn en voor meerdere doeleinden worden gebruikt. Deze voorwaarden worden steeds beter, zeker nu VWS met veldpartijen sterk inzet op de verbetering en de opschaling van digitale gegevensuitwisselingen in de zorg. Door gezamenlijk in te zetten op een goede informatie-uitwisseling tussen zorgverleners onderling, wordt informatie ook beter beschikbaar voor de patiënt. Om de verbetering en de opschaling van deze uitwisselingen te versnellen, is het nodig dat het zorgveld hieraan hoge prioriteit geeft.

**Figuur 15**

**Artsen**  
Percentage van mogelijke/gewenste te 'ontvangen' informatie via elektronische gegevensuitwisseling; in 2019

Zie ook  
Tabellenbijlage -  
Tabellen 5.8 en 5.13









# Bijlage A. Onderzoeksmethode

Voor de eHealth-monitor is gebruik gemaakt van vragenlijstonderzoek onder verschillende doelgroepen in de zorg. Deze bijlage beschrijft de onderzoeksmethode.

### **Dataverzameling voor het vragenlijstonderzoek**

Ook voor deze editie van de eHealth-monitor zijn vragenlijsten afgenomen onder zorggebruikers, mensen met een chronische aandoening, verpleegkundigen (verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners werkzaam in de ouderenzorg, huisartsenzorg, ziekenhuiszorg) en artsen (huisartsen en medisch specialisten). Op deze manier geeft de eHealth-monitor inzicht in de care (thuiszorg, verzorgingshuizen en verpleeghuizen) en in de cure (ziekenhuizen en huisartsenpraktijken) vanuit het perspectief van zorgverleners én zorggebruikers.

Voor het vragenlijstonderzoek onder zorggebruikers, mensen met een chronische aandoening en verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners maakten we gebruik van drie panels van het Nivel:

1. het Consumentenpanel Gezondheidszorg,
2. het Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten en
3. het panel Verpleging & Verzorging.

Evenals in 2013 en 2015-2018, is voor de artsen (huisartsen en medisch specialisten) gebruik gemaakt van het KNMG-artsenpanel. Het gebruik van dergelijke panels, ten opzichte van andere manieren van dataverzameling onder deze doelgroepen, heeft als voordeel dat op een efficiënte en betrouwbare manier data kunnen worden verzameld. Doorgaans is de respons hoog bij een onderzoek waarbij gebruik wordt gemaakt van een panel. De panelleden hebben immers aangegeven dat zij bereid zijn om mee te doen aan onderzoek.

## Bijlage A

### Zorggebruikers

Voor het vragenlijstonderzoek onder zorggebruikers hebben we gebruik gemaakt van het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het Nivel (**kader A-I**). Voor dit onderzoek zijn in maart 2019 1.500 panelleden benaderd met een schriftelijke of een online vragenlijst. Respondenten die in eerste instantie nog niet hadden gereageerd, ontvingen respectievelijk één schriftelijke of twee online reminders. Van de 1.500 panelleden die zijn benaderd, repondeerden er 653 (44 procent) (**Tabel A1**). Deze groep wijkt iets af van de algemene bevolking in Nederland van 18 jaar en ouder op basis van geslacht en leeftijd. Van de respondenten is 46 procent man en de gemiddelde leeftijd bedraagt 58 jaar. Om de verdeling van deze groep representatief te houden voor de algemene bevolking in Nederland is, net als in voorgaande jaren, een weegfactor toegepast. Deze is berekend op basis van de CBS-gegevens over drie leeftijdscategorieën (18-39 jaar; 40-64 jaar en 65 jaar en ouder) en geslacht. Deze weegfactor varieerde van 0,65 tot 2,28 en werd alleen toegepast op vragen die door de hele groep zorggebruikers moest worden beantwoord. Vragen die aan subgroepen zijn gesteld, zijn niet gewogen.

### Mensen met een chronische aandoening en gehandicapten

Voor het onderzoek onder mensen met een chronische aandoening en gehandicapten is gebruikgemaakt van het Nationaal Panel Chronisch Ziek en Gehandicapten (NPCG) van het Nivel (**kader A-II**). Dit panel verzamelt onder meer informatie over het gebruik van zorg en ondersteuning, de ervaringen daarmee en de behoefte daaraan. Voor de eHealth-monitor zijn in de reguliere voorjaarmeting van 2019 vragen opgenomen over het gebruik van eHealth-toepassingen die worden genoemd in de drie beleidsdoelstellingen van het ministerie van VWS. Er zijn twee reminders verstuurd: na drie weken en na zes weken (**Tabel A2**).

Binnen dit panel is onderscheid gemaakt tussen 1) chronisch zieken en 2) mensen die zorg en ondersteuning thuis ontvangen (vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning). Mensen die zorg en ondersteuning thuis ontvangen zijn ook meegenomen in de groep mensen met een chronische aandoening. Deze tellen dus dubbel mee (12 procent overlap). In 2016 en 2017 is ook de groep kwetsbare ouderen apart geanalyseerd. Omdat deze groep dit jaar klein was (n=57), is hiertussen geen onderscheid gemaakt.

#### Kader A-I Consumentenpanel Gezondheidszorg

Het Consumentenpanel Gezondheidszorg is opgezet om onder de algemene bevolking in Nederland meningen en kennis over de gezondheidszorg en de verwachtingen en ervaringen te meten ([www.nivel.nl/nl/consumentenpanel-gezondheidszorg](http://www.nivel.nl/nl/consumentenpanel-gezondheidszorg)). Deze informatie wordt verzameld in peilingen. De vraagstelling binnen het panel is heel breed en betreft de gezondheidszorg in Nederland. Het Consumentenpanel bestond ten tijde van het onderzoek uit ongeveer 12.000 panelleden van 18 jaar en ouder. Om met het panel een representatieve afspiegeling te kunnen vormen van de algemene bevolking, werft Nivel regelmatig nieuwe leden. Mensen kunnen zich niet zelf aanmelden voor het panel. Per jaar worden ongeveer acht vragenlijsten verstuurd, waarbij ieder panellid ongeveer drie vragenlijsten per jaar krijgt voorgelegd. Panelleden ontvangen een schriftelijke

vragenlijst of een vragenlijst via internet. Zij kunnen hierbij zelf aangeven wat hun voorkeur heeft. De respons bij een peiling hangt af van het onderwerp en de doelgroep, maar is doorgaans hoog en kan oplopen tot ruim 60%. Onderwerpen voor de panelleden worden in overleg met de programmacommissie van het Consumentenpanel gekozen. In deze commissie zitten afgevaardigden van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd io (IGJ io), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Zorginstituut Nederland, de Patiëntenfederatie Nederland, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) en de Consumentenbond. Meer informatie over het panel is te vinden in het basisrapport met informatie over het Consumentenpanel Gezondheidszorg<sup>1</sup>.

**Tabel A1**

Respons onder  
zorggebruikers in  
2019.

	Zorggebruikers
<i>Online respons</i>	
Aantal verstuurde online uitnodigingen (n)	746
Bezorging niet mogelijk (n)	2
Netto aantal deelname mogelijk (n)	744
Respondenten (n)	238
Respons (%)	32%
<i>Schriftelijke respons</i>	
Aantal verstuurde schriftelijke uitnodigingen (n)	754
Bezorging niet mogelijk (n)	-
Netto aantal deelname mogelijk (n)*	754
Respondenten (n)	415
Respons (%)	55%
<b>Totale respons (n)</b>	<b>653</b>
<b>Totale respons (%)</b>	<b>44%</b>

**Tabel A2**

Respons onder  
mensen met een  
chronische  
aandoening in 2019.

	Mensen met chronische aandoening
<i>Online respons</i>	
Aantal verstuurde online uitnodigingen (n)	1412
Bezorging niet mogelijk (n)	0
Netto aantal deelname mogelijk (n)	1412
Respondenten (n)	1068
Respons (%)	75%
<i>Schriftelijke respons</i>	
Aantal verstuurde schriftelijke uitnodigingen (n)	2216
Bezorging niet mogelijk (n)	0
Netto aantal deelname mogelijk (n)	2216
Respondenten (n)	1779
Respons (%)	80%
<i>Telefonische respons</i>	
Aantal verstuurde uitnodigingen (n)	17
Bezorging niet mogelijk (n)	0
Netto aantal deelname mogelijk (n)	17
Respondenten (n)	6
Respons (%)	35%
<b>Totale respons (n)</b>	<b>2853</b>
<b>Totale respons (%)</b>	<b>78%</b>

## Bijlage A

Deelnemers aan het NPCG zijn zelfstandig wonende mensen uit de Nederlandse bevolking van 15 jaar en ouder, met een medisch gediagnosticeerde somatische ziekte en/of met langdurige matige tot ernstige lichamelijke beperkingen. De panelleden zijn geworven via huisartsenpraktijken en bevolkingsonderzoeken. In de huidige peiling is 56 procent vrouw, 41 procent is tussen de 15 en 64 jaar, 44 procent heeft een middelbare opleiding afgerond en 54 procent heeft meer dan één chronische aandoening. De percentages voor mensen met een chronische ziekte zijn, evenals bij de eerdere rapportages, geschat voor een gedefinieerde standaardpopulatie. Daardoor zijn gegevens over de jaren gebaseerd op eenzelfde populatie. De standaardpopulatie is bepaald op basis van alle nieuwe instromers met een chronische ziekte in het NPCG tussen 2005 en 2009. Daarbij zijn de gegevens van de panelleden op het moment van instroom meegenomen. De standaardpopulatie voor mensen met een chronische ziekte is gedefinieerd op basis van leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, het aantal chronische ziekten, en de aanwezigheid van een matige of ernstige lichamelijke beperking.

In dit rapport worden ook resultaten beschreven voor mensen (met een chronische aandoening en/of een lichamelijke beperking) die zorg en ondersteuning thuis ontvangen. Deze mensen zijn geselecteerd op basis van

zelfgerapporteerde informatie over het ontvangen van hulp bij het huishouden, begeleiding gericht op behoud en/of verbetering van de zelfredzaamheid en hulp bij persoonlijke verzorging en wijkverpleging vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Deze informatie is ook bevraagd in de reguliere voorjaarmeting van 2019. Iets minder dan de helft (46 procent) van de respondenten die zorg en ondersteuning thuis ontvangen, is 75 jaar en ouder. Twee derde (66 procent) is vrouw en 28 procent heeft drie of meer chronische aandoeningen. Om de gegevens over de jaren heen te kunnen vergelijken, zijn de resultaten van 2019 op leeftijd en geslacht gewogen naar de samenstelling van de steekproef in 2015. Dit is op dezelfde wijze gedaan zoals in de e-Health monitor van 2016 en 2017.

De vragenlijst onder zorggebruikers en mensen met een chronische aandoening zijn voorgelegd aan de Programmacommissies van het Consumentenpanel Gezondheidszorg en van het Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten. Tevens is deze voorgelegd aan de begeleidingscommissie van de eHealth-monitor (net als de vragenlijst onder artsen).

### Kader A-II Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten

Het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG) is een landelijk representatief panel van ruim 4.000 zelfstandig wonende mensen uit de Nederlandse bevolking van 15 jaar en ouder, met een medisch gediagnosticeerde somatische ziekte en/of met langdurige matige of ernstige lichamelijke beperkingen (<https://www.nivel.nl/nl/panels/nationaal-panel-chronisch-zieken-en-gehandicapten-0>). De panelleden worden geworven via huisartsenpraktijken op basis van een door een arts gestelde diagnose van een chronische somatische ziekte. Panelleden met lichamelijke beperkingen worden geworven via bevolkingsonderzoeken, waaronder het Aanvullend Voorzieningsgebruik Onderzoek van het SCP, het Woning Behoeftes Onderzoek en WoON-onderzoek (ministerie van VROM) en het Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLs, CBS). Panelleden van het

NPCG ontvangen twee tot drie keer per jaar een vragenlijst. Deze vragenlijsten worden schriftelijk of online verzonden en in een enkel geval telefonisch afgenomen. Panelleden kunnen zelf hun voorkeur aangeven. Het NPCG valt onder het onderzoeksprogramma 'Monitor zorg- en leefsituatie van mensen met een chronische ziekte of beperking' dat wordt gefinancierd door de ministeries van VWS en Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Voor de monitor is een programmacommissie ingesteld. In deze commissie zitten vertegenwoordigers van beide ministeries, het Sociaal Cultureel Planbureau en Ieder(in). Meer informatie over het panel is te vinden in het Jaarverslag van het onderzoeksprogramma 'Monitor zorg- en leefsituatie van mensen met een chronische ziekte of beperking' ([https://www.nivel.nl/sites/default/files/jaarverslag\\_2015.pdf](https://www.nivel.nl/sites/default/files/jaarverslag_2015.pdf)).

## Artsen

Voor de ondervraging van de artsen zijn 860 huisartsen en 1.374 medisch specialisten van het KNMG-artsen-panel benaderd. Deze artsen zijn in maart 2019 benaderd met een online vragenlijst en er zijn twee herinneringen verstuurd. In totaal zijn 232 huisartsen (netto respons 28 procent) en 193 medisch specialisten (netto respons 15 procent) die voldeden aan de inclusie criteria meegenomen in de analyses (Tabel A3). Artsen werden uitgesloten van deelname als zij aangaven dat ze naar eigen zeggen in het afgelopen jaar niet in de praktijk werkzaam waren of niet betrokken waren bij de diagnose en/of behandeling van patiënten. Van de medisch specialisten werd daarnaast een aantal specialisten uitgesloten van de analyses, omdat zij een specialisme hebben waarvoor de vragenlijst minder van toepassing is. Het gaat hierbij om de specialismen arbeid en gezondheid, huisartsgeneeskunde, maatschappij en gezondheid, beleid en advies, forensische geneeskunde, infectieziektebestrijding, medische milieukunde en sociaal-medische indicatiestelling, verslaving, psychiatrie en advisering. De groep deelnemende *huisartsen* is dit jaar representatief op basis van geslacht voor de Nederlandse huisartsenpopulatie. De groep is echter niet geheel representatief naar leeftijd. Huisartsen tussen 35-49

jaar zijn (net als voorgaande jaren) ondervertegenwoordigd (33 procent ten opzichte van 44 procent in de populatie). Huisartsen boven de 50 zijn oververtegenwoordigd (63 procent ten opzichte van 44 procent in de populatie). De groep deelnemende huisartsen wijkt niet significant af van de groepen van 2017, 2016, of 2015 en de variabele leeftijd is weinig van invloed op de resultaten. Daarom wegen we net als in voorgaande jaren niet op leeftijd.

De groep deelnemende *medisch specialisten* is niet representatief naar leeftijd. De medisch specialisten boven de 50 jaar zijn oververtegenwoordigd (62 procent ten opzichte van 42 procent in de populatie). Ook is de groep niet representatief naar specialisme. Wat betreft het aantal artsen binnen een bepaald specialisme maken we gebruik van het RGS-register van KNMG. Vervolgens delen we de medisch specialisten in vier categorieën: poort-, niet-poortspecialisten, verpleeghuis /revalidatiecentra specialisten en overig. Enerzijds zijn er de medisch specialisten die werkzaam zijn in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (ZBC). Zij kunnen worden opgedeeld in poort- en niet-poortspecialisten. Poortspecialisten zijn de medisch specialisten naar wie een patiënt wordt verwezen voor zorg en die een zorgtraject kunnen starten, bijvoorbeeld cardiologen, internisten en dermatologen. Niet-poortspecialisten, zoals pathologen

**Tabel A3**

Respons onder huisartsen en medisch specialisten.

	Huisartsen	Medisch specialisten
Aantal verstuurd uitnodigingen (n)	860	1374
Bezorging niet mogelijk (n)	39	52
Netto aantal deelname mogelijk (n)	821	1322
Respondenten (n)	261	379
Bruto respons (%)	32%	29%
Geen toestemming	6 (255)	13 (366)
Was volgens eigen opgave afgelopen jaar niet werkzaam in de praktijk (n)	16 (239)	57 (309)
In het afgelopen jaar niet betrokken bij diagnose of behandeling van patiënten en/of vraagstelling niet van toepassing voor specialisme (n)	1 (238)	49 (260)
Netto respons (n)	238	260
Vallen af vanwege eerste vraag niet beantwoord	6 (232)	23 (237)
Vallen af vanwege specialisme.	0 (232)	44 (193)
<b>In analyse</b>	<b>232</b>	<b>193</b>
<b>Netto respons (%)</b>	<b>28%</b>	<b>15%</b>

## Bijlage A

en anesthesiologen, zijn ondersteunende medisch specialisten die medisch specialistische handelingen uitvoeren voor een zorgtraject van een poortspecialist. Anderzijds onderscheiden we medisch specialisten die in een verpleeghuis of revalidatiecentrum werken. Dit onderscheid is gemaakt vanwege het verschil in werksetting, functie en in het contact met de patiënt. Daardoor kunnen er verschillen optreden in het aanbod aan en het gebruik van e-health-toepassingen. Uit de analyse voor de representativiteit per specialisme blijkt dat – net als in 2018 – voornamelijk de groep medisch specialisten werkzaam in een verpleeghuis /revalidatiecentrum (bijv. een specialist ouderengeneeskunde) oververtegenwoordigd is in de deelnemende groep, in vergelijking met de landelijke groep specialisten. Er is gekeken in hoeverre leeftijd, geslacht en specialisme invloed hebben op de uitkomsten. Leeftijd en geslacht hadden weinig invloed op de uitkomsten. Evenals in de jaren 2015-2018 is daarom ook dit jaar besloten om alleen op specialisme te wegen. Het betekent ook dat de resultaten uit alle voorgaande jaren naar 2019 worden gewogen. Hierdoor zijn de resultaten over de verschillende jaren goed te vergelijken. Dat leidde tot redelijke weegfactoren variërend van 0,5 tot 1,7. Door de weging naar specialismen is het aantal specialisten in de analyses verhoogd naar 196.

### Verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners

Het Panel Verpleging & Verzorging van het Nivel ([kader A-III](#)) is gebruikt voor het vragenlijstonderzoek onder verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners. We hebben verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners van (academische) ziekenhuizen, thuiszorginstellingen, verpleeg- en verzorgingshuizen, huisartsenpraktijken, revalidatiecentra en GGZ-instellingen benaderd evenals begeleiders in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Voor deelname aan de online vragenlijst zijn 2.252 panelleden benaderd in april 2019. Er zijn twee reminders verstuurd, na één en na twee weken. De netto respons was 40 procent (n=902) ([Tabel A4](#)).

Bij het analyseren zijn alleen verpleegkundigen meegenomen zijn die werkzaam zijn in (academische)

ziekenhuizen, huisartsenpraktijken, verzorgings- en verpleeghuizen en de thuiszorg. In verband met vergelijkbaarheid met eerdere jaren, zijn verpleegkundigen in instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg of in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking buiten beschouwing gelaten. Uiteindelijk zijn 649 verpleegkundigen meegenomen in de analyses.

Van de deelnemende verpleegkundigen is 8 procent man. Ter vergelijking, in een landelijke referentiegroep was dit 10 procent. De gemiddelde leeftijd bedraagt 50 jaar, de jongste is 21 jaar en de oudste 69 jaar. Vooral de groep van 55-65 jaar is oververtegenwoordigd in vergelijking met een landelijke referentiegroep. In deze peiling is dit 44 procent tegenover 18 procent landelijk. Een derde (32 procent (n=210) van de deelnemers werkt in een algemeen of academisch ziekenhuis. 26 procent (n=172) werkt in de intramurale ouderenzorg, 24 procent (n=158) werkt in de zorg thuis en 17 procent (n=109) werkt als praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige in een huisartsenpraktijk of gezondheidscentrum. Vergelijkbaar met vorig jaar, rapporteren we in deze monitor de resultaten apart voor de ziekenhuiszorg en huisartsenzorg.

Vergelijkbaar met eerdere jaren, is in de vragenlijst onder verpleegkundigen gevraagd naar technologische toepassingen die momenteel in de cure en care worden gebruikt, bijvoorbeeld toezichthoudende technieken en beeldbellen. Daarnaast komen elektronische dossiervoering en elektronische gegevensuitwisseling aan bod. Dit jaar besteedden we extra aandacht aan urgente knelpunten die verpleegkundigen ervaren in hun werk. Daarnaast ligt er een focus op toepassingen die er mogelijk aan kunnen bijdragen dat cliënten meer inzicht krijgen in hun eigen gezondheid. De vragenlijst is voorgelegd aan drie verpleegkundigen uit verschillende werkvelden om de vragenlijst te controleren op onjuistheden. Tevens is deze voorgelegd aan de begeleidingscommissie van de eHealth-monitor.

### Analyses en betrouwbaarheid

De gegevens uit de vragenlijsten onder zorggebruikers, mensen met een chronische aandoening en verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners analyseerde het Nivel met behulp van Stata, versie 15.0. De resultaten uit de vragenlijsten onder artsen



## Kader A-III Panel Verpleging & Verzorging

Het Panel Verpleging & Verzorging bestaat uit een landelijke groep van ruim 2.500 verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners (<http://www.nivel.nl/over-het-panel-vv>). De deelnemers voor dit panel zijn geworven door via het UWV aselechte steekproeven te trekken van werkenden in de gezondheidszorg, waardoor het een landelijke dekking heeft. Het Panel Verpleging & Verzorging wordt gecoördineerd door het Nivel met financiële ondersteuning van het ministerie van VWS. De uitkomsten van de peilingen onder het panel worden gebruikt om bij beleidsmakers en landelijke koepelorganisaties aan te geven hoe het werken in de zorg aantrekkelijker gemaakt kan worden.

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

- verpleegkundigen in academische en algemene ziekenhuizen;

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

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

### Tabel A4

Respons onder verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners in 2018.

	Verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners
Aantal schriftelijk verstuurd uitnodigingen (n)	2252
Bezorging niet mogelijk (n)	2
Aantal deelname mogelijk (n)	2252
Bruto respons (n; %)	910 (40%)
Niet meer werkzaam als verpleegkundige (n)	8
Nauwelijks ingevuld (n)	0
Netto respons (n; %)	902 (40%)
Behoort niet tot de specifieke doelgroep (werkzaam in geestelijke gezondheidszorg) (n)	253
Aantal vragenlijsten bruikbaar voor analyses (n)	649

### Tabel A5

Voorbeelden van 95%-betrouwbaarheidsmarges van gemeten percentages.

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

## Bijlage A

zijn door Nictiz geanalyseerd met behulp van SPSS, versie 25.0. Er is beschrijvende statistiek toegepast. Voor vergelijkende testen op verschillen tussen groepen of tussen de uitkomsten van verschillende jaargangen, is gebruikgemaakt van de chi-square-test, logistische of ordinale longitudinale trendanalyses en de independent samples t-test ( $p \leq 0,05$ ). De tabellen en de tekst geven percentages weer van de antwoorden op de gestelde vragen.

We presenteren de resultaten alsof die mening gedeeld wordt door alle zorgverleners of zorggebruikers, maar we hebben de vragen slechts aan een deel van hen, een steekproef, voorgelegd. Dit betekent dat de gepresenteerde percentages een zekere mate van onbetrouwbaarheid hebben. Voor elk percentage geldt dat er sprake is van een *betrouwbaarheidsmarge*. Dat is de marge waarvoor we met vrij grote zekerheid (95 procent) kunnen stellen dat het 'echte' antwoord hier binnen ligt. De betrouwbaarheidsmarges zijn afhankelijk van het aantal deelnemers: hoe meer deelnemers meedoen aan het onderzoek, hoe kleiner die marge.

De marges verschillen ook per percentage. Zegt bijvoorbeeld 90 procent van 500 zorggebruikers dat ze toegang hebben tot internet, dan kunnen we met 95 procent zekerheid stellen dat het juiste cijfer voor de hele populatie ligt tussen de 87 procent en de 93 procent. Of: als 50 procent van 200 huisartsen zegt dat patiënten via e-mail een vraag kunnen stellen, dan kunnen we met 95 procent zekerheid zeggen dat het juiste cijfer voor alle huisartsen ligt tussen de 43 procent en de 57 procent. Ter illustratie laat Tabel A5 voorbeelden zien van 95 procent-betrouwbaarheidsmarges van gemeten percentages bij verschillende aantallen deelnemers.

Het ligt voor de hand dat deze respons niet aselekt is geweest. Mensen met interesse in het onderwerp e-health zullen eerder hebben gerepsondeerd dan mensen zonder interesse hierin. Dit betekent dat de resultaten van dit onderzoek eerder een iets te positief beeld dan een te negatief beeld schetsen.



# Bijlage B. Definities, afkortingen en referenties

## Gehanteerde definities

### E-health

Het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën - met name internettechnologie – om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren.

### Zorggebruikers

Alle in Nederland wonende burgers die toegang hebben tot de gezondheidszorg. Niet alle zorggebruikers zijn altijd patiënt.

### Mensen met een chronische aandoening

Mensen van 15 jaar of ouder - met een medisch gediagnosticeerde somatische ziekte en/of met langdurige matige tot ernstige lichamelijke beperkingen.

### Patiënten

Mensen die onder behandeling zijn bij een zorgverlener.

### Verpleegkundigen

Verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners die werkzaam zijn in verzorgings- en verpleeghuizen en thuiszorg ('Verpleegkundigen Ouderenzorg'), (academische) ziekenhuizen ('Verpleegkundigen Ziekenhuiszorg') en huisartsenpraktijken (Verpleegkundigen Huisartsenzorg).

### Artsen

Huisartsen en medisch specialisten.

### Blended care

Een combinatie van traditionele, face-to-face zorg en online hulpverlening en -contactmomenten.

## Afkortingen

EPD	Elektronisch patiëntendossier
HA	Huisartsenzorg
HIS	Huisartsinformatiesysteem
ICT	Informatie- en communicatietechnologie
KNMG	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
MedMij	Nederlandse standaard voor het veilig uitwisselen van gezondheidsgegevens tussen zorgprofessionals/patiënten.
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
Nivel	Nederlands Instituut voor onderzoek van de Gezondheidszorg
Nictiz	Nationaal ICT instituut in de zorg, het expertisecentrum voor e-health
OPEN	Ontsluiten Patiëntgegevens uit de Eerstelijnszorg in Nederland
PGO	Persoonlijke gezondheidsomgeving
RGS	Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
VIPP	Versnellingsprogramma informatie-uitwisseling Patiënt en Professional
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
ZBC	Zelfstandig behandelcentrum

## Referenties

1. Krijgsman, J., De Bie, J., Burghouts, A., De Jong, J., Cath, G.-J., Van Gennip, L., Friele, R. (2013). eHealth, verder dan je denkt - eHealth-monitor 2013. Den Haag & Utrecht: Nictiz & NIVEL.
2. Krijgsman, J., Peeters, J., Burghouts, A., Brabers, A., De Jong, J., Beenkens, F., Friele, R., Van Gennip, L. (2014). Op naar meerwaarde - eHealth-monitor 2014. Den Haag & Utrecht: Nictiz & NIVEL.
3. Krijgsman, J., Peeters, J., Burghouts, A., Brabers, A., De Jong, J., Moll T., Friele, R., Van Gennip, L. (2015). Tussen vonk en vlam - eHealth-monitor 2015. Den Haag & Utrecht: Nictiz & NIVEL
4. Krijgsman, J., Swinkels, I., van Lettow, B., de Jong, J., Out, K., Friele, R., van Gennip, L. (2016). Meer dan techniek - eHealth-monitor 2016. Den Haag & Utrecht: Nictiz & NIVEL.
5. Wouters, M., Swinkels, I., Sinnige, J., de Jong, J., Brabers, A., van Lettow, B., Friele, R., van Gennip, L. (2017). Kies bewust voor eHealth – eHealth-monitor 2017. Den Haag & Utrecht: Nictiz & NIVEL.
6. Wouters, M., Swinkels, I., van Lettow, B., de Jong, J., Sinnige, J., Brabers, A., Friele, R., van Gennip, L. (2018). E-health in verschillende snelheden – eHealth-monitor 2018. Den Haag & Utrecht: Nictiz & NIVEL.
7. Minister en staatssecretaris van Volksgezondheid Welzijn en Sport. (2014). Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer betreffende e-health en zorgverbetering. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
8. Informatieberaad. (2018). Outcome-doelen Informatieberaad. Bezocht op <https://www.informatieberaad.nl/publicaties/publicaties/2017/3/24/generieke-outcome-doelen-informatieberaad> op 17 juli 2018.
9. Taskforce Zorg op de Juiste Plek. (2018). De juiste zorg op de juiste plek. Wie durft. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
10. Minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2019). Voortgangsrapportage Innovatie & Zorgvernieuwing. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
11. Zorg voor beter (2019). Wat is persoonsgerichte zorg? Bezocht op <https://www.zorgvoorbeter.nl/persoonsgerichte-zorg/wat-is-het> op 20 augustus 2019.
12. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2018). Ontwikkeling Uitkomstgerichte zorg 2018-2022. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
13. Ministers en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2018). Kamerbrief over voortgang e-health en zorgvernieuwing. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
14. Ministers en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2019). Kamerbrief over voortgangsrapportage innovatie en zorgvernieuwing. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
15. Spoelman WA, Bonten TN, de Waal MWM, et al Effect of an evidence-based website on healthcare usage: an interrupted time-series study. *BMJ Open* 2016;6:e013166. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013166
16. Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie. Persoonlijk gezondheidsdossier, 2015.
17. Tates, K., Antheunis, M. L., Kanters, S., Nieboer, T. E., & Gerritse, M. B. (2017). The Effect of Screen-to-Screen Versus Face-to-Face Consultation on Doctor-Patiënt Communication: An Experimental Study with Simulated Patiënts. *Journal of medical Internet research*, 19(12), e421. doi:10.2196/jmir.8033
18. Greenhalgh, T., Shaw, S., Wherton, J., Vijayaraghavan, S., Morris, J., Bhattacharya, S., Hanson, D. Campbell-Richards, S. Ramoutar, A. Collard, A., Hodkinson, I. (2018). Real-World Implementation of Video Outpatient Consultations at Macro, Meso, and Micro Levels: Mixed-Method Study. *Journal of medical Internet research*, 20(4), e150. doi:10.2196/jmir.9897



## Dankwoord

Voor hun bijdrage aan deze eHealth-monitor bedanken de auteurs van Nictiz en het Nivel:

De leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg, het Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten, het Panel Verpleging & Verzorging en de deelnemers aan het KNMG-artsenpanel voor hun deelname aan dit onderzoek.

De begeleidingscommissie voor hun waardevolle suggesties en opmerkingen:

- Prof. Guus Schrijvers (voorzitter)
- Christine Aberson-Blok, ANP (V&VN)
- Arina Burghouts, MSc (Patiëntenfederatie Nederland)
- Drs. Jeroen Crasborn (Zilveren Kruis)
- Drs. Henny Mulders (Actiz)
- Dr. Ir. Henk Herman Nap (Vilans)
- Dr. Sjaak Nouwt (KNMG)
- Dr. Renée Verwey (V&VN)
- Drs. Karin Zwager-Ankone (KNMG)
- Drs. Nienke Zwennes (VWS)

De KNMG voor de inzet van het KNMG-artsenpanel in het bijzonder Francisca Hardeman en het onderzoeksbureau MWM2 voor het datamanagement.

Petra Gijzen van SWIRL grafische vormgeving voor de vormgeving van deze monitor.

Alle collega's van Nictiz en Nivel die inhoudelijk advies en ondersteuning hebben geleverd: in het bijzonder Britt van Lettow, Michiel Faber en Annemieke Veen (van Nictiz) en Ilse Swinkels, Juliane Menting, Kim de Groot en de leden van de wetenschappelijke overleg (van Nivel).

Het ministerie van VWS voor het financieel mogelijk maken van dit onderzoek.



## Colofon

### Auteurs

Myrah Wouters, MA  
Dr. ir. Martine Huygens  
Dr. ir. Helene Voogdt  
Dr. Maaïke Meurs  
Dr. Janke de Groot  
Annemarie Lamain  
Karlijn de Bruin, MSc  
Dr. Anne Brabers  
Drs. Conchita Hofstede  
Prof. dr. ir. Roland Friele  
Dr. Lies van Gennip

Bij deze 'In vogelvlucht' van de eHealth-monitor 2019 horen een tabellenbijlage, een infographic én 5 online themaverdiepingen.

Dit is een uitgave van Nictiz en het Nivel  
Den Haag en Utrecht, november 2019  
©Nictiz en het Nivel

### Vormgeving en productie

Petra Gijzen, swirl grafische vormgeving

### drukwerk

Be-Ink, Masters in print

ISBN: 9789082954937