

E-health: Face-to-Facebook

Over e-health en zelfredzaamheid van patiënten in de GGZ

Prof.dr. Kim Putters
Maarten Janssen MSc
Thomas van der Wel BSc
Mathijs Kelder BSc



2012.01

Bestuur & Beleid van de Gezondheidszorg (HCG)



ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM
INSTITUUT BELEID & MANAGEMENT
GEZONDHEIDSZORG

E-health: Face-to-Facebook

Over e-health en zelfredzaamheid
van patiënten in de GGZ

Publicatiedatum

Januari 2012

Auteurs

Prof.dr. Kim Putters
Maarten Janssen MSc
Thomas van der Wel BSc
Mathijs Kelder BSc

Contactgegevens

Erasmus Universiteit Rotterdam
instituut Beleid & Management Gezondheidszorg
Tel. (010) 408 8555
research@bmg.eur.nl
www.bmg.eur.nl

Inhoudsopgave

Bladzijde:

1. E-health, patiënt en professional	9
1.1 E-health: een kijkje onder de motorkap	9
1.2 Bestuurskundig onderzoek naar innovaties in de zorg: definities	10
1.3 De innovatielogica: conceptueel kader	12
1.4 De winst van e-mental health innovaties	14
1.5 Onderzoeksvragen	16
1.6 Relevantie van dit onderzoek	16
1.7 Leeswijzer	17
2. E-mental health en zelfredzaamheid	19
2.1 Zorg in beweging	19
2.2 Bredere context e-mental health	20
2.3 De verwachtingen van e-mental health	22
2.4 E-mental health	23
2.5 Zelfredzaamheid van patiënten	26
2.6 Slot	30
3. Methodes	31
3.1 Inleiding	31
3.2 Documenten en literatuurstudie	32
3.3 Casestudie	32
3.4 Interviews	32
3.5 Expertbijeenkomst over e-health in de GGZ	33
3.6 Werkbezoek	33
3.7 Kwantitatieve enquête onder bestuurders	34
3.8 Internetforum	35
3.9 Slot: Reflectie van de onderzoeker	35

4. De praktijk spreekt...	37
4.1 Inleiding	37
4.2 De opzet van de casestudy	37
4.3 De case	39
4.4 Effecten voor professionals en patiënt	42
4.5 Analyse en vervolg	46
5. De wetenschap spreekt...	49
5.1 Inleiding	49
5.2 Definitie en typering van e-health	50
5.3 De ethische en normatieve aspecten van e-health	53
5.4 Het belang van onderzoek, praktijk en beleid voor e-health	56
5.5 Slotopmerkingen	61
6. De experts spreken...	63
6.1 De definitie van e-health: is de 'e' overbodig?	63
6.2 De rol van de patiënt	65
6.3 De rol van de professional	70
6.4 Conclusies	73
7. De bestuurder spreekt...	75
7.1 Waar is de bestuurder?	75
7.2 Pilot: enquête onder bestuurders TOPGGz	76
7.3 De resultaten	78
7.4 Het vervolg aan de enquête; de bestuurder moet spreken	79
8. Analyses, conclusies en de toekomst	81
8.1 Kansen in een sector onder druk	81
8.2 Van zorg naar participatie	82
8.3 Naar een gevarieerde doelgroepgerichte benadering	84
8.4 Van de technologie naar de dialoog	85
8.5 Conclusies en boodschappen	87
8.6 Toekomst	91

Literatuurlijst	95
Bijlage 1: Overzicht geïnterviewde wetenschappers	99
Bijlage 2: Overzicht deelnemers expertmeeting	101
Bijlage 3: De vragenlijst van de bestuurders in de zorg	103
Bijlage 4: Voorbereiding expertmeeting	113
Bijlage 5: E-Health in de media	117

Hoofdstuk 1

E-health, patiënt en professional

Als alle spelers gericht zijn op het bevorderen van gezondheid van mensen en dat als uitgangspunt van hun beleid en handelen nemen, zal het gezondheidsniveau in ons land stijgen, krijgen zorgverleners meer tijd voor de behandeling en begeleiding van patiënten, zullen de zorgkosten afnemen en krijgen bedrijven meer mogelijkheden hun innovaties op de markt te brengen.

Jeroen Cornelissen in *Operatie Zorg*, Van Gorcum, Assen, 2011; 93.

1.1 E-health: een kijkje onder de motorkap

In de politieke en maatschappelijke discussie over de houdbaarheid van de gezondheidszorg spelen begrippen als ‘preventie’, ‘zelfredzaamheid’ en ‘de rol van de sociale omgeving’ een steeds grotere rol. Aangenomen wordt dat product- en diensteninnovaties, en specifiek e-health innovaties, een bijdrage kunnen leveren aan het vergroten van de zelfredzaamheid van de patiënt en zo op termijn aan een betere (volks)gezondheid. Dit betekent dat van zorginnovaties wordt verwacht dat ze zowel kostenbesparingen als kwaliteitswinsten opleveren¹. De potentiële voordelen van innovaties roepen echter ook essentiële vragen op. Zo is het vooralsnog grotendeels onduidelijk welke nieuwe rol- en taakverdelingen tussen overheid, behandelaar en patiënt nodig zijn en wat daarvan de effecten zijn. Kosteneffectiviteit en kwaliteit zijn bovendien vaak pas over langere tijd inzichtelijk te maken, terwijl indicatoren om uiteindelijk die output en outcome te meten nog onvoldoende

¹ Onze analyse van actuele nieuwsberichten wijst dit uit. In de bijlagen is een selectie van nieuwsberichten weergegeven die de relevantie van dit onderzoek ondersteunen.

voorhanden zijn, ook al is dat de weg die we volgens de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2011) moeten gaan.

Zorginnovatie wordt door iedereen dus belangrijk gevonden, de potentiële winsten ervan worden gezien, maar het kent ook vele onzekerheden en iedereen verstaat iets anders onder wat innovatie nu uiteindelijk is. Institutionele belemmeringen in termen van wet- en regelgeving en marktstructuur vormen soms een obstakel voor het structureel verbeteren van het innovatieklimaat in de Nederlandse gezondheidszorg. Voor het realiseren van veranderingen is het daarom cruciaal om de waarde van innovatie voor zowel de patiënt als de professional beter inzichtelijk te maken. Naast veel onderzoek dat wordt verricht naar de kosteneffectiviteit van behandelingen en de wijze waarop dat vanuit het zorgsysteem moet worden bevorderd, is het van belang om het inzicht hierin stap voor stap te verbeteren. Daarvoor is letterlijk een kijkje ‘onder de motorkap’ nodig. Hoe werkt innovatie echt? Wat levert het op voor professionals en patiënten in termen van zelfredzaamheid en goede zorg? Wat betekent het, met andere woorden, op het micro niveau van de werkvloer? In dit onderzoek kijken we onder de motorkap van een veel belovende innovatieve beweging namelijk de ontwikkeling en het gebruik van e-health toepassingen.

1.2 Bestuurskundig onderzoek naar innovaties in de zorg: definities

In de afgelopen jaren is door het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg veel onderzoek verricht naar de ontwikkeling en implementatie van innovaties en innovatieve praktijken in verschillende sectoren van de zorg².

Radicale en incrementele innovaties op verschillende niveaus

Innovatie betekent vernieuwing en kan zowel een proces als een uitkomst zijn (WRR, 2008; Hartley, 2006; Broer, 2012). Dit onderscheid is van belang omdat er soms onder innovatie meer een product, ding of eindsituatie wordt verstaan (een technologie, een behandeling, een nieuw apparaat) en soms meer een vernieuwend proces (een vorm van samenwerking, bedrijfsvoering of manier van denken). In onze ogen zal het veelal om de interactie tussenbeide gaan, zeker in de zorg. Een nieuwe behandelmethode bijvoorbeeld is pas innovatief als het ook betekenis heeft in de behandelrelatie tussen patiënt en professionals. Wat levert het hen op en wat verandert er in hun gedragingen? Dat gedrag kan meer radicaal

² Eerdere publicaties waren ‘Zorg om vernieuwing’ (2006), ‘Vertrouwen voor en door innovatie’ (2007), ‘De urgentie van innovatie’ (2008), ‘De winst van zorgvernieuwing’ (2009) en ‘Investeren in innovatie; the next step’ (2011).

of incrementeel veranderen. Daarom maken wij onderscheid tussen radicale innovaties en incrementele innovaties. Radicale innovaties zijn toepassingen van fundamenteel nieuwe principes, ontwerpen of inzichten. Incrementele innovaties zijn herontdekkingen aan bestaande functies of bestaande innovaties en beschrijven kleine veranderingen die vaak als verbetertrajecten kunnen worden gezien. Innovaties doen zich voor op verschillende niveaus in de gezondheidszorg: op het technologische en productniveau, op service- en procesniveau en op het systeem- en governance niveau.

Versterking positie en verantwoordelijkheid patiënten

Eerder onderzoek laat zien dat innovaties in de zorg veelal geïnitieerd worden vanuit drie doelstellingen (Den Breejen cs., 2009): het verminderen van de zorgvraag, het vergroten en verbeteren van het aanbod en de kwaliteit van de zorg en het afstemmen van het zorgaanbod op de zorgvraag. In belangrijke mate is daar bij alle drie de doelstellingen de zelfredzaamheid van de patiënt een rol gaan spelen. Patiënten willen steeds meer, maar er kan ook steeds meer. Talloze vormen van zelfmanagement en zelfhulp zijn in ontwikkeling die in potentie de positie van de patiënt versterken. Ze worden mede bevorderd vanuit de gedachte dat patiënten daarmee meer hun eigen verantwoordelijkheid kunnen nemen, meer zelfredzaam kunnen zijn en dat daarmee de druk op zorginstellingen en hulpverleners verminderd kan worden. Of dat ook daadwerkelijk zo is komt verderop in dit onderzoek aan bod.

Samenwerking en vertrouwen zijn condities voor succes

Om de voordelen van innovaties te realiseren blijkt keer op keer de succesvolle samenwerking tussen de stakeholders in de zorg belangrijk. Open innovatie is nodig omdat vernieuwing naast kennis over nieuwe technologie ook vraagt om de vaardigheden zoals management, logistiek en marketing. Om dat te bereiken moeten patiënten, hulpverleners, zorginstellingen en zorgverzekeraars samenwerken. Daar is vertrouwen voor nodig. Het goede samenspel dat tot vertrouwen moet leiden om de risico's van innovatie met elkaar te dragen bleken nogal eens te ontbreken in het recente verleden. Die risico's zijn dat de winsten van innovaties door anderen in de zorgketen geboekt worden dan diegene die in de innovatie geïnvesteerd heeft, alsmede dat de uiteindelijke baten van innovatie vaak om een langetermijnperspectief en investeringen vragen. Er is met andere woorden keteninnovatie nodig waarbij de lusten en de lasten worden gedeeld.

1.3 De innovatielogica: conceptueel kader

Steeds opnieuw blijkt dat een aantal factoren in belangrijke mate het succes van innovaties sturen. Deze factoren vormen samen de logica van innoveren in de zorg. De innovatielogica in de zorg bestaat uit drie onderdelen: de institutionele logica, de zorglogica en de morele logica.

Institutionele logica

Onder institutionele factoren verstaan wij de geschreven en ongeschreven regels van het spel, oftewel de structuur van het zorgsysteem en de zorgmarkten, alsmede de codes en gewoonten waarlangs het gedrag van de stakeholders is geordend. De combinatie van marktprikkels, overheidsregulering- en budgettering en de zelfregulering van de sector, vanuit de eigenstandige maatschappelijke verantwoordelijkheid voor de zorg, creëren een ingewikkeld samenspel. De zorgverzekeringswet van 2006 heeft aan de zorgverzekeraar een belangrijke regisserende rol gegeven in het afstemmen van prijs en kwaliteit; zorgverzekeraar kopen zorg in namens de verzekerden. Daarbij was de verwachting dat er meer ruimte voor innovatie zou zijn en dat zorgverzekeraars dit aan de kant van het aanbod zouden bevorderen. De ervaren ruimte voor innovatie blijft echter vaak achter, ondanks het bestaan van innovatiefondsen bij verschillende verzekeraars. De behoefte aan bewijs van kosteneffectiviteit en kwaliteitverbetering is echter groot, maar niet altijd voorhanden bij zorgprofessionals. Tegelijkertijd hebben patiënten en cliënten een steviger positie gekregen, maar ontbreken soms nog de instrumenten en ervaringen om daar effectief invloed op het inkoopbeleid van zorgverzekeraars aan te verbinden. De overheid tracht de verhouding tussen goede kwaliteit en betaalbaarheid van zorg meer aan deze onderhandelingen op de markt over te laten, maar moet daarin balanceren tussen ruimte laten en regie voeren. De grondwettelijke verantwoordelijkheid voor de goede betaalbare en doelmatige zorg brengt haar steeds daartoe. Met als gevolg dat budgettering en regulering nog steeds een belangrijke invloed uitoefenen en innovatie soms in de weg zitten. Het leidt namelijk regelmatig tot het optreden van de regelparadox: ondanks deregulering en meer lokale vrijheid is er toch ook vaak sprake van nieuwe, centraal ingevoerde, regulering. Daar komt nog bij dat zorgprofessionals werken volgens eigen codes, richtlijnen en protocollen die niet altijd weergeven wat de markt vraagt. Innovatieve behandelmethoden zijn gewild, patiënten weten er sneller van en hebben de wens ze te gebruiken als dat perspectief op gezondheid biedt. Zeker innovaties op het gebied van e-health kunnen ervoor zorgen dat patiënten langzaamaan beter geïnformeerd zijn en de arts anders te woord staan. Er zijn meer mogelijkheden tot zelfhulp waardoor ook het werk van de arts en verpleegkundige veranderd. Protocollen en richtlijnen wijzigen vaak minder snel dan de praktijk. Kortom, de belangen in de zorg verschuiven en de posities veranderen. Overheid en markt stoeien met elkaar om posities, maar de patiënt verstevigt haar rol in beide richtingen. De meer culturele veranderingen, in termen van omgangsvormen, veranderen

veelal trager dan dat de technische mogelijkheden zich aandienen. In dit onderzoek naar e-health in de GGZ zien we dat ook in de snelheid waarmee – al dan niet commercieel – toepassingen beschikbaar komen en hoe dat beoordeeld wordt.

Zorglogica

Het maakt uit of we spreken of patiënten die acute zorg nodig hebben of chronisch ziek zijn. Het maakt uit of we spreken over kankerpatiënten of cliënten in de geestelijke gezondheidszorg. Dat heeft alles te maken met de mate waarin de patiënten of cliënten afhankelijk zijn van hulpverleners en financiers voor bijvoorbeeld kennis of geld. Bij een grote mate van afhankelijkheid zijn er minder mogelijkheden om de zorg te beïnvloeden en innovaties aan te jagen, dan bij een geringe mate van afhankelijkheid. Bij hoog complexe zorg is het ook lastiger voor patiënten dan bij laag complexe zorg. In dat eerste geval moet innovatie in hoge mate komen van professionele beroepsgroepen, onderzoeksinstituten en de medische industrie. De afhankelijkheidsgraad, de heterogeniteit van het zorgaanbod en de mate van complexiteit in termen van kennis en vaardigheden om de zorgverlening te doorgronden zijn de cruciale factoren die bij elkaar de zorglogica vormen. De zorglogica is van invloed op het type innovatieklimaat en de mate waarin innovaties de zelfredzaamheid van patiënten en/ of het werk van professionals kunnen beïnvloeden. De zogenaamde zorgparadox treedt op als zorginnovatie zich vooral richt op het verbeteren van behandelingen, terwijl juist nieuwe verbindingen met werk, welzijn en arbeid kunnen leiden tot voorkomen van zorg en verhoogde kwaliteit van leven. Een te sterke focus op zorg kan dus leiden tot minder grip daarop.

Morele logica

Een laatste cluster van factoren dat de ruimte voor innovatie sterk beïnvloedt noemen wij de morele logica. Die bestaat uit de visie van zorgprofessionals, bestuurders en zorgverzekeraars op de aard en kwaliteit van de zorgverlening en op de rol van de patiënten zelf daarbij. Wat is goede zorg en wie bepaalt dat? Wie stelt de normen? Welke ethiek geldt? In een hybride omgeving waarin zorgprofessionals, marktpartijen, overheden en patiënten tegelijk hun rol te spelen hebben, loopt dat soms door elkaar. Dat zien we aan discussies over aanpassingen van richtlijnen en protocollen van professionals als nieuwe praktijken of behandelmethoden geïntroduceerd worden. Zijn het de zorgprofessionals zelf die de norm stellen? Is het de maatschappij of de doelgroep die de innovatie wenselijk vindt en wil toepassen; is het de zorgverzekeraar die lijstjes ontwikkeld van waar welke zorg goed of slecht is; of is het de overheid die een kwaliteitsinstituut opricht met een politieke arena die continu debatteert over wat wel en niet toelaatbaar is in de praktijk. Onze constatering is dat de morele logica van zorgvernieuwing nogal diffuus is. Vanuit verschillende afhankelijkheden wordt gedefinieerd

wat goed en slecht is, en ook welke innovatie iets oplevert of niet. In dit onderzoek achterhalen we daarom ook opvattingen over e-mental health en de mogelijke kansen en risico's die het biedt. Duidelijk is dat er een informatieparadox optreedt als we alleen kijken naar cijferlijstjes over kosten en kwaliteit. Zorg is een relatie waarin ook vertrouwen en moraliteit een belangrijke rol spelen. De wereld achter de cijfers is dus relevant om te kunnen inzien wat ze daadwerkelijk betekenen. Meten is niet altijd weten en alsmaar meer transparantie maakt zorg niet altijd en per definitie beter.

1.4 De winst van e-mental health innovaties

Het doel van wetenschappelijk onderzoek is in de allereerste plaats het verwerven van meer inzichten in een werkelijkheid die we beter willen leren kennen. Met de innovatieloga in de zorg in het achterhoofd willen we meer inzicht bieden in wat e-mental health is, hoe het werkt en wat het betekent voor de zelfredzaamheid van patiënten en cliënten, alsmede voor de werkwijzen van zorgprofessionals.

E-mental health

Dit onderzoek wordt toegespitst op de GGZ sector. In de GGZ zijn momenteel veel vernieuwingen rondom e-health zichtbaar. Zo zijn er talloze zelftests en monitors via internet beschikbaar en bieden aanbieders deze aan. Daarnaast zien we mogelijkheden om via 'apps' op mobiele apparaten of andere medische hulpmiddelen de monitoring en de zelfredzaamheid van GGZ cliënten te vergroten. Dit onderzoek beschrijft wat er gebeurt, wat daadwerkelijk e-health in de GGZ is, en wat het betekent voor patiënt en professional. De GGZ sector is daarnaast enorm in beweging. Grote bezuinigingen, ordeningsvraagstukken en uitdagingen die met integrale zorg en veiligheid te maken hebben. Dat gaat als vanzelf gepaard met risico en onzekerheid, net als innovaties. Innoveren kan niet los van een stimulerende of remmende context worden geanalyseerd. Dit onderzoek biedt inzicht in de betekenis van die context voor de innovaties op micro niveau.

E-health innovatie: inzicht bieden in wat het is

De wereld van zorginnovaties, en in het bijzonder van e-health, is een gevarieerde maar diffuse wereld. Er worden zeer veel betekenissen gegeven aan wat innoveren is. Dat geldt evenzeer voor de definitie van wat e-health innovaties zijn. Dit onderzoek redeneert zowel vanuit het innoveren als proces als vanuit de innovatie als uitkomst. Het gaat namelijk, zeker bij e-health innovaties, veelal om combinaties van technologische en logistieke vernieuwingen die leiden tot andere manieren van zorgvernieuwing. Begrippen als

zelfmanagement, e-zorg, internet, digitale poli's en dergelijke worden vaak onterecht als gelijkwaardig beschouwd. Het doel van dit onderzoek is om begripsmatig houvast te bieden in de discussie over e-health.

Zelfredzaamheid: duiden wat het voor de patiënt wel en niet oplevert

Over het algemeen wordt aangenomen dat e-health innovaties de positie van de patiënt kunnen versterken, hem/haar meer regie over eigen leven kan geven, en mogelijk besparingen in de zorgkosten op kan leveren. Door het innovatief inzetten van diensten en technologie op verschillende niveaus kan het zelfmanagement van patiënten worden vergroot. Hiermee is de relatie tussen zorginnovatie en zelfredzaamheid een potentieel waardevolle, zowel voor de kwaliteit van zorgverlening voor het individu als voor de maatschappij als geheel. Ondanks dat de wens om tot een grotere rol voor zelfredzaamheid te komen breed wordt gedragen, zijn er ook keerzijden die in dit onderzoek aan bod komen. Dit onderzoek wil inzichtelijk maken wat e-health innovaties voor de patiënt opleveren. Onduidelijk blijft bijvoorbeeld wat de maatschappelijke meerwaarde kan zijn van e-health innovaties. Het is cruciaal om meer zicht te krijgen op de kosteneffectiviteit ervan³. Ze hebben echter soms ook verstrekkende gevolgen voor het werk dat zorgprofessionals doen. Van het aanpassen van informatiestromen en werktijden tot het ontwikkelen van nieuwe normen voor wat goede zorg nog is. Nieuwe combinaties van technologie, e-health en medicijnen kunnen de zelfredzaamheid van patiënten bevorderen, maar leiden ook tot nieuwe uitdagingen voor professionals (bijvoorbeeld op het terrein van specialisatie) en voor zorginstellingen (bijvoorbeeld in termen van spreiding en concentratie⁴). Dit onderzoek wil bijdragen aan het inzichtelijk maken van wat e-health innovaties van professionals vragen maar ook opleveren.

1.5 Onderzoeksvragen

De hoofdvraag van dit onderzoek naar e-health in de GGZ luidt:

Welke betekenis hebben innovaties in de e-mental health voor de rol van patiënten/ cliënten en voor professionals?

³ Zie publicaties van het IMTA, en het onderzoek naar de kosteneffectiviteit van topklinische GGZ, www.TOPGGz.nl en www.bmg.eur.nl

⁴ Momenteel is er een brede maatschappelijke en politieke discussie gaande over bijvoorbeeld de (effecten van) concentratie van ziekenhuiszorg, vergaande specialisatie en de positie van private klinieken. Dit roept de vraag op wat deze ontwikkelingen betekenen voor de GGZ.

Hierbij horen de volgende deelvragen:

- Welke e- mental health innovaties ontwikkelen zich momenteel en welke rol speelt het patiëntenperspectief in hun ontwikkeling en implementatie?
- Wat levert het op voor de zelfredzaamheid van patiënten en voor de werkwijze van professionals in de GGZ? Wat zijn daarbij de bepalende factoren?
- Welke lessen zijn te trekken voor de ontwikkeling en verspreiding van innovaties in de e-mental health, en wat vraagt het van patiënten en professionals?

1.6 Relevantie van dit onderzoek

De relevantie van dit onderzoek is drieërlei. In de eerste plaats is er zorginhoudelijke relevantie. De betekenis van e-health wordt alom verwacht, geduid, gelauwerd of veracht, maar empirisch onderzoek naar de betekenis ervan voor de rollen van patiënten en professionals is zeer beperkt. Dat inzicht is nodig om de zorginhoudelijke vernieuwing door e-health te kunnen duiden. In de tweede plaats is er de beleidsmatige relevantie, omdat de GGZ sector voor grote opgaven staat. Enorme bezuinigingen, meer marktwerking, een diffuus perspectief op de GGZ cliënt in de samenleving en een noodzaak tot reorganisatie. Niet in de laatste plaats door toegenomen mogelijkheden voor e-mental health. De condities waaronder die veranderingen plaats kunnen vinden moeten we scherper zichtbaar maken. De actualiteit laat ook zien hoe noodzakelijk dit is. Blogs op sites als Skipr en Zorgvisie bewijzen dat, bijvoorbeeld over de noodzaak van de verandering van het bekostigingssysteem en het bijstellen van de financiële prikkels⁵. In de derde plaats is er de wetenschappelijke relevantie om ons inzicht te vergroten in hoe innovatieprocessen verlopen, maar ook op welke wijze met onzekerheid over de effecten van innovaties omgegaan kan worden zonder dat het tot verstarring leidt. Wij benaderen innovaties in hun unieke context en onderzoeken wat er daadwerkelijk gebeurt in de interactie tussen de innovatie en de omgeving en patiënt.

1.7 Leeswijzer

In het onderzoek zijn we begonnen met het nader definiëren van het begrip e-health innovaties en het begrip zelfredzaamheid. In hoofdstuk 2 wordt een conceptueel kader geschetst waarmee we aan de slag zijn gegaan in de GGZ sector. Daarbij zijn verscheidene onderzoeksmethoden gebruikt, zoals een casestudie naar de praktijk van e-mental health bij de Parnassia Bavo Groep, interviews met wetenschappers, een expertmeeting met experts uit de GGZ en een korte enquête onder bestuurders van GGZ instellingen. In hoofdstuk 3 zetten we de gebruikte methodiek uiteen. De hoofdstukken 4, 5 en 6 doen vervolgens verslag van de

⁵ Zie onder meer recente blogs op www.skipr.nl d.d. 3, 12 en 20 januari 2012. In de bijlagen is een selectie van nieuwsberichten te vinden.

uitkomsten daarvan door de praktijk, de wetenschap en het bestuur te laten spreken. In hoofdstuk 7 presenteren wij de belangrijkste analyses en conclusies uit dit onderzoek.

Hoofdstuk 2

E-mental health en zelfredzaamheid

Zorgfuncties verplaatsen door e-health. Zo verloopt toegang tot zorgdiensten vaak al digitaal via zorgportalen. Ook is het steeds beter mogelijk op afstand een diagnose te stellen. Behandeling en monitoring zijn niet meer los te zien bij sommige aandoeningen waar de patiënt zelf thuis belangrijke waarden meet en deze doorgeeft aan een zorgprofessional.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2011.

2.1 Zorg in beweging⁶

E-health innovaties zorgen breed in de gezondheidszorg voor veel beweging. Het citaat uit een rapport hierover van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg uit 2011 laat zien hoe op microniveau, dus van onderop, het proces van zorgverlening wijzigt. Patiënten krijgen meer mogelijkheden om hun eigen ziektebeeld en zorgproces te monitoren, data te verzamelen of achter- of vooruitgang te meten en zorgprofessionals moeten hun werkzaamheden daarop aanpassen. De zorg raakt daadwerkelijk meer vraaggericht. De belofte is groot, de vraag is of het ook (al) waargemaakt wordt.

Als het om de GGZ sector gaat, onderscheiden wij drie vormen van zorg, als ware het een piramide. Allereerst de brede basis van eerstelijns GGZ. Daaronder valt een groot deel van de

⁶ De noties over e-health, zelfredzaamheid, patient empowerment en e-mental health zijn mede ontleend aan het scriptie onderzoek van de heer Th. Van der Wel, student Zorgmanagement aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.

relatief kortdurende laagdrempelige zorg met een hoge mate van bereikbaarheid. Daarnaast de tweedelijns GGZ die veelal standaardiseerbare zorg betreft op verwijzing, ambulante of poliklinische. Tot slot de meer gespecialiseerde derdelijns GGZ die klinisch of poliklinisch kan zijn en zich laat definiëren als ‘topklinische GGZ’. De langdurende GGZ zorg betreft combinaties hiervan, met wisselende intensiteit en heeft verbindingen met de acute zorg. De psychologen en psychiaters werkzaam in deze lijnen van zorg specialiseren zich in meer of mindere mate. Dit hoofdstuk biedt inzicht in wat er aan vormen van e-health innovaties breed in de gezondheidszorg en specifiek in de GGZ voorkomen. Dat is een nogal breed palet, dat in het empirische onderzoek verder wordt verfijnd. Er is namelijk een urgentie om meer inzicht te bieden in e-health in de GGZ, gegeven de complexe bewegingen waarin de sector zich momenteel bevindt.

2.2 Bredere context e-mental health

De GGZ staat onder grote financiële en politieke druk, maar ondertussen staan ook de zorginhoudelijke en technologische ontwikkelingen niet stil. De sector probeert werk te maken van meer transparantie in kwaliteit door de invoering van kwaliteitssystemen en bewaking. Via vormen van topklinische GGZ wordt aan specialisatie en nieuwe behandelmethoden gewerkt. De patiënt zelf vindt steeds meer zijn weg via internet naar zelfhulp, monitors en tools om de eigen psychische gesteldheid te onderzoeken en verbeteren.

Vraag naar GGZ

Die grote dynamiek in de sector is niet onlogisch als je kijkt naar de betrokkenheid van de samenleving bij de geestelijke gezondheidszorg. Het RIVM becijferde in 2006 dat de totale schade in Nederland ten gevolge van psychische aandoeningen €12,7 miljard bedraagt. In de top-10 van ziekten met de grootste ziektelast staan alcohol, angst en depressie. De groeicijfers van de afgelopen jaren laten zien dat de sector sterk doorgroeit: er is sprake van bijna 9% groei per jaar. Dit komt voornamelijk doordat steeds meer mensen de weg naar psychische zorg weten te vinden, mede dankzij de toenemende beschikbaarheid van e-health. Volgens Boer en Croon (2010) neemt het aantal onbehandelde patiënten af, echter tegelijkertijd neemt het aantal patiënten toe, deels omdat ook het aanbod op de markt gevarieerder wordt en toeneemt.

Aanbod van GGZ

De markt van de GGZ bestaat op dit moment vooralsnog uit een verzameling van regionale markten, waarin een beperkt aantal spelers actief is. Daarover stelt Boer en Croon (2010): ‘Doorgaans zijn per regionale markt hooguit twee grotere spelers, een groot aantal zelfstandige professionals en soms een aantal gespecialiseerde organisaties actief. Deze

laatste groep is in opkomst. Meestal groeien deze organisaties veel sneller en hebben grotere winstmarges dan de bestaande instellingen. (...) Tot slot lijkt er in de afgelopen jaren steeds meer sprake te zijn van landelijke initiatieven van vooral nieuwe spelers. In ieder geval lijkt het zo dat de traditionele GGZ-organisaties marktaandeel verliezen.' De noodzaak om te innoveren, de markt bij te benen en om op de behoeften van cliënten aan te sluiten is echter steeds groter. Temeer omdat veel nieuwe GGZ initiatieven de markt kunnen betreden en het aantal commerciële toetreders groot is. De wetgever stelt ook steeds minder eisen, onder meer ten aanzien van de winstbestemming. Andere kenmerken van de aanbodkant zijn: een goed functionerende arbeidsmarkt, het starten van een GGZ-instelling vergt nauwelijks grote investeringen in gebouwen of medische apparatuur, de tarieven zijn nog gereguleerd en er is nog budgetbesteding. De verwachting is echter wel dat dit kan wijzigen binnen afzienbare tijd.

De marktscan van de GGZ vanuit de NZa geeft met cijfers inzicht in de cijfers met betrekking tot GGZ e-health aanbod (NZa 2012). Zo zijn er 113 websites die of informatie, dan wel een behandeling of een cursusaanbieden (ibid.). De meeste van deze websites richten zich op de verslaafdenzorg (33). Het aantal e-health aanbieders is 36 en het unieke aantal ligt lager, aangezien er ook instellingen zijn die meerdere behandelingen aanbieden (ibid.).

Beleid en wetgeving gericht op e-mental health

Het regeerakkoord van 2010 stelt dat een kwalitatief hoogstaande, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg cruciaal is voor de samenleving (Regeerakkoord 2010). Om deze doelstellingen te realiseren zet de regering in op zorg dicht bij de patiënt. Specifiek voor de GGZ wil de overheid een goed functionerende eerste-lijn. Zorg die vroeger in de tweede-lijn werd uitgevoerd zal op den duur overgenomen worden door de eerste-lijn (ibid.). De verdere uitwerkingen van dit akkoord zijn te lezen in de brief met doelstellingen van de staatssecretaris van VWS (Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, 2011). De doelstellingen zijn in te delen in drie thema's, namelijk: 'betere en betaalbare zorg nu en later', 'zorg, dat zijn mensen' en 'zorgzaamheid dicht bij huis' (ibid.). Binnen het thema 'zorg, dat zijn mensen' wordt gesteld dat de kracht van mensen zelf benut moet worden. Dit is in lijn met e-mental health waar patiënten meer zelfredzaam moeten worden. Minister Schippers van VWS is van mening dat e-mental health een veelbelovende ontwikkeling is die kan bijdragen aan het bevorderen en efficiënter maken van de zorg (Schippers, 2011). De Minister is van mening dat e-mental health ruimte moet krijgen om doelmatigheid, kwaliteit en arbeidsbesparing te bevorderen. Waar deze ruimte nog niet is, kan dit komen door belemmeringen in wet- en regelgeving (ibid.). Voor behandelingen van e-mental health bestaat, net als voor reguliere consulten een eigen bijdrage. Deze eigen bijdrage van een internetbehandeltraject bedraagt 50 euro. Daarnaast is voor anonieme e-mental health 2 miljoen euro beschikbaar gesteld vanaf 2012 vanuit het Ministerie van VWS (factsheet beleidsmaatregelen curatieve GGZ; VWS, 2011). Voor de GGZ sector leveren de actuele bezuinigingsopgaven een grote druk op om

zowel te werken aan verbeteringen van de zorg, als om de zorg toegankelijk en beschikbaar te houden voor iedereen in een tijd van krapte. Tijdens de gesprekken is vooral een grote zorg geuit over de eigen bijdragen in de GGZ.

2.3 De verwachtingen van e-mental health

E-health gaat over het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën, vooral internettechnologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren. E-mental health over de toepassingen in de GGZ. We komen zo terug op definities, maar op voorhand zijn er altijd vele verwachtingen.

Verwachtingen van het publiek

Twee van de drie Nederlanders is van mening dat de zorgsector de mogelijkheden van ICT en internet nog te weinig benut. Dit blijkt uit de Ernst & Young ICT Barometer (Ernst & Young, 2010). Uit de barometer blijkt dat Nederlandse publiek tevreden is over de prestaties van de gezondheidszorg in ons land. Met een rapportcijfer van 7,1 scoort de sector een ruime voldoende. De gezondheidszorg scoort vooral goed op onderdelen als kwaliteit, service en bereikbaarheid, maar het laagst op de inzet van ICT. Tweederde van alle ondervraagden is van mening dat de zorgsector de mogelijkheden van ICT en internet nog te weinig benut waardoor bijna 60 procent van de ondervraagden een versnelling van de implementatie noodzakelijk acht.

Verwachtingen van het beleid

In haar beleidsrapport schrijft het ministerie van VWS: *'We moeten slimmer gebruik maken van nieuwe (technologische) ontwikkelingen, zoals e-health. We stimuleren zelfzorg maximaal en we zetten arbeidsbesparende alternatieven in. Van belang is dat innovaties niet bovenop, maar in plaats van bestaande methodes en behandelingen komen. Zo gaat een kwaliteitsverbetering - betere resultaten, meer regie en zelfredzaamheid - hand in hand met kostenbesparing (VWS, 2011).'* De overheid en zorgverzekeraars stimuleren e-health vooral vanwege de potentiële kostenverlagende werking; inmiddels wordt het daardoor ook vaker ingebed in de bestaande bekostiging van zorg. De markt voor e-health groeit bovendien snel door grote aantallen aanbieders van apparatuur en techniek (Atos Origin, 2011).

Verwachtingen van de praktijk

De GGZ heeft te maken met een fikse bezuinigingsopgave en belangrijke vragen over de rol van zelfmanagement en de betekenis daarvan voor de organisatie van de eerste, tweede en derdelijnszorg. Over wat dit direct voor behandelingen en behandelmethoden in de GGZ betekent zegt het ministerie van VWS: *'Het is de bedoeling met de GGZ-sector afspraken te*

maken om deze sector toekomstbestendig te maken. In een brede beleidsagenda moeten naast prestatiebekostiging, kostenbeheersing en efficiency ook preventie, zelfmanagement en e-health, verplaatsing van behandeling van de dure tweedelijnszorg naar de goedkopere eerstelijnszorg en transparante kwaliteit worden opgenomen'

Tegelijkertijd is dat sneller gezegd dan gedaan: “Zorgverleners zijn overwegend mensgericht, wat op zich natuurlijk logisch is” (...) “Vaak zijn ze echter minder bezig met ICT-toepassingen, waar de afnemers van zorg wel behoefte aan hebben.” Uit dit onderzoek (Ernst en Young, 2010) blijkt dat ondervraagden veel meer via website of e-mail contact zouden willen hebben met hun zorgaanbieder.

Het sturen op het vergroten van het aantal e-mental health behandelingen t.o.v. behandelingen met fysiek contact tussen patiënt en zorgprofessional klinkt logisch en aantrekkelijk. Uit verschillende studies wordt de effectiviteit van e-mental health ook al aangetoond (zie o.a. Daansen, 2011). GGZ Nederland gaf in 2010 zelfs aan dat e-health als een van de pijlers dient voor het toekomstige beleid. Door middel van e-health kunnen veelal kosten worden bespaard en kan er een antwoord worden gegeven op het tekort aan behandelaars. Het is niet per definitie zo dat behandelingen korter duren, maar ze worden wel effectiever en behandelaars kunnen sneller tot de kern van de psychische problematiek doordringen als patiënten via zelftest en dergelijke al meer inzicht in hun aandoening hebben. Bovendien is daarmee de verwachting dat ook de zelfredzaamheid van de patiënten kan worden vergroot. Hiermee is de relatie tussen zorginnovatie en zelfredzaamheid een potentieel waardevolle, zowel voor de kwaliteit van zorgverlening voor het individu als voor de maatschappij als geheel. Om erachter te komen of de verwachtingen uitkomen definiëren we nader wat we onder e-mental health en zelfredzaamheid verstaan en gaan we daarna de empirie in.

2.4 E-mental health

Definitie e-health

Met ‘e-health’ bedoelen wij – in navolging van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg - in dit onderzoek: het gebruik van informatie- en communicatietechnologieën, en vooral internettechnologie, in nieuwe toepassingen en of diensten die erop gericht zijn de gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren”. Onder e-mental health verstaan wij de toepassing ervan in de GGZ.

Het gebruik van informatie en communicatietechnologie (ICT) voor de gezondheid of e-health in het kort (European Commission Information Society, 2007) De term ‘e-health’ kwam op in navolging van het elektronisch bankieren en zaken doen (e-banking, e-

commerce) en kent vele definities (Oh, Rizo, Enkin, & Jadad, 2005), waaronder die van Eysenbach (2001): *'e-Health is an emerging field in the intersection of medical informatics, public health and business, referring to health services and information delivered or enhanced through the internet and related technologies. In a broader sense, the term characterizes not only a technical development, but also a state-of-mind, a way of thinking, an attitude, and a commitment for networked, global thinking, to improve health care locally, regionally, and worldwide by using information and communication technology'* (Eysenbach, 2001, p. 2).

De e in e-health staat voor elektronisch. Toch typeren e-health toepassingen zich niet alleen door iets wat elektronisch is. In onderstaande tabel komen nog 10 andere karakteristieken van e-health toepassingen naar voren (Eysenbach, 2001).

Efficiency	Een belangrijk aspect van e-health is het verminderen van kosten, dus de efficiëntie verhogen. Een manier om dat te doen is door verminderen van administratieve handelingen of door het verbeteren van communicatiemiddelen (bijvoorbeeld door internet)
Enhancing quality	het verhogen van kwaliteit behelst bijvoorbeeld de ondersteuning voor het zelf kiezen van aanbieders
Evidence based	Het nut van het gebruik van e-health moet wel bewezen zijn door wetenschappelijk onderzoek. Hier is nog weinig bekend.
Empowerment	E-health betreft patiënten meer in hun eigen behandeling, zodat de patiënt meer centraal staat.
Encouragement	een betere relatie tussen patiënt en zorgaanbieder zodat beslissingen gezamenlijk tot stand komen
Education	online bronnen dienen voor zowel patiënt als arts als leermiddel
Exchange	Uitwisseling van data in een gestandaardiseerde vorm tussen instanties leidt tot eenvoudiger overstap tussen aanbieders
Extending	het uitbreiden gezondheidszorg in zowel geografisch als conceptuele zin. Eenvoudiger online wereldwijd verkrijgen van behandelingen
Ethics	E-health heeft invloed op de relatie tussen patiënt en arts. Daarom is het zaak oog te hebben voor veranderingen op ethisch gebied, zodat dit niet in het gedrang komen.

Equity	E-health kan aan de ene kant kloven tussen have en havenots verkleinen, maar ook vergroten. Het is zaak hier op te letten, zodat mensen zonder geld, computer, vaardigheden et cetera ook mee kunnen doen.
--------	--

Tabel 1 - De 10 e's van e-health (Eysenbach, 2001)

Typen

Naast een definitie is het onderscheiden van verschillende typen een goede mogelijkheid om meer inzicht te krijgen in het begrip e-health. *Telemonitoring* draait om het bewaken en meten van de gezondheidssituatie van de patiënt. Het monitoren van lichaamsfuncties vindt plaats in het kader van preventie, diagnostiek en/of nazorg door middel van registratie, transport, opslag en analyse van de gegevens buiten de aanwezigheid van (de) zorgverlener(s) om, door op geavanceerde wijze gebruik te maken van medische technologie en ICT (Kruijff en Hoevenaars, 1999, zoals beschreven in Vlaskamp, 2001). Telemonitoring kan zowel intramuraal als extramuraal worden toegepast. Het gaat dan bijvoorbeeld om het monitoren van bloedwaarden, bloeddruk, hartslag of ademhaling. *Telebehandeling* betekent letterlijk behandeling op afstand. Dit valt strikt genomen niet onder de definitie van telemonitoring. Het gaat echter wel om medische technologie in de thuissituatie: behandelingen die voorheen in een ziekenhuis werden gedaan en nu ook thuis kunnen. Een *E-consult tussen patiënt en professional* is het elektronisch consulteren van een arts door een patiënt. E-therapie (therapie met een ICT-toepassing als medium, vaak via e-mail of via internet) en e-diagnose (het stellen van diagnose op afstand) zijn specifieke vormen van het e-consult. Een *E-consult: tussen professionals onderling* is een e-diagnose tussen professionals. Dit kan een handig middel zijn om met elkaar informatie uit te wisselen en elkaar ondersteuning te bieden. In feite is het een intercollegiaal consult via internet. Bij *zelfdiagnose door patiënten* gaat het om e-diagnose door de patiënt informatie op internet. Hierbij is 'diagnose' ruim opgevat, ook het verzamelen van informatie over een aandoening of ziekte (waarvan men weet dat men die heeft) is meegenomen in de literatuurstudie.

Internet wordt dus steeds vaker ingezet bij de behandeling van psychische klachten. De mate waarin dat gebeurd is zeer verschillend. In sommige gevallen gaat het slechts om één onderdeel van de behandeling, in andere gevallen is de gehele behandeling via het internet.. De eerste inzichten veelbelovend. Welke typen e-mental health hebben we het over en hoe kunnen we die indelen? Een aantal voorbeelden:

Zelfhulp programma's en internettherapie zijn onder te verdelen in:

- ongeprotocolleerde online hulp (vraag-antwoord: free format)
- online geprotocolleerde zelfhulp (geen behandelaar)

- online geprotocolleerde begeleide zelfhulp (laagintensieve begeleiding)
- online geprotocolleerde behandeling (hoogintensieve begeleiding)

Het aanbod via internet kan worden ingezet voor relatief lichte, veelvoorkomende problematiek, maar ook als hulpmiddel bij ernstige en complexe psychische stoornissen. Zowel voor de direct betrokkene als ook voor de omgeving. In Nederland is er inmiddels een aanbod voor veel voorkomende stoornissen zoals: verslaving, depressie, angststoornissen, stress en eetstoornissen. Voorbeelden van instrumenten die via het internet plaats (kunnen) vinden, zijn:

- Advies en informatievoorziening
- Zelftesten en zelfhulpprogramma's
- Lotgenotencontact
- Screening en kortdurende interventies
- Consultaties en online behandeling
- Nazorg en terugvalpreventie

Er bestaan allerlei variaties op deze voorbeelden van digitale dossiers en blogs tot interactieve werkvormen op portalen, digitale poli's en chats, en apparaatjes die gedurende de dag testen uitvoeren op cliënten en hen waarschuwen als ze een medicijn moeten nemen of negatieve prikkel krijgen.

2.5 Zelfredzaamheid van patiënten

Definitie zelfredzaamheid

Met 'zelfredzaamheid' wordt bedoeld: de mate van controle van patiënten over de factoren die invloed hebben op het dagelijks leven: dit omvat zowel de individuele als de maatschappelijke verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid. (vrij naar Gibson 1991)

Was er aanvankelijk nog reserve, omdat patiëntenzorg niet centraal leek te staan (Eysenbach, 2001), inmiddels wordt de gebruiker – de burger of patiënt – gezien als de spil van ICT-innovatie in de dienstverlening en zorg (ICTRegie, 2009). Zelfmanagement, gericht op de preventie van gezondheidsproblemen of op optimale regie over een chronische aandoening door de patiënt zelf, geeft verantwoordelijkheid, medezeggenschap en een actieve rol in de zorg voor eigen gezondheid en helpt naar verwachting de zorgkosten te beperken (Blanson Henkemans, 2009; Van Irsel et al., 2006). Tegelijkertijd stimuleert het internet, aangeduid als Web 2.0, via sociale netwerken – zoals YouTube of LinkedIn – dat burgers zich profileren als proactieve consumenten ('prosumers') met een bepalende maatschappelijke invloed (Blanson Henkemans, 2009; Riper, 2008; Sorbi, 2007).

Het is van belang het begrip zelfredzaamheid te onderscheiden van een aantal andere termen die er dichtbij liggen en veel in relatie tot e-health worden genoemd: zelfmanagement, zelfzorg en empowerment.

Zelfmanagement en zelfzorg

Uit de literatuur wordt er als volgt over zelfmanagement, ook wel zelfzorg, geschreven. Bij zelfmanagement gaat het om het beoefenen van zelfstandige zelfmanagementactiviteiten, met als doel het maximaliseren van gezondheid en welzijn. De bedoeling is dat men op basis van gezondheidinformatie effectieve keuzes kan maken. Ten slotte worden de keuzes met de zorgverlener, in een relatie van partnerschap, naar gewenste acties te vertaald om de beoogde gezondheidsuitkomsten daadwerkelijk te realiseren (Alsop & Heinsohn, 2005; Aujoulat et al., 2008; Lau, 2002). Op basis hiervan stellen wij de volgende definitie voor van zelfmanagement: *Activiteiten die individuen uitvoeren en beslissingen die zij nemen samen met hun omgeving, inclusief partner, vrienden, familie, gemeenschappen en zorgverleners, om met hun aandoening om te gaan en progressie en gevolgen ervan te minimaliseren.*

Zelfmanagement bestaat uit meerdere aspecten:

1. Verkrijgen van inzicht in de eigen gezondheid: het beter beheren – dat wil zeggen verzamelen, ordenen en delen – van gezondheids- en gedragsgerelateerde gegevens (Halme et al., 2005; Tang et al., 2006).
2. Op basis van informatie op de eigen situatie toegesneden beslissingen nemen over zelfmanagement (over voeding, medicatie-inname) (O'Connor et al., 2001; Ubbink et al., 2009).
3. Zelfmanagement inpassen in het dagelijkse leven en zelfmanagementgewoonten ontwikkelen zodat kwaliteit van leven behouden blijft (letten op dieet, negatieve reacties, regelmatig bewegen en medicatiegebruik) (Maes & Karoly, 2005; Leventhal et al., 2008).
4. De omgeving betrekken bij zelfmanagement (Clark, 2008). De sociale omgeving kan zijn vrienden, familie, en organisaties in de buurt (bijvoorbeeld een sportclub) en informele zorgverleners (mantelzorgers en vrijwilligers). De patiënt zal bij deze partijen steun voor zijn zelfmanagement moeten organiseren. Dit zal helpen voorkomen dat de patiënt geïsoleerd komt te staan.

Zoals aangegeven in de definitie van zelfmanagement is de samenwerking met zorgverleners essentieel. Uit de vier zelfmanagementaspecten kunnen we eveneens vier begeleidingsaspecten afleiden, die van belang zijn voor deze samenwerking:

1. Bieden van inzage in gezondheidsgegevens en aanbieden van methoden om eigen gegevens te beheren.

2. Informatie bieden die is afgestemd op de patiënt (o.a. type en fase van de aandoening, opleidingsniveau en cognitief vermogen) op een wijze dat de patiënt ondersteund wordt bij het structureren en weloverwogen maken van persoonlijke gezondheidskeuzes.
3. Coachen van activiteiten waarbij de nadruk ligt op het vergroten van zelfredzaamheid.
4. Handvatten bieden om relevante partijen in de omgeving te lokaliseren en te mobiliseren om bij te dragen aan zelfmanagement en patiënt te leren omgaan met reacties vanuit de sociale omgeving.

De Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) stelde in haar rapport 'zelfmanagement 2.0' hierover: *Bij E-Health gaat het niet (alleen) om nieuwe of vervangende zorg, maar om dezelfde zorg, die met moderne middelen wordt geleverd. De toenemende mogelijkheden zullen er niet toe leiden dat consulten overbodig worden of de thuiszorg niet meer langs hoeft te komen. De keuzemogelijkheden van de patiënt worden vergroot. De patiënt kan voor E-Health kiezen, of voor traditionele zorg, of voor een combinatie. Patiënten kunnen hun aandoening zelf beter managen. Ook diensten die bijdragen aan een betere kwaliteit van leven en wonen voor ouderen zoals personenalarmering, zorg op afstand of sensoren in huis zullen steeds belangrijker worden. In de toekomst zal de zorgvraag van de patiënt meer in samenhang worden gezien met behoeften op het gebied van bijvoorbeeld wonen, gezinssituatie, werk & inkomen en vrije tijd. Onderstaand schema laat zien hoe E-Health diensten de verschillende zelfmanagement-vaardigheden van patiënten ondersteunen.*

Empowerment

Empowerment wordt wel beschreven als een proces waarbij controle, lees zeggenschap over eigen leven, een belangrijk kernbegrip is. Empowerment wordt gezien als een proces van persoonlijk en maatschappelijk sterker worden: veerkracht ontwikkelen en macht en invloed verwerven (Jacobs 2008). Van Regenmortel (2009) voegt hier het ontwikkelen van kritisch bewustzijn en participatie aan toe. Zij omschrijft empowerment als een doorgaand versterkingsproces, waarbij men vanuit erkenning van de eigen kwetsbaarheid gefocussed blijft op je kracht en potentie. Dit komt tot uitdrukking in het proces van empowerment wat verloopt via erkenning, waardering en herkenning, naar het ervaren van succes, perspectief op weg naar een hernieuwd gevoel van eigenwaarde en regie (van Haaster 2001, Jacobs 2008). E-health kan daarbij helpen.

“Weer kunnen beschikken over mijn eigen leven”: in eerste instantie een individueel proces van toenemende zelfbeschikking, en in tweede instantie een collectief proces van emancipatie. Daarmee wordt duidelijk dat ook empowerment een individuele en een groepsdimensie kent (Boevink 2000, van Haaster 2001, Jacobs 2008, Chamberlin 1997). Empowerment op organisatieniveau heeft zijn uitwerking op de wijze waarop de zorg georganiseerd is en waarop deze door professionals verleend wordt. Een empowerende hulpverlener heeft geloof in de capaciteit tot groei van de patiënt. Zij ziet het als de taak van

hulpverleners om deze capaciteit aan te spreken, er een appel op te doen. Daarmee wordt het mogelijk om empowerende zorg te verlenen: zorg die maximaal aansluit bij de leef en betekeniswereld van de betrokkenen. Daarmee wordt dialoogsturing in de zorg het leidend principe, in plaats van aanbodsturing of vraagsturing. Dialooggestuurde zorg is gebaseerd op gelijkwaardigheid van de centrale actoren in de zorg.

2.6 Slot

Met ‘e-health’ bedoelen wij in dit onderzoek aldus het gebruik van informatie- en communicatietechnologieën, en vooral internettechnologie, in nieuwe toepassingen en of diensten die erop gericht zijn de gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren”. Onder e-mental health verstaan wij de toepassing ervan in de GGZ.

Uit dit hoofdstuk blijkt dat in een GGZ sector die sterk in beweging is, veel nieuwe toetreders kent en enorm moet bezuinigen een keur aan e-health innovaties de ronde doen. Om tal van redenen. Soms van financiële aard, dan van zorginhoudelijke aard. We kunnen de e-mental health toepassingen indelen naar aard en functie:

- Sommigen gaan meer over toegang tot informatie en zijn informerend en adviserend bedoeld. Dat gaat om websites, zelftests via internet, portals waar chats plaatsvinden en dergelijke. Ze dragen bij aan kennisontwikkeling en mogelijkheden voor de cliënt om zich te empoweren en te participeren.
- Andere toepassingen gaan over begeleiding en coaching en benaderen de patiënt als coproductent (en mede verantwoordelijk) voor zijn zorgproces. Dit gaat om App’s, alarmeringsapparaatjes, die de iPhone gebruikt. Deze dragen bij aan vormen van zelfmanagement.
- Weer andere toepassingen maken het mogelijk dat patiënt zijn zorgproces zelf regelt, leert en gewaarschuwd wordt als hij bij professionals te rade moet gaan. In dat geval is een hoog niveau van eigen verantwoordelijkheid en zelfmanagement bereikt via e-health. Dit kan gaan om de dosering van medicijnen en het zelf signaleren van negatieve prikkels via e-health. Deze dragen vooral bij aan zelfredzaamheid.

Kortom, in ons onderzoek gaan we uit van de mogelijkheden die e-mental health biedt om zelfredzaamheid te realiseren. Veelal wordt er daarbij geredeneerd vanuit de gedachte dat het van professionals en de organisatie iets vraagt en voor de patiënt iets oplevert. Op basis van dit hoofdstuk gaan wij uit van de wederkerige relatie om e-mental health tot een succes te brengen. Het vraagt iets van professionals, organisaties en patiënten. In het verdere onderzoek bekijken wat dat precies betekent.

Hoofdstuk 3

Methodologische verantwoording

“Heel vaak ondervind je in de wetenschap dat er ideeën in de lucht hangen, en dat heel wat mensen ze aanhangen, maar dat ze zelf niet doorhebben dat ze ze aanhangen. Wie deze ideeën kan laten uitkristalliseren, en niet alleen de centrale idee maar ook de implicaties ervan duidelijk kan maken, kan vaak een fantastische bijdrage leveren”.

Richard Dawkins

3.1 Inleiding

Gedurende de opstart van dit onderzoek naar e-health en de gevolgen voor de zelfredzaamheid van patiënten is besloten om dit onderzoek op interactieve wijze uit te voeren. In dit hoofdstuk zullen de gehanteerde onderzoeksmethoden worden toegelicht. Op basis van eerder afgeronde onderzoeken naar innovatie⁷ is besloten dit jaar verschillende onderzoeksmethoden te hanteren in dit verkennende voornamelijk kwalitatieve onderzoek naar e-health in de GGZ. Door gebruik te maken van meer interactieve werkvormen wordt het mogelijk onderzoek te doen op verschillende niveaus en vanuit verschillende perspectieven. De complexiteit van het onderwerp vraagt ook om een gemixte onderzoeks aanpak. Hoewel dit de methodologie van het onderzoek complexer zal maken levert het naar verwachting zeer rijke data op. Een combinatie van verschillende onderzoeksmethoden levert gefragmenteerde data op die onderling wellicht lastig te vergelijken is, maar tegelijkertijd zorgt de combinatie wel voor de mogelijkheid om in de analyse inzichten vanuit verschillende perspectieven te vergelijken. Dit levert naar verwachting een completer beeld van de problematiek rondom e-health op en zal ook aan de discussie over e-health nieuwe inzichten kunnen toevoegen. Bovendien draagt de combinatie van onderzoeksmethoden bij aan het creëren van een groter

⁷ Putters K., Janssen, M. (2011) *Investeren in innovatie: the next step*. Achtergrond documentatie bij European Health Forum 2011.

draagvlak voor de bevindingen in aanloop naar het European Health Forum 2012. Hieronder worden de verschillende onderzoeksmethoden kort toegelicht.

3.2 Documenten en literatuurstudie

E-health is een relatief nieuwe begrip, toch is er al veel onderzoek gedaan naar de ontwikkelingen en het gebruik van e-health. Het doel van de verkennende documenten- en literatuurstudie is dan ook om vooral theoretisch een beter begrip te krijgen van het concept e-health. Onderzoeksrapporten en publicaties uit wetenschappelijke tijdschriften over e-health in relatie tot zelfredzaamheid zullen worden gebruikt om te komen tot een specifiekere beschrijving en/of definitie van de begrippen innovatie en zelfredzaamheid.

3.3 Casestudie

De student Thomas van de Wel schrijft een masterscriptie voor de opleiding zorgmanagement over een specifieke e-health casus in de GGZ. Thomas onderzoekt de ontwikkeling en gebruik van een e-health innovatie bij de Parnassia Bavo groep. Zijn op innovatie gerichte onderzoek gaat nader in op de relatie tussen e-health en zelfredzaamheid van patiënten. Door deze relatie centraal te stellen onderzoekt hij niet alleen de ontwikkeling van een specifieke e-health innovatie maar levert het ook inzichten op in de wijze waarop potentiële maatschappelijke uitkomsten actief worden vormgegeven bij een innovatie. Deze casestudie zal vooral op basis van documentenonderzoek en interviews plaatsvinden. De belangrijkste bevindingen van het onderzoek van Thomas zullen in dit rapport worden meegenomen omdat het waardevolle inzichten oplevert vanuit het perspectief van de zorgorganisatie.

3.4 Interviews

Als onderdeel van de dataverzameling is er een serie van vijf semigestructureerde interviews gehouden met vooraanstaande wetenschappers binnen het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg. Allen hebben direct en/of indirect ervaring met onderzoek naar e-health en benaderen de ontwikkeling, inzet en evaluatie van e-health vanuit hun eigen expertise en onderzoeksdomein. De interviews van ongeveer 1,5 uur dienen voornamelijk twee doelen. De interviews maken duidelijk welke wetenschappelijke aspecten er aan e-health zijn verbonden en waarom e-health een interessant onderzoeksonderwerp is voor de (sociale) wetenschap. Hiermee wordt dus duidelijk een wetenschappelijk perspectief op e-health gepresenteerd. Anderzijds leveren de interviews ook inzichten op in de vele aan e-health verbonden theoretische, praktische en ethische vragen die gebaseerd zijn op eerder onderzoek naar de ontwikkeling en het gebruik van e-health. Om te zorgen dat de geïnterviewde de ruimte kreeg

om zijn kennis en ervaring te delen maar om wel controle te houden over de structuur van de interviews is gekozen voor een semigestructureerde vorm van interviews. Dit biedt de onderzoekers de mogelijkheid om controle te houden over de structuur van de interviews en tegelijkertijd laat het ruimte voor de inbreng van de geïnterviewden.

3.5 Expertbijeenkomst over e-health in de GGZ

Als onderdeel van de dataverzameling is er op 19 januari 2012 een expertmeeting georganiseerd over e-health in de GGZ. Het doel van deze expertmeeting is vooral dataverzameling geweest. De genodigden voor de expertmeeting is gevraagd eigen ervaringen met het gebruik van e-health in te brengen in de discussie. Voor de opzet van de expertmeeting is gekozen voor een groepsdiscussie / focusgroep op basis stellingen die zijn gebaseerd op voorlopige bevindingen van het onderzoek. Het geven van een korte analyse met bijbehorende stelling is als structuur voor de expertmeeting gekozen om voldoende ruimte te laten voor de inbreng van de aanwezige experts. Gezien de timing van de expertmeeting was het mogelijk om hiervoor voorlopige resultaten te gebruiken. De hoofdstructuur van de expertmeeting bestond dan ook uit het bespreken van ervaringen over wat e-health in de GGZ is, welke gevolgen het heeft voor patiënten en welke gevolgen het heeft voor professionals. De gekozen stellingen zijn bewust open en prikkelend geformuleerd om aanwezigen aan te zetten tot het inbrengen van eigen ervaringen. De expertmeeting geeft daarmee een goed inzicht vanuit de praktijk op zorginnovatie en meer specifiek op het gebruik van e-health in de GGZ en wordt daarom als waardevolle aanvulling gezien op de andere onderzoeksmethoden.

3.6 Werkbezoek

Om de betekenis van e-mental health te volgen in de praktijk zijn tevens bezoeken gebracht aan afdelingen binnen de GGZ instelling Altrecht te Zeist/ Den Dolder. Een bezoek is gebracht aan de FACT teams; FACT staat voor 'Function Assertive Community Treatment'. FACT is een bewezen effectieve werkwijze waarbij er in teamverband geestelijke gezondheidszorg wordt geboden. Het gaat om ambulante, wijk- of gebiedsgerichte zorg (crisiszorg, rehabilitatie). Daarnaast is een bezoek gebracht aan Altrecht Eetstoornissen Rintveld, waar ook met patiënten en professionals is gesproken. E-health speelt binnen Altrecht een steeds grotere rol, zo ook bij deze afdelingen. Terplekke is bestudeerd hoe medische dossiers, zelftest, e-therapie en monitoring het zorgverleningsproces en de zelfredzaamheid van patiënten beïnvloeden.

3.7 Kwantitatieve enquête onder bestuurders

Om te zorgen dat ook het perspectief van een belangrijk actor op het gebied van e-health wordt betrokken in de onderzoek is gekozen voor het uitvoeren van een kwantitatief onderzoek onder bestuurders van zorginstellingen. In feite is de ontwikkelde enquête een resultaat van dit onderzoek. Gebleken is dat e-mental health niet enkel iets vraagt van en oplevert voor patiënten en professionals, maar ook van bestuurders. Hun visie op de rol van e-mental health blijkt cruciaal. Daarom is een vragenlijst ontwikkeld die verder zal worden toegelicht in dit rapport. De vragenlijst is een instrument dat is ontwikkeld op basis van uitkomsten van dit onderzoek. Tegelijkertijd hebben we een pilot uitgezet onder TOPGGz bestuurders om een vroege versie van de vragenlijst te testen. Een meer uitgebreide versie van de vragenlijst zal in 2012 worden uitgezet onder een grotere groep bestuurders. Aldus:

1. Een korte enquête per email aan bestuurders van TOPGGz-instellingen
2. Een uitgebreide online enquête onder zorgbestuurders

Het eerste deel, de enquête onder TOPGGz-bestuurders, levert in aanloop naar het European Health Forum inzicht op in het gebruik van e-health in de GGZ. De keuze voor deze specifieke groep is gemaakt omdat hiermee innovatieve afdelingen binnen de GGZ worden bereikt waarvan wordt verwacht dat een ontwikkeling als e-health zeker een rol speelt. Met de enquête is daarmee ook perspectief van bestuurders betrokken. Deze korte enquête bevat 12 vragen die ingaan de ervaringen met e-health in de GGZ en de effecten die daarvan verwacht kunnen worden. Dit deel van de enquête dient ook duidelijk als pilot-studie voor deel 2; een uitgebreidere enquête onder zorgbestuurders.

Deel 2 van de kwantitatieve enquête bouwt voort op deel 1 en bestaat uit een uitgebreidere enquête onder zorgbestuurders. In de enquête zal nader worden ingegaan op de verwachtingen van e-health voor de toekomst maar ook in de organisatorische motivatie en effecten van het gebruik van e-health. Voor de logistieke afhandeling van deel 2 van de enquête is o.a. de medewerking van de NVZD toegezegd. In de eerste helft van 2012 de NVDZ deze enquête verspreiden onder haar leden; de bestuurders van zorginstellingen. Dit onderzoek doet een uitgebreidere meting bij een voor innovatie belangrijke doelgroep, namelijk de bestuurders van zorginstellingen, en levert dan ook waardevolle inzichten op voor verder gebruik. Vanzelfsprekend zal er in de loop van 2012 ook nader verslag worden gedaan van de bevindingen van dit deel van het onderzoek.

3.8 Internetforum

BMG wil het vorig jaar ontstane idee van een internetforum dit jaar verder proberen vorm te geven. Het doel is om een interactieve internetomgeving te maken waar gediscussieerd kan worden over stellingen die op basis van (voorlopige) onderzoeksresultaten zullen worden

ontwikkeld. Deze discussies maken het ook mogelijk feedback uit het veld te krijgen op tussentijdse uitkomsten van onderzoek en bovendien is het streven om dit internetforum een vervolg te geven na afloop van het European Health Forum. Dan is het niet enkel een platform voor discussie over e-health maar tegelijkertijd een medium voor iBMG om nieuwe onderzoeksresultaten en –bevindingen te presenteren aan een groter publiek. In de bijlage treft u een

De combinatie van onderzoeksmethoden zorgt ervoor dat de relatie tussen e-health en zelfredzaamheid vanuit vele invalshoeken wordt onderzocht. De combinatie van onderzoeksgegevens zorgt hierbij voor een grondigere onderbouwing van de bevindingen. Zoals in de beschrijving van de onderzoeksmethoden te lezen richten alle onderzoeksvormen zich ook op een andere doelgroep van betrokkenen. Met iedere onderzoeksmethode wordt daarom een ander perspectief of e-health blootgelegd, waarmee goed zicht verkregen wordt op de daadwerkelijke betekenissen ervan. De resultaten zullen dan ook een grondige en brede inkijk geven in de vele aspecten die verbonden zijn met de ontwikkeling en/of het gebruik van e-health en specifiek in de GGZ. Juist deze combinatie van perspectieven past bij de verkennende aard van het onderzoek en maakt de bevindingen interessant voor een breed publiek.

3.9 Slot: reflectie van de onderzoekers

Zoals blijkt uit de beschrijvingen hierboven is er in dit onderzoek gebruik gemaakt van een verscheidenheid aan onderzoeksmethoden. Tot slot van dit methoden hoofdstuk zouden wij hier als onderzoekers graag kort op reflecteren.

Het gebruik van meerdere methoden en het betrekken van verschillende perspectieven op e-health maakt dit onderzoek naar ons inzicht waardevol. Hoewel de logistiek en organisatie van het onderzoek veel aandacht vroeg heeft juist de combinatie van onderzoeksmethoden gezorgd voor rijke onderzoeksdata. Het is mogelijk gebleken om diepgaande inzichten over de e-health problematiek op te doen. Vooral de interactie met het veld, in zowel de interviews als bij de expertmeeting en de werkbezoeken, wordt door de onderzoekers als waardevol beschouwd. We hebben de betekenis van e-health in de GGZ daardoor namelijk kunnen duiden vanuit verschillende rollen en belangen. Het maakt duidelijk dat e-health niet enkel iets oplevert voor de patiënten en vraagt van professionals, maar ook andersom. Daarnaast bleek de rol van bestuurders en financiers van belang voor het uiteindelijk succesvol implementeren ervan. In de visie van de onderzoekers heeft dit verkennende onderzoek dan ook zeker enkele interessante thema's rondom e-health kunnen identificeren die vragen om een vervolg in zowel de onderzoekspraktijk als de zorgpraktijk.

Hoofdstuk 4

De praktijk spreekt...

“E-health is voor een middel, ook voor ons, om bij onze doelgroep een deel van de autonomie te ontsluiten. Er zitten hier iedere dag talloze mensen te wachten om geholpen te worden door een behandelaar. E-health kan de zelfredzaamheid vergroten door autonomie te faciliteren; men kan nu op eigen gekozen moment in contact kan treden”.

Fragment gesprek projectleider E-health, januari 2012

4.1. Inleiding

De hoofdvraag van dit rapport over de betekenis van e-health voor patiënten en professionals vraagt mede om een analyse vanuit de praktijk. In het kader van dit onderzoek naar e-health is er een casestudy uitgevoerd naar de ontwikkeling en effecten van het gebruik van e-health in een grote geestelijke gezondheidszorg organisatie⁸. In dit hoofdstuk wordt kort verslag gedaan van deze casestudy. Allereerst wordt een de opzet van de casestudy en de aanleiding tot het uitvoeren van de casus besproken waarna ook de casusorganisatie en de bestudeerde e-health toepassing zal worden toegelicht. Vervolgens zullen enkele voorlopige bevindingen worden gepresenteerd alvorens enkele concluderende opmerkingen dit hoofdstuk afsluiten.

4.2. De opzet van de casestudy

De Nederlandse gezondheidszorg heeft te maken met grote uitdagingen waar zij de komende jaren op moet anticiperen. De eerste uitdaging komt voort uit de economische crisis en de

⁸ Deze casestudy is uitgevoerd door de heer T. van der Wel die op basis van deze casus zijn masterscriptie voor de opleiding zorgmanagement schrijft aan het iBMG. Dit hoofdstuk is dan ook op basis van zijn scriptie geschreven. Afronding / publicatie van de masterscriptie volgt naar verwachting in de loop van februari 2012.

vertraagde economische groei, die een zware druk leggen op de stijgende zorguitgaven. Daarnaast is de zorgvraag zelf aan het toenemen en onderhevig aan verandering. Tevens zijn de mogelijkheden van diagnostiek, behandeling en zorg toegenomen en ontstaat er een nadrukkelijke vraag naar deze mogelijkheden. Ten slotte heeft de gezondheidszorg te maken met een oplopend tekort aan gekwalificeerd zorgpersoneel. Deze vier uitdagingen zijn in interactie met elkaar en vragen om een integrale aanpak voor de komende jaren (RVZ, 2010). In de huidige politieke en maatschappelijke discussie over de houdbaarheid van de zorg en de (aankomende) bezuinigingen ligt er daarom meer nadruk op zorgvernieuwing en is het relevant om te kijken naar de mogelijkheden van zorginnovaties.

Een specifieke sector die door politieke, financiële en maatschappelijke ontwikkelingen onder druk staat is de geestelijke gezondheidszorg (de GGZ). Deze sector heeft te maken met geplande beleidswijzigingen (GGZ Nederland, 2011) en andere pogingen vanuit de overheid om grote kostenbesparingen te realiseren. De verschillende betrokken partijen zijn in overleg over de wijze waarop de budgetverlaging kan worden doorgevoerd en vertaald kan worden in de praktijk. Deze druk tot kostenbesparing dwingt de GGZ tot innovatie in de behandelmethoden. Een vaak terugkomend begrip hierbij is de discussie rondom 'e-health'. E-health, het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren, wordt binnen de GGZ aangeduid met 'e-mental health'. De GGZ loopt qua implementatie van e-health voorop: het gebruik van e-health in de GGZ is de afgelopen jaren flink gestegen. Hoewel het aantal cliënten wat deels of volledig via e-health interventies wordt behandeld groeit, blijft het een klein deel van het totaal aantal patiënten in de GGZ. Een verdere groei is wel aannemelijk. Zo gaf GGZ Nederland in 2010 aan dat e-mental health een van de pijlers is voor toekomstig beleid. De verwachtingen rondom e-health zijn hoog; kosten kunnen worden bespaard; het biedt een antwoord op personeelstekorten en de zelfredzaamheid van patiënten kan worden vergroot.

Ondanks de grote potentie roept deze ontwikkeling ook veel vragen op over de maatschappelijke waarde van e-health en de benodigde condities om e-health te stimuleren. Het doel van deze casestudy binnen het onderzoek is om de ontwikkeling en implementatie van e-mental health innovaties in de geestelijke gezondheidszorg inzichtelijk maken en de betekenis voor de zelfredzaamheid van de cliënt/patiënt te laten zien. De hoofd- en deelvragen die in dit onderzoek centraal staan zijn:

Welke betekenis hebben e-mental health innovaties voor de zelfredzaamheid van de cliënt/patiënt?

1. Wat zijn e-mental health innovaties?
2. Wat wordt verstaan onder zelfredzaamheid van de cliënt/patiënt?
3. Waar en op welke wijze vindt ontwikkeling, implementatie en sturing plaats van e-mental health innovaties binnen de geestelijke gezondheidszorg?
4. Welk effect heeft het gebruik van e-mental health innovaties op de zorgaanbieder?
5. Welke veranderingen ontstaan in de rolverdeling van de cliënt/patiënt door de inzet van e-mental health innovaties?

In het afstudeeronderzoek wordt gebruik gemaakt van een kwalitatieve onderzoeksopzet; namelijk de casestudy. De casestudy is een geëigende methode om de praktijk van e-health in kaart te brengen en de gevolgen voor de cliënt en professional in kaart te brengen. De casestudy wordt uitgevoerd binnen een grote GGZ-instelling; Parnassia Bavo Groep. Door de ontwikkeling en het gebruik van e-mental health binnen de micropraktijk te bestuderen wordt antwoord gegeven de onderzoeksvragen van deze casestudy. Om tot een antwoord te komen wordt gebruik gemaakt van verschillende methoden van dataverzameling: documenten- en literatuurstudie, semigestructureerde interviews met managers, teamleider en behandelaren en observaties bij presentaties aan medewerkers en cliëntenraad en tijdens trainingen aan behandelaren. Inzichten vanuit de casestudy zullen verder worden bestudeerd aan de hand van interviews met deskundigen op het gebied van e-health buiten de casusorganisatie.

4.3. De casus

Hieronder volgt een beschrijving van zowel de bestudeerde e-health toepassing en de casusorganisatie. Allereerst zal een beschrijving worden gegeven van de organisatie waar deze casestudy heeft plaatsgehad, daarna zal ook de innovatieve e-health toepassing die centraal stond in deze case worden toegelicht.

4.3.1. De Parnassia Bavo Groep



Figuur 2: Parnassia Bavo Groep en de acht aangesloten zorgbedrijven

De Parnassia Bavo Groep (PBG) is een bovenregionale zorginstelling op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg. De PBG bestaat uit acht zorgbedrijven en twee ondersteunende bedrijven die actief zijn in verschillende kernregio's (Haaglanden, Rijnmond, Zeeland en Noord-Holland). Hoewel ieder bedrijf van de PBG zijn eigen specialisatie kent biedt PBG een breed palet aan psycho-medische zorg, van meer algemene psychische behandelingen tot begeleid wonen en van forensisch intensieve zorg tot interculturele psychiatrie. Met meer dan 15 locaties is PsyQ de grootste partner binnen PBG. PBG wil als vernieuwende GGZ-instelling koploper zijn op het gebied van innovatie, waar ook e-health onder valt, en legt daarbij de nadruk op kwaliteit. PBG heeft daarom besloten in het beleid te kiezen voor heldere specialisaties en de topklinische GGZ. In de zorgbedrijven bundelt PBG de specialismen die gezien hun methode en/of doelgroep aan elkaar verwant zijn, samenhang vereisen, en elkaar in de ontwikkeling en uitvoering van de zorg kunnen versterken. Naast het verlenen van zorg is PBG ook gericht op het vergroten van de wetenschappelijke kennis.

De PBG ziet in e-health een waardevolle ontwikkeling omdat het de organisatie kan helpen een antwoord te vinden op de opgaven waar de GGZ, en de PBG specifiek, in de komende jaren voor staat. Zo wordt in interne bedrijfsplannen benadrukt dat de PBG bij een toenemende vraag naar zorg te maken zal krijgen met tekorten op de arbeidsmarkt. Bovendien zijn financiële middelen beperkt en stelt de omgeving steeds hogere eisen aan de GGZ zorg. Dit dwingt de PBG om meer en meer te concurreren om toekomstig personeel en om de gunst van patiënten en financiers. Gegeven deze situatie ziet de PBG mogelijkheden om, mede door een grotere inzet van e-health, de zorg te moderniseren, de kwaliteit te kunnen verbeteren en de benodigde personele inzet te verlagen. De PBG ziet in e-health volop mogelijkheden om aan deze doelstelling te voldoen. E-health wordt door de PBG groep gezien als een belangrijke innovatieve beweging, ook gezien maatschappelijke ontwikkelingen zoals een maatschappij die digitaliseert (bijna 93% van de Nederlanders maakt momenteel gebruik van

internet CBS 2010). Bovendien leidt de inzet van e-health mogelijk tot kostenbesparingen en kan het deels een antwoord zijn op toekomstige personeelstekorten. Tot slot ziet de PBG groep ook potentie in e-health omdat het zowel de patiënt als de professional kan versterken: voor patiënten kan het bijdragen aan het een betere regierol in eigen zorgproces en voor de professional kan het ook efficiency winst betekenen.

De belangrijkste innovatie op het gebied van e-health van de PBG groep bestaat uit een gemeenschappelijk digitaal platform, het zogenaamde ‘e-health-warenhuis’ (EHW) waar alle zorgbedrijven hun online aanbod gestructureerde aanbieden. Het EHW wordt in de volgende paragraaf nader toegelicht.

4.3.2. De innovatieve e-health toepassing

Sinds eind 20120 beschikt de Parnassia Bavo Groep over een EHW met algemene modules, geschikt voor uiteenlopende doelgroepen maar gekoppeld aan specialistische internetbehandelingen en aan het ‘reguliere’ zorgaanbod. De koppeling in het EHW zorgt ervoor dat er gewerkt wordt met één kwaliteitsniveau. Via een gepersonaliseerde startpagina in het EHW worden alle relevante functies, informatie, behandelingen, contactmogelijkheden, aan de patiënt gepresenteerd. Het aanbod van zorg in het EHW is onder te verdelen in drie groepen: zelfhulp, online behandeling en combibehandelingen.

De zelfhulp groep bestaat uit verschillende online behandelmodules die de patiënt zelfstandig doorloopt, zonder interventies van een behandelaar. Het aanbod van zelfhulpmodules bestaat uit assertiviteitstraining, dagboek, slaaptraining, piekertraining, gelukswijzer en bijvoorbeeld vragenlijsten over opvoeding en gemoedstoestand. De zelfhulpmodules worden door een behandelaar online beschikbaar gesteld voor individuele cliënten, maar cliënten kunnen op eigen initiatief starten met een module. De online behandeling bestaat uit uitsluitend online begeleiding van een behandelaar. Op dit moment zijn er twee zorgbedrijven met deze 100% online behandelingen actief, deze zijn gericht op behandeling van verslavingsproblematiek en zelfbeschadiging. Tot slot is er de combibehandeling waarin een reguliere behandeling wordt gecombineerd met online elementen. Deze zogenaamde ‘hybride’ vorm van behandelen wordt aangeboden voor uiteenlopende problematiek.

Het EHW is een geheel door PBG bedachte maar in een samenwerkingsverband ontwikkelde e-health toepassing. De ontwikkelperiode van 2008 tot 2010 werd gevolgd door een

testperiode waarin 5 trials met meer dan 1000 cliënten zijn uitgevoerd⁹. Feedback vanuit deze trials had voor PBG een belangrijke rol bij het doorontwikkelen van de verschillende modules.

4.4. Voorlopige resultaten

Op basis de verschillende onderzoeksmethoden die in deze casestudy zijn gebruikt worden in deze paragraaf enkele voorlopige inzichten gepresenteerd, onderverdeeld naar drie onderwerpen: de ontwikkeling van de e-health toepassing, de effecten en overige bevindingen.

4.4.1. Ontwikkeling

Hoewel de start van het EHW betekende dat e-health voor het eerst op grote schaal werd toegepast binnen PBG was het niet de start van het gebruik van e-health. Binnen afzonderlijke zorgbedrijven waren al innovatieprocessen rondom e-health gestart of daadwerkelijke al modules in gebruik. Het gebruik van e-health heeft zich ontwikkeld in ongeveer 10 jaar tijd van het online invullen van vragenlijsten tot het aanbieden van complete online behandelingen. Een intern belangrijk moment kwam in 2007 toen er specifiek voor e-health geld werd vrijgemaakt om aan ontwikkeling te werken. Een ander belangrijk moment was de start van het servicebureau ‘team e-health’ (TEH). Tot op de dag van vandaag is het TEH verantwoordelijk voor alle activiteiten op het gebied van e-health: van de ontwikkeling tot het beheer van modules en van training aan professionals tot promotie. Het team vormt daarmee de spil voor e-health in de gehele PBG groep. Toch zijn de professionals zelf de belangrijkste actoren die de inhoud van modules ontwikkelen. Zij hebben, vanwege hun inhoudelijke kennis de leiding in de ontwikkeling van nieuwe modules. Zowel de betrokkenheid van de professionals als de oprichting van het TEH laten de sterke strategische keuze voor e-health binnen de PBG zien. Grote spelers, zoals de PBG, zijn in tegenstelling tot vele andere partijen in de GGZ in staat de ontwikkeling van techniek en inhoud zelf uit te voeren. De interne structuur van PBG, zoals hierboven beschreven, stelt hen in staat relatief snel en gemakkelijk een nieuwe module op te zetten, ook voor relatief kleine cliëntengroepen¹⁰. Mede door

⁹ Een opvallend resultaat van deze pilots was dat in de eerste trial in totaal één van de 30 ‘uitgenodigde’ cliënten de e-health behandeling afmaakte. Dit bleek een vrouw van boven de 70 jaar te zijn die voor het eerst gebruik maakte van een computer. In de 4e en 5e trial lag het percentage cliënten die de trial afmaakten boven de 25% .

¹⁰ Zo is er binnen Parnassia een behandelaar gespecialiseerd in de geestelijke gevolgen van tinnitus (oorsuizen). Deze behandelaar is op eigen initiatief hiervoor een module gaan ontwikkelen in samenwerking met TEH. Deze module wordt momenteel in het EHW aangeboden.

georganiseerde inspraak momenten vanuit de cliëntenraad is PBG in staat vanuit een vraaggerichte invalshoek te werken aan e-health.

PBG probeert zowel behandelaren als cliënten actief te enthousiasmeren voor het gebruik van e-health modules in de behandelingen. Het actief stimuleren van professionals is nodig wegens een ervaren weerstand die wordt ingegeven door een zekere behoudendheid t.o.v. vergaande veranderingen in de handelswijze. Het belangrijkste instrument hierbij is communicatie; zo bestaat er bij behandelaren een verkeerd beeld van het computergebruik onder cliënten¹¹. Het actief stimuleren van cliënten om gebruik te maken van e-health bestaat voornamelijk uit het informeren over de mogelijkheden direct aan cliënten maar ook via de behandelaars. Uit cijfers blijkt dat deze acties al deels effect hebben gehad: in 2011 is het aantal cliënten van EHW gestegen van enkele honderden naar enkele duizenden. Toch gaat dit slechts over een paar procent en is de doelstelling om aan het eind van 2013 in alle ambulante behandelprogramma's e-health modules te gebruiken nog ver weg.

Tot slot is ook de samenwerking bij de ontwikkeling en het gebruik van het EHW van groot belang geweest. De specialistische kennis van de verschillende zorgbedrijven binnen de PBG groep worden gebundeld om nieuwe modules te ontwikkelen. Ook worden ervaringen gedeeld om meer inzicht te krijgen in de effecten van het gebruik van bestaande modules. Naast deze interne samenwerking is externe samenwerking ook van belang voor PBG, mede omdat PBG wordt gezien als een koploper op het gebied van e-health in de GGZ. Kennisdeling ziet PBG dan ook als haar maatschappelijke verantwoordelijkheid om gezamenlijk e-health een stap verder te brengen. Om in een markt met toenemende concurrentie toch de rol van koploper te behouden richt de samenwerking zich vooral op het gebied van techniek; de inhoud en wijze van gebruik van e-health wordt eerder als concurrentiegevoelige informatie aangemerkt. Het is echter niet uitgesloten dat andere instellingen tegen vergoeding e-health interventies over zullen gaan nemen.

4.4.2 Effecten voor professionals en patiënt

Over het algemeen wordt aangenomen dat e-health innovaties een bijdrage kunnen leveren aan het vergroten van de zelfredzaamheid van de patiënt en aan de kwaliteit van het werk van professionals. In deze paragraaf worden enkele effecten van de bestudeerde e-health

¹¹ Zo zijn behandelaren ervan overtuigd dat ouderen en computers geen gelukkige combinatie zijn. Feiten liggen echter anders. Sinds 2005 is er een verdubbeling van het aantal 65+'ers die gebruik maken van internet (CBS 2011).

applicatie besproken zoals die in de casestudy naar voren kwamen. Deze worden onderverdeeld in effecten voor de behandelaar/organisatie en effecten voor de cliënt.

Effecten organisatie en behandelaar

Uit de gesprekken bij PBG blijkt dat het gebruik van e-health kan leiden tot een grotere efficiëntie van behandelingen. Het feit dat de cliënt in zijn eigen omgeving aan de slag gaat, levert ook voor de behandelaar tijdswinst op. Dit voordeel zit vooral in de toegenomen vrijheid van de planning van werkzaamheden. Beide partijen, zowel de patiënt als de professional kan op voor hem geschikte momenten data invoeren en verwerken. Ook is de verwachting dat doelmatigheidsverliezen (de no-shows) zullen afnemen als e-health meer wordt gebruikt. Zowel de behandelaar als de cliënt kunnen zich door gebruik te maken van e-health beter voorbereiden op face-to-face contacten door gerichtere vragen te stellen: “Deze punten van de behandeling zijn duidelijk voor mij online, maar deze twee punten wil ik nog even met u (de behandelaar) bespreken”. Bijkomende voordelen zijn dat e-health de aanwezige motivatie van cliënten versterkt en dossierbeheer makkelijker wordt. Dit alles betekent dat combibehandelingen met e-health de behandelingen korter en effectiever kunnen maken. Een ander voordeel voor behandelaars is dat het lijkt alsof de therapietrouw bij online behandelingen groter is dan bij de traditionele face-to-face contacten. Dit zal op termijn hoogstwaarschijnlijk resulteren in betere scores op uitkomstmaten voor kwaliteit van de aangeboden behandelingen. Ook het feit dat de ‘bestede tijd aan een cliënt’ toeneemt in verhouding tot de indirecte tijd wordt als voordeel gezien. Nieuw en nader onderzoek is echter nodig alvorens iets definitiefs over kosteneffectiviteit kan worden gezegd. Tot slot werden ook de toegenomen noodzaak tot samenwerking en de mogelijkheid om professionals te binden als voordeel van e-health gezien. Daar waar behandelaars bij de traditionele manier van zorg voorheen vooral gericht waren op het verbeteren van hun persoonlijke behandeling ‘verplicht’ e-health tot samenwerken aan één online product. Daarnaast draagt de mogelijkheid om eigen modules te ontwikkelen voor professionals bij aan de werkbeleving. De ruimte om eigen initiatieven te ontplooien en inspanningen te verbinden aan concrete nieuwe modules kan zo de verbondenheid van de organisatie met de professional versterken.

Naast de voordelen voor de professionals biedt het gebruik van de EHW ook voordelen voor de organisatie. Het gebruik van EHW geeft namelijk de beschikking over waardevolle managementinformatie; het is door het gebruik van e-health beter mogelijk om probleemgevallen te identificeren en daar de behandeling op te focussen. Een ander voordeel is dat behandelingen via e-health ook op een bepaalde manier meer gestandaardiseerd plaatshebben waardoor het opzetten en onderhouden van kwaliteitssystemen eenvoudiger wordt. Bovendien zorgt het ontwikkelen van duidelijke protocollen, een vereiste om e-health

modules te laten werken, voor meer standaardisatie wat op organisatieniveau winst kan opleveren. Een potentieel gevaar wat hierin schuilt, is wel dat het sturen op afname in face-to-face contacten door professionals als inperking van hun vrijheid kan worden geïnterpreteerd. Vandaar dat ook om de impact op de organisatie in te schatten de betrokkenheid van professionals van belang blijft.

Effecten voor cliënten

Het gebruik van e-health kan ook efficiëntievoordelen opleveren aan de kant van de cliënt. Door de patiënt (gedeeltelijk) online zijn behandeling te laten uitvoeren zijn er minder face-to-face contacten nodig en dat levert dus een tijdsinstaat op voor de cliënt. Bovendien is er in face-to-face contacten vaak sprake van ‘verloren tijd’ die niet effectief aan behandeling wordt besteed. Bovendien kan de grotere mate van anonimiteit ervoor zorgen dat bepaalde cliënten eerder kiezen om over te gaan tot behandeling. Naast efficiencywinst is het belangrijkste voordeel voor patiënten dat het gebruik ervan de regierol van de cliënt kan versterken. E-health maakt de cliënt minder afhankelijk van de beschikbare tijdstippen van de behandelaar. Bovendien bemenken behandelaren binnen PBG een significante verbetering in de manier waarop cliënten met hun eigen problematiek omgaan; ze zijn zelfstandiger en beter in staat te reflecteren op eigen functioneren. De regierol van de cliënt wordt tevens vergroot doordat de cliënt de mogelijkheid krijgt om op eigen initiatief zelfhulpmodules te starten of te kiezen voor een andere e-health module. Door de cliënt de mogelijkheid te geven om zelf andere modules te starten of aan te vragen, kan de vaak onderliggende problematiek mogelijk sneller naar voren komen, zeker wanneer er sprake is van zogenaamde comorbiditeit. Tot slot biedt e-health ook de mogelijkheid om de regierol van de patiënt in een vroeg stadium, zelf voor behandeling, te vergroten. E-health ondersteunt het vergroten van de transparantie van aanbod van behandelingen. Door uitleg over de mogelijke behandelvormen op internet is het voor de potentiële cliënt beter mogelijk een afgewogen keuze te maken voor een bepaalde aanbieder. Tot slot vormt de EHW voor patiënten ook de toegang tot betrouwbare informatie over ziektebeelden en behandelopties. Het EHW bevat een bibliotheek die voor cliënten is in te zien. Behandelaren merken dat cliënten beter op de hoogte zijn van hun eigen problematiek, en de bibliotheek gebruiken om informatie nog eens na te lezen. Beide komt de effectiviteit van de behandeling ten goede.

4.4.3 Overige bevindingen

Naast de inzichten in de ontwikkeling en het gebruik van de e-health toepassing kwamen er in de casestudy nog andere onderwerpen naar voren die in deze paragraaf kort zullen worden toegelicht. Het gaat om hier om veiligheid, diagnostiek, beperkingen & condities en een toekomstperspectief.

- *Veiligheid:* Naast patiëntveiligheid speelt bij e-health ook informatieveiligheid een grote rol. Het gebruik van e-health toepassingen is gebaseerd op uitwisseling en opslag van data. Hiervoor dienen wet- en regelgeving en richtlijnen gevolgd te worden. Binnen de PBG worden alle ICT systemen en ook de e-health toepassingen door externe partijen getest om zo de informatieveiligheid en privacy te waarborgen. Ook bij e-health heerst er altijd een spanning tussen de gebruiksvriendelijkheid en veiligheid bij systemen; sommigen spreken van een ‘trade-off’ tussen eenvoudige informatieverspreiding en privacy & veiligheid.
- *Diagnostiek:* Het online diagnosticeren van cliënten gebeurt via vragenlijsten met ingebouwde momenten waarop een behandelaar wordt ingelicht om te besluiten of het op basis van het ingevulde nodig is over te gaan op een face-to-face contact. De betreffende problematiek is hier bepalend voor de vervolgstappen.
- *Beperkingen en condities:* Beperkingen van het gebruik van e-health interventies ontstaan zowel aan de kant van de cliënt als de behandelaar. Zo ligt bij cliënten met specifieke problematiek, zoals verslavingsproblematiek, het internetgebruik erg laag. Ook voor behandelaren is een basiskennis van computers gewenst en geldt als conditie om juist gebruik te kunnen maken van e-health. Beide vraagt om actie van de organisatie om e-health gebruik verder te stimuleren.
- *Toekomst:* Uit de casestudy bij PBG blijkt dat niet enkel de beschikbaarheid over een technologie zorgt voor een betere zorg. De toepassing geeft de daadwerkelijke doorslag of e-health kan bijdragen aan bijvoorbeeld het vergoten van de zelfredzaamheid van cliënten. Het is de verwachting van PBG dat e-health binnen enkele jaren breed zal worden toegepast in de gezondheidszorg wat betekent dat het overgrote deel van de behandelingen zal zijn omgevormd naar online behandelingen. Natuurlijk wel afhankelijk van de onderliggende problematiek en specifieke doelgroep. PBG werkt actief aan het doorontwikkelen van de e-health mogelijkheden; zoals het mobiel beschikbaar maken van e-health apps en modules. Ook wordt gekeken of en hoe andere zorgaanbieders toegang kunnen krijgen tot het EHW om zo integrale zorgverlening aan cliënten te stimuleren. Tot slot verwacht PBG veel van zogenaamd online lotgenotencontact als instrument in een behandeling.

4.5 Analyse en vervolg

Zoals eerder gemeld vermeld dit hoofdstuk enkele voorlopige bevindingen van de casestudy bij de e Parnassia Bavo Groep naar de ontwikkeling en gebruik van een e-mental health toepassing. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met enkele concluderende opmerkingen:

- E-health wordt in de GGZ al geruime tijd ingezet omdat het laat zien dat er zowel voor patiënten als voor behandelaren vele voordelen aan kunnen zitten.
- E-health lijkt de meest positieve uitwerking te hebben als het in combinatie met standaard face-to-face behandelingen wordt geïmplementeerd.
- Naast het feit dat e-health voordelen biedt voor zowel patiënt als professional is er bij grootschalig gebruik van e-health ook op organisatieniveau veel winst te boeken.

Deze casestudy is het belangrijkste element van een afstudeerscriptie voor de masteropleiding zorgmanagement aan het iBMG. De komende maand zal worden benut om verder analyse op de onderzoeksdata te doen om zo tot definitieve rapportage te komen. Indien u geïnteresseerd bent in het vervolg van dit onderzoek verwijst ik u naar de contactgegevens van de heer Thomas van der Wel.

Hoofdstuk 5

De wetenschap spreekt...

“E-health is een containerbegrip begrip geworden voor allerlei ontwikkelingen waarvan sommige al 30 jaar geleden in gang zijn gezet. Containers dragen echter niets bij aan gezondheid; de waarde van e-health zit in het gebruik en het laten zien van de wereld achter de toepassing”.

*Wetenschapper tijdens interview met iBMG,
januari 2012*

5.1 Inleiding

De hoofdvraag van dit rapport over de betekenis van e-health voor patiënten en professionals vraagt mede om een analyse vanuit wetenschappelijk perspectief. In dit hoofdstuk worden de belangrijkste wetenschappelijke inzichten over de relatie tussen e-health en de positie van de professionals en patiënten belicht¹². De onderstaande tabel geeft de structuur van de interviews weer op basis waarvan de dataverzameling in dit hoofdstuk voornamelijk is gebaseerd.

¹² Dit hoofdstuk is gebaseerd op wetenschappelijke literatuur en interviews met vijf wetenschappers binnen het iBMG. Zie hoofdstuk 3 voor een uitgebreidere beschrijving en zie bijlage 1 voor een overzicht van de geïnterviewde wetenschappers. Gezien de uiteenlopende expertise van de wetenschappers zijn de gesprekken voornamelijk over e-health in het algemeen gegaan en is er soms specifiek aandacht besteed aan e-mental health.

Tabel 2: Structuur van de interviews / topics

2	Topic	Beschrijving
1	Definitie en typering	Doel is om vast te stellen hoe e-health vanuit verschillende wetenschappelijke disciplines wordt gedefinieerd en welke typering en/of classificaties ervan in gebruik zijn.
2	Voorbeelden	Doel is vooral het identificeren van succesvolle en minder succesvolle voorbeelden van e-health waar de wetenschappers mee bekend zijn.
3	Onderzoek	Doel is om de ervaring met onderzoek naar / over e-health te bespreken. Hiermee werd meer inzicht verkregen in welke wetenschappelijke thema's er verbonden zijn aan e-health.
4	Conditie en Belemmeringen	Doel is om inzicht te krijgen in de condities waaronder veranderingen door e-health plaatsvinden en welke typen condities te onderscheiden zijn, zowel op organisatie- als op systeemniveau.
5	Effecten	Doel is vast te stellen welke effecten e-health volgens de geïnterviewde (in potentie) heeft op de zelfredzaamheid van patiënten en de benodigde rol- en taakverdeling voor implementatie.
7	Tips	Doel is om relevante tips te krijgen voor het onderzoek naar e-health. Te denken valt aan literatuur, vakpublicaties en andere experts die ons inzicht in het onderwerp kunnen verdiepen.
8	Verwachtingen en Toekomst	Doel is om de verwachtingen m.b.t. e-health te bespreken en om de visie op e-health door te trekken naar de toekomst en in te schatten welke rol e-health heeft in de zorg van 2040.

Grofweg kan het wetenschappelijke discours worden ingedeeld in de definitie en typering van e-health; de ethische en normatieve aspecten die verbonden zijn aan de ontwikkeling en het gebruik van e-health; de systeemfouten en -condities die nodig zijn voor succesvolle toepassing van e-health en tot slot de huidige stand van zaken in relatie tot de toekomstverwachtingen bij e-health. Deze vier thema's zullen in afzonderlijke paragrafen worden beschreven. Deze paragrafen bevatten dus mede een weergave van de interviews waarbij op uitdrukkelijk verzoek de bevindingen niet zijn terug te herleiden tot een individu.

5.2. Definitie en typering van e-health

In de huidige politieke en maatschappelijke discussie is e-health een containerbegrip geworden. Het voordeel hiervan is dat het concept actueel en voor veel mensen interessant is

om over mee te praten, terwijl het nadeel is dat de discussie vaak aan duidelijkheid verliest. E-health lijkt daarmee zelfs geworden tot een ‘echte hype en ‘label’ of ‘tool’ voor de bühne’, aldus een van onze respondenten. Het feit dat e-health teveel gebruikt wordt als containerbegrip benadrukt de noodzaak goed duidelijk te maken waarover het gaat in de discussies omtrent e-health.

Er zijn veel verschillende definities in omloop, toch wordt de definitie van de RVZ veelvuldig gebruikt: “E-health is het gebruik van informatie- en communicatietechnologie, en vooral internettechnologie, in nieuwe toepassingen en/of diensten die erop gericht zijn de gezondheid en de gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren”. Hoewel dit voor beleidsmakers een werkzame definitie is hebben we in dit onderzoek gevraagd om de definitie minder abstract te maken door te zoeken naar onderscheidende elementen en bruikbare typeringen voor e-health. Dit geeft meer inzicht in de veelheid aan toepassingen die als e-health gelabeld worden en gaat daarmee voorbij aan de veelgehoorde constatering dat de ideale definitie van e-health niet bestaat. In plaats van te proberen te komen tot een volledig overzicht van e-health in de GGZ is daarom onderscheid gemaakt naar onderscheidende eigenschappen/principes en typeringen als stap in een verdere analyse van wat e-health is.

E-health is volgens sommigen enkel een nieuw begrip voor een ontwikkeling die we al meer dan 30 jaar zien, namelijk de verdere introductie van IT en/of ICT in de zorg. Ook wordt wel gesuggereerd dat er iedere 10 jaar een ander begrip ‘in de mode’ is voor soortgelijke ontwikkelingen: van IT naar ICT naar telemedicine naar e-health. In de interviews kwamen echter toch elf onderscheidende elementen van e-health naar voren. De volgende onderscheidende elementen kwamen in het wetenschappelijk perspectief op e-health naar voren:

E-health...

- ...geeft per definitie de patiënt een andere en grotere rol
- ...is meer dan techniek of technologie alleen
- ...gaat altijd ook over effecten in een niet te onderschatten context
- ...is interactiever dan gewone ICT
- ...is de inzet van elektronica voor ‘gezondheid’ in plaats van voor ziekte
- ...heeft een verplaatsing uit de traditionele locatie van zorgverlening in zich
- ...is gebaseerd op de (on)mogelijkheden van het internet
- ...zorgt voor indirect contact tussen zorgvragen en –zorgverlener
- ...gaat over het benutten van mogelijkheden tot opschaling
- ...gaat over het benutten van de mogelijkheden die data biedt

In onze analyse komt naar voren dat e-health intrinsiek verbonden lijkt met een verplaatsing in de letterlijke en figuurlijke betekenis van het woord. E-health biedt mogelijkheden om letterlijk de fysieke plaats van zorgverlening te veranderen. Van het ziekenhuis of de behandelkamer van de specialist naar de thuisomgeving. Daarnaast is er ook sprake van een figuurlijke verplaatsing in de rol van patiënten. E-health biedt mogelijkheden om de behandeling thuis te brengen en daarmee de rol en verantwoordelijkheden van patiënten en professionals in het zorgproces te veranderen. Bij beide verplaatsingen is er dus sprake van een verandering en verschuiving van passende rollen en verantwoordelijkheden. Dit is dan ook een onderscheidend element van e-health in relatie tot reguliere ICT.

In de zoektocht naar een duidelijker beeld van wat e-health is, hebben we ook aandacht besteed aan bruibare typeringen voor e-health toepassingen. Typeringen of typologieën zijn vooral bedoeld om overzicht te scheppen in de enorme hoeveelheid aan toepassingen die er onder de noemer e-health worden ontwikkeld. De wetenschappers die wij als respondenten bij dit onderzoek spraken zijn bevraagd op het gebruik van typeringen in hun eigen werk. De respondenten geven zes mogelijke typeringen aan:

- *Functie en doel*¹³ De belangrijkste en meest genoemde indeling is gebaseerd op de zorgfunctie: e-health kan namelijk vele verschillende doelen dienen. Van het maken van online afspraken tot het online delen van informatie en ervaringen, van het onderhouden van online ‘communities’ tot het inzetten van gezondheidsinformatie voor ‘public health’ en van het online behandelen in de GGZ tot het monitoren van de gezondheidstoestand op afstand. E-health toepassingen verschillen daarmee in de functie waar het voor is ingezet.
- *Doelgroep*¹⁴: Alle wetenschappers benadrukken dat de effecten van e-health per doelgroep zullen verschillen. Niet alleen de acceptatie maar ook de verwachtingen, het gedrag, de effecten en de evaluatie van de hele e-health toepassing zijn afhankelijk van de doelgroep, zowel patiënten als professionals, waar de e-health toepassing zich op richt. De doelgroep wordt daarmee, overigens net als de functie, als bepalend gezien voor de effecten van het gebruik van een bepaalde e-health toepassing.
- *Type patiënten*: Het ziektebeeld is bepalend voor de wijze waarop een e-health toepassing zal worden gebruikt. Het maakt nogal verschil of e-health ingezet wordt voor en door een chronische zieke of bij het behandelen van een geestelijke aandoening.

¹³ Het is overigens heel goed mogelijk dat een e-health toepassing verschillende functies bediend.

¹⁴ Het is overigens heel goed mogelijk dat een e-health toepassing verschillende doelgroepen bediend.

- *Bestaande of nieuwe relaties*: Zeker gezien de soms aanwezige twijfel over de kosten en opbrengsten van e-health is het relevant om te bezien of een e-health toepassing enkel ondersteuning biedt in een bestaande behandeling of zorgrelatie of dat het nieuwe relaties of behandelingen mogelijk maakt.
- *Gebruik*: E-health applicaties kunnen op verschillende wijzen worden gebruikt. Zo is het mogelijk dat het puur wordt ingezet om technologie in de zorg te introduceren, of dat het instrumenteel wordt ingezet om een niet zorginhoudelijk doel te bereiken (bijvoorbeeld om positieve publiciteit te genereren), dat het dient om zorgverlening zelf te veranderen of dat het wordt ingezet als instrument op de publieke gezondheid te versterken.
- *Tijd*: Dit is een onderscheidend element in e-health op twee manieren. E-health toepassingen verschillen in de fase van ontwikkeling waar ze zich in bevinden: variërend van ideevorming tot structureel ingebed. Maar ook de tijd die het patiënten en professionals kost om met de toepassing te werken kan enorm uiteenlopen.

Uit de analyse van de interviews over de aard en definitie van e-health volgt dat het meer dan wenselijk is om te komen tot een specifiekere duiding van het e-health begrip. Hierdoor is het van belang om te zoeken naar onderscheidende dimensies, zoals hierboven genoemd en naar werkzame typologieën. Echter de hoofdboodschap is dat e-health pas betekenis krijgt zodra het empirisch wordt gemaakt. Om beter te begrijpen wat e-health is, is het dus van belang om naar de praktijk te kijken. De praktijk van gebruik is veelal relationeel daarmee ook belangrijk voor de definitie van e-health.

5.3. De ethische en normatieve aspecten van e-health

In de interviews werd veelvuldig benadrukt dat e-health behalve vaak een technologische vraag ook vele normatieve en ethische vragen oproept. Zowel in de maatschappelijke als in de wetenschappelijke discussie is er echter een gebrek aan aandacht voor deze aspecten van e-health. Deze paragraaf staat daarom uitgebreid stil bij de normatieve aspecten van e-health.

Allereerst wordt benadrukt dat ook de sociale gevolgen van e-health in de discussie en evaluatie meegenomen moeten worden omdat e-health de rol van ziekte in iemands leven kan veranderen waardoor de impact groter is dan enkel een andere vorm van behandeling. E-health heeft niet alleen de voor de hand liggende medische consequenties en de menselijke kant van (gebruik van) technologie wordt nogal eens onderschat. Nuance is noodzakelijk volgens de geïnterviewden. Dit is overigens niet in strijd met een bepaald geloof in de belofte en mogelijk positieve gevolgen van de inzet van e-health. De snelheid van technologische ontwikkeling dwingt ons echter om na te denken over de brede impact die het kan hebben. Zonder nuance over de rol die technologie speelt kan deze belofte alleen verzanden in

medicalisering en teleurstellingen over onvoldoende gerealiseerde effecten. Het feit dat men het *e-health* noemt suggereert ook dat het gaat om *health* en dus de rol van gezondheid in iemand leven. Zodra wordt erkend dat e-health meer is dan techniek alleen en dat het per definitie raakt aan het leven van de patiënt moet je soms de belofte loslaten.

Ten tweede wordt veelvuldig gesteld dat er bij de discussies over e-health een gebrek aan nuance is over de effecten van e-health op zelfredzaamheid. E-health dient een ‘finetuning’ van de behandelrelatie te veroorzaken en niet direct alle verantwoordelijkheid bij de patiënt neer te leggen omdat zelfredzaamheid niet hetzelfde is als eigen verantwoordelijkheid. De geïnterviewden observeren dat zelfredzaamheid momenteel teveel gezien wordt als equivalent van therapietrouw. Dit zijn echter totaal verschillende termen waar iets wezenlijks anders mee wordt bedoeld. Zelfredzaamheid heeft ‘iets liberaals’ in zich wat betekent dat het wordt uitgelegd als eigen verantwoordelijkheid. Zelfredzaamheid biedt juist ruimte om zelf invulling te geven aan die verantwoordelijkheid en dus, als dat gewenst is, even niet therapietrouw te zijn. Het punt dat hier wordt gemaakt is dat het versterken van de regie of bevorderen van de zelfredzaamheid niet gelijk staat aan de nu vaak gehanteerde medische logica. Ook het begrip participatie wordt soms gebruikt als equivalent voor zelfredzaamheid. Participatie gaat echter veel verder omdat het betrokken patiënt beschrijft die actief mede vormgeeft aan zijn ziekte en de behandeling daarvan terwijl zelfredzaamheid meer uitgelegd kan worden als iemand ‘die zijn eigen zaakjes regelt’. De belofte van ‘we empower you’ door de beschikking te geven over een technologische toepassing is te simplistisch omdat het dan gaat over opgelegde verantwoordelijkheden in plaats van weloverwogen beslissingen van de patiënt zelf¹⁵.

Ten derde betekent de roep om meer nuance in de discussie over de waarde van e-health ook dat er, in de visie van de wetenschappers, moet anders moet worden nagedacht over het succes van e-health en de legitimiteit van de inzet van technologie. Succes zit in een goed onderbouwde afweging over waar je e-health wel en niet inzet. Het is daarmee een uitkomst van een soort onderhandeling tussen mens en techniek en niet een maat voor het gebruik, de disciplineren of de normalisering van een technologie. Soms is het misschien gerechtvaardigd om het ‘technology-push’ model te hanteren, maar dan moet dat uit de onderliggende onderbouwing blijken. Een van de wetenschappers benadrukt dat deze gevoeligheid nu ontbreekt maar dat uit onderzoek blijkt dat waar die wel aanwezig is de acceptatie waarschijnlijk alleen maar zal toenemen. Het is dus nodig om onderscheid te

¹⁵ In hoofdstuk 2 is een uiteenzetting van deze begrippen gegeven in het conceptueel model.

maken tussen handige en wezenlijk nutteloze e-health concepten op basis van de afwegingen die gemaakt worden over het gebruik in de praktijk¹⁶.

Ten vierde wordt benadrukt dat professionals vaak andere motieven hebben om een e-health toepassing te gebruiken. Professionals zien het vaak als middel om effectiviteit en efficiency te vergroten door de patiënt ook buiten de ‘kliniek’ te kunnen volgen. Patiënten zien het meer als middel om informatie te krijgen en te delen en *soms* een grotere rol te spelen in eigen zorgproces. Deze verschillende visies over het nut van e-health zijn te verklaren vanuit de verschillende belangen van de betrokkenen maar vragen wel om meer aandacht bij concrete projecten.

Tot slot, een belangrijk aspect waar te weinig aandacht aan wordt besteed is het gebrek aan normatieve afwegingen over welke uitkomstmaten we moeten gebruiken en hoe we de resultaten daarvan moeten interpreteren. We zijn gewend om te meten in gezondheidsmaten maar juist met de verbinding van wonen, welzijn en zorg wordt dat normenkader ter discussie gesteld. We willen mensen langer thuis laten wonen en duurdere zorg voorkomen; dan hebben we het over autonomie en zelfredzaamheid; dat is in de huidige systematiek niet per definitie ook gezondheid. De belangrijkste vraag wordt dan; welke uitkomstmaten moeten we hanteren en hoe wordt bepaald welke de juiste zijn. Is meer gezondheid, zelfredzaamheid altijd wenselijk? Voor wie? Tegen welke kosten? Deze discussie wordt te weinig gevoerd als het gaat over meten en afrekenen. Kostenbesparingen kunnen geen doel op zich zijn; zijn we al tevreden als we middels e-health de kwaliteit in stand kunnen houden. Het komt er eigenlijk op neer dat e-health vraagt om een nieuwe manier van denken en dat het inpassen van e-health in de huidige systematiek van meten en verantwoorden in de zorg niet de juiste vragen zal beantwoorden.

De conclusies van deze paragraaf over ethische en normatieve aspecten is dat er bij de ontwikkeling en het gebruik van e-health nieuwe, vooralsnog onbeantwoorde, vragen opkomen. Volgens de wetenschappers mist er een referentiekader in de praktijk om te kunnen oordelen welke bewegingen als ‘goed’ bestempeld kunnen worden en voor wie. In verantwoording van de toepassing van e-health wordt nu in de praktijk gezocht naar cijfers,

¹⁶ Als voorbeeld wordt het onder de juiste condities bewaren van hemofiliemedicatie genoemd. Daar werd gekozen voor inzet van monitoring en signalering (middels e-health) als mensen de voorschriften niet volgden. Hoewel dit een grote impact op het leven van de patiënt heeft, werd deze ingreep gerechtvaardigd door het risico wat eraan verbonden was voor de patiënt zelf maar ook voor andere patiënten wanneer resterende medicatie werd ingeleverd. Hier gaf dat laatste de doorslag en vormde de legitimatie voor de inzet van een ingrijpende technologie.

kosteneffectiviteit en naar pragmatische argumenten. De normatieve aspecten ervan en wie er beslist wat goed is blijft onderbelicht. Momenteel lijkt er toch een basishouding bij betrokkenen te zijn dat meer e-health en meer zelfredzaamheid per definitie goed is.

5.4. Het belang van onderzoek, praktijk en beleid voor e-health

In de gesprekken over e-health werd veelvuldig verwezen naar huidige belemmeringen voor de verdere ontwikkeling van e-health in Nederland. Deze liggen vaak in de wijze waarop kennis en inzichten gegenereerd worden via onderzoek, op welke wijze dat in de praktijk wordt gebruikt en als basis voor beleidsbeslissingen dient. In deze paragraaf komen de belemmeringen aan de orde die daar wetenschappelijk bij gezien worden, maar ook de condities waaronder verbeteringen tot stand komen..

5.4.1 Belemmeringen

Allereerst wordt benadrukt dat de verwachtingen over e-health nogal uiteenlopen. Als e-health enkel wordt gezien als het toevoegen van een nieuw medium en/of technologie aan een bestaande zorghandeling dan is niet de verwachting dat het de zorg structureel zal gaan veranderen. Het zal dan namelijk altijd gaan om het dienstbaar maken van een technologie aan het primaire proces. Als e-health echter wordt gezien als een beweging die ook structurele verandering teweeg kan brengen dan zijn nog een aantal andere aspecten van belang.

Zo wordt erop gewezen dat de versnippering van de zorg het lastig maakt structurele veranderingen te veroorzaken. Dit betekent heel concreet dat daar waar e-health in een 1 op 1 behandelrelatie ingezet kan worden zal snel zou kunnen werken. Het bereiken van structurele verandering in de organisatie, financiering en of wijze van zorgverlening op grote schaal is echter lastig. De versnippering veroorzaakt in de visie van de wetenschappers twee grote problemen. Allereerst is het onduidelijk voor ondernemers bij wie je moet zijn met een nieuwe goed idee. Ten tweede is het misschien nog wel belangrijker hoe men binnen de versnippering ervoor kan zorgen dat diegene die investeert ook profiteert. Momenteel lijken e-health toepassingen alleen succesvol als het huidige financieringsstelsel wordt doorbroken. De sterke schotten of scheidingen, tussen bijvoorbeeld eerste en tweede lijn, werken daarmee beperkend voor innovatieve ontwikkelingen. De versnippering van de zorg zorgt er ook voor dat de maatschappelijke effecten van e-health lastig te organiseren zijn. Er is een bepaalde terughoudendheid om nieuwe investeringen te doen wegens de grote kans op mislukkingen en de twijfel over de mogelijkheid tot vervanging van oude behandelwijzen. .

Naast de versnippering is er nog een ander groot probleem in het huidige Nederlandse systeem volgens de geïnterviewden. Hier wordt gewezen op de gebrekkige koppeling tussen evaluaties en (nieuw) beleid. “De macht is in Nederland aan de voorkant verdeeld”. Hiermee wordt bedoeld dat er weinig tot geen acties ondernomen worden indien nieuw verzamelde data wijst op die noodzaak. Na toelating tot pakket of erkenning als zorgprestatie zijn er geen beleidsbeslissingen die nog genomen kunnen worden op basis van cijfers over bijvoorbeeld de effectiviteit. Indien een e-health toepassing in gebruik is, zijn er weinig mogelijkheden tot ingrijpen meer. Risicoverdeling, waarbij vergoeding afhankelijk is van prestaties in de praktijk, zou hier echter wel een middel voor kunnen zijn. De meeste geïnterviewde wetenschappers deelden de overtuiging dat de vertaalslag van cijfers, evaluaties en ervaringen onvoldoende wordt gebruikt in nieuwe besluitvorming over e-health, zowel op individueel organisatie- als beleidsniveau.

Als derde grote probleem wordt het gebrek aan onderling vertrouwen bij betrokken genoemd. Uit een grootschalig onderzoeksproject in de oogzorg blijkt bijvoorbeeld dat onderling vertrouwen (tussen verschillende specialisten van verschillende disciplines) van doorslaggevend belang was om de toepassing tot een succes te maken. Voor deze specifieke casus bleken de bewezen effecten op kwaliteit en kosten geen garantie voor succes. Daar komt dan nog een algemeen gevoel van collectief wantrouwen naar de industrie bij. Hoe daar mee om te gaan is onduidelijk. Het punt dat hier wordt gemaakt is dus dat er te vaak en te snel enkel gekeken wordt naar de (kosten)effectiviteit van een toepassing terwijl dat er daarnaast andere, meer sociale elementen zijn die van gelijke invloed zijn op het succes.

Tot slot, een van de grootste problemen waar veelvuldig op werd gewezen in Nederland is de, soms als dramatisch beoordeelde, wijze waarop we omgaan met de organisatie van pilots/experimenten en de daaruit voortkomende data over de effecten van e-health. Analyse van de gesprekken op dit thema leverde een aantal elementen op die volgens de wetenschappers momenteel mis gaan in het organiseren van experimenten met e-health. Deze lijken uiteindelijk ook problematisch te zijn als men e-health verder wil stimuleren. Hieronder worden een aantal elementen genoemd die volgens de wetenschappers dus misgaan in het opzetten van pilots / experimenten met e-health toepassingen.

- *Methodologie:* Men past te vaak de standaard methodologie van evaluatie toe, die voornamelijk is gebaseerd op traditionele uitkomstmaten voor zowel economische aspecten als gezondheid. Hoewel het meten van gezondheidswinst (in QALY's) en economische effecten (in kosteneffectiviteit) waardevol kan zijn, zijn er eigenlijk nieuwe uitkomstmaten nodig. Momenteel zijn er geen goede uitkomstmaten beschikbaar voor de

gestelde beleidsdoelen zoals zelfredzaamheid en/of participatie. Indien men wil beoordelen of e-health technologie leidt tot meer zelfredzaamheid of verbeterde patiëntenparticipatie dienen deze uitkomstmaten ontwikkeld te worden.

- *Bias in de data*: In het aantonen van effectiviteit van specifieke e-health toepassingen heeft men vaak te maken met een bias in de data vanwege de niet representatieve deelnemersgroep en het ontbreken van leereffecten. Zeker bij technologische ontwikkelingen neemt vaak slechts een specifiek deel van de totale doelgroep deel aan een experiment. Hierdoor kan twijfel bestaan of de deelnemers aan het experiment representatief zijn voor de totale doelgroep. Dit betekent dat na afloop van een experiment onduidelijk blijft *wie* je precies bereikt met een e-health toepassing en hoe men dat kan doen bij grootschaligere toepassing. Ook wordt vaak vergeten dat er in een pilot, vaak met een kleine doelgroep, mindere resultaten zullen worden geboekt wegens het ontbreken van leereffecten die bij grootschalige toepassing kunnen gaan optreden. Beide aspecten, de niet representatieve doelgroep en het ontbreken van leereffecten, zorgen ervoor dat uitkomsten van experimenten niet altijd representatief zijn de totale doelgroep van grootschalige toepassing. Beide kunnen dus ook zorgen voor een bias in de data over bijvoorbeeld de gemeten effectiviteit. Bij de beoordeling van (de resultaten van) experiment dient er dus wel met beide zaken rekening gehouden te worden door bijvoorbeeld pilots beter te ontwerpen.
- *Verwaarlozing 'adherence'*: Het gebruik van een e-health toepassing wordt als een gegeven beschouwd. Echter dit is meer het uitspreken van een hoop dan die van een doordachte strategie. E-health *kan* vaak werken maar de participatie zal uiteindelijk de (kosten)effectiviteit bepalen. Er moet dus over worden nagedacht wie je wilt bereiken (wie vormt je doelgroep), maar vooral ook hoe je dat gaat doen. Nu ziet men vaak dat er na een pilot geen sprake meer is van actieve rekrutering van cliënten. Dit beïnvloedt de participatie en daarmee de effectiviteit negatief.
- *Structurele denkfout*: Nederland faalt in het omzetten van experimenten in structurele verandering: "In Nederland zijn we goed in het organiseren van slechte experimenten." Volgens de wetenschappers wordt er te weinig nagedacht over de opschaling en eventuele doorwerking terwijl daar vooraf al besluiten over te nemen zijn. Vooraf moet duidelijk zijn welke gegevens het gaat opleveren, wie daar iets mee moet en op basis waarvan beslissingen genomen gaan worden.
- *Betrokkenheid beslismacht*: In de opzet van experimenten wordt vaak vergeten dat de betrokkenheid van de beslismacht cruciaal is voor succes. Experimenten worden vaak geleid door betrokken professionals terwijl de uiteindelijke beslismacht aan de beleidsmakers is toebedeeld. Betrokkenheid van deze beleidsmakers is echter wel een cruciale voorwaarde voor doorwerking van de toepassing na afloop van het experiment.
- *Experimenteerruimte*: In experimenten is het vaak lastig om gaandeweg te zoeken naar een optimaal gebruik van de e-health toepassing. Het blijkt lastig om in de onderzoeks- en evaluatieopzet ruimte te geven aan variatie. Voor innovatie is het echter noodzakelijk dat

er gaandeweg aanpassingen kunnen worden gedaan; zeker omdat ook bekend is dat het succes van de e-health toepassing afhankelijk zal zijn van de inbedding ervan.

- ‘Catch-22’: Experimenten in Nederland bevinden zich te vaak in een catch-22 situatie. Er wordt gevraagd om op kleine schaal te experimenteren terwijl na afronding van het experiment de kritiek vaak is dat het slechts een klein experiment betrof en de doelgroep dus te klein was.
- *Voorwaardelijke toelating*: In Nederland gebruikt men het instrument van voorwaardelijke toelating niet of nauwelijks. Voorwaardelijke toelating, waarbij toelating tot het pakket samenvalt met een verplichting om nieuwe ‘bewijslast’ te verzamelen, blijkt in bijvoorbeeld Engeland een goed instrument om een succesvol experiment een vervolg te geven. Vooralsnog worden mogelijkheden hiertoe in Nederland niet benut¹⁷.

Kortom, terwijl het cruciaal is dat onderzoek, beleid en praktijk dichter bij elkaar worden gebracht om e-health succesvol te laten zijn, lijkt er nog sprake te zijn van erg gescheiden werelden.

5.4.2. *Conditie*s

In de vorige subparagraaf zijn systeembelemmingen besproken, echter daar zijn vanzelfsprekend oplossingsrichtingen aan gekoppeld. Hieronder wordt een aanzet gedaan om aan te geven wat er vanuit de wetenschap gezien nodig is om voorbij te gaan aan deze systeemfouten.

Allereerst moet worden benadrukt dat het nodig is om in beleid op gebied van e-health een langetermijnvisie te hanteren. Momenteel lijkt de infrastructuur erop ingericht om vooral beslissingen op de korte termijn te faciliteren: zo zijn stimuleringsprogramma’s en subsidies vaak kortdurend. Dit is op zijn minst onwenselijk te noemen gezien het feit dat structurele verandering nu eenmaal veel investeringen in tijd en geld kosten.

Ten tweede doen meerdere wetenschappers een oproep om meer aandacht te besteden aan de inbedding van e-health in de dagelijkse praktijk. De positie van de patiënt kan onder druk komen te staan als slechts het gebruik van e-health het doel is; men moet meer reflecteren op de wenselijkheid van de ontwikkelingen. Er wordt momenteel vaak automatisch van uit

¹⁷ Uit eerder onderzoek van iBMG blijkt zelfs dat de gehele infrastructuur van het beoordelen van zorginnovaties verbeterd zou kunnen worden door o.a. gebruik te maken van het instrument van voorwaardelijke toelating. Zie voor meer informatie: *Janssen, Putters, Zuiderent-Jerak (2010) De versnelling van de implementatie van succesvolle zorginnovaties.*

gegaan dat professionals en patiënten zowel kunnen en willen terwijl er zowel bij de keuze vooraf, tijdens het gebruik en bij het evalueren van effecten andere afwegingen gemaakt kunnen worden door beide partijen.

Het derde punt dat de wetenschappers daarom naar voren brengen is de oproep tot een verfijnde dialoog tussen alle betrokkenen. De discussie over e-health moet veel meer empirisch en casusspecifiek worden besproken; uitspraken over nut en noodzaak van e-health dienen meer op basis van specifieke casussen gedaan te worden. “Enkel door ogenschijnlijk kleine en zeer specifieke effecten en resultaten te laten zien krijgt de belofte vorm en kunnen we uit een loopgravendiscussie geraken”. De dialoog lijkt ook nodig om het gevaar van medicalisering als gevolg van e-health tegenwicht te bieden. Aan e-health zit namelijk in toenemende mate een sterk commercieel belang. Daarom is het belangrijk om de discussie over e-health meer te laten gaan over het daadwerkelijke gebruik alvorens iets te kunnen zeggen over de wenselijkheid. E-health kan in het dagelijks leven een ondersteunende rol spelen maar enkel als het de mogelijkheid biedt om de verschillende rollen van een patiënt te managen. Een patiënt is namelijk niet alleen patiënt, maar ook bijvoorbeeld vader, vakantieganger, werknemer etc. In gesprekken over de wenselijkheid is het dan wel van belang het perspectief van zowel de medici als van patiënten te betrekken. Een van beiden is ontoereikend om de inbedding in dagelijks gebruik en in de behandelrelatie tussen patiënt en professional te overzien.

Naast deze drie algemene punten zijn er nog twee meer praktisch gerichte oplossingen geïdentificeerd die bijdragen aan het stimuleren van e-health in het huidige systeem.

- *Infrastructuur:* Voor veel e-health toepassingen is het noodzakelijk dat de onderliggende infrastructuur is gegarandeerd. Hierbij wordt ondersteunende infrastructuur op organisatieniveau bedoeld, zoals een werkbare vorm van een elektronisch patiëntendossier, maar ook de beschikbaarheid van internet op mobiele apparaten. Beide zal de toegankelijkheid van e-health vergroten.
- *Eigen bijdrage:* Uit the USA komt een voorbeeld van een e-health toepassing waarvoor geen eigen bijdrage meer betaald hoefde te worden. Dit bleek een zeer goed instrument om het gebruik te bevorderen en is een door de centrale overheid relatief eenvoudig in te zetten instrument.

Concluderend kan worden gesteld dat veel van de belemmeringen en systeemfouten die zijn genoemd niet specifiek zijn voor e-health maar gelden voor vele vormen van innovatie in de zorg. De geschetste condities dienen volgens de geïnterviewden dan ook gezien te worden als

een kans om meer algemene veranderingen teweeg te brengen waar onder andere e-health als innovatieve ontwikkeling van kan profiteren.

5.5 Slotopmerkingen

De wetenschappers zijn ook gevraagd om op basis van eigen onderzoek te reflecteren op de huidige stand van zaken van de ontwikkelingen en/of het gebruik van e-health. Drie algemene opmerkingen zijn hierbij de moeite van vermelding waard.

Allereerst wordt geconstateerd dat de huidige stand van zaken over e-health als veelbelovend maar tegelijkertijd als teleurstellend kan worden beoordeeld. Er worden veel e-health toepassingen ontwikkeld en op kleine schaal mee geëxperimenteerd. Echter, er zijn momenteel nog maar weinig voorbeelden bekend waarin e-health haar meerwaarde heeft bewezen in de vorm van voldoende bewijs. Zo wordt bijvoorbeeld benadrukt dat de belofte dat e-health de zorg goedkoper maakt alleen kan worden ingevuld als er minder of goedkoper zorg wordt geleverd. Vooralsnog is onduidelijk of e-health dat effect heeft, wellicht zorgt e-health enkel voor meer zorg en zorgen de noodzakelijke investeringen voor duurdere behandelingen. Dit is teleurstellend te noemen omdat eigenlijk steeds duidelijker wordt dat het onvermijdelijk wordt om structureel aan alternatieven voor de huidige zorgverlening te werken. Hierin kan e-health wel veel betekenen.

Ten tweede wordt gewezen op het opmerkelijke feit dat Nederland achterloopt in de ontwikkeling en het gebruik van e-health in de zorg. Dit wordt opmerkelijk genoemd omdat Nederland eigenlijk de potentie bezit om een gidsland te zijn op het gebied van e-health. In Nederland hebben we een rijke traditie met collectieve zorgverlening maar tegelijkertijd hebben private bedrijven ook een grote rol. Het zou daarom in Nederland relatief eenvoudig kunnen zijn om pilots op te zetten die zijn ontworpen om bij te dragen aan het maatschappelijk belang van kwaliteitswinst tegen lagere kosten. Vervolgens wordt benadrukt dat Nederland, zeker in de VS, gezien wordt als een ideale proeftuin vanwege de goede ICT infrastructuur en de overzichtelijkheid van de zorgmarkt (zowel geografisch als in aantallen).

Tot slot zijn onze wetenschappelijk respondenten van mening dat men in Nederland inmiddels toe is aan een fase die voorbij gaat aan experimenten. Er is op experimentniveau voldoende ervaring in Nederland. Het is nu van belang om na te denken over hoe deze projecten daadwerkelijk en structureel verandering teweeg kunnen brengen in de Nederlandse zorg.

Hoofdstuk 6

De experts spreken...

“E-health en de complexiteit die komt kijken bij de implementatie ervan verschilt eigenlijk niet van andere innovaties in de zorg”.

Expert tijdens expertmeeting iBMG op 19-01-2012

De hoofdvraag van dit rapport over de betekenis van e-health voor patiënten en professionals vraagt om een analyse vanuit de praktijk. Dit hoofdstuk bespreekt de ontwikkeling en/of het gebruik van e-health in de GGZ dan ook vanuit de praktijk¹⁸.

6.1. De definitie van e-health: is de ‘e’ overbodig?

Er bestaan vele opvattingen over wat e-health in de GGZ precies is. Zo zijn er talloze voorbeelden van internet of andere nieuwe informatietechnologie (zoals een bio-feedback horloge) die het mogelijk maken om ook echt behandelingen via internet uit te voeren. Hoewel er onenigheid bestaat over wat dan wel en niet als e-health kan worden gezien benadrukken de experts in de definitie van e-health verschillende elementen. Zo wordt allereerst geopperd dat het vooral gaat om een technologische ontwikkeling die zorgt dat de zorg verder digitaliseert. Een extreem standpunt hierin is dat e-health alleen een digitale versie is van alles wat ook offline is te realiseren (zoals het al dan niet als e-health bestempelen van een EPD). De nadruk in deze benadering ligt op de introductie van nieuwe technologie (ICT) in het zorgproces en op het feit dat e-health op verschillende wijzen de patiënt met de professional zal verbinden. Daar wordt echter al snel aan toegevoegd dat e-health meer is dan enkel het verbinden en sneller uitwisselen van informatie vanwege de aard

¹⁸ Dit hoofdstuk is voornamelijk gebaseerd op een analyse van een door iBMG georganiseerde expertmeeting op 19-01-2012 en werkbezoeken aan o.a. Altrecht. Tijdens de expertmeeting is er op basis van drie stellingen gediscussieerd over e-health in de GGZ. Zie hoofdstuk 3 voor een beschrijving van de expertmeeting en zie bijlage 1 voor een overzicht van de aanwezigen bij deze expertmeeting.

van de veranderingen die het gebruik van e-health kan betekenen. Een opsplitsing in e-health, m-health en e-selfmanagement benadrukt meer de functies waar het voor kan worden ingezet.

Er bestaat zowel in de literatuur als onder experts overeenstemming over het feit dat e-health meer is dan enkel het toevoegen van een nieuw medium of nieuwe technologie aan de zorg; het verandert namelijk ook de omgeving en relaties waarin het wordt ingebed. Als voorbeeld wordt gegeven dat e-health ook veel verandert aan de informatievoorziening en de beschikbaarheid van nieuwe data. E-health wordt daarmee een tool om te komen tot bijvoorbeeld ‘shared-decision-making’. Ook moet volgens sommige experts e-health niet als iets externs worden gezien juist omdat het momenteel, en wellicht ook in de toekomst, zal worden ingezet in zogenaamde ‘blended’ behandeling. Dat betekent dat er sprake zal zijn van behandelingen die een mix hebben van ‘face-to-face’ contact en e-health. Het thema van vervanging is daarom wel cruciaal bij e-health; het creëert niet alleen nieuwe relaties maar kan ook bestaande doorbreken. Juist die combinatie maakt e-health uniek. Een ander argument voor de bevinding dat e-health meer is dan techniek alleen is verbonden aan de cultuurelementen die komen kijken bij het in gebruik nemen van een innovatie en/of technologie. Het in gebruik nemen van e-health zal zowel voor de patiënt als voor de behandelaar gevolgen hebben voor de wijze waarop de zorgverlening wordt ervaren. Aandacht die nodig is voor het gebruik maakt dat e-health meer is dan technologie alleen.

De positie van de patiënt wordt in de definitie van e-health niet echt meegenomen. Technologie versterkt echter niet automatisch de positie van de cliënt, terwijl dat de essentie en verwachting van e-health in de GGZ is. E-health verandert per definitie de patiënt van passieve informatieverlener naar actieve deelnemer in het zorgproces. Hoewel er in de praktijk discussie bestaat over de precieze bewoordingen en verschillen tussen bijvoorbeeld zelfredzaamheid, zelfhulp en e-health blijft er verschil van mening over de gevolgen voor de patiënt inderdaad zullen worden gerealiseerd, maar voornamelijk over of die ertoe doen voor de beschrijving van wat e-health is. Er bestaat consensus over het feit dat e-health geen doel op zich is. E-health kan deeloplossingen bieden voor huidige problemen in de gezondheidszorg zoals een toenemende vraag, het bestaan van zorgmijders met psychische problemen en gebrekkige effectiviteit van sommige behandelingen.

Doet de ‘e’ in de term ‘e-health’ er dan wel toe?. Het belang van de ‘e’ lijkt te zijn dat het aangeeft dat het gaat over een nieuwe innovatieve beweging en de daaraan gekoppelde cultuurverandering: “We hebben de ‘e’ in e-health nodig, al is het enkel om het verschil met het bestaande aan te geven. Over 10 jaar is die overbodig, dan is de innovatie tot behandeling geworden” (expert tijdens expertmeeting iBMG op 19-01-2012). Hoewel het zo zou kunnen

zijn dat de ‘e’ binnen 10 jaar wegvalt als het gebruik van e-health gemeengoed is geworden, momenteel dient het meerdere doelen. Zo geeft het bijvoorbeeld aan dat het gaat om technologie die ingezet kan worden om patiënten ‘te empoweren’. Maar belangrijker is nog dat men in de praktijk de ‘e’ nodig heeft om ontwikkelingen te kunnen duiden en het verschil met het bestaande aan te kunnen geven.

De conclusie is dat er bij e-health gewenning nodig is. In de (nabije) toekomst zal het niet meer als een op zichzelf staande ontwikkeling gezien worden maar veel meer een integraal onderdeel van de zorg (business as usual). Op dit moment betreft e-health in het praktijk-discours vooral het gebruik van (internet)technologie in de zorg, waarbij de betekenis van e-health breder is dan alleen de beschrijving van die technologie.

6.2 De rol van de patiënt

Voor de patiënten zijn de positieve en negatieve gevolgen van e-mental health natuurlijk cruciaal. Maar welke zijn dat? Of heeft het enkel positieve gevolgen? Dat lijkt – zo blijkt uit ons onderzoek – een onterechte overschatting. Om die overschatting te voorkomen moeten we drie onderwerpen adresseren: de potentiële voordelen van e-health in de GGZ, de potentiële nadelige gevolgen van de inzet van e-health in de GGZ en de vraag wat er nodig is om de voordelen van e-health te realiseren. Deze drie onderwerpen worden in deze paragraaf achtereenvolgens worden besproken.

Positieve consequenties

De belangrijkste voordelen in de praktijk blijken de voordelen e-mental health het biedt voor de patiënt in het versterken van de eigen rol in het zorgproces. Benadrukt wordt dat bij een goede inzet van e-health de mogelijkheden van informatiedeling en communicatie kunnen leiden tot een betere, ervaren of zelfs meetbare zorgkwaliteit. Het gaat bij e-health in de GGZ dan ook voornamelijk over het vroegtijdig signaleren van problemen, het bereiken van doelgroepen die wel zorg nodig hebben maar die nog niet krijgen en het bieden van relatief eenvoudige en meer op preventie gerichte behandelingen. Bij dat laatste is dan de algemene gedachte dat het complexere en duurdere zorgvragen kan voorkomen. Voorbeelden waaruit blijkt dat e-health kan werken zijn online platforms waar behandeling gecombineerd wordt met de mogelijkheid tot lotgenotencontact. Vaak wordt een e-health toepassing in combinatie met standaard behandelingen gebruikt om de effectiviteit te vergroten.

Een potentieel positief effect van e-health is ook dat er een meer gelijkwaardigere relatie tussen patiënt en behandelaar kan ontstaan doordat de patiënt een grote hoeveelheid informatie tot zich kan nemen wat het kennisverschil tussen behandelaar en patiënt verkleint. Een ander winstpunt dat wordt genoemd is het feit dat ongemotiveerde cliënten met de inzet van e-health sneller kunnen worden bijgestuurd indien zij zich niet aan het behandelplan (kunnen) houden. De intensievere monitoring en communicatie tussen hulpverlener en patiënt buiten de spreekkamer kan zo de intensiteit maar ook effectiviteit vergroten¹⁹. Een voorbeeld illustreert dit verder: e-health kan leiden tot een sneeuwbal effect. Het online aanbieden van een op de persoonlijke situatie afgestemde informatiefilm leidde tot verdere verspreiding van deze film onder de sociale omgeving van de patiënt. Hoewel er discussie ontstond over de beschrijving en de titel e-health die dit meekreeg illustreert dit voorbeeld wel dat e-health de reikwijdte van een behandeling vergroot. Een opmerkelijk voorbeeld wellicht van een positief aspect aan e-health is dat patiënten soms aangeven dat e-health de behandeling ‘zo lekker onpersoonlijk maakt’ en dat daarmee de privacy alleen maar beter werd gewaarborgd.

Nadelige consequenties

Er zijn ook nadelige en onzekere gevolgen van e-health in de GGZ. Veel van de potentiële effecten zijn vooralsnog enkel als potentieel te bestempelen. Veel is nog onzeker en onduidelijk over de effecten die de inzet van e-health zal hebben op de zorgverlening in de GGZ. Dat bleek ook uit de gesprekken met de wetenschappers, die duidelijk maakten dat deels de methodologie om de effecten te meten onvolledig is, maar ook dat de kennis die er is niet of onvoldoende gebruikt wordt. Hieronder volgt een beschrijving van zowel de potentiële nadelige gevolgen als de onzekerheden die door de aanwezige experts momenteel aan e-health worden toegedicht.

Niet alle patiëntengroepen en ook niet alle individuen binnen een specifieke patiëntengroep kunnen en willen met e-health werken. Het effect voor patiënten is erg afhankelijk van die patiënten zelf. Het begrip van *matching* wordt genoemd; hiermee wordt de match tussen de technologie en de patiëntengroep bedoeld: “slechts een deel van de cliënten vind typen veel fijner dan praten”. Ook de ziektebeelden spelen een rol. Ervaringen bij eetstoornissen zijn meer geschikt om te delen met anderen dan bij depressie.

¹⁹ Dit bleek ook uit gesprekken tijdens het werkbezoek aan Altrecht. Duidelijk werd dat e-health het mogelijk maakt om patiënten thuis opdrachten te geven die ze online inleveren, waardoor de fysieke face-to-face behandeling effectiever kan verlopen. De monitoring wordt ook effectiever, omdat het meteen duidelijk is wanneer iemand de opdracht niet verricht.

In het gebruik van e-health schuilt verder het gevaar dat er een bepaalde afhankelijkheid wordt gecreëerd waar je juist zelfredzaamheid wil organiseren. E-health betekent niet automatisch ‘empowerment’; in de praktijk blijkt dat patiënten zich juist door het andere en intensievere contact meer afhankelijk van de behandelaar kunnen gaan opstellen: ‘men gaat meer dan voorheen wachten op een bericht van de behandelaar of de technologie alvorens actie wordt ondernomen’. Een interessante vraag die in de praktijk een antwoord moet krijgen is of patiënten niet juist afhankelijker worden als zij de mogelijkheid krijgen als ze 5 tot 7 dagen per week contact op kunnen nemen. Het gevaar bestaat dat patiënten dus ‘meer connected’ maar tegelijkertijd afhankelijker worden, zoals een expert tijdens de expertmeeting duidelijk aangeeft: “Meer e-health is niet automatisch meer ‘empowerment’; de relatie met zelfredzaamheid is niet simpel te maken. Het is zelfs de vraag of je afhankelijkheid creëert waar je zelfredzaamheid wil organiseren”. Meer afhankelijkheid als gevolg van e-health is wel precies de tegenovergestelde beweging van wat in de belofte over e-health wordt benadrukt; namelijk een grotere zelfredzaamheid.

Meer zelfredzaamheid kan ook leiden tot een mate van gemakzuchtigheid. Bij e-health is het vaak (nog) lastig om op afstand in te grijpen en om een echt goed beeld te krijgen van een individuele situatie terwijl face-to-face-contact meer mogelijkheden bood om in te grijpen. In de praktijk leidt de inzet van e-health dus niet automatisch tot een betere en op de individuele behoefte afgestemde, behandeling. De inbedding ervan in de medische en sociale omgeving is daarvoor cruciaal.

In de praktijk blijkt verder dat het gebruik van e-health het verschil in kennis tussen patiënt en professional verkleint, maar tegelijkertijd ook dat er nieuwe afstand wordt gecreëerd. Er kunnen nieuwe discrepanties ontstaan in het vermogen om met de nieuwe hoeveelheid van kennis en informatie om te gaan. Dit ‘snapvermogen’, zoals een van de deelnemers het verwoord, wordt momenteel tegelijkertijd onder- en overschat maar verdient meer aandacht.

Naast deze hoofdpunten komen er uit de analyse nog vier andere potentiële nadelen:

- Het zuiver houden van een website en/of community is een enorme uitdaging vanwege problemen zoals suïcidale acties die worden aangekondigd, het zogenaamde cyberpesten, het (digitaal) stalken, het weglokken van patiënten en/of moderators die ineens een terugval krijgen.
- E-health in de vorm van interactieve patiënten communities kunnen ook een subcultuur creëren waar men graag bij wil horen. Deze anonieme patiëntenportals kunnen mensen dan juist langer in behandeling houden.

- Cliënten beginnen vaak enthousiast maar het is wel merkbaar dat, zeker in dit digitale tijdperk, mensen snel afhaken als het nieuwe er vanaf is. Uit internationaal onderzoek blijkt volgens de aanwezigen dat dit effect zeker bij online behandelingen heel sterk is. Therapietrouw kan dus ook bij e-health een probleem zijn terwijl het vaak wordt gesteld dat e-health juist de therapietrouw kan bevorderen.
- Tot slot, de tijdsinvestering die van een patiënt wordt gevraagd kan leiden tot een nieuw en onwenselijk plichtsgevoel en/of sociale druk.

Onzekerheden

Naast deze potentiële nadelen van e-health zijn er aan e-health nog vele onzekerheden verbonden die vragen om verduidelijking. Op basis van een analyse van de gespreksdata worden hier vier van deze onzekerheden besproken. Allereerst wordt gesteld dat de effecten en mogelijkheden, zowel positief als negatief zijn nog niet zijn te overzien. Dat komt omdat er nog te weinig onderzoek is gedaan naar gebruikerservaringen, er nog weinig (kosten)effectiviteitsstudies zijn en er vooralsnog te vaak op te kleine schaal wordt geëxperimenteerd. Het is daarom bijvoorbeeld ook onbekend voor wie e-health specifiek geschikt is en hoe die doelgroep dan te bereiken is.

Ten tweede moet men niet onderschatten dat de professional in een behandelrelatie een grote verantwoordelijkheid draagt voor de patiënt. Het zorgt voor veel onzekerheid bij professionals nu die verantwoordelijkheid dus steeds vaker online en op afstand moet worden gemanaged. De verantwoordelijkheid voor volledig online behandelde patiënten is een interessant vraagstuk, ook in juridisch opzicht²⁰. Wat is nog de behandelrelatie, welke rechten en plichten vloeien daaruit voort, waar kan de patiënt een beroep op doen?

De derde onduidelijkheid die in de analyse naar voren kwam is de rol van de commercie. De respondenten gaven aan dat het voor zorgorganisaties van belang is om mensen te verleiden zorg te consumeren als dat nodig is, maar het is nog te onduidelijk waar de grens ligt. Aanbod zal altijd vraag creëren. Wanneer leidt een toename van patiënten echt tot preventie en gezondheidswinst en wanneer is het enkel een financieel aantrekkelijke groei in het aantal geleverde diensten van de zorgorganisatie? Zo kan het heel goed mogelijk zijn dat de zorgvraag eerst zal toenemen en eventuele effecten pas op de langere termijn zichtbaar zijn. Maar bovenal leeft de meer ethische vraag of een vlucht aan commerciële online producten met onduidelijke effecten wenselijk is²¹. In dit onderzoek is niet uitgebreid stilgestaan bij deze

²⁰ Wat doe je bijvoorbeeld als iemand suïcidale berichten stuurt en het daarna ook daadwerkelijk uitvoert. In hoeverre ben je dan verantwoordelijk als professional als je die berichten net gemist hebt?

²¹

effecten; benadrukt wordt wel dat er ethische vragen zijn over de consequenties van e-health in de GGZ.

Het vierde en laatste punt van onduidelijkheid is de invloed van cliëntenrecht. Wet- en regelgeving lopen altijd achter bij de praktijk, maar e-health stelt wel de cliëntenrechten ter discussie. De ervaring van de aanwezigen bij de expertmeeting is dat het nog onduidelijk is wat e-health doet of moet doen met bijvoorbeeld het klachtenrecht, de governance code en de medezeggenschap. Het blijkt dat de meningen hierover sterk uiteen lopen; er wordt zowel beweerd dat het in de kinderschoenen staat terwijl anderen van mening zijn dat de regelgeving op dit punt juist innovatie tegenhoudt²².

Conditie voor succesvolle e-mental health

Op basis van de bespreking van potentiële voor- en nadelen van de inzet van e-health voor patiënten in de GGZ kunnen we ook ingaan op wat er nodig is om e-health haar belofte waar te laten maken. In het laatste deel van deze paragraaf zal daarom nader worden ingegaan op het actief vormgeven van het potentieel, het belang om e-health toepassingen te kunnen testen en wat er aan randvoorwaarden nodig is. Onze respondenten geven aan dat e-health actief moet worden vormgegeven; dit betekent dat het cruciaal is om de ontwikkeling en/of het gebruik van e-health actief te organiseren. Vanuit de praktijk wordt een aantal mogelijkheden genoemd om dit te doen.

- **Actieve deelname van patiënten bij de implementatie**

Betrek actief de patiënt in alle fasen van het proces; zowel bij de ontwikkeling als bij het gebruik als bij de evaluatie. E-health is een middel en om de mogelijkheden van dat middel te benutten zijn gebruikservaringen van patiënt van groot belang. Een forum waarop patiënten hun ervaringen kunnen delen, kan voor de organisatie waardevolle informatie opleveren.

- **Organiseer een goede experimenteeruimte en geef daar een vervolg aan**

Het organiseren zit ook deels in structuur, zoals in het opzetten van experimenteeruimtes. Het benoemen van een experiment en daar tijd en ruimte voor vrij maken in de organisatie helpt in de acceptatie. Het is daarbij van belang om bij experimenten een onderzoeksdesign te gebruiken die tegelijkertijd ruimte biedt voor leren maar ook de verantwoording vormgeeft. Voor verantwoording wordt vaak direct de link naar cijfers over kosten gelegd terwijl er zeker aan bij innovatieve ontwikkelingen vaak eerst investeringen nodig zijn. Terwijl er ook moet worden nagedacht hoe er op basis van een experiment uiteindelijk kan worden toegewerkt naar het aantonen van de winst om meer structurele substitutie mogelijk te maken.

²² In dit onderzoek is er beperkt aandacht besteed aan deze meer juridische kant van e-health. Nieuw onderzoek op dit gebied kan waardevol zijn gezien de gepresenteerde bevindingen.

- Management van verwachtingen

Het belang van verwachtingenmanagement wordt benadrukt omdat het veel van de onzekerheid bij alle betrokkenen kan wegnemen maar ook omdat het daarmee al vooruitloopt op de wijze van evaluatie. Duidelijkheid naar de cliënt over wat er wel en niet kan of verwacht wordt en duidelijkheid naar de organisatie over welke service je wilt verlenen is beide van belang.

- Aanwezigheid van ondersteunende infrastructuur

De beschikbaarheid van ondersteunende infrastructuur is van groot belang. In de organisatie moet de benodigde ICT naar behoren functioneren maar ook op individueel patiëtniveau moet de toegang tot e-health worden gegarandeerd. Vaak is het hebben van een computer of mobiel apparaat met internettoegang een vereiste maar geen vanzelfsprekendheid. Zo bleek in een pilot studie naar videobellen van een van de aanwezige GGZ-instellingen dat 80% van de patiënten geen internettoegang had.

6.3 De rol van de professional

De inzet van e-health in de GGZ vraagt veel van professionals, maar het levert hen ook wat op. Maar zien ze dat ook zo, of is het vooral ‘extra werk’ voor hen? Professionals zien e-health nog vaak als een extra investering en niet als een mogelijkheid om hun werk te vergemakkelijken of te verbeteren. Drie thema’s zijn daarbij aan de orde: de weerstand bij professionals, de mogelijkheden om deze weerstand te doorbreken en tot slot de professionele afwegingen die moeten worden gemaakt.

Weerstand bij professionals

De vraag die bij veel professionals speelt is of er bij e-health sprake is van een standaard behandelrelatie. Er mist vaak een stuk intrinsieke motivatie om met e-health te gaan werken, die deels kan worden toegeschreven aan leeftijd. Wat echter van groter belang lijkt is het vervangen van de oude behandelwijzen. Zo wordt gesteld dat het voor een behandelaar wel even wennen is als vertrouwde behandelingen worden afgezworen, zoals blijkt uit de volgende uitspraken van een van de aanwezigen bij de expertmeeting op 19-01-2012: “Als een patiënt ervoor kiest om 2 van de 4 behandelingen om te vormen naar e-health dan is dat wel even wennen. Dat je traditionele behandeling van 10 teambijeenkomsten na 30 jaar gebruik ook anders lijkt te kunnen.....ja.....dat is wel even slikken”. Het is daarnaast wennen voor professionals dat e-health ook een rol kan spelen in het opbouwen van een patiëntenrelatie²³. Het past vooralsnog niet binnen de professionele visie op zorgverlening om

²³ “Online contact is geen zorg”. Een voorbeeld van een quote gehoord op een congres van psychologen.

dat zonder face-to-face contact te doen. Patiënten lijken de omschakeling veel sneller te maken. Juist vanwege de weerstand zien professionals e-health nog regelmatig als iets extra's. De respondenten melden dat in de opleiding van GGZ zorgprofessionals nauwelijks structureel aandacht wordt besteed aan de mogelijkheden van e-health. Ook de nieuwe generatie leert er dus niet automatisch mee te werken. Als voorbeeld wordt genoemd dat veel professionals niet weten wanneer de verantwoordelijkheid voor de patiënt ophoudt ook wanneer er bijvoorbeeld contact wordt gezocht buiten de kantooruren.

Als belangrijke oorzaak van de professionele weerstand wordt ook de zogenaamde 'kans op inflatie van de behandeling genoemd'. Hiermee wordt bedoeld dat e-health ervoor zorgt dat we veel van de cognitieve gedragstherapie als behandeling nu online kunnen aanbieden. Voor een deel van de patiënten die (uiteindelijk) bij de professional in 'face-to-face' contact voor behandeling komen kan dit betekenen dat deze behandelmethoden niet meer werken. De inzet van e-health vraagt hiermee dus ook voor een niet eenvoudige reorganisatie van andere vormen van behandeling in de GGZ. De onduidelijkheid die bestaat over de effecten van e-health in de GGZ wordt ook genoemd als oorzaak voor de weerstand bij professionals. Zo zit er in de beschikbare data vaak een bias, veroorzaakt door een sterke voorselectie. Zo zijn in experimenten vaak patiënten en professionals betrokken met een sterke intrinsieke motivatie om met e-health te werken. Deze zijn daarmee niet representatief voor de totale doelgroep. Professionals zouden eerder geneigd zijn om met e-health te gaan werken als er meer kwalitatief hoogwaardige data beschikbaar komt.

Daarnaast kan de weerstand ook ontstaan vanuit meer praktische overwegingen. Zo wordt zowel de onduidelijkheid over het wettelijk kader als de gebrekkige beschikbaarheid van financiële middelen om in e-health te investeren genoemd als problematisch. Het is momenteel verboden om teveel informatie over individuele patiënten op te slaan; hoe dienen de organisatie en de professionals dan om te gaan met de rijke data die ontstaat bij veelvuldig gebruik van e-health? Innovatiesubsidies zijn daarnaast lastig te verkrijgen; zeker voor het noodzakelijke onderzoek.

Het doorbreken van weerstanden

Het gegeven dat er bij professionals enige weerstand is tegen de grootschalige inzet van e-health is niet vreemd en is wellicht ook niet anders bij andere innovatieve bewegingen in de zorg. Vandaar dat onze respondenten ook zijn bevraagd op mogelijkheden en voorwaarden om deze weerstand te doorbreken. Al belangrijkste punt kan worden gesteld dat e-health moet worden ingebed in de dagelijkse werkwijze van professionals en in de bestaande

organisatorische structuur. Het zal voor professionals “*business as usual*” moeten worden. Hiervoor is allereerst visieontwikkeling nodig waarbij wordt onderzocht hoe e-health past in de keten van diagnostiek, behandeling en evaluatie. Concrete suggesties om e-health in te bedden zijn de volgende.

- Benut ‘early adopters’

De succesverhalen en de zogenaamde ‘early adopters’ van e-health innovaties moeten worden benut om de positieve kant over het voetlicht te brengen. Er zijn al positieve ervaringen met online behandelingen waarbij resultaten net zo goed of beter zijn dan traditionele behandelingen.

- Neem behandelaren mee

Het is essentieel om professionals te betrekken bij de ontwikkeling van e-health in de GGZ. Ook de professional dient te worden meegenomen in alle fasen. Dit zal niet alleen de kwaliteit van de e-health toepassing zelf doen toenemen maar ook het werk van de professional leuker maken. Professionals hebben nog sterker dan patiënten een “immunity to being changed” en niet tegen verandering op zich.

- Organiseer goede experimenten

Het belang van effectenstudies wordt benadrukt in combinatie met de problemen die momenteel bestaan in het organiseren van experimenteerruimte. Een succesvol georganiseerde experimenteerruimte vraagt om samenwerking, ruimte in financiële middelen en regelgeving. Bovendien moet leren centraal staat en moet falen dus mogen. Bovenal moet er zijn nagedacht over het vervolgtraject, na het experiment. Indien deze adviezen worden opgevolgd kan onderzoek volgens onze respondenten beter worden benut. Momenteel lijkt men zowel het geduld als de infrastructuur hiervoor te missen.

- Actieve coaching en ondersteuning

Organisaties moeten, ook als het over professionals gaat, af van het mainstream denken: niet iedere professional staat welwillend tegenover e-health. Diversiteit in behoefte vraagt om flexibiliteit in ontwerp en gebruik. Voorbeelden hiervan kunnen zijn dat de organisatie actief tijd vrij maakt voor experts om mee te denken en werken aan ontwikkeling. Maar ook het praktisch faciliteren van e-health in de vorm van ondersteunende ICT kan nodig zijn: “geef iedere professional een tablet”.

- Zorgverzekeraar betrekken

Het is van belang om de zorgverzekeraar als partij te betrekken. Zeker gezien het feit dat zorgverzekeraars geïnteresseerd zijn in de uitkomsten van experimenten op het gebied van e-health en kosteneffectiviteit.

Nieuwe professionele afwegingen

E-health zorgt er vervolgens ook voor dat professionals en zorgorganisaties nieuwe afwegingen en keuzes moeten maken over hun eigen functioneren. Deze afweging betreft ook een morele afweging die geformuleerd kan worden als ‘ontzorgen versus verleiden’. Zorgorganisaties en behandelaren in de GGZ hebben een morele verantwoordelijkheid om na te denken over hun rol in een land met stijgende zorgkosten en veranderende omgeving. Een risico met de vele zelftests die als marketinginstrument worden gebruikt is dat mensen vooral de zorg ingezogen worden. Bij e-health zal het moeten gaan om de vraag hoe we binding en ondersteuning kunnen organiseren zonder over te gaan tot onwenselijke medicalisering van het dagelijks leven. Is e-health momenteel meer een instrument om aan preventie te doen of enkel een instrument om meer mensen in de zorg te krijgen? Het gaat dus om het onderscheid tussen ‘ontzorgen’ en ‘verleiding’.

Als voorschot op een antwoord op deze morele afweging werd door de aanwezigen op onze expertmeeting wel een eerste aanzet gedaan tot een antwoord. De GGZ zou patiënten meer moeten gaan zien als mensen met een ‘gebruiksaanwijzing’. E-health wordt daarmee een instrument in het leven van patiënten, waarin meerdere domeinen van belang zijn voor het welbevinden van een individu. Zorgorganisaties zouden zich meer moeten focussen op het bijdragen aan gezondheid en participatie in plaats van op de behandeling van ziekte. Bij de beweging naar een meer op uitkomsten gerichte zorg passen actoren die doen aan zelfreflectie. Professionals moeten zich afvragen: “moet ik hier wel zijn?” Patiënten moeten zichzelf de vraag stellen: “moet ik hier wel zorg vragen?”

6.4 Conclusie

Dit hoofdstuk wordt afgesloten met enkel slotopmerkingen over de visie op e-health vanuit het perspectief van de experts. Op basis van onze bevindingen zijn vier belangrijke conclusies te trekken:

1. In de praktijk bestaat een grote variëteit van definities en opvattingen over wat e-health in de GGZ is en doet. Op basis van de analyse lijkt het alsof e-health momenteel nog sterk als ‘extra’ bovenop het werk wordt gezien, maar dat het zal toegroeien naar business as usual in de toekomst.
2. E-health kan ertoe leiden dat de patiënt in een meer gelijkwaardige positie met de behandelaar komt te staan. Dit heeft echter zowel positieve als negatieve kanten voor beide; momenteel is er echter bijna enkel aandacht voor de mogelijke positieve effecten in termen van informatiedeling, eigen regie en een meer gelijkwaardige positie ten opzichte

van de professional. Een mogelijk risico is echter dat er een grotere afhankelijkheid van behandelingen ontstaat en dat patiënten sneller verleid worden tot zorg.

3. Ondanks de mogelijke nadelige gevolgen en onzekerheden over de effecten lijken er ook al veel wegen te zijn om de weerstand te doorbreken en e-health meer te faciliteren. Hieruit blijkt ook dat e-health niet heel veel verschilt van andere innovatieve bewegingen: de kern wordt namelijk gevormd door de noodzakelijke dialoog. Techniek wordt pas bruikbaar in een sociaal model. Daar is nieuwe taal voor nodig, maar ook het actief organiseren van dialoog over wat wenselijk en niet wenselijk is en de training van professionals is nodig.
4. Om deze zaken, de visie op wat e-health is en doet, het betrekken van de patiënt en het faciliteren en begeleiden van de professional, bijeen te brengen, is het ook volgens de experts van belang om de bestuurder aan te spreken. De bestuurder komt in het onderzoek tot nog toe beperkt voor; in het volgende hoofdstuk wordt daarom stil gestaan bij het perspectief van de bestuurder.

Hoofdstuk 7

De bestuurder spreekt...

“Zorgbestuurders hebben de verantwoordelijkheid voor e-health; zij moeten met hun organisaties goede zorg leveren aan patiënten. Met de juiste aanpak kan een bestuurder veel doen om de weerstand te doorbreken: niet alles zelf doen maar wel bestuurlijk entameren, aanjagen en versterken. Met oog voor de context en de motivatie van werknemers perspectief bieden voor de toekomst”.

Bestuurder TOPGGz in ‘opmerkingen’ bij enquête, januari 2012

7.1 Waar is de bestuurder?

De hoofdvraag van dit rapport over de betekenis van e-health voor patiënten en professionals vraagt mede om een analyse vanuit het perspectief van bestuurders van GGZ-instellingen. Temeer omdat uit ons onderzoek blijkt dat vooral de bestuurder een verbinding kan zijn tussen wat de organisatie denkt over en verwacht van e-mental health en dat wat de buitenwereld ervan denkt en verwacht.

In de voorgaande hoofdstukken is gebleken dat het van belang is om de visie op e-health aan te scherpen en om verwachtingen gelijk te stellen. Daarnaast is gebleken dat het betrekken van de patiënt en het faciliteren en begeleiden van de professional cruciaal is om tot positieve resultaten te komen. E-mental health is meer dan een techniek alleen. Er is dialoog nodig om gebruik ervan in te passen in de medische, sociale en maatschappelijke omgeving van de patiënt en de professional. Bovendien bleek uit de gesprekken met wetenschappers dat het

belangrijk is om de beslismacht te organiseren. Daarmee komt de bestuurder in beeld. De bestuurder kwam in het onderzoek tot nu toe beperkt voor, maar blijkt een cruciale rol te spelen in het faciliteren van die dialoog rondom e-health. De bestuurders wordt cruciaal als men erkent dat e-mental health meer is dan een techniek en niet los kan staan van de sociale, medische en maatschappelijke context.

De vraag is daarmee welke ruimte er is voor zorgbestuurders om actief invulling te geven aan hun rol en welke normenkader daarbij gehanteerd zou kunnen worden. Het antwoord op die vraag is, zo blijkt uit eerder onderzoek van iBMG²⁴, voor een belangrijk deel afhankelijk van de wijze waarop bestuurders hun visie op zorg en patiënten formuleren en uitdragen. Wat vinden zij belangrijk en hoe zien bestuurders hun eigen rol en functioneren? Dat bepaalt welke ruimte er voor innovatie en dialoog in een zorginstelling bestaat. Om hier meer inzicht in te krijgen hebben we als uitkomst van dit onderzoek een vragenlijst ontwikkeld over e-health. De enquête is bedoeld om inzicht te geven in de praktijk van e-health projecten vanuit het perspectief van zorgbestuurders. Daarnaast vormt het een mogelijkheid om de bestuurders te laten reflecteren op hun rol in de ontwikkeling van e-health toepassingen en innovatieprocessen de zorg. Een pilot versie van de enquête is uitgezet onder een steekproef van bestuurders (bestuurders van TOPGGz afdelingen). In dit hoofdstuk worden zowel het tot stand komen van de enquête als de eerste uitkomsten gepresenteerd.

7.2 Pilot: enquête onder bestuurders TOPGGz

Om de enquête te ontwikkelen is er besloten een pilot-studie te doen onder bestuurders van TOPGGz afdelingen in Nederland. Per email zijn 15 enquêtes uitgezet onder deze specifieke doelgroep. Er is gekozen voor deze specifieke groep van bestuurders omdat zij leiding geven aan innovatieve afdelingen binnen de GGZ. Een kenmerk van TOPGGz-afdelingen is dat ze hoge kwaliteit zorg leveren voor een specifieke doelgroep met een complexe zorgvraag. Om dit te kunnen doen worden deze afdelingen over het algemeen beschouwd als innovatieve afdelingen. Onze verwachting is dan ook dat alle bestuurders van deze afdelingen ervaringen en/of in ieder geval een oordeel kunnen geven over het gebruik van innovatieve e-health ontwikkelingen in de GGZ. De vragenlijst in deze pilot enquête bevat twaalf vragen die ingaan op de ervaringen met e-health in de GGZ, de effecten die daarvan verwacht kunnen worden en die visie van de bestuurders die daaraan ten grondslag ligt. In tabel 3 treft u een korte toelichting bij de gestelde vragen; de vragenlijst zelf is terug te vinden in bijlage 3.

²⁴ Zie o.a. Putters, Den Breejen & Frissen in *'de winst van zorgvernieuwing'* Van Gorcum 2009

Tabel 3: Toelichting bij de vragen in de pilot-enquête

3	Onderwerp	Toelichting
1	Ervaringen	Gevraagd wordt naar de ervaringen van de TOPGGZ afdeling met e-health. Doel is om vast te stellen of de ervaring bestaat uit de ontwikkeling, het gebruik of zowel ontwikkeling als gebruik van e-health.
2	Prikkels	Doel is om vast te stellen waarom de organisatie actief is op het gebied van e-health. Er wordt specifiek gevraagd naar de maatschappelijke domeinen die de organisatie aanzetten om actief te worden op het gebied van e-health.
3	Verantwoordelijkheden	Gevraagd wordt naar waar de verantwoordelijkheid voor het stimuleren van e-health ligt. Doel is dus om vast te stellen wie volgens de bestuurder de grootste verantwoordelijkheid heeft om e-health in de GGZ te stimuleren; deze vraag vormt dus ook een reflectie op de eigen rol van bestuurders.
4	Belemmeringen	Het doel van deze vraag is vast te stellen welke belemmeringen de bestuurder in zijn werk ervaart voor de ontwikkeling en/of het gebruik van e-health. Hierbij worden zowel externe (sector/maatschappij) als interne (organisatorische) elementen als keuze voorgelegd.
5	Maatschappelijke effecten	Vaststellen welke verwachtingen de bestuurder heeft bij de maatschappelijke effecten van e-health. Dit geeft nader inzicht in de geldigheid van de e-health belofte.
6	Succes	Vaststellen hoe bestuurders omgaan met verantwoording en hoe het succes van een e-health toepassing zou moeten worden bepaald.
7	Invloed bestuurder	Vaststellen in hoeverre de bestuurder zich verantwoordelijk voelt / in staat is om voor de organisatie het innovatievermogen op gebied van e-health te beïnvloeden.
8	Motivatie	Vaststellen wat de motivatie was om in de eigen organisatie een e-health project te starten
9	Effecten	Vaststellen wat de belangrijkste effecten waren van de ontwikkeling / het gebruik van een e-health toepassing.
10	Rol bestuurder in project	Vaststellen welke rol de bestuurder zichzelf toedicht in het e-health project
11	Rol bestuurder in e-	Vaststellen welke rol de bestuurder zichzelf toedicht op

	health	gebied van e-health in de GGZ in Nederland
12	Opmerkingen	Ruimte laten voor opmerkingen over e-health die niet aan de orde zijn geweest in de rest van de enquête.

7.3. Resultaten

Helaas bleek op het moment van schrijven dat de respons van de pilot enquête te laag was om hier te berichten over resultaten. In de volgende paragraaf wordt hier uitgebreider bij stilgestaan. Op basis van het beperkte aantal enquêtes dat al wel volledig is ingevuld kunnen twee voorlopige conclusies worden getrokken:

1. Bestuurders lijken de potentie van e-health te zien om bij te dragen aan de opgaven waar de zorg voor staat maar zien ook problemen in de huidige stand van zaken.
2. Bestuurders lijken een verantwoordelijkheid te voelen als het gaat over e-health en beschouwen zichzelf als cruciale speler in het verder ontwikkelen van de potentie van e-health in de GGZ

De conclusies uit de pilot enquête zijn dus enigszins voorbarig. De verwachting is dan ook dat in de komende tijd deze enquête nieuwe waardevolle inzichten zal gaan opleveren over e-health in de GGZ. Op basis van de eerste bevindingen valt er echter nog een andere conclusie te trekken. Dit onderzoek naar e-health heeft duidelijk gemaakt dat e-health een onderwerp is dat voor vele betrokken partijen vragen oproept. Zo is veelvuldig naar voren gekomen dat er weinig aandacht is voor de normatieve vragen die de ontwikkeling en het gebruik van e-health in de praktijk oproepen, terwijl juist vanuit alle perspectieven blijkt dat juist die normatieve vragen om een helder antwoord vragen. Normatieve en/of ethische vragen spelen in de praktijk en ook enkel de praktijk kan de vindplaats zijn voor antwoorden.

Vooralsnog lijkt het alsof e-health regelmatig ondoordacht wordt toegepast: “Op dit moment lijkt e-health een toverwoord geworden te zijn waar ik me ook zorgen over maak: het domweg invoeren van e-health om tot eventuele kostenbesparingen te komen vind ik zeer onwenselijk” (bestuurder TOPGGz afdeling in pilot-enquete). Op basis van de bevindingen uit dit onderzoek en gesteund door eerder onderzoek van BMG over de rol en morele afwegingen die zorgbestuurders moeten maken is besloten een vervolg te geven aan dit onderzoek naar e-health. De pilot enquête zal verder ontwikkeld worden naar een online enquête over e-health die door een grotere groep van bestuurders ingevuld kan worden. Resultaten en ervaringen opgedaan in dit onderzoek zullen dan ook worden meegenomen in het uitvoeren van de grootschalige enquête onder bestuurders, leden van de NVZD. Deze

enquête zal in de loop van februari 2012 worden uitontwikkeld en getest²⁵. Resultaten van de pilot enquête en van de uitgebreidere enquête onder zorgbestuurders zullen naar verwachting in de loop van 2012 komen waarna ook nadere verslaglegging over de resultaten volgt. Tot slot, op basis van dit hoofdstuk zijn twee conclusies te trekken.

7.4. Slot: de bestuurder moet spreken!

De conclusie die we wel kunnen trekken is dat de bestuurder een belangrijke verbindende rol speelt bij effectieve inzet van e-health, namelijk:

1. De eerste is dat de bestuurder een cruciale rol speelt in het verbinden van de professionele, maatschappelijke en sociale kaders waarbinnen e-mental health toegepast wordt. Hij of zij is bij uitstek de actor die partijen bij elkaar kan brengen om de dialoog over de norm van wat goede zorg is te ontwikkelen en bespreken. Om dat goed te kunnen doen is inzicht nodig in hoe de bestuurder denkt over e-mental health en wat zijn of haar eigen visie op de betekenis ervan is. In dit hoofdstuk is een instrument gepresenteerd (de enquête) die dat in de nabije toekomst mogelijk maakt.
2. De tweede conclusie is dat uit dit onderzoek met o.a. de pilot onder bestuurders in de TOPGGz blijkt dat zij de potentie van e-health zien en voor zichzelf daarin een rol zien weggelegd. Dit toont aan dat het interessant is om bestuurders verder te bevragen op de morele en organisatorische dimensie van e-mental health: beide lijken cruciale condities om weerstanden te kanaliseren en positieve effecten te genereren.

²⁵ Op het moment van schrijven aan dit rapport wordt de uitgebreidere enquête in een samenwerking met een extern bureau uitontwikkeld. Methodologische overwegingen leiden ertoe dat de uitgebreide enquête niet als bijlage aan dit rapport is toegevoegd.

Hoofdstuk 8

Analyses, conclusies en toekomst

“Er is maatschappelijk gezien meer winst te behalen uit het verhogen van de arbeidsdeelname dan uit het verlagen van de kosten voor medische zorg”.

Bron: Booz & Co (2011)

8.1 Kansen in een sector onder druk

Bij de bestudering van e-mental health praktijken werd zichtbaar dat - gevarieerd naar doelgroepen - allerlei toepassingen tot verschillende mate(n) van zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid bij patiënten leiden. Het leidt er ook toe dat zorgprofessionals hun werk anders gaan indelen en met andere risico's rekening moeten houden, zoals andersoortige afhankelijkheden tussen patiënt en professional en e-health. Als patiënten door e-health toepassingen verslaafd raken aan internet of aan een apparaat, dan kan de afhankelijkheid bijvoorbeeld ook een ongewenste richting opgaan. Hoe dan ook zien we een verschuiving tussen mens en techniek en tussen patiënten en professionals. Dat leidt ertoe dat ook de scheidslijnen tussen de eerste, tweede en derdelijns GGZ zorg vertroebelen. Door e-mental health kan sommige tweedelijnszorg worden afgebouwd en in de eerstelijns behandeld worden en gaat andere zorg sneller naar de derdelijn. Het loopt door elkaar, maar voor de patiënten meer passend.

Opvallend in ons onderzoek was de grote variëteit aan definities, zowel in de literatuur als in de praktijk. Het discours over e-health en e-mental health is nog erg gefragmenteerd. Sommigen leggen de nadruk zeer op de 'e' en wijzen op de technologie en techniek. Anderen juist niet en wijzen erop dat het gaat om het passende gebruik, gegeven de culturele en sociale omgeving waar het wordt ingezet. Wij concluderen dat het beide is. E-mental health is een

tool, maar er is communicatie en inpassing in de omgeving nodig is om het passend te gebruiken. Je kunt dat dus niet los van elkaar bestuderen. Een belangrijke constatering daarbij is dat het ook gaat om een proces, een proces van gewenning. E-health zal naar onze verwachting steeds meer ‘normaal’ onderdeel uitmaken van de zorgverlening in de GGZ, waardoor het bijzondere ervan niet zozeer met een ‘e’ hoeft worden aangegeven. Het zal meer en meer ‘business as usual’ worden.

De GGZ staat daarmee aan de vooravond van grote veranderingen. Er is een toenemende behoefte aan psychische en psychologische zorg en tegelijkertijd moeten enorme bezuinigingen van overheidswege worden verwerkt. Het zorgaanbod moet dus flink worden gereorganiseerd en in de GGZ worden daarin ook al flinke slagen gemaakt. Een meer cliëntgerichte sector, waarin ook de individuele verantwoordelijkheid van patiënten en cliënten wordt aangesproken is het doel. De introductie van meer marktprikkels stuurt daar ook op. Er moeten immers steeds scherpere contracten, in concurrentie, met zorgverzekeraars gesloten worden. De GGZ maakt met de zorgverzekeraars niet alleen afspraken over een meer cliëntgerichte oriëntatie, maar ook over de ontwikkeling van meer uitkomstmaten van kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven, zodat ook steeds beter kan worden ingekocht op prijs, kwaliteit en dat wat het voor patiënten, cliënten en de maatschappij oplevert. In dat laatste geval kan bijvoorbeeld nadrukkelijk worden nagedacht over wat de GGZ oplevert voor bijvoorbeeld de openbare veiligheid. Voorbeelden van ontwikkelingen zijn de ROM trajecten, de ontwikkeling van topklinische GGZ zorg en de tevredenheidsmetingen die worden gedaan.

8.2 Van zorg naar participatie

De GGZ raakt nog meer dan al het geval was verweven met andere sectoren van het maatschappelijk leven. Door e-mental health kunnen mensen meer en langer thuis verblijven, anders in de openbare ruimte verblijven en wordt het makkelijker mogelijk om ook een arbeidszaam leven in te richten. Het gaat dus dwars door schotten van sectoren heen. Daarmee ontstaat de mogelijkheid om aan de zogenaamde zorgparadox te ontsnappen²⁶. De zorgparadox behelst een focus dusdanig op zorgvernieuwing dat een blindheid ontstaat naar de wereld buiten de zorg die soms net zo belangrijk of belangrijker is voor het uiteindelijke resultaat, namelijk een betere kwaliteit van leven en het bestrijden van ongezondheid en ziekte. Te denken valt aan arbeid, wonen, recreatie en vervoer. Door meer informatiedeling zijn patiënten ook beter geïnformeerd, ontstaat een gelijkwaardiger relatie met de hulpverlener en is de patiënt in staat hun eigen zorgproces en maatschappelijk leven beter te

²⁶ Den Breejen, Putters en Frissen, 2009.

managen. Er ontstaan daardoor ook makkelijker combinaties van zorgverlening en participatie. Een deel van de zorgverlening wordt anoniemer en dat zullen sommige patiëntgroepen als prettig ervaren. Teveel focus op zorg vanuit de gedachte er meer grip op te krijgen kan dan paradoxaal genoeg wel het tegengestelde opleveren, namelijk dat te weinig rekening gehouden wordt met wat de hulpverlening voor veiligheid of werk betekent. E-mental health toepassingen in dit onderzoek laten zien dat de verbindingen met die ‘buitenwereld’ gemakkelijker te leggen zijn, waardoor ze tot de ‘binnenwereld’ gaan behoren. Het leidt ertoe dat patiënten niet enkel patiënt of cliënt zijn, maar burger die participeren, meer maatschappelijk kunnen deelnemen.

Dat is het mooie verhaal; er zijn echter ook weerstanden en potentiële nadelige gevolgen aan e-health verbonden. Bij professionals die hun werk moeten veranderen of die hun zorgverlening zien verschuiven. Nieuwe zorgvormen hebben nog geen status of protocol waardoor het soms lastig is op die weg voort te gaan. Dat geldt ook voor de financiering die nog steeds niet is ingericht op dergelijke innovaties over grenzen van sectoren heen. De financiering komt dan van projecten of tijdelijke constructies, terwijl juist langere adem en lange termijn perspectief geboden is. Het risico is daarmee – ook bij e-mental health – dat de focus op bestaande zorg de gerichtheid op maatschappelijke participatie teveel verhindert. De nieuwe verbindingen die e-mental health met de buitenwereld mogelijk maakt kunnen dit voorkomen. Een zorgpunt dat in het onderzoek naar voren kwam was bovendien het stigma dat er bestaat ten opzicht van GGZ patiënten. Dat lijkt te versterken met de bezuinigingen die op de sector afkomen. De acceptatie van psychische problemen als ziekte en de eigen verantwoordelijkheid daarbij staan onder druk.

Het is daarom nodig dat er naast een doelgroepenbenadering (zie paragraaf 8.3) een meer uitkomstgericht perspectief op de GGZ zorg wordt ontwikkeld. Uiteindelijk moet het gaan om de verhoogde kwaliteit van leven, arbeidsdeelname, participatie aan de samenleving, en het voorkomen van onveilige situaties. De uitkomstmaten daarvoor zijn in ontwikkeling en broodnodig. Alleen dan kan e-mental health echt door schotten breken, wordt preventie lonend en zal uiteindelijk het zorgvolume dalen. Het maakt ook duidelijk dat het niet enkel een kwestie is van ziek zijn, of een ziekte hebben. E-mental health kan helpen op een andere manier met de ziekte om te gaan. Omdat te realiseren is niet enkel kennis en techniek nodig, maar vooral ook dialoog met de sociale omgeving, met de professionals en over de sectoren heen.

8.3 Naar een gevarieerde doelgroepgerichte benadering

In hoofdstuk 1 verwezen we naar de instituties die bij innovatieprocessen een belangrijke rol spelen. Dat bleek ook bij e-mental health het geval. De regelparadox die innovaties veelal dwars zit heeft vooral van doen met starre instituties die van een sturende top down wijze van financieren en organiseren naar een meer faciliterende bottom up manier van werken moeten gaan. Dat lukt niet altijd. Er is sprake van een decentralisatie waarbij meer verantwoordelijkheden decentraal bij zorginstellingen, zorgverzekeraars en overheden worden neergelegd. Tegelijkertijd is het de regulering die weer centraliseert als het gaat om het controleren van de uitkomsten daarvan. Dat is ook in de GGZ zichtbaar op centraal niveau waar enerzijds stappen naar meer marktwerking en vrije prijzen worden gezet, maar anderzijds de overheid met budgettering en sterkere aansturing te werk gaat om de kosten te beheersen. Dat spanningsveld zorgt voor soms tegenstrijdig beleid. Het prikkelt te weinig ondernemerschap, preventie en gerichtheid op uitkomsten van zorgverlening, terwijl dat de regelparadox echt kan doorbreken.

Bij het onderzoek naar e-mental health hebben we twee allianties gezien die hier een tegenwicht aan geven. In de eerste plaats de alliantie tussen zorginstelling/bestuurder en zorgprofessionals. Daar waar bestuurders een visie op e-mental health hadden en daarover communiceerden werd ruimte gecreëerd voor zorgprofessionals om met e-mental health te experimenteren en de grenzen ervan te verkennen. Dat bleek een enorm belangrijke voorwaarde om tot meerwaarde voor de patiënt te komen. Tegelijkertijd is wel gebleken dat er ook een neiging bestaat tot uniformerend denken over wat met e-mental health bereikt moet worden. Dat is een valkuil, omdat het erg doelgroepspecifiek is wat het kan opleveren. Er moet – blijkt uit de gesprekken met professionals die wij voerden – sprake zijn van ‘matching’. Dat is nu vaak te weinig het geval. Niet elke groep patiënten is geschikt voor e-mental health. Daar waar het zorgbestuur afwezig is in de discussie over e-mental health blijkt het daardoor nog lastiger te zijn om daadwerkelijk resultaten te boeken voor de patiënten. Bestuur en management kan een belangrijke rol spelen in het ontwikkelen van een doelgroepgerichte benadering van e-mental health.

In de tweede plaats de alliantie tussen de zorgprofessional en de patiënten. Die relatie ligt ingewikkeld. Enerzijds willen patiënten steeds meer rondom e-mental health. Ze komen zeer voorbereid bij de psycholoog door allerlei zelftests op internet. Dat levert het voordeel op van snellere diagnose en een meer gelijkwaardige positie in de behandelrelatie, maar ook van soms verkeerde verwachtingen. De psycholoog wil sommige dingen opnieuw testen, de patiënten willen soms iets anders. De vraag wie bepaalt wat nodig is komt dan sterk aan de

orde. De afhankelijkheid van de techniek of van het ‘connected’ zijn met lotgenoten kan bovendien verslavend werken. Het risico van het ontstaan van gemakzucht – aan zowel de kant van de patiënten als bij de professionals – is er daar een van. De gedachte ‘dat het wel goed komt’ of dat ‘de patiënten het wel zelf doen’ kan daar de oorzaak van zijn. Daarom blijft de combinatie met face to face contact, dus de inbedding van de techniek in de sociale context, cruciaal. Wat dit alles voor de behandelrelatie betekent in juridische zin dient nader te worden onderzocht. Tot slot zien we dat al deze veranderingen in de positie en afhankelijkheid van patiënten ook de positie en het werk van de professionals doen veranderen. Zij bewegen wel mee, maar protocollen zijn sturend en langzamer veranderbaar dan dat de techniek voortschrijdt. Er is bij hen weerstand waarneembaar. Alles bij elkaar moderniseert de relatie tussen de GGZ cliënten en hulpverleners zeker, maar creëert het ook nieuwe risico’s en weerstanden.

Ontbrekende allianties zijn vooral die met de buitenwereld, zoals werkgevers of uitkeringsinstanties, sociale werkplaatsen en met zorgverzekeraars. Uit ons onderzoek blijkt dat zorgverzekeraars wel degelijk interesse hebben in de mogelijkheden en opbrengsten van e-mental health, maar ook terughoudendheid zijn in het willen financieren daarvan. Het zou in hun ogen onderdeel van het werk, of ‘business as usual’ moeten zijn. Dat ademt nog niet de sfeer uit van een alliantie. Dat komt ook omdat de GGZ zelf de e-mental health nog beperkt in doelgroepen varieert en de uitkomsten daarvan in uitkomstmaten heeft ondergebracht. Daar valt een wereld te winnen. Naast zorgverzekeraars lijken stakeholders uit andere sectoren, zoals werkgevers, onderwijsinstanties en uitkeringsinstanties afwezig. Zij hebben ook belang bij soms snelle terugkeer van cliënten in arbeids-, scholings-, of maatschappelijke processen. Haags beleid, ook al is dat voor budgetten vaak bepalend, hoeft hierbij niet te verhinderen dat instellingen en professionals dit gewoon nu al kunnen doen.

8.4 Van de technologie naar de dialoog

Een informatieparadox treedt op bij een te sterke focus op transparantie over kosten, kwaliteit en opbrengsten. Het onderbrengen van zorg in maat en getal blijkt in de gezondheidszorg niet altijd gemakkelijk te zijn. Zorg is een relatie waar vertrouwen een grote rol in speelt, zeker in de GGZ. Dat vertrouwen is niet altijd in cijfers uit te drukken maar moet er zijn. Een te grote focus op meetbaarheid belemmert het zicht daarop. Het kan de indruk wekken dat er veel kennis is over de zorgverlening, maar de betekenis ervan is dan gering. Dat is de informatieparadox. Kan e-mental health deze doorbreken? Ja, maar wel onder een cruciale voorwaarde die nog te gefragmenteerd wordt gerealiseerd: de dialoog.

De mogelijkheden tot informatiedeling zijn door e-health groot. Het leidt daadwerkelijk tot meer gelijkwaardigheid tussen patiënten en hulpverleners. Tegelijkertijd blijft er een afhankelijkheidsrelatie die soms teveel naar de achtergrond verschuift. Het 'snapvermogen' van patiënten, rondom nieuwe technologie of kennis, is niet altijd even groot. Het gaat in de GGZ ook om groepen patiënten die erg labiel zijn en minder vermogen hebben om alle informatie en kennis tot zich te nemen. Bovendien is internet ook vluchtig en biedt het de mogelijkheid om snel af te haken of anoniem te blijven. Er van uit gaan dat dit wel goed komt is dan bij GGZ patiënten een grote valkuil. Deze gemakzucht wordt soms in de praktijk wel ervaren.

E-mental health is dus niet alleen een kwestie van het op orde brengen van de techniek, het schrijven van richtlijnen, gebruiksaanwijzingen en protocollen of het leggen van een internetverbinding met de cliënt. Juist de communicatie erover met familie en vrienden (de sociale omgeving), de artsen en andere belanghebbenden is cruciaal. Wat wordt van hen verwacht om de GGZ patiënt optimaal effect van e-mental health te kunnen laten hebben? Zelfmanagement toepassingen leiden ertoe dat ook familie zich soms moet aanpassen. Het doet momenten van artsbezoek veranderen. Het vergroot de kennis van de patiënten. De communicatie daarover, ook naar bijvoorbeeld zorgverzekeraars dient actiever plaats te vinden. Op dit moment wordt op veel plaatsen het wiel uitgevonden rondom aantallen bezoeken op internetsites en bijvoorbeeld de gevolgen voor fysieke arts bezoeken. Instellingen en professionals kunnen hier veel van elkaar leren door meer ervaringen uit te wisselen.

Dat is ook nodig om tot normering te komen. De behoefte daaraan blijkt groot te zijn volgens ons onderzoek. Wanneer is een e-mental health toepassing goed en wanneer niet? De vraag wie die normering moet doen volgt dan al snel. De normen ontwikkelen zich nu langs de weg van duizend bloemen bloeien. De normen blijken sterk afhankelijk van wat zorgprofessionals wenselijk vinden. Hun activiteiten en creativiteit, hoe goed bedoeld ook, is sturend. Tegelijkertijd zien we dat van buitenaf de zorgverzekeraars steeds meer de norm opleggen met rankings, lijstjes en uitspraken over waar goede en minder goede zorg verleend wordt. Het maakt duidelijk dat normering niet neutraal is. 'Where you sit is where you stand'. Dat is ook legitiem, maar de discussies daarover (intern en extern) komen nauwelijks samen. Een integrale afweging van wat goed of slecht is komt daardoor niet goed van de grond. Daar komt de bestuurder om de hoek kijken. Deze kan een actieve rol spelen in het bijeenbrengen van die interne en externe discussies over de norm van goede e-mental health. Het faciliteren daarvan behoeft aandacht om te voorkomen dat de informatieparadox alsnog de winst van e-mental health belemmert. Namelijk: miscommunicatie over maat en getal tussen de buitenwereld en de binnenwereld. En dat terwijl e-health de verbinding zo eenvoudig legt.

Een bevinding uit ons onderzoek is dat e-health in de praktijk van de GGZ de mogelijkheden blijkt te bieden om te komen tot vormen van shared decision making, en meer betrokkenheid van patiënten en cliënten bij keuzes die in de zorg gemaakt worden. Het maakt bovendien de zogenaamde ‘blended’ behandelingen mogelijk, dat wil zeggen een combinatie van e-health en face to face contact. De patiënt wordt zo dus in zowel het directe zorgverleningscontact als in de besluitvorming van passief informatieverancier tot actief en erkend deelnemer in het zorgproces.

8.5 Conclusies en boodschappen

E-health leidt in de praktijk tot discussie ontstaat over wat het is. Verschillen in definities lijken voort te komen uit verschillende verwachtingen. Daaruit blijkt dat e-health niet alleen van de professional iets vraagt en voor de patiënt iets oplevert, maar dat het net zo goed andersom is. Het vraagt van de patiënt iets en levert op voor de professional ook wat op. Met andere woorden er is sprake van een wederkerige relatie. In deze concluderende paragraaf geven wij onze conclusies omtrent wat dat vraagt van zowel patiënten en professionals, maar ook van bestuurders en zorgverzekeraars. We trekken lessen omtrent de bestudeerde praktijken over wat e-health oplevert en wat er nodig is. Daarmee beantwoorden we onze onderzoeksvragen (hoofdstuk 1).

Het is niet een kwestie van kosten, maar van investeren

Het citaat uit het recente rapport van Booz & Co. (2011) over diabetes zorg in Nederland is voor dit onderzoek naar e-mental health relevant. In dat rapport wordt namelijk expliciet duidelijk dat investeren in mensen met de chronische ziekte diabetes uiteindelijk zowel een verhoogde kwaliteit van leven en werk oplevert als productiviteitswinst voor bedrijven en de samenleving. Met simpele aanpassingen van werktijden en arbeidsomstandigheden zijn werkgevers in staat om beter in te spelen op de behoeften van diabetes patiënten en ze verhogen daarmee ook nog hun productiviteit. Met andere woorden, er is een kanteling nodig van het denken in termen van de kosten van de medische zorg en van mogelijke nieuwe behandelmethoden naar het denken in termen van de maatschappelijke en productiviteitswinst die het op kortere en vooral ook langere termijn oplevert. Daarbij speelt wel dat we bij de professionals in de GGZ nog een zekere weerstand zien tegen e-health, de gevolgen voor hun werkwijzen en de gedachte daardoor dat het allemaal ‘extra’ bovenop het werk komt. E-mental health zou ‘business as usual’ moeten zijn.

Naar meer doelgroepgerichte e-mental health

De mogelijkheden zijn eigenlijk oneindig. Van zorgportalen en zelftests op internet tot alarmeringsapparaatjes, het bijhouden van medicijngebruik en internet therapie. Het vraagt wel allemaal om investeringen, van zowel instellingen en hulpverleners, als van patiënten. Het levert uiteindelijk echter ook veel op in termen van zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid van GGZ cliënten. Dat wil zeggen, voor een aantal doelgroepen. We hebben ook een keerzijde ontdekt. Patiënten en cliënten kunnen, wanneer de innovatie niet doelgroepgericht wordt geïmplementeerd maar meer vanuit de technische mogelijkheid die het biedt bekeken wordt, ook meer in plaats van minder afhankelijk worden van zowel personeel als technologie. E-mental health heeft een duidelijke doelgroepgerichte en risicogerichte aanpak. Daarbij moeten ervaringen veel meer gemeten worden en is kosteneffectiviteitsonderzoek cruciaal. De bewijslast dat het daadwerkelijk ook tot betere zorg en betere kwaliteit van leven leidt is nog erg beperkt.

Techniek behoeft meer dialoog: 'Face-to-Facebook contact!'

Om de e-health toepassingen een kans te geven is meer nodig dan enkel de kennis of het bewijs van wat de techniek doet. Het gaat om kansen bieden aan passend gebruik ervan. Daarvoor is nodig dat niet enkel virtueel contact bestaat, maar dat combinaties met dialoog en face to face contact worden gezocht. Wat passend is moet daar besproken worden als norm. Dat is geen gegeven, maar een gesprek. Dat is niet enkel een kwestie van protocollen maken zoals zorgprofessionals geneigd zijn te doen, maar heeft ook een reflectie op wat sociaal en maatschappelijk wenselijk is. Dat gesprek en de ruimte om daarmee te experimenteren moet door bestuurders en verzekeraars gefaciliteerd worden. Die dialoog komt nog te weinig tot stand of blijft impliciet. Wij pleiten voor het expliciteren van het 'face to facebook contact'. In zowel de inrichting van de zorgverleningsrelatie, als bij de besluitvorming biedt het tal van mogelijkheden om patiënten beter te betrekken en mee te nemen.

E-mental health is echt iets van de werkvloer. In de relatie tussen patiënt en hulpverlener gebeurt het. Daar worden de voor- en nadelen ervaren. Daar worden de toepassingen uitgetoetst. De toepassing van e-mental health is daarmee in hoge mate een bottom-up beweging die zich als sneeuwbal verder uitrolt. De mogelijkheden lijken daar, zoals gezegd oneindig. Dat is op zichzelf een goede beweging om patiënt en professional mee te krijgen in nieuwe vormen van zorgverlening en het ze niet op te leggen van bovenaf. Tegelijk ontbreekt daardoor soms de afweging met andere belangen. Bijvoorbeeld de mate waarin sommige doelgroepen juist afhankelijker kunnen worden, of het maatschappelijk en persoonlijk belang van privacy bewaking. De dialoog over wat nu goed of niet goed is vormt een wezenlijk onderdeel van de toepassing van e-mental health, omdat het geen neutrale maar een

normatieve verandering van het zorgproces met zich brengt. De betrokkenheid van ervaringsdeskundigheid is in deze dialoog erg belangrijk. Op tal van plaatsen worden ervaringsdeskundigen en lotgenotencontacten ingezet, welke ook via e-health effectief kunnen worden benut en ingezet.

Veel bewijslast over effectiviteit ontbreekt: onderzoek en beleid zijn onvoldoende in gesprek

Er bestaat veel onzekerheid over de bewijslast van de effectiviteit van e-mental health. Zowel voor de kosten als voor de zelfredzaamheid van patiënten. Ook wetenschappelijk is daar nog veel werk aan de winkel, bijvoorbeeld rond kosteneffectiviteit. Tegelijkertijd wordt er met de wel bestaande inzichten onvoldoende gedaan. Er is weinig vertaling van kosteneffectiviteitsonderzoek naar de praktijk in termen van de verbetering van prestaties en financieringsstructuren. Dat gebeurt ook niet als een E-Health toepassing eenmaal is ingevoerd. Het bijsturen op effectiviteit blijkt dan te lastig. Daar moeten de besluitvormingsmodellen op worden doordacht, opdat van experimenten beter geleerd kan worden. De huidige stimuleringsprogramma's zijn vaak op de korte termijn gericht. Een structurele inbedding van e-health toepassingen blijft hangen, terwijl de zorgmarkt relatief overzichtelijk is en er alle kansen liggen om consequenties te verbinden aan de toepassing van e-health, bijvoorbeeld richting een nieuwe ordening van zelfmanagement tot wat nog intra- en extramurale zorg is.

E-mental health wordt ondoordacht ingevoerd: ethische dimensie toevoegen

E-mental health kent een ethische dimensie. Wat is goed voor de doelgroep en wat niet? Wie bepaalt dat? Enerzijds zijn dat de artsen en andere zorgprofessionals, maar helemaal onbevooroordeeld zijn zij niet. Hun werk verandert immers, ook professioneel gezien. Als cliënten meer zelfstandig kunnen doen, veranderen ook hun eisen en wensen. Dat blijkt voor professionals soms lastig, hun aanpassingsvermogen is niet altijd even groot. Tegelijkertijd biedt het hen uitdagingen, bijvoorbeeld om zich verder te specialiseren op waar zij goed in zijn. Anderzijds zijn er de instellingen en zorgverzekeraars. Maar ook zij hebben belangen. Het is financieel lastig de broek op te houden, en e-mental health vraagt toch om investeringen. Bovendien, wat levert het echt op? De vraag of mensen echt die sites bezoeken, zich houden aan internet therapie en dergelijke wisselt af met de vraag hoeveel fysiek contact er toch ook nodig blijft. Dit zijn vragen van professionaliteit en hulpbehoevendheid, maar ook van moraliteit en ethiek. Er mist een morele agenda onder het e-mental health beleid, terwijl twee problemen daarom vragen:

- Door de sterke bottom up benadering van e-mental health toepassingen mist een dialoog over bredere belangen en mist een normering van wat goed of fout is.

- Daarnaast missen duidelijke plaatsen waar die afweging gemaakt kan worden. Professionals doen het onderling, bestuurders kijken af en toe mee, zorgverzekeraars houden zich wat afzijdig, patiënten experimenteren zelf. Een plaats waar de dialoog over de voors en tegens van e-mental health kan worden gevoerd ontbreekt veelal.

Een trend die we wel waarnemen is dat intussen een groot aanbod van commerciële e-mental health producten wordt gecreëerd. Nader onderzoek is nodig om de precieze effecten daarvan te doorgronden. De indruk bestaat dat patiënten er snel toe grijpen, en diagnoses online krijgen, zonder dat er face to face(book) contact is geweest. De vraag is hoe effectief en dus wenselijk dit is. Het leidt ook tot de behoefte aan inzicht in de vraag of e-mental health nu helpt bij preventie van zorg en kosten, of dat ze deze juist genereert (ontzorgen versus verleiding). Ons onderzoek doet daar geen uitspraak over.

De bestuurder als actief verbinder

Uit het onderzoek blijkt dat de bestuurder een cruciale rol speelt in het verbinden van de professionele, maatschappelijke en sociale kaders waarbinnen e-mental health toegepast wordt. Niet dat de bestuurder in de behandelrelatie zit. Daar is e-mental health wat professionals en patiënten ervan maken. De condities waaronder zij dat doen zijn echter te sturen. De bestuurder is bij uitstek de actor die partijen bij elkaar kan brengen om de dialoog over de norm van wat goede zorg in de behandelkamer of achter het beeldscherm is te ontwikkelen en bespreken. Om dat goed te kunnen doen is inzicht nodig in hoe de bestuurder denkt over e-mental health en wat zijn of haar eigen visie op de betekenis ervan is. Uit de pilot vragenlijst die we onder bestuurders in de TOPGGZ uitgezet hebben blijkt dat zij een sterke visie op toekomst van de GGZ hebben en de e-mental health als driver voor verandering zien. Tevens zien zij posities en afhankelijkheden verschuiven en doordenken zij de consequenties voor financiering en organisatie. Zowel de morele dimensie als de organisatorische dimensie van e-mental health zijn van belang om weerstanden te kanaliseren en positieve effecten te genereren. De positie van de bestuurder daarbij is onderbelicht.

Niet afwachten. NL doet!

Het bevorderen van e-mental health en het bereiken van positieve resultaten daaruit is niet enkel een kwestie van Haags beleid en het wachten of regels rond financiering. Het is ook een kwestie van individuele verantwoordelijkheid van instellingen en professionals. In feite zou het als ‘business as usual’ gezien moeten worden. E-health innovatie in de GGZ komt niet bovenop het werk en is niet extra, maar vervangt deels bestaande werkzaamheden en doet werk en afhankelijkheden verschuiven. De gewenningsperiode moet worden gefaciliteerd,

zeker als er nog veel onduidelijk is van wat het doet en betekent, maar uiteindelijk gaat het om het ontwikkelen van een andere manier van werken. Dat kan al. Nu. Het komt dan wel aan op slim ondernemerschap dat is gericht op meer kwaliteit van leven en werk voor GGZ patiënten enerzijds en productiviteitswinst en maatschappelijke meerwaarde anderzijds. Dat vraagt om meer variatie naar doelgroep en het beoordelen van de winsten van e-mental health over grenzen van zorg, werk en maatschappelijke deelname heen.

8.6 Toekomst

Op basis van onze inzichten uit de wetenschap, uit de professionele praktijk van e-mental health en uit de bestuurlijke praktijk presenteren we tot slot een toekomstperspectief voor e-health in de zorg. Specifiek hebben we ons de vraag gesteld: hoe ziet de zorg eruit in 2040 en welke rol speelt E-health dan? We hebben de vrijheid genomen er iets ruimer dan enkel de GGZ over te denken. Dit toekomstbeeld is niet direct te herleiden op wetenschappelijk onderzoek maar bevat enkel de persoonlijke verwachtingen van onze respondenten (die we hier naar gevraagd hebben) en van onszelf.

'De toekomst spreekt: 'E-health in 2040'

Hoewel we het nu, in het jaar 2012, hebben over e-health innovaties zal de inzet van e-health in 2040 veel vanzelfsprekender zijn. De automatische koppeling van het begrip innovatie aan e-health zal dan niet meer nodig zijn omdat het een integraal onderdeel van de zorg en zelfs van ons dagelijks leven is geworden. Het is een breed gedragen verwachting dat de technologische ontwikkeling van e-health toepassingen door zal gaan en wellicht versneld zal plaatsvinden. Dit zal echter niet alleen leiden tot nieuwe technologische mogelijkheden: het ontstaan van nieuwe mogelijkheden zal continue ons begrip en oordeel over technologie en zorg veranderen. De snelheid van technologische ontwikkeling zal ook de ideeën en verwachtingen bij wat wij communicatie, contact en zelf zorg noemen veranderen. Dat wat we normaal vinden in de zorg verandert mee met de technologie.

Ondanks dat de ontwikkelingen onveranderd snel zullen gaan betekent dat niet dat de praktijk met dezelfde snelheid zal veranderen. De meningen lopen hierin nogal uiteen: waar de een verwacht dat e-health een ware revolutie zal veroorzaken schets de ander een beeld waarin de complexiteit zorgt voor een veel gematigder beeld. Deze twee scenario's worden hier tegenover elkaar gezet.

In het **pro e-health scenario** zal e-health de zorg radicaal veranderen. E-health zal ervoor zorgen dat we gezondheid en het zorgen voor onze eigen gezondheid meer als integraal onderdeel van ons dagelijks leven gaan zien. In dit scenario zal e-health de zorg radicaal gaan veranderen. Het is in dit scenario de verwachting dat er in 2040 geen verzorgingstehuizen meer zullen zijn maar dat men in staat is gezond oud te worden in de eigen omgeving. Deels zal dat zijn omdat e-health ondersteuning biedt bij keuzes in het dagelijks leven, gekoppeld aan veel strengere normen over levensstijl en welzijn. Wat ook kan helpen bij gezond oud worden is dat alles in de eigen omgeving veel meer generatiespecifiek is te regelen en dat er zorgrobots in de thuisomgeving beschikbaar zijn. Concreet kan deze beweging volgens de geïnterviewden betekenen dat wellicht tot 90% van de contacten in de huidige eerstelijnszorg elektronisch zal zijn. Dit betekent dat er een ‘e-dokter’ ontwikkeld zou zijn die volgens standaard algoritmes diagnoses stelt en behandelingen bepaald. Beide ontwikkelingen zullen de vraag naar inzet van technologie omdraaien: ‘niet waar is e-health mogelijk, maar waar is menselijke interactie nog wenselijk’. Dat zal, ook in dit scenario, in ieder geval altijd het ziekenhuis van de toekomst zijn. Zoals een van de geïnterviewde het beschrijft: ‘Er zal altijd een fysieke verzamelplaats bestaan voor de zieken waar hoogwaardige en complexe zorg kan worden geleverd’. Het is in ieder geval de verwachting dat e-health in bepaalde ziektegebieden een enorme sprong voorwaarts zal gaan maken. Het is de verwachting dat e-health in de GGZ het meest veelbelovend is. Door de mogelijkheid om anoniem gebruik te maken van e-health en door de vele jaren van ervaring met e-health in de GGZ is het de verwachting dat e-health daar snel succesvol zal blijken te zijn, of in ieder geval in zodanig stadium komt dat goed onderbouwde uitspraken gedaan kunnen worden over de waarde van de inzet van e-health. Daarnaast is de verwachting dat e-health ook in de ziektegebieden depressie, COPD, risicomangement, obesitas en diabetes snel massaal zal worden gebruikt. Volgens de geïnterviewde lenen deze ziektebeelden zich voor e-health en bovendien bestaan er stimuleringsmaatregelen om inzet van technologie op deze ziektebeelden te stimuleren.

In het meer **genueanceerde scenario over e-health** wordt gesteld dat de praktijk, ook voor e-health, veel weerbarstiger zal blijken te zijn dan soms gehoopt. Volgens aanhangers van dit scenario blijft, ook in de toekomst, de grootste uitdaging hoe we e-health toepassingen dienstbaar maken aan het primaire proces in de zorg. Om dit mogelijk te maken zullen wij bijvoorbeeld antwoorden moeten vinden op nieuwe vragen. Intensiever gebruik van e-health zal bijvoorbeeld een informatie- en kennisbias oproepen. E-health kan wellicht bestaande cultuurverschillen doorbreken maar niet oplossen. Het is daarom de verwachting dat we in de toekomst op een ‘standstill’ komen waarin belofte en resultaat botsen. Het zal de vraag blijven of we technologische ontwikkelingen zodanig kunnen inbedden in de dagelijkse context van de zorg op een zodanige wijze dat betrokkenen (patiënten en professionals) ermee kunnen en willen werken. Het feit dat we in dit soort ontwikkelingen vaak drie stappen voorwaarts maken om er twee terug te zetten zal niet veranderen maar maakt het ook moeilijk

voorspelbaar. Dit scenario voorspelt dan ook dat het daadwerkelijk gebruik van e-health gelijk op zal gaan met bredere maatschappelijke bewegingen. Zo werd bijvoorbeeld genoemd dat pas in 2040 de huidige verschuiving naar 1^e-, 1,5^e- en 2^e- lijnszorg afgerond is en dat e-health daarin een plek heeft gekregen. In dit scenario zal e-health op zich dus niet revolutionair blijken te zijn maar hangt het realiseren van de belofte af van de wijze waarop men dit breed weet te organiseren.

We sluiten dit inkijkje in de toekomst af met het uitspreken van een hoop in plaats van een verwachting. In 2040 zijn we erin geslaagd de menselijke kant van technologie actief vorm te geven. Als we het dan hebben over e-health zal het niet meer gaan over het zo snel mogelijk geïmplementeerd krijgen van een nieuwe technologie maar hebben we sociaal waardige vormen van e-health ontwikkeld: slimme e-health toepassingen zijn daarmee sociaal vormgegeven en ingebed. Om de positieve kansen die e-health ontegenzeggelijk biedt te benutten zal er echter wel een antwoord gevonden moeten worden op vele vooralsnog onbeantwoorde vragen over de benodigde condities voor succes en beperken van de nadelige gevolgen. Dat betreft ook met name ethische en morele vragen over welke toepassingen voor welke doelgroepen wenselijk zijn en hoe daarmee afhankelijkheidsrelaties kunnen wijzigen. Er moeten plekken ontwikkeld worden waar de medische, sociale, maatschappelijke en ethische kanten worden gewogen. Een mooie uitdaging en gedeelde verantwoordelijkheid voor iedereen die zich betrokken voelt bij de toekomst van de zorg.

Literatuurlijst

Aujoulat I, R. Marcolongo , I. Bonadiman & A. Deccache. 2008. *Reconsidering patient empowerment in chronic illness: a critique of models of self-efficacy and bodily control*. Soc Sci Med; 66 pp.1228–39

Alsop R & N. Heinsohn . 2005. *Measuring empowerment in practice : structuring analysis and framing indicators*. Washington, D.C.: World Bank, Poverty Reduction and Economic Management Network, Poverty Reduction Group

Atos Consulting. 2011. *De GGZ-sector in 2020- De ontwikkeling van e-mental health in een onzekere toekomst*

Blanson Henkemans, O. 2009. *ePartner for self-care – How to enhance E-Health with personal computer assistants*. Academisch proefschrift. Delft, NL: Technische Universiteit Delft.

Boer & Croon. 2010. *Van Instituten naar netwerken, visie, september 2010*

Boevink, W. 2000. *Ervaring, ervaringskennis, ervaringsdeskundigheid*. Deviant, sept. 2000

Booz & Company & Novo Nordisk. 2011. *Diabeteszorg in Nederland: Betere gezondheid, meer welvaart*

Broer, T. 2012. *Governing ideals of good care. Quality improvement in mental health care*. Proefschrift iBMG, EUR.

Chamberlin, J. 1997. *A working definition of empowerment*. Psychiatric Rehabilitation Journal Volume 20 Number 4 pag 43 t/m 46

Clark, M. 2008. *Diabetes self-management education: A review of published studies*. Primary Care Diabetes. Volume 2 (3) pp. 113-120

Cornelissen, J. 2011. *Operatie Zorg*. Van Gorcum, Assen. pp. 93

Daansen, P. 2011. *Mind the Gap*. Erasmus Universiteit Rotterdam, CMDz

Den Breejen, Putters & Frissen. 2009. *De winst van zorgvernieuwing*. Van Gorcum: Assen

Ernst & Young. 2011. *Onderzoeksresultaten ICT Barometer over ICT en Gezondheidszorg*. 7-12-2011

- European Commission, Information Society 2007. *What is E-Health*. Op 5 maart 2007 ontleend aan http://ec.europa/information_society/activities/health/what_is_E-Health/index_en.htm
- Eysenbach, G. 2001. *What is E-Health?* Journal of Medical Internet Res. 2001 Apr-Jun; 3(2): e20
- Gibson, C.C. 1991. *Changing perceptions of learners and learning at a distance: A review of selected recent research. Paper presented at the second American Symposium on Research in Distance Education*. May, Pennsylvania State University.
- Haaster, H.P.M. van. 2001. *Cliëntparticipatie*. Bussum: Coutinho
- Haaster, H. van en Wijnen, A. van. 2005. *Ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid, omschrijving en positionering. Ervaringskennis werkt!* VersieGroep. (g.p.)
- Halme M, G. Hrauda & C. Jasch C. 2005. *Sustainable Consumer Services: Business Solutions for Household Markets*. London; Sterling, VA: Earthscan
- Hartley, J. 2006. *Innovation and its contribution to improvement: A review for policy-makers, policy advisers, managers and researchers*. London: Department for Communities and Local Government.
- Hollestelle, M. L., E.S.M. Hilbers, E.A. Tienhoven, van & R.E. Geertsma. 2005. *Geavanceerde medische technologie in de thuissituatie: inventarisatie, gebruikersaantallen en risico's*. RIVM, Bilthoven
- Jacobs, G. 2008. *Empowerment en doelgroep participatie in de gezondheidsbevordering en preventie*. Empowerment & public health.
- ICTRegie. 2009. *ICT2030.nl – ICT-agenda voor de toekomst van Nederland*. Den Haag, NL: ICTRegie.
- Irsel, H. van, H. van der Lugt, J.A. La Pourté, J.W.M. Bergmans, J.G. Schuurman, H. Korsten, P.A. de Clercq, W.E.J.M. Bens, A. Hasman, A.T. van Halteren, H. Hermens, D. Sent, I. Bante, S. Bohte, , G. de Vries, & W. Stut. 2006. Patiëntgerichte i-zorg voor chronisch zieken. *Informatie*, 8, 46-52
- Kruijff A.F. & C.E.J.M. Hoevenaars. 1999. *Telemonitoring, toepassingen en mogelijkheden in de Nederlandse gezondheidszorg*. HMF: Zoetermeer.
- Lau D.H. 2002. Patient empowerment. A patientcentred approach to improve care. *Hong Kong Med Journal / Hong Kong Acad Med*; 8(5):372-4
- Leventhal H., J. Weinman , E.A. Leventhal & L.A. Phillips. 2008. Health Psychology: the Search for Pathways between Behavior and Health. *Ann Rev Psychol*;59:477-505

- Maes S & P. Karoly. 2005. Self-Regulation Assessment and Intervention in Physical Health and Illness: A Review. *Appl Psychology*; 54:267–99
- NZa, 2012. *Marktscan Geestelijke gezondheidszorg: weergave van de markt 2008-2011*. Januari 2012
- O'Connor A.M., D. Stacey & D. Rovner. 2001. *Decision aids for people facing health treatment or screening decisions*. Cochrane database of systematic reviews (Online);(3)
- Oh, H., C.M.D. Rizo, M.M.D. Enkin, and A.M.D. Jadad. 2005 What Is E-Health : A Systematic Review of Published Definitions. *Journal of Medical Internet Res.* 2005 Jan-Mar; 7(1): e1
- Putters K. & M. Janssen. 2011. *Investeren in innovatie: the next step*. Erasmus Universiteit Rotterdam
- Regenmortel, T. van. 2009. Empowerment als uitdagend kader voor sociale inclusie en moderne zorg. *Journal of Social Interventions: theory and practice*. Volume 18, isseu 4, pag 22-42
- Riper, H. 2008. *Curbing problemdrinking in the digital galaxy*. Academisch proefschrift. Amsterdam, NL: Vrije Universiteit Amsterdam.
- Schippers, E.I. 2011. *Antwoorden Kamervragen L. Bouwmeester over eigen bijdrage en e-mental health* (Kamerstuk: 2011Z19792).
- Slobbe, L.C.J., G.J. Kommer, J.M. Smit, J. Groen, W.J. Meerding, & J.J. Polder. (2006). *Kosten van ziekten in Nederland 2003: Zorg voor euro 's*. Bilthoven, NL: RIVM
- Sorbi, M.J. 2007. *E-Health and a new world online*. Rede uitgesproken voor de Universiteit van Utrecht
- Tang P.C., J.S. Ash, D.W. Bates, J.M. Overhage & D.Z. Sands. 2006. Personal Health Records: Definitions, Benefits, and Strategies for Overcoming Barriers to Adoption. *Journal of Am Med Informatics Assoc*;13(2):121–6
- Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, M.L.L.E. 2011. *Vertrouwen in de zorg: de beleidsdoelstellingen van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)*. 28-01-2011
- Vlaskamp, F.J.M., K. Webers, G.W.M. Peters-Volleberg & A.R. Halteren van. 2001. *Telemedicine en Telecare in de thuiszorg: historische ontwikkelingen en toekomstverwachtingen*. RIVM: Bilthoven.
- VWS. 2011. *Factsheet maatregelen curatieve GGZ*. 21-12-2011

WRR, 2008, *Innovatie Vernieuwd. Opening in viervoud*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

Bijlage 1: Overzicht geïnterviewde wetenschappers

In de onderstaande tabel worden de geïnterviewde wetenschappers die voor dit onderzoek zijn geïnterviewd kort beschreven. De resultaten van deze interviews worden beschreven in hoofdstuk 5: ‘de wetenschap spreekt’. In de beschrijving staat vermeld welke ervaring men heeft met het onderzoek naar e-health.

Nr.	Naam	Expertise / onderzoeksgebied
1	Dr. S.A. Adams	Onderzoek richt zich voornamelijk op het gebruik van informatietechnologie in relatie tot / en patiëntparticipatie in de zorg. In dit kader veel onderzoek gedaan naar de constructie van de betrouwbaarheid van websites met gezondheidsinformatie, het gebruik van ‘blogs’ in de zorg, publieke participatie in besluitvorming in ziekenhuizen en agendavorming in biomedisch onderzoek.
2	Prof. Dr. R.A. Bal	Het onderzoek richt zich voornamelijk op het bouwen, functioneren en de gevolgen van kennisinfrastructuren voor de governance van de gezondheidszorg op verschillende niveaus. De meeste aandacht gaat uit naar informatiesystemen en de kwaliteit en veiligheid in de zorg; beide wordt voornamelijk met behulp van actieonderzoek onderzocht.
3	Dr. A.A. de Bont	Onderzoek richt zich voornamelijk op ‘performance management’, het gebruik van informatietechnologie in de zorg, de rollen van professionals in het moderniseren van de zorg en gezondheidszorgbeleid in relatie tot medicijngebruik en patiëntveiligheid. Binnen dat kader zijn onderwerpen van analyse de actieve rol van kwaliteitsmetingen, veiligheid als prestatie in plaats van als eigenschap, de ontwikkeling van medische opleidingen en het gebruik van databases als beleidsinstrumenten.
4	Prof. Dr. W.B.F. Brouwer	Onderzoek richt zich voornamelijk op gezondheidseconomie met speciale aandacht voor projecten op het gebied van farmaco-economie, kosteneffectiviteit, resource allocation in relatie tot dure en/of weesgeneesmiddelen. Daarnaast speciale aandacht voor de methodologie van economische evaluaties en de link tussen economische evaluaties en gezondheidszorgbeleid.
5	Dr. T. Zuiderent	Onderzoek heeft sterke focus op verbetertrajecten in de zorg en specifiek de rol van de sociale wetenschappen en actieonderzoekers

	- Jerak	in die trajecten. Projecten focussen op de constructie van zorgmarkten, de ontwikkeling van klinische protocollen, de praktijk van innovatiebeleid en de sociologie van kwaliteit en veiligheid in ziekenhuis- en ouderenzorg.
--	---------	--

Bijlage 2: Overzicht deelnemers expertmeeting

In de onderstaande tabel worden de aanwezigen bij de expertmeeting genoemd en beschreven. De resultaten van expertmeeting zijn terug te vinden in hoofdstuk 6: ‘de experts spreken’. In de beschrijving staat vermeld welke ervaring men heeft met het onderzoek naar e-health.

Nr.	Naam	Expertise / onderzoeksgebied
1	Sandra Kooij	<ul style="list-style-type: none"> • Psychiater & hoofd afdeling ADHD volwassenen bij PsyQ. • Betrokken bij e-mental health innovaties bij PsyQ sinds 2008
2	Fjodor Tielman	<ul style="list-style-type: none"> • Psycholoog bij PsyQ • Behandeld online volwassenen patiënten met ADHD.
3	Lotte Klits	<ul style="list-style-type: none"> • Beleidsmedewerker Landelijk Platform GGZ • Expertise in langdurige zorg, participatie en e-health
4	Steven Makkink	<ul style="list-style-type: none"> • Beleidsmedewerker Landelijk Platform GGZ • Expertise in kwaliteit & ervaringsdeskundigheid met e-health
5	Eric van Furth	<ul style="list-style-type: none"> • Directeur behandelzaken bij Ursula van Rivierduinen • Ervaring in ontwikkeling e-health producten (proud2beme.nl)
6	Ellen Mogendorff	<ul style="list-style-type: none"> • Directeur TOPGGZ Nederland • Veelgevraagd panellid / expert over GGZ (o.a.) Clingendael
7	Marc Koolen	<ul style="list-style-type: none"> • Hoofd afdeling zorginnovatie bij GSK, • Verantwoordelijk voor strategieontwikkeling met o.a. E-health.
8	Renske Visser	<ul style="list-style-type: none"> • Manager project e-health bij Altrecht • Ervaring in ontplooiën e-health activiteiten in GGZ zorg
9	Saskia Timmer	<ul style="list-style-type: none"> • Werkzaam als manager innovatie bij Leo Kannerhuis • Verantwoordelijk voor implementatie e-health & -management
10	Astrid van Dijk	<ul style="list-style-type: none"> • Clustermanager R&D bij Leo Kannerhuis • Verantwoordelijk voor disease management en e-health
11	Jacques van de Steen	<ul style="list-style-type: none"> • Werkzaam bij het LOC – zeggenschap in zorg • Expertise op gebied van medezeggenschap bij e-health in GGZ
12	Samantha Adams	<ul style="list-style-type: none"> • Universitair docent aan het iBMG • Expert op gebied van e-health and patiëntenparticipatie
13	Rene Goudriaan	<ul style="list-style-type: none"> • Directeur onderzoek en adviesbureau APE • Expert in econometrische en institutionele aspecten van zorg

BMG	<ul style="list-style-type: none">• Kim Putters• Maarten Janssen• Thomas v/d Wel	<ul style="list-style-type: none">• Hoogleraar / hoofduitvoerder e-health onderzoek• Promovendus / mede-uitvoerder e-health onderzoek• Student zorgmanagement / uitvoerder e-health onderzoek
-----	--	---

Bijlage 3: De vragenlijst van de bestuurders in de zorg

Korte enquête E-health in de GGZ

Inleiding

Geachte geadresseerde,

Zoals in de begeleidende mail vermeld willen wij u graag vragen om de onderstaande vragenlijst over de relatie tussen e-health en zelfredzaamheid van patiënten/ cliënten in de GGZ in te vullen aan de hand van uw persoonlijke ervaringen. We willen u vragen uw antwoorden in dit Worddocument aan te geven. Bij de meerkeuzevragen willen wij u vragen bij de door u gekozen antwoordmogelijkheid een 'x' in te vullen tussen de haakjes []. Daar waar een toelichting wordt gevraagd willen wij u vragen die in te vullen in het desbetreffende tekstvak.

Zou u zo vriendelijk willen zijn de ingevulde vragenlijst per mail terug te sturen aan Mathijs Kelder (kelder@bmg.eur.nl)? Bij voorbaat dank voor uw tijd.

Met vriendelijke groet,

Prof. Dr. Kim Putters,

Maarten Janssen Msc

Mathijs Kelder Bsc

Vragenlijst

1. Ervaringen met e-health

Is de organisatie waar u als bestuurder werkzaam bent, actief in de ontwikkeling en/of gebruik van e-health in de zorgpraktijk?

- Ja, we maken gebruik van bestaande e-health diensten, producten, toepassingen en/of technieken.
- Ja, we werken aan de ontwikkeling van nieuwe e-health diensten, producten, toepassingen en/of technieken.
- Ja, we maken gebruik van bestaande e-health diensten, producten, toepassingen en/of technieken en richten ons op de ontwikkeling van nieuwe diensten, producten, toepassingen en/of technieken
- Nee, we zijn niet actief op het gebied van e-health

2. Prikkel

Als zorgbestuurder bevindt u zich midden tussen een markt, overheden, professionele gemeenschappen en de maatschappij. Ieder van deze domeinen is in staat uw organisatie aan te zetten om een actieve rol in te nemen met betrekking tot de ontwikkeling en/of het gebruik van e-health. Welke domeinen stimuleren uw organisatie een actieve rol in te nemen op het gebied van e-health?

- Markt (bv. concurrenten, zorgverzekeraars, industrie)
- Overheden (bv. lokaal, regionaal, nationaal, toezicht)
- Professionele gemeenschap (bv. hulpverleners)
- Maatschappij (bv. media, burgerplatforms, patiëntenverenigingen)
- Geen; mijn organisatie ervaart geen stimulans op het gebied van e-health
- Geen mening

3. Verantwoordelijkheden

Wie heeft volgens u de grootste verantwoordelijkheid om het gebruik en/of de ontwikkeling van e-health in de GGZ te stimuleren? Wilt u uw keuze maken uit onderstaande antwoordmogelijkheden en daarna bij de toelichting kort willen omschrijven wat de door u gekozen partij zou moeten doen om invulling te geven aan deze verantwoordelijkheid?

- De overheid
- Brancheorganisaties
- Zorgorganisaties
- Professionals
- Ondernemers en ontwikkelaars van e-health toepassingen
- Bestuurders
- Patiënten(organisaties)
- Geen mening

Toelichting:

4. Belemmeringen

Wat ziet u momenteel als belangrijke belemmeringen voor de ontwikkeling en/of het gebruik van e-health toepassingen in de GGZ? (max. drie antwoorden aankruisen a.u.b.)

- Wet- & regelgeving
- Beperkte financieringsmogelijkheden
- Weerstand bij professionals
- Gebrek aan ervaring / vaardigheden bij de doelgroep
- Gebrekkig eigenaarschap of 'not-invented-here' gevoel
- Weerstand bij patiënten

Ontbreken van de juiste prikkels / gevoel van urgentie bij betrokkenen

Gebrekkige technische mogelijkheden

Anders, nl.....(invullen in onderstaand tekstblok)

Ik zie momenteel geen belemmeringen

Geen mening

Eventuele toelichting:

5. Maatschappelijke effecten

De verwachtingen over de effecten van een wijdverbreid gebruik van e-health in de GGZ lopen sterk uiteen. Wat is uw verwachting bij de effecten van een grootschalig gebruik van e-health in de GGZ?

- De zelfredzaamheid (mate van controle over ziekte en gezondheid) van patiënten wordt:
 vergroot blijft gelijk verkleind geen mening
- De kwaliteit (meetbare en ervaren kwaliteit) van zorg wordt:
 vergroot blijft gelijk verkleind geen mening
- De kosten (voor behandelingen) van zorg zullen:
 oplopen blijven gelijk dalen geen mening
- De samenhang (bijv. tussen 1^e- en 2^e-lijns zorg) van zorg zal:
 toenemen blijft gelijk afnemen geen mening

6. Succes

E-health toepassingen kunnen op verschillende wijzen worden beoordeeld omdat er verschillende criteria bestaan voor succes. Op basis waarvan zou volgens u het succes van een e-health toepassing in de GGZ moeten worden bepaald? (max. drie antwoorden aankruisen a.u.b.)

- De mate / intensiteit van gebruik door de doelgroep
- De tevredenheid van gebruikers
- De objectief meetbare winst in zorgkwaliteit
- De ervaren kwaliteitswinst volgens de doelgroep
- De gerealiseerde kostenbesparingen
- De bestendiging van gebruik / duurzaamheid van project
- Anders, nl.....(invullen in onderstaand tekstblok)
- Geen mening

Eventuele toelichting:

7. Invloed bestuurder op innovatievermogen van de organisatie

Graag zouden wij u aan de hand van twee vragen willen laten reflecteren op uw rol als bestuurder in het ontwikkelen van e-health innovaties.

- In hoeverre bent u als bestuurder verantwoordelijk voor het innovatievermogen van uw organisatie op het gebied van e-health op een schaal van 1 (geheel niet verantwoordelijk) tot 5 (volledig verantwoordelijk)?

Uw antwoord:

- In hoeverre bent u als bestuurder in staat om het innovatievermogen van uw organisatie op het gebied van e-health te beïnvloeden op een schaal van 1 (geheel niet toe in staat) tot 5 (volledig in staat)?

Uw antwoord:

8. Redenen voor e-health innovaties

Wat waren voor het meest recente e-health project in uw organisatie de belangrijkste redenen om het project te starten? (max. vijf antwoorden aankruisen a.u.b.)

- Het bood een mogelijkheid voor de profilering / marketing van de organisatie
- Het was noodzakelijk voor de consolidatie van diensten
- Het bood de mogelijkheid tot uitbreiding van te leveren diensten
- Het bood toegang tot nieuwe (potentieel waardevolle) technologie
- Het bood een mogelijkheid om kwaliteit van zorg te verbeteren of te behouden
- Het bood mogelijkheden voor een andere organisatie van zorg
- Het bood de mogelijk de schaal van dienstverlening te veranderen
- Het bood een mogelijkheid de omzet en/of marktaandeel te vergroten
- Het bood nieuwe mogelijkheden tot samenwerking met externe partijen
- Het bood een mogelijkheid de mate van patiëntgerichtheid te beïnvloeden
- Het bood de mogelijkheid om het werk voor professionals leuker te maken
- Een andere reden, nl.....(invullen in onderstaand tekstblok)
- Niet van toepassing / geen mening

Eventuele toelichting:

9. Effecten van e-health innovaties

Op welke gebieden heeft meest recente e-health project in uw organisatie het meeste effect gehad? (max. vijf antwoorden aankruisen a.u.b.)

- De zichtbaarheid van de organisatie
- Het aantal te leveren diensten
- De kwaliteit van de zorg
- De doelmatigheid van de zorg
- De schaal van dienstverlening
- Het marktaandeel
- De mate van samenwerking
- De mate van patiëntgerichtheid
- De aard van het werk voor professionals
- De zelfredzaamheid van patiënten
- De kosten van de zorgverlening
- De patiëntveiligheid
- De relaties tussen bestuurders, professionals en patiënten
- Een andere reden, nl.....(invullen in onderstaand tekstblok)
- Niet van toepassing / geen mening

Eventuele toelichting:

10. Rol bestuurder in e-health projecten

U kunt als bestuurder verschillende rollen vervullen in een project. Welke rol(len) bekleedde u in het laatst e-health project waarbij u betrokken was?

- De ‘ondernemer’ die vernieuwingen introduceert en markten aanboort
- De ‘tussenpersoon’ die verbindingen legt tussen binnen- en buitenwereld van het project
- De ‘projectleider’ die ervoor zorgt voor soepel verloop en bereiken van projectdoelen
- De ‘bestuurder’ die strategische lijnen naar de toekomst uitzet
- De ‘manager’ die ervoor zorgt dat productie efficiënt en volgens afspraken verloopt
- De ‘sponsor’ die de financiering van het project regelt of op zich neemt
- Het ‘boegbeeld’ zowel binnen als buiten de organisatie
- De ‘adviseur’ die optreedt op specifieke momenten en bij specifieke onderwerpen
- Een andere rol, nl.(invullen in tekstblok hieronder)
- Niet van toepassing / geen mening

Eventuele toelichting:

11. Rol bestuurder bij bevorderen e-health in de GGZ

In welke uitspraak kunt u zich het beste vinden als het gaat over de rol die u als bestuurder speelt op gebied van e-health in de GGZ in Nederland?

'Ik ben in staat het functioneren van het Nederlandse zorgsysteem op het gebied van e-health (innovaties) in de GGZ direct te veranderen'

'Ik kan door middel van het werken aan e-health in mijn organisatie bijdragen aan structurele vernieuwing in de GGZ op het gebied van e-health'

'Ik kan als individu(ele organisatie) niet bijdragen aan structurele vernieuwing in de GGZ op het gebied van e-health'

'Het functioneren van de GGZ als geheel en de projecten op het gebied van e-health waar ik bij betrokken ben, zijn niet direct gerelateerd'

12. Opmerkingen

Indien u nog iets kwijt wilt / op te merken heeft over e-health in de GGZ en wat u niet eerder kwijt kon de enquête, dan kunt u gebruik maken van onderstaand tekstblok.

Ruimte voor opmerkingen:

Hartelijk dank voor uw tijd en het invullen van deze vragenlijst!

Bijlage 4: Voorbereiding expertmeeting

In voorbereiding op de expertmeeting op 19-01-2012 zijn er meerdere stellingen geformuleerd die als input konden dienen voor de discussie tijdens de expertmeeting. Bovendien zijn enkele van deze stellingen ook gebruikt om een online discussie te starten op de site van het Clingendael congres. Hieronder zijn voor een aantal thema's een zeer korte toelichting en een aantal 'prikkelende' stellingen op een rij gezet. Deze zijn niet direct terug te leiden tot data in het onderzoek maar zijn wel gebaseerd op voorlopige inzichten.

Definitie e-health

In de discussie over e-health worden veel verschillende termen gebruikt die enigszins dezelfde ontwikkelingen beschrijven. Hierdoor is het niet altijd meer duidelijk wat er met e-health wordt bedoeld. Prikkelende stellingen die hierbij zouden kunnen horen:

- 'De 'e' in e-health is compleet overbodig
- 'De term 'e-health' is teveel een hype maar niemand weet eigenlijk wat er precies mee wordt bedoeld'.
- 'E-health' wordt net als innovatie over het algemeen teveel gezien als iets additioneels terwijl het juist 'business as usual' zou moeten zijn'.

Bewijslast e-health

Over de bewijslast voor de effectiviteit van e-health toepassingen bestaat (veel) discussie. De discussie spitst zich toe op de gehanteerde uitkomstmaten, de veelheid en slecht ontworpen pilots en de eventueel gebrekkige zeggingskracht van beschikbare data. Prikkelende stellingen die bij dit onderwerp zouden kunnen horen:

- 'Vooralsnog zijn er nauwelijks e-health toepassingen die buiten een veilige testomgeving hun nut hebben bewezen'.
- 'Om e-health echt succesvol te laten zijn moeten we eerst nieuwe uitkomstmaten ontwikkelen om het succes ervan te evalueren'.

Patiënten

E-health zal ontegenzeggelijk grote gevolgen hebben voor de wijze waarop patiënten hun zorgproces ervaren. Het is daarmee de belangrijkste doelgroep voor e-health. De gevolgen voor patiënten kunnen zowel positief als negatief worden uitgelegd en zijn erg casusspecifiek. Prikkelende stellingen die hierbij zouden kunnen horen:

- ‘De positieve gevolgen van e-health voor patiënten worden rijkelijk overschat’
- ‘De zelfredzaamheid van patiënten wordt niet groter door e-health’.
- ‘Uitgebreide toepassing van e-health zal de patiënt ook opzadelen met onwenselijke nieuwe verantwoordelijkheden’.
- ‘Belangrijker dan investeren in de techniek onder e-health is het beïnvloeden van het gedrag van patiënten die ermee moeten werken’.

Professionals / zorgverleners

Professionals / zorgverleners zijn naast patiënten de belangrijkste doelgroep die (moeten gaan) werken met e-health toepassingen. Hun betrokkenheid en toewijding is daarom van cruciaal belang. Prikkelende stellingen die bij dit onderwerp zouden kunnen horen:

- ‘Professionals zien e-health teveel als extra werk boven op de standaard (be)handeling’.
- ‘Professionals zien e-health teveel als mogelijkheid de patiënt te volgen buiten de kliniek in plaats van hen in hun positie te versterken’.
- ‘Professionals zijn de echte drijvende kracht achter e-health innovaties’.
- ‘Belangrijker dan investeren in de techniek onder e-health is het beïnvloeden van het gedrag van de professionals die ermee moeten werken’.

Maatschappelijke kosten / baten

E-health wordt gezien als een waardevolle ontwikkeling in de zorg die kan bijdragen aan het vinden van oplossingen voor de uitdagingen waar de zorg voor staat in de komende jaren. De optelsom van maatschappelijke kosten en baten moet echter nog worden gemaakt. Prikkelende stellingen die hierbij zouden kunnen horen:

- ‘E-health leidt in potentie tot betere kwaliteit en meer patiëntenmacht; maar voorlopig vooral dat laatste’.
- ‘Zolang zorgverzekeraars niet op outcome/resultaat voor de patiënt inkopen wordt investeren in e-health innovaties eerder als belasting dan als uitweg voor de stijgende zorgkosten gezien’.

Toekomst

De verwachtingen over e-health zijn hooggespannen o.a. omdat de technologische ontwikkelingen enorm snel gaan en het oplossingen kan bieden voor de uitdagingen waar de zorg in de (nabije) toekomst voor staat. Prikkelende stellingen die hierbij zouden kunnen horen:

- ‘E-health zal niet leiden tot een revolutie maar enkel de vorm van huidige dienstverlening op elementen veranderen’
- ‘E-health is de aanzet tot een niet te stoppen beweging naar een totaal andere manier van zorgverlening; zowel in organisatie als in behandelingen’

Bijlage 5: E-health in media

E-health ontwikkelingen volgen elkaar snel op en er zijn inmiddels vele projecten, pilots, organisaties en instellingen bezig met het ontwikkelen en implementeren van e-health innovaties in verschillende sectoren en instellingen. Ook in de media wordt vaak stilgestaan bij vaak veelbelovende ontwikkelingen op gebied van e-health innovaties. In deze bijlage is een poging gedaan om aan te tonen hoe actueel de discussie rondom e-health is. De titels geven een impressie van de intensiteit waarmee de discussie gevoerd wordt en laten zien dat e-health vanuit veel verschillende invalshoeken relevant is. Deze koppen en extreem korte weergave van de inhoud van de nieuwsberichten zijn verzameld tussen najaar van 2011 en januari 2012; de artikelen komen uit Skipr, het Financieel Dagblad, de Volkskrant, Zorgvise en van het platform e-health.nu.

“Internet zorg voor chronisch zieke jongeren”

[Een](#) symposium op 5 november 2011 heeft uitgebreid stilgestaan bij de mogelijkheden die online therapieën bieden voor chronische zieke jongeren. Internetzorg wordt dus nu ook erkend en als belangrijk thema gezien om congressen aan te wijden.

“Kabinet zet in op E-health”

Iedere Nederlander moet kunnen rekenen op goede zorg. Zorg die van hoge kwaliteit, toegankelijk én betaalbaar is. Nu, en in de toekomst. Dit is de inzet van minister Edith Schippers en staatssecretaris Marlies Veldhuijzen van Zanten (VWS) voor 2012, en de jaren daarna. Om bovenstaande te bereiken moeten we volgens Schippers o.a. slimmer gebruik maken van nieuwe (technologische) ontwikkelingen, zoals e-Health. Dit werd bekendgemaakt bij de presentatie van de beleidsagenda voor 2012. Dit laat de betrokkenheid van beleidsmakers zien bij e-health ontwikkelingen.

“Bestuurder moet leiding geven aan IT-project”

Zorgbestuurders moeten zich realiseren dat een it-project de manier van werken in de hele organisatie raakt. Om die reden moeten ze zelf sturing geven aan dergelijke projecten, waarbij ze de medewerkers ook actief moeten betrekken. Dit opinieartikel onderbouwt onze stelling dat de bestuurder in een cruciale rol speelt als het gaat om het doorvoeren van IT en/of e-health projecten.

“UMC st-Radboud maakt waalsprong met telehealth”

Een vijftiental eerstelijns zorgpraktijken in de Over-Betuwe gaat vanaf de zomer 2012 samen met het Radboud aan de slag in een nieuw gezondheidscentrum in de Thermionhallen in Lent. Bijzonder aan de samenwerking is de toepassing van telezorg. Specialisten van het radboud zullen via directe tele-verbindingen met de huisarts de klachten van patiënten in zijn bijzijn bespreken. Straks kan dankzij digitale beeld-geluidverbindingen 98% van de medische zorg via de huisarts geleverd worden. Dit is een voorbeeld van de mogelijk grootschalige effecten die e-health kan hebben op de organisatie van de zorg.

“Zorg op afstand krijgt vaste plek in bekostiging”

De financiering voor Zorg op afstand wordt opgenomen in de reguliere bekostiging. De Beleidsregel extramurale zorg is met het oog hierop door de NZa op een aantal punten aangepast. Dit laat zien dat ook in de wet- en regelgeving e-health ontwikkelingen worden gevolgd en leiden tot aanpassingen om verder gebruik van e-health te faciliteren.

“E-hulpverlening verdrievoudigd”

Het aantal mensen dat via internet hulp zoekt bij psychische-, sociale-, of maatschappelijke problemen is tussen 2007 en 2010 meer dan verdrievoudigd tot 181.000 personen. Dat concludeert het Netwerk Online Hulp in een onderzoek dat woensdag is gepresenteerd. Het netwerk bestaat uit organisaties als Humanitas, Juridisch Loket en de Kindertelefoon. Hoewel dit niet specifiek over e-health gaat geeft het wel aan dat online hulpverlening momenteel meer wordt geaccepteerd.

“Kansen E-health blijven onbenut”

Aan de ene kant gaat er steeds meer geld naar de zorg, aan de andere kant heeft de minister grote bezuinigingen aangekondigd. Een van de weinige zaken waar meer geld naar toe gaat is e-mental health. De minister heeft twee miljoen euro subsidie toegezegd voor anonieme online hulpverlening. Dat klinkt aardig, maar is volstrekt ontoereikend om de vele goede online-initiatieven die momenteel in ontwikkeling zijn te behouden. Dit artikel laat zien dat er ondanks de betrokkenheid van beleidsmakers onenigheid bestaat over effectiviteit van gekozen beleidsexperimenten.

“Supercomputer gaat diagnoses stellen”

De supercomputer Watson van IBM wordt binnenkort ingezet om diagnoses te stellen. Dat hebben de computerfabrikant en de Amerikaanse zorgverzekeraar WellPoint bekend gemaakt. Het computersysteem Watson is in staat om spraak te herkennen en het ‘snapt’ ook de betekenis en context van tekst. Watson zou daar bij kunnen helpen. IBM heeft speciale software geschreven zodat Watson medische data, specifieke patiëntgebonden gegevens en zelfs medische dossier kan lezen. Zo zou het systeem artsen moeten kunnen helpen bij het stellen van complexe diagnoses en het uitzetten van een behandelplan. In de gesprekken met een van de wetenschappers kwam de mogelijkheid van een e-dokter al ter sprake. Dit bericht toont aan dat hier in ieder geval aan wordt gewerkt en het wellicht minder toekomstmuziek is dan soms wordt gedacht.

“EU wil mening burger over E-health”

De Europese Commissie roept burgers en andere belanghebbenden op om online hun mening te geven over informatie- en communicatietechnologie (ICT) in de zorg. De Europese Commissie hoopt zo meer zicht te krijgen op het draagvlak voor Europees beleid. Dit laat zien dat e-health ook een beweging is die op Europees niveau wordt gevolgd door beleidsmakers.

“Laat E-mental Health niet aan marktpartijen”

Bredere toepassing van informatietechnologie in de ggz draagt bij tot goedkopere, doelmatiger zorg. Een echte doorbraak blijft echter uit. De overheid kan de ontwikkeling van e-mental health daarom niet overlaten aan marktpartijen, maar moet de regie in handen nemen. Dat concludeert Atos Consulting op basis van een toekomstverkenning. Dit bericht over de toekomstverkenning laat zowel de potentie van e-health zien als de moeilijkheden en onduidelijkheden die nog bestaan rondom de benodigde rol- en taakverdeling om tot verdere ontwikkeling te komen.

“Kabinet maakt werk van meer buurtzorg”

Om meer zorg in de buurt te realiseren, gaan minister Edith Schippers en staatssecretaris Marlies Veldhuijzen van Zanten (beiden Volksgezondheid) inzetten op nieuwe vormen van zorg waarbij ook e-health actief moet worden gestimuleerd. Dit bericht laat zien dat ook het ministerie inspeelt op nieuwe ontwikkeling op het gebied van e-health maar ook dat e-health duidelijk als instrument kan worden gezien om bredere maatschappelijke doelen te bereiken: in dit geval meer buurtzorg.

“E-health in GGZ : Laagdrempelig en veelbelovend”

E-health is in opmars in de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Op 11 januari 2012 organiseerde GGZ Nederland en het Trimbos instituut daarom een congres over nieuwe media in de ggz. Hier werden de huidige stand van zaken maar ook een toekomstscenario voor e-health in de GGZ besproken. Dit maakt duidelijk dat e-health zeker voor de GGZ een interessant thema is wat de selectie van de GGZ als sector in ons onderzoek ondersteunt.

“E-health veroverd zorgwereld”

Alles wijst erop dat e-health bezig is om duurzaam verandering te brengen. Dat schrijft bestuurslid Berthe de Jong van de Sint Maartenskliniek in het Financieele Dagblad. E-health levert een substantiële bijdrage aan verbetering van de kwaliteit en kostenbeheersing in de zorg".Het kan leiden tot betere zorg voor de patiënt, betere benutting van schaarse arbeidskrachten en betere samenwerking. Dit artikel laat zien dat bij sommige betrokkenen al een verschuiving zichtbaar is dat e-health inmiddels ook al deels effecten heeft laten zien in experimenten. Gaan we dan nu echt de fase van experimenteren voorbij?

“E-health bevindt zich nog in eerste fase van ontwikkeling”

E-health initiatieven bevinden zich nog in de eerste fase van de ontwikkeling. In iets meer dan 60 % van de gevallen bevinden de initiatieven zich nog in de conceptfase of initiële fase van implementatie. Dat blijkt uit onderzoek van Wipro Healthcare in 2011. Dit toont aan dat er ondanks de vele positieve berichten in de media er ook tegelijkertijd berichten bestaan die aangeven dat e-health slechts aan het begin van de ontwikkeling staat. Dit laat zien dat meningen momenteel nogal uiteenlopen.

“E-health moet speciaal keurmerk krijgen in ggz”

Als e-health een speciaal keurmerk krijgt, verbetert met die methodes de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg, krimpen wachtlijsten en worden kosten bespaard." Dat zegt Marc Verbraak, klinisch psycholoog en inhoudelijk directeur van HSK Groep, in een artikel in het Financieele Dagblad. Deze oproep tot een keurmerk voor e-health in de GGZ werd ook tijdens de expertmeeting in dit onderzoek benadrukt als noodzakelijke ontwikkeling naar meer kwaliteit.

“e-health: van innovatie naar dagelijks proces”

Wat nu nog innovatie is, moet straks normaal zijn. E-health is dan niet meer onderwerp van discussie, maar net als de telefoon een gewoon gebruiksvoorwerp in de gezondheidszorg. Om dat te realiseren, is een cultuur nodig waarin mensen openstaan voor de mogelijkheden van e-health en er enthousiast mee aan de slag zijn. Deze oproep om meer aandacht te besteden aan het inbedden van e-health in de dagelijkse zorgpraktijk sluit aan bij onze bevindingen dat e-health in de toekomst wellicht ‘business as usual’ kan worden.

“Tariefstructuur nodig voor E-health”

Om het gebruik van e-health te stimuleren, moet hiervoor een apart tarief komen. Ook zijn er institutionele hervormingen nodig om e-health in te bedden in de dagelijkse praktijk. Dit stelde oud-minister en hoogleraar Ab Klink tijdens het evenement Gezondheid 2.0 van KPN. Dit laat zien dat het faciliteren van e-health ook vraagt om initiatieven op beleidsniveau.

“Minister maant ziekenhuizen tot beheerste innovatie”

Minister Schippers van VWS verlangt van ziekenhuizen dat ze nieuwe ontwikkelingen op een ‘stapsgewijze en beheerste’ manier invoeren. Ziekenhuizen moeten vooral vooraf een betere afweging maken van de eventuele risico’s van nieuwe behandelingen. Deze oproep om meer doordacht aandacht te besteden aan innovatie kan worden uitgelegd als rem op het durven te experimenteren, maar tegelijkertijd lijkt het een oproep om meer doordacht met e-health te experimenteren. Beide verklaringen voor de oproep van de minister komen in dit onderzoek naar voren.

“Opkomst e-health revolutionaire verbetering voor geestelijke gezondheidszorg”

De overheid zou juist nu ook zorgverleners moeten aansturen op een doelmatiger en efficiënter beleid. Juist e-health kan een revolutie teweeg brengen in de GGZ. E-health, in combinatie met face-to-face behandelingen, heeft de potentie om de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg aanzienlijk te verbeteren, de wachtlijsten te verminderen en een fikse kostenbesparing op te leveren. Bovendien blijkt uit onderzoek dat patiënten een grote mate van tevredenheid ervaren, als een deel van de therapie via internet verloopt. Deze oproep toont de enorme potentie aan de e-health bezit om in de GGZ bij te dragen aan een antwoord op de bezuinigingen en tegelijkertijd kwaliteitswinst te bewerkstelligen.

“Zorginstellingen samen aan de slag met e-learning”

Zes grote VVT-instellingen gaan gezamenlijk digitale opleidingen voor de VVT-sector ontwikkelen. De samenwerking krijgt vorm in een eigen landelijk e-learning netwerk met als naam Zorg Leren. Via dit netwerk kunnen Nederlandse zorgorganisaties gezamenlijk e-learning trainingen produceren en voordelig aan de eigen medewerkers aanbieden. “De aansluiting van zes instellingen tegelijk betekent een doorbraak in de beschikbaarheid van e-learning voor de VVT-sector”, licht Zorg Leren coördinator Mireille Boonstra-Kints het belang van het initiatief toe.

“Markt voor e-health groeit jaarlijks met 11 procent”

De Nederlandse markt voor e-health groeit de komende jaren met elf procent. Daarmee kan de zorgsector enkele miljarden euro's toevoegen aan het bruto binnenlands product. Dit stelt adviesbureau Roland Berger in een rapport in opdracht van het ministerie van Economische Zaken, Landbouw en Innovatie (EL&I). De digitale groeicijfers van de zorg liggen ruim boven het gemiddelde in de ICT-sector. Dit artikel over de resultaten uit onderzoek van Roland Berger tonen de enorme potentie van e-health aan.

“Preventie remt stijging zorgkosten met 6 procent”

Verslag van nieuw onderzoek waaruit blijkt dat investeren in preventie de stijging van de zorgkosten met 6 procent kan verlagen. E-health wordt specifiek genoemd als een van de middelen om iets aan preventie te doen. Dit sluit aan bij onze bevindingen dat e-health gebruikt kan worden om bredere maatschappelijke doelen te realiseren.

“UMC-st-Radboud lanceert apps voor patiënt”

Het Radboud Reshape & Innovation Centre heeft drie nieuwe apps gelanceerd die patiënten helpen om meer regie over hun gezondheid te voeren. Het gaat om de apps MijnMedicatie, HealthTalk en MijnZorgBoek. Dit laat zien dat ook in de ziekenhuiszorg er actief werk wordt gemaakt van het benutten van e-health mogelijkheden.

“Communicatie in zorg krijgt eigen leerstoel”

Sandra van Dulmen is per 1 januari 2012 benoemd tot bijzonder hoogleraar ‘Communicatie in de Gezondheidszorg’ aan de Radboud Universiteit Nijmegen. Ze bestudeert daarbij de communicatie tussen mensen (face-to-face) maar ook tussen mensen en web-sites of mobiele communicatiemiddelen (e-health), zowel voor chronisch zieken, patiënten met medisch

onverklaarde klachten als andere patiëntengroepen. De benoeming laat zien dat e-health oom expliciet onderdeel uitmaakt van nieuwe wetenschappelijk onderzoek.

“Teleconsult reduceert kosten dermatologie drastisch”

Door digitale consulten via internet tussen Nederlandse huisartsen en dermatologen hoeft driekwart van de patiënten met huidklachten als eczeem, infecties of goedaardige tumoren niet doorverwezen te worden naar een specialist in het ziekenhuis. Dankzij de inzet van digitale hulpmiddelen kunnen de kosten voor dermatologie met 18 procent worden teruggedrongen. Bovendien worden ernstige huidziekten eerder ontdekt en kunnen spoedgevallen juist sneller worden doorverwezen. Een en ander blijkt uit het onderzoek van promovendus Job van der Heijden aan het AMC in Amsterdam, dat op 28 januari wordt gepubliceerd in het [Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde \(NTvG\)](#). Dit is een waardevol wetenschappelijk onderzoeken die meer inhoud geeft aan de onderbouwing van de potentiële meerwaarde van e-health.

Conclusie

Op basis van deze zeer korte impressie van recente nieuwsberichten over e-health kunnen wij drie uitspraken doen over e-health:

1. E-health is een veel besproken en interessant onderwerp voor verschillende media, maar eveneens een containerbegrip voor vele toepassingen.
2. De meningen over huidige stand van zaken en toekomstverwachtingen lopen nogal uiteen, gebaseerd op vele verschillende aannames.
3. Sterk uiteenlopende partijen houden zich bezig met de ontwikkeling en/of gebruik van e-health.

Dit korte overzicht van de actualiteit van het e-health onderwerp ondersteunt de aanleiding voor en relevantie van ons onderzoek, welke we in hoofdstuk 1 nader toegelicht hebben.

Erasmus Universiteit Rotterdam
instituut Beleid & Management Gezondheidszorg

Bezoekadres

Burgemeester Oudlaan 50
3062 PA Rotterdam

Postadres

Postbus 1738
3000 DR Rotterdam

Tel. (010) 408 8555
Internet www.bmg.eur.nl
E-mail research@bmg.eur.nl

ISBN 978-94-90420-19-2