

Zorginstituut Nederland

Een beetje innoveren bestaat niet

Zorginnovatiebeleid: van 'staatssteun' naar steun de staat uit de innovatieklem

Eindrapport



Contactpersoon
Datum

Teresa Cardoso Ribeiro, Programma Manager Zorginstituut Nederland
1 juni 2023

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	3
Inleiding	7
Deel 1: De impasse doorbreken en wat is er gedaan?.....	9
1.1 Aanleiding	9
1.2 Programmatische Aanpak van ZIN: Programma Digitale Zorg en ZorgZandBak.....	9
1.3 Ontwikkeling van de ZorgZandBak	14
1.4 Initiatieven ZorgZandBak.....	16
Deel 2: Passende zorg met digitaal gaat niet vanzelf en niet alleen	22
2.1 De burger	22
2.2 De innovator.....	24
2.3 De systeempartijen	28
Deel 3 Conclusies en aanbevelingen: ‘halte ongemak’ is nodig.....	32
3.1 Lessen.....	32
3.2 Aanbevelingen.....	35
3.3 Tot slot	35
Deel 4 Bijlagen.....	37
4.1 Onderliggende documenten (als pdf-documenten apart beschikbaar).....	37
4.2 Betrokkenen bij de ZorgZandBak	38
4.3 Betrokken innovators (indieners cases en/of leden community)	39
4.4 Criteria voor selectie van exemplarische casussen	40
4.5 Overzicht sleutelvragen naar aanleiding van VIGO/Viviq en WOLK	41
4.6 Datavisualisatie van de onderzoeksresultaten van het Kieskompas (september 2022)	44
4.7 Overzicht van de ZorgZandBak Rode Draadvraagstukken.....	45

Samenvatting: Een beetje innoveren bestaat niet!

We maken de balans op

ZIN, de NZa, VWS en IGJ beoogden met de ZorgZandBak in beeld te brengen hoe wet- en regelgeving, bestaand beleid en overheidsinstrumentarium nog beter knelpunten kunnen wegnemen die grootschaliger inzet van digitale zorg tegenhouden. Zij werkten met innovators en burgers samen om te leren hoe zorgvernieuwing met informatietechnologie wel kan werken als antwoord op de grote opgaven.¹

Aanleiding voor onderzoeken en bevorderen van zorgvernieuwing

Nederland is een zorginnovatieland. We zijn vindingrijk.² We hebben ervaren innovators en *proven concepts*. Innovaties weten buiten Nederland, onder strikte voorwaarden, wél ruim baan te krijgen. Wat is er nodig om de innovatiekracht in Nederland niet alleen als kweekvijver voor opkomende vernieuwers te benutten? Het doel is juist om goed en verantwoord in te zetten op het *blijvend* anders organiseren van de zorg, als antwoord op de zorgdruk en onderliggende maatschappelijke opgaven.³ Wat is er nodig om de kansen van informatietechnologie ook in Nederland te verzilveren?

Bestaande zorg niet alleen digitaliseren, maar met informatietechnologie écht veranderen

De afgelopen decennia hebben veel vormen van zorgvernieuwing de weg gevonden in de zorgpraktijk. Ze dragen bij aan de toegang, kwaliteit, betaalbaarheid en bekostiging van de zorg. Denk aan digitale keuzehulpen, PGO's, e-consults, telemonitoring, sociale robots en ICT die de werkdruk en administratieve last vermindert. Toch blijft de landelijke implementatie van doorleefde innovaties achter. Het lukt nog niet voldoende om digitale zorg grootschalig te integreren als passende zorg. Het doel is om niet alleen het bestaande te digitaliseren, maar om de zorg écht te veranderen met digitale innovaties. Zo houden we ons zorgstelsel betaalbaar voor iedereen, ook in de toekomst.

Innovatieklem: innoveren noodzakelijk om te weten of innovaties werken en leiden tot vernieuwing

Sinds de coronacrisis gebruiken we in de zorg meer digitale toepassingen dan ooit. Maar zelfs de coronapandemie lijkt geen 'AED' voor blijvende verandering van de zorg met informatietechnologie. Het ongemak dat goede voorbeelden van passende zorg met de inzet van informatietechnologie niet landelijk en niet voor iedereen die het nodig heeft beschikbaar zijn, is aan de orde van de dag. De zorg voor onze gezondheid zit vast in de innovatieklem: de digitale transformatie van de zorg zet niet door, omdat we niet weten of innovaties werken. En dat zullen we ook niet weten als we niet innoveren. Terwijl digitaal in noodsituaties nu al vaak de enige optie is.

Uitgangspunten en conclusies

ZIN, de NZa en VWS hebben samen een stap in de goede richting willen zetten. Daarbij golden in 2020 als belangrijke uitgangspunten:

1. het landelijk opschalen van digitale zorginnovaties zit vast;
2. het veld en de zorginnovators hebben *guidance* nodig;
3. het gebrek aan digivaardigheid bij burgers staat het gebruik van digitale zorg in de weg en;
4. systeempartijen – en in het bijzonder de zorgautoriteiten in de uitvoering – hebben de oplossingen.

¹ De ZorgZandbak is in opdracht van VWS uitgevoerd. ZIN was aanjager met de NZa als partner in de ZorgZandBak. IGJ was betrokken als toehoorder en nadrukkelijk als onafhankelijk expert (meer informatie in paragraaf 1.2). Zie ook: VWS, 9 juni 2020, brief met kenmerk: 1701616-206608-lenZ en VWS, 10 december 2021, brief met kenmerk: 3295288-1021666-lenZ.

² <https://www.boardofinnovation.com/blog/the-20-most-promising-startups-and-scale-ups-in-the-dutch-healthcare-sector-in-2023>.

³ *Integraal Zorgakkoord*, 2022, p. 5.

Er is dringend behoefte aan onderbouwing van deze dominante aannames waarop het zorginnovatiebeleid voortbouwt, want:⁴

- *Burgers willen en kunnen het wel*
Onderzoek en het open gesprek met burgers tonen aan dat burgers genuanceerder zijn. Wij kiezen als burger niet ‘voor of tegen digitale zorg’. Meer dan 9 op de 10 burgers willen zeker weten dat zij fysieke zorg kunnen krijgen als zij dat passend vinden.³ Ook blijken leeftijd, opleiding en geslacht geen goede voorspellers van de voorkeur voor hybride zorg. Weinig vertrouwen in de overheid en eenzaamheid geven de doorslag voor fysieke zorg.⁵ Is zorg dan wel de goede oplossing voor deze maatschappelijke opgaven?
- *Het is de vraag of het veld en de zorginnovators primair guidance nodig hebben*
Nederland heeft als zorginnovatieland ervaren innovators. Die zijn zelf in staat én bereid om te signaleren waar het exemplarisch knelt en oplossingen aan te dragen. Toch lukt het zorgaanbieders en leveranciers van innovaties niet om hun verdienmodel rond te krijgen. Dat komt niet door hun gebrek aan ervaring en kennis van hoe het in de zorg werkt en hoe de zorg is georganiseerd. De hulpvragen van zorgverleners en innovators zijn niet technisch, maar politiek-bestuurlijk van aard. Zij willen weten hoe innovaties landelijk en structureel gefinancierd kunnen worden als de pilotfase voorbij is. Hoe de structurele toegang en bekostiging geregeld kan worden als dat niet via de *Zorgverzekeringswet* (Zvw) en het basispakket kan. Welke innovaties vallen binnen de kaders van de Zvw en welke binnen de kaders van het sociaal domein? Om het verdienmodel vorm te kunnen geven, wil het veld weten waaraan hybride zorg conform de principes van passende zorg dient te voldoen. Aan welke kaders moeten hun digitale zorginnovaties voldoen om Wkkgz-proof te zijn?⁶ Hoe, welk en aan wie moet het bewijs worden geleverd? Het liefst eenmalig met een doorlooptijd van weken en maanden in plaats van jaren.
- *Ook systeempartijen zien de noodzaak om mee te veranderen, maar weten niet altijd hoe*
Het belang van *digital first* schrikt niet meer af, zolang dat geen *digital only* betekent. In alle zorgakkoorden zeggen we ‘ja, mits’ tegen hybride zorg. De ‘mits’, oftewel de voorwaarden om goed en verantwoord de zorg te vernieuwen met digitale innovaties, is nieuw terrein met veel grote vraagtekens. Met de principes van passende zorg zijn stappen gezet. Deze krijgen concreter vorm met de implementatie van de zorgakkoorden. Deels landelijk, deels regionaal en deels lokaal.

Fundamentele verandering vraagt om doen

Met de inzichten van de ZorgZandBak, en het samen bouwen aan passende zorg, dringt gestaag het besef door dat de fundamentele verandering, die we met passende zorg voor ogen hebben, vraagt om een bijpassend samenspel.⁷ De (informatie)samenleving, zorgprofessionals, innovators, zorgverzekeraars, IZA- en systeempartijen op alle bestuurslagen, inclusief Europa, hebben nieuwe manieren nodig om samen te werken aan de maatschappelijke opgaven. Geen overlegtafels als de onderhandeling al op scherp staat, maar doe-tafels in de praktijk met de bedoeling om lerend met elkaar stappen te zetten. Of zoals de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) het verwoordt: ‘lerende ecosystemen’.⁸ Die zijn nodig om de kaders die nog ontbreken in te vullen met elkaars kennis, ervaring en voorkeuren. Zo maken we ze landelijk uitvoerbaar. Een concrete aanpak met toereikende wettelijke taken is nodig, om elkaar voorbij de innovatieklem in stelling te brengen.

⁴ Kieskompas, 2020-2023 e.a. bijlagen

⁵ Krouwel, Cardoso Ribeiro, Lopez Ortega. Werktitel: *Drijfveren van burgers om voor hybride zorg te kiezen (verschijnt 2023)*.

⁶ Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg.

⁷ Putters, K. Diverse publicaties en interviews, 2021-2023.

⁸ N. van Meeteren, ZorgZandBak Event 2020 en 2022 en RVS, 2020-2022.

Aanbevelingen

Met deze eindrapportage, en met name alle bijlagen, rondt de ZorgZandBak af als tijdelijke aanjager van de ‘halte ongemak’. De uitkomsten van de ZorgZandBak als lerend ecosysteem van burgers, innovators en systeempartijen dragen bij aan de blijvende vernieuwing van de zorg en zijn een oproep om de Zorgzandbak-aanpak regulier in te bedden vanuit de *mindset*: ‘een beetje veranderen bestaat niet’. In dat kader doen we in ieder geval de volgende aanbevelingen:

1. *Passende zorg is hybride zorg*

De informatiesamenleving is een feit. Ook als de zorg zelf niet verandert, zet de verandering door. De zorg goed en verantwoord vernieuwen met informatietechnologie is meer dan een tijdelijke doelmatigheids-fix of het beetje-bij-beetje digitaal maken van wat er al is.⁹ Het gaat niet om de implementatie van losse innovaties. Het gaat om vernieuwing van de zorg om de principes van passende zorg te realiseren dankzij alle digitale innovaties en de bewuste keuze voor wanneer fysieke en wanneer digitale zorg nodig is, met andere woorden: hybride zorg.

2. *Bestaande kaders vernieuwen is nodig, er is geen verdienmodel voor structurele zorgvernieuwing*

Stelselhouder en zorgautoriteiten moeten kaders maken mét in plaats van vóór innovators. Zij weten het beter. Niet in beton gegoten, maar lerend, in de reguliere praktijk: lokaal, regionaal en vooral ook landelijk, want online laat zich niet geografisch vangen. Werk samen aan eenduidige afspraken over goed en verantwoord gebruik van digitale toepassingen voor passende zorg. Maak onderscheid tussen medische innovaties en procesinnovaties. ‘Gelijke monniken, gelijke kappen’ langs de RCT-lat is geen eerlijk principe en houdt de innovatieklem in stand.¹⁰ De oproep van zorginnovators is duidelijk: *‘Zoveel (systeem-)partijen, zoveel (ontbrekende) kaders. Laten we doorpakken met de principes van passende zorg. Niet alleen praten, maar veranderen door al doende en lerende te komen tot gedeelde normering en standaarden, omdat eenduidigheid nog ontbreekt. En dan niet als pilot, maar als het nieuwe normaal, voor iedereen die het nodig heeft en van goede kwaliteit, inclusief, toegankelijk, betaalbaar, AVG-proof¹¹ en internationaal inzetbaar’.*

3. *Doe! Richt regulier een lerend ecosysteem in met systeem, zorgvernieuwers, burgers*

Systeemverantwoordelijkheid betekent vinger aan de pols houden, mee-veranderen en waar nodig regie voeren. Leren en reguleren vanuit de goede voorbeelden in de praktijk als versneller van de juiste vernieuwing. Dat is een grote uitdaging. Niet alleen technisch, maar nog veel meer vanwege botsende en permanent herijkende maatschappelijke en professionele normen en waarden. Maak geen papieren tijgers. Open regulier één loket met politiek-bestuurlijk mandaat, waar exemplarische hulpvragen in ontvangst worden genomen. Niet bedoeld voor een vrijblijvende uitwisseling van goede voorbeelden, maar om knelpunten én oplossingen vanuit de actuele praktijk direct te kunnen agenderen aan de doe-tafels, waar ook burgers een gelijkwaardige stem hebben als uitvoerders van passende zorg: voorzorg, zelfzorg, mantelzorg. Zo maak je een permanente verbinding en leerloop tussen politiek-bestuurlijke besluitvorming en de dagelijkse praktijk. Dit is nodig omdat de urgentie, complexiteit en tegelijkertijd de handelingsverlegenheid groot is. Juist bij de systeempartijen.

⁹ Mazzucato, M. 2020, 2021 e.v. en Jan Rotmans, *Verandering van tijdperk*, 2014 en *Omarm de chaos*, 2022.

¹⁰ RCT: Randomized Clinical Trail.

¹¹ Algemene verordening gegevensbescherming.

Tot slot

Versterk burgers en zorgprofessionals als innovator en gebruikers van digitale zorginnovaties. Het zijn de verplegenden en verzorgenden die vooroplopen in de verandering naar passende hybride zorg.¹² Systeempartijen, IZA-partijen en anderen, werk samen en breng elkaar in stelling. Wie het kan, moet het doen en de ander in zijn taak versterken. De innovatieklem is ook te verlichten door innovaties langs de juiste lat te leggen. Stel de vraag: is er sprake van digitale medische innovatie en geldt onverkort de ‘stand van wetenschap en praktijk’ (*digital-minded-by-design*)? Of is er geen sprake van zorg, maar van een procesinnovatie die burgers en zorgverleners ondersteunt bij het organiseren en voorkomen van zorg? Onder welke voorwaarden kunnen deze worden ingezet en lerend leiden tot gedeelde standaarden?

We sluiten af met de woorden waarmee het allemaal begon: *“Toch ook wel met het ongemakkelijke gevoel, doen we nu het maximale, maximale, ma-xi-ma-le om ook van deze afschuwelijke crisis tenminste nog een kans te maken dat we nu ma-xi-maal gaan bewegen op opschalen van digitale zorg, zodat we als we een halfjaar tot een jaar terugkijken een hele hoop ellende met elkaar hebben meegemaakt, maar tenminste ook kunnen zeggen: We hebben er ook nog iets goeds uitgehaald. We hebben de Nederlandse zorg definitief in de digitale eeuw gebracht”*.¹³

Heel veel dank aan iedereen die zich met enthousiasme, kennis, ervaring, prikkelend ongeduld, ongemak en vooral maatschappelijke betrokkenheid heeft ingezet. In het bijzonder alle innovators, juist ook in de ZorgZandBak. De volgende stap naar verandering met informatietechnologie is nodig. Niet tijdelijk, verkennend, maar *out-of-the-(sand)box*. Lerend doen in de dagelijkse praktijk. Met burgers, innovators, systeem en wie daarvoor nodig is, samen!

¹² *e-Health Monitor*, 2022.

¹³ Citaat van Erik Gerritsen als secretaris-generaal van VWS tijdens het online event ‘ZorgZandbak Kick Off Event 2020’ op 8 december 2020.

Inleiding

Het Integraal Zorgakkoord (IZA) agendeert wederom: *‘De vraag naar zorg stijgt sneller dan het aanbod. We leven langer en er zijn daardoor steeds meer ouderen ten opzichte van het aantal werkenden. Ook het aantal chronisch zieken en mensen met meerdere aandoeningen neemt toe. Juist ook in de zorg komen we handen tekort. Die tendens bestaat al langer, maar werd tijdens de coronacrisis extra zichtbaar’* (IZA, pag. 5).

Innoveren van de zorg wordt steeds urgenter en er zijn geen quick fixes

Al geruime tijd wordt ingezet op de houdbaarheid van de zorg en het verzilveren van de kansen van digitale zorg en digitalisering van de zorg als antwoord op de grote opgaven. Aan de vooravond van de Coronapandemie maakten Nictiz en Nivel in de e-Health Monitor 2019 de balans op:

1. Mede onder invloed van stimuleringsprogramma’s is er door de jaren heen een stijging aan de aanbodzijde. Echter, het deel zorggebruikers en mensen met een chronische aandoening die op de hoogte is van de mogelijkheden omtrent online inzage zijn beperkt en het gebruik van online inzage blijft laag.
2. In 2019 meet vier op de tien mensen met een chronische aandoening zelf gezondheidswaarden. Daarnaast houden zorggebruikers vaker dan voorgaande jaren – al dan niet automatisch – zelf digitaal gegevens bij over hun gezondheid. Ook neemt het gebruik van telemonitoring volgens medisch specialisten toe. Onder huisartsen en verpleegkundigen in de ouderenzorg is dat niet het geval.
3. Uit de metingen blijkt dat de stijging van het aanbod van beeldbellen, die in de afgelopen jaren zichtbaar was, niet is doorgezet en dat het gebruik laag blijft. Wel is er een stijging zichtbaar in het gebruik van alternatieve toepassingen, zoals toezichhoudende technieken en zorgrobots. Ook het aanbod van consultatie via app- en e-mailcontact stijgt. Zorgverleners hebben hierdoor meer alternatieven van digitaal contact tot hun beschikking.

Ook wordt de conclusie getrokken: ‘E-health is een onmisbaar onderdeel van de zorg geworden’ en ‘Zorgverleners zijn overwegend enthousiast over e-health. Toch is het aanbod groter dan het gebruik’ (<https://www.nivel.nl/nl/nieuws/e-health-een-onmisbaar-onderdeel-van-de-zorg-geworden>).

Afsluiten van 2 jaar meewind

In opdracht van het Ministerie van VWS hebben ZIN en de NZa als 1-overheid het voortouw genomen om samen te leren hoe systeempartijen met innovators vanuit burgerperspectief kunnen bijdragen aan de houdbaarheid van de zorg en daarmee de blijvende digitale vernieuwing van de zorg. Na twee jaar meewind geven is het tijd voor een terugblik en oplevering van resultaten. In deze eindrapportage worden om de adviezen, onderzoeken en andere inzichten open gedeeld (zie bijlage 4.1 voor een overzicht). De uitkomsten van de zorgzandbak als lerend ecosysteem van burgers, innovators en systeempartijen zijn bijdragen aan de volgende stap naar blijvend veranderen van de zorg met digitaal.

Leeswijzer

In deel 1 ‘De impasse doorbreken en wat is er gedaan?’ wordt beschreven waarom ZIN het Programma Digitale zorg en de ZorgZandbak heeft opgezet, wie erbij betrokken zijn en wat er is gedaan.

In deel 2 ‘Passende zorg met digitaal gaat niet vanzelf en niet alleen?’ wordt het verhaal van digitaal innoveren verteld vanuit de drie perspectieven die met de ZorgZandBak bij elkaar zijn gebracht: de burger, de innovator en het systeem. Alle drie waar. Alle drie urgent. Alle drie net anders. De kwestie is: Hoe komt dat samen?

In deel 3 “Conclusies en aanbeveling: een ‘halte ongemak’ is nodig” worden lessen getrokken en wordt vooruitgekeken naar wat de volgende stap is voor de houdbaarheid van de zorg voor gezondheid.

De bijlagen zijn deelstudies. Deze zijn opgenomen als aparte bijlagen en op aanvraag beschikbaar als input voor de volgende stap naar echte vernieuwing van de zorg met informatietechnologie. De deelstudies bieden onder andere inzicht in de exemplarische knelpunten in het systeem, maar ook het perspectief van innovators op passende zorg en de drijfveren van burgers om wel of juist niet gebruik te maken van passende hybride zorg.

Deel 1: De impasse doorbreken en wat is er gedaan?

1.1 Aanleiding

We weten sinds langere tijd wat de problemen zijn ([Nictiz, Vilans, Nivel, GGZ Nederland, 2014, 2019](#)):

- Gebrek aan vertrouwen in en bekendheid met e-Health
- Onbekendheid bij behandelaren
- Te weinig gebruikers, omdat cliënten niet op de hoogte zijn
- Gebrek aan interoperabiliteit
- Nog beperkt bewijs voor de meerwaarde en *evidence* van effectiviteit van digitaal en *blended* zorgaanbod (in het Integraal Zorgakkoord is dat hybride zorg genoemd)
- Te veel onduidelijkheid rondom de verwerking van persoonlijke medische informatie
- Een gebrek aan wettelijk operationeel kader
- Gebrek aan inbedding in zorgproces
- Ontoereikend financieringsmodel: geen stimulerende bekostigingssystematiek, te hoge instapkosten voor nieuwkomers
- Ontoereikende/haperende ICT en technologie
- Ontwikkeling en implementatie van eHealth die te veel naar 'binnen' zijn gericht – te weinig delen van kennis en ervaring
- Gebrek aan samenwerking wat leidt tot verlies van kapitaal en innovatiekracht

Met het aannemen van twee moties vroeg de Tweede Kamer deze impasse te doorbreken en deed Bruno Bruins, toenmalige Minister van VWS, de toezegging het Zorginstituut hier mede toe op te roepen.¹⁴ Dit verwoordde Erik Gerritsen als secretaris-generaal van het Ministerie van VWS als volgt: *'Toch ook wel met het ongemakkelijke gevoel, doen we nu het maximale, maximale, maximale om ook van deze afschuwelijk crisis tenminste nog een kans te maken dat we nu maximaal gaan bewegen op opschalen van digitale zorg, zodat we als we een halfjaar tot een jaar terugkijken een hele hoop ellende met elkaar hebben meegemaakt, maar tenminste ook kunnen zeggen. We hebben er ook nog iets goeds uitgehaald. We hebben de Nederlandse zorg definitief in de digitale eeuw gebracht'*.¹⁵

In opdracht van het Ministerie van VWS is het Zorginstituut Nederland (ZIN) in 2021-2022 als aanjager in samenwerking met NZA en de onafhankelijke expert-inbreng van IGJ in 2021-2022 aan de slag gegaan met de oproep van het Ministerie van VWS om: *'(..) proactief bij te dragen aan het normaliseren van digitale zorg, dwars door de verschillende zorgsectoren heen' en '(..) het veld opgavegericht te versterken bij het organiseerbaar maken van digitale zorg als integraal onderdeel van goede zorg. Niet alleen in het kader van de noodzakelijke Corona-maatregelen, maar ook als toekomstbestendig antwoord op de grote kwesties in de zorg'* (VWS, 9 juni 2020, brief kenmerk: 1701616-206608-lenZ en VWS, 10 december 2021, brief kenmerk: 3295288-1021666-lenZ).

1.2 Programmatische Aanpak van ZIN: Programma Digitale Zorg en ZorgZandBak

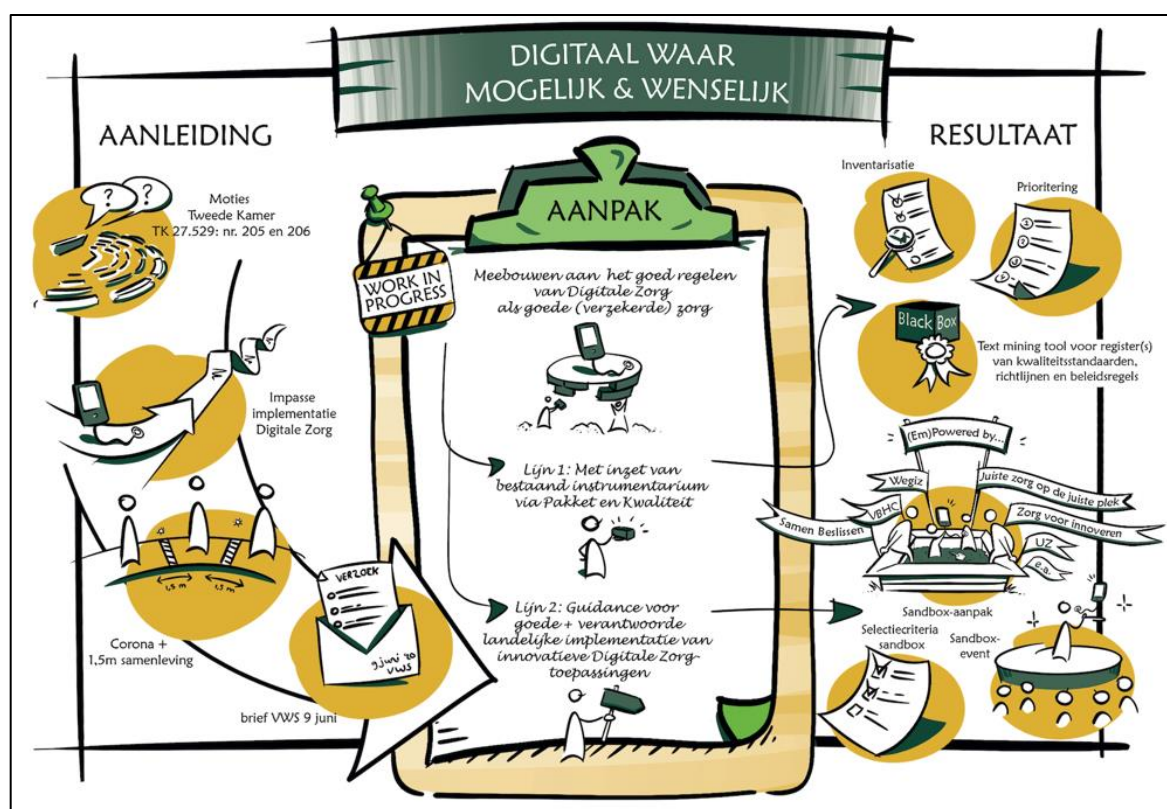
Met het Programma digitale zorg beoogden ZIN, de NZa, VWS en met IGJ als toehoorder en onafhankelijk expert expliciet als 1-overheid in beeld te brengen hoe wet- en regelgeving, lopende initiatieven, bestaand beleid en reeds beschikbaar overheidsinstrumentarium nog beter kon worden ingezet om digitale zorg als goede (verzekerde) zorg mogelijk te maken. In eerste instantie stond dat vooral in het teken van de Corona-pandemie. De behoefte aan digitale alternatieven om reguliere zorg, die niet uitgesteld kon worden en fysiek niet meer (veilig) geleverd kon worden, niet te laten

¹⁴ Motie van de leden Veldman en Bergkamp over bewezen effectieve e-health toepassingen opnemen in zorgrichtlijnen die is aangenomen met 150/150 stemmen (TK, Verg. jr. 2019-2020, 10 december 2019, 27.529, nr. 206) en de motie van de leden Van den Berg en Veldman over een opleidingsplan waarbij zorgmedewerkers over e-health toepassingen worden geïnformeerd die is aangenomen met 131/150 stemmen (TK, Verg. jr. 2019-2020, 27.529, nr. 205).

¹⁵ Het ZorgZandBak Event 2020 is terug te zien: <https://www.youtube.com/live/UnnYt3gHFqA?feature=share>

vastlopen. Digitale zorg stond voor zorg-op-afstand en de inzet van beschikbare technologie die communicatie tussen patiënt en zorg, zelfmetingen thuis en telemonitoring mogelijk maakten (RVS, 2020). Het was geen andere zorg (wat), maar door de Corona-pandemie was de manier waarop de zorg verleend werd (tijdelijk) anders (hoe). In de loop van 2020 kwam de wens om een terugval naar de situatie van voor de Corona-pandemie te voorkomen hoog op de politiek-bestuurlijke agenda. Behalve (tijdelijke) zorg-op-afstand leek het momentum daar om ook het gebruik van beschikbare en vernieuwende technologie regulier mogelijk te maken: ‘never waste a bad crisis’ en ‘digitaal, tenzij...’. Wat eerst tijdelijk leek als noodvoorziening, werd een nieuw perspectief. De aanhoudende Corona-pandemie en de groeiende schaal van het gebruik van digitaal versnelde de behoefte van het veld aan eenduidige kaders voor goed en verantwoord gebruik en bekostiging van digitale zorg, voorbij de pilot- en experimentele aanpak.

De programmatische aanpak bestond uit twee lijnen:¹⁶



Programma-lijn 1: Inzet bestaand instrumentarium

De eerste lijn ‘wat kunnen we nu al doen?’, richtte zich op de (kortere termijn) inzetbaarheid van bestaand ZIN-instrumentarium. De volgende acties werden opgepakt:

- Inventarisatie en prioritering van inzet van het actuele ZIN-instrumentarium om het gebruik van digitale zorg zo goed en verantwoord mogelijk te stimuleren tijdens de Coronapandemie;
- Het stimuleren en normaliseren van goed en verantwoord gebruik van digitale zorg als prioriteit regulier maken door het op te nemen in de eigen jaarplannen;
- In het kader van ‘wat weten we al?’: benutten en het ophalen van goede voorbeelden, richtinggevende kaders uit bestaande kwaliteitsstandaarden, richtlijnen en beleidsregels in het Register van ZIN en van anderen, waaronder de FMS en NHG.

¹⁶ <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2020/08/19/advies-na-verzoek-vws-aanpak-digitale-zorg>

Prioritering van bestaand ZIN-instrumentarium

De inventarisatie en prioritering heeft geleid tot:

1. Het opstellen van een subsidieoproep op basis waarvan vervolgens zeven projecten een onderzoeksubsidie hebben gekregen vanuit het [Programma Ondersteuning Zorginstituut, Addendum Kwaliteitsinstituut](#) (in totaal ter waarde van 2,5 mln euro). De onderzoeksprojecten worden regulier begeleid en gemonitord door ZIN en ZonMw en richten zich specifiek op de inzet van digitale zorg tijdens de Coronapandemie en meer generiek naar de criteria voor goed en verantwoord gebruik van (innovatieve) digitale zorg. Het Programma Ondersteuning ZIN bestaat in totaal uit zeven projecten (de generieke module wordt onder punt 2 toegelicht):
 - a. [Digitale zorg op afstand in Diabetes richtlijnen \(DiDia\)](#)
Concrete aanbevelingen voor opname van effectieve zorg op afstand in richtlijnen en (zorg)standaarden over diabetes mellitus type 1 en type 2 in de 1e en 2e lijn.
 - b. [Digi-On: praktische aanbevelingen voor fysiotherapie en oefentherapie op afstand](#)
Formulering van praktische aanbevelingen om zorg op afstand duurzaam te integreren binnen de fysio- en oefentherapie, door kwalitatief en kwantitatief onderzoek.
 - c. [Zorg op afstand in de jeugdgezondheidszorg: ontwikkelingsonderzoek via beeldbellen](#)
Onderzoek naar of het ontwikkelingsonderzoek van kinderen van 0-4 jaar in combinatie met beeldbellen in de toekomst kan worden blijven uitgevoerd en hoe.
 - d. [De coronacrisis als katalysator voor zorg op afstand in de richtlijnen Coeliakie en Cataract](#)
Zorg op afstand binnen de medisch-specialistische zorg implementeren door inventarisatie van (ervarings)kennis en specifieke aandacht voor ervaringen uit de coronacrisis.
 - e. [Direct ontslag, het alternatief voor face-to-face zorg bij simpele en stabiele letsels](#)
Opgedane ervaringen en kwantitatieve data over de haalbaarheid van 'Direct Ontslag' (patiëntgerichte zorg bij botbreuken) bundelen en randvoorwaarden vormen.
 - f. [Zorg op afstand voor patiënten met psoriasis en constitutioneel eczeem die biologicals of andere systematische medicatie gebruiken](#)
Onder welke voorwaarden en omstandigheden is het voor patiënten en dermatologen wenselijk en veilig om face-to-face zorg te vervangen door digitale consultatie?

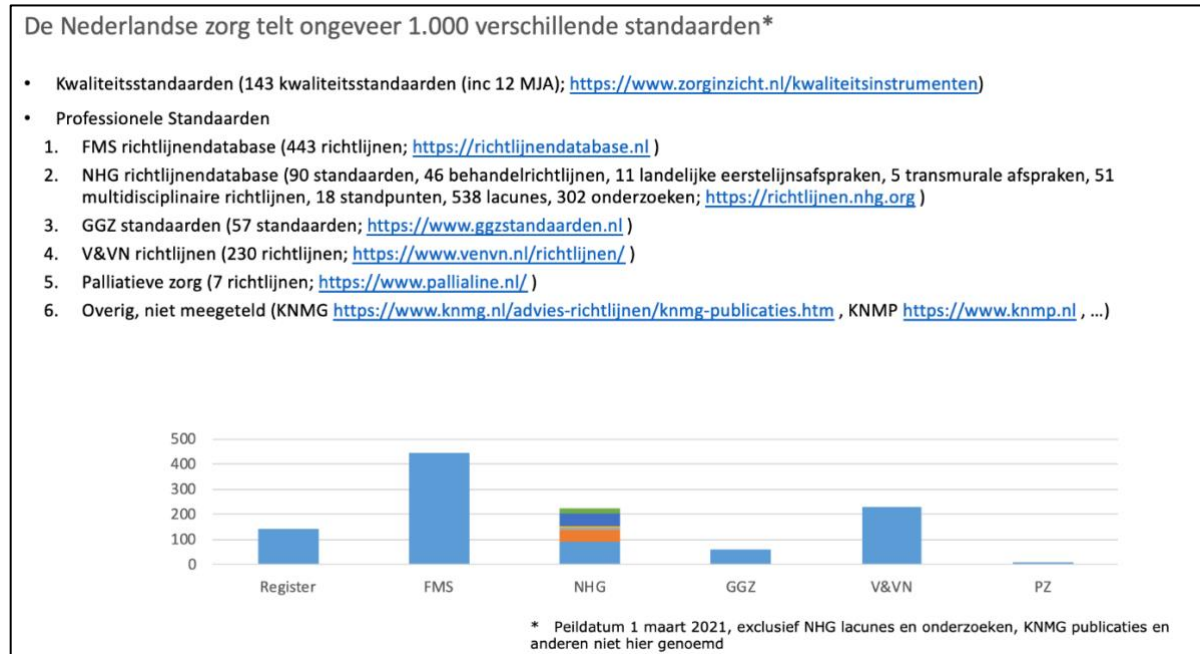
De bovenstaande onderzoeken worden regulier uitgevoerd en lopen door tot en met 2024. Actuele informatie over de omschrijving, resultaten en oplevering is beschikbaar:

<https://www.zonmw.nl/nl/actueel/nieuws/detail/item/zorg-op-afstand-opnemen-in-richtlijnen-7-projecten-van-start/>

2. Ook is digitale zorg op de [Meerjarenagenda geplaatst van ZIN](#). Dit heeft geleid tot een subsidieaanvraag bij ZonMw (zie hierboven) die is toegekend voor de ontwikkeling van de generieke module digitale zorg (zie Annex E). In dit project maken patiënten- en beroepsorganisaties en richtlijnexperts een gebruikersvriendelijk en wetenschappelijk onderbouwd hulpmiddel (generieke module) voor het omgaan met en toepassen van digitale zorg op afstand. Ze ontwikkelen een generieke module die kan worden opgenomen in andere kwaliteitsstandaarden. Ze volgen daarbij de AQUA-leidraad. De te ontwikkelen generieke module is het uitgangspunt voor een effectieve, doelmatige en cliëntgerichte digitale zorgorganisatie voor alle zorgsectoren. Het project wordt uitgevoerd door Patiëntenfederatie Nederland en de Federatie Medisch Specialisten, het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten, het Nederlands Huisartsen Genootschap en het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. Oplevering wordt in 2024 verwacht. Voor meer informatie:
<https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/kwaliteit-van-zorg/programmas/project-detail/kwaliteit-van-zorg-ondersteuning-kwaliteitsinstituut/ontwikkeling-generieke-aanbevelingen-digitale-zorg/>

Bijdragen aan het normaliseren van digitale zorg als prioriteit in eigen jaarplannen Zowel in 2021 als ook in 2022 is digitale zorg en elektronische gegevensuitwisseling in de zorg, mede in het kader van Passende Zorg, [regulier geprioriteerd](#).

Niet opnieuw het wiel uitvinden: lessen en goede voorbeelden uit de bestaande kaders halen
 Hoewel de verwachting was dat er in de bestaande standaarden, richtlijnen en beleidsregels nauwelijks aandacht zou zijn voor digitale zorg, met de doorlichting van de bestaande Kwaliteitsstandaarden van het Openbaar Register van ZIN, FMS- en NHG-richtlijnen, in totaal zo'n 1000 veldnormen, ontstond een heel ander beeld.

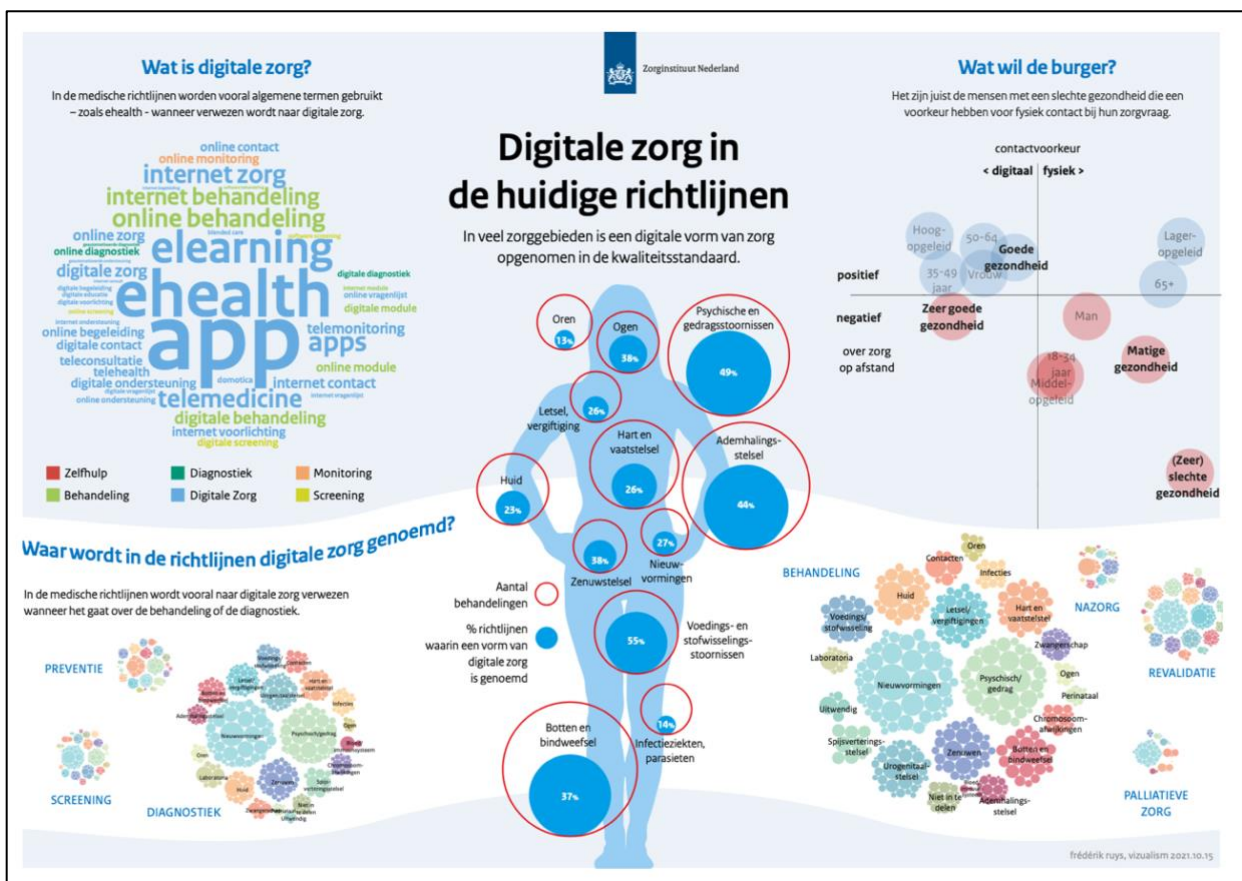


Uit de doorlichting bleek dat digitale zorg veel vaker voorkomt dan gedacht, namelijk in 52% van de kwaliteitsstandaarden opgenomen in het Openbaar Register van ZIN, in 30% van de FMS-richtlijnen en in 15% van de NHG-richtlijnen. De meest gebruikte term om digitale zorg te beschrijven in de verschillende standaarden is *e-Health*. Dit is een algemene term die veelal wordt toegelicht met een lijst met voorbeelden. Wanneer ook aanpalende termen worden meegenomen bij het doorzoeken van de standaarden en richtlijnen, zoals apps, *telemedicine* e.d., dan komt digitale zorg in meer dan 75% voor. Uit de doorlichting blijkt ook dat het gebruik van digitale zorg door het veld wordt onderverdeeld in 5 vormen, namelijk voor:

Vormen	Kenmerken	Voorbeelden
1. De organisatie van zorg 2. Communicatie en toegang tot zorg	<ul style="list-style-type: none"> • Betreft 'hoe' • Raakt patiënt en zorgverlener • Evidence en pakketbeheer spelen geen rol 	<ul style="list-style-type: none"> • Beeldbellen en andere vormen van tele-communicatie
3. Behandeling van de patiënt	<ul style="list-style-type: none"> • Betreft 'hoe' en 'wat' • Raakt patiënt en zorgverlener • Evidence en pakketbeheer spelen belangrijk 	<ul style="list-style-type: none"> • e-health binnen GGZ • Gepersonaliseerde behandeling
4. Ondersteuning van de zorgverlener	<ul style="list-style-type: none"> • Betreft 'hoe' • Raakt primair de zorgverlener • Evidence belangrijk, pakketbeheer niet 	<ul style="list-style-type: none"> • Beeldvormende diagnostiek • Decision support • Predictive modellen • Samen Beslissen: Keuzehulpen
5. Ondersteuning van de burger	<ul style="list-style-type: none"> • Raakt primair de patiënt • Deels buiten pakketbeheer 	<ul style="list-style-type: none"> • Zelfmanagement/zelfzorg • Patiëntinformatie • Patient communities • Samen beslissen: Keuzehulpen

In het voorgaande schema valt op dat naarmate digitale zorg meer persoonsgericht (d.w.z. patiënt-centraal) en gepersonaliseerd (d.w.z. dat de persoonlijke wens, voorkeuren en eigenschappen van de patiënt centraal staan) wordt ingezet ter behandeling en ondersteuning van de patiënt, de scheidslijn tussen digitale zorg als ‘wat’ (d.w.z. de zorg die geleverd wordt) en ‘hoe’ (d.w.z. de manier waarop de zorg geleverd wordt) vervaagt. Daarmee is digitale zorg niet langer exclusief een hulpmiddel ter ondersteuning van zorgverleners, maar ondersteunt het mogelijkwerijs tegelijk ook de patiënt, cliënt of burger die er vervolgens weer zijn zorg mee ontvangt of zijn eigen gezondheid mee op peil houdt. Het ‘wat’ kan dan niet meer zonder het ‘hoe’. Het hulpmiddel wordt dan de behandeling. Dit is wellicht ook de reden dat wanneer de afstand tussen de ‘hoe’ en ‘wat’ kleiner wordt, de beschrijving van digitale zorg meer aandacht krijgt in de professionele standaarden. Dit is bijvoorbeeld het geval bij de GGZ-standaarden. Zij hebben een eigenstandige [Generieke Module e-Health](#) ontwikkeld onder beheer van Akwa GGZ. Opvallend is vervolgens dat binnen de NHG-richtlijnen meer aandacht is voor preventie en zelfhulp (bijv. zelfhulp apps voor mensen met pre-diabetes).

De doorlichting heeft verder het inzicht opgeleverd dat digitale zorg vooral genoemd wordt in relatie tot diagnostiek en behandeling. Koplopers zijn: voedingsstoornissen, GGZ en longaandoeningen. Hieronder zijn de uitkomsten visueel samengevat (zie ook Annex D):



De uitkomsten van de doorlichting zijn tevens als input aangeboden voor de ontwikkeling van de generieke module digitale zorg die met ondersteuning van ZIN wordt ontwikkeld door de Patiëntenfederatie Nederland, de Federatie Medisch Specialisten (FMS), het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten, het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

Programma-lijn 2: Guidance bieden aan innovators

Met de tweede lijn veranderde ZIN van koers. Naast de mogelijkheid om de bewezen effectiviteit van zorg te duiden op verzoek van zorgverzekeraars en zorgleveranciers, [bleef ZIN niet langer op afstand](#). Het ging vanuit een lerende aanpak met relevante partners in de zorg, waaronder RVS, FMS en andere autoriteiten, in gesprek over: 1. wat er geregeld moet voor goed en verantwoord gebruik van (innovatieve) digitale zorg als integraal onderdeel van goede (verzekerde) zorg en 2. hoe de organiseerbaarheid ervan in het veld met opgavegerichte *guidance* in de bestaande praktijk te versterken. Belangrijke uitgangspunten waren:

- a. Niet ieder voor zich opnieuw het wiel uitvinden en samenwerken met andere relevante partijen en initiatieven, dus ook burgers(!): het ontwikkelen van een aanpak die het mogelijk maakt om als systeempartijen met het veld, innovators en burgers in openheid te leren wat voor *guidance* nodig is en zelfs basaler, wat ‘*guidance* bieden’ inhoudt;
- b. Veilig, met een open houding, gericht op leren: vanuit een open houding aan de hand van beproefde voorbeelden met ervaren koplopers de exemplarische knelpunten nader in beeld brengen om vervolgens met alle relevante partijen tot exemplarische oplossingen te komen in de praktijk: wat is er nodig en wie kan wat?;
- c. Van *ad hoc* naar regulier samenwerken: op basis van de lerende aanpak komen tot een structurele manier, al dan niet in samenwerking met anderen, om exemplarische knelpunten samen in beeld te blijven brengen en exemplarisch weg te nemen. Daarbij werd tevens de toezegging gedaan dat, indien nodig, ook de aanpassing van de bestaande wettelijke kaders, inclusief nieuwe wetgeving of stelselherziening, politiek-bestuurlijk bespreekbaar moest zijn.

1.3 Ontwikkeling van de ZorgZandBak

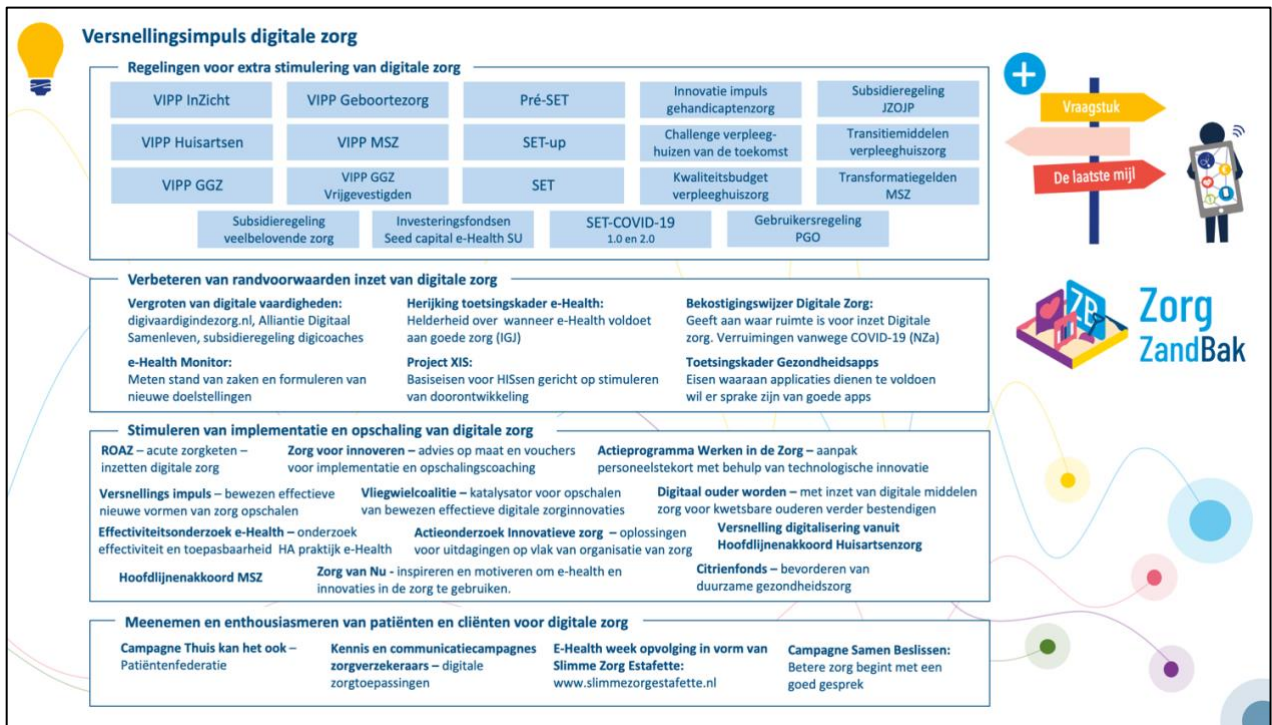
De wens om meer structureel en open samen te werken en in de praktijk lerend meer inzicht te krijgen in de rol van de zorgautoriteiten op het gebied van digitale zorg en in het bijzonder, hoe vorm te geven aan het bieden van *guidance* aan het veld, leidde tot de ontwikkeling van de ZorgZandBak (ZZB). Zoals Paul Iske, hoogleraar innovatie, bij de aftrap in 2020 al aangaf: ‘*Weet je zeker dat het gaat lukken? Nee, natuurlijk niet. Het is innovatie!*’. [De aftrap](#) van het tijdelijke initiatief van ZIN, de NZa met expert hulp van IGJ in opdracht van het Ministerie van VWS vond plaats op 8 december 2020 en op 8 december 2022 werd afgesloten met het [ZorgZandBak Event 2022 \(zie bijlage met een overzicht van de betrokkenen\)](#).

De ZorgZandbak is de Nederlandse vertaling van de *sandbox*-methode en is afgekeken van de financiële sector. DNB en de [AFM](#) gebruiken sinds [2016 sandboxing](#) als [herijking van hun toezichtaanpak](#) op innovaties: ‘*(..) in Nederland springen steeds meer nieuwe bedrijven uit de grond die met een innovatief bedrijfsmodel de markt op gaan. Tegelijkertijd zijn ook steeds meer gevestigde instellingen bezig met het moderniseren van hun systemen en dienstverlening, omdat ook zij zien dat de consument hiernaar vraagt. Tot slot zien we dat grote technologiebedrijven zoals Apple, Facebook en Google zich op de markt voor financiële diensten begeven*’ ([DNB, 2015](#)). Ook in Groot-Brittannië was het de zorginspectie Care Quality Commission ([CQC](#)) die het eigen toezicht op digitale zorginnovaties nog beter in de vingers wilde krijgen en om die reden deze methode in de zorg introduceerde.¹⁷ DNB, AFM en CQC waren er al vroeg bij. Zij wilden daarom vroegtijdig innovaties kunnen volgen (N=1), waar nodig innovatiestimuleringsruimte scheppen om in de praktijk te kunnen meekijken wat de impact van een innovatie is, als kans en als risico. Aangezien in de zorg in Nederland al veel pilots zijn, het aanbod de vraag naar zorginnovaties overstijgt, is de ZorgZandbak bewust niet als een nieuw stimuleringsprogramma ingericht en bood het geen regelvrije ruimte. Het is opgezet als ‘halte ongemak’ met de bedoeling om hardnekkige knelpunten in de praktijk met de zorginnovators en

¹⁷ <https://www.cqc.org.uk/what-we-do/how-we-work-people/regulatory-sandbox>

andere relevante betrokkenen in beeld te brengen en vooral ook de eigen rol van de zorgautoriteiten, hoe ongemakkelijk ook, onder ogen te zien en met elkaar als 1-overheid exemplarisch op te lossen.

De ZorgZandbak was een aanvulling op wat al gedaan werd om het zorginnovatieklimaat in Nederland zo positief mogelijk te beïnvloeden, niet in de laatste plaats van binnenuit bij de zorgautoriteiten zelf. In dat kader is het onderstaande overzicht gemaakt met bestaande initiatieven, programma's en hun bedoeling:



De ontwikkeling van de ZorgZandBak verliep verkennend en gericht op het lerend creëren van meerwaarde. Dit leidde ertoe dat de ZorgZandBak zich als volgt positioneerde in het bestaande zorginnovatielandschap als:¹⁸



¹⁸ Uiteraard is deze figuur een zeer eenvoudige weergave van de praktijk en doet het geen recht aan alle initiatieven die niet vermeld zijn: www.zorgvanu.nl

De ZorgZandBak werd aangejaagd door Zorginstituut Nederland (ZIN), met hulp van een gevarieerd team van deskundigen op onder andere het gebied van digitale zorg, innovatie, samenwerking, de uitvoerbaarheid van (overheids-)beleid, data-analyse, AVG, technologie en recht, en onderzoek naar politieke en maatschappelijke opinies. Het team heeft een community gecreëerd van innovators en vertegenwoordigers van systeempartijen.

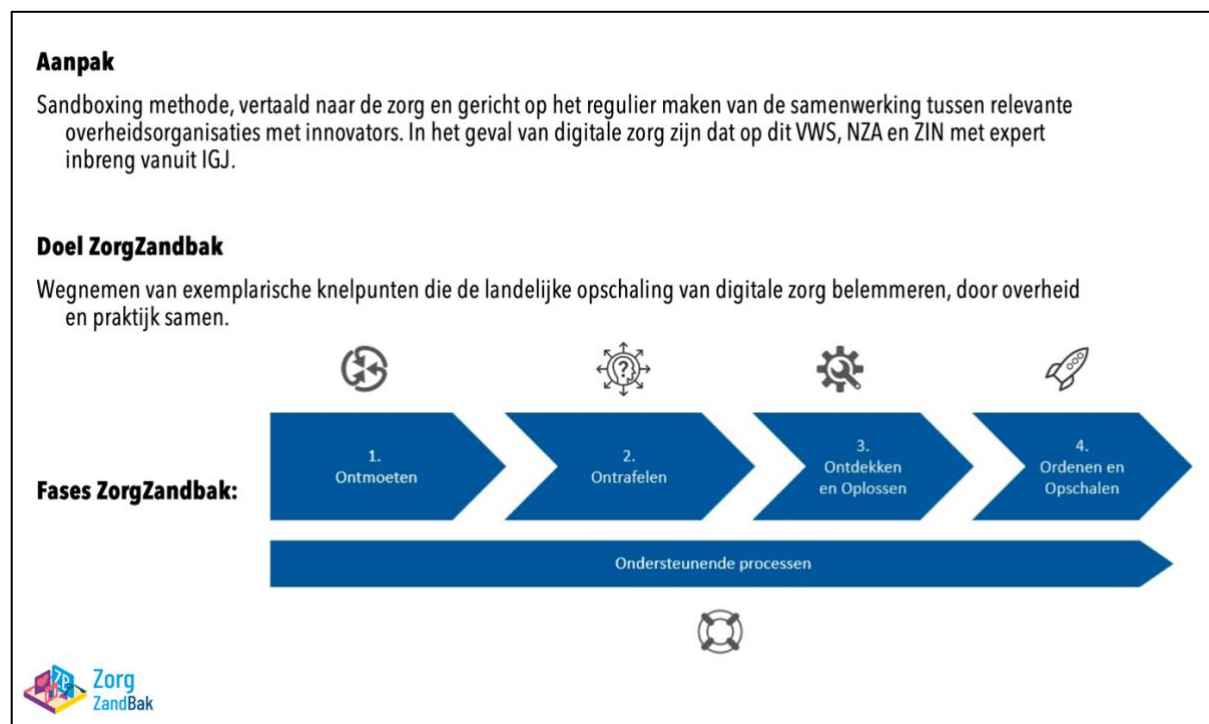
Stakeholders die vanuit hun eigen taak, verantwoordelijkheid en expertise als onafhankelijke partij een inbreng leverden aan de ZorgZandBak (zie ook bijlage 4.2):

- Burgers
- Zorgverleners: huisartsen, medisch-specialisten en verplegenden en verzorgenden
- Innovators
- Bedrijven
- Financiers
- VWS
- Systeempartijen zoals ZIN, de NZa, IGJ, AP, ACM, CQC UK
- Kennispartners: RVS, FMS, NVVC, ZN Kenniscentrum Digitale Zorg, ZonMw, ESIP

Partijen, kennis, expertise en ervaring zijn in een open, gelijkwaardige en niet op voorhand gestructureerde setting bijeengebracht om samen te ontdekken: wat weten we al van nieuwe vormen van zorg? En wat weten we nog niet? Welke vragen moeten we stellen om te begrijpen: waarom lopen we vast? Innovators konden cases inbrengen, problemen werden ontrafeld, knelpunten geïdentificeerd en oplossingen gecreëerd met *the whole system in the room*.

1.4 Initiatieven van de ZorgZandBak

De initiatieven van de ZorgZandBak kwamen iteratief tot stand conform het basisontwerp van de ZorgZandBak dat bestond uit de onderstaande vier fasen: 1. Ontmoeten, 2. Ontrafelen, 3. Ontdekken en Oplossen en 4. Ordenen en Opschalen. Stap-voor-stap werd per fase invulling geven aan de noodzakelijke activiteiten.



Fase 1: Ontmoeten

In deze fase konden voorbeelden van vastgelopen cases worden gedeeld via [de ZZB-website: www.zorgzandbak.nl](http://de.ZZB-website:www.zorgzandbak.nl)

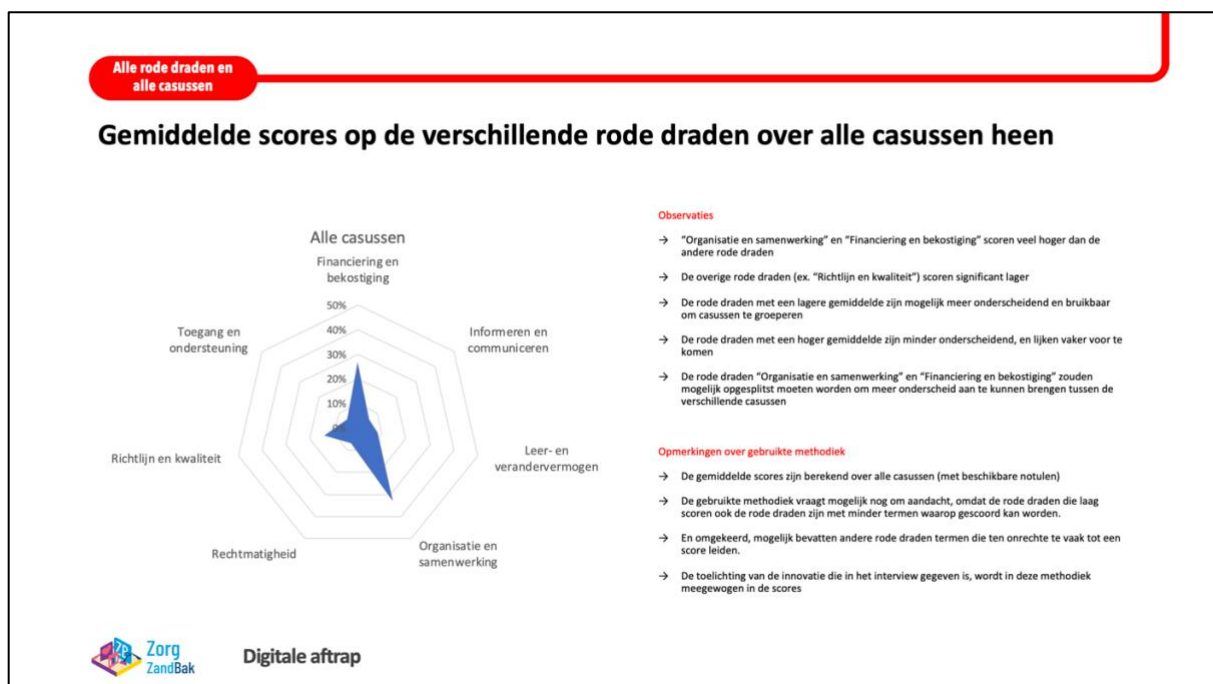
Activiteit a: (Ontwerp van) Integraal meldpunt voor vastgelopen innovators bij landelijke opschaling

In gesprek met het Programma Zorg voor Innoveren (Zvl) bleken ook ervaren innovators vast te lopen in bestaande of ontbrekende kaders van het zorgsysteem. Zij hadden te maken met knelpunten waar Zvl hen ook niet bij kon helpen en ook nergens kon agenderen. Vanuit Zvl zijn deze innovators met hun cases naar de ZorgZandBak doorverwezen. Daarnaast hebben innovators naar eigen inzicht ook rechtstreeks hun casus ingediend. Het ZZB-team maakte een nadere analyse per casus en haalde aanvullende informatie op door de indieners en andere relevante partners te interviewen. Op basis van de nadere informatie is vervolgens bepaald of een casus ‘geschikt’ is om door te gaan naar fase 2 (zie bijlage 4.4 met de ZZB-criteria) of dat betrokkenen op weg kunnen worden geholpen of ondersteund met een warme overdracht naar de beschikbare tools, handreikingen en andere hulp die geboden wordt door andere initiatieven (bijv. Vliegwielen Coalitie, JZOJP en Zvl). Opvallend was dat innovators niet alleen met hulpvragen meldden, maar tegelijkertijd vooral met veel hulpaanbod.

Activiteit b: Ontdekken van rode draden

In 2021 zijn 21 vastgelopen innovatiecases ingediend. Het verhaal van elke casus lijkt uniek, maar de 54 onderliggende knelpunten die in de weg staan van succesvolle realisatie en opschaling van passende (digitale) zorg, laten een patroon zien van telkens terugkerende vraagstukken, namelijk 7 rode draadvraagstukken: Financiering en bekostiging, Richtlijnen kwaliteit, Toegang tot digitale zorg en ondersteuning, Organisatie en samenwerking, Leer- en verandervermogen, Informatie en communiceren en Rechtmatigheid (zie bijlage 4.7 en Annex A).

Op de knelpunten ‘organisatie en samenwerking’ en ‘financiering en bekostiging’ scoorden de ingediende casussen het hoogst (Annex J).



Fase 2: Onttrafelen van het probleem

Activiteit c: Innovators en expertteam gaan samen verdiepend op zoek naar exemplarische oorzaken

In deze fase is het onttrafelen van de exemplarische knelpunten (verhelderen en verdiepen) van de geselecteerde casus en te komen tot eerste denkrichtingen voor oplossingen. Afhankelijk van de casus en de vraagstukken worden expertteams samengesteld, gekoppeld aan één van de kerngebieden (d.w.z. rechtmatigheid, toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid). Expertise wordt waar mogelijk ingevuld vanuit de betrokken systeempartijen, innovators en burgers aangevuld met ingehuurde experts waar noodzakelijk (zie bijlagen 4.2 en 4.3).

Hoewel het basisontwerp zoals hieronder beschreven voor fase 3 en 4 een aparte fase voorzag, leidde het iteratieve proces tot het bijeenbrengen van beide fasen.

Fase 3: Ontdekken en werken aan de oplossing

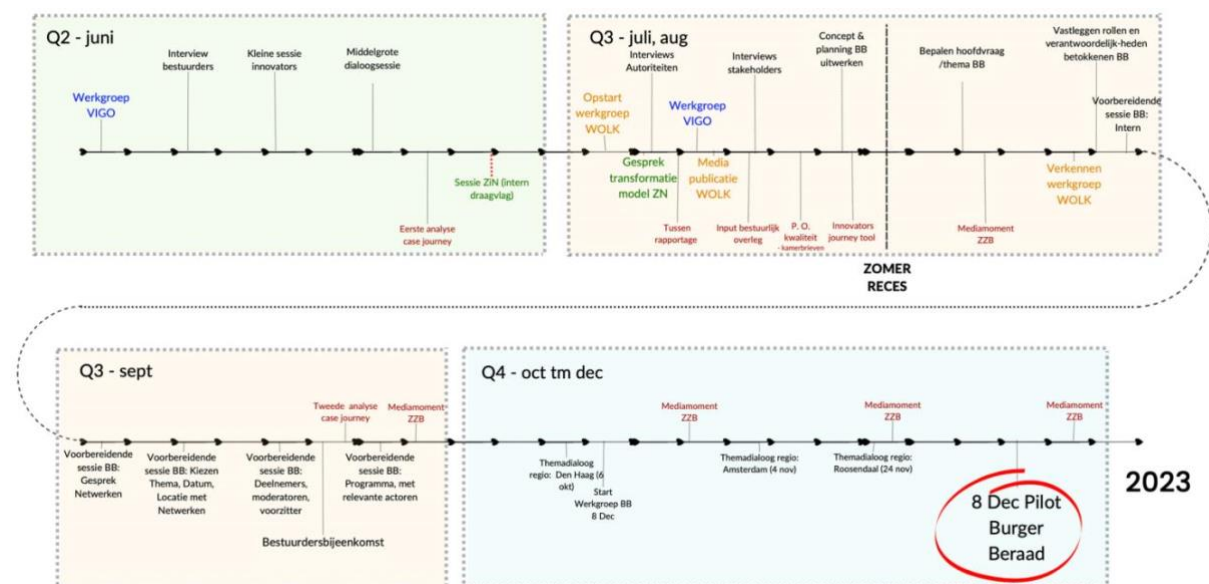
Het doel van fase 3 is dat de betreffende autoriteiten die (gezamenlijk) de daadwerkelijke oplossing kunnen realiseren de voorlopige oplossingsrichtingen intern verder verkennen en uitwerken. Zowel binnen de eigen organisatie als gezamenlijk met alle autoriteiten die een rol hebben in het kunnen oplossen van het exemplarische knelpunt.

Fase 4: Ordenen en Opschalen

Het doel van fase 4 is het delen van de nieuwe oplossingen, kennis en het monitoren van de realisatie van de oplossingsrichtingen en noodzakelijke aanpassingen en/of toevoegingen aan wetgeving, kaders, infrastructuren, standaarden etc. Tevens worden relevante cases (coalities) geïnformeerd die baat hebben bij vastgestelde oplossingsrichtingen.

De nieuwe fase 3 (in plaats van de bovenstaande fase 3 en 4): Samen leren oplossen, voorbij de N=1

In het verlengde van fase 2, die als uitkomst sleutelvragen opleverde (zie de sleutelvragen in bijlage 4.5), zijn in 2022 voor de verduidelijking en waar mogelijk, beantwoording van de sleutelvragen de volgende activiteiten ontwikkeld:



Alle activiteiten in deze fase waren gericht op het verdiepen van de probleemanalyse, verkennen van de haalbaarheid (ook qua draagvlak) van oplossingsrichtingen en open delen van de inzichten die gaandeweg werden opgedaan. Belangrijk daarbij is aan te geven dat naast de aandacht voor de innovators in de zoektocht naar het betekenis geven aan *guidance*, de analyse van de vastgelopen

casussen ook de vraag opwierp: wat wil de burger eigenlijk? In dat licht zijn activiteiten f-g-h uitgevoerd.

Activiteit d: Implementatietuinen GGZ en Sociaal domein met the whole system in the room

Uit de oorspronkelijke 21 ingediende casussen is het ZorgZandbak-team vervolgens met drie casussen aan de slag gegaan die exemplarisch zijn voor wat innovators meemaken: VIGO, WOLK en Gezichtsherkenning. Deze casussen waren tegelijkertijd inspiratie voor de andere deelnemers aan de ZorgZandBak, illustratief voor de vraagstukken waar zowel innovators, burgers en systeempartijen mee te maken krijgen en (te) complex om met een *quick fix* op te lossen. Op basis van deze casussen is aan een exemplarische probleemanalyse gewerkt, voorbij N=1. De Casus Gezichtsherkenning kon met juridische ZZB-experts in samenwerking met AP in fase 2 worden opgelost zonder leertuin. Dit gold niet voor VIGO en WOLK (zie deel 2 en bijlage 4.5).

Activiteit e: Innovators Community

In 2022 organiseerde de ZorgZandBak een drietal dialoogsessies met innovators en systeempartijen uit de zorg, waarbij men met elkaar in gesprek ging om te komen tot gezamenlijke oplossingen voor passende en toekomstbestendige digitale zorg. Deze gesprekken werden gevoerd op basis van de eerder gezamenlijke gevormde rode draden. Met steeds een andere invalshoek:

- Van 'wat kan er niet' naar 'wat kan er wel'
- Mensgerichtheid, toegevoegde waarden en positieve prikkels uitgewerkt
- Toepassing op concrete voorbeelden om te zien wat nodig is om passende digitale zorg te realiseren

Afgaande op de opkomst waren de dialoogsessies waardevol! Bij elke volgende sessie werd de groep steeds iets groter: eerst 20, toen 40 en de laatste met zo'n 60 deelnemers.

Activiteit f: Burgerberaden

In november 2022 organiseerde de ZorgZandbak drie dialogen met inwoners uit de regio's Den Haag, Hoorn en Bergen op Zoom. Deze gesprekken in de regio hadden als doel te exploreren waar de behoefte, zorgen, obstakels en wensen van de burger lagen in het kader van kwaliteit van leven, eventueel ondersteund met digitale zorg (Annex H).

Activiteit g: Onderzoek naar digitaal burgerschap in de zorg door het Kieskompas

In opdracht van de ZorgZandBak is door Kieskompas in twee rondes onderzoek gedaan naar de attitudes van Nederlanders over innovatie en digitalisering van de zorg. Op welke manier wordt er gebruik gemaakt van digitale zorg? Hoe beoordelen patiënten deze zorg? Waar maken zij zich bijvoorbeeld zorgen over en waardoor wordt hun mening bepaald? In deel 2 komen we hierop terug (zie bijlage 4.6, Annex B en C).¹⁹

Activiteit h: Bundel van Brugwerk met anekdotische voorbeelden van burgers en hun voorkeuren

In aanvulling op de kwantitatieve onderzoeken is gezocht naar de verhalen hierachter. Wat zijn de redenen waarom iemand positief (of negatief) tegenover digitale zorg staat? En onder welke voorwaarden staat iemand wel open voor digitale zorg en onder welke voorwaarden niet? Dit is geen harde wetenschap, maar wel geluiden zijn belangrijk om te komen tot succesvolle oplossingen. Daartoe is een diverse groep aan mensen geïnterviewd, die elk vanuit hun eigen perspectief op een andere manier met zorg te maken hebben (gehad). Dit heeft geresulteerd in 15 verschillende profielen, die een beeld geven van behoeften, wensen en gedachten over digitale zorg (Annex F).

¹⁹ Via gericht panelonderzoek en met behulp van online tools hebben 5.664 mensen het onderzoek volledig ingevuld. De resultaten van dit onderzoek zijn gewogen naar geslacht, leeftijd, opleiding, etniciteit en stemgedrag om de data ten aanzien van deze kenmerken representatief te maken voor Nederland.

Activiteit i: Reuring

Door deel te nemen aan ICT&Health en het gebruik van verschillende media is aandacht besteed aan wat de ZorgZandBak is, doet en oplevert. Niet om het instrument ZorgZandBak te promoten, maar vooral om bij te dragen aan het creëren van maatschappelijk draagvlak voor veranderingen in de zorg en ook de lastige gesprekken te voeren.

Activiteit j: Online toegankelijk en open delen van uitkomsten en bijeenkomsten (ZZB-website)

Voor het werven van participanten, ter ondersteuning van de community en om geïnteresseerden te informeren is de website www.zorgzandbak.nl opgezet.

Activiteit k: Twee ZorgZandBak events op 8 december 2020 en 2022

De ZorgZandBak is op 8 december 2020 gestart met het ZorgZandBak Kick-off Event 2020.²⁰ Exact 2 jaar later - op donderdag 8 december 2022 - heeft de ZorgZandbak ter *afsluiting* het Digitale Zorgevent 2022 georganiseerd.²¹ Hierbij waren alle perspectieven uitgenodigd: burger, professional, innovator, systeempartijen en overige partijen die bijdragen aan de transformatie naar passende en digitale zorg. Beiden zijn online terug te zien.

Activiteit l: Een overzichtsfilm vanuit drie perspectieven: burger, innovator, systeem (gereed in mei)

Een visuele weergave van de drie perspectieven die in de ZorgZandBak centraal stonden en in deel 2 nader zijn uitgewerkt.

Activiteit m: Tussen- en eindrapportage van het Programma Digitale zorg en de ZorgZandBak

Conform het verzoek daartoe is over de voortgang en het resultaat van de ZorgZandBak gerapporteerd. Op 21 juli 2022 is de het rapport 'Aan de ZorgZandBak!; Tussenrapportage' opgeleverd. Voorliggende rapport betreft het eindrapport.

1.5 Conclusie

Programma Lijn 1 - De inzet van bestaand instrumentarium: Beoogde activiteiten zijn gerealiseerd

De beoogde activiteiten van lijn 1 als onderdeel van het Programma Digitale Zorg, zijn gerealiseerd. De verdere uitvoering van de activiteiten zijn regulier in uitvoering bij de projectleider of accounthouder van het betreffende instrument binnen de betreffende zorgautoriteit en partners. Daarbij geldt dat de inzet van bestaand instrumentarium een aanloopt kent van 6 tot 12 maanden en de uitvoering een doorlooptijd heeft van 2-4 jaar. Bij de uitvoering van activiteiten binnen de bestaande kaders en met de inzet van bestaand instrumentarium zou al veel gewonnen kunnen worden als meer uitwisseling tussen activiteiten mogelijk is en lessen tussentijds gedeeld kunnen worden.

Programma lijn 2 – Urgentie in beeld en regulier *guidance* bieden aan het veld inclusief innovators komt niet tot stand, met name als kernfunctie 3

Met de keuze voor lijn 2, het ontwerpen en aanjagen van de ZorgZandBak, begaf ZIN zich op nieuw terrein. De iteratieve aanpak van de ZorgZandBak als gezamenlijke 'leerruimte' voor systeempartijen, burgers en innovators leverde drie kernfuncties op. Met deze kernfuncties is het mogelijk gemaakt om vanuit de actuele, bestaande zorgpraktijk de exemplariteit van knelpunten en oplossingen in beeld te brengen:

- **Kernfunctie 1 – Halte ongemak** (ZZB fase 1) - Namens de zorgautoriteiten is 1 meldpunt ingericht (en indien nodig met expertise en steun van andere relevante systeempartijen) – De ZorgZandBak fungeerde als integraal meldpunt van de systeempartijen *samen*, waar innovators open en veilig

²⁰ Weblink ZorgZandBak Event 2020: <https://youtu.be/UnnYt3gHFqA>

²¹ Weblink ZorgZandBak Event 2022: <https://youtu.be/JJjlrDRQTPM>

hun verhaal en hun hulpvragen konden delen: ‘Hier lopen we tegen aan, we hebben het als volgt zelf geprobeerd op te lossen, maar dat kan niet omdat...’. Typerend was dat ‘het verhaal van de innovator’ niet werd gedeeld als ‘casus in systeem-*speak*’, maar als vraagstuk in de woorden van de innovator zelf, zoals het zich in de praktijk voordeed. Als bij nadere analyse van het ZorgZandBak-team toch bleek dat een innovator ondersteuning op maat nodig had, dan droeg de ZorgZandBak innovators over aan relevante programma’s en initiatieven op het gebied van digitale zorg, in het bijzonder [het Programma Zorg voor innoveren](#) (ook wel Fase 1 van de ZZB).

- **Kernfunctie 2 – IJsbreker/Breekijzer** (ZZB fase 1-2-3) – Met mandaat politiek-bestuurlijk signaleren, agenderen en faciliteren van de lastige gesprekken over ‘de hete aardappels’ met de burger als ‘vergeten groente’. In dialoog werken systeempartijen, innovators, burgers en andere relevante betrokkenen samen aan het scherp krijgen van de opgave:
 - Als probleem: alleen samen kom je tot een exemplarische probleemanalyse, voorbij N=1, want de benoemde knelpunten zijn geen incident. Waarom lopen innovators vast, wat pakt wie op?
 - Als oplossing: alleen samen kom je tot een exemplarische oplossing die zoveel mogelijk innovators met vergelijkbare hulpvragen verder brengt. Wat is er nodig om de exemplarische oplossing in de praktijk te realiseren?
- **Kernfunctie 3 - Implementatietuin** (ZZB fase 3) – met de innovator als *the whole system in the room* helpen concretiseren van de voorgestelde oplossingen en waar nodig als breekijzer te fungeren als bestaande belangen haaks staan op de noodzakelijke verandering. Met deze functie wil de ZorgZandBak betrokken systeempartijen, innovators en andere belanghebbenden op weg helpen en zichzelf vooral overbodig maken om de uitvoering van de exemplarische oplossing regulier te laten plaatsvinden.

Deel 2: Passende zorg met digitaal gaat niet vanzelf en niet alleen

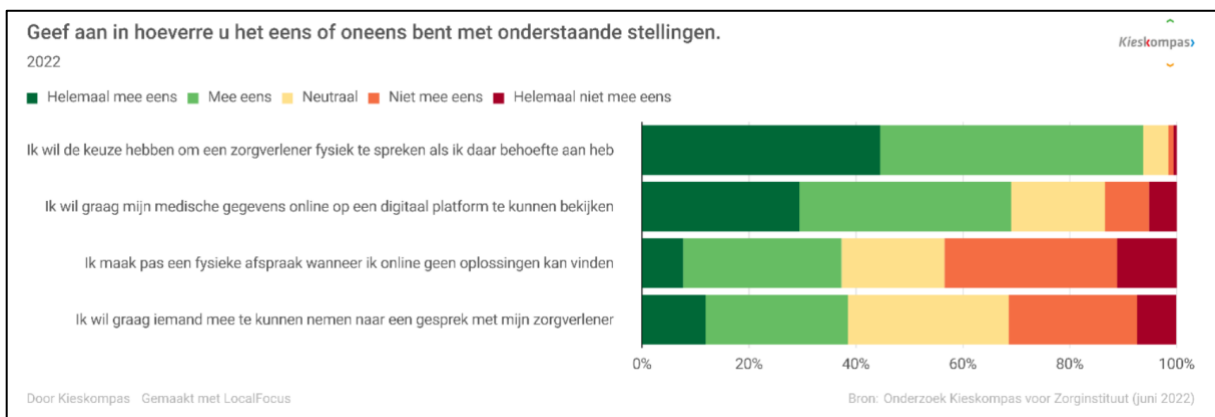
In deel 1 is de opgave naar passende hybride zorg belicht als een kwestie van toegang, kwaliteit, rechtmatigheid en bekostiging (en alle andere rode draadvraagstukken die in fase 1 van de ZZB benoemd zijn). In deel 2 laten we als uitkomst van de ZorgZandBak ook zien dat de opgave meerdere perspectieven heeft en in ieder geval:

- Het verhaal van de burger
- Het verhaal van de innovator
- Het verhaal van het systeem

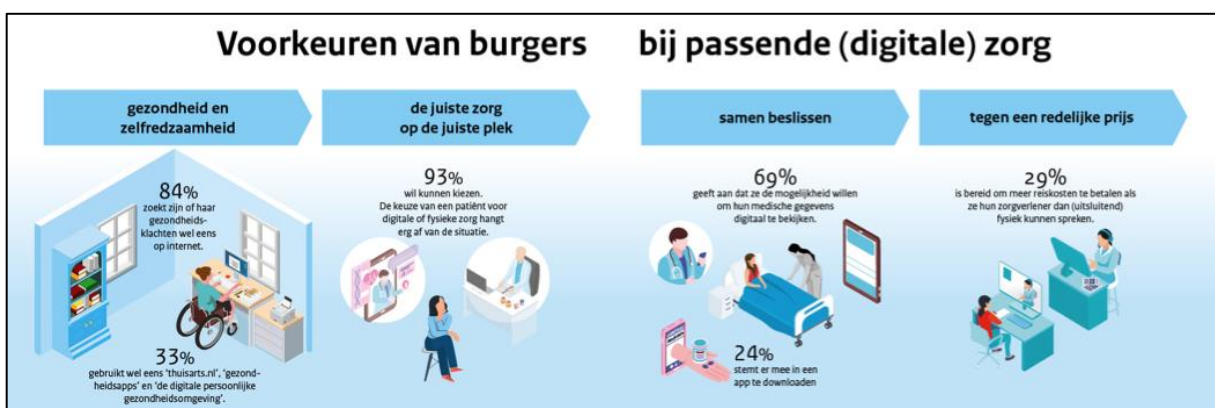
2.1 Het verhaal van de burger en wat hij of zij onder passende zorg verstaat

Burgers willen wel digitaal!

Uit onderzoek dat in opdracht van de ZorgZandBak is uitgevoerd, blijkt dat meer dan negen op de tien Nederlanders de keuze wil hebben voor fysieke zorg als daar behoefte aan is. Maar ook dat men digitale zorg wil als dat kan of handiger is (zie bijlage 4.6).²²



Tegelijkertijd is slechts 3 op de 10 mensen bereid om hiervoor te betalen met meer zorgpremie of reiskosten. De meeste mensen staan dus open voor digitale zorg, maar het is situatie afhankelijk wanneer Nederlanders fysieke zorg verkiezen en wanneer digitale zorg. De onderstaande plaat laat zien wat de burger zelf onder passende hybride zorg verstaat (zie bijlage 4.6 en Annex D).



²² “Hoe vinden burgers dat Digitale Zorg kan bijdragen aan de vier principes van ‘Passende Zorg’?; resultaten tweede meting”; Kieskompas; 2022. Zie Annex B, C en D.

Ontwikkel mét de burger

Tijdens de dialogen in de regio kwamen heel verschillende zorgen, aandachtspunten en concrete oplossingsrichtingen naar voren. Een gedeelde boodschap was wel dat deze doelgroep primair betrokken wil worden bij de processen die hen aangaan in het kader van hun kwaliteit van leven en ontvangen van (digitale) zorg waar nodig. Veel zorgontwikkeling wordt echter gedaan óver hen, maar niet in samenspraak mét hen. Daardoor sluit beleid en digitale zorg niet altijd goed aan bij de vraag, en ontbreekt draagvlak en het vermogen om tijdig bij te sturen. Ook leek dit hun vertrouwen in de overheid en zorgorganisaties te hebben geschaad. Dat vertrouwen terugwinnen door hen het actief te betrekken lijkt daarom de centrale boodschap en tegelijkertijd een gezamenlijk vertrekpunt.

Andere overkoepelende inzichten waren:

- Men gaf aan voor ‘echt contact en aandacht’ naar de zorg te gaan omdat de deur daar altijd open is. Dat bracht het inzicht om een onderscheid te maken tussen levensvragen en medische zorgvragen. Eerst moet onderzocht worden of er een zorgvraag is, of dat het een vraag betreft die elders moet worden belegd, voordat gekeken wordt naar ondersteuning met digitale zorg.
- Nut en noodzaak van digitale ondersteuning in het leven en bij zorg wordt onderkent, mits het burgers en de zorgprofessional versterkt en ontlast. Hierbinnen moet echter meer aandacht voor de menselijke/persoonlijke component. De combinatie fysiek en online contact is gewenst.
- Digitale ondersteuning moet worden gezien als een middel voor het leveren van passende zorg, niet als doel. En dit middel moet aansluiten bij de context waarin mensen leven om als succesvol te worden ervaren.
- Mensen voor wie digitale toepassingen onmogelijk of zeer moeilijk zijn te gebruiken moeten niet vergeten worden. De aanname is daarbij vaak dat dit vooral oudere mensen betreft, maar leeftijd is in mindere mate een voorspellende factor voor succesvol gebruik van digitale zorg. De hulpbronnen die mensen in hun leven hebben lijken daar een sterker verband te hebben.
- Er wordt meer gebruik gemaakt van digitale ondersteuning met betrekking tot zorg dan men in eerste instantie aangeeft. Voorbeelden hiervan zijn het gebruik van whatsapp of mail om in contact te zijn met de dokter, of sociale media als informatiebron. Dit werd gezien als betrouwbaar en eenvoudig.

De context is belangrijk

Dat sluit ook aan bij het onderzoek van Brugwerk (zie Annex F), waaruit bleek dat het lang niet altijd gaat om de zorg zelf, maar om een andere behoefte die met fysieke zorg wordt ingevuld: eenzaamheid, onvoldoende kennis van de taal, het missen van digitale vaardigheden (zie bijlage 4.6, Annex B, C en D).



Daarnaast blijkt de bereidheid tot of behoefte aan digitale zorg niet alleen bepaald door ‘eigenschappen’ van de patiënt of de zorgvraag, maar ook de context (gezin/thuis, Is het zorg of een levensvraag?). Verdiepend en verklarend onderzoek naar de drijfveren van burgers binnen de context van de zorg is nodig om op basis van de juiste uitgangspunten te vernieuwen. ZIN publiceert hier meer over in het laatste kwartaal van 2023.

Kortom...

Burgers willen en kunnen het wel: data-gedreven onderzoek en open het gesprek aangaan met burgers tonen aan dat we als burgers genuanceerder zijn. We kiezen niet ‘voor of tegen digitale zorg’. Meer dan 9 op de 10 burgers wil zeker weten dat zij fysieke zorg kunnen krijgen als het moet. 7 op de 10 wil de eigen gezondheidsgegevens online kunnen raadplegen. 8 op de 10 geeft aan voldoende digivaardig te zijn. Ook blijken leeftijd, opleiding en geslacht geen goede voorspellers van de voorkeur voor hybride zorg. Het is iemands vertrouwen in instituties en of iemand behoefte heeft aan sociaal contact. Wantrouwen en eenzaamheid doen kiezen voor fysiek (Krouwel, Cardoso Ribeiro en Lopez Ortega, 2023). Dat roept de vraag op: is de zorg wel de beste oplossing van deze maatschappelijke opgaven? Meer doe-kennis hierover is nodig. Een suggestie zou kunnen zijn om de scope van de e-Health monitor te verbreden. Deze rapporteert nu kwantitatief en kwalitatief vanuit het perspectief van de zorgverleners.

2.2 Het verhaal van de innovator

De innovator journey

In opdracht van de ZorgZandBak beschreven De Bruggenbouwers de reis die innovators volgens hun eigen manier van werken maken: van idee tot implementatie. Zij geven aan dat innovators ‘horizontaal’ denken. Ze zien een uitdaging, hebben een idee hoe die op te lossen en gaan aan de slag. Onafhankelijk van welke wet die oplossing misschien onder valt, welke bestuurslaag erover gaat en waar eventueel financiering te halen is. Ze doen wat nodig is om hun oplossing dichterbij te brengen. Volgens De Bruggenbouwers is dat anders dan de systeempartijen. Zij werken meer ‘verticaal’ volgens de afbakening van dossiers, kolommen van organisaties en hiërarchisch. Uit interviews met innovators blijkt dat dit doorlopend botst. Daarbij hebben innovators de volgende vier botspunten *on top of mind*:

1. **Financiering** van de innovatie
2. **Richtlijnen en kwaliteitseisen** waar de innovatie aan moet voldoen
3. Welke **partijen** zijn van belang bij het tot stand brengen van een innovatie
4. Gevestigde **belangen** zitten vaak in de weg van vernieuwing



Er is niet één *innovators journey*. Elke reis verloopt anders, een innovatieproces is grillig. Vaak moet een innovator zijn innovatie bijstellen aan de hand van voortschrijdend inzicht bijvoorbeeld na feedback van beoogde afnemers, of veranderde omstandigheden, bijvoorbeeld de mogelijkheden voor financiering of technologische vooruitgang. Toch bestaat elk innovatieproces uit soortgelijke stappen. Innovatieprocessen kennen overwegend drie fasen: idee, ontwikkeling en implementatie.^{23 24}

Stap 1: Behoeftte en idee

Veel zorgvernieuwing ontstaat doordat iemand denkt “Kan dat nou niet anders”? Momenteel lijkt het systeem dergelijke ideeën alleen te vangen als ze bekend raken in een grotere context, maar dat betekent dat iemand dus al tijd en moeite heeft moeten steken in het groter maken van het idee. Maar ook dat innovators zelf vroeg in het innovatieproces nagaan of het idee wel aansluit bij de behoefte. Niet elk idee is een goed idee. In de huidige zorginnovatiecontext kunnen minder goede ideeën door het ontbreken van een vroegtijdige *reality check* te lang als *proof of concept* blijven voortbestaan.

Stap 2: Ontwikkeling en testen

De complexiteit, of in de ogen van de innovator ‘het woud’, neemt zienderogen toe in deze stap. Wat daarbij niet helpt is dat ‘het gesprek’ tussen innovator en systeempartijen niet open en makkelijk te voeren is. Gewoon bellen met een zorgautoriteit levert niet het gewenste effect op, namelijk een vraag kunnen stellen en daar eenduidig antwoord op krijgen. De daarvoor aangewezen loketten van systeempartijen zijn niet altijd bekend.

De zorgsector is bovendien geneigd alle innovaties door dezelfde ‘zorgbril’ te testen en beoordelen. Men is gewend aan een proces van beoordelen van medische ingrepen met zogenoemde Randomised Clinical Trials (RCTs) terwijl er vele andere manieren zijn van testen of een innovatie bijdraagt aan de doelen van passende zorg, zeker als die niet direct medisch is.

Stap 3: Implementatie en opschalen

Deze stap biedt de grootste kans voor innovaties en daarmee voor de zorg in Nederland. Maar grote impact betekent ook grote belangen van veel partijen. Het is daardoor haast onmogelijk om zonder sturende partij vooruit te komen. Hier past daarom een actieve rol van het ministerie en eventueel NZA en ZIN.

Exemplarische casussen in de ZZB

Het ZorgZandBak-team is met drie innovators de diepte in gegaan, namelijk:

1. Een exemplarische GGZ-casus: VIGO/Viviq met als voorbeeld GZ-plein
2. Een exemplarische casus in het sociaal domein: WOLK
3. Een exemplarische casus, waarbij recht en technologie centraal stond: Gezichtsherkenning

Voor de eerste twee cases was na fase 2 van de ZorgZandBak ook fase 3 nodig met *the whole system in the room*: meerdere directies van VWS, ZIN, de NZa, verzekeraars, innovators, zorgverleners, ACM, AP, Universiteit Twente en deskundigen vanuit de ZorgZandBak. De casus gezichtsherkenning is in samenwerking met AP en Universiteit Twente in fase 2 opgelost. De samenwerking met VIGO en WOLK en de Gemeente Den Haag heeft opgeleverd dat voorzorg en valpreventie primair in het sociaal domein van gemeenten moet worden opgelost en dat de systeempartijen hierin vanwege hun mandaat (Zvw en Wlz) en landelijke positionering binnen het VWS-concern geen rol kunnen vervullen,

²³ Raghu Garud, Philipp Tuertscher, en Andrew H. Van de Ven, "Perspectives on innovation processes," *The Academy of Management Annals*, 7 (2013): 775-819.

²⁴ Maxim Kotsemir, Alexander Abroskin, en Dirk Meissner, *Innovation Concepts and Typology – An Evolutionary Discussion (Moskou: Higher School of Economics, 2013)*, <https://ssrn.com/abstract=2221299> .

omdat het niet wenselijk is om de Zvw daarvoor te herzien of op te rekken. Daarbij speelde de vraag of bij het ondersteunen van de regie op de eigen gezondheid wel sprake is van zorg.

VIGO/Viviq – WWW.GZ-PLEIN.NL (status: VGZ financiert de pilot tijdelijk door, geen echte oplossing)

VIGO/Viviq heeft tot doel psychische kwetsbaarheid en psychische en psychiatrische stoornissen te voorkomen en te behandelen en daarmee de mentale weerbaarheid te versterken. Dit doet VIGO/Viviq door zoveel mogelijk gebruik te maken van digitale innovaties en een integrale aanpak. Hiervoor is een digitaal platform opgericht. De burger kan op het platform terecht met allerlei vragen over geestelijke gezondheid, zelfzorgmodules volgen, lotgenoten en ervaringsdeskundigen vinden en waarna een digitale intake kan plaatsvinden als adviesgesprek over een eventuele behandeling.

Daarmee heeft VIGO/Viviq een aantal eigenschappen die enerzijds heel erg goed passen bij ontwikkelingen in de richting van preventie en de juiste zorg op de juiste plek, maar óók eigenschappen die het juist lastig inpasbaar maken in het huidige stelsel. Het biedt hulp als ‘zorg’ (nog) niet aan de orde is, maar past door het digitale karakter ook niet goed binnen de gemeentelijk georganiseerde ‘welzijn’. Het beoogt de burger te versterken en te voorkomen dat geïndiceerde zorg nodig is. Dus minder zorg door passende ondersteuning te bieden, waardoor mensen in hun eigen omgeving zelf de regie kunnen voeren over hun mentale gezondheid en het dagelijks leven, al dan niet met (tijdelijke) voor- en zelfzorg.

In 2022 is er een werkgroep geformeerd met VIGO, behandelaar (inclusief verbinding met patiënten), een huisarts, VGZ, ZIN, de NZa, VWS en de ZorgZandBak als verbinder.

Er is een analyse gemaakt en er zijn vragen geformuleerd vanuit 3 perspectieven: kwaliteit (transitie van (na)zorg naar voorzorg), toegankelijkheid (transitie van onnodige barrières naar laagdrempelig en inclusief), betaalbaarheid (transitie van financiële last naar duurzame investering, hoe komen we tot een duurzame betaaltitel voor effectief bewezen voorzorg). Wat betekenen deze perspectieven voor preventie en voor de poortwachtersfunctie? Er is een verkenning uitgevoerd vanuit de vraag wat voorzorg exact inhoud, waar ruimte in de wetgeving is, wie de voorzorg kan betalen (betaaltitel) en waar mogelijke andere oplossingsrichtingen liggen.

Vigo wil zelfzorgmodules en adviesgesprekken aanbieden via het online platform GZ-plein aan personen die graag willen weten of zij meer zorg nodig hebben en waar zij dan eventueel terecht kunnen, inclusief eventuele doorverwijzing naar de huisarts of het sociaal domein.

Vigo zoekt ontwikkelgeld én een betaaltitel voor iets wat straks als ‘product of dienst’ ingekocht kan worden, maar er nu nog niet is. Een rondgang langs systeempartijen laat zien dat ‘het systeem’ nee zegt tegen deze vorm van voorzorg zonder indicatie.

Daarmee is het op dit moment niet mogelijk om via deze weg de cirkel te doorbreken. De samenvatting is dat ook de ZorgZandbak als lerende coalitie van systeempartijen vastloopt. De landelijke Zvw-context biedt geen oplossing, terwijl de lokale structuur van het sociaal domein (nog) geen regulier alternatief klaar heeft staan. De aangeboden voorzorg is online en niet geografisch gebonden aan een specifieke gemeente. De pilot kan niet regulier opschalen, maar slechts voortbestaan als pilot. Zolang de verzekeraar de pilot bekostigt als experiment. Het systeem zit ook vast. Niet alleen voor dit voorbeeld, maar dit geldt voor alle voorbeelden van voorzorg binnen de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) die per definitie van de wet buiten de Zvw vallen.

WWW.WOLKAIRBAG.COM (status: Gemeente Den Haag zet door)

WOLK is een heupairbag die gedragen wordt onder de kleding. De sensoren in de heupairbag monitoren iedere beweging en herkennen een val direct. Voordat de grond wordt geraakt, zal de linker of rechterzak vullen. Dan valt de persoon op het kussen, en het kussen dempt de klap. Het product kan een notificatie sturen naar organisatie of familie. Data van de val wordt geanalyseerd.

WOLK voorkomt letsel en draagt zo bij aan de kwaliteit van het leven. De heupairbag voorkomt dat zorg als gevolg van letsel noodzakelijk is. Op basis van verkregen data kan nog meer geleerd worden over vallen en valpreventie.

De bestaande ervaringen met WOLK wijzen op een positieve business case. Zowel bij intramurale toepassing²⁵ als extramuraal²⁶. Maakt dat WOLK ook tot ‘passende zorg’? En zo ja, in welke situatie? Hoe verhoudt de oplossing zich tot andere (val)preventieve maatregelen? En vanuit welke bron kan/moet vergoeding gebeuren?

Er is in meerdere bijeenkomsten in een kenniscoalitie²⁷ een dialoog gevoerd met bijna alle relevante partijen aan tafel. Met de volgende kernvragen:

- Hoe komen we tot domein-overschrijdende samenwerking tussen zorg en sociaal domein, zodat ingezette technologie (een Wolk heupairbag) de gebruiker kan volgen, i.p.v. de methode van financiering?
- Wat is de meerwaarde voor een individu en op langere termijn voor grote groepen ouderen van de Wolk in de context van valpreventie?

Dat heeft geresulteerd in het voorstel om in de Gemeente Den Haag een onderzoekend implementatieproject (actieonderzoek) in te richten op het gebied van val- en breukpreventie. En daar WOLK bij in te zetten.

Daarnaast zijn uiteenlopende lessen geleerd, met als belangrijkste dat het verkrijgen van een gedeelde kennispositie met betrokken partijen essentieel is om naar grote maatschappelijke problemen als vallen en breuken te kijken.

Gezichtsherkenning (status: opgelost)

Het bedrijf CompoSoftware ontwikkelde in samenwerking met de ouderenzorgorganisatie Sevagram een systeem gebaseerd op gezichtsherkenning dat waarschuwt wanneer een bewoner van een verzorgingstehuis gaat dwalen.

Vanaf het begin werd er rekening mee gehouden dat de privacywetgeving barrières op zou kunnen werpen. Daarom werd het systeem zo ontworpen dat het *stand-alone* kon functioneren en geen gegevens zou opslaan van toevallige passanten. Desondanks leverde de interpretatieruimte in *privacy*-wetgeving de nodige issues op.

Eerst werd het systeem AVG-proof verklaard, maar vervolgens kwam uit een tweede check naar voren dat het systeem toch niet voldeed aan de privacy-wetgeving. Dergelijke onzekerheid en het zoeken naar ‘wie gaat er eigenlijk over’ zijn zeker exemplarisch. Bovendien bleek dat de wetgeving nog niet goed overweg kan met de mogelijkheden die de techniek op dit moment biedt²⁸. Na grondige

²⁵ Naar aanleiding van de ervaringen met WOLK bij Tante Louise.

²⁶ Naar aanleiding van de ervaringen met WOLK in de gemeente Den Haag.

²⁷ De kenniscoalitie bestond uit: ervaringsdeskundigen, ouderenzorgorganisaties, kennisinstituten, zorgverzekeraars, de Gemeente Den Haag, innovators en systeempartijen VWS, ZIN en de NZa.

²⁸ Het systeem werkt op basis van *kenmerken* van gezichten. Die worden gebruikt voor identificatie. Er worden geen afbeeldingen worden gemaakt of bewaard.

juridische toetsing op aandringen en met ondersteuning vanuit de ZZB in samenwerking met de Autoriteit Persoonsgegevens (AP), werd duidelijk dat de aannames over de gebruikte gezichtsherkenningstechnologie onjuist waren en dat het de privacy toch niet schendt.

Kortom...

Het is zeer de vraag of innovators primair *guidance* nodig hebben: het veld vraagt om regie. Geen top-down verordeningen, maar eenduidige keuzes die richting geven. Nederland heeft als zorginnovatieland ervaren innovators. Zij vragen niet om *guidance* voor *start-ups* of *scale-ups*. Zij zijn zelf bereid om anderen *guidance* te bieden en hun kennis en ervaring te delen, ook als input voor heldere kaders (zie hieronder de 'mits'). Hier kunnen we nog beter faciliteren en benutten. Eenmaal op weg zien we ook dat zowel zorgaanbieders als leveranciers van innovaties, in Nederland vaak overlappend, hun *business case* niet rond krijgen. Niet door gebrek aan ervaring, maar door onduidelijkheid over de kaders waaraan zij moeten voldoen om het goed te doen. Het veld wil weten wanneer hybride zorg passend is en aan welke kaders hun innovaties moeten voldoen om Wkkgz-proof te zijn, wanneer de landelijke kaders van pakketbeheer gelden conform de Zvw en wanneer de kaders van het sociaal domein leidend zijn (zeker zolang deze nog in aanbouw zijn). Hun oproep: Zoveel (systeem-)partijen, zoveel kaders. Laten we doorpakken met de principes van passende zorg. Niet alleen praten, maar de verandering DOEN en lerend tot gedeelde normering en standaarden komen. Niet als pilot, maar als het nieuwe normaal dat voor iedereen die het nodig heeft van goede kwaliteit is, inclusief, toegankelijk, betaalbaar, AVG- en internationaal proof.

2.3 Het verhaal van de systeempartijen

Hardnekkig misverstand: Innoveren is iets anders dan 1-op-1 innovaties implementeren

'Het systeem' maakt nog steeds een knip tussen de zorg als 'wat er als zorg geleverd wordt' (doel) en 'hoe de zorg geleverd wordt' (middel). Ook bestaat overwegend het beeld dat digitaal innoveren hetzelfde is als het digitaliseren van de bestaande situatie. Hierdoor wordt digitaal gelijkgeschakeld aan het vervangen van fysieke zorg (mensen) met digitale innovaties (machines), terwijl het bewijs dat de digitale innovatie doet wat het moet doen in veel gevallen nog ontbreekt. Met deze overtuiging leidt digitalisering juist tot meer onzekerheid in plaats van het bieden van ondersteuning en het ontzorgen van de samenleving en de zorg. Hierdoor kan ICT niet doen waar het juist goed in is. Zeer wendbaar de hele situatie gestructureerd, stap-voor-stap, en structureel vernieuwen, waarbij een bewuste keuze mogelijk is voor wanneer activiteiten digitaal of juist fysiek moeten worden ingericht. Het gaat dan niet om fysiek of digitaal, maar hoe richt je een proces zo goed mogelijk hybride in: wat is mensenwerk, welke technologie past daar het beste bij en waar zit de gebruiker nou echt op te wachten als zorgprofessional (o.a. arts, verplegenden, manager) en als burger (o.a. gezond, patiënt, cliënt, mantelzorger).

De wil is er

Het besef, dat ook het systeem en de systeempartijen moeten mee-veranderen, is er. De wens om samen te werken aan de verandering ook. De keuze voor de ZorgZandBak als gedeelde leeromgeving om scherp te krijgen wat de verandering inhoudt en welke rol wie toebehoort, gaf hier concreet invulling aan. In de ZorgZandBak konden innovators de zorgautoriteiten als 1-overheid rechtstreeks benaderen met hun hulpvragen die concreet maken op welke manier zij last hebben van 'het systeem'. De gesprekken vonden bewust niet plaats in een regelvrije of experimentele omgeving. Ook verliepen de gesprekken niet volgens het gebruikelijke estafetteproces, waarbij vragen en antwoorden elkaar (schriftelijk) afwisselen. Deelname aan de ZorgZandbak leverde innovators geen subsidie op, maar de mogelijkheid om systeempartijen rechtstreeks (kritisch) te bevragen en concreet bewust te maken van waar hun kaders knellen en de vernieuwing van de zorg met data en technologie (onbedoeld of ongezien) in de weg zitten.

‘Halte ongemak’ is zeer ongemakkelijk

Op basis van een eerste analyse van het probleem en de dominante knelpunten per ingediende casus (zie deel 1, fase 1 van de ZorgZandBak), faciliteerde de ZorgZandBak het gesprek tussen systeempartijen, innovators en hun partners als innovatieve consortia in hun bestaande (voor-) zorgpraktijk.²⁹ Door de gesprekken in fase 2 en 3 van de ZorgZandBak werd duidelijk hoe belangrijk en ook hoe lastig het is om samen tot de definitie van het probleem en de gewenste, meest haalbare oplossingen te komen. Juist de interactie ‘ter plekke’ aan de hand van actuele voorbeelden met alle aannames ‘op tafel’, maakte het voor iedereen mogelijk om elkaar te bevragen vanuit de eigen wettelijke taken en mandaat. Soms als *the whole system in the room* en soms juist ‘in eigen kring’ als 1-overheid of juist binnen het innovatieve consortium van innovator, zorgverlener en zorgverzekeraar onder begeleiding van het ZZB-team.

Met de ZorgZandBak maakten de zorgautoriteiten in samenwerking met hun ministerie een gezamenlijke ‘halte ongemak’ als katalysator voor verandering. Dit bleek vooral voor de reguliere organisatie niet makkelijk. Innoveren of meedenken over innoveren wordt ervaren als extra inzet, bovenop de reguliere taken. Het levert gedoe op als het beeld ontstaat dat de bestaande manieren van werken ter discussie worden gesteld. Hier bleek geen ruimte voor te zijn. De ZorgZandBak-gesprekken kwamen daarom niet altijd op gang, verliepen soms moeizaam of werden zelfs last minute afgezegd. Daarbij golden als afzegredenen: ‘Dat past niet in onze reguliere taken, daar gaan we niet over’ of ‘Dat is niet nodig, dat doen we al’ en ‘Laten we niet dingen dubbel doen’. Allemaal verstandige redenen, maar zodra het gesprek wel op gang kwam, bleken aannames niet te kloppen, wisten betrokkenen elkaar niet de juiste vragen te stellen (lees ook: de vragen aan elkaar op een manier te stellen dat de ander er iets mee kon). Ook bleken exemplarische oplossingsrichtingen helemaal niet voor de hand te liggen. Bleek het veranderen van bestaande kaders niet bespreekbaar en de verleiding groot om vraagstukken op maat aan te pakken. Exemplarische oplossingen zijn niet voor handen.

Dezelfde opgave, een andere taak

Systeempartijen vinden elkaar niet altijd in de manier waarop ze faciliteren of reguleren. De NZa is welwillend in het mogelijk maken van experimenteerruimte en daarmee met het scheppen van (tijdelijke) bekostiging van vernieuwing. IGG houdt toezicht op bestaande kaders. ZIN laat vanuit de reguliere taakuitoefening primair de keuze voor digitaal over aan zorgverleners en hun verzekeraars. Niet alle benoemde knelpunten vallen binnen de wettelijke taken van de autoriteiten in de zorg. Denk daarbij ook aan de taken van ACM en AP. Als innovators vastlopen, dan blijkt het gesprek over de verschillen in kennis, ervaring, veronderstellingen, overtuigingen en voorkeuren niet altijd goed met elkaar gevoerd. Domein-overstijgende zorgen, kansen en mogelijkheden komen niet vanzelf bij elkaar. Eerder bespraken we al de casus van gezichtsherkenning (zie paragraaf 2.2). Onder de streep volgt dan: nee, dat kan niet.

Perspectieven verschillen en komen niet vanzelf samen

Het werken in de ZorgZandBak brengt inzicht in de verschillen en de consequenties daarvan:

- Er is een verschil in de beleving van tijd van een innovator en van een systeempartij. Waar drie maanden kort is voor een systeempartij, is dit lang voor een innovator. Dit heet ook wel *temporal complexity*: bij innovatie hebben actoren een verschillende tijdsbeleving en dit bemoeilijkt het innovatieproces. Het verklaart mogelijkserwijs ook de behoefte van innovators om minder te praten en meer te doen.
- Als een zorgaanbieder contact heeft met een systeempartij, dan levert dat al snel het beeld op dat er is afgestemd met ‘de overheid’, terwijl de betreffende systeempartij de eigen rol beschouwt als onafhankelijk van andere systeempartijen. Sterker nog: systeempartijen functioneren van binnen

²⁹ Innovatieve consortia bestaan vaak uit een (keten van) zorgaanbieder(s), een leverancier van de innovatie met informatietechnologie, betrokken verzekeraar(s) en/of 1 of meer gemeenten of een regio als financier in het kader van hun innovatiebeleid.

ook niet altijd als één samenhangende organisatie. Elke afdeling heeft immers een eigen rol en verantwoordelijkheid.

- Innovators zijn actiegericht, ze willen ‘gas geven’, dingen proberen en gaandeweg uitvinden wat werkt. Systeempartijen moeten willekeur tegengaan, gelijke behandeling waarborgen en kwaliteit/financiering bewaken. Dat vraagt om een zorgvuldige afweging van opties alvorens te handelen.
- Innovaties vragen geduld van het systeem, omdat het even duurt voordat bewijslast geboden kan worden. Ondertussen is er óók behoefte aan flexibiliteit qua regelgeving en financiële hulp. Vanuit het perspectief van het systeem stapelt zich daarmee onzekerheid op onzekerheid.
- Tegelijkertijd worden innovaties niet gelanceerd in de normale praktijk. Het blijven pilots, waardoor het digitale karakter van de innovatie niet optimaal benut kan worden en tegelijkertijd het bewijs niet goed verzameld kan worden. Bijvoorbeeld: *Pilots* worden regionaal gefinancierd en dus exclusief in de regio van de financier aangeboden, terwijl het aanbod *digitally born* is en online per definitie landelijk beschikbaar kan worden gesteld. Of, er is geen landelijke informatie toegankelijk om de eigen regionale uitkomsten mee te vergelijken, omdat de pilot regionaal is opgezet.

Focus op anders organiseren, minder op technologie

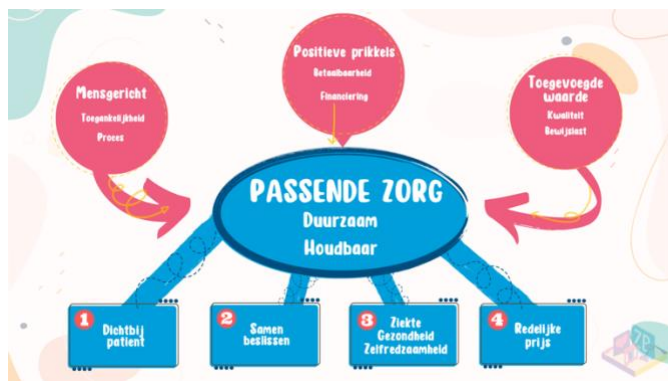
Mensgerichte zorg vraagt om het echt anders organiseren van de zorg. Om ook bij te dragen aan passende zorg is vooral meer aandacht nodig voor procesinnovatie. Het echt anders organiseren van de zorg, waarbij de technologie mensen versterkt en de zorg ontlast. Dat vraagt niet primair de focus op technologie. Het gaat vooral om het echt anders organiseren van de zorg, waarbij technologie mensen kan versterken en de zorg kan ontlasten. Die andere focus maakt ook dat knelpunten anders worden.

Met frisse en zachte ogen kijken

Innovatie in de zorg is complex. Het stelsel waarbinnen dat moet gebeuren is met zorgvuldigheid en een oprechte afweging van belangen ontstaan. Daarbij past de erkenning dat het vinden van oplossingen voor knelpunten echt ingewikkeld kan zijn. Niet uit onwil, maar juist omdat het zo van belang is om oog te hebben voor alle belangen. Dat vraagt erom elkaar steeds begripvol te benaderen en de complexiteit te erkennen. Dus met zachte ogen. Maar ook met een frisse blik. Werken vanuit een gemeenschappelijke visie helpt daarbij om met verschillende belangen toch dezelfde in één richting te werken.

De meetlat: passende zorg

Passende zorg is waardegedreven, komt samen met en rondom de patiënt tot stand, vindt plaats op de juiste plek en gaat over gezondheid in plaats van ziekte. Om de groeiende zorgvraag te kunnen opvangen, moet deze passen binnen de beschikbare mensen en middelen. Passende zorg is daarmee ook arbeidsbesparende zorg³⁰. Passende zorg vergt (digitale en technologische) innovaties die bijdragen aan de maatschappelijke missie om zorg mensgericht, houdbaar en duurzaam te maken.



Passende zorg biedt een samenhangend kader om de zorg toekomstbestendig te maken, op basis van vier principes:

- Passende zorg is waardegedreven (dat betekent dat zorg op de eerste plaats effectief is, voldoet aan de stand van wetenschap & praktijk en meerwaarde heeft voor de patiënt, met daarnaast een doelmatige inzet van mensen, middelen en materialen).

³⁰ Integraal Zorgakkoord 2022, pagina 9.

- Passende zorg komt samen met en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand, ondersteund door informatie passend bij de vaardigheden van de patiënt.
- Passende zorg is de Juiste Zorg op de Juiste Plek.
- Passende zorg gaat over gezondheid in plaats van over ziekte.

Alle vier de principes verwijzen impliciet naar de noodzaak van digitale zorg. In dat kader is het tevens zorgelijk dat bestaande programma's die juist bedoeld zijn om nog niet bewezen innovatieve zorg en de onderling versterkende mogelijkheden te bevorderen, in het bijzonder in het geval van Oranjezorg en Veelbelovende Zorg, ook tegen grenzen aanlopen.³¹

Veelbelovende Zorg (ZIN, VWS)	Oranje Zorg (ZEGG ³² , VWS)
<ul style="list-style-type: none"> • High end technologie 	<ul style="list-style-type: none"> • Innovatieve zorg waarbij de stand van wetenschap en praktijk nog niet bewezen is
<ul style="list-style-type: none"> • Focus ligt op dure zorg 	<ul style="list-style-type: none"> • Gericht op het faciliteren van de verschuiving van 1^{ste} naar 2^{de} lijnszorg
<ul style="list-style-type: none"> • Veiligheid en effectiviteit zijn nog niet bewezen • Kansen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hoewel formeel de scope breder is, in de praktijk bakent het programma de focus af op Medische Technologie, incl. MDR en IVDR (MedTech), niet gericht op digitale zorg op afstand of thuis en innovatie van zorgproces (bijvoorbeeld Beter Dichtbij, Digital Therapeutics/DIGAS, Luscii App's, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Kansen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Inzetten voor preventie van duurdere zorg (bijvoorbeeld zoals Fysio in een bundel wel preventieve verzekerde zorg is) ○ Ook richten op procesinnovatie voor domein-overstijgend samenwerken over de schotten heen van de Zvw, WLZ en Sociaal Domein

Kortom...

Systeempartijen zien de noodzaak om mee te veranderen, maar ook zij begeven zich op ongekend terrein. Het belang van *digital first* schrikt niet meer af (lees ook: zolang dat geen *digital only* betekent). In alle zorgakkoorden zeggen we 'ja, mits' tegen hybride zorg. De 'mits', of te wel de condities en het tempo om goed en verantwoord in te zetten op veranderen van de zorg met digitaal, blijft echter een groot vraagteken. Met de principes van passende zorg zijn stappen gezet. Deze worden verder concreet gemaakt met de zorgakkoorden. In de tussentijd kan bestaand instrumentarium met enig *tweaken* nu al beter benut worden. Ook kan de innovatieklem verlicht worden door niet alle innovaties langs dezelfde lat te leggen. Stel de vraag: is er sprake van digitale medische innovatie en geldt onverkort de stand van wetenschap en praktijk? Of is er geen sprake van zorg, maar betreft het procesinnovatie die burgers en zorgverleners ondersteunt bij het organiseren en voorkomen van zorg? Aan welke standaarden moet dan voldaan worden?

³¹ Dit geldt ook voor de Horizonscan MedTech die in beeld brengt welke medische technologieën in de komende 2 jaar impactvol zullen zijn: <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/toekomstbestendig-pakketbeheer/horizonscan-medtech>

³² <https://zorgevaluatiegepastgebruik.nl/wat-we-doen/systeeminbedding/oranje-zorg/>

Deel 3 Conclusies en aanbevelingen: een ‘halte ongemak’ is nodig

Het ongemak dat goede voorbeelden van (passende) zorg met de inzet van informatietechnologie niet landelijk en niet voor iedereen die het nodig heeft beschikbaar zijn, was aanleiding voor de ZorgZandBak. Aangevuld met het besef dat het wegnemen van de knelpunten taai en *quick fixes* niet bestaan. Wat de ZorgZandBak heeft gedaan en opgeleverd is in de vorige twee delen van dit rapport beschreven. In dit afsluitende deel staan we stil bij de lessen. Deze geven we vanuit de ZorgZandBak graag mee als input voor de implementatie van de zorgakkoorden en de realisatie van passende zorg.

3.1 Conclusies

1. We zitten in een ‘innovatieklem’

We weten al langere tijd dat de opgave groot is, het wegnemen van de knelpunten taai en *quick fixes* niet bestaan. Ook de Coronapandemie lijkt geen ‘AED’ te zijn voor blijvende verandering van de zorg met informatietechnologie. De zorg voor onze gezondheid blijft steken in de innovatieklem: de digitale transformatie van de zorg zet niet door, omdat we niet weten of innovaties werken en dat zullen we ook niet weten als we niet innoveren. En dat terwijl digitaal in noodsituaties nu al de enige optie is. Hoewel urgentie en hoop op de kansen van hybride zorg steeds hoger op de politieke agenda staan, stappelen de exemplarische knelpunten zich binnen de bestaande kaders van het stelsel steeds verder op.

2. De volgende stap is nodig: een beetje innoveren bestaat niet!

De houdbaarheid van de zorg blijft ook met de rijkdom aan zorginnovaties een taai vraagstuk. De WRR signaleert dat de Nederlandse zorg langs drie lijnen dreigt vast te lopen: financieel, personeel en maatschappelijk (WRR, 2021). RVS blijft waarschuwen dat in het kader van het zorginnovatiebeleid talloze initiatieven, subsidieregelingen, programma’s en samenwerkingen ontstaan die zich richten op het stimuleren en faciliteren van (digitale) innovaties in de zorg en een meer houdbare zorg, maar “(..) *Al met al lijkt het in de huidige beleidsstrategie belangrijker dat je innoveert dan waar je heen innoveert en blijft innoveren in de praktijk vooral nog iets van innovators of ‘koplopers’*” (RVS, 2017, 2020-2022, De kunst van het innoveren; Tijd voor een maatschappelijk perspectief op zorginnovatie, p. 39). In 2021 bliezen RIVM, Nivel en National eHealth Living Lab (NeLL) de e-Health Monitor nieuw leven in. In hun eerste monitor nieuwe stijl constateren zij: *‘Enerzijds groeit zorginnovatie en neemt het een steeds grotere plek in binnen het zorgveld. Anderzijds wordt er bij het inzetten van digitale zorg tegen een breed scala aan barrières aangelopen’* (e-Health monitor 2021, p. 4).

Met deze signalen en de lessen van meer dan 10 jaar zorginnovatiebeleid is de noodzaak ontstaan om fundamenteel te veranderen, de zorg voor onze gezondheid opnieuw te ontwerpen met het gebruik van alle innovaties (digitale transformatie) in plaats van dezelfde dingen te doen, maar dan digitaal (i.e. digitalisering: e-consult, beeldbellen, e-afspraak, e-recept, e-factoring, etc.). Het veld, koepels, innovators, burgers, adviesraden vragen om proactieve overheidsregie die gericht is op het realiseren van (zicht op) de samenhang tussen bestaande en nieuwe initiatieven en meer gelijke gerichtheid van acties. Daarbij signaleert de ZorgZandBak het volgende:

- Innovators willen helderheid over wanneer hij of zij het goed doet (#hoedan);
- Burgers willen bewust kunnen kiezen voor fysiek of wanneer liever digitaal (#ja/nee);
- Systeempartijen zeggen ja tegen hybride zorg, maar zijn zoekenden naar de generieke voorwaarden voor een passende wijze, waarop (een combinatie van) digitaal en fysiek goed en verantwoord kan worden ingezet (#ja, mits).

3. Verkeerde aannames lijken leidend, meer doe-kennis is nodig:

Na twee jaar ZorgZandBak is duidelijk dat de uitgangspunten, waarmee ZIN, de NZa in opdracht van VWS in het kader van het zorginnovatiebeleid aan de slag ging, zeker goed bedoeld waren, maar niet (meer) juist. We noemen er een paar.

Digitale zorg in bestaande standaarden en richtlijnen

De aanname was dat bestaande standaarden en richtlijnen geen inzicht bieden in goed en verantwoord gebruik van digitale zorg. Verondersteld werd dat het gedateerde kaders zijn die geen rekening hebben gehouden met digitalisering en het gebruik van digitale zorg. De doorlichting van de kwaliteitsstandaarden van ZIN, de richtlijnen van FMS en NHG laten zien dat het veld al langere tijd wel oog heeft voor digitaal. Hoe digitale zorg vervolgens concreet moet worden ingezet, blijft vaak wel een vraagteken. In dat kader wordt er vanuit de Patiëntenfederatie gewerkt aan de generieke module digitale zorg. Deze wordt in 2024 verwacht. Ook doen een zestal projecten onder begeleiding van ZIN en ZonMw onderzoek naar condities voor goed en verantwoord gebruik van digitale zorg op basis van de ervaringen tijdens de coronapandemie. Voor de noodzakelijke interoperabiliteit en uitwisseling van gegevens, biedt de Wet Elektronische Gegevensuitwisseling in de Zorg uitkomst.

Geen 'staatssteun' en guidance, maar innovators 'steun de staat' bij het opstellen van kaders

De afgelopen jaren is door de overheid met groot succes een impuls gegeven aan de ontwikkeling van nieuwe innovaties in de zorg. Het aanbod van digitale zorginnovaties is groot door het verstrekken van subsidies aan *start-ups*, maar ook door het afgeven van betaaltitels en mogelijk maken van pilots en andere vormen van experimenteerruimte. In het verlengde hiervan gold als uitgangspunt voor de ZorgZandBak: de systeempartijen moeten aan de slag met de exemplarische knelpunten die de opschaling van digitale zorg in de weg staan. Zij zijn de oplossing en bieden innovatieve zorgaanbieders *guidance* bij het uitvoeren van de kaders. Maar het blijkt eerder omgekeerd: er is niet meer 'staatssteun' nodig, maar eerder meer 'steun de staat'. Steun van innovators en burgers aan systeempartijen bij het opstellen van eenduidige, uitvoerbare kaders voor goed en verantwoord gebruik van digitale zorg als passende hybride zorg. Deze kaders beantwoorden vragen als: hoe ziet passende zorg *digital-by-design* er uit?; waar moet het aan voldoen conform de principes van passende zorg?; op welke manier kan het vervolgens structureel bekostigd worden?; enzovoort (zie bijlage 4.5)

4. Pilots: van gouden kooi naar escape room

Innovators worden in Nederland in de *start-up modus* gehouden. Zij gaan van pilot naar pilot, maar ondertussen zijn het beproefde instellingen die soms al 20 jaar laten zien hoe het ook kan. Digitalisering van de zorg wordt betiteld als 'haastige spoed is zelden goed'. Dit frame klopt niet. De reguliere bekostiging van digitale zorg als goede (verzekerde) zorg blijft achter. Geen *start-ups*, maar *fieldlabs* voor *scale-ups*. Geen nieuwe impulsen, maar goede voorbeelden regulier inzetten, monitoren en waar nodig ondersteunen. Programma's als 'Veelbelovende zorg' en 'Oranjezorg' lijken een te smalle scope te hebben om op grotere schaal de verandering een duw in de goede richting te geven.

5. Innovatie in de zorg is vaak procesinnovatie en niet altijd met de inzet van medische technologie

Innovatie in de zorg kent vele verschillende gedaanten. Het onderscheiden van de technische innovaties, procesinnovaties en sociale innovaties lijkt behulpzaam in het vinden van oplossingen. Meer focus op procesinnovatie geeft mogelijkheden om de speelruimte binnen het huidige stelsel maximaal te benutten. Er lijkt nu sprake van onderbenutting doordat er initieel teveel wordt gericht op toetsing van de (technische) productinnovatie. Het ontwikkelen en inzetten een nieuw diagnostisch apparaat is iets anders dan het zorgproces anders vormgeven door inzet van bijvoorbeeld beeldbellen en meer.

6. De dialoog als belangrijkste instrument voor de vernieuwing van de zorg voor gezondheid

- Zoeken naar de niet gevoerde gesprekken (de sleutelvragen, zie bijlage 4.5 en Annex J)
- Verschil in perspectief is leerzaam
- De noodzaak van rechtstreeks het gezamenlijke gesprek tussen systeempartijen en innovators
- Maak ‘hete aardappels’ bespreekbaar, ook de meest moeilijke zaken
- Echte dialoog en echt contact
- De netwerken die zijn ontstaan, zijn wellicht meest de waardevolle uitkomst!
- Begin bij de burger en de zorgprofessional en betrek zorginnovators erbij. Creëer nieuwe vormen van samenwerken.
- Halte ongemak: doel moet zijn de uitdagingen tegen te komen, niet om ze te kunnen ontwijken. Te lang hebben de hulpvragen van innovators die politiek-bestuurlijk van aard zijn en benoemen hoe zij vastlopen in het zorgstelsel kunnen dwalen. Elke vraag is behandeld als een incident. N=1. De hulpvragen van zorgaanbieder en innovators zijn politiek en exemplarisch. Zorgvernieuwing kan alleen blijvend zijn als de exemplarische knelpunten benoemd kunnen worden en weggenomen. Daar is een verbinding voor nodig om van elkaar te horen en leren hoe het systeem, de samenleving, de zorg en innovators elkaar moeten versterken.

7. Goede voorbeelden van passende zorg lopen ook met de ZorgZandBak vast

De opdracht van de ZorgZandBak was om knelpunten weg te nemen en exemplarische oplossing te vinden, ook als dat betekent dat bestaande kaders, wetten, verdeling van taken, instrumentarium moeten worden aangepast. De bedoeling was om deze oplossingen zoveel mogelijk te baseren op beproefde oplossingen door af te kijken bij goede voorbeelden, in de regio en internationaal. De ZorgZandBak heeft een gedeelde werkwijze gemaakt om de knelpunten, die de landelijke (innovatieve) inzet van digitale zorg als integraal onderdeel van goede (verzekerde) zorg in de weg staan, te identificeren en weg te nemen door het gesprek te organiseren tussen systeem, zorgverleners, financiers en maatschappij en samen aan concrete oplossingen uit te werken. Met als beoogd resultaat dat geleerde lessen als onderdeel van de normale werkzaamheden worden omgezet in systemische aanpassingen die het ontwikkelen, implementeren en schalen van innovaties ondersteunen.

Dat heeft misschien niet geleid tot de gehoopte doorbraken die de opschaling van digitale zorg ineens in een enorme versnelling zouden brengen. Daarmee heeft de ZorgZandBak wellicht minder bereikt dan gehoopt: de landelijke opschaling van tenminste twee van de drie exemplarische voorbeelden van digitale zorg is vooralsnog mislukt. Anderzijds is volgens de betrokken innovators meer bereikt dan vooraf gedacht. Innovators, systeempartijen en burgers snappen veel beter wat er bij elkaar speelt en wat het vraagt om zorginnovaties tot een succes te maken. Het heeft wel geleid tot – bij alle betrokkenen – veel meer inzicht en begrip over waar innovaties tegenaan lopen en waarom dat zo is. Ze hebben *geleerd* van elkaars successen en mislukkingen: *‘Wie wil innoveren, moet risico’s nemen. En wie risico’s neemt, loopt de kans om te falen’*. Juist het durven leren en delen van gefaalde pogingen, bleek voor alle betrokkene van waarde.

8. Uitkomsten van de ZorgZandBak als input voor de Zorgakkoorden en passende hybride zorg

Op 16 september 2022 is het Integraal Zorgakkoord (IZA) door de ministers Kuipers (VWS) en Helder (Langdurige Zorg en Sport) en staatssecretaris Van Ooijen (VWS) aangeboden aan de Tweede Kamer. Het is getiteld 'Samen werken aan gezonde zorg' en heeft als doel de zorg voor de toekomst goed, toegankelijk en betaalbaar te houden.

In het IZA wordt expliciet vastgesteld dat passende zorg onder andere bereikt moet worden door *“(digitale en technologische) innovaties die bijdragen aan de maatschappelijke missie om zorg mensgericht, houdbaar en duurzaam te maken”* (pag. 9). In de ‘Visie op het zorginformatiestelsel’ (VWS; nov. 2022) wordt inmiddels gesproken over passende *hybride* zorg.

Hoewel een concrete uitwerking van het Integraal Zorgakkoord (IZA) voor innovators ontbreekt, biedt IZA wel enkele handvatten voor innovators om verder te komen. Zo vormen verschillende partijen per zorgkantorregio regiobeelden en regioplannen waarin duidelijk wordt welke doelgroepen prioriteit hebben en wat de gezondheidsuitdagingen zijn in de specifieke regio (blz. 13, 43). Het is belangrijk dat een innovator deze regiobeelden inziet om een beter beeld te krijgen van de behoefte van (toekomstige) gebruikers. Bovendien biedt het IZA verschillende criteria waaraan zorg in de toekomst en dus innovatie moet voldoen (zie 'Criteria'). Het meenemen van deze criteria zal de innovatie verder brengen.

Vanuit de ZorgZandBak dragen wij hier graag aan bij met de volgende aanbevelingen.

3.2 Aanbevelingen

Met Programma Digitale Zorg, de lerende ZorgZandBak en het samen bouwen aan Passende Zorg, dringt het besef gestaag door dat de fundamentele verandering waaraan de principes van passende zorg richting geven, ook een bijpassend samenspel vraagt (Putters, 2021 en 2022). We hebben nieuwe manieren nodig om de onderlinge samenwerking met relevante partners in de samenleving en markt te normaliseren. Geen praat-tafels, maar doe-tafels in de praktijk met de bedoeling om lerend met elkaar stappen te zetten. Of zoals de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) dat verwoordt: 'lerende ecosystemen' (Van Meeteren, 2020-2022 en RVS, 2020-2022). Een nog beter samenspel tussen zorg en gezondheid, voor en met de (informatie)samenleving, zorgprofessionals, innovators, zorgverzekeraars en systeempartijen op alle bestuurslagen, inclusief Europa. Geen consensus als doel, maar een gedeelde 'mits' en een concrete aanpak waarmee we elkaar voorbij de innovatieklem in stelling brengen. De mate van ongemak die ontstaat wanneer betrokkenen hun aandeel zien in de opgave en daardoor aan de slag gaan, is dan wat ons betreft een positieve voorspeller van echte verandering.

In dat kader doen we in ieder geval de volgende aanbevelingen:

1. *Passende zorg is hybride zorg*

De informatiesamenleving is een feit. Ook als de zorg zelf niet verandert, zet de verandering door. De zorg goed en verantwoord vernieuwen met informatietechnologie is meer dan een tijdelijke doelmatigheids-fix of het beetje-bij-beetje digitaal maken van wat er al is.³³ Het gaat niet om de implementatie van losse innovaties. Het gaat om vernieuwing van de zorg om de principes van passende zorg te realiseren dankzij alle digitale innovaties en de bewuste keuze voor wanneer fysieke en wanneer digitale zorg nodig is, met andere woorden: hybride zorg.

2. *Bestaande kaders vernieuwen is nodig, er is geen verdienmodel voor structurele zorgvernieuwing*

Stelselhouder en zorgautoriteiten moeten kaders maken mét in plaats van vóór innovators. Zij weten het beter. Niet in beton gegoten, maar lerend, in de reguliere praktijk: lokaal, regionaal en vooral ook landelijk, want online laat zich niet geografisch vangen. Werk samen aan eenduidige afspraken over goed en verantwoord gebruik van digitale toepassingen voor passende zorg. Maak onderscheid tussen medische innovaties en procesinnovaties. 'Gelijke monniken, gelijke kappen' langs de RCT-lat is geen eerlijk principe en houdt de innovatieklem in stand.³⁴ De oproep van zorginnovators is duidelijk: *'Zoveel (systeem-)partijen, zoveel (ontbrekende) kaders. Laten we doorpakken met de principes van passende zorg. Niet alleen praten, maar veranderen door al doende en lerende te komen tot gedeelde normering en standaarden, omdat eenduidigheid nog ontbreekt. En dan niet als pilot, maar als het nieuwe normaal, voor iedereen die het nodig heeft en van goede kwaliteit, inclusief, toegankelijk, betaalbaar, AVG-proof³⁵ en internationaal inzetbaar'*.

³³ Mazzucato, M. 2020, 2021 e.v. en Jan Rotmans, *Verandering van tijdperk*, 2014 en *Omarm de chaos*, 2022.

³⁴ RCT: Randomized Clinical Trail.

³⁵ Algemene verordening gegevensbescherming.

3. *Doe! Richt regulier een lerend ecosysteem in met systeem, zorgvernieuwers, burgers*
Systeemverantwoordelijkheid betekent vinger aan de pols houden, mee-veranderen en waar nodig regie voeren. Leren en reguleren vanuit de goede voorbeelden in de praktijk als versneller van de juiste vernieuwing. Dat is een grote uitdaging. Niet alleen technisch, maar nog veel meer vanwege botsende en permanent herijkende maatschappelijke en professionele normen en waarden. Maak geen papieren tijgers. Open regulier één loket met politiek-bestuurlijk mandaat, waar exemplarische hulpvragen in ontvangst worden genomen. Niet bedoeld voor een vrijblijvende uitwisseling van goede voorbeelden, maar om knelpunten én oplossingen vanuit de actuele praktijk direct te kunnen agenderen aan de doe-tafels, waar ook burgers een gelijkwaardige stem hebben als uitvoerders van passende zorg: voorzorg, zelfzorg, mantelzorg. Zo maak je een permanente verbinding en leerloop tussen politiek-bestuurlijke besluitvorming en de dagelijkse praktijk. Dit is nodig omdat de urgentie, complexiteit en tegelijkertijd de handelingsverlegenheid groot is. Juist bij de systeempartijen.

3.3 Tot slot

Versterk burgers en zorgprofessionals als innovator en gebruikers van digitale zorginnovaties. Het zijn de verplegenden en verzorgenden die vooroplopen in de verandering naar passende hybride zorg.³⁶ Systeempartijen, IZA-partijen en anderen, werk samen en breng elkaar in stelling. Wie het kan, moet het doen en de ander in zijn taak versterken. De innovatieklem is ook te verlichten door innovaties langs de juiste lat te leggen. Stel de vraag: is er sprake van digitale medische innovatie en geldt onverkort de ‘stand van wetenschap en praktijk’ (*digital-minded-by-design*)? Of is er geen sprake van zorg, maar van een procesinnovatie die burgers en zorgverleners ondersteunt bij het organiseren en voorkomen van zorg? Onder welke voorwaarden kunnen deze worden ingezet en lerend leiden tot gedeelde standaarden?

We sluiten af met de woorden waarmee het allemaal begon: *“Toch ook wel met het ongemakkelijke gevoel, doen we nu het maximale, maximale, ma-xi-ma-le om ook van deze afschuwelijke crisis tenminste nog een kans te maken dat we nu ma-xi-maal gaan bewegen op opschalen van digitale zorg, zodat we als we een halfjaar tot een jaar terugkijken een hele hoop ellende met elkaar hebben meegemaakt, maar tenminste ook kunnen zeggen: We hebben er ook nog iets goeds uitgehaald. We hebben de Nederlandse zorg definitief in de digitale eeuw gebracht”*.³⁷

Heel veel dank aan iedereen die zich met enthousiasme, kennis, ervaring, prikkelend ongeduld, ongemak en vooral maatschappelijke betrokkenheid heeft ingezet. In het bijzonder alle innovators, juist ook in de ZorgZandBak. De volgende stap naar verandering met informatietechnologie is nodig. Niet tijdelijk, verkennend, maar *out-of-the-(sand)box*. Lerend doen in de dagelijkse praktijk. Met burgers, innovators, systeem en wie daarvoor nodig is, samen!

³⁶ *e-Health Monitor*, 2022.

³⁷ Citaat van Erik Gerritsen als secretaris-generaal van VWS tijdens het online event ‘ZorgZandbak Kick Off Event 2020’ op 8 december 2020.

Deel 4 Bijlagen

4.1 Overzicht beschikbare deelstudies³⁸

Annex	Bron	Beschikbaarheid
A	Rode draadvraagstukken Digitale Zorg (uitgebreide presentatie)	Bijgesloten als Pdf
B	Kieskompas (2021)	Bijgesloten als Pdf
C	Kieskompas (2022)	Bijgesloten als Pdf
D	Datavisualisaties o.b.v. inhoud en data van Kieskompas 2021 en 2022	Bijgesloten als Pdf
E	Subsidie-aanvraag Patientenfederatie, FMS, NHG e.a. voor de ontwikkeling van de Generieke Module Digitale Zorg (2021-2024)	Op aanvraag
F	Rapport Brugwerk	Op aanvraag
G	Verslagen bijeenkomsten Innovators Community van de ZorgZandBak i.s.m. NFluence	Op aanvraag
H	Verslagen Burgerberaden i.s.m. De Bouwmeesters	Op aanvraag
I	Rapport	Op aanvraag
J	Uitgebreide rapportage doorlichting van kwaliteitsstandaarden, richtlijnen e.d. op digitale zorg	Op aanvraag

³⁸ Annexen zijn als pdf apart beschikbaar of op aanvraag beschikbaar.

4.2 Betrokkenen bij de ZorgZandBak

In opdracht van:

- Marcelis Boereboom, Ministerie van VWS, Secretaris-Generaal, vanaf september 2021
- Erik Gerritsen, Ministerie van VWS, Secretaris-Generaal, tot september 2021
- Gelle Klein Ikkink, Ministerie van VWS, Programmadirecteur I&Z
- Nienke Zwennes, Ministerie van VWS, Programmadirectie I&Z, Accounthouder ZIN

Leden van de ZorgZandbak 2020-2022:

- | | |
|---|--|
| • Teresa Cardoso Ribeiro, Zorginstituut Nederland (Programma-manager) | • Theo Hooghiemstra, H+P |
| • Dennis Koster, Zorginstituut Nederland (Programma-secretaris) | • Marlies van Eck, H+P |
| • Kees Luykx, Zorginstituut Nederland (Data-scientist) | • Helen Hukshorn, H+P |
| • Anthony Heil, NZa | • Renée Dekker, H+P |
| • Willemien Alting, NZa | • Jurjan Huisman, Digital Innovation Lab |
| • Lea Bouwmeester, Bureau De Bouwmeesters | • André Krouwel, Kieskompas en VU |
| • Paul Iske, Instituut voor Briljante Mislukkingen | • Arjan Widlak, Kafkabrigade |
| • Bas Ruysenaars, KeuzeArchitecten | • Daniel Mogendorff, BeBright |
| • Jeroen van Ginneken, Aidvisor | • Tim Masselink, NFluence |
| | • Blanche Voorneman, NFluence |
| | • Jaap Romme, De Bruggenbouwers |
| | • Tim Murck, Flavour |

Innovators Community

- Er zijn er altijd een paar de eerste: Jolande Tjihuis, Godfried Bogaerts, Sander Bijl, Leonard Witkamp, Bas van Nispen, Maarten van Rixtel, Tonco Wedda, Theo Breuers, Daan Dohmen, Tijs Stehmann en meer (zie ook bijlage 4.3).

Met speciale dank aan:

- | | |
|--|---|
| • Tiana van Grinsven, ZIN | • Jolande Tjihuis, Voorzitter RvB VIGO |
| • Harm Lieverdink, NZa | • Fieke van Casteren, Directeur VIGO |
| • Chris Flim, VWS, Programmadirectie I&Z | • Batian Nieuwerth, Bestuurder GZ-Punt |
| • Johan Krijgsman, IGJ | • Inge Poels, Directeur VIVIQ/GZ-Plein |
| • Richard Heijink, RVS | • Jasper Schellingerhout, Huisarts |
| • Bernard Creutzburg, NZa | • Damiëtte Groen, Gemeente Den Haag |
| • Nico van Meeteren, Health Holland | • Hans Schröder, Oprichter WOLK |
| • Annemarie Penders, Programma Zorg voor Innoveren (Zvl) | • Filippo van Hellenberg Hubar, Alg. directeur WOLK |
| • Anke Snijder, Loket Zorg voor Innoveren | • Jeroen van der Heijden, Directeur WOLK |
| • Stefan Visscher, FMS Coördinator Digitale Zorg | • Gerjan Prins, VGZ |
| • Dennis Japink, Menzis en ZN | • Dianda Veldman, Directeur-bestuurder Patiëntenfederatie |
| • John Rijdsdijk, ZN Kenniscentrum | • Klaartje Spijkers, Projectleider Generieke Module Digitale Zorg, Patiëntenfederatie |
| • Hubert Friederich, ZonMw | • Arre Zuurmond, Regeringscommissaris Digitale Overheid |
| • Eva Marquarita, Zorginstituut Nederland (ZIN) | • Joris van Eijnatten, CEO eScience Center |
| • Jan-Eric Slot, ZIN en VWS | • Ian Trenholm, CEO Care Quality Commission UK |
| • Hans Ossebaard, ZIN en Innovatiecoach Zvl | • Zoe Fyffe, Care Quality Commission UK |
| • Payam Abrishami, ZIN | • Alyssa Brinkhof, Oprichter Brugwerk |
| • Pauline de Heer, ZIN | • Martijn Nap, General Manager IQVIA |
| • Pieter ten Have, ZIN | |
| • Jan Kremer, Speciaal gezant Passende Zorg | |

4.3 Betrokken innovators (indieners van cases/leden van de community)


In alfabetische volgorde:


1. Aidence
2. Amaris Zorggroep
3. BeterDichtbij
4. BreathBalanz
5. eNose
6. FocusCura
7. GROZzerdammen
8. HealthySolutions
9. HeldeskDigitaleZorg
10. Inflammatory Bowel Disease (IBD) Coach
11. Ksyos
12. Noaber Kavel
13. Orikami
14. PactCare
15. RegieThuis
16. Sensire
17. Skin Vision
18. Smartfloor
19. WOLK
20. VIGO/Viviq
21. Vitroscan

4.4 Criteria voor selectie van exemplarische cases:

- Vanuit samenwerking (over domeinen heen) wordt bij het anders organiseren van zorg een ‘wicked problem’ ervaren dat men samen op wil lossen: meerdere stakeholders inclusief burger
- Samenwerkende partijen hebben een visie, een plan, zicht op een concrete oplossing (innovatie) voor een vraagstuk, inzicht in knelpunten (herleidbaar naar kwaliteit, toegang, betaalbaar, en rechtmatig maken van vernieuwing) op weg naar implementatie/werkbaar maken
- Integreren in werkprocessen van samen beslissen/digitaal tenzij/multidisciplinair organiseren is onderdeel van de case. Bijdrage hieraan is aannemelijk gemaakt
- Verschuiving naar voorzorg/ voorkomen duurdere zorg/ preventie met behulp van digitalisering
- Bereid om zelf te investeren:
 - Bereid zijn om te investeren in resources en kapitaal, aandacht en experimenteerruimte
 - Bereid zijn om transparant te zijn en lessen te delen zodat andere cases hier ook van kunnen leren
 - Bereidheid om consequenties van uitkomsten te aanvaarden
- Concrete significante waarde (beeld van waarde voor burger en maatschappij vanuit zorg-, sociaal- en financieel perspectief samengevat in een business case)

4.5 Overzicht sleutelvragen naar aanleiding van VIGO/Viviq en WOLK

Voorloper	Casus	Hulpvraag/knelpunten	Dominante rode draden op subniveau	Sleutelvragen en oplossingsrichtingen
<p>Vigo</p> <p>Fase: Implementatie/ Opschaling</p> <p>Type: Zelfzorg/zelfregie/ procesinnovatie</p> 	<p>VIVIQ Digitale zorg: een digitaal platform, wat nu nog in de basis opgezet is, maar waar uiteindelijk de burger terecht kan met allerlei vragen, zelfzorgmodules kan volgen, lotgenoten en ervaringsdeskundigen kan vinden en waar aan hij tenslotte ook na testjes een adviesgesprek kan aanvragen om te kijken of een behandeling geëigend is. Ook de behandeling vindt vervolgens (digital first) plaats via dit platform. Nazorg kan vervolgens ook via dit platform worden georganiseerd. De hele cliëntreis is digitaal. Bovendien moet dit ook een antwoord geven op de arbeidsmarkt krapte en het beschikbare behandelpotentieel beter in te zetten, waarbij ook de behandelaar weer terug naar de bedoeling kan.</p> <p>https://www.vvgi.nl/actueel/nieuws/samenwerking-vgz-en-vincent-van-gogh-wegens-succes-verlengd/</p>	<p>Preventie: Ontwikkelen effectieve voorzorg vraagt om geld; hoe en door wie te financieren? (Hulpvraag NZA)</p> <p>Gericht op preventie, maar kan niet geleverd worden zonder indicatie/doorverwijzing huisarts, onnodige medicalisering</p> <p>Leveren van zorg is regionaal georganiseerd, online aanbieden van zorg verandert het speelveld. Om landelijk te kunnen leveren moet je vervolgens per gemeente afspraken maken.</p> <p>Actie: ook domein-overstijgend knelpunt benoemen. Zie casusbeschrijving(en).</p> <p>Externe bronnen: https://www.zorgprestatie.nl/bekostiging/zorgprestatiemodel/ https://www.zorgvisie.nl/podcast-voorzorg-hoe-wordt-digitale-zorg-toegankelijk-voor-iedereen/</p>	<p>Financiering en bekostiging</p> <p>1.3 Ontbreken verdienmodel/ financiering en bekostiging voor samenwerking, inzet van preventie en preventieve middelen</p> <p>1.4 Ontbreken betaaltitels Digitale zorg, Preventiezorg (voorzorg)</p> <p>1.9 Ontbreken stimulans voor gebruik digitale zorg (richting patiënt, professional, zorgorganisatie)</p>	<p>Sleutelvragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hoe is het wenselijk om hieruit te komen? Hoe gaan we om deze 'klem'? Welk gecalculeerd risico zijn systeempartijen bereid te nemen om beweging op dit vraagstuk te creëren? Hoe nemen we gezamenlijk verantwoordelijkheid om dit (structureel) in te regelen? Welke bekostiging willen systeempartijen (structureel) mogelijk maken? <p>Oplossing: Bekostigingsmodel ontwikkelen samen met verzekeraars (financiering voor voorzorg, met wetenschap dat geleverde zorg aan 'achterkant' minder gaat worden). Hiervoor afspraak met de NZa en VWS.</p> <p>Perspectief innovators: Wat is er nodig om ook een betaaltitel te krijgen? > Vertalen naar: Wat is er generiek in hun vraag? Integreer van de digitale pakketbeoordelingslijst</p> <p>Meta-uitkomst cluster: komen tot nieuwe pakketbeoordeling en innovatief pakketbeheer digitale zorg (systeemverandering i.p.v. buitenboordmotor).</p>
	<p>Zelf overzicht en regie houden, waardoor deze zelfzorg kan op- of afschalen. Hiermee heeft de gebruiker toegang tot een digitale gezondheidsomgeving om de mentale weerbaarheid te vergroten. En leidt dit tegelijkertijd tot</p>	<p>Preventie: Hoe verbeteren we de toegang tot online voorzorg? Poortwachtersfunctie: Hoe kunnen patiënten zelfstandig aan de slag gaan met hun klachten (waar nodig met hulp)?</p> <p>Poortwachtersfunctie: Wie neemt nu de taak van de huisarts kwalitatief over?</p>	<p>Toegang tot digitale zorg en ondersteuning (keuze en gelegenheid ligt bij zorgprofessional)</p> <p>5.1 Keuze en gelegenheid gebruik digitale zorg bij zorgprofessional i.p.v. bij patiënt</p> <p>5.2 Positie huisarts</p> <p>5.3 Positie zorgaanbieder</p>	<p>Sleutelvragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hoe kunnen systeempartijen proactief drempels verlagen rondom de poortwachterskwestie? Als de arts en patiënt zeggen 'we willen het'. En het risico is toelaatbaar. Wat is dan nodig vanuit systeempartijen om het te doen? Hoe richten we de poortwachtersfunctie laagdrempelig en goed in, zonder dat dit tot een extra (laagdrempelige) toestroom richting de ggz leidt?

	<p>verschuiving van zorg naar voorzorg en kan slim gebruik gemaakt worden van data.</p>			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hoe komen we tot goede triage? Ontwikkelen effectieve triage om te toetsen of voorzorg passend is vraagt om geld; hoe en door wie te financieren?
		<p>Leveren van zorg is regionaal georganiseerd, online aanbieden van zorg verandert het speelveld. Om landelijk te kunnen leveren moet je vervolgens per gemeente afspraken maken.</p> <p>Actie: ook domein-overstijgend knelpunt benoemen.</p>	<p>Organisatie en samenwerking</p> <p>2.2 Samenwerking tussen Rijksoverheid en decentrale overheden sluit onvoldoende op elkaar aan en ad hoc of voor gelegenheid ingericht</p>	
		<p>Poortwachtersfunctie: Hoe komen we tot goede triage? (insteek via de NZa, anders is het onrechtmatig vergoeden?). Verwijzing van de huisarts is een belemmering; De duurzame 'bewijslast' moet nog geleverd worden. KPI's?</p>	<p>Richtlijnen en kwaliteit</p> <p>3.6 Onvoldoende data voor wetenschappelijke onderbouwing toegevoegde waarde en bewijslast</p> <p>3.7 Noodzaak om data te verzamelen</p>	<p><u>Sleutelvragen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wanneer doe je het goed en wat is passende digitale zorg in dat kader? Inclusief hoe voldoe je aan criteria verzekerde zorg? Hoe kom je voorbij 'buitenboordmotor' oplossingen voor digitale zorg als onderdeel passende zorg? Deze kwestie ligt primair ligt bij ZIN. ▪ Hoe gaan we om met (het ontbreken van) bewijslast en het formuleren en meten van KPI's? ▪ Hoe komen we tot transformatie als het gaat om pakketbeheer?
<p>Wolk</p> <p>Fase: Implementatie</p> <p>Type: hulpmiddel</p> 	<p>Heupfracturen via een heupairbag voorkomen en zo op een positieve manier bijdragen aan het langer zelfstandig wonen van kwetsbare ouderen.</p>	<p>Scherp onderscheid tussen Wmo, Zvw en Wlz. Inzet van technologie, zoals een heupairbag, is nog niet domein-overstijgend geregeld. Er bestaat geen structureel georganiseerde manier om samenwerking te bekostigen vanuit Wmo, Zvw of Wlz.</p> <p>Het is wettelijk toegestaan onderling afspraken te maken, maar de verantwoordelijkheid en de werklast ligt dan bij de zorgaanbieders en zorgverzekeraars die dit organiseren. Dit vormt een drempel.</p>	<p>Organisatie en samenwerking</p> <p>2.1 Ontbreken van voorwaarden voor effectieve samenwerking tussen zorg en sociaal domein / zorgproces/zorgdomeinen</p> <p>2.13 Zorgsysteem en sociaal domein: het systeem en de sectoren zijn gefragmenteerd, organisaties zijn intern gericht</p> <p>Financiering en bekostiging</p>	<p><u>Sleutelvragen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hoe komen we van micro-oplossingen tot generieke oplossingen op systeemniveau? ▪ Hoe komen we tot een structureel georganiseerde manier om samenwerking te bekostigen? ▪ Hoe komen we tot domein-overschrijdende samenwerking tussen zorg en sociaal domein, zodat ingezette technologie (een Wolk heupairbag) de gebruiker kan volgen, i.p.v. de methode van financiering?

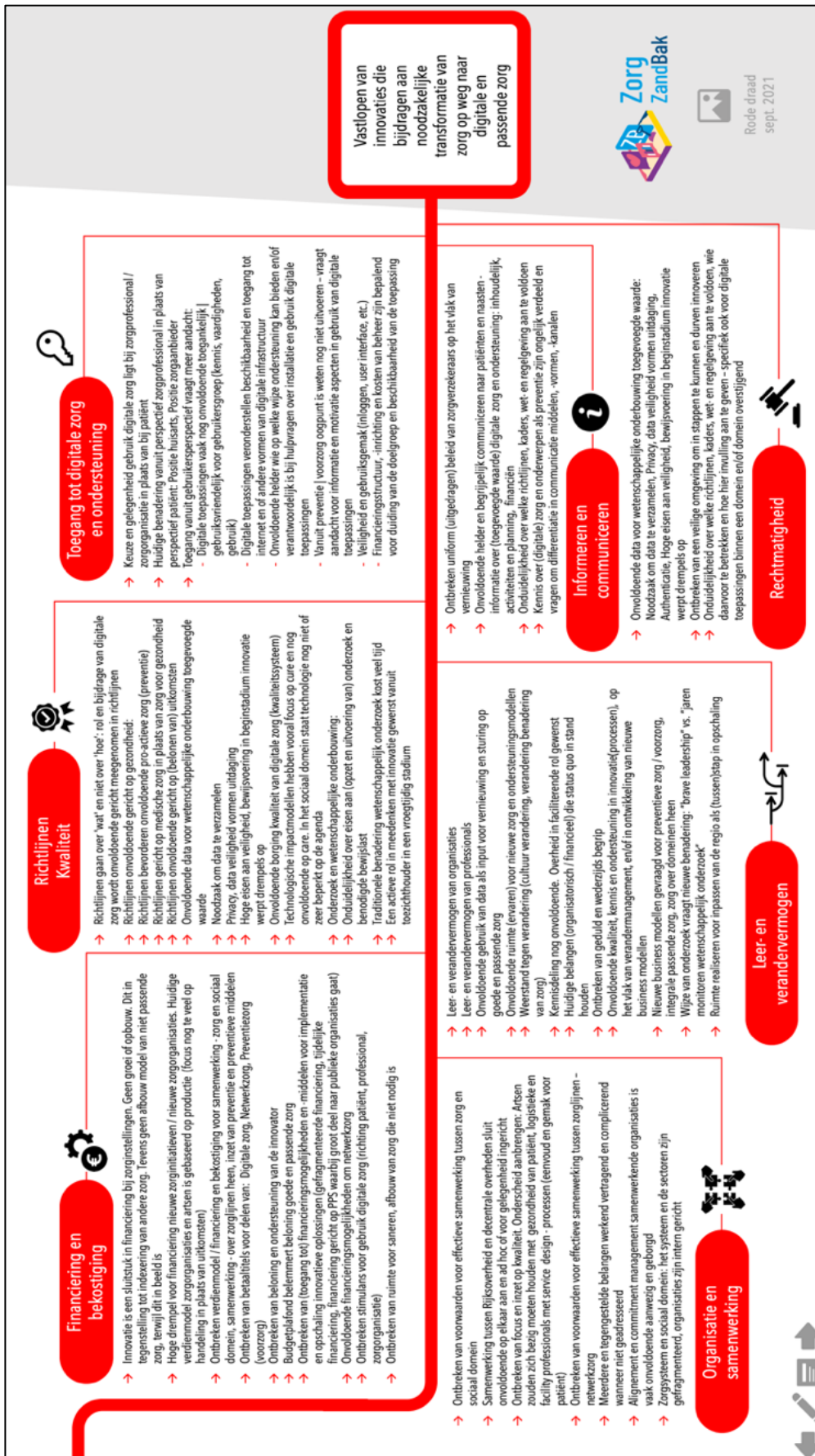
		<p>Hoe komen we tot domein-overschrijdende samenwerking tussen zorg en sociaal domein, zodat ingezette technologie (een Wolk heupairbag) de gebruiker kan volgen, i.p.v. de methode van financiering?</p> <p>Het is wettelijk toegestaan onderling afspraken te maken, maar de verantwoordelijkheid en de werklast ligt dan bij de zorgaanbieders en zorgverzekeraars die dit organiseren. Dit vormt een drempel.</p>	<p>1.3 Ontbreken verdienmodel / financiering en bekostiging voor samenwerking – zorg en sociaal domein, samenwerking – over zorglijnen heen, inzet van preventie en preventieve middelen</p> <p>1.4 Ontbreken betaaltitels Digitale zorg, Preventiezorg (voorzorg)</p> <p>1.9 Ontbreken stimulans voor gebruik digitale zorg (richting patiënt, professional, zorgorganisatie)</p>	
		<p>Er bestaat geen structureel georganiseerde manier om samenwerking te bekostigen vanuit Wmo, Zvw of Wlz. Het is wettelijk toegestaan onderling afspraken te maken, maar de verantwoordelijkheid en de werklast ligt dan bij de zorgaanbieders en zorgverzekeraars die dit organiseren. Dit vormt een drempel.</p> <p>Scherp onderscheid tussen Wmo, Zvw en Wlz. Inzet van technologie, zoals een heupairbag, is nog niet domein-overstijgend geregeld.</p>	<p>Richtlijn en kwaliteit</p> <p>3.3 Richtlijnen bevorderen onvoldoende pro-actieve zorg (preventie)</p> <p>3.4 Richtlijnen gericht op medische zorg in plaats van zorg voor gezondheid</p> <p>[ook preventiekant!]</p>	<p><u>Sleutelvragen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Doet de heupairbag wat het moet doen? Is het een goed idee dat mensen het om hebben? Gaan we niet onvoorzichter doen als we het omhebben? ▪ Wolk is momenteel alleen getest binnen instellingen. Hoe vergaat het een gemeente en Wolk in de omstandigheid dat ze meer preventie willen organiseren? Wat missen ze dan en wat zouden wij landelijk moeten organiseren? ▪ Wanneer doen we het goed? / wat zijn randvoorwaarden voor verzamelen van bewijslast? Hoe meten we wat het effect is en komen we tot bewijslast o.b.v. uitkomstdata? Hoe organiseren we het thuis?
			<p>Toegang tot digitale zorg en ondersteuning - Toegang vanuit gebruikersperspectief vraagt meer aandacht [5.5]</p>	<p><u>Sleutelvragen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hoe kan technologie laagdrempelig als onderdeel ingezet worden van valpreventie? ▪ Hoe komen we tot effectieve Inclusiecriteria?

4.6 Overzicht resultaten uit het onderzoek van Kieskompas (zie ook Annex D)



ONDERZOEK KIESKOMPAS, JUNI 2022

4.7 Overzicht van de ZorgZandBak Rode Draadvraagstukken (zie ook Annex A)



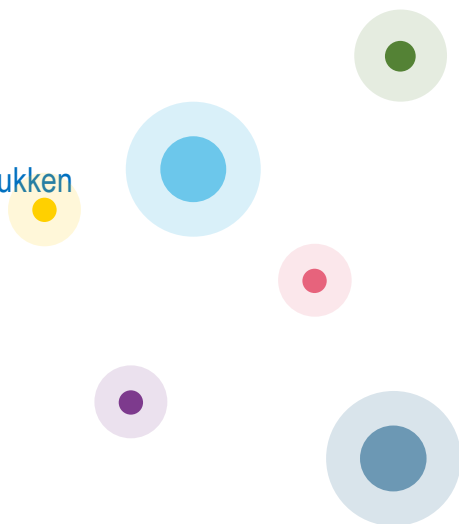


Zorg ZandBak

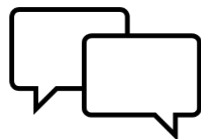
ZorgZandBak in 2021

Uitkomsten 2021:

- Exemplarische cases in de ZorgZandBak
- Exemplarische knelpunten – Rode draad vraagstukken



Interviews





- 21 innovatiecases geïnterviewd
- 54 knelpunten geïdentificeerd en deze samengebracht in verschillende rode draden
- Van preventie tot nazorg, van digitaal dagboek tot artificial intelligence



Getoonde innovatiecases zijn illustratief en niet uitputtend



In de fase van ontmoeten wordt aan de hand van criteria de inschatting gemaakt of een innovatie vraagstuk het beste geholpen kan worden in de ZorgZandBak

Criteria		
→ Vanuit samenwerking (over domeinen heen) wordt bij het anders organiseren van zorg een 'wicked problem' ervaren dat men samen op wil lossen: meerdere stakeholders inclusief burger	✓	✓
→ Samenwerkende partijen hebben een visie, een plan, zicht op een concrete oplossing (innovatie) voor een vraagstuk, inzicht in knelpunten (herleidbaar naar kwaliteit, toegang, betaalbaar, en rechtmatig maken van vernieuwing) op weg naar implementatie / werkbaar maken	✓	✓*
→ Integreren in werkprocessen van samen beslissen / digitaal tenzij / multidisciplinair organiseren is onderdeel van de case. Bijdrage hieraan is aannemelijk gemaakt	✓	✓*
→ Verschuiving naar voorzorg/ voorkomen duurdere zorg/ preventie met behulp van digitalisering	✓	✓
→ Bereid om zelf te investeren: <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="300 982 1528 1016">- Bereid zijn om te investeren in resources en kapitaal, aandacht en experimenteeruimte <li data-bbox="300 1031 1610 1102">- Bereid zijn om transparant te zijn en lessen te delen zodat andere cases hier ook van kunnen leren <li data-bbox="300 1116 1166 1159">- Bereidheid om consequenties van uitkomsten te aanvaarden 	✓	✓
→ Concrete significante waarde (beeld van waarde voor burger en maatschappij vanuit zorg-, sociaal- en financieel perspectief samengevat in een business case)	✓*	✓*

Cases lerende ZorgZandBak



VIGO is een (netwerk)organisatie in jeugdzorg, geestelijk gezondheidszorg en forensische zorg. VIVIQ is een nieuwe ggz aanbieder die vanuit positieve gezondheid digitale behandelingen aanbiedt.

Ambitie en doel

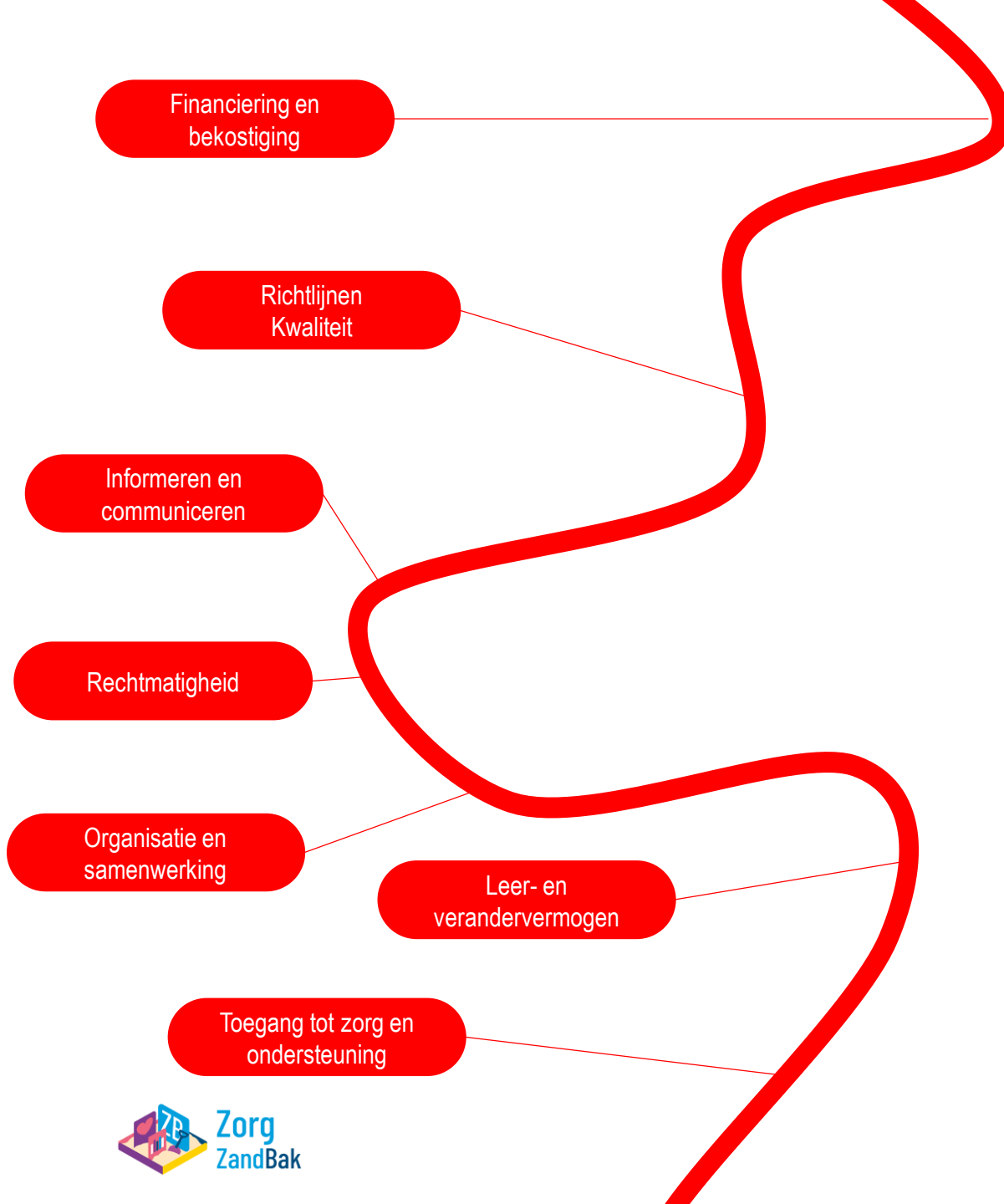
VIGO heeft de ambitie het totale budget van de ambulante (s)ggz te verlagen door de kwaliteit van de zorg, met name aan de voorkant, te vergroten. Dat wil VIGO bereiken door (aantoonbaar) kwalitatieve goede voorzorg te bieden met een model dat voorzorg digitaal ondersteunt. Een doel is ook om te onderzoeken hoe deze werkwijze de wachtlijsten kan verkorten en toegankelijkheid kan vergroten zonder consumptie te stimuleren.



Wolk is een draagbare heupairbag die makkelijk gedragen wordt onder de kleding. De heupairbag Wolk voorkomt letsel als gevolg van een val en draagt daarmee bij aan de kwaliteit van het leven van ouderen, mensen die instabiliteit of verhoogd valrisico ervaren en hun naasten

Ambitie en doel

Heupfracturen via een heupairbag voorkomen en zo op een positieve manier bijdragen aan het langer zelfstandig wonen van kwetsbare ouderen.



Rode draden zorgvraagstukken

- Uit de interviews met innovatoren zijn verschillende vraagstukken naar voren gekomen die in de weg staan van succesvolle realisatie en opschaling van passende (digitale) zorg
- Het overzicht van deze vraagstukken geeft een beeld van 'rode draden'
- De 'rode draden' bieden de gelegenheid om te komen tot oplossingen voor exemplarische vraagstukken en te komen tot een prioritering

Financiering en bekostiging



- Innovatie is een sluitstuk in financiering bij zorginstellingen. Geen groei of opbouw. Dit in tegenstelling tot indexering van andere zorg. Tevens geen afbouw model van niet passende zorg, terwijl dit in beeld is
- Hoge drempel voor financiering nieuwe zorginitiatieven / nieuwe zorgorganisaties. Huidige verdienmodel zorgorganisaties en artsen is gebaseerd op productie (focus nog te veel op handeling in plaats van uitkomsten)
- Ontbreken verdienmodel / financiering en bekostiging voor samenwerking - zorg en sociaal domein, samenwerking - over zorglijnen heen, inzet van preventie en preventieve middelen
- Ontbreken van betaaltitels voor delen van: Digitale zorg, Netwerkgroep, Preventiezorg (voorzorg)
- Ontbreken van beloning en ondersteuning van de innovator
- Budgetplafond belemmert beloning goede en passende zorg
- Ontbreken van (toegang tot) financieringsmogelijkheden en -middelen voor implementatie en opschaling innovatieve oplossingen (gefragmenteerde financiering, tijdelijke financiering, financiering gericht op PPS waarbij groot deel naar publieke organisaties gaat)
- Onvoldoende financieringsmogelijkheden om netwerkgroep
- Ontbreken stimulans voor gebruik digitale zorg (richting patiënt, professional, zorgorganisatie)
- Ontbreken van ruimte voor saneren, afbouw van zorg die niet nodig is

Richtlijnen Kwaliteit



- Richtlijnen gaan over 'wat' en niet over 'hoe': rol en bijdrage van digitale zorg wordt onvoldoende gericht meegenomen in richtlijnen
- Richtlijnen onvoldoende gericht op gezondheid:
- Richtlijnen bevorderen onvoldoende pro-actieve zorg (preventie)
- Richtlijnen gericht op medische zorg in plaats van zorg voor gezondheid
- Richtlijnen onvoldoende gericht op (belonen van) uitkomsten
- Onvoldoende data voor wetenschappelijke onderbouwing toegevoegde waarde
- Noodzaak om data te verzamelen
- Privacy, data veiligheid vormen uitdaging
- Hoge eisen aan veiligheid, bewijsvoering in beginstadium innovatie werpt drempels op
- Onvoldoende borging kwaliteit van digitale zorg (kwaliteitssysteem)
- Technologische impactmodellen hebben vooral focus op cure en nog onvoldoende op care. In het sociaal domein staat technologie nog niet of zeer beperkt op de agenda
- Onderzoek en wetenschappelijke onderbouwing:
- Onduidelijkheid over eisen aan (opzet en uitvoering van) onderzoek en benodigde bewijslast
- Traditionele benadering wetenschappelijk onderzoek kost veel tijd
- Een actieve rol in meedenken met innovatie gewenst vanuit toezichthouder in een vroegtijdig stadium

Toegang tot digitale zorg en ondersteuning



- Keuze en gelegenheid gebruik digitale zorg ligt bij zorgprofessional / zorgorganisatie in plaats van bij patiënt
- Huidige benadering vanuit perspectief zorgprofessional in plaats van perspectief patiënt: Positie huisarts, Positie zorgaanbieder
- Toegang vanuit gebruikersperspectief vraagt meer aandacht:
 - Digitale toepassingen vaak nog onvoldoende toegankelijk | gebruiksvriendelijk voor gebruikersgroep (kennis, vaardigheden, gebruik)
 - Digitale toepassingen veronderstellen beschikbaarheid en toegang tot internet en of andere vormen van digitale infrastructuur
 - Onvoldoende helder wie op welke wijze ondersteuning kan bieden en/of verantwoordelijk is bij hulpvragen over installatie en gebruik digitale toepassingen
 - Vanuit preventie | voorzorg oogpunt is weten nog niet uitvoeren – vraagt aandacht voor informatie en motivatie aspecten in gebruik van digitale toepassingen
 - Veiligheid en gebruiksgemak (inloggen, user interface, etc.)
 - Financieringsstructuur, -inrichting en kosten van beheer zijn bepalend voor duiding van de doelgroep en beschikbaarheid van de toepassing

Vastlopen van innovaties die bijdragen aan noodzakelijke transformatie van zorg op weg naar digitale en passende zorg

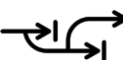
- Ontbreken van voorwaarden voor effectieve samenwerking tussen zorg en sociaal domein
- Samenwerking tussen Rijksoverheid en decentrale overheden sluit onvoldoende op elkaar aan en ad hoc of voor gelegenheid ingericht
- Ontbreken van focus en inzet op kwaliteit. Onderscheid aanbrengen: Artsen zouden zich bezig moeten houden met gezondheid van patiënt, logistieke en facility professionals met service design - processen (eenvoud en gemak voor patiënt)
- Ontbreken van voorwaarden voor effectieve samenwerking tussen zorglijnen – netwerkgroep
- Meerdere en tegengestelde belangen werkend vertragend en complicerend wanneer niet geadresseerd
- Alignment en commitment management samenwerkende organisaties is vaak onvoldoende aanwezig en geborgd
- Zorgsysteem en sociaal domein: het systeem en de sectoren zijn gefragmenteerd, organisaties zijn intern gericht

Organisatie en samenwerking



- Leer- en verandervermogen van organisaties
- Leer- en verandervermogen van professionals
- Onvoldoende gebruik van data als input voor vernieuwing en sturing op goede en passende zorg
- Onvoldoende ruimte (ervaren) voor nieuwe zorg en ondersteuningsmodellen
- Weerstand tegen verandering (cultuur verandering, verandering benadering van zorg)
- Kennisdeling nog onvoldoende. Overheid in faciliterende rol gewenst
- Huidige belangen (organisatorisch / financieel) die status quo in stand houden
- Ontbreken van geduld en wederzijds begrip
- Onvoldoende kwaliteit, kennis en ondersteuning in innovatie(processen), op het vlak van verandermanagement, en/of in ontwikkeling van nieuwe business modellen
- Nieuwe business modellen gevraagd voor preventieve zorg / voorzorg, integrale passende zorg, zorg over domeinen heen
- Wijze van onderzoek vraagt nieuwe benadering: "brave leadership" vs. "jaren monitoren wetenschappelijk onderzoek"
- Ruimte realiseren voor inpassen van de regio als (tussen)stap in opschaling

Leer- en verandervermogen



Informer en communiceren



- Ontbreken uniform (uitgedragen) beleid van zorgverzekeraars op het vlak van vernieuwing
- Onvoldoende helder en begrijpelijk communiceren naar patiënten en naasten - informatie over (toegevoegde waarde) digitale zorg en ondersteuning: inhoudelijk, activiteiten en planning, financiën
- Onduidelijkheid over welke richtlijnen, kaders, wet- en regelgeving aan te voldoen
- Kennis over (digitale) zorg en onderwerpen als preventie zijn ongelijk verdeeld en vragen om differentiatie in communicatie middelen, -vormen, -kanalen
- Onvoldoende data voor wetenschappelijke onderbouwing toegevoegde waarde: Noodzaak om data te verzamelen, Privacy, data veiligheid vormen uitdaging, Authenticatie, Hoge eisen aan veiligheid, bewijsvoering in beginstadium innovatie werpt drempels op
- Ontbreken van een veilige omgeving om in stappen te kunnen en durven innoveren
- Onduidelijkheid over welke richtlijnen, kaders, wet- en regelgeving aan te voldoen, wie daarvoor te betrekken en hoe hier invulling aan te geven – specifiek ook voor digitale toepassingen binnen een domein en/of domein overstijgend

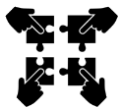
Rechtmatigheid





Rode draden financiering en bekostiging

- Innovatie is een sluitstuk in financiering bij zorginstellingen. Geen groei of opbouw. Dit in tegenstelling tot indexering van andere zorg. Tevens geen afbouw model van niet passende zorg, terwijl dit in beeld is
- Hoge drempel voor financiering nieuwe zorginitiatieven / nieuwe zorgorganisaties. Huidige verdienmodel zorgorganisaties en artsen is gebaseerd op productie (focus nog te veel op handeling in plaats van uitkomsten)
- Ontbreken verdienmodel / financiering en bekostiging voor samenwerking - zorg en sociaal domein, samenwerking - over zorglijnen heen, inzet van preventie en preventieve middelen
- Ontbreken van betaaltitels voor delen van: Digitale zorg, Netwerkgorg, Preventiezorg (voorzorg)
- Ontbreken van beloning en ondersteuning van de innovator
- Budgetplafond belemmert beloning goede en passende zorg
- Ontbreken van (toegang tot) financieringsmogelijkheden en -middelen voor implementatie en opschaling innovatieve oplossingen (gefragmenteerde financiering, tijdelijke financiering, financiering gericht op PPS waarbij groot deel naar publieke organisaties gaat)
- Onvoldoende financieringsmogelijkheden om netwerkgorg
- Ontbreken stimulans voor gebruik digitale zorg (richting patiënt, professional, zorgorganisatie)
- Ontbreken van ruimte voor saneren, afbouw van zorg die niet nodig is



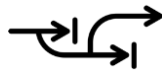
Rode draden organisatie en samenwerking

- Ontbreken van voorwaarden voor effectieve samenwerking tussen zorg en sociaal domein
- Samenwerking tussen Rijksoverheid en decentrale overheden sluit onvoldoende op elkaar aan en ad hoc of voor gelegenheid ingericht
- Ontbreken van focus en inzet op kwaliteit. Onderscheid aanbrengen: Artsen zouden zich bezig moeten houden met gezondheid van patiënt, logistieke en facility professionals met service design - processen (eenvoud en gemak voor patiënt)
- Ontbreken van voorwaarden voor effectieve samenwerking tussen zorglijnen – netwerkzorg
 - Financiering / beloning (bijvoorbeeld shared savings, nieuwe verdienmodellen, reorganisatiekosten)
 - Informatie-uitwisseling
 - Resource allocatie
 - Onderzoek
 - Integrale zorg - netwerkzorg en ondersteuning
 - Zorgvernieuwing en zorgsanering (veel bouwers van nieuwe oplossingen, weinig slopers van gedateerde oplossingen)
- Meerdere en tegengestelde belangen werkend vertragend en complicerend wanneer niet geadresseerd
- Alignment en commitment management samenwerkende organisaties is vaak onvoldoende aanwezig en geborgd
- Zorgsysteem en sociaal domein: het systeem en de sectoren zijn gefragmenteerd, organisaties zijn intern gericht



Rode draden richtlijnen kwaliteit

- Richtlijnen gaan over 'wat' en niet over 'hoe': rol en bijdrage van digitale zorg wordt onvoldoende gericht meegenomen in richtlijnen
- Richtlijnen onvoldoende gericht op gezondheid:
 - Richtlijnen bevorderen onvoldoende pro-actieve zorg (preventie)
 - Richtlijnen gericht op medische zorg in plaats van zorg voor gezondheid
- Richtlijnen onvoldoende gericht op (belonen van) uitkomsten
- Onvoldoende data voor wetenschappelijke onderbouwing toegevoegde waarde
 - Noodzaak om data te verzamelen
 - Privacy, data veiligheid vormen uitdaging
 - Hoge eisen aan veiligheid, bewijsvoering in beginstadium innovatie werpt drempels op
- Onvoldoende borging kwaliteit van digitale zorg (kwaliteitssysteem)
- Technologische impactmodellen hebben vooral focus op cure en nog onvoldoende op care. In het sociaal domein staat technologie nog niet of zeer beperkt op de agenda
- Onderzoek en wetenschappelijke onderbouwing:
 - Onduidelijkheid over eisen aan (opzet en uitvoering van) onderzoek en benodigde bewijslast
 - Traditionele benadering wetenschappelijk onderzoek kost veel tijd
- Een actieve rol in meedenken met innovatie gewenst vanuit toezichthouder in een vroegtijdig stadium



Rode draden leer- en verandervermogen

- Leer- en verandervermogen van organisaties
- Leer- en verandervermogen van professionals
- Onvoldoende gebruik van data als input voor vernieuwing en sturing op goede en passende zorg
- Onvoldoende ruimte (ervaren) voor nieuwe zorg en ondersteuningsmodellen
- Weerstand tegen verandering (cultuur verandering, verandering benadering van zorg)
- Kennisdeling nog onvoldoende. Overheid in faciliterende rol gewenst
- Huidige belangen (organisatorisch / financieel) die status quo in stand houden
- Ontbreken van geduld en wederzijds begrip
- Onvoldoende kwaliteit, kennis en ondersteuning in innovatie(processen), op het vlak van verandermanagement, en/of in ontwikkeling van nieuwe business modellen
- Nieuwe business modellen gevraagd voor preventieve zorg / voorzorg, integrale passende zorg, zorg over domeinen heen
- Wijze van onderzoek vraagt nieuwe benadering: "brave leadership" vs. "jaren monitoren wetenschappelijk onderzoek"
- Ruimte realiseren voor inpassen van de regio als (tussen)stap in opschaling



Rode draden toegang tot digitale zorg en ondersteuning

- Keuze en gelegenheid gebruik digitale zorg ligt bij zorgprofessional / zorgorganisatie in plaats van bij patiënt
- Huidige benadering vanuit perspectief zorgprofessional in plaats van perspectief patiënt
 - Positie huisarts
 - Positie zorgaanbieder
- Toegang vanuit gebruikersperspectief vraagt meer aandacht:
 - Digitale toepassingen vaak nog onvoldoende toegankelijk | gebruiksvriendelijk voor gebruikersgroep (kennis, vaardigheden, gebruik)
 - Digitale toepassingen veronderstellen beschikbaarheid en toegang tot internet en of andere vormen van digitale infrastructuur
 - Onvoldoende helder wie op welke wijze ondersteuning kan bieden en/of verantwoordelijk is bij hulpvragen over installatie en gebruik digitale toepassingen
 - Vanuit preventie | voorzorg oogpunt is weten nog niet uitvoeren – vraagt aandacht voor informatie en motivatie aspecten in gebruik van digitale toepassingen
 - Veiligheid en gebruiksgemak (inloggen, user interface, etc.)
 - Financieringsstructuur, -inrichting en kosten van beheer zijn bepalend voor duiding van de doelgroep en beschikbaarheid van de toepassing

Rode draden informeren en communiceren

- Ontbreken uniform (uitgedragen) beleid van zorgverzekeraars op het vlak van vernieuwing
- Onvoldoende helder en begrijpelijk communiceren naar patiënten en naasten - informatie over (toegevoegde waarde) digitale zorg en ondersteuning: inhoudelijk, activiteiten en planning, financiën
- Onduidelijkheid over welke richtlijnen, kaders, wet- en regelgeving aan te voldoen
- Kennis over (digitale) zorg en onderwerpen als preventie zijn ongelijk verdeeld en vragen om differentiatie in communicatie middelen, -vormen, -kanalen



Rode draden rechtmatigheid

- Onvoldoende data voor wetenschappelijke onderbouwing toegevoegde waarde
 - Noodzaak om data te verzamelen
 - Privacy, data veiligheid vormen uitdaging
 - Authenticatie
 - Hoge eisen aan veiligheid, bewijsvoering in beginstadium innovatie werpt drempels op
- Ontbreken van een veilige omgeving om in stappen te kunnen en durven innoveren
- Onduidelijkheid over welke richtlijnen, kaders, wet- en regelgeving aan te voldoen, wie daarvoor te betrekken en hoe hier invulling aan te geven – specifiek ook voor digitale toepassingen binnen een domein en/of domein overstijgend



ZorgZandBak, december 2021



OP ZOEK NAAR DIGITAAL BURGERSCHAP IN DE ZORG

'Zorg op afstand' en het belang van privacy nader belicht

ONDERZOEK DOOR KIESKOMPAS
IN OPDRACHT VAN HET ZORGINSTITUUT
L. Van Heck & A. Krouwel

› Samenvatting

Van 23 april tot en met 3 mei voerde Kieskompas in opdracht van het Zorginstituut een onderzoek uit naar de attitudes van Nederlanders over digitalisering binnen de zorg, en de invloed van corona hierop. In totaal hebben 10.162 de online vragenlijst ingevuld. Van deze respondenten hebben er 8.545 ook de volgende achtergrondgegevens ingevuld: leeftijd, geslacht, opleiding, etniciteit, woonplaats en stemgedrag. Op basis van deze variabelen zijn de resultaten van het onderzoek post-hoc representatief gemaakt.

Het doel van dit onderzoek is om de ervaringen met en opinies over de digitalisering van de zorg in kaart te brengen. De focus ligt hierbij nadrukkelijk op ‘zorg op afstand’, een belangrijk aspect van de digitale zorg. Het onderzoek legt bloot welke groepen geen behoefte hebben aan zorg op afstand of een fysieke afspraak verkiezen, en welke obstakels en mogelijke factoren een rol spelen bij deze verschillen.

Het onderzoek heeft vier belangrijke bevindingen opgeleverd:

1. **Onervaren respondenten (respondenten zonder ervaring met een ander soort contact dan via een persoonlijk gesprek) zijn beduidend minder positief over zorgverlening via de computer of de telefoon dan ervaren respondenten.** *Ervaren* respondenten vinden vaker dat zorgverlening via de computer of telefoon beter en waardevoller is dan een persoonlijk gesprek. Ook zijn ze het er vaker niet mee eens dat digitale zorg minder geruststellend of minder vlot zou zijn. Een meerderheid van de respondenten denkt dat zorg op afstand korter is, maar *ervaren* respondenten zijn het hier net iets minder mee eens.
2. **De voorkeur voor fysiek dan wel digitaal contact met een zorgverlener is vooral afhankelijk van de ernst van de zorgvraag.** Daarnaast spelen ook de kosten een belangrijke rol in de afweging. Snelheid en reistijd lijken een minder grote rol hierin te spelen.
3. De voorkeuren zijn ook inzichtelijk gemaakt voor verschillende leeftijdsgroepen, geslacht, opleidingsniveau en gezondheid. Opvallende uitkomsten hier zijn verschillen tussen mannen en vrouwen - **vrouwen neigen meer naar digitale zorg en mannen naar fysieke zorg** - en de **voorkeur voor fysieke zorg bij respondenten tussen 18 en 34 jaar**.
4. Vertrouwen in de zorg en hoe makkelijk iemand kan rondkomen vertonen geen sterk verband met de voorkeur voor fysiek of digitaal contact met een zorgverlener. **Drie voorspellende factoren** vertoonden wel een sterk significant verband met of iemand fysieke dan wel digitale zorgverlening verkiest:
 - a. **Hoe positiever iemand zorg op afstand beoordeelt** (i.e., hoe beter, waardevoller, geruststellender en vlotter men een bezoek via de telefoon of computer vindt dan een persoonlijk bezoek), hoe groter de voorkeur voor digitale zorg; dit verband is veruit het sterkste van de drie.
 - b. **Hoe meer institutioneel vertrouwen iemand heeft**, hoe sterker hun voorkeur voor digitale zorg.
 - c. **Hoe hoger men scoort op digivaardigheid**, hoe sterker men neigt naar digitale zorg in plaats van fysieke zorg.

Opvallende zaken

Naast deze algemene bevindingen zijn we gestuit op een paar uitkomsten en inzichten die om nadere verdieping vragen.

- › Opvallend bij het verband tussen een *positieve beoordeling* van de digitale zorg en de *voorkeur* voor digitale zorg, is de positie van de **lager opgeleiden**. Ondanks een positieve beoordeling, hebben ze een voorkeur voor fysieke zorg.
- › Ook **de jongste groep** is opvallend, omdat zij ondanks sterk institutioneel vertrouwen en hoge digivaardigheid toch fysiek contact met een zorgverlener verkiezen. Mogelijk speelt hier hun negatieve beoordeling van zorg op afstand een rol, maar verder onderzoek is nodig om de oorzaak van hun negatieve ervaring of verwachting bloot te leggen.
- › De attitudes van patiënten die gebruik maakten van **digitale geestelijke gezondheidszorg** zijn anders dan andere *ervaren* patiënten. Deze respondenten hebben een negatievere beoordeling over digitale zorg dan de andere ervaren respondenten, maar geen verschil in hun voorkeur voor fysieke of digitale zorg. Omwille van de kleine groep die afgelopen jaar langsging bij een psycholoog of psychiater, is het moeilijk om verdere conclusies te trekken over de verschillen tussen deze en andere zorgsectoren.
- › In dit onderzoek is een onderscheid gemaakt tussen *ervaren* en *onervaren* respondenten. Ervarenheid gaat dan over bekendheid met zorg op afstand (digitaal of per telefoon). Hiernaast is nog een andere soort **ervarenheid**, namelijk de bekendheid van de patiënt met zijn of haar diagnose en de behandeling. Het is belangrijk om ook deze relatie in beeld te brengen.

› Inhoudsopgave

• Samenvatting	2
• Inhoudsopgave	4
• Over het onderzoek	5
• <i>Over Kieskompas</i>	5
• <i>Respondenten: het panel</i>	5
• Gezondheid en zorg	6
• <i>Gezondheid en gebruik van zorg tijdens corona</i>	6
• <i>Persoonlijk of op afstand?</i>	7
• <i>Relatie met beoordeling van zorg op afstand</i>	8
• Verklarende factoren	10
• <i>Digivaardigheid</i>	10
• <i>Financiële situatie</i>	10
• <i>Vertrouwen</i>	10
• Voorkeur voor fysieke zorg in plaats van digitaal	12
• <i>Relatie tussen voorkeur en institutioneel vertrouwen</i>	14
• <i>Relatie tussen voorkeur en digivaardigheid</i>	15
• <i>Relatie tussen voorkeur en beoordeling zorg op afstand</i>	16
• <i>Conclusies</i>	17
• Zorgen over privacy	18
• Hoe ervaart wie psychologische zorg zoekt de digitale gezondheidzorg?	19
• <i>Demografisch profiel</i>	19
• <i>Verschillen met wie geen psychologische hulp zocht</i>	19
• Appendix: Resultaten gewogen regressies	20
• <i>Resultaat regressie: Voorspellen van voorkeur (n = 7944, R² = .16)</i>	20
• <i>Resultaat regressie: Voorspellen van voorkeur, incl. beoordeling van zorg op afstand (n = 5744, R² = .34)</i> ..	21
• <i>Resultaat regressie: Voorspellen van belang van privacy (n = 7621, R² = .14)</i>	22

› **Over het onderzoek**

Het Zorginstituut heeft Kieskompas gevraagd om onderzoek te doen naar de attitudes van Nederlanders over innovatie en digitalisering van de zorg, waar ze zich zorgen over maken, en welke aspecten hun mening beïnvloeden. Dit onderzoek geeft een stem aan de burger, die tot op heden onvoldoende aanwezig was bij het bespreken van de toekomst van de zorg in Nederland. Daarnaast identificeert dit onderzoek groepen die moeilijker bereikt kunnen worden en aspecten waar Nederlanders nog niet de nodige kennis over hebben, als het over digitale zorg gaat. De resultaten van dit onderzoek zullen gebruikt worden in de verdere discussies met andere belanghebbende partijen (zoals patiëntvertegenwoordigers, beroepsgroepen, verenigingen van instellingen, ICT-leveranciers) die het Zorginstituut organiseert over de digitalisering binnen de gezondheidszorg

Dit eerste onderzoek focust zich op factoren die bepalend zijn voor hoe Nederlanders denken over digitalisering en innovatie binnen de zorg, met een focus op 'zorg op afstand'. Om deze factoren te achterhalen zijn vragen gesteld over gezondheidstoestand, hoe vaardig men is met digitale apparaten en applicaties en hoeveel vertrouwen men heeft in overheids- en zorginstellingen. Daarnaast werd rekening gehouden met hoe vaak men contact had met zorgverleners, zowel voor als tijdens de corona-uitbraak; en of dit contact ook digitaal was. Tot slot waren er enkele open vragen voorzien, zodat respondenten konden aangeven hoe ze veranderingen in de zorg tijdens corona ervoeren, en van welke digitale innovaties men gebruik maakt op andere terreinen dan zorg, die zij een nuttige toepassing zien hebben.

› **Over Kieskompas**

Bij Kieskompas brengen we politieke opinies en maatschappelijke trends in beeld. Dat doen we via gericht panelonderzoek en met behulp van online tools en events. Zo helpen we wetenschappelijk en onafhankelijk onderzoek een stapje vooruit. Het onderzoeksinstituut Kieskompas wordt dan ook gevormd door een groep betrokken en enthousiaste wetenschappers die betrouwbare informatie leveren aan kiezers en besluitvormers.

› **Respondenten: het panel**

Het panel bestaat uit 45.497 random gesampled Nederlanders, die op vrijdag 23 april of op zaterdag 24 april gecontacteerd werden via mail. Op maandag 3 mei hadden 10.162 mensen het onderzoek volledig ingevuld, waarvan 10.129 via het panel, en 33 via de anonieme link (die respondenten kunnen doorsturen naar vrienden en familie). De resultaten van dit onderzoek zijn gewogen naar geslacht, leeftijd, opleiding, etniciteit en stemgedrag om de data ten aanzien van deze kenmerken representatief te maken voor Nederland. Gewichten hoger dan het 99.5^e percentiel zijn getrimd. Om respondenten een gewicht toe te kennen, moeten hun leeftijd, geslacht, migratie-achtergrond, opleiding, en het stemgedrag bij de Tweede Kamerverkiezingen bekend zijn, hetgeen 8.545 respondenten met ons deelden.

Gezondheid en zorg

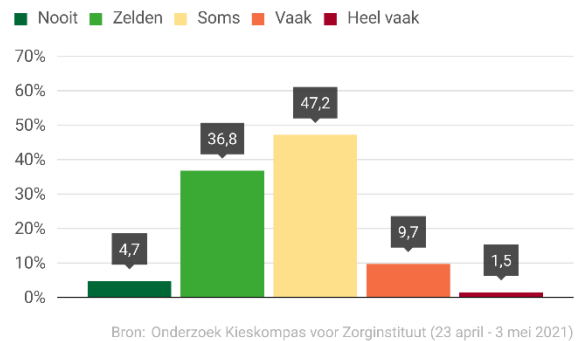
Gezondheid en gebruik van zorg tijdens corona

Om meer inzicht te krijgen in welke groepen gebruik maken van digitale zorg, vroegen we deelnemers aan het onderzoek naar hun eigen gezondheid. Iets meer dan driekwart van de respondenten geeft aan in (zeer) goede gezondheid te verkeren. Zo'n twee op de tien noemt hun gezondheid matig, en een kleine minderheid zegt dat hun gezondheid (zeer) slecht is. Omdat deze laatste groep zo klein is, werd ze samengevoegd in verdere analyses. Daarnaast maakt één op de tien zich (heel) vaak zorgen over hun gezondheid, de helft doet dit soms, en iets minder dan de helft zelden tot nooit.

Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen?

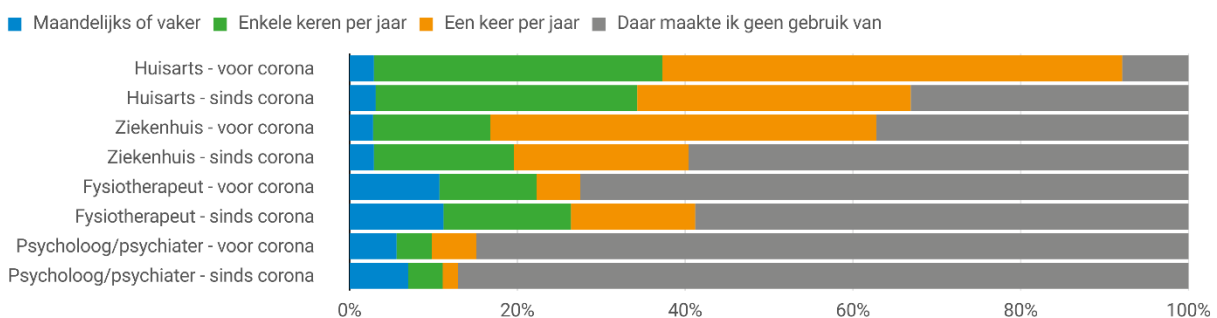


Hoe vaak maakt u zich zorgen over uw gezondheid?



De resultaten bevestigen wat andere onderzoeken ook al uitwezen: vele Nederlanders stelden tijdens het afgelopen jaar zorg uit. Zo ging vier keer zoveel Nederlanders niet naar de huisarts sinds corona als het jaar ervoor, namelijk één op drie tegenover één op twaalf. Twee keer zoveel gingen niet langs bij de apotheker (drie op tien sinds corona) en bijna drie keer zoveel miste hun afspraak bij de tandarts (een kwart van de Nederlanders). De verschillen voor bezoeken aan het ziekenhuis, de fysiotherapeut, en de psycholoog of psychiater zijn weergegeven in onderstaande figuur.

Hoe vaak maakte u voor/sinds de corona-uitbraak gebruik van de volgende zorgverleners?



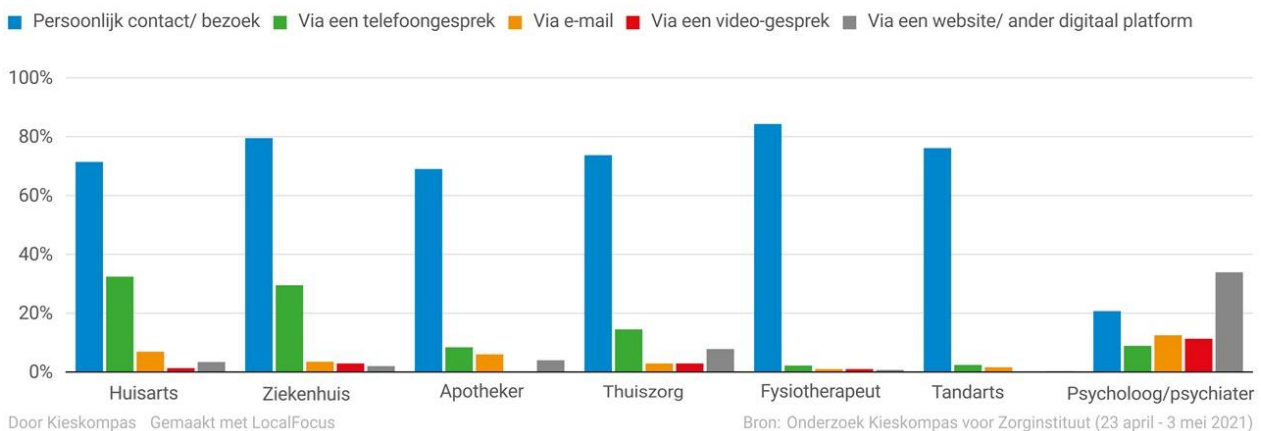
Daarnaast zijn er slechts kleine verschillen in het aandeel respondenten dat het afgelopen jaar regelmatig (i.e., enkele keren per jaar of vaker) gebruik maakte van de zorg, in vergelijking met voor de corona-uitbraak. Regelmatige gebruik van de zorg blijft dan ook grotendeels onverstoord verder lopen tijdens het afgelopen jaar. Het aandeel dat echter gemiddeld één keer per jaar gebruik maakt van een bepaalde soort zorg, is afgenomen sinds de corona-uitbraak. Een opvallende uitzondering is de fysiotherapeut: terwijl er weinig verschil is in het aantal patiënten die maandelijks of vaker langsgaat, is er een toename aan patiënten die jaarlijks of enkele keren per jaar naar de fysiotherapeut gaan.

› Persoonlijk of op afstand?

Deelnemers aan het onderzoek die aangaven tijdens het laatste jaar (2020-2021) gebruik gemaakt te hebben van zorg, werd gevraagd op welke manier ze deze zorg kregen. Dit kon op de klassieke manier, namelijk het persoonlijk bezoek, maar ook via een telefoongesprek, e-mail, video-gesprek, of via een website of ander digitaal platform. Bij bijna alle zorgverleners was het persoonlijk bezoek nog steeds het populairst, al rapporteerde de Raad van Volksgezondheid en Samenleving in augustus 2020 dat bijna twee derde van de huisartsen was begonnen met breedbellen tijdens de coronacrisis¹. Toch blijkt uit huidig onderzoek dat zorg via een video-gesprek slechts een uitzondering is. Dit geldt echter niet voor de GGZ: van de één op acht Nederlanders die gebruik maakte van psychologische of psychiatrische zorg, kreeg slechts één op vijf dit tijdens een persoonlijk bezoek. Een derde gaf aan psychologische hulp te krijgen via een website of digitaal platform, één op tien via videogesprek, één op tien via telefoongesprek, en één op acht via email. Eind augustus 2020 merkte de Raad van Volksgezondheid en Samenleving al op dat er 16 keer zo veel beeldconsultanten waren in GGZ tijdens corona.¹ Omdat geestelijke gezondheid zorg zich sinds de corona-uitbraak vaker op afstand heeft georganiseerd dan andere hulpverleners, worden deze patiënten en hun beleving van zorg in detail besproken later in dit verslag.

Op welke manier maakte u gebruik van zorg sinds de corona-uitbraak?

Meerdere antwoorden mogelijk.



Tijdens het afgelopen jaar was het telefoongesprek het tweede meest gebruikte medium. Met name patiënten van een huisarts (één op drie), een ziekenhuis (één op drie) en thuiszorg (één op zeven) gaven aan zorg te hebben ontvangen over de telefoon.

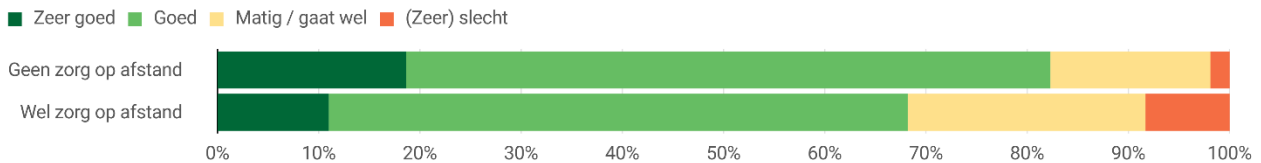
De coronacrisis heeft geleid tot een kleine, maar significante vooruitgang in het digitaliseren van hulpverlening, en het organiseren van zorg op afstand (i.e., zorg die niet tijdens een persoonlijk bezoek maar over een ander medium plaatsvindt). De respondenten die aangaven gebruik te hebben gemaakt van zorg over de telefoon, email, videogesprek, of een ander digitaal platform, zijn dan ook anders dan de overige respondenten; zij hebben namelijk al ervaring opgedaan met digitale zorg. In de verdere rapportage worden ze beschreven als de *ervaren* respondenten, terwijl zij die het afgelopen jaar geen gebruik maakten van zorg, of dit enkel deden via een persoonlijk bezoek, beschreven worden als de *onervaren* respondenten. Het is echter mogelijk dat deze laatste groep wel al in aanraking is gekomen met zorg op afstand, maar voor de corona-uitbraak. Dit is echter niet bevestigd.

De *ervaren* en *onervaren* respondenten verschillen weinig in hun demografische samenstelling, al zijn iets meer dan de helft van de *ervaren* respondenten vrouwen, terwijl dit bij de *onervaren* juist omgekeerd is.

¹ <https://www.raadvsv.nl/documenten/publicaties/2020/08/27/zorg-op-afstand-dichterbij>

Wel zijn er kleine, maar belangrijke verschillen in hoe de respondenten hun gezondheid beoordelen en of ze zich zorgen maken. Zo bestaat de groep die wel zorg op afstand ontving tijdens het afgelopen jaar uit relatief meer respondenten in matige tot (zeer) slechte gezondheid. Dit is geen verrassing, omdat in de *onervaren* groep ook respondenten zitten die het afgelopen jaar geen gebruik maakten van zorg, zij het een persoonlijk bezoek of via een ander medium. Dat wie in slechtere gezondheid verkeerd vaker naar de dokter gaat, en hierdoor ook vaker zorg op afstand verkreeg, is een logisch gevolg.

Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen?

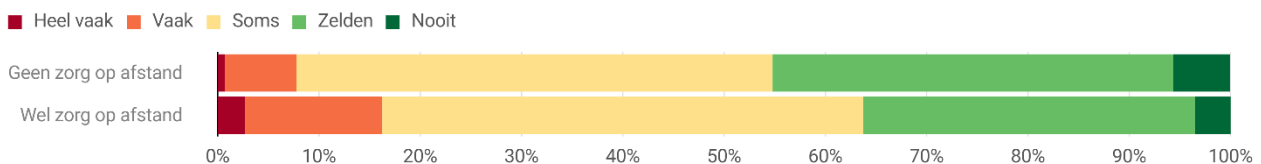


Door Kieskompas Gemaakt met LocalFocus

Bron: Onderzoek Kieskompas voor Zorginstituut (23 april - 3 mei 2021)

In dezelfde lijn is het niet verrassend dat de groep die het afgelopen jaar geen zorg op afstand ontvingen (omdat ze in totaal minder vaak of niet langsgingen bij een zorgverlener), zich minder vaak zorgen maken dan wie wel zorg op afstand kreeg. Bij verdere interpretaties van de verschillen tussen deze twee groepen is het dus belangrijk hier rekening mee te houden.

Hoe vaak maakt u zich zorgen over uw gezondheid?



Door Kieskompas Gemaakt met LocalFocus

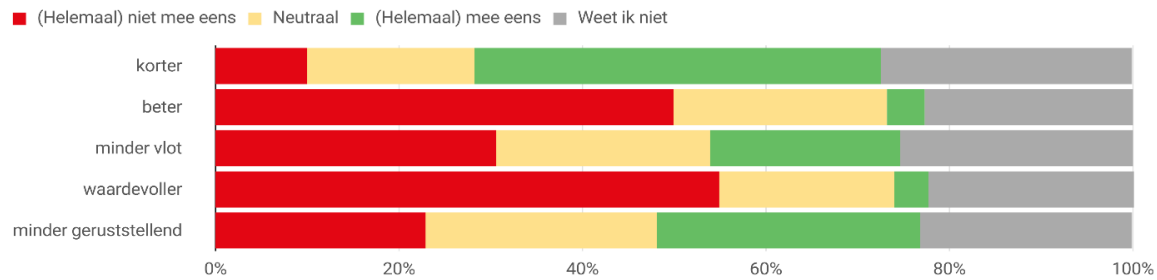
Bron: Onderzoek Kieskompas voor Zorginstituut (23 april - 3 mei 2021)

› Relatie met beoordeling van zorg op afstand

Deelnemers aan het onderzoek werden gevraagd om zorg op afstand op vijf aspecten te beoordelen. Ze werden namelijk gevraagd in hoeverre ze een bezoek via telefoon of computer korter, beter, minder vlot, waardevoller, of geruststellender vinden dan een persoonlijk bezoek. Onderstaande figuur stelt de resultaten voor. Wat opvalt is dat ruim twee op de tien respondenten bij elk aspect aangeven dat ze het niet weten. Daarnaast is een meerderheid het er mee eens dat zorg op afstand (via de telefoon of computer) korter is. Een meerderheid denkt niet dat zorg op afstand beter of waardevoller is, terwijl de meningen verdeeld zijn over of een bezoek via telefoon of computer minder vlot of minder geruststellend is dan een persoonlijk bezoek.

Resultaten wave I: meting 23 april – 3 mei 2021

In vergelijking met een persoonlijk bezoek aan mijn zorgverlener, vind ik dat een bezoek via telefoon of computer gewoonlijk ...



Door Kieskompas Gemaakt met LocalFocus

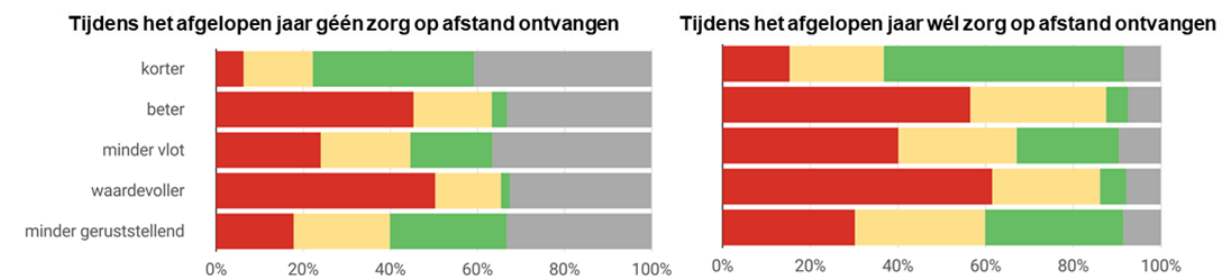
Bron: Onderzoek Kieskompas voor Zorginstituut (23 april - 3 mei 2021)

Onderstaande figuur laat de verschillen tussen de respondenten die afgelopen jaar wel zorg op afstand ontvingen (vier op de tien) en zij die dit niet hadden (zes op de tien) duidelijk zien. Het grootste verschil is geen verrassing: een derde van de respondenten die zelf nog geen ervaring hebben met zorg op afstand, geven aan dat ze deze vergelijking niet kunnen maken omdat ze het niet weten. Om de twee groepen toch te kunnen vergelijken, slaan verdere inzichten op een vergelijking wanneer zij die het niet weten buiten beschouwing zijn gelaten.

De 'onervaren' respondenten zijn het er vaker (helemaal) niet mee eens dat zorg op afstand beter en waardevoller is dan een persoonlijk bezoek, dan 'ervaren' respondenten. De 'ervaren' respondenten vinden vaker dat een bezoek via telefoon of computer niet minder vlot verloopt, en vinden ook vaker dat een virtueel bezoek niet minder geruststellend is. Respondenten die in contact kwamen met deze vorm van zorg zijn dus over het algemeen positiever in hun beoordeling, met één uitzondering: terwijl bij beide groepen een meerderheid denkt dat zorg op afstand korter is, zijn de 'ervaren' respondenten het hier vaker (helemaal) niet mee eens.

In vergelijking met een persoonlijk bezoek aan mijn zorgverlener, vind ik dat een bezoek via telefoon of computer gewoonlijk ... is dan een persoonlijk bezoek.

Legend: (Helemaal) niet mee eens (red), Neutraal (yellow), (Helemaal) mee eens (green), Weet ik niet (grey).



Door Kieskompas Gemaakt met LocalFocus

Bron: Onderzoek Kieskompas voor Zorginstituut (23 april - 3 mei 2021)

Daarnaast is er ook een correlatie-patroon terug te vinden in de beoordeling van verschillende aspecten van zorg op afstand. Wie een bezoek via de telefoon of computer beter vindt, vindt dit ook vaker vlotter, waardevoller, en geruststellender; maar daarom niet korter of minder kort. Op basis van hoe goed, vlot, waardevol en geruststellend men een bezoek via telefoon of computer vindt in vergelijking met een persoonlijk bezoek, werd een score toegekend die weergeeft hoe positief men zorg op afstand beoordeelde. Respondenten die echter geantwoord hadden met "weet ik niet" kregen geen score toegewezen. *Onervaren* respondenten scoren significant lager in hun beoordeling dan *ervaren* respondenten.

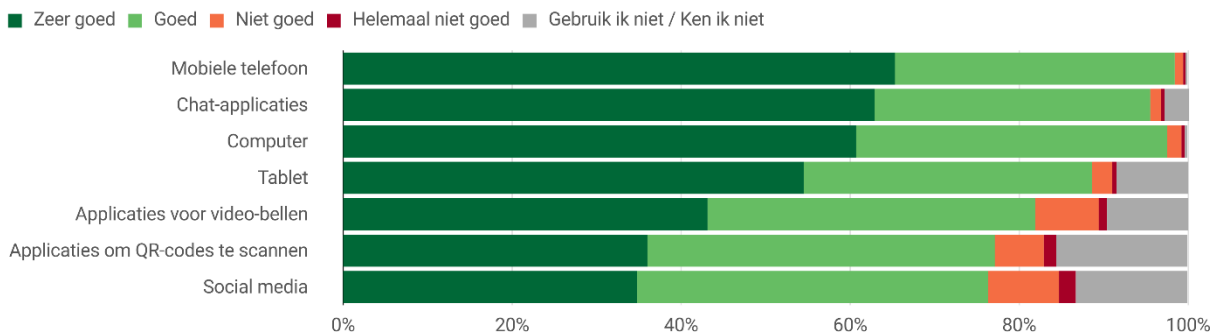
› Verklarende factoren

Verschillende factoren kunnen een rol spelen in of men open staat voor digitalisering van de zorg. Bij dit onderzoek werd de rol van digivaardigheid, financiële situatie, en vertrouwen in instituties en zorg uitgediept.

› Digivaardigheid

Een mogelijk belangrijke factor in of men open staat voor digitalisering van de zorg, is hoe vaardig men is met digitale toepassingen. Bijna alle respondenten gaven aan dat ze (zeer) goed overweg kunnen met een mobiele telefoon, computer en chat-applicaties. Een grote meerderheid van negen op tien is kundig in het gebruiken van een tablet, en driekwart geeft aan dat sociale media en het scannen van QR-codes geen onoverkomelijke taak is. Op basis van hoe kundig men is met de individuele digitale applicaties, werd voor elke respondent een digivaardigheidsscore opgesteld, die hun gemiddelde vaardigheid weergeeft. Meer dan driekwart behaalt een score van 3 op 4 voor digivaardigheid. Echter omdat het onderzoek digitaal werd uitgevoerd, is dit mogelijk geen representatief cijfer.

Hieronder staat een lijst van toestellen en applicaties. Geef aan hoe goed u overweg kunt met elk van onderstaande.



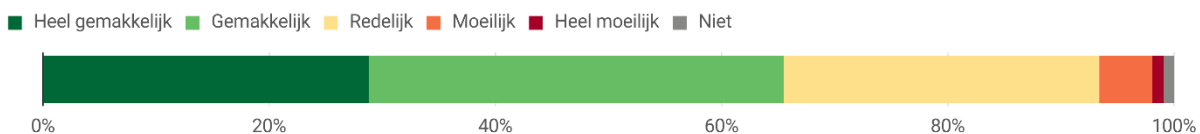
Door Kieskompas Gemaakt met LocalFocus

Bron: Onderzoek Kieskompas voor Zorginstituut (23 april - 3 mei 2021)

› Financiële situatie

Ook financiële situatie kan een rol spelen in digitalisering van de zorg. Daarom werd aan de respondenten gevraagd hoe gemakkelijk ze kunnen rondkomen met het inkomen van hun huishouden. Zo'n tweederde van de respondenten gaf aan dat ze (heel) gemakkelijk kunnen rondkomen, en iets meer dan een kwart zegt redelijk te kunnen rondkomen. Een kleine minderheid van één op twintig geeft aan moeilijk, heel moeilijk, of zelfs niet te kunnen rondkomen met hun inkomen.

Kunt u (heel) gemakkelijk, redelijk, (heel) moeilijk of niet rondkomen met het inkomen van uw huishouden?



Door Kieskompas Gemaakt met LocalFocus

Bron: Onderzoek Kieskompas voor Zorginstituut (23 april - 3 mei 2021)

› Vertrouwen

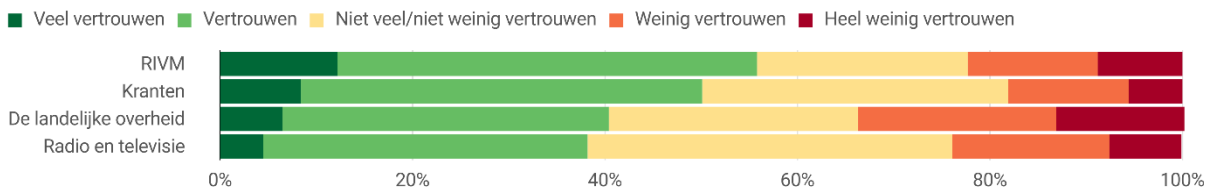
De respondenten werden gevraagd hoeveel vertrouwen ze hebben in bepaalde instellingen en groepen. Deze zijn opgedeeld in twee categorieën: institutioneel vertrouwen, en vertrouwen in zorg. Onder institutioneel vertrouwen valt het vertrouwen dat men heeft in de landelijke overheid, het RIVM, en

Resultaten wave I: meting 23 april – 3 mei 2021

media. Iets meer dan de helft van de respondenten vertrouwt de RIVM, en de helft zegt vertrouwen te hebben in kranten. Minder dan de helft vertrouwt in de overheid, of radio en televisie. Vooral het wantrouwen in de landelijke overheid is beduidend groot; een derde van de respondenten geeft aan dat ze de overheid niet vertrouwen, een bijna even grote groep als de respondenten die dit wel doen.

Kunt u zeggen hoeveel vertrouwen u heeft in elk van de onderstaande instellingen en groepen?

Kieskompas



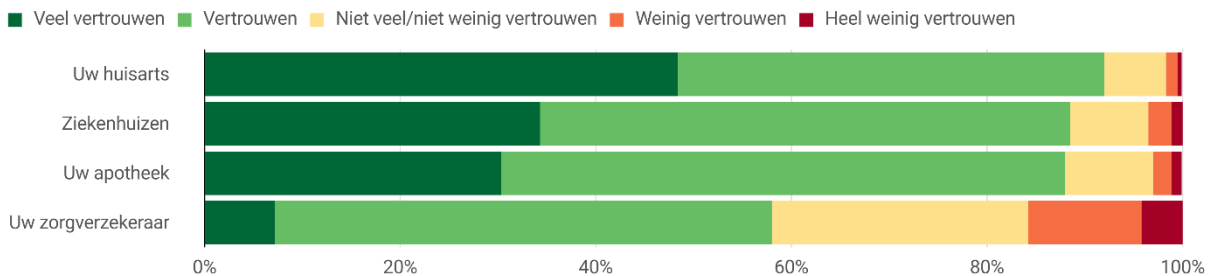
Door Kieskompas Gemaakt met LocalFocus

Bron: Onderzoek Kieskompas voor Zorginstituut (23 april - 3 mei 2021)

Onder vertrouwen in zorg valt vertrouwen in ziekenhuizen, apotheker, en huisarts. Factoranalyse wees uit dat het vertrouwen in de zorgverzekeraar niet nauw verbonden was met het vertrouwen van zorgverleners, noch met het institutioneel vertrouwen. In verdere analyses wordt het dan ook behandeld als een factor op zich. Zoals uit onderstaande figuur blijkt, is het vertrouwen in zorgverleners zeer hoog: meer dan negen op de tien geeft aan (veel) vertrouwen te hebben in de zorg. Meer dan de helft heeft ook vertrouwen in de zorgverzekeraar, maar een kleine minderheid heeft dit niet.

Kunt u zeggen hoeveel vertrouwen u heeft in elk van de onderstaande instellingen en groepen?

Kieskompas



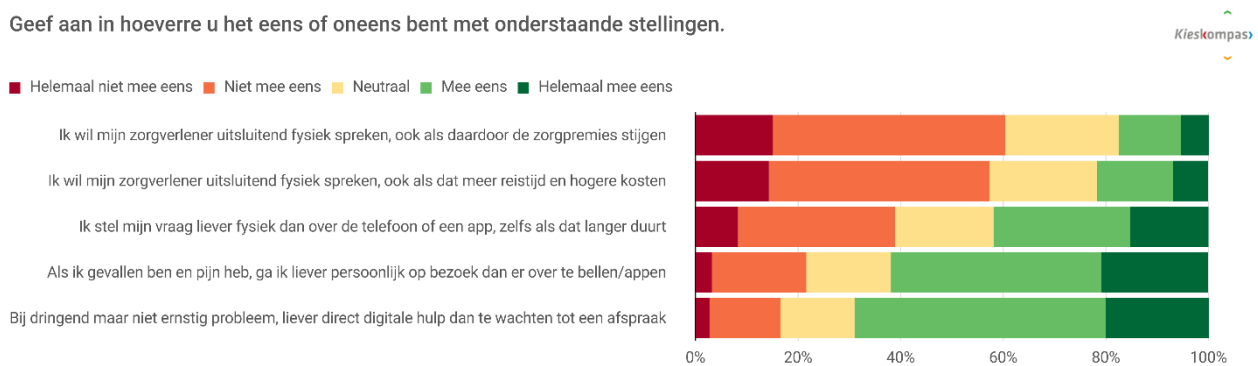
Door Kieskompas Gemaakt met LocalFocus

Bron: Onderzoek Kieskompas voor Zorginstituut (23 april - 3 mei 2021)

> Voorkeur voor fysieke zorg in plaats van digitaal

De meningen zijn verdeeld over of men liever fysieke dan wel digitale hulp krijgt. Zo is vier op de tien het er (helemaal) mee eens dat ze *hun vraag liever fysiek dan over de telefoon of een app stellen, zelfs als dat langer duurt*; vier op de tien is het hier (helemaal) niet mee eens. Hoe ernstig de zorgvraag is speelt een duidelijke rol. Zo gaat een meerderheid liever op *persoonlijk bezoek als ze gevallen zijn en pijn hebben*; maar als het *probleem dringend maar niet ernstig is*, wil driekwart liever digitale hulp. Ook geld is een belangrijke factor. Zo'n twee op de tien respondenten geven aan dat ze *hun zorgverlener uitsluitend fysiek willen spreken, zelfs als daar een hogere zorgpremie tegenover staat*; zes op de tien is het daar niet mee eens. Een even grote groep is het er niet mee eens dat ze *hun zorgverlener uitsluitend fysiek willen spreken, als dat meer reistijd en hogere kosten betekent*.

Geef aan in hoeverre u het eens of oneens bent met onderstaande stellingen.



Door Kieskompas Gemaakt met LocalFocus

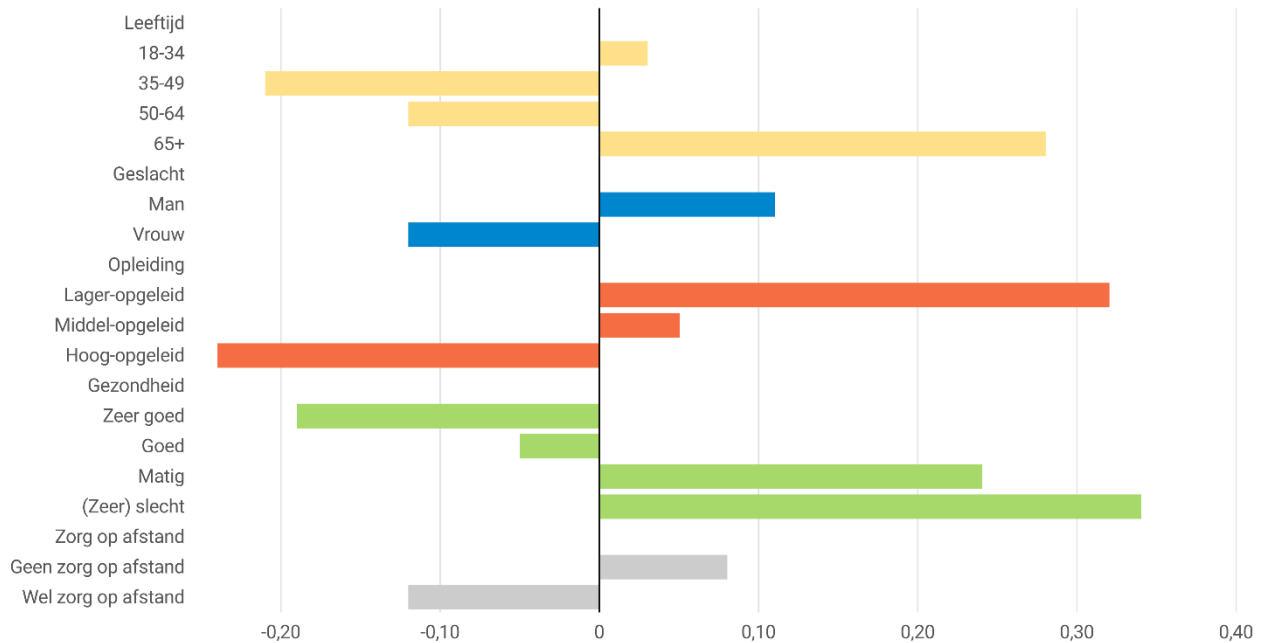
Bron: Onderzoek Kieskompas voor Zorginstituut (23 april - 3 mei 2021)

De verschillen tussen de antwoorden op de stellingen geven aan dat voorkeur voor fysieke dan wel digitale zorg deels afhankelijk is van de context en de aard van het zorgprobleem. Toch is er een verband tussen antwoorden op de verschillende stellingen. Respondenten die fysieke hulp willen ondanks hogere kosten, willen ook vaker fysieke hulp als dat meer reistijd met zich meebrengt of langer duurt. Ze willen ook liever op fysiek bezoek wanneer ze gevallen zijn en een dringend maar niet ernstig probleem hebben. Er is een voorkeur voor enerzijds fysiek en anderzijds digitaal contact met een zorgverlener, ongeacht de context. De antwoorden zijn dus zowel afhankelijk van deze voorkeur als van de situatie.

Op basis van de antwoorden op deze vijf stellingen werd een gestandaardiseerde schaal opgesteld, waarbij een positieve score betekent dat iemand meer dan gemiddelde voorkeur vertoont voor fysieke zorgverlening, en een negatieve score betekent minder dan gemiddelde voorkeur voor fysieke zorgverlening (en dus een grotere voorkeur voor digitale hulpverlening). Onderstaande figuur stelt het gemiddelde van verschillende bevolkingsgroepen voor. Groepen met een score rond nul hebben een gemiddelde voorkeur voor fysieke dan wel digitale zorg. Hoe meer naar rechts het gemiddelde van een groep, hoe positiever dit getal, en dus hoe meer ze geneigd zijn om fysieke zorg te verkiezen. Omgekeerd zijn groepen met een negatief gemiddelde en dus links in de figuur minder geneigd om fysieke zorg te verkiezen, en hebben ze dus een grotere voorkeur voor digitale gezondheidszorg.

Voorkeur voor fysieke dan wel digitale zorg

Groepen met een positief gemiddelde, zijn meer geneigd naar fysieke zorg; groepen met een negatief gemiddelde zijn meer geneigd naar digitale zorg.



Door Kieskompas Gemaakt met LocalFocus

Bron: Onderzoek Kieskompas voor Zorginstituut (23 april - 3 mei 2021)

Groepen die een duidelijke voorkeur hebben voor fysieke zorg zijn lager-opgeleiden, 65-plussers, en wie in matige tot zeer slechte gezondheid verkeert. Groepen die meer neigen naar digitale zorg zijn hoger-opgeleiden, vrouwen, Nederlanders tussen 35 en 64, en Nederlanders in zeer goede gezondheid. Een interessant verschil is ook te zien tussen de groep die wel zorg op afstand heeft ontvangen tijdens corona, en de groep die dit niet heeft: wie wel zorg op afstand heeft gekregen, heeft beduidend minder voorkeur voor fysieke zorg.

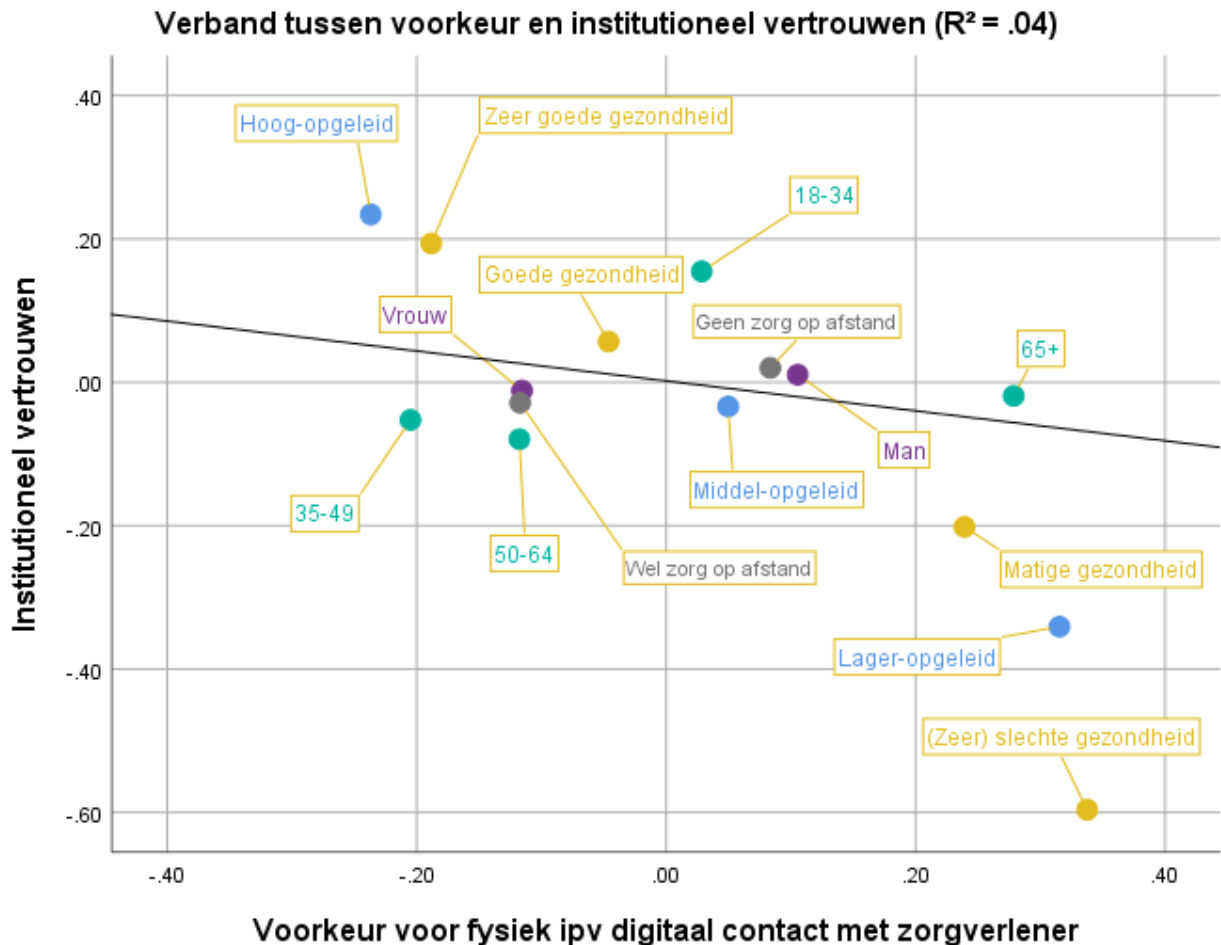
Om de drijvende factoren achter deze voorkeur meer in detail te bekijken, werden regressieanalyses uitgevoerd. Deze gaven weer of een variabele significant verbonden was met de voorkeur voor fysieke zorg, en dit bleef als andere verklarende variabelen aan het model werden toegevoegd. De uitkomsten van de regressieanalyses zijn te vinden in de appendix. De volgende figuren geven de relatie weer tussen voorkeur voor fysieke zorg in plaats van digitale zorg en:

- › institutioneel vertrouwen,
- › digivaardigheid, en
- › beoordeling van zorg op afstand.

Deze drie factoren zijn onafhankelijk van elkaar sterke voorspellers voor welke voorkeur een respondent heeft. Daarnaast is uit de figuren ook verschillen tussen leeftijdsgroepen, opleiding, etc. af te lezen. Omdat deze meer abstracte factoren nauw verbonden zijn met de voorkeur voor fysieke dan wel digitale zorg, maar het in de praktijk makkelijker is om aanpak toe te spitsten op demografische groepen, worden de verbanden met vertrouwen, digivaardigheid, en beoordeling van zorg op afstand gebruikt om verschillen tussen groepen te verklaren.

Relatie tussen voorkeur en institutioneel vertrouwen

Onderstaande figuur geeft de relatie weer tussen institutioneel vertrouwen (verticale as) en de voorkeur voor fysiek in plaats van digitaal contact met een hulpverlener (horizontale as). Groepen die meer naar rechts staan op de figuur, kiezen een persoonlijk bezoek boven digitale hulp. Groepen die zich van boven op de figuur bevinden, hebben hoger institutioneel vertrouwen dan groepen die zich lager bevinden. Er is een significant negatief verband tussen beide: wie hoger institutioneel vertrouwen heeft, heeft minder voorkeur voor fysieke zorg in de plaats van digitaal. Dit verband wordt weergegeven door een neerwaartse regressielijn.



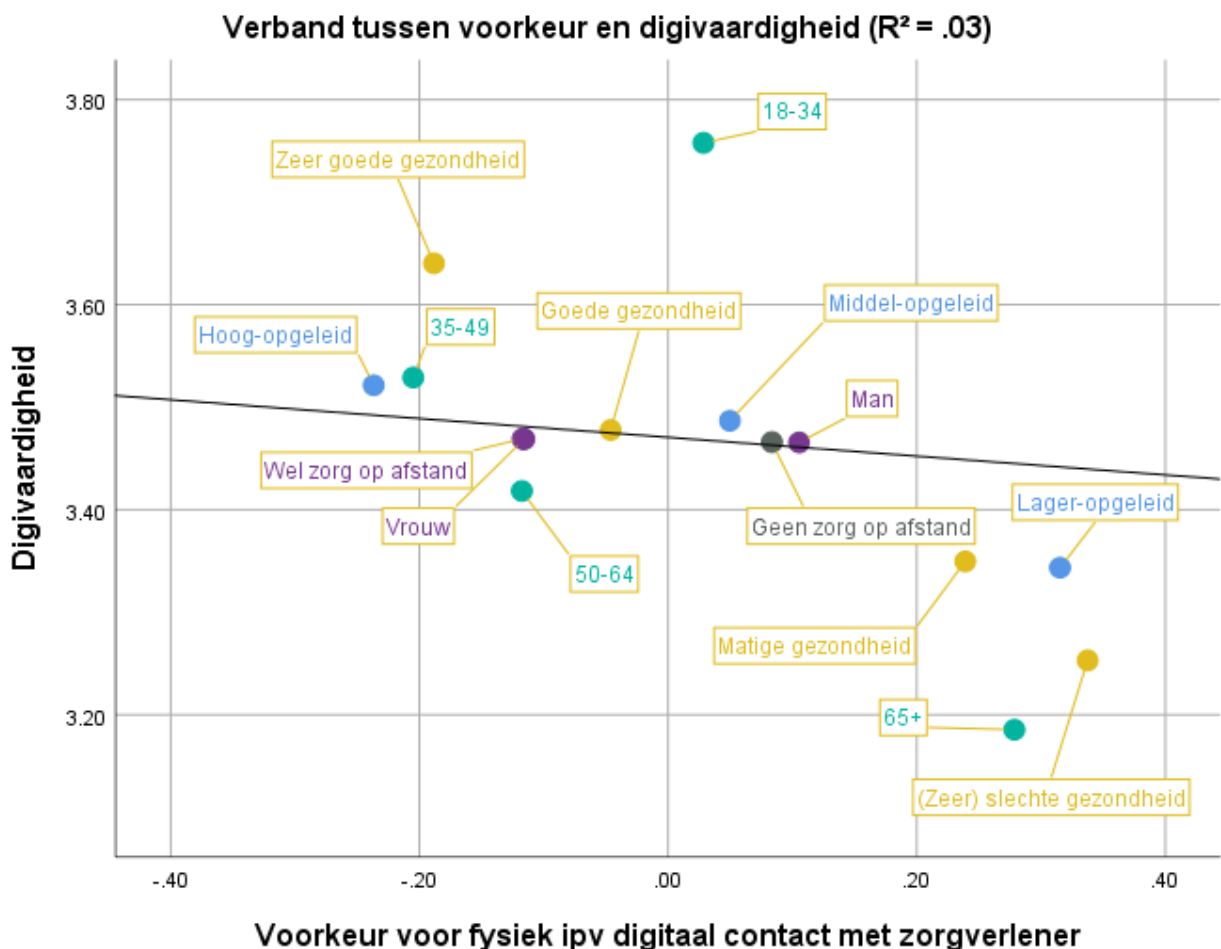
Institutioneel vertrouwen is een gestandaardiseerde schaal op basis van de stellingen over vertrouwen in instituties. Dit betekent dat wie gemiddeld vertrouwen heeft, een score heeft rond nul. Wie bovengemiddeld vertrouwen heeft, heeft een positieve score (hoger op de grafiek); en wie minder dan gemiddeld institutioneel vertrouwen heeft, heeft een negatieve score (lager op de grafiek).

Over het algemeen zijn de groepen met minder institutioneel vertrouwen ook de groepen met meer voorkeur voor fysiek in plaats van digitaal contact. Dit is met name te zien bij opleiding en gezondheid, en institutioneel vertrouwen is dan mogelijk deels verklarend voor het verschil tussen deze groepen. Leeftijd vormt hier echter een duidelijke uitzondering op: hoewel 18 tot 34-jarigen hoger institutioneel vertrouwen hebben dan oudere Nederlanders, hebben ze geen uitgesproken voorkeur voor digitale zorg. Meer nog, de jongste groep heeft licht bovengemiddelde voorkeur voor fysiek contact. Dit kwadratisch verband,

waarbij de oudste en jongste groep zich meer naar rechts bevinden, kwam duidelijk uit de analyses naar voren. Ook de verschillen in voorkeur tussen man en vrouw en tussen zij die al wel zorg op afstand heeft gekregen en zij die dat niet hebben, zijn niet te verklaren door institutioneel vertrouwen: ondanks de grote verschillen in voorkeur, hebben zij gemiddeld evenveel institutioneel vertrouwen.

Relatie tussen voorkeur en digivaardigheid

Onderstaande figuur toont de relatie tussen digivaardigheid (verticale as) en de voorkeur voor fysieke zorg (horizontale as). Ook hiertussen is een sterk negatieve relatie, die af te leiden is uit de neerwaartse regressielijn: groepen met meer digivaardigheid, hebben een minder uitgesproken voorkeur voor fysieke zorg. Digivaardigheid is een score van 1 tot 4, waarbij een hogere score betekent dat men aangeeft vaardiger te zijn in het gebruik van digitale toestellen en applicaties. Gemiddeld scoort het panel 3.4 op 4. De bevolkingsgroep met de laagste score, namelijk de 65-plussers, heeft een score van 3.2 op 4. Dit toont aan dat alle groepen gemiddelde gezien redelijk tot zeer vaardig zijn. Toch is het effect van digivaardigheid op de voorkeur voor fysieke zorg redelijk groot, wat betekent dat de kleine verschillen in het kunnen gebruiken van digitale applicaties een invloed hebben op het verkiezen van fysieke of eerder digitale zorg.

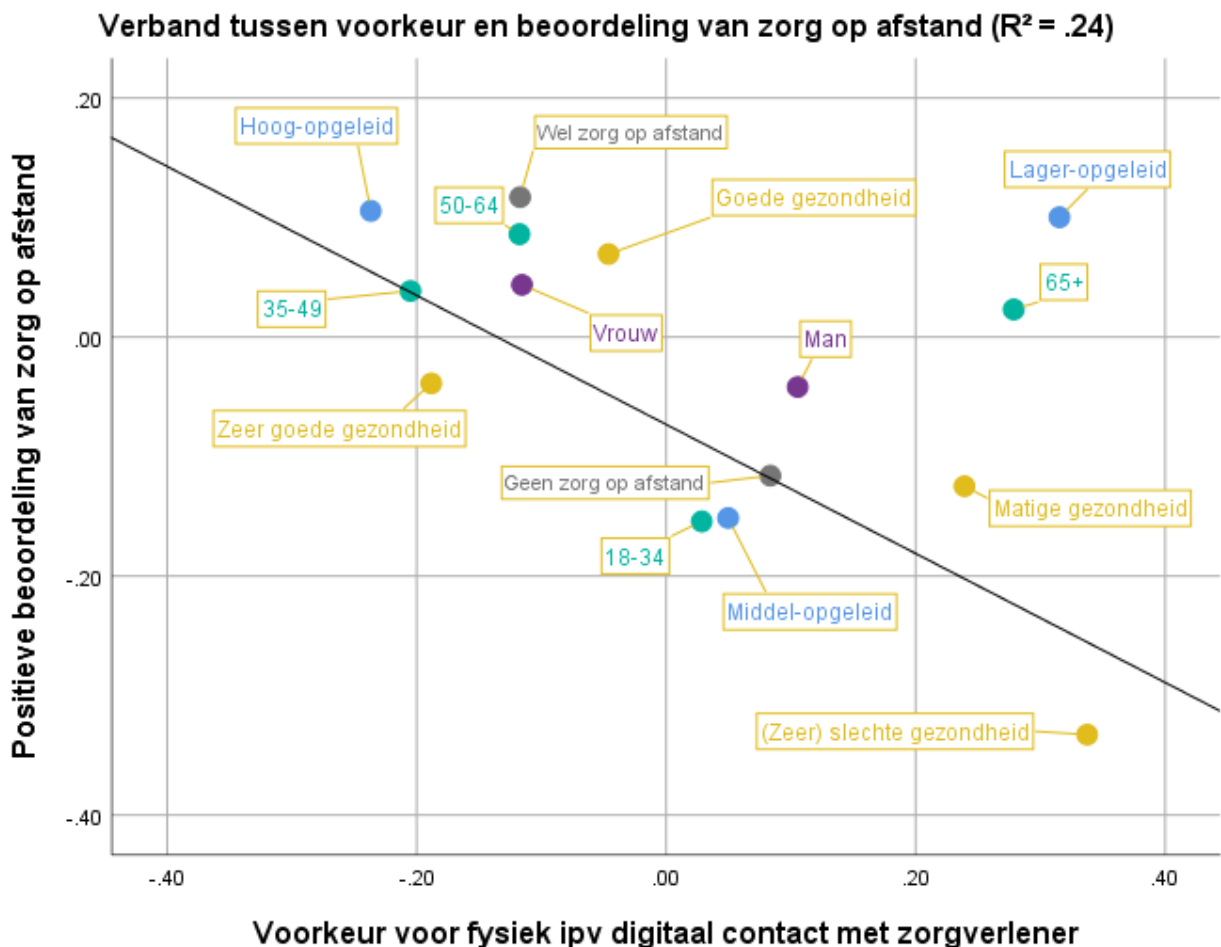


Net zoals bij institutioneel vertrouwen volgen de groepen op basis van opleiding en vertrouwen hetzelfde patroon; hoe slechter de gezondheid en hoe lager de opleiding, hoe slechter de digivaardigheid en hoe groter de voorkeur voor fysieke zorgverlening. De verschillen tussen gezondheidsgroepen zijn wel meer uitgesproken dan bij groepen op basis van opleiding; vooral hoog- en middel-opgeleiden verschillen niet

veel. Ook in lijn met de resultaten van institutioneel vertrouwen zijn de niet-bestaande verschillen tussen man en vrouw, en tussen wie geen en wie wel ervaring heeft gehad met zorg op afstand (de gemiddelde scores van vrouwen en van wie wel ervaring heeft met zorg op afstand overlappen, waardoor zij door dezelfde cirkel worden voorgesteld). Digivaardigheid is dus geen verklarende factor voor het verschil tussen deze groepen. Digivaardigheid neemt af met stijgende leeftijd, en voor de oudste groep is het waarschijnlijk dat hun beperktere vaardigheid een hindernis is om digitale zorg te verkiezen. De jongste groep echter scoort gemiddeld bijna 3.8 op 4 en heeft dus een uitstekende digivaardigheid. Op basis van deze score zouden we, net zoals bij hun hoge institutionele vertrouwen, verwachten dat ze een grote voorkeur hebben voor digitale zorg.

› Relatie tussen voorkeur en beoordeling zorg op afstand

Onderstaande figuur toont het verband tussen hoe positief men zorg op afstand beoordeelt (verticale as), en voorkeur voor fysiek in plaats van digitaal contact (horizontale as). Deze beoordelingscore is een gestandaardiseerde score op basis van de beoordeling van zorg op afstand in verschillende aspecten. Dit betekent dat wie een positieve score heeft (en zich dus hoger bevindt op de grafiek) zorg op afstand beter, waardevoller, geruststellender, en vlotter vond dan een persoonlijk bezoek. Hoe verder onder nul (lager op de grafiek), hoe negatiever men zorg op afstand beoordeelt op deze aspecten. Omdat deze schaal enkel kan gevormd worden voor respondenten die niet met 'weet ik niet' hebben geantwoord bij de beoordelingen, is deze analyse gebaseerd op een kleinere groep. Er is een zeer sterk negatief verband: hoe positiever men is over zorg op afstand, hoe minder voorkeur voor fysieke zorg men heeft. Dit verband is sterker dan dat van institutioneel vertrouwen of digivaardigheid.



Allereerst valt op dat voor het eerst een verschil tussen man en vrouw, en tussen de *ervaren* en *onervaren* respondenten, te zien is. Vrouwen en wie wel al zorg op afstand heeft ontvangen zijn namelijk positiever. Mannen en wie geen zorg op afstand had afgelopen jaar is beduidend negatiever, en dit is een mogelijke verklaring waarom ze fysieke zorg verkiezen. Daarnaast geeft de grafiek voor het eerst een mogelijke verklaring weer voor het verrassende effect van leeftijd: de jongste groep is beduidend negatief over zorg op afstand. Aangezien het effect van deze beoordeling groter is dan dat van digivaardigheid en institutioneel vertrouwen, kan de negatieve beoordeling van de 18- tot 34-jarigen de positieve effecten van hun hoog institutioneel vertrouwen en hun hoge digivaardigheid hebben tenietgedaan. De andere leeftijdsgroepen verschillen onderling niet veel in hoe ze zorg op afstand beoordelen. Een tweede opvallend resultaat is hoe positief de lager-opgeleiden zorg op afstand beoordelen, even positief als hoogopgeleiden. Op basis hiervan zouden we verwachten dat ze meer voorkeur hebben voor digitale zorg, terwijl ze één van de groepen zijn die het meest naar fysieke zorg neigen. Voor deze groep spelen mogelijk de andere twee factoren een belangrijkere rol. Tot slot volgt gezondheid in min of meerdere mate het patroon: hoe slechter de gezondheid, hoe slechter de beoordeling van zorg op afstand en hoe meer voorkeur voor fysieke zorg. Enkel de groep in zeer goede gezondheid springt er tussen uit, omdat ze minder positief zijn over zorg op afstand dan we zouden verwachten.

› Conclusies

Een positievere beoordeling van zorg op afstand, hoger institutioneel vertrouwen, en hoge digivaardigheid zijn geassocieerd met meer voorkeur voor digitale zorg; hoe gemakkelijk men kan rondkomen en hoeveel vertrouwen men heeft in zorgverleners niet. Deze variabelen bleken namelijk niet significant in de regressieanalyses.

Voor verschillen in opleiding en gezondheid lijken institutioneel vertrouwen en digivaardigheid het belangrijkste. Groepen die hier het meest onder lijden zijn wie in matige tot zeer slechte gezondheid verkeert (ze hebben laag vertrouwen in de overheid, het RIVM, en de media; ze kunnen iets minder snel mee met de digitalisering; én ze denken dat zorg op afstand minder goed is dan fysieke zorg). Ook lager opgeleiden hebben laag vertrouwen en minder digivaardigheid; maar zij hebben wel een positievere mening over zorg op afstand, al is dit niet genoeg om deze groep over de streep te trekken.

Vrouwen en *ervaren* respondenten hebben grotere voorkeur voor digitale zorg dan mannen en *onervaren* respondenten. Mogelijk zit hier de beoordeling van zorg op afstand achter: zowel vrouwen als *ervaren* respondenten zijn hier positiever over, wat er toe kan leiden dat ze er ook meer voor open staan.

Bij leeftijd tot slot zijn de verbanden niet rechtlijnig te interpreteren. De oudste Nederlanders lijken gehinderd te worden door hun gebrek aan digivaardigheid; de jongste door een negatieve beoordeling van zorg op afstand. Daarnaast kan het simpele aspect van tijd voor fysieke zorg een rol spelen. De 35- tot 64-jarigen hebben minder tijd naast hun baan en gezin om langs de dokter te gaan, en de verminderde tijdsdruk van digitale zorg kan hen over de streep hebben getrokken.

› Zorgen over privacy

Naast stellingen die peilen naar voorkeur voor digitaal of fysiek contact met de zorgverlener, werden de respondenten ook stellingen voorgelegd over een ander aspect van digitale zorg: namelijk privacy. De helft van de respondenten geeft aan dat ze zich geen zorgen maken over hun privacy, als hun gezondheid digitaal gevolgd wordt. Ook zou bijna zes op de tien een app downloaden als hun zorgverlener dit vraagt, tegenover twee op de tien die dit niet zou doen. Meer dan zes op de tien willen privacy opofferen als het betekent dat zorgverleners hun dossier makkelijk kunnen raadplegen, en een minderheid van twee op de tien is het hier (helemaal) niet mee eens.

Geef aan in hoeverre u het eens of oneens bent met onderstaande stellingen.

Kieskompas

■ Helemaal niet mee eens ■ Niet mee eens ■ Neutraal ■ Mee eens ■ Helemaal mee eens



Door Kieskompas Gemaakt met LocalFocus

Bron: Onderzoek Kieskompas voor Zorginstituut (23 april - 3 mei 2021)

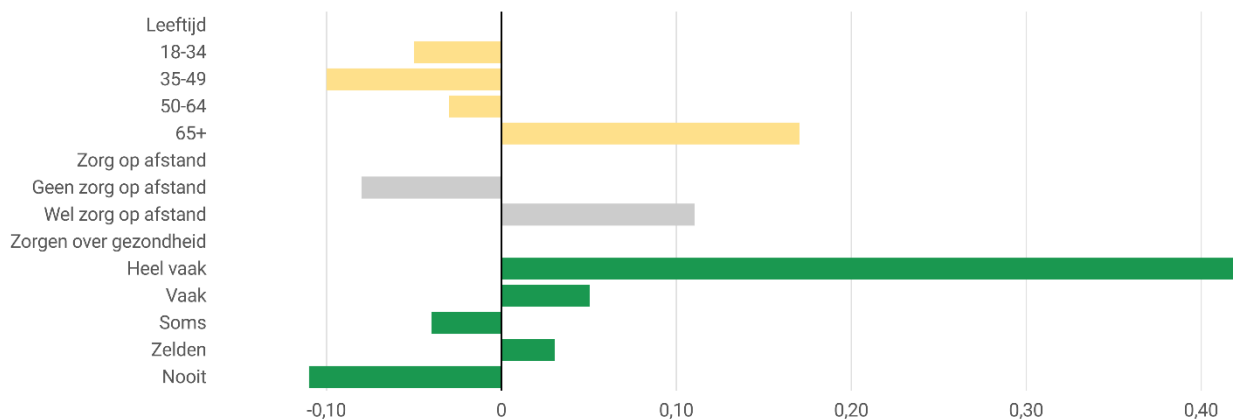
Ook op basis van deze stellingen werd een gestandaardiseerde schaal opgesteld, die het belang van privacy weergeeft. Wie hoger scoort en privacy belangrijker vindt, maakte zich eerder zorgen, zou geen app downloaden en wil geen privacy opofferen voor het gemak van zorgverleners. Ook voor dit aspect van digitale zorg werd gekeken naar mogelijke voorspellende variabelen, en hun betekenis.

Zo werd er geen significant effect gevonden van geslacht, opleiding, of gezondheid. Significante verschillen werden wel gevonden op basis van leeftijd, zorgen over de gezondheid, en ervaring met zorg op afstand, deze worden in onderstaande grafiek voorgesteld. Tot slot zijn er ook significante verbanden tussen het belang van privacy en institutioneel vertrouwen (hoe hoger, hoe minder belangrijk); vertrouwen in de zorg (hoe hoger, hoe minder belangrijk); vertrouwen in zorgverzekeraars (hoe hoger, hoe minder belangrijk), politieke oriëntatie links-rechts (hoe rechtser, hoe minder belangrijk); en digivaardigheid (hoe vaardiger, hoe minder belangrijk). Deze effecten staan in volgorde van grootte, waarbij het effect van institutioneel vertrouwen het sterkste is.

Belang van privacy

Groepen met een positief gemiddelde maken zich meer zorgen over en prioriteren privacy; groepen met een negatief gemiddelde maken zich minder zorgen.

Kieskompas



Door Kieskompas Gemaakt met LocalFocus

Bron: Onderzoek Kieskompas voor Zorginstituut (23 april - 3 mei 2021)

› Hoe ervaart wie psychologische zorg zoekt de digitale gezondheidszorg?

Iets meer dan 1000 respondenten gaven aan dat ze sinds de corona-uitbraak zorg hadden ontvangen van een psycholoog of psychiater. Omdat de geestelijke gezondheidszorg anders georganiseerd is, en uit onze resultaten blijkt dat zorg op afstand er tijdens het afgelopen jaar vaker werd gebruikt dan een persoonlijk bezoek, is het interessant deze groep te bekijken en vergelijken met wie geen gebruik maakte van geestelijke gezondheidszorg.

› Demografisch profiel

De helft van de respondenten die psychologische/psychiatrische zorg heeft gekregen sinds de corona-uitbraak tussen de 18 en 34 jaar. Een kwart is tussen de 35 en 49, en een kwart is ouder dan 50. Er zijn iets meer vrouwen dan mannen die psychologische hulp kregen. Deze groep bevat meer hoger-opgeleiden en minder lager-opgeleiden relatief ten opzichte van de Nederlandse bevolking, en ook meer respondenten die matige tot zeer slechte gezondheid hebben.

› Verschillen met wie geen psychologische hulp zocht

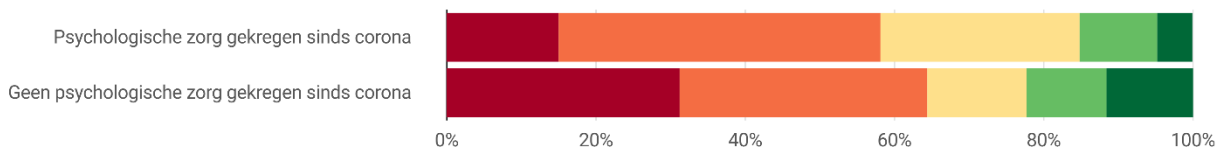
Wie digitale psychologische hulp verkreeg na de corona-uitbraak, verschilt van wie digitale andere zorgverlening kreeg tijdens het afgelopen jaar. Respondenten die digitale psychologische hulp kregen, maken zich minder zorgen over hun privacy. Tot slot is hun beoordeling van zorg op afstand iets negatiever dan die van ervaren respondenten die geen (digitaal) bezoek hebben gebracht aan een psychiater of psycholoog.

Toch is dit niet omdat deze respondenten niet openstaan voor digitale zorg. Zo verschillen ze niet significant van andere *ervaren* respondenten in hun voorkeur voor fysieke in plaats van digitale zorg. Wanneer hen gevraagd wordt of ze liever een digitaal gesprek hebben dan een fysiek bezoek wanneer ze zich somber voelen en hierover willen praten, geeft zes op de tien aan dat ze dit liever niet doen. Dit is echter niet verschillend van andere respondenten: digitale geestelijke gezondheidszorg lijkt maar bij een minderheid in de smaak te vallen.

Als ik me somber voel en hierover wil praten, heb ik liever een digitaal gesprek dan een fysiek bezoek



■ Helemaal niet mee eens ■ Niet mee eens ■ Neutraal ■ Mee eens ■ Helemaal mee eens



Door Kieskompas Gemaakt met LocalFocus

Bron: Onderzoek Kieskompas voor Zorginstituut (23 april - 3 mei 2021)

Appendix: Resultaten gewogen regressies

Resultaat regressie: Voorspellen van voorkeur (n = 7944, R² = .16)

De significante voorspellende variabelen voor *voorkeur voor fysiek contact met zorgverlener*. De 599 respondenten die op één of meer van de variabelen geen antwoord hebben gegeven, zijn uitgesloten van deze analyse. Schuingedrukte variabelen zijn factoren, de coëfficiënt geeft hier het verschil aan met de basis (geslacht = man, opleiding = laag, gezondheid = zeer goed, zorg op afstand = niet). B* zijn de gestandaardiseerde coëfficiënten, hoe groter deze waarden, hoe belangrijker deze variabele (ook in de context met de andere variabelen). Alle variabelen zijn zeer significant.

	B	B*	SE	p	
(Intercept)	2.37	0.00	.13	< .001	***
leeftijd	-0.06	-0.91	.00	< .001	***
leeftijd ² (kwadratische term)	0.00	0.98	.00	< .001	***
<i>geslacht VROUW</i>	-0.21	-0.10	.02	< .001	***
<i>opleiding MIDDEL</i>	-0.15	-0.07	.03	< .001	***
<i>opleiding HOOG</i>	-0.35	-0.16	.03	< .001	***
institutioneel vertrouwen	-0.17	-0.16	.01	< .001	***
<i>gezondheid GOED</i>	0.10	0.05	.03	.001	***
<i>gezondheid MATIG</i>	0.31	0.12	.04	< .001	***
<i>gezondheid (ZEER) SLECHT</i>	0.39	0.07	.06	< .001	***
digivaardigheid	-0.27	-0.14	.02	< .001	***
<i>zorg op afstand WEL</i>	-0.23	-0.12	.02	< .001	***

› Resultaat regressie: Voorspellen van voorkeur, incl. beoordeling van zorg op afstand (n = 5744, R² = .34)

De significante voorspellende variabelen voor *voorkeur voor fysiek contact met zorgverlener*, wanneer ook de beoordeling van zorg op afstand als variabele wordt toegevoegd. Omwille van het grote aantal respondenten die “ik weet het niet” antwoordden op hoe ze zorg beoordelen, vallen bij deze analyse ruim 2000 respondenten extra weg; 2777 in totaal. Schuingedrukte variabelen zijn factoren, de coëfficiënt geeft hier het verschil aan met de basis (geslacht = man, opleiding = laag, gezondheid = zeer goed, zorg op afstand = niet). B* zijn de gestandaardiseerde coëfficiënten, hoe groter deze waarden, hoe belangrijker deze variabele (ook in de context met de andere variabelen). De meeste variabelen zijn zeer significant, enkel het effect van gezondheid is niet zo uitgesproken meer.

	B	B*	SE	p	
(Intercept)	1.64	0.00	.27	< .001	***
leeftijd	-0.04	-0.59	.01	< .001	***
leeftijd ² (kwadratische term)	0.00	0.69	.00	< .001	***
<i>geslacht VROUW</i>	-0.17	-0.08	.04	< .001	***
<i>opleiding MIDDEL</i>	-0.22	-0.10	.07	.002	**
<i>opleiding HOOG</i>	-0.38	-0.18	.07	< .001	***
institutioneel vertrouwen	-0.10	-0.09	.03	< .001	***
<i>gezondheid GOED</i>	0.08	0.04	.06	.161	
<i>gezondheid MATIG</i>	0.15	0.06	.08	.047	*
<i>gezondheid (ZEER) SLECHT</i>	0.11	0.02	.11	.348	
digivaardigheid	-0.20	-0.11	.05	< .001	***
<i>zorg op afstand WEL</i>	-0.11	-0.06	.04	.009	**
beoordeling van zorg op afstand	-0.42	-0.43	.02	< .001	***

› Resultaat regressie: Voorspellen van belang van privacy (n = 7621, R² = .14)

De significante voorspellende variabelen voor *belang van privacy*. Schuingedrukte variabelen zijn factoren, de coëfficiënt geeft hier het verschil aan met de basis (zorgen over gezondheid = zeer vaak, zorg op afstand = niet).

	B	B*	SE	p	
(Intercept)	0.46	0.00	.30	.128	
leeftijd	0.02	0.25	.01	.042	*
leeftijd ² (kwadratische term)	0.00	-0.39	.00	.002	**
institutioneel vertrouwen	-0.18	-0.17	.03	< .001	***
vertrouwen in de zorg (algemeen)	-0.14	-0.13	.03	< .001	***
vertrouwen in zorgverzekeraars	-0.10	-0.10	.03	< .001	***
digivaardigheid	-0.14	-0.07	.05	.006	**
<i>zorg op afstand WEL</i>	-0.20	-0.10	.05	< .001	***
Links-Rechts	-0.04	-0.10	.01	< .001	***
<i>Zorgen om gezondheid VAAK</i>	0.39	0.11	.16	.014	*
<i>Zorgen om gezondheid SOMS</i>	0.57	0.29	.14	< .001	***
<i>Zorgen om gezondheid ZELDEN</i>	0.55	0.27	.15	< .001	***
<i>Zorgen om gezondheid NOOIT</i>	-0.72	-0.15	.17	< .001	***



HOE VINDEN BURGERS DAT DIGITALE ZORG KAN BIJDAGEN AAN DE VIER PRINCIPES VAN “PASSENDE ZORG”?

HOE DE KEUZE VOOR DIGITALE DAN WEL FYSIEKE ZORG ERG AFHANKELIJK IS VAN DE SITUATIE

ONDERZOEK DOOR KIESKOMPAS
IN OPDRACHT VAN HET ZORGINSTITUUT
L. Van Heck, S. van der Steen,
J.A. van Lindert



› Samenvatting

De Nederlandse gezondheidszorg staat voor grote uitdagingen. Ondanks de toenemende vraag door onder andere vergrijzing, krimpt het aantal mensen dat in de zorg wil werken. Ondertussen stijgen de zorgkosten. Om te zorgen dat er voldoende zorg is in de toekomst heeft het Zorginstituut Nederland vier principes van passende zorg opgesteld. Aan de hand van deze principes wordt zorg zo dicht mogelijk bij de patiënt georganiseerd en beslist de patiënt samen met zorgverleners over diens zorgafname met oog op de beste kwaliteit van leven en het voorkomen van overbehandeling. Digitalisering en digitale transformatie hebben de mogelijkheden om de zorg volgens deze passende principe te organiseren aanzienlijk vergroot. Om verder invulling te geven aan de passende principes van zorg is het essentieel om de stem van de burger te horen. Op welke manier kan digitalisering volgens hen bijdragen aan de vier passende principes van zorg en hoe kan digitale zorg zo worden ingericht dat fysieke en digitale zorg complementair aan elkaar is.

Kijken we naar digitale zorg dan zien we echter dat er te vaak wordt uitgegaan van generieke aannames zoals 'de burger is wel óf niet voor digitale zorg'. Er wordt echter onvoldoende rekening gehouden met het feit dat zorgsituaties behoorlijk kunnen verschillen en de patiënt dus per situatie een andere voorkeur kan hebben. In dit onderzoek zijn daarom verschillende zorgsituaties voorgelegd. Uit het onderzoek blijkt dat meer dan negen op de tien Nederlanders de keuze wil hebben voor fysieke zorg als daar behoefte aan is. Tegelijkertijd is slechts een kwart van de Nederlanders bereid om hiervoor te betalen met meer zorgpremie of reiskosten. De meeste Nederlanders staan dus open voor digitale zorg, maar het is situatie afhankelijk wanneer Nederlanders fysieke zorg verkiezen en wanneer digitale zorg. Om dit verder toe te lichten worden de resultaten van het onderzoek per passend principe uitgelicht.

Passende zorg gaat over gezondheid en zelfredzaamheid

- De voorkeur voor fysieke zorg ten opzichte van digitale zorg is toegenomen ten opzichte van vorig jaar. Dit geldt voor alle bevolkingsgroepen.
- Ruim zeven op de tien Nederlanders geven aan dat ze de mogelijkheid willen hebben om hun medische gegevens digitaal te bekijken.
- Ruimt acht op de tien Nederlanders zoekt zijn of haar gezondheidsklachten wel eens op internet. Ongeveer vier op de tien is over het algemeen gerustgesteld door de informatie op het internet en maakt daardoor geen afspraak meer. Bijna drie op de tien maakt echter ondanks dat ze gerustgesteld zijn wel een afspraak. Tot slot is drie op de tien niet gerustgesteld door de informatie op het internet.
- Vooral jongeren, hoogopgeleiden en mensen die (zeer) goede gezondheid ervaren worden gerustgesteld door de informatie op het internet. Zij zien ook vaker af van een fysieke afspraak bij dokter. Ouderen en laagopgeleiden worden over het algemeen ook gerustgesteld door de informatie op het internet, maar besluiten vaker om toch een fysieke afspraak te maken. Tot slot zijn mensen in (zeer) slechte gezondheid over het algemeen veel minder snel gerustgesteld door de informatie op het internet.
- Wat betreft digitale vormen van zorg waar een zorggebruiker niet direct in contact hoeft te staan met een zorgverlener, maakt drie op de tien wel eens gebruik van 'thuisarts.nl', 'gezondheidsapps' en 'de digitale persoonlijke gezondheidsomgeving'. Van gezondheidsapps die mensen uit eigen interesse downloaden wordt het meest frequent gebruik gemaakt.



Passende zorg gaat over de juiste zorg op de juiste plek

- De keuze van een patiënt voor digitale of fysieke zorg hangt erg af van de situatie.
- Zo blijkt dat wanneer iemand ‘gevallen is en pijn heeft’ of wanneer iemand ‘zich somber voelt, en daarover wil praten’ er een voorkeur voor een fysiek bezoek is. Ook wanneer men ‘al denkt te weten wat het probleem is’ of ‘ervan op de hoogte is dat een afspraak langer gaat duren’, blijft er over het algemeen een voorkeur voor fysieke zorg.
- Er is een grotere voorkeur voor digitale zorg bij ‘dringende, maar niet ernstige zorg’, wanneer ‘de diagnose al duidelijk is’ of wanneer ‘fysiek onderzoek niet nodig is’. Digitale zorg komt dus vooral in beeld wanneer een patiënt zich wil informeren of wanneer er een ondersteunend doel is.
- In vrijwel alle gevallen hebben ouderen vaker voorkeur voor fysieke zorg dan jongere leeftijdsgroepen. Jongeren hebben juist vaker dan oudere leeftijdsgroepen een voorkeur voor digitale zorg bij ‘een dringend maar niet ernstig probleem’.
- Zorg op Afstand (ZOA) is een vorm van zorg waarbij de patiënt op digitale wijze direct wordt geholpen door de zorgverlener zoals een digitale afspraak. Over het algemeen blijkt dat patiënten die ervaring hebben met ZOA deze vorm van zorg positiever beoordelen dan mensen die geen ervaring hebben. Daarbij vallen een aantal zaken op:
 - Jongeren (18-34) maken vaker gebruik van een hybride vorm (een combinatie van ZOA en persoonlijk contact) van zorg dan oudere leeftijdsgroepen. Ook mensen die een (zeer) slechte gezondheid ervaren of een langdurige gezondheidsklacht (lichamelijk dan wel psychisch) hebben, maken vaker gebruik van een hybride vorm van zorg.
 - Zorgverleners waarbij vaker gebruik wordt gemaakt van ZOA zijn de psycholoog/psychiater, huisarts en het ziekenhuis.
 - Wat betreft de waardering van ZOA, er lijken geen grote verschillen te bestaan tussen de groep die alleen gebruik maakt van een vorm van ZOA en de groep die gebruik maakt van de hybride vorm. Wel lijkt het erop dat mensen die gebruik maken van een hybride vorm van zorg deze eerder als geruststellend beoordelen (of minder snel als ‘minder geruststellend’); de marges zijn echter klein.

Passende zorg betekent dat de patiënt en zorgverlener samen beslissen

- Over het algemeen zijn Nederlanders tevreden over hun zorgverleners.
- Nederlanders hebben vertrouwen in hun zorgverleners. Meer dan helft geeft aan dat zorgverleners hun dossier mogen raadplegen ook al gaat dat ten koste van privacy.
- Een gebrek aan vertrouwen staat digitale zorg dus niet in de weg.

Passende zorg is zorg die werkt tegen een redelijke prijs

- Minder dan een kwart van de Nederlanders geeft aan dat ze bereid zijn om meer zorgpremie te betalen als ze hun zorgverlener dan (uitsluitend) fysiek kunnen spreken. Daarnaast geeft ruim de helft aan het hier (helemaal) niet eens te zijn en neemt ongeveer twee op de tien een neutrale positie in.
- Ruim drie op de tien is bereid om meer reiskosten te betalen als ze hun zorgverlener dan (uitsluitend) fysiek kunnen spreken. Minder dan de helft is het hier (helemaal) niet mee eens en ongeveer twee op de tien neemt een neutrale positie in.
- De bereidheid om zorgpremies dan wel reiskosten te betalen voor fysieke zorg is wel toegenomen ten opzichte van vorig jaar.



> Inhoudsopgave

Samenvatting	2
Inhoudsopgave	4
Over het onderzoek	5
<i>Over Kieskompas</i>	5
<i>Respondenten: het panel</i>	5
Ontwikkeling 2021-2022: naar een hybride vorm van zorg waar de burger kan kiezen	6
<i>Voorkeur voor fysieke zorg is bij iedereen toegenomen</i>	6
<i>De vier principes van passende zorg</i>	8
Gezondheid en zelfredzaamheid	9
<i>Gezondheid en gebruik van zorg</i>	9
<i>Eigen keuze eerst</i>	11
<i>De rol van het internet in al dan niet naar de dokter gaan</i>	12
<i>Digitale hulpmiddelen</i>	14
Juiste zorg op de juiste plek	16
<i>Voorkeur voor fysieke zorg in vrijwel alle situaties toegenomen</i>	16
<i>Wat mensen willen, is zeer afhankelijk van de zorgvraag</i>	17
<i>Persoonlijk, op afstand, of een combinatie van beide?</i>	19
<i>Beoordeling van Zorg op Afstand</i>	22
Samen beslissen	24
<i>Tevredenheid over contact met zorgverleners</i>	24
<i>Vertrouwen in zorgverleners</i>	24
Passende zorg voor een redelijke prijs	26
<i>Bereidheid om zorgpremie of reiskosten te betalen</i>	26
Conclusie	27



› Over het onderzoek

Het Zorginstituut heeft Kieskompas gevraagd om onderzoek te doen naar de attitudes van Nederlanders over innovatie en digitalisering van de zorg. Op welke manier wordt er gebruik gemaakt van digitale zorg? Hoe beoordelen patiënten deze zorg? Waar maken zij zich bijvoorbeeld zorgen over en waardoor wordt hun mening bepaald? Net als vorig jaar geeft dit onderzoek een stem aan de burger, die tot op heden niet vanzelfsprekend aanwezig is bij het bespreken van de toekomst van de zorg in Nederland. Daarnaast identificeert dit onderzoek groepen die moeilijker bereikt kunnen worden en aspecten waar Nederlanders nog niet de nodige kennis over hebben, als het over digitale zorg gaat.

Uit het onderzoek van vorig jaar bleek dat de voorkeur voor fysieke dan wel digitale zorg wordt bepaald door een drietal factoren: institutioneel vertrouwen, de mate van digivaardigheid en de beoordeling van patiënten over de zogenaamde Zorg op Afstand* (ZOA). Verder bleek dat mensen die al eens gebruik hebben gemaakt van ZOA een aanmerkelijk krachtigere beoordeling hebben over dergelijke zorg dan mensen die geen ZOA hebben gebruikt. Tot slot kwam naar voren dat de voorkeur voor fysieke dan wel digitale zorg behoorlijk context afhankelijk is. Zo spelen de kosten, maar ook de ernst van de zorgvraag een rol in deze keuze. Om verder uit te diepen in welke gevallen en voor welke bevolkingsgroepen er een voorkeur voor digitale zorg dan wel fysieke zorg bestaat, zijn in dit onderzoek nog enkele andere situaties voorgelegd. Daarnaast zal worden bekeken of opinies over digitale zorg zijn veranderd ten opzichte van vorig jaar. Daarbij zal worden ingezoomd op verschillende vraagstukken binnen de vier principes van passende zorg die door het Zorginstituut zijn opgesteld.

De resultaten van dit onderzoek zullen gebruikt worden in de verdere discussies met andere belanghebbende partijen (zoals patiëntvertegenwoordigers, beroepsgroepen, verenigingen van instellingen, ICT-leveranciers) die het Zorginstituut organiseert over de digitalisering binnen de gezondheidszorg

*Zorg op Afstand (ook wel ZOA) houdt in dat een patiënt in direct digitaal contact staat met de zorgverlener (bijvoorbeeld over de telefoon, mail of video) en onderscheidt zich van andere vormen van digitale zorg dat het gebruik van alle digitale middelen omvat, zoals zoeken op het internet of het gebruik van digitale apps om de gezondheid in de gaten te houden.

› Over Kieskompas

Bij Kieskompas zijn we benieuwd naar alle meningen. We brengen de politieke opinies van burgers in beeld voor maatschappelijk-en academisch onderzoek. Dat doen we via gericht panelonderzoek en met behulp van online tools. Kieskompas is ingebed in de academische gemeenschap en bestaat uit een team van enthousiaste onderzoekers die zich wijden aan het leveren van betrouwbare informatie ten gunste aan de samenleving.

› Respondenten: het panel

Het panel bestaat uit 20.615 gestratificeerd gesampled Nederlanders. De dataverzameling vond plaats van 2 tot 20 juni 2022. Op 20 juni hadden 5.855 mensen het onderzoek volledig ingevuld, waarvan 5.687 via het panel, en 168 via de anonieme link (die respondenten kunnen doorsturen naar vrienden en familie). De resultaten van dit onderzoek zijn gewogen naar geslacht, leeftijd, opleiding, etniciteit en stemgedrag om de data ten aanzien van deze kenmerken representatief te maken voor Nederland. Gewichten hoger dan het 99.5^e percentiel zijn getrimd. Om respondenten een gewicht toe te kennen, moeten hun leeftijd, geslacht, migratie-achtergrond, opleiding, en het stemgedrag bij de Tweede Kamerverkiezingen bekend zijn, hetgeen 5.664 respondenten met ons deelden.



› Ontwikkeling 2021-2022: naar een hybride vorm van zorg waar de burger kan kiezen

- De voorkeur voor fysieke zorg ten opzichte van digitale zorg is voor alle bevolkingsgroepen toegenomen ten opzichte van vorig jaar.
- De voorkeur voor fysieke zorg is sterker toegenomen bij groepen die vorig jaar juist een grotere voorkeur hadden voor digitale zorg, waardoor de gemiddelden naar elkaar toe kruipen. Uitzondering is te vinden bij de vergelijking tussen ervaren en onervaren zorggebruikers, hier liggen de verschillen juist verder uit elkaar, al is de voorkeur voor fysieke zorg voor beide groepen dus ook gestegen.
- Het institutioneel vertrouwen is afgenomen ten opzichte van vorig jaar. De afname in vertrouwen is groter voor groepen die juist meer vertrouwen hadden in 2021

› Voorkeur voor fysieke zorg is bij iedereen toegenomen

In het vorige onderzoek dat Kieskompas uitvoerde in opdracht van het Zorginstituut werd onderzocht welke factoren invloed hebben op een voorkeur voor digitale zorg dan wel fysieke zorg. Uit dit onderzoek kwam onder andere naar voren dat er een sterk verband bestaat tussen institutioneel vertrouwen en voorkeur, waarbij burgers met minder vertrouwen in de overheid, het RIVM en de media vaker een voorkeur hadden voor fysieke zorg. Ook digivaardigheid bleek van belang: hoe slechter men overweg kon met digitale apparaten en applicaties, hoe vaker men fysieke zorg verkoos.

Naast deze factoren werd ook bekeken op welke manier bevolkingsgroepen verschilden van elkaar. Zo zagen we dat ouderen, jongeren, laagopgeleiden en mensen die een (zeer) slechte gezondheid ervaren vaker een voorkeur voor fysieke zorg hadden. Hoogopgeleiden, mensen tussen de 35-64 en mensen die in een (zeer) goede gezondheid ervaren hadden juist meer dan gemiddeld een voorkeur voor digitale zorg. Daarnaast bleek dat mensen die al ervaring hadden met ZOA gemiddeld een hogere voorkeur hebben voor digitale zorg dan mensen die daar geen ervaring mee hadden gehad.

Sommige verschillen tussen de groepen zijn te verklaren vanuit de volgende factoren: ouderen worden gehinderd door hun gebrek aan digivaardigheid en laagopgeleiden vertonen lager vertrouwen in de overheid. Wie al ervaring had met ZOA, had ook vaker een positieve beoordeling van dit soort zorg aangezien diegene er al bekend mee is. De verschillen in voorkeur tussen de bevolkingsgroepen waren klein, maar uitgesproken genoeg om meer in detail te bestuderen in 2022. Met dit doel werden een aantal stellingen uit het onderzoek van vorig jaar (2021) herhaald.

Het gaat om de volgende stellingen waarop respondenten konden aangeven of ze het hier *Helemaal niet mee eens* tot *Helemaal mee eens* waren, op een schaal van 1 tot 5:

1. Ik wil mijn zorgverlener uitsluitend fysiek spreken, ook als daardoor de zorgpremies stijgen
2. Ik wil mijn zorgverlener uitsluitend fysiek spreken, ook als dat meer reistijd en hogere kosten met zich meebrengt
3. Ik stel mijn vraag liever fysiek aan de zorgverlener dan over de telefoon of een app, zelfs als dat langer duurt
4. Als ik gevallen ben en pijn heb, ga ik liever persoonlijk op bezoek bij mijn zorgverlener dan er over te bellen of appen
5. Als ik een dringend maar niet ernstig probleem heb, word ik liever direct digitaal geholpen dan te wachten tot ik een afspraak heb



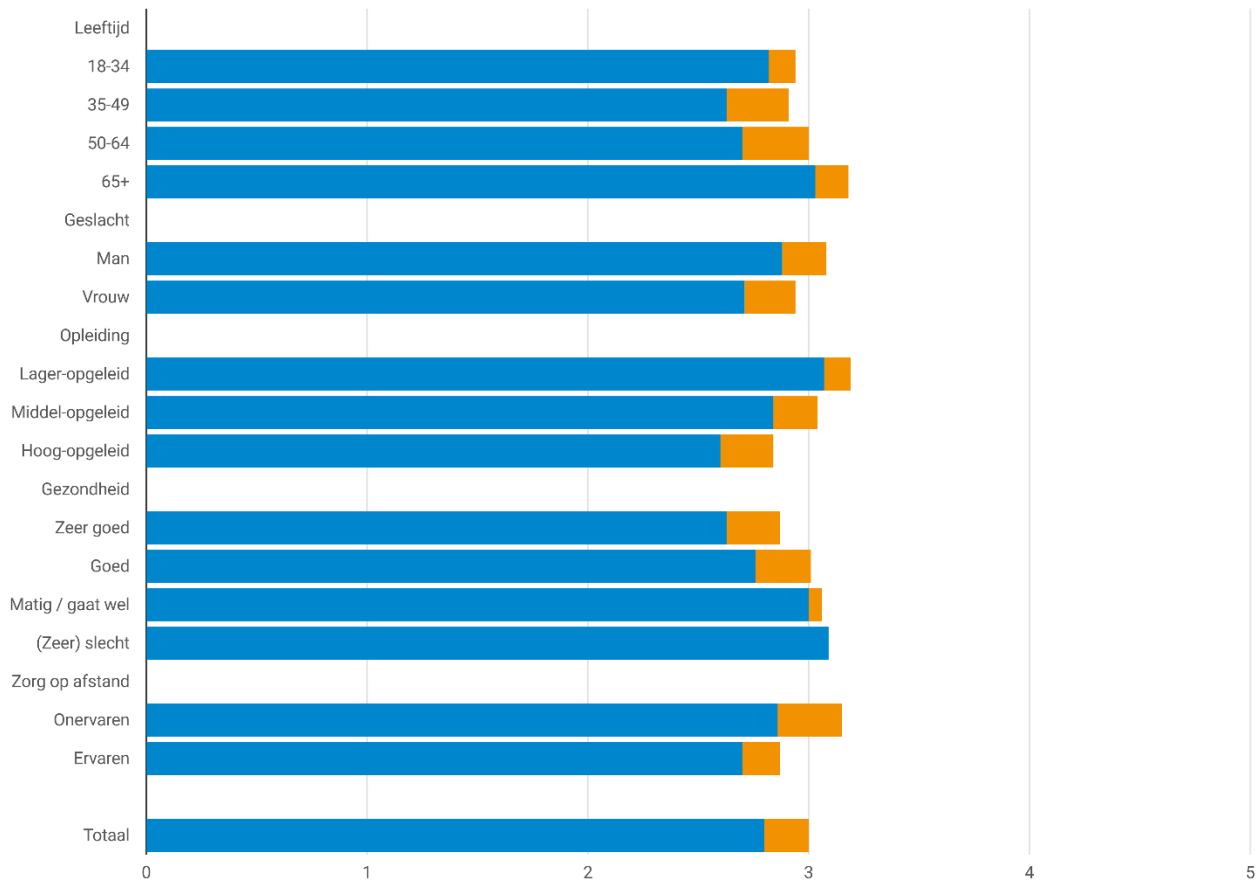
Het gemiddelde antwoord van de respondent op deze vijf stellingen, op een schaal van 1 tot 5, geeft weer wat de voorkeursscore is: hoe hoger, hoe meer voorkeur voor fysieke zorgverlening. De ontwikkeling van de scores per bevolkingsgroep van 2021 en 2022 zijn weergegeven in onderstaande figuur.

Gemiddelde voorkeur voor fysieke zorg

Op een schaal van 1 tot 5

Kieskompas

■ 2021 ■ Toename 2022



Door Kieskompas Gemaakt met LocalFocus

Bron: Onderzoek Kieskompas voor Zorginstituut (april-mei 2021; juni 2022)

Onmiddellijk valt op dat de voorkeur voor fysieke zorg in elke bevolkingsgroep is toegenomen sinds 2021. Dit wordt weergegeven door de hogere gemiddelde score in 2022 dan in 2021, namelijk van een 2,8 naar een 3,0 in 2022. Ook ligt het gemiddelde cijfer voor de verschillende bevolkingsgroepen dichter bij elkaar dan vorig jaar en zijn de verschillen tussen de groepen minder uitgesproken. Daarbij is het belangrijk om op te merken dat dit cijfer op basis van meerdere stellingen (en dus situaties) tot stand is gekomen. Zo is 50% het (helemaal) eens met de stelling *ik stel mijn vraag uitsluitend fysiek aan de zorgverlener dan over de telefoon of app*, maar is 24,5% het (helemaal) eens met de stelling *ik wil uitsluitend fysieke zorg ook als daardoor de zorgpremie stijgt*. De situaties in de stellingen verschillen nogal van elkaar waardoor het gemiddelde cijfer op zichzelf weinig zegt; de toename in gemiddelde zegt echter wel iets over de verandering ten opzichte van vorig jaar.

Naast de gemiddelde toename per bevolkingsgroep blijkt uit het bovenstaande figuur ook dat **de voorkeur voor fysieke zorg sterker is toegenomen voor groepen die vorig jaar minder voorstander waren van fysieke zorg**. Zo zien we dat de toename bij de 35-49-jarigen en 50-64-jarigen groter is dan bij de jongste (18-34) en oudste (65+) categorie. De middelste groepen hadden in 2021 juist minder dan gemiddeld



voorkeur voor fysieke zorg boven digitale zorg. In 2022 lijkt dit verschil vrijwel verdwenen te zijn. De uitzondering is te vinden bij de vergelijking tussen ervaren en onervaren zorggebruikers: hier liggen de verschillen juist verder uit elkaar al is de voorkeur voor fysieke zorg voor beide groepen dus ook gestegen.

Hoewel niet in het figuur weergegeven is dezelfde ontwikkeling te zien bij institutioneel vertrouwen: elke bevolkingsgroep heeft minder vertrouwen in de overheid in 2022 dan in 2021, en de afname in vertrouwen is groter voor groepen die meer vertrouwen hadden in 2021 waardoor de verschillen tussen groepen minder uitgesproken zijn.

Vanwege dit resultaat focust deze rapportage zich niet meer op de verschillen tussen de bevolkingsgroepen, maar op de vraag: onder welke omstandigheden en met welke redenen de burger in het algemeen een grotere voorkeur heeft voor fysieke dan wel digitale zorgverlening? Terwijl in het eerste jaar na de corona-uitbraak mensen vaker gedwongen werden om zorg op afstand te krijgen, hebben ze nu meer vrijheid om digitale middelen te gebruiken wanneer ze dit willen of nodig hebben. Om meer inzicht te geven hoe digitale zorg complementair kan zijn aan fysieke zorg, wordt aan de hand van de 4 principes van passende zorg gekeken hoe burgers kijken naar de verschillende vormen van digitale zorg.

› De vier principes van passende zorg

Om de zorg toekomstbestendig te maken heeft het Zorginstituut Nederland [vier principes van passende zorg](#) opgesteld. Volgens het Zorginstituut Nederland is Passende zorg een manier van samenwerken die ervoor zorgt dat iedereen goede zorg kan krijgen. Dat is zorg die werkt, waar mogelijk dicht bij de patiënt en waarbij patiënt en zorgverlener samen beslissen. De vier principes van passende zorg zijn:

- Passende zorg gaat niet alleen over ziekte, maar ook over gezondheid en zelfredzaamheid. Hoe is het gesteld met de gezondheid van Nederlanders en op welke manier zorgen zij voor hun gezondheid. Welke regie pakken ze zelf over hun gezondheid?
- Passende zorg wordt waar dat kan, zo dicht mogelijk bij de patiënt georganiseerd. Hoe zorgen we voor juiste zorg op de juiste plek en hoe kunnen we daarbij gebruik maken van digitale middelen?
- Passende zorg betekent dat patiënt en zorgverlener samen beslissen. Hoe betrouwbaar vinden Nederlanders hun zorgverleners en in hoeverre maken zij zich zorgen over hun privacy wanneer zorgverleners toegang hebben tot hun gegevens?
- Passende zorg is zorg die werkt tegen een redelijke prijs. Tegen welke prijs willen Nederlanders welke vorm van zorg?

Digitale zorg kan goed bijdragen aan deze principes van passende zorg. Zo kan het internet de patiënt meer eigen regie en mogelijkheden om hun gezondheid in de gaten te houden of te verbeteren. Daarnaast biedt het de mogelijkheid om zorgverleners te spreken zonder daarheen te gaan, wat ervoor kan zorgen dat de juiste zorg op het juiste moment wordt geleverd en mogelijk ook tijd en geld kan worden bespaard. In het vervolg van dit onderzoek wordt daarom per principe gekeken op welke manier digitale zorg kan bijdragen.



› Gezondheid en zelfredzaamheid

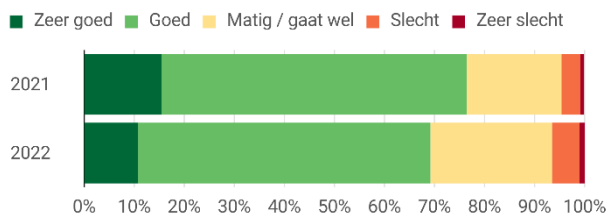
- De ervaren gezondheid van Nederlanders is verminderd ten opzichte van vorig jaar
- Keuzevrijheid is voor Nederlanders erg belangrijk. Ze willen de keuze kunnen hebben voor fysieke zorg. Daarnaast willen ze de mogelijkheid hebben om hun medische gegevens digitaal te bekijken.
- Ruim acht op de tien Nederlanders zoeken hun gezondheidsklachten wel eens op internet. Vooral jongeren, hoogopgeleiden en mensen die (zeer) goede gezondheid ervaren worden gerustgesteld door de informatie op het internet. Zij zien ook vaker af van een fysieke afspraak bij dokter nadat ze online informatie hebben gezien. Ouderen en laagopgeleiden worden over het algemeen ook gerustgesteld door de informatie op het internet, maar besluiten vaker om toch een fysieke afspraak te maken.
- Meest gebruikte vormen van digitale zorg zijn apps die de mensen zelf downloaden om hun gezondheid mee in de gaten te houden. Daarnaast is de website 'thuisarts.nl' en de persoonlijke digitale omgeving een veel gebruikt middel waarbij vooral thuisarts.nl positief wordt beoordeeld.

Om te achterhalen op welke manier zorggebruikers in Nederland zelf regie pakken over hun zorg en in hoeverre ze daarbij gebruik maken van digitale middelen hebben we eerst in kaart gebracht hoe de gezondheid van Nederlanders in het algemeen is gesteld. Vervolgens bekeken we het zorggebruik in Nederland en hoe dit de afgelopen jaren is veranderd. Vervolgens gaan we dieper in op de zelfredzaamheid van de patiënt. Welke regie pakt de patiënt al en welke rol spelen digitale hulpmiddelen of het internet daarbij?

› Gezondheid en gebruik van zorg

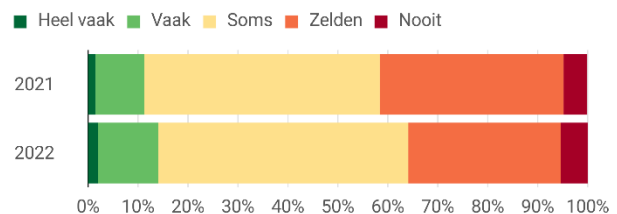
In 2022 geven ongeveer zeven op de tien Nederlanders aan een (zeer) goede gezondheid te ervaren. Ruim twee op de tien noemt hun gezondheid matig, en een kleine minderheid zegt dat hun gezondheid (zeer) slecht is. Als we dat vergelijken met 2021, zien we dat het aantal respondenten dat aangeeft een (zeer) goede gezondheid te ervaren iets is gedaald en het aantal mensen dat hun gezondheid matig of (zeer) slecht noemt juist iets is gestegen. Er zijn geen vergelijkbare onderzoeken te vinden voor het jaar 2022, maar uit onderzoek van het [CBS](#) bleek dat in 2021 de ervaren gezondheid afnam. Kijken we naar het aantal mensen dat zich zorgen maakt over hun gezondheid dan zien we dat het aantal mensen dat zich zorgen maakt over hun eigen gezondheid ook iets is toegenomen.

Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen?



Bron: Onderzoek Kieskompas voor Zorginstituut (april-mei 2021; juni 2022)

Hoe vaak maakt u zich zorgen over uw gezondheid?



Bron: Onderzoek Kieskompas voor Zorginstituut (april-mei 2021; juni 2022)

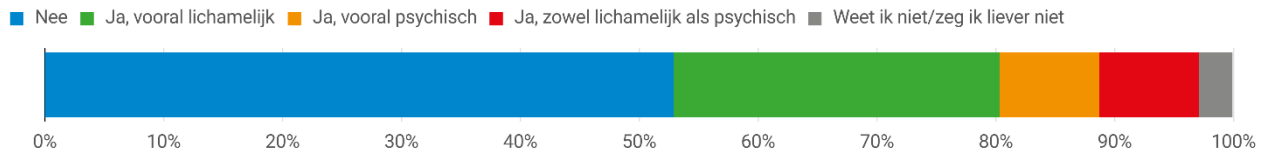
Daarnaast vroegen we de respondenten aan te geven of er sprake is van langdurige gezondheidsklachten (lichamelijk of fysiek). Bijna de helft van de respondenten geeft aan dat er sprake is van lichamelijke of psychische langdurige gezondheidsklacht. Bijna drie op de tien geeft aan vooral langdurige lichamelijke



klachten te hebben en ongeveer één op de tien heeft langdurige psychische klachten. Daarnaast geven nog bijna één op de tien Nederlanders aan zowel langdurige lichamelijk als psychische klachten te hebben. Dit lijkt een opvallend resultaat aangezien blijkt dat ongeveer zeven op de tien aangeeft een (zeer) goede gezondheid te ervaren. Uit een verdiepende analyses blijkt echter dat ongeveer drie op de tien van de mensen die goede gezondheid ervaren wel aangeven een langdurige gezondheidsklacht (lichamelijk en/of psychisch) te hebben.

Heeft u een langdurige ziekte, lichamelijk beperking of psychische klacht?

Kieskompas



Door Kieskompas Gemaakt met LocalFocus

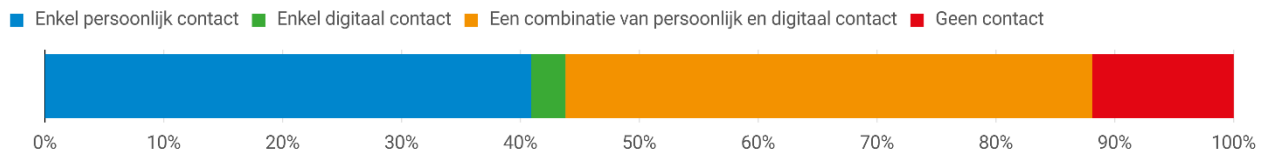
Bron: Onderzoek Kieskompas voor Zorginstituut (juni 2022)

Van mensen met langdurige gezondheidsklachten (fysiek en/of psychisch) geeft ongeveer vier op de tien aan enkel persoonlijk contact te hebben met hun zorgverleners. Daarnaast geeft een zeer kleine groep aan enkel digitaal contact te hebben. De grootste groep, namelijk meer dan de helft bestaat uit mensen die een combinatie van persoonlijk en digitaal contact hebben. Tot slot geeft één op de tien aan helemaal geen contact te hebben gehad met de zorgverlener.

Op welke manier hebt u de afgelopen 12 maanden in uw behandeling te maken gehad met zorgverleners?

Kieskompas

Enkel wie aangaf een langdurige ziekte, lichamelijke beperking of psychische klacht te hebben



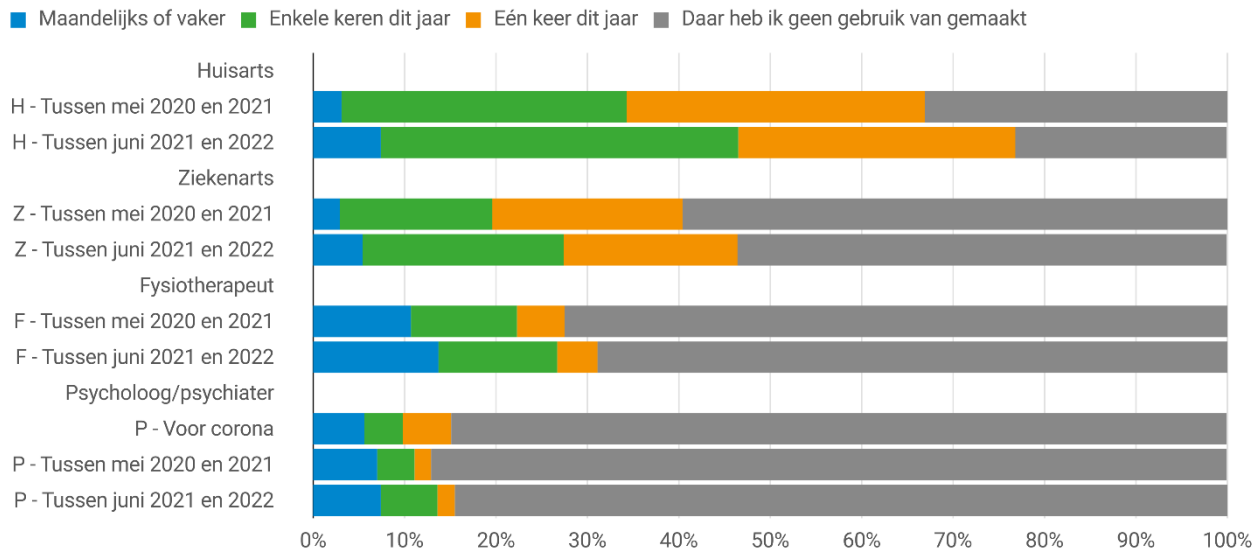
Door Kieskompas Gemaakt met LocalFocus

Bron: Onderzoek Kieskompas voor Zorginstituut (juni 2022)

Wat betreft het zorggebruik staan de verschillen tussen bezoeken aan de huisarts, het ziekenhuis, de fysiotherapeut, en de psycholoog/psychiater weergegeven in het onderstaande figuur. Vergelijken we het jaar 2020 – 2021 met het jaar 2021 - 2022 dan zien we dat het aantal respondenten dat minimaal één keer per jaar gebruik maakt van zorg bij alle zorgverleners is gestegen.



Hoe vaak heeft u gebruik gemaakt van de volgende zorgverleners?



By Kieskompas Created with LocalFocus

Source: Onderzoek Kieskompas voor Zorginstituut (april-mei 2021; juni 2022)

› Eigen keuze eerst

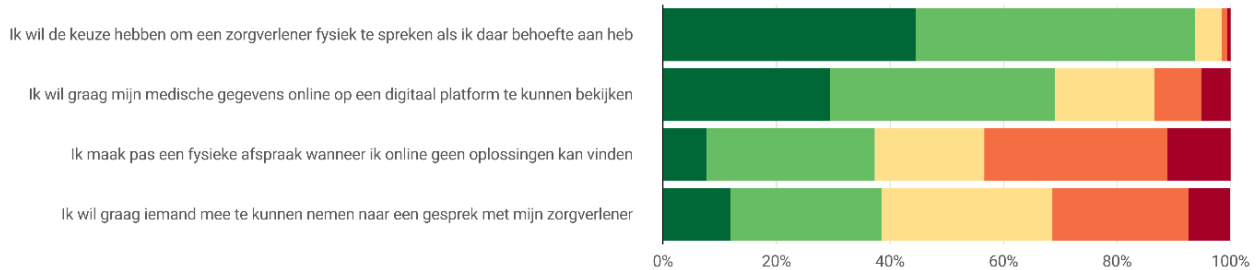
Eerder zagen we al dat in vergelijking met vorig jaar, de voorkeur voor fysieke zorg is toegenomen ten opzichte van digitale zorg. Als het gaat over zelfredzaamheid is het interessant om te weten welke eigen keuze patiënten willen maken over hun zorg. Daarom staan in de onderstaande figuur een aantal stellingen die zich focussen op de keuze van de patiënt. Daaruit valt direct op hoe belangrijk het voor Nederlanders is om de keuze te hebben om een zorgverlener fysiek te spreken. Meer dan negen op de tien is het (helemaal) eens met de betreffende stelling; slechts 3% is het (helemaal) oneens. Verder geeft bijna zeven op de tien aan dat ze het prettig vinden om hun medische gegevens online te bekijken. Ook vroegen we Nederlanders naar hun eigen gedrag en dat lijkt behoorlijk verdeeld. Zo is de groep die pas een fysieke afspraak maakt wanneer er online geen oplossing te vinden is bijna net zo groot als de groep die dat niet doet. In het volgende hoofdstuk zullen we dieper ingaan op verschillende situaties met een zorgvraag en de voorkeur voor digitale dan wel fysieke zorg. Tot slot geeft ongeveer vier op de tien aan dat ze het (zeer) prettig vinden om iemand mee te nemen naar een gesprek met hun zorgverlener.



Geef aan in hoeverre u het eens of oneens bent met onderstaande stellingen.

2022

■ Helemaal mee eens ■ Mee eens ■ Neutraal ■ Niet mee eens ■ Helemaal niet mee eens



Door Kieskompas Gemaakt met LocalFocus

Bron: Onderzoek Kieskompas voor Zorginstituut (juni 2022)

› De rol van het internet in al dan niet naar de dokter gaan

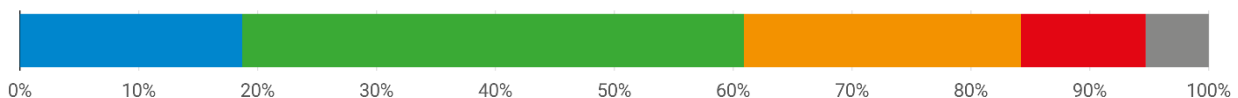
Internet heeft de mogelijkheden om je eigen gezondheid in de gaten te houden aanzienlijk vergroot. Daarmee geeft het de burger meer mogelijkheden om zelfredzamer te worden. Zo kan iemand zelf op zoek gaan naar zijn klachten en aan de hand daarvan bekijken of een fysieke afspraak nog nodig is. Daarnaast zorgen gezondheidsapps en het persoonlijke digitale gezondheidsportaal ervoor dat zorggebruikers meer mogelijkheden krijgen om hun zorg te organiseren.

Om te achterhalen welke rol het internet speelt bij het al dan niet naar de dokter te gaan vroegen we de respondenten of ze wel eens hun gezondheidsklachten online opzoeken. Uit de onderstaande tabel blijkt dat ruim acht op de tien hun klachten opzoekt op internet. Daarvan zoekt ongeveer twee op de tien ‘vaak’ hun klachten op, vier op de tien ‘soms’ en twee op de tien ‘zelden’. Daarnaast zoekt één op de tien hun klachten ‘nooit’ op en geeft een klein deel aan geen gezondheidsklachten te hebben.

Zoekt u klachten over uw gezondheid wel eens op online, zoals via google, of een andere zoekmachine?

2022

■ Ja, vaak ■ Ja, soms ■ Ja, zelden ■ Nee, nooit ■ Ik heb geen gezondheidsklachten



Door Kieskompas Gemaakt met LocalFocus

Bron: Onderzoek Kieskompas voor Zorginstituut (juni 2022)

Vervolgens vroegen we hen op welke manier ze omgaan met de informatie die ze online vinden. In de onderstaande tabel zien we dat ruim vier op de tien aangeeft dat ze *over het algemeen gerustgesteld zijn en daarom niet naar de dokter gaan*. Ongeveer drie op de tien is *wel gerustgesteld, maar gaat toch ook naar de dokter*. Verder is ongeveer twee op de tien *over het algemeen niet gerustgesteld en kiest er daarom voor naar de dokter te gaan*. Tot slot geeft één op de tien aan *niet gerustgesteld te zijn, maar toch niet naar de dokter te gaan*.

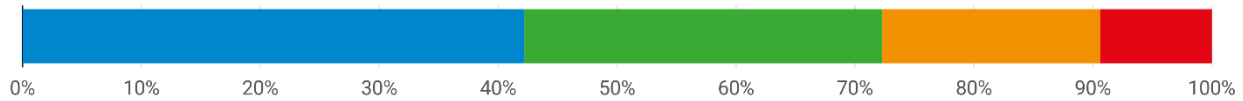


Op welke manier telt de informatie die u online leest mee bij de keuze om al dan niet naar de dokter te gaan?

Kieskompas

Enkel wie aangaf gezondheidsklachten online op te zoeken

- Ik ben over het algemeen wel gerustgesteld door de informatie online en kies er daarom voor om niet naar de dokter te gaan
- Ik ben over het algemeen wel gerustgesteld door de informatie online, maar kies er voor om toch naar de dokter te gaan
- Ik ben over het algemeen niet gerustgesteld door de informatie online en kies er daarom voor om naar de dokter te gaan
- Ik ben over het algemeen niet gerustgesteld door de informatie online, maar kies er toch voor om niet naar de dokter te gaan



Door Kieskompas Gemaakt met LocalFocus

Bron: Onderzoek Kieskompas voor Zorginstituut (juni 2022)

Over het algemeen lijken mensen dus gerustgesteld te worden door de informatie op het internet, maar geldt dat voor alle bevolkingsgroepen in dezelfde mate? In de tabel hieronder staan de resultaten uit de vorige tabel uitgesplitst naar leeftijd, opleiding en mate van gezondheid. Daarbij vormen de blauwe en groene kleur de mate waarin Nederlanders gerustgesteld worden door de informatie op het internet.

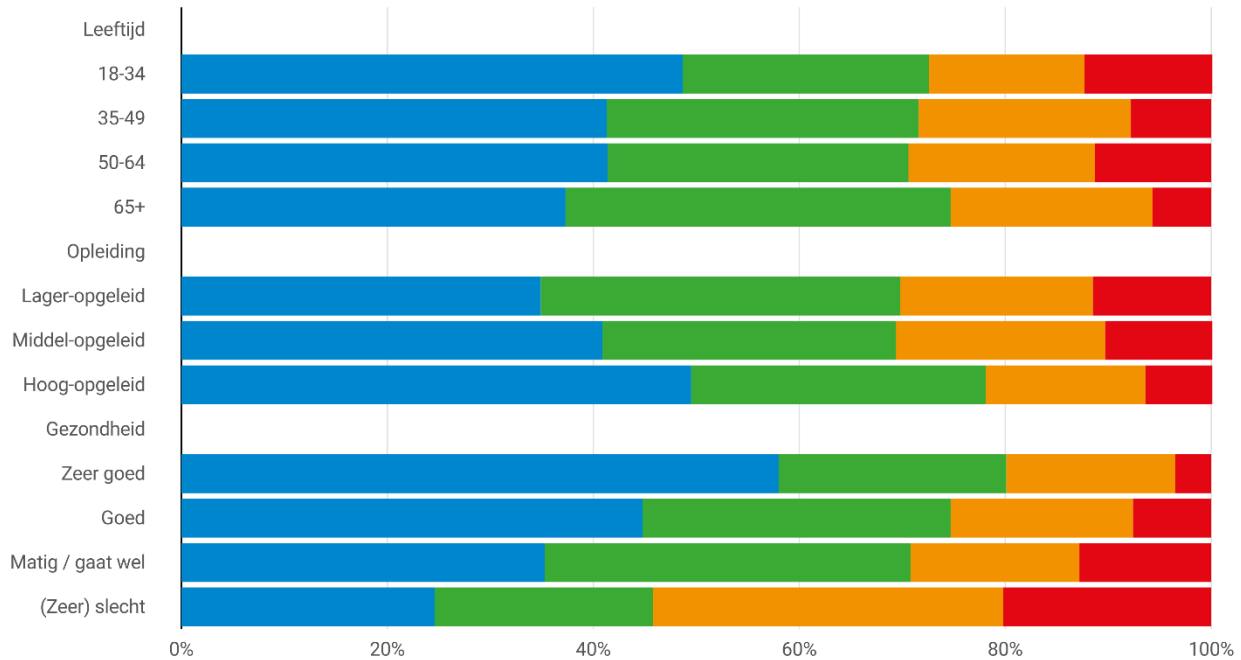
Wat opvalt is dat er tussen de leeftijdsgroepen geen grote verschillen bestaan over de mate waarin de informatie op het internet geruststelt. Kijken we naar opleiding, dan valt op dat hoogopgeleiden over het algemeen sneller gerustgesteld zijn door de informatie op het internet dan lager opgeleiden. Daarnaast is duidelijk te zien dat hoe slechter de ervaren gezondheid is, hoe minder snel de informatie op het internet geruststelt.

Als we willen achterhalen of de informatie op het internet ook leidt tot minder afspraken bij de dokter, dan zien we dat jongeren over het algemeen sneller afzien van een fysiek bezoek aan de dokter dan ouderen. Vooral mensen boven de 65 geven aan dat ze *toch een fysieke afspraak maken als ze gerustgesteld zijn over de informatie op het internet*. Verder geeft maar vijf procent van de ouderen aan dat ze *niet naar de dokter gaan als ze niet gerustgesteld zijn*. Kijken we naar opleiding dan valt op dat hoger opgeleiden ook eerder afzien van een afspraak bij de dokter dan lager opgeleiden. Lager opgeleiden lijken dus het vaakst te kiezen voor een fysiek gesprek, ondanks de informatie op het internet. Kijken we tot slot naar de mate van gezondheid, dan valt op dat mensen die een (zeer) goede gezondheid ervaren eerder afzien van een afspraak bij de dokter dan mensen die een (zeer) slechte gezondheid ervaren.



Op welke manier telt de informatie die u online leest mee bij de keuze om al dan niet naar de dokter te gaan?

- Ik ben gerustgesteld en kies ervoor niet naar de dokter te gaan
- Ik ben gerustgesteld en kies er toch voor om naar de dokter te gaan
- Ik ben niet gerustgesteld en kies ervoor naar de dokter te gaan
- Ik ben niet gerustgesteld en kies er toch voor om niet naar de dokter te gaan



Door Kieskompas - Gemaakt met LocalFocus

Bron: Onderzoek Kieskompas voor Zorginstituut (juni 2022)

› Digitale hulpmiddelen

In onderstaande tabel staan een aantal digitale middelen die de zelfredzaamheid van zorggebruikers kunnen vergroten. Uit deze tabel blijkt dat *gezondheidsapps die vanuit eigen interesse zijn gedownload* het meest frequent worden gebruikt. Ongeveer één op de tien geeft aan hier minstens één keer per maand gebruik van te maken en ongeveer twee op de tien geeft aan hier één keer per jaar gebruik van te maken. Andere regelmatig gebruikte digitale hulpmiddelen zijn de *digitale persoonlijke gezondheidsomgeving* en de website *Thuisarts.nl*. Ruim drie op de tien geeft aan minstens één keer per jaar van deze digitale hulpmiddelen gebruik te maken. Gezondheidsapps op aanraden van de dokter worden minder gebruikt.

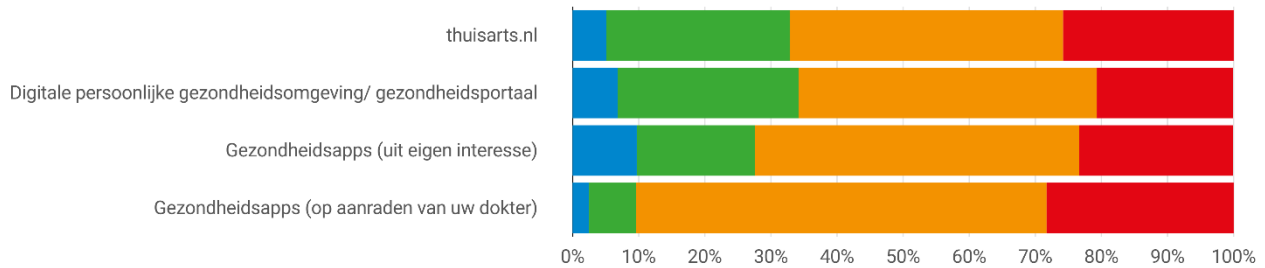
Daarnaast is er een groep die aangeeft de voorgestelde digitale hulpmiddelen *niet te kennen* of er *geen gebruik van maakt*. Om te achterhalen hoe deze groepen eruitzien en of ze verschillen van de groepen die er wel bekend mee zijn en gebruik van maken, hebben we een aantal extra analyses uitgevoerd naar leeftijdsgroepen en opleiding (niet opgenomen in een tabel). Uit deze analyses blijkt dat laagopgeleiden minder gebruik maken van digitale middelen dan hoger opgeleiden en zijn zij wat minder bekend met de digitale persoonlijke gezondheidsomgeving. Ook maken ouderen vaker gebruik van thuisarts.nl dan jongeren ook al zijn jongeren even bekend met het bestaan van deze website.



Hoe vaak hebt u de afgelopen 12 maanden gebruik gemaakt van de volgende digitale hulpmiddelen voor zorg?



■ Minstens 1x per maand ■ Minstens 1x afgelopen jaar ■ Geen gebruik van gemaakt ■ Ken ik niet



Door Kieskompas Gemaakt met LocalFocus

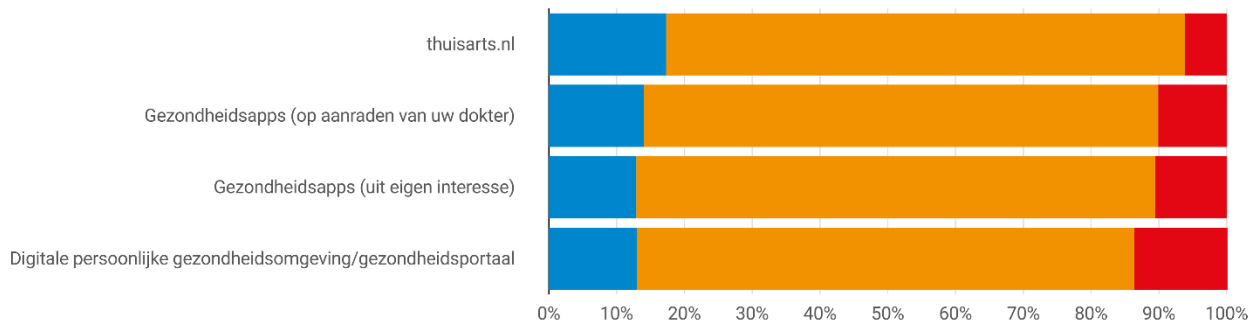
Bron: Onderzoek Kieskompas voor Zorginstituut (juni 2022)

Daarnaast vroegen we of de digitale middelen aan de verwachtingen voldeden. Voor elk digitaal hulpmiddel geeft driekwart aan dat het aan de verwachtingen voldeed in termen van gebruiksvriendelijkheid. Vooral thuisarts.nl is volgens de respondenten makkelijker dan verwacht. De persoonlijke digitale gezondheidsomgeving wordt iets vaker lastiger gevonden dan de andere digitale hulpmiddelen; hierbij geeft iets meer dan één op de tien aan dat het lastiger was dan verwacht.

Hoe heeft u de digitale hulpmiddelen ervaren?



■ Makkelijker dan ik had verwacht ■ Zoals ik had verwacht ■ Lastiger dan ik had verwacht



Door Kieskompas Gemaakt met LocalFocus

Bron: Onderzoek Kieskompas voor Zorginstituut (april-mei 2021; juni 2022)

Uit dit hoofdstuk blijkt dat veel Nederlanders het belangrijk vinden om de keuze te hebben voor fysieke zorg, maar wel degelijk ook voorkeur hebben voor digitale middelen. Zo zien patiënten graag hun medische gegevens online via een digitale persoonlijke gezondheidsomgeving, maken sommige gebruik van apps voor hun gezondheid en zoeken veel mensen meer informatie over hun klachten op het internet.



› Juiste zorg op de juiste plek

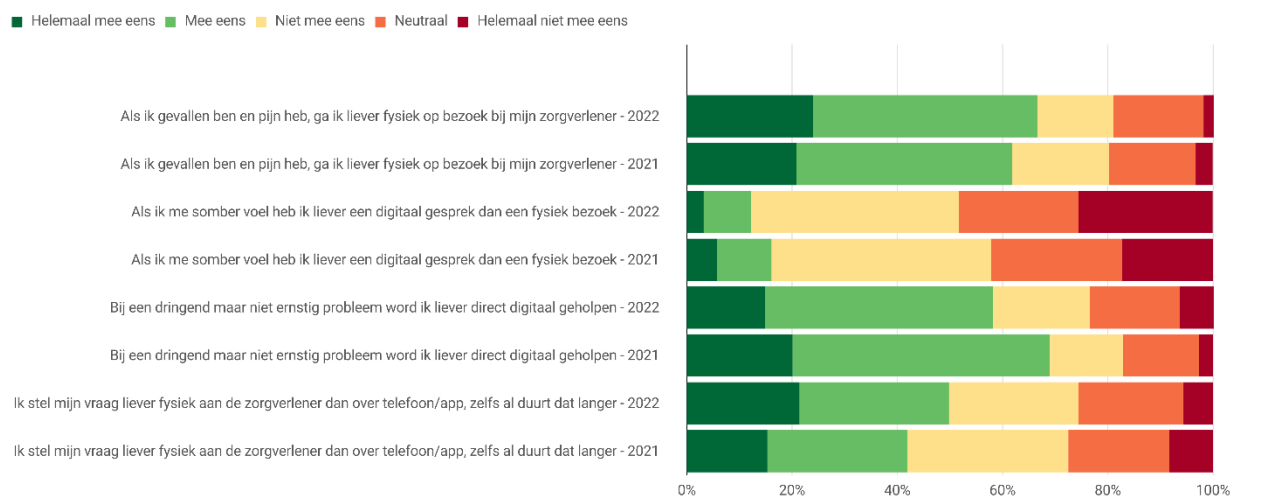
- Er is over het algemeen een grotere voorkeur voor digitale zorg bij ‘dringende, maar niet ernstige zorg’, wanneer ‘de diagnose al duidelijk is’ of wanneer ‘fysiek onderzoek niet nodig is’.
- In vrijwel alle gevallen hebben ouderen vaker voorkeur voor fysieke zorg dan jongere leeftijdsgroepen. Er zijn geen specifieke situaties waarin ouderen duidelijk meer voorkeur hebben voor digitale zorg.
- Mensen die gebruik maken van een vorm van ZOA hebben een positiever beeld over digitale zorg dan mensen die enkel persoonlijk contact hebben.
- Er zijn geen grote verschillen in de beoordeling van ZOA door mensen die gebruik maken van een hybride vorm en mensen die alleen gebruik maken van ZOA.

Het tweede principe van Passende zorg is het organiseren van de juiste zorg op de juist plek. Om erachter te komen wanneer er een voorkeur bestaat voor fysieke zorg dan wel digitale zorg hebben we de respondenten een aantal situaties voorgelegd met verschillende zorgvragen. Verder onderzoeken we hoe digitale zorg wordt beoordeeld en of mensen die gebruik maken van een vorm van ZOA deze zorg een andere beoordeling geven dan mensen die daar geen gebruik van maken.

› Voorkeur voor fysieke zorg in vrijwel alle situaties toegenomen

Eerder al bleek dat de voorkeur voor fysieke zorg ten opzichte van digitale zorg onder alle bevolkingsgroepen is toegenomen. Dat blijkt ook als we naar een aantal situaties kijken waarin we een specifieke zorgvraag voorleggen. Uit het onderstaande figuur blijkt dat in alle situaties de voorkeur voor fysieke zorg is toegenomen ten opzichte van de digitale variant. Desondanks zien we dat er in sommige situaties, ook in 2022, er meer voorkeur is voor digitale zorg dan in andere situaties. Om dit verder uit te diepen hebben we daarom in dit onderzoek nog andere situaties aan de respondenten voorgelegd. In de volgende paragraaf bekijken we dit, om zo beter antwoord te kunnen geven op de vraag in welke situaties er voorkeur voor fysieke zorg dan wel digitale zorg bestaat.

Geef aan in hoeverre u het eens of oneens bent met onderstaande stellingen.



Door Kieskompas | Gemaakt met LocalFocus

Bron: Onderzoek Kieskompas voor Zorginstituut (juni 2022)



› Wat mensen willen, is zeer afhankelijk van de zorgvraag

Om de juiste zorg op de juiste plek te krijgen is het noodzakelijk te achterhalen in welke situaties zorggebruikers een voorkeur hebben voor fysieke zorg en in welke situaties juist voor digitale zorg. Eerder beschreven we al een aantal stellingen waaruit de algemene voorkeur voor fysieke dan wel digitale zorg blijkt. Om te achterhalen in welke situaties zorggebruikers voorkeur hebben voor digitale zorg gaan we dieper in op deze stellingen en een aantal andere situaties waaruit de voorkeur blijkt.

In onderstaande tabel staan een aantal situaties waarin over het algemeen voorkeur voor fysieke zorg bestaat. Zo is ruim zes op de tien het (helemaal) eens met de stelling dat *als ze gevallen zijn en pijn hebben, liever naar een fysiek bezoek bij de zorgverlener gaan*. Desondanks is nog een kleine twee op de tien het hier (helemaal) mee oneens. Verder blijkt wederom de algemene voorkeur voor fysieke bezoeken, zelfs *al denkt men te weten wat het probleem is*. Ruim de helft van de respondenten geeft namelijk aan dat ze het (helemaal) eens zijn met de betreffende stelling; twee op de tien is het echter (helemaal) niet eens. Verder geeft ruim de helft van de respondenten aan *liever een fysieke afspraak te maken ook als dat langer duurt*. Ook bestaat er een grotere voorkeur voor fysiek contact als we de stelling ‘*Als ik me somber voel heb ik liever een digitaal gesprek dan een fysiek bezoek*’ voorleggen. Meer dan zes op de tien is het namelijk (helemaal) niet eens met deze stelling en slechts één op de tien is het er (helemaal) mee eens. Om te achterhalen hoe de groepen eruitzien die een voorkeur hebben voor digitale dan wel fysieke zorg zullen later in dit hoofdstuk nog een aantal analyses volgen.

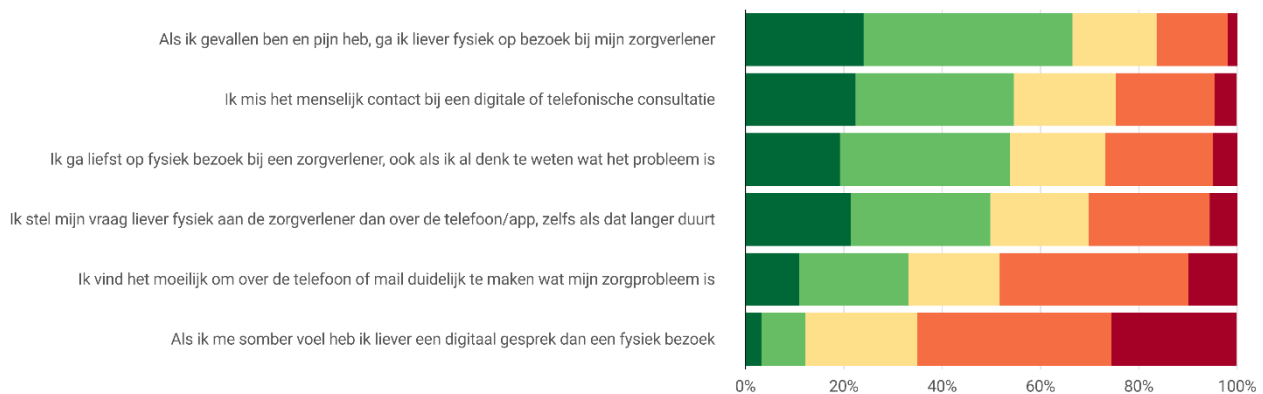
Uit de onderstaande tabel kunnen we ook opmaken waarom zorggebruikers in sommige gevallen fysieke hulp verkiezen. Zo blijkt dat meer dan de helft *het menselijk contact mist bij een digitale of telefonische consultatie*. Aan de andere kant geeft ruim twee op de tien aan daar (helemaal) geen probleem mee te hebben. Verder blijkt dat bijna de helft van de respondenten over het algemeen niet zo veel problemen hebben om *hun zorgvraag duidelijk te maken over de telefoon of mail*. Ruim drie op de tien geeft echter aan daar wel een (groot) probleem mee te hebben.

Geef aan in hoeverre u het eens of oneens bent met onderstaande stellingen.

2022

Kieskompas

■ Helemaal mee eens ■ Mee eens ■ Neutraal ■ Niet mee eens ■ Helemaal niet mee eens



Door Kieskompas Gemaakt met LocalFocus

Bron: Onderzoek Kieskompas voor Zorginstituut (juni 2022)

In een aantal gevallen verkiest de Nederlander dus fysieke zorg boven digitale zorg. In sommige gevallen is de voorkeur voor digitale zorg echter groter. In de onderstaande tabel staan deze situaties. Kijken we naar zorg die *dringend maar niet ernstig is*, dan valt op dat meer dan de helft aangeeft *liever direct digitaal geholpen te worden in plaats van te wachten tot ze een afspraak hebben*. Ook *wanneer de diagnose*



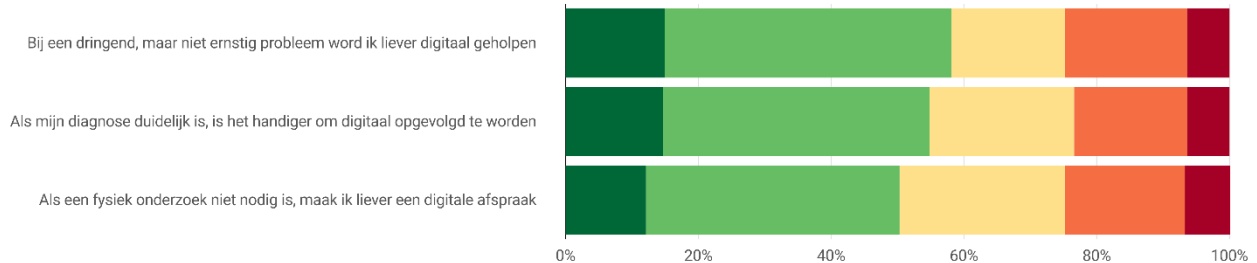
duidelijk is vindt de meerderheid het handig om deze *digitaal op te volgen*. Tot slot geeft ongeveer de helft aan dat ze *liever een digitale afspraak maken als fysiek onderzoek niet nodig is*.

Geef aan in hoeverre u het eens of oneens bent met onderstaande stellingen.

2022



■ Helemaal mee eens ■ Mee eens ■ Neutraal ■ Niet mee eens ■ Helemaal niet mee eens



Door Kieskompas Gemaakt met LocalFocus

Bron: Onderzoek Kieskompas voor Zorginstituut (juni 2022)

Om te bekijken of er ook verschillen tussen leeftijdsgroepen bestaan als het aankomt op de voorkeur voor fysieke dan wel digitale zorg in bepaalde situaties staat in onderstaande tabel per leeftijdscategorie hoe vaak (helemaal) mee eens is beantwoord op de betreffende stelling. Daarbij betekent een rode kleur dat er gemiddeld meer voorkeur is voor fysieke zorg en een groene kleur gemiddeld meer voorkeur voor digitale zorg. Uit dit tabel blijkt dat in veel gevallen ouderen vaker een (sterke) voorkeur hebben voor fysieke zorg dan jongere leeftijdsgroepen. In het geval dat iemand zich *somber voelt en daarover wil praten* hebben jongeren (18-34) echter ook een sterke voorkeur voor fysieke zorg. Daarnaast valt op de jongeren ook het vaakst (helemaal) eens zijn met de stelling *'Ik vind het moeilijk om over de telefoon of mail duidelijk te maken wat mijn zorgprobleem is.'* Hoewel jongeren over het algemeen over meer digivaardigheden beschikken, geven ze aan dat het voor hen lastig is om via digitale wegen duidelijk te maken waar ze precies mee zitten.

Percentage 'helemaal mee eens' of 'mee eens' van het totaal

Rood is meer voorkeur voor fysieke zorg, groen is meer voorkeur voor digitale zorg

% (Helemaal) mee eens	Ik stel mijn vraag liever fysiek aan de zorgverlener dan over telefoon/app, zelfs al duurt dat langer	Ik ga het liefst fysiek op bezoek, ook als ik al denk te weten wat het probleem is	Als ik gevallen ben en pijn heb, ga ik liever fysiek op bezoek bij mijn zorgverlener	Als ik me somber voel heb ik liever een digitaal gesprek dan een fysiek bezoek	Ik vind het lastig om via de telefoon of mail mijn zorgprobleem duidelijk te maken
18-34	46%	58%	64%	10%	37%
35-49	44%	50%	68%	13%	28%
50-64	51%	50%	66%	17%	32%
65+	57%	58%	69%	9%	35%



Ook voor de stellingen waar over het algemeen een voorkeur blijkt voor digitale zorg zijn er verschillen als we naar leeftijd kijken. Uit het onderstaande figuur blijkt dat jongeren bij *een dringend maar niet ernstig probleem*, liever *direct digitaal geholpen worden*. Deze groep is het vaakst (helemaal) eens met de bijbehorende stelling. In het geval dat *fysiek onderzoek niet nodig is* blijken jongeren (18 – 34) echter ook nog vaker dan de leeftijdsgroepen van 35-64 een voorkeur houden voor fysieke zorg. Ook als blijkt dat *de diagnose duidelijk is*, zijn de jongeren het minder vaak (helemaal) eens dat het *handiger is als het digitaal wordt opgevolgd in plaats van regelmatig langs te gaan bij een zorgverlener*. Het lijkt er dus op dat jongeren vaker bereid zijn regelmatig fysiek langs te gaan dan de meer middengroepen.

Percentage 'helemaal mee eens' of 'mee eens' van het totaal

Rood is meer voorkeur voor fysieke zorg, groen is meer voorkeur voor digitale zorg

% (Helemaal) mee eens	Bij een dringend, maar niet ernstig probleem word ik liever direct digitaal geholpen	Als mijn diagnose duidelijk is, is het handiger om digitaal opgevolgd te worden	Als een fysiek onderzoek niet nodig is, maak ik liever een digitale afspraak
18-34	63%	56%	49%
35-49	67%	59%	58%
50-64	56%	55%	51%
65+	47%	51%	44%

In deze paragraaf hebben we onderzocht wanneer zorggebruikers een voorkeur voor fysieke dan wel digitale zorg hebben. Daaruit blijkt dat dit per situatie verschillend is. Ook als we naar de verschillende leeftijdsgroepen kijken blijkt in sommige situaties jongeren een grotere voorkeur hebben voor digitale zorg dan oudere leeftijdsgroepen en in sommige situaties juist andersom. Om verder te achterhalen of de zorg ook op de juiste plek komt is het van belang om te weten hoe digitale zorg wordt beoordeeld. In de volgende paragraaf gaan we daar dieper op in.

› Persoonlijk, op afstand, of een combinatie van beide?

Om te achterhalen hoe digitale zorg beoordeeld wordt, hebben we alle deelnemers die in het afgelopen jaar van zorg gebruik hebben gemaakt, gevraagd op welke manier ze deze zorg hebben ontvangen. Dit kan op de klassieke manier, namelijk het persoonlijk bezoek, maar ook via een telefoongesprek, e-mail, videogesprek, of via een website of ander digitaal platform. Een digitaal gesprek met een zorgverlener wordt ook wel Zorg op Afstand genoemd (ZOA). Nadat we de deelnemers vroegen op welke manier ze zorg hebben ontvangen konden we hen indelen in drie groepen: (1) een groep die alleen gebruik maakt van fysieke zorg, (2) een groep die alleen gebruik maakt van ZOA, en (3) een groep die gebruikt maakt van een hybride vorm; een combinatie van persoonlijk contact en ZOA. In deze paragraaf bekijken we hoe deze groepen zijn samengesteld. In de volgende paragraaf bekijken we hoe zij ZOA beoordelen.

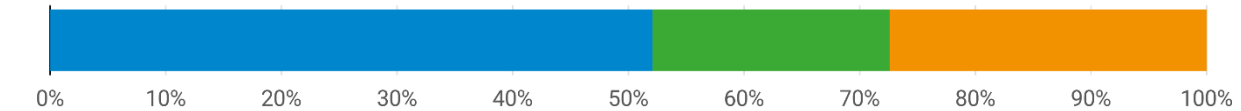
Meer dan de helft van de respondenten bestaat uit mensen die alleen via persoonlijk contact gebruik maken van zorg. Daarnaast heeft ongeveer twee op de tien enkel gebruik gemaakt van ZOA en ongeveer drie op de tien heeft gebruik gemaakt van een hybride vorm.



Samenstelling verschillende groepen

Op welke manier maakte u gebruik van zorg in de afgelopen 12 maanden?

■ Enkel persoonlijk contact, ■ Enkel Zorg Op Afstand ■ Hybride vorm



Door Kieskompas Gemaakt met LocalFocus

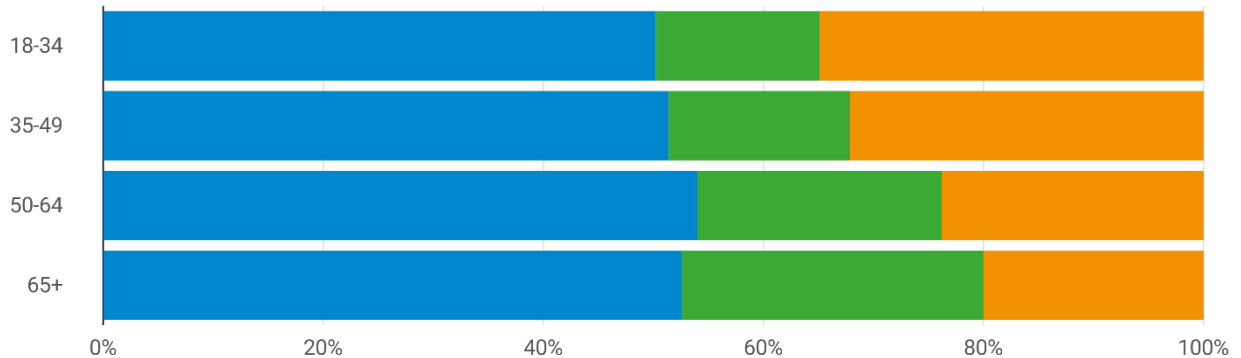
Bron: Onderzoek Kieskompas voor Zorginstituut (juni 2022)

Wat betreft leeftijd zien we geen grote verschillen. Jongeren maken het meest gebruik van een hybride vorm van zorg, maar juist het minst van ‘enkel ZOA’. Ouderen maken juist het minst gebruik van een hybride vorm, maar vaker in de vorm van ‘enkel ZOA’

Verschillen in leeftijd

Op welke manier maakte u gebruik van zorg in de afgelopen 12 maanden?

■ Enkel persoonlijk contact ■ Enkel Zorg Op Afstand ■ Hybride vorm



Door Kieskompas Gemaakt met LocalFocus

Bron: Onderzoek Kieskompas voor Zorginstituut (juni 2022)

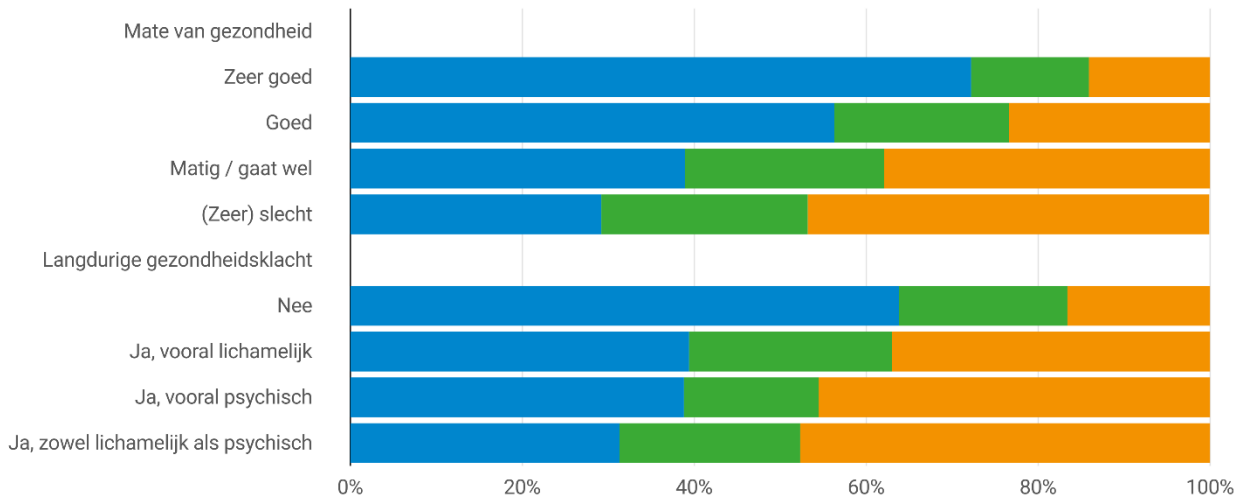
Kijken we naar de gezondheidsverschillen tussen de drie groepen dan valt op dat de mensen die een (zeer) slechte gezondheid ervaren het meest gebruik maken van een hybride vorm van zorg. De mensen die een (zeer) goede gezondheid ervaren maken juist meer gebruik van alleen persoonlijke zorg. Ook valt het volgende op: patiënten die een langdurige klacht hebben (lichamelijk of psychisch), gebruiken vaker een hybride vorm van zorg dan patiënten die geen langdurige klacht hebben.



Gezondheidsverschillen

Op welke manier maakte u gebruik van zorg in de afgelopen 12 maanden?

■ Enkel persoonlijk contact ■ Enkel Zorg op Afstand ■ Hybride vorm



Door Kieskompas Gemaakt met LocalFocus

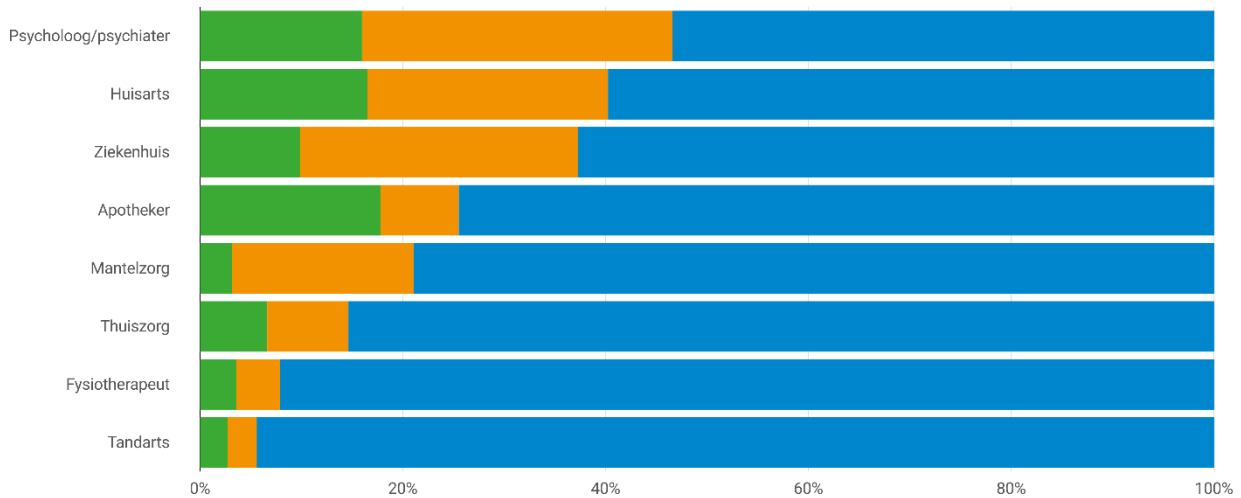
Bron: Onderzoek Kieskompas voor Zorginstituut (juni 2022)

In de tabel hieronder staat per soort zorgverlener aangegeven in welke mate er zorg is gebruikt in de laatste 12 maanden (enkel persoonlijk contact, enkel ZOA of een hybride vorm). Bekijken we de verschillen tussen de drie groepen dan valt op dat bij alle soorten zorgverleners het vaakst gebruik wordt gemaakt van ‘enkel persoonlijk contact’. De hybride vorm, waarbij het contact met een zorgverlener zowel op een persoonlijke manier als op afstand verliep, wordt het meest gebruikt in de GGZ: drie op de tien zorggebruikers geven aan hybride contact te hebben met hun psycholoog/psychiater. Bij de huisarts en voor behandeling door het ziekenhuis gebruikt een kwart van de zorggebruikers een combinatie van persoonlijk contact en ZOA.

Gebruik van zorg per zorgverlener

Op welke manier maakte u gebruik van zorg in de afgelopen 12 maanden

■ Enkel Zorg Op Afstand ■ Hybride vorm ■ Enkel via persoonlijk contact



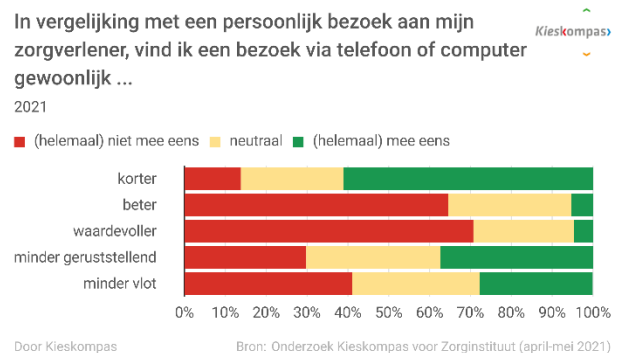
Door Kieskompas Gemaakt met LocalFocus

Bron: Onderzoek Kieskompas voor Zorginstituut (juni 2022)



› Beoordeling van Zorg op Afstand

Deelnemers aan het onderzoek werden gevraagd om ZOA (telefoon of computer) op vijf aspecten (korter, beter, waardevoller, geruststellender of moeilijker) te beoordelen ten opzichte van persoonlijk contact. Onderstaande figuren laten de resultaten zien uit 2022 (links) en 2021 (rechts). In 2022 geeft een meerderheid van de respondenten aan dat ze het er (helemaal) mee eens zijn dat ZOA (via telefoon of computer) korter is. Dit komt overeen met de gegevens uit 2021. Wat verder opvalt is dat een groter aantal respondenten zorg via de telefoon of computer ziet als minder geruststellend dan in 2021. Net als in 2021 zijn er maar weinig mensen die een bezoek via de telefoon of computer gewoonlijk 'beter' en 'waardevoller' vinden. Daarnaast geeft ruim vier op de tien aan dit normaal gesproken moeilijker te vinden. Mensen lijken een bezoek via telefoon of computer dus vooral als iets te ervaren dat korter duurt, maar niet als kwaliteitsverhoging.



In het onderzoek van vorig jaar bleek dat mensen die ervaren zijn met ZOA, digitale zorg doorgaans beter en waardevoller noemen dan mensen die geen ervaring hebben met ZOA. Om dit verder uit te diepen bekeken we dit jaar het verschil tussen de drie eerdergenoemde groepen: mensen die enkel gebruik maken via persoonlijk contact, mensen die enkel gebruik maken van zorg middels ZOA en mensen die gebruik maken van een hybride vorm. Op deze manier kunnen we ook de verschillen bekijken tussen mensen die ervaren zijn met ZOA. Het zou bijvoorbeeld goed kunnen dat mensen die gebruik maken van een combinatie hun zorg op hun eigen manier inrichten en daardoor over het algemeen tevredener zijn.

Net als vorig jaar zien we dat de groepen die gebruik maken van ZOA over het algemeen positiever zijn. Ook geven zij aan dat het contact korter duurt en beoordelen zij deze ook als geruststellender (of minder snel als niet geruststellend) dan de groep die enkel persoonlijk contact heeft.

Er zijn nauwelijks verschillen tussen de enkel ZOA-groep en de hybride groep. Wel vindt de hybride groep digitale zorg iets geruststellender (of minder snel 'niet geruststellend') en wordt deze door een groter deel als 'korter' beschreven. Aan de andere kant vindt de hybride groep ZOA juist moeilijker. Daarbij moet wel worden opgemerkt dat de verschillen erg klein zijn en mogelijk te klein om conclusies uit te trekken. Het lijkt er dus op dat mensen die gebruik maken van een hybride vorm van zorg hier niet altijd voor kiezen omdat ze het beter beoordelen. Mogelijk kiezen zij deze vorm dus om andere redenen zoals dat het praktischer is.

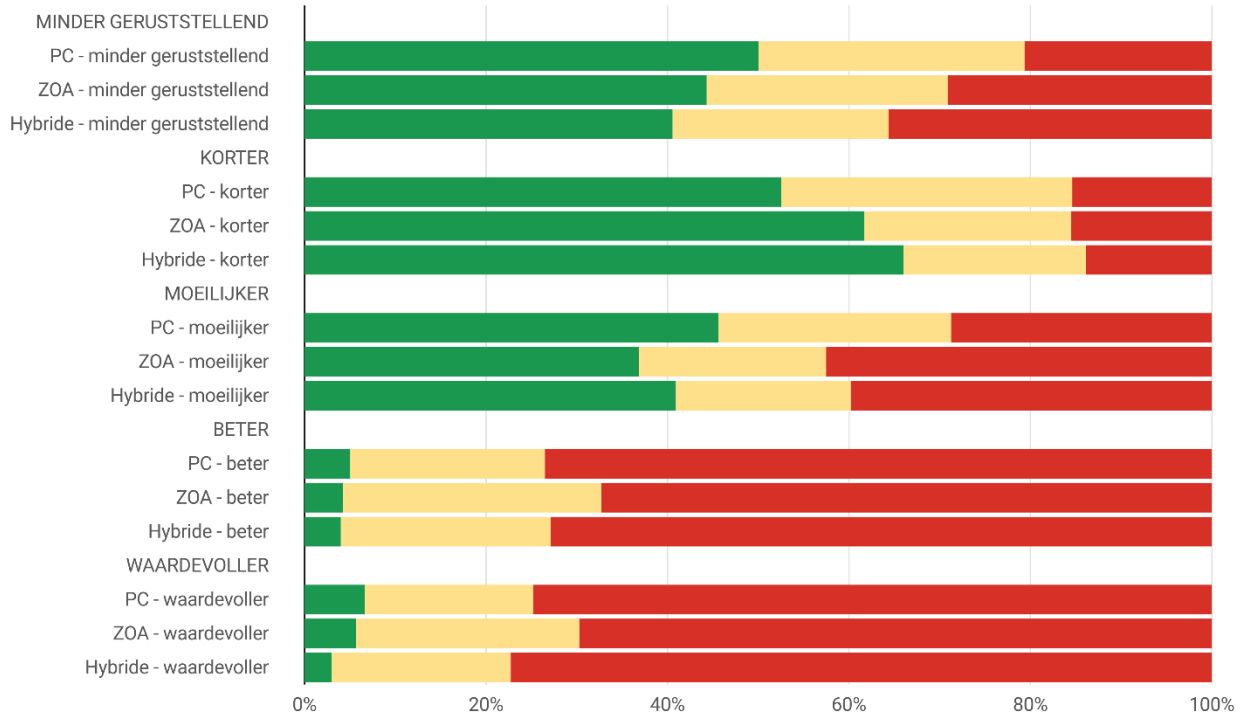


In vergelijking met een persoonlijk bezoek aan mijn zorgverlener, vind ik dat een bezoek via telefoon of computer gewoonlijk ...

Kieskompas

2022

■ (Helemaal) mee eens ■ Neutraal ■ (Helemaal) niet mee eens



Door Kieskompas Gemaakt met LocalFocus

Bron: Onderzoek Kieskompas voor Zorginstituut (juni 2022)

Uit dit hoofdstuk blijkt dat de keuze voor fysieke zorg dan wel digitaal erg afhangt van de zorgvraag. In veel gevallen verkiest de gebruiker fysieke zorg boven digitale zorg. Wanneer het echter gaat om een dringend, maar niet ernstig probleem of wanneer de diagnose al duidelijk is, verkiezen zij over het algemeen digitale zorg. Hieruit blijkt wederom dat digitale zorg dus complementair is aan fysieke zorg. Vaak als fysieke zorg niet direct nodig lijkt te zijn wordt er voor digitale zorg gekozen. Daarnaast blijkt dat mensen die gebruik maken van een vorm van ZOA deze vaker positiever beoordelen dan mensen die geen ervaring hebben met ZOA. We zien slechts kleine verschillen als we kijken naar de groepen die gebruik maken van enkel ZOA en de hybride groep.



› Samen beslissen

- Over het algemeen zijn Nederlanders tevreden over hun zorgverleners.
- Nederlanders hebben vertrouwen in hun zorgverleners. Meer dan helft geeft aan dat zorgverleners hun dossier mogen raadplegen ook al gaat dat ten koste van privacy. Ook volgen Nederlanders over het algemeen het advies van hun zorgverlener op als het gaat over het downloaden van een app met betrekking tot hun gezondheid.

Passende zorg betekent dat patiënt en zorgverlener samen beslissen. Vanwege het feit dat de opzet van het onderzoek tijdens het proces is veranderd zijn weinig vragen gesteld over dit passende principe. Wel is onderzocht hoe tevreden en betrouwbaar patiënten hun zorgverlener vinden in relatie tot hun eigen privacy.

› Tevredenheid over contact met zorgverleners

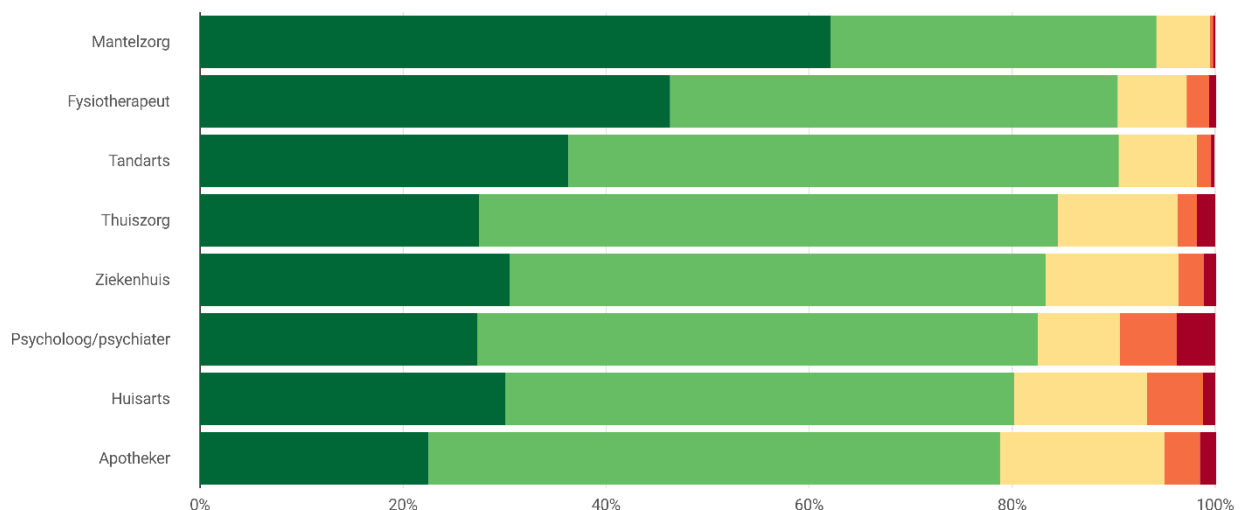
Uit onderstaande tabel blijkt dat Nederlanders over het algemeen tevreden zijn over hun zorgverleners. Voor alle categorieën geldt dat meer dan acht op de tien aangeeft (heel) tevreden te zijn over het contact met de zorgverlener. Het hoogste scoort mantelzorg, de fysiotherapeut, de tandarts, de thuiszorg en het ziekenhuis. Het minst goed scoren de psycholoog/psychiater, de apotheek en de huisarts.

Tevredenheid over zorgverleners

Hoe tevreden bent u over het contact met onderstaande zorgverleners in het algemeen?



■ Heel tevreden ■ Tevreden ■ Neutraal ■ Niet tevreden ■ Helemaal niet tevreden



Door Kieskompas | Gemaakt met LocalFocus

Bron: Onderzoek Kieskompas voor Zorginstituut (juni 2022)

› Vertrouwen in zorgverleners

Kijken we naar het vertrouwen in zorgverleners dan valt op dat meer dan de helft van de respondenten het (helemaal) eens is met de stelling dat *zorgverleners hun dossier moeten kunnen raadplegen, ook als dat ten koste gaat van hun privacy*. Ook zouden veel mensen het advies van hun zorgverleners opvolgen als het gaat over het downloaden van gezondheidsapps. Ongeveer de helft geeft aan dit (zeker) te doen, terwijl iets meer dan twee op de tien dit (zeker) niet zou doen. Het aantal mensen dat zich zorgen zou



maken over hun privacy als hun gezondheid digitaal gevolgd zou worden is wel groter; bijna vier op de tien.

iets

Geef aan in hoeverre u het eens of oneens bent met onderstaande stellingen.

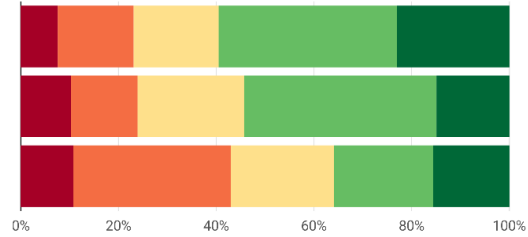
2022

■ Helemaal niet mee eens ■ Niet mee eens ■ Neutraal ■ Mee eens ■ Helemaal mee eens

Zorgverleners moeten mijn dossier kunnen raadplegen, ook al gaat dat ten koste van mijn privacy

Ik stem er mee in als mijn zorgverlener me vraagt een app te downloaden voor mijn gezondheid

Als mijn gezondheid digitaal gevolgd wordt, zou ik me zorgen maken over mijn privacy



Door Kieskompas | Gemaakt met LocalFocus

Bron: Onderzoek Kieskompas voor Zorginstituut (juni 2022)

Uit dit hoofdstuk blijkt dat een gebrek aan vertrouwen in zorgverleners digitale zorg niet in de weg staat. Nederlanders zijn over het algemeen tevreden over hun zorgverleners en vertrouwen hen ook hun medische gegevens digitaal toe.



› Passende zorg voor een redelijke prijs

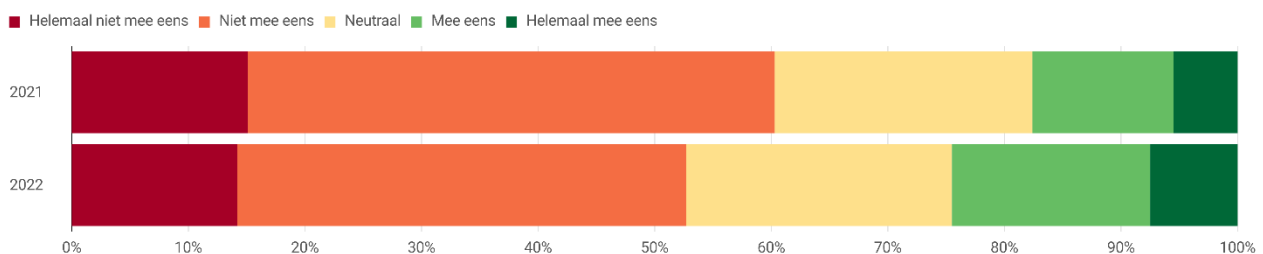
- Minder dan een kwart van de Nederlanders geeft aan dat ze bereid zijn om meer zorgpremie te betalen als ze hun zorgverlener dan (uitsluitend) fysiek kunnen spreken. Daarnaast geeft ruim de helft aan het hier (helemaal) niet eens te zijn en neemt ongeveer twee op de tien een neutrale positie in.
- Ruim drie op de tien is bereid om meer reiskosten te betalen als ze hun zorgverlener dan (uitsluitend) fysiek kunnen spreken. Minder dan de helft is het hier (helemaal) niet mee eens en ongeveer twee op de tien neemt een neutrale positie in.
- De bereidheid om zorgpremies dan wel reiskosten te betalen voor fysieke zorg is wel toegenomen ten opzichte van vorig jaar.

Het laatste principe van passende zorg is zorg die werkt tegen een redelijke prijs. Tegen welke prijs willen Nederlanders welke vorm van zorg? Er bestaat er een grote kans dat zorggebruikers meer moeten gaan betalen willen zij in de toekomst gebruik maken van fysieke zorg. Zorg op afstand door middel van online hulpmiddelen is in veel gevallen eenvoudiger en goedkoper dan fysieke gesprekken. Daarom bekijken we nader hoe burgers hiertegen aankijken.

› Bereidheid om zorgpremie of reiskosten te betalen

Ruim de helft van de mensen is het (helemaal) niet eens met de stelling *‘Ik wil uitsluitend mijn zorgverlener fysiek spreken, ook als daardoor de zorgpremies stijgen, terwijl een kwart het er juist (helemaal) mee eens is. Vergelijken we de resultaten met het onderzoek uit 2021 dan zien we dat de bereidheid om hogere zorgpremies te betalen is gestegen.*

Ik wil mijn zorgverlener uitsluitend fysiek spreken, ook als daardoor de zorgpremies stijgen



Door Kieskompas Gemaakt met LocalFocus

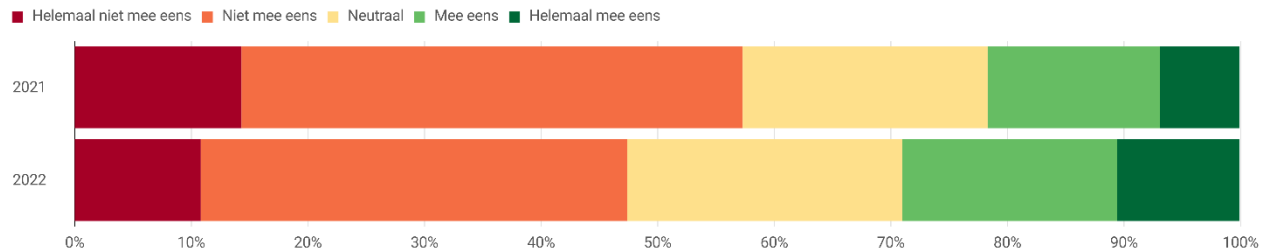
Bron: Onderzoek Kieskompas voor Zorginstituut (april-mei 2021; juni 2022)

Eenzelfde beeld zien we als we kijken naar de stelling *‘Ik wil mijn zorgverlener uitsluitend fysiek spreken, ook als dat meer reistijd en hogere kosten met zich meebrengt’*. Bijna de helft van de mensen is het (helemaal) niet eens met de stelling. Voor ongeveer drie op de tien lijkt reiskosten een minder grote rol te spelen. Ook hier zien we dat de bereidheid om reiskosten te betalen om een zorgverlener uitsluitend fysiek te spreken is toegenomen.



Ik wil mijn zorgverlener uitsluitend fysiek spreken, ook als dat meer reistijd en hogere kosten met zich meebrengt

Kieskompas



Door Kieskompas Gemaakt met LocalFocus

Bron: Onderzoek Kieskompas voor Zorginstituut (april-mei 2021; juni 2022)

Hoewel de bereidheid om zorgpremie dan wel reiskosten te betalen is gestegen is het kostenaspect voor de meerderheid van de Nederlanders nog altijd een reden om hun zorgverlener niet uitsluitend fysiek te willen spreken. Als de stijging van zorgkosten door de inzet van digitale zorg (in combinatie met fysieke zorg) beperkt kan worden, staat een groot deel van Nederland daar dus voor open.

› Conclusie.

In deze rapportage is aan de hand van de vier principes van passende zorg inzichtelijk gemaakt hoe digitale zorg en fysieke zorg complementair zijn aan elkaar. Daaruit blijkt dat het erg situatie afhankelijk is of Nederlanders een voorkeur hebben voor digitale zorg dan wel fysieke zorg. Zo wil meer dan negen op de tien Nederlanders de keuze hebben voor fysieke zorg als daar behoefte aan is. Tegelijkertijd is slechts een kwart van de Nederlanders bereid om hiervoor te betalen met meer zorgpremie of reiskosten. De meeste Nederlanders staan dus open voor digitale zorg, maar het verschilt per situatie.

In het geval dat iemand ‘gevallen is en pijn heeft’ of wanneer iemand ‘zich somber voelt, en daarover wil praten’ is er vaker een voorkeur voor fysieke zorg. Ook wanneer men ‘al denkt te weten wat het probleem is’ of ‘ervan op de hoogte is dat een afspraak langer gaat duren’, blijft er over het algemeen een voorkeur voor fysieke zorg. In drie gevallen is er juist vaker een voorkeur voor digitale zorg: bij ‘dringende, maar niet ernstige zorg’, wanneer ‘de diagnose al duidelijk is’ of wanneer ‘fysiek onderzoek niet nodig is’. Digitale zorg komt dus vooral in beeld wanneer een patiënt zich wil informeren of wanneer er een ondersteunend doel is.

Verder blijkt uit het onderzoek dat de zorggebruiker op de hoogte is van digitale middelen die hen meer regie geven op hun gezondheid en daarmee de zelfredzaamheid vergroten. Zo zoekt het merendeel op internet naar diens gezondheidsklachten waarna een groot deel is gerustgesteld en afziet van een fysieke afspraak bij de dokter. Dit geldt in meerdere mate voor jongere leeftijdsgroepen en hoger opgeleiden en in mindere mate voor oudere leeftijdsgroepen of lager opgeleiden.

Als we bekijken hoe digitale zorg wordt beoordeeld, dan valt op dat ZOA over het algemeen minder positief wordt beoordeeld dan vorig jaar. Net als vorig jaar wordt ZOA wel positiever beoordeeld door mensen die ervaren zijn met dergelijke zorg dan mensen die er geen ervaring hebben.



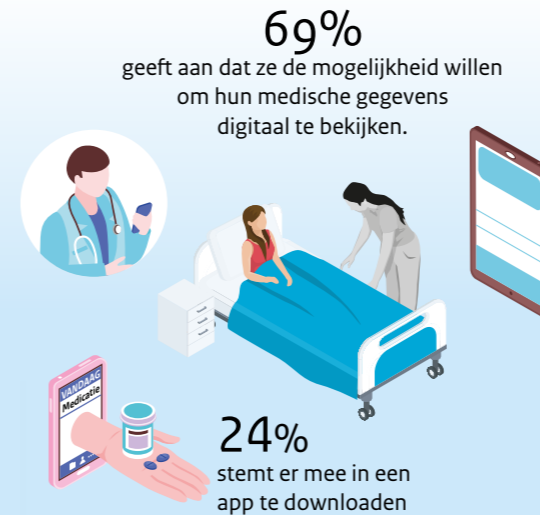
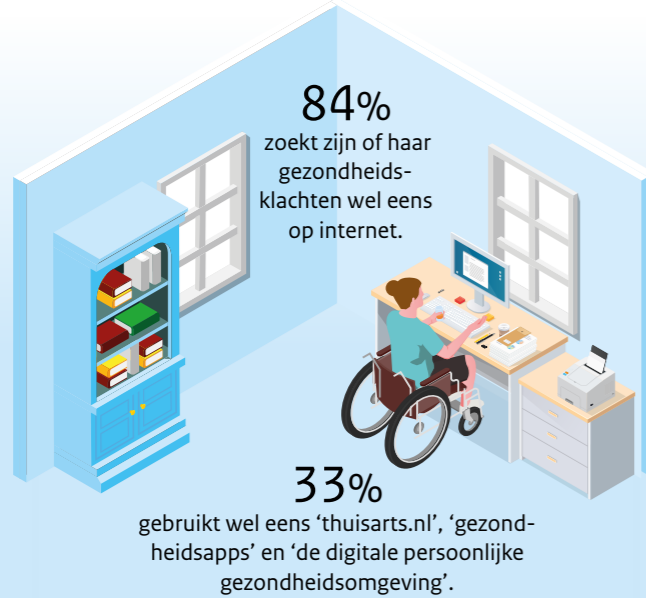
Voorkeuren van burgers bij passende (digitale) zorg

gezondheid en zelfredzaamheid

de juiste zorg op de juiste plek

samen beslissen

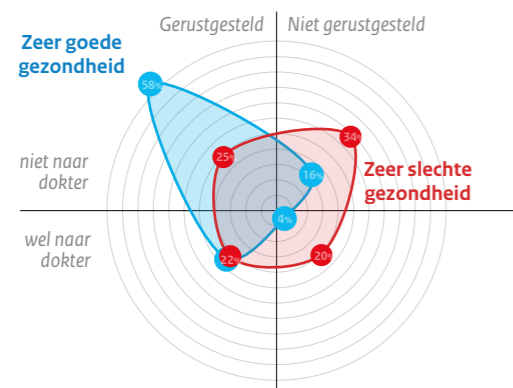
tegen een redelijke prijs



ONDERZOEK KIESKOMPAS, JUNI 2022
frederik ruys, vizualism 2023.05.18

Mensen die (zeer) goede gezondheid ervaren worden gerustgesteld door de informatie op het internet.

Samen met jongeren en hoogopgeleiden zien zij vaker af van een fysieke afspraak bij dokter.



Ouderen en laagopgeleiden worden over het algemeen ook gerustgesteld door de informatie op het internet, maar besluiten vaker om toch een fysieke afspraak te maken.



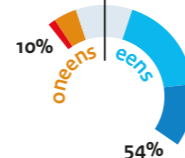
www.kieskompas.nl/nl/resultaten/zorginstituut

De keuze van een patiënt voor digitale of fysieke zorg hangt erg af van de situatie.

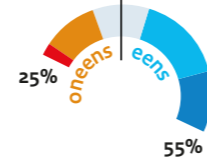
Er is een grotere voorkeur voor digitale zorg bij 'dringende, maar niet ernstige zorg', wanneer 'de diagnose al duidelijk is' of wanneer 'fysiek onderzoek niet nodig is'.

Digitale zorg komt vooral in beeld wanneer een patiënt zich wil informeren of wanneer er een ondersteunend doel is.

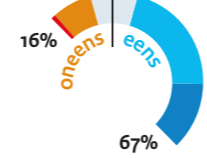
Als ik me somber voel heb ik liever een fysiek bezoek dan een digitaal gesprek



Ik mis het menselijk contact bij een digitale of telefonische consultatie



Als ik gevallen ben en pijn heb, ga ik liever fysiek op bezoek bij mijn zorgverlener

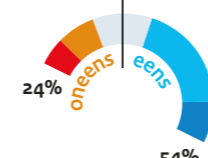


Nederlanders hebben vertrouwen in hun zorgverleners.

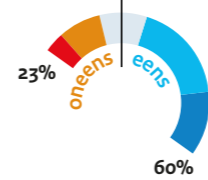
De meerderheid geeft aan dat zorgverleners altijd hun dossier mogen raadplegen.

Ook volgen Nederlanders over het algemeen het advies van hun zorgverlener op als het gaat over het downloaden van een app met betrekking tot hun gezondheid.

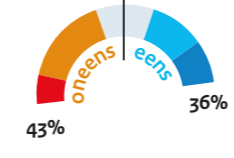
Ik stem er mee in als mijn zorgverlener me vraagt een app te downloaden



Zorgverleners moeten mijn dossier kunnen raadplegen, ook al gaat dat ten koste van mijn privacy



Als mijn gezondheid digitaal gevolgd wordt zou ik me zorgen maken over mijn privacy



De bereidheid om zorgpremies dan wel reiskosten te betalen voor fysieke zorg is toegenomen ten opzichte van vorig jaar.

Een kwart geeft aan dat ze bereid is om meer zorgpremie te betalen.



Drie op de tien is bereid om meer reiskosten te betalen als ze hun zorgverlener dan (uitsluitend) fysiek kunnen spreken. Minder dan de helft is het hier niet mee eens

Ik wil mijn zorgverlener uitsluitend fysiek spreken...

... ook als daardoor de zorgpremies stijgen.

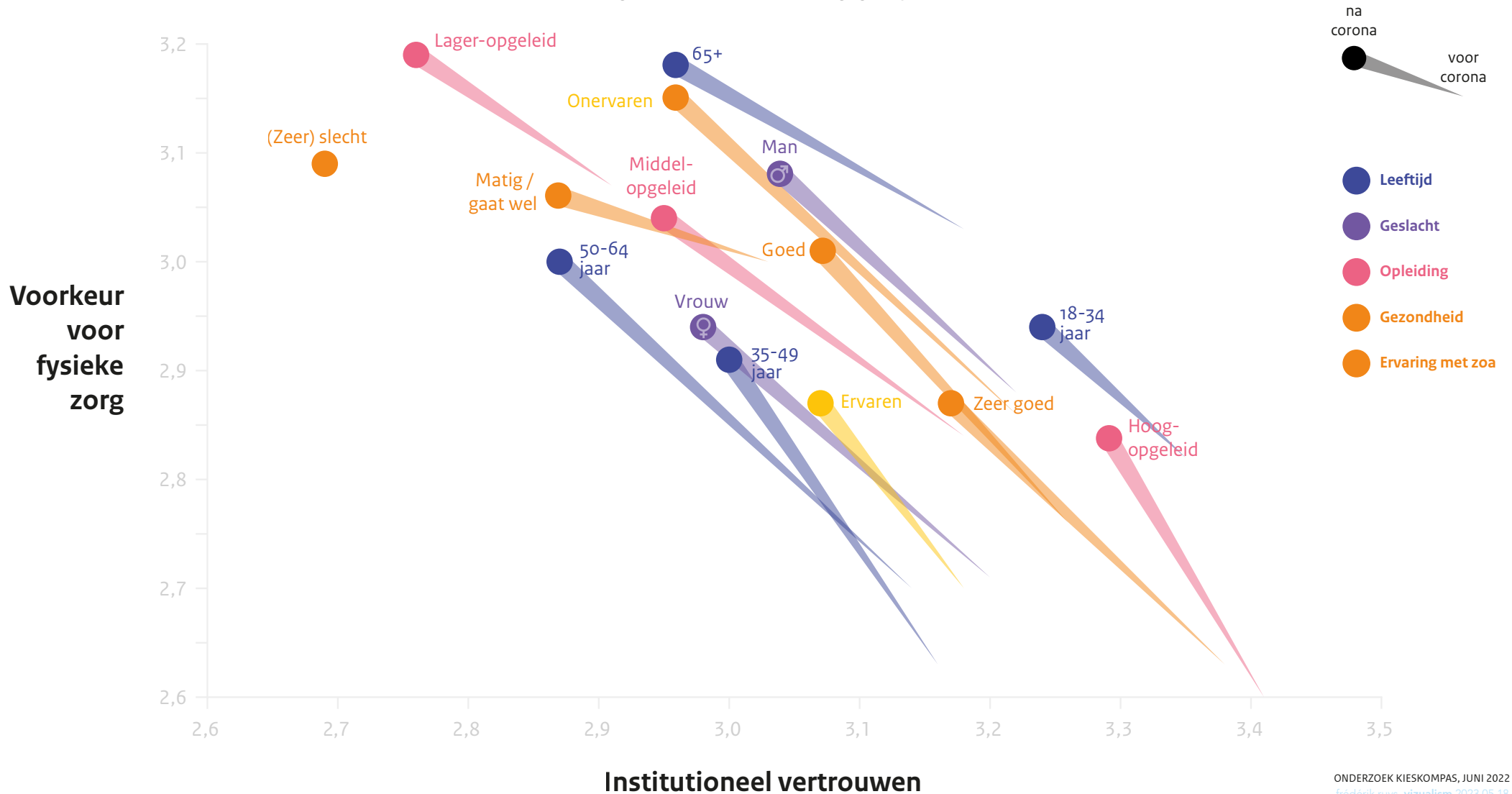
... ook als dat meer reistijd en hogere kosten met zich meebrengt.





Hoe is de mening over zorg op afstand veranderd?

De voorkeur voor fysieke zorg ten opzichte van digitale zorg is toegenomen ten opzichte van vorig jaar. Dit geldt voor alle bevolkingsgroepen.



Wat is digitale zorg?

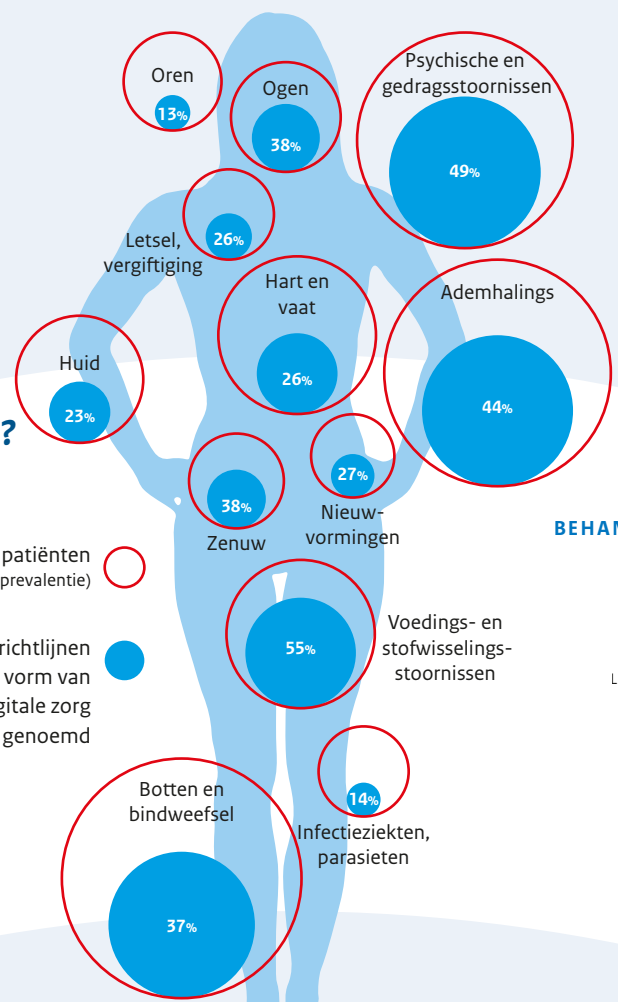
In de medische richtlijnen worden vooral algemene termen gebruikt
 – zoals ehealth - wanneer verwezen wordt naar digitale zorg.



Zorginstituut Nederland

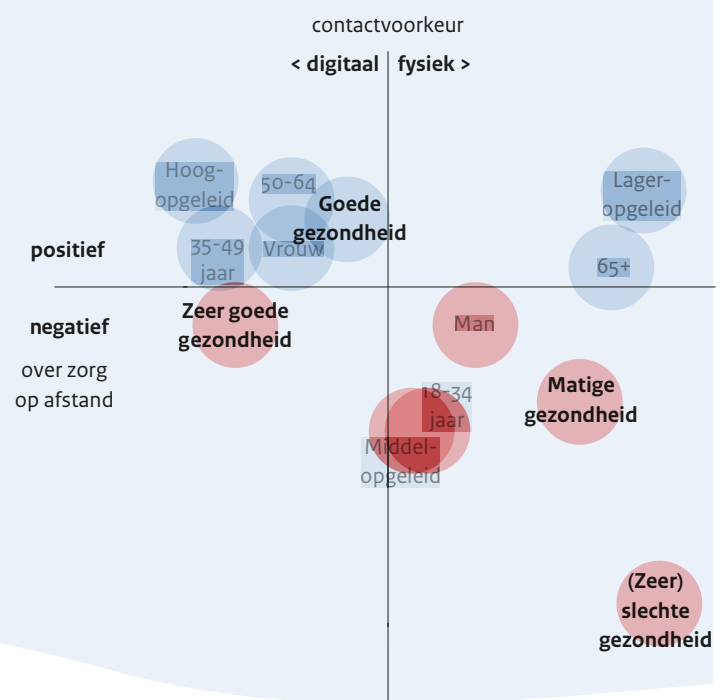
Digitale zorg in de huidige richtlijnen

In veel zorggebieden is een digitale vorm van zorg opgenomen in de kwaliteitsstandaard.



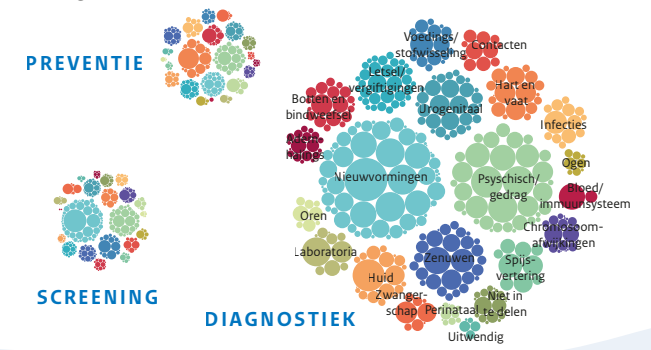
Wat wil de burger?

Het zijn juist de mensen met een slechte gezondheid die een voorkeur hebben voor fysiek contact bij hun zorgvraag.

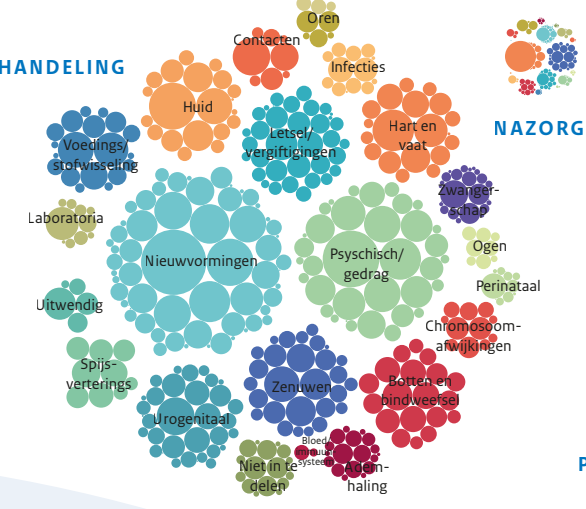


Waar wordt in de richtlijnen digitale zorg genoemd?

In de medische richtlijnen wordt vooral naar digitale zorg verwezen wanneer het gaat over de behandeling of de diagnostiek.



BEHANDELING



REVALIDATIE



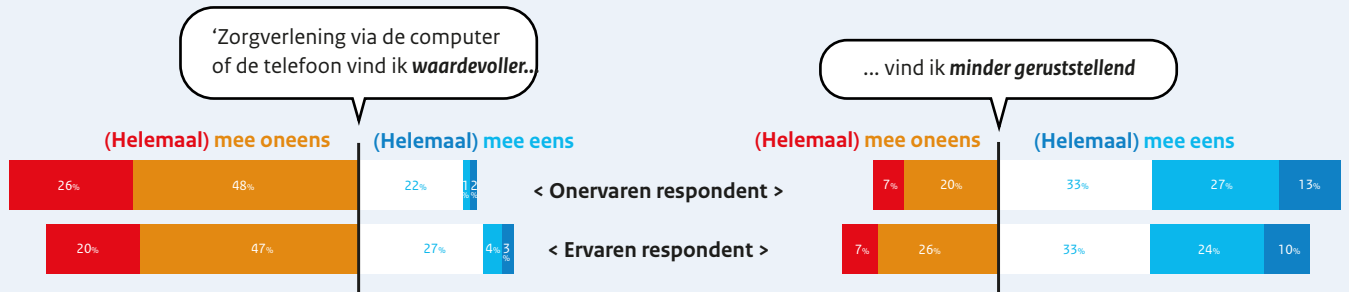
PALLIATIEVE ZORG



RANGLIJST AANDOENINGEN 2018, VOLKSGEZONDHEID.INFO, 2021

Verdeeld positief over zorg op afstand

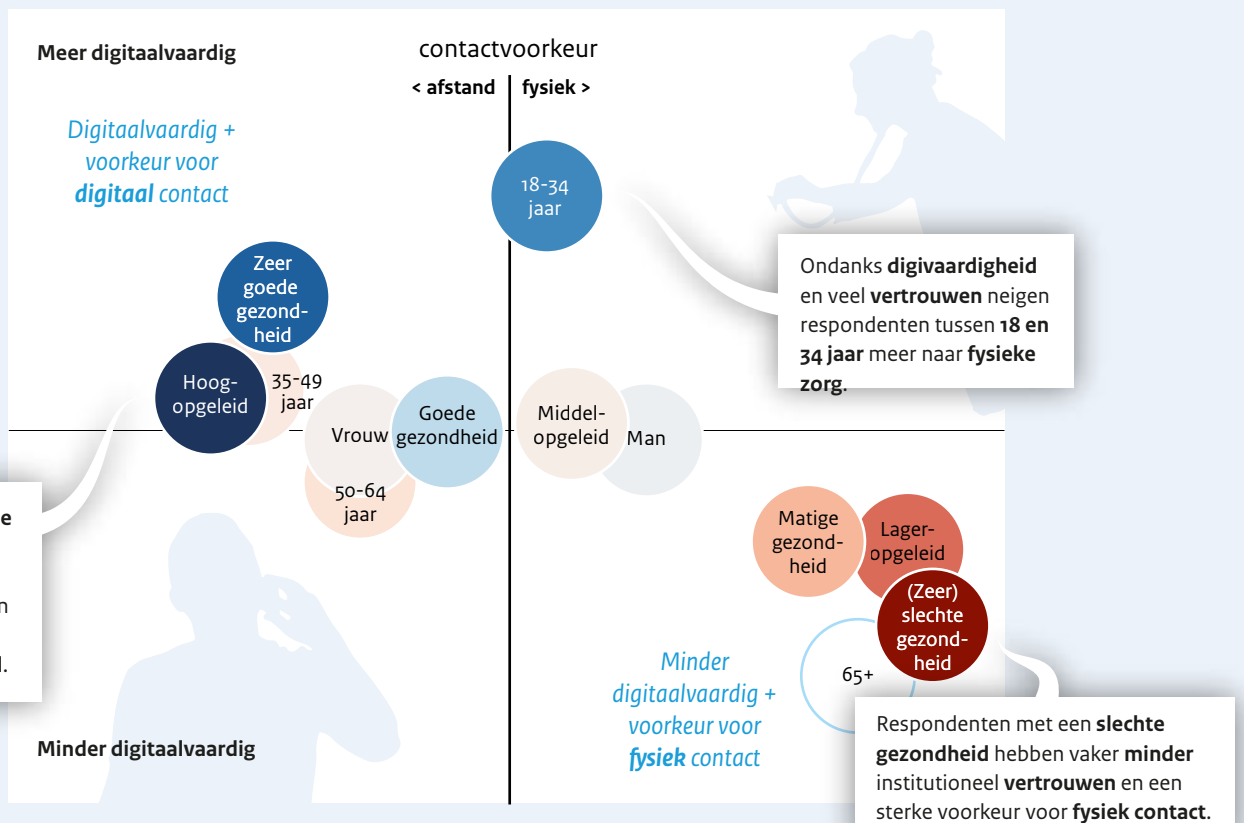
Ervaren respondenten* gematigd positiever



* Respondenten die het afgelopen jaar zorg op afstand hebben ervaren. Respondenten die antwoorden met 'Weet niet' zijn buiten beschouwing gelaten.

Bij weinig institutioneel vertrouwen en lagere digivaardigheid voorkeur voor fysiek contact

Hoe meer institutioneel vertrouwen iemand heeft, hoe sterker hun voorkeur voor digitale zorg.



Corona beïnvloedt zowel positieve als negatieve ervaring met digitale zorg

In een open vraag naar veranderingen met betrekking tot zorg op afstand tijdens de coronacrisis worden zowel positieve als negatieve ervaringen gedeeld.



% respondenten met een positieve/negatieve ervaring dat onderwerp benoemt.

FYSIEKE ZORG

DIGITALE ZORG

Een burgerperspectief op digitale zorg

Waarom burgers wel of niet
kiezen voor digitale zorg

Voorwoord

De zorg staat onder druk. Vanwege toenemende vergrijzing, zorgkosten en de stijgende personeelstekorten zijn oplossingen nodig om de zorg efficiënter te organiseren. Digitale zorg biedt daarvoor mogelijkheden. Om tot slimme, digitale oplossingen te komen zijn alle perspectieven relevant: die van praktijkprofessionals, innovators, systeempartijen, maar ook van burgers. Diverse organisaties hebben hier onderzoek naar gedaan, met veel (kwantitatieve) inzichten als resultaat.¹ In aanvulling hierop zijn wij op zoek gegaan naar de verhalen hierachter. Wat zijn de redenen waarom iemand positief (of negatief) tegenover digitale zorg staat? En onder welke voorwaarden staat iemand wel open voor digitale zorg en onder welke voorwaarden niet? Dit is geen harde wetenschap, maar juist deze geluiden zijn belangrijk om te komen tot succesvolle oplossingen.

Voor deze verhalen hebben we een diverse groep aan mensen geïnterviewd, die elk vanuit hun eigen perspectief op een andere manier met zorg te maken hebben (gehad). Dit heeft geresulteerd in 15 verschillende profielen, die een beeld geven van behoeften, wensen en gedachten over digitale zorg. Iedereen heeft zijn eigen persoonlijke motivaties, dus volledig generaliseren kan niet, maar er zijn ongetwijfeld meer 80-plussers die zorg opzoeken voor het sociale contact, of mantelzorgers die tussen de bedrijven door zorgtaken moeten rondkrijgen, of jongeren die eigenlijk helemaal niet bezig zijn met hun gezondheid.

Naast de inzichten op het gebied van digitale zorg maakt ons onderzoek ook duidelijk dat het lang niet altijd gaat om de zorg an sich, maar om een andere behoefte die met 'fysieke zorg' wordt ingevuld: eenzaamheid, onvoldoende kennis van de taal, het missen van digitale vaardigheden. Ook dit zijn maatschappelijke vraagstukken die niet gemakkelijk op te lossen zijn, maar het is de vraag of dit de verantwoordelijkheid is van de zorgsector en of het digitalisering in de zorg in de weg mag staan.

Alyssa Brinkhof
Gwyneth Wolfert
Brugwerk

¹ O.a.: Op zoek naar digitaal burgerschap in de zorg – 'zorg op afstand' en het belang van privacy nader belicht. Van Heck en Krouwel, Kieskompas, in opdracht van het Zorginstituut, 2021; E-health monitor 2021 - Stand van zaken digitale zorg, RIVM, 2021.

Dit document is gemaakt in opdracht van het
Zorginstituut Nederland en &FLUENCE



Zorginstituut Nederland

&FLUENCE
negotiations
and dialogue

Afbeeldingen gemaakt door
Marleen Vos, Catch & Sketch

Ontwerp & layout door
Sander van Geest, Don't Panic Design

© Brugwerk, december 2022

Inhoud

Algemeen	6	interview De digivaardige 80+er	27
Overkoepelende bevindingen	8	Overkoepelend thema - Voorwaarden	28
interview De ondernemer die houdt van flexibiliteit	10	interview De jongeren zonder zorgvraag	30
interview De mantelzorger die werk en zorg combineert	12	Maatschappelijke kans - Positieve bijeffecten van digitale vaardigheid	31
Maatschappelijke uitdaging - Risico op kwaliteitsverlies	14	interview De zorgprofessional woonachtig in een klein dorp	32
interview De elektromonteur met een grote zorgvraag	15	interview De vader van twee	34
Maatschappelijke kans - Ontlasten fysieke zorg	16	Maatschappelijke uitdaging - Ervaringsdeskundigen blijven altijd nodig	35
interview De diabetespatiënt	17	interview De young professional met een fulltime baan	36
Overkoepelend thema - Privacy	18	interview De student met een grote zorgvraag	38
interview De alleenstaande moeder met een minimuminkomen	20	Overkoepelend thema - Informatie op internet	40
Maatschappelijke uitdaging - Toegankelijkheid	24	interview De gepensioneerde	42
interview De wijkverpleegkundige met veel ervaring met digitale zorg	25		

Algemeen

Uitgangspunt

Het uitgangspunt van voorliggend document is het onderzoek van het Kieskompas *“Op zoek naar digitaal burgerschap in de zorg – ‘zorg op afstand’ en het belang van privacy nader belicht”*.²

Met een respons van ruim 10.000 burgers geeft dit onderzoek veel (kwantitatieve) inzichten over de ervaringen met en opinies over de digitalisering van de zorg. Voorliggend document is een kwalitatieve aanvulling hierop. Door middel van interviews zijn ervaringen met en gedachten over digitale zorg opgehaald, om zo een nog beter beeld te krijgen van het burgerperspectief op digitale zorg.

Wat is digitale zorg?

Digitale zorg is een breed begrip en reikt van technologische innovaties in de zorg tot het zoeken van informatie op internet over de gezondheid. De focus in de interviews ligt op ‘zorg op afstand’ (zorg die niet tijdens een persoonlijk bezoek maar over een ander medium plaatsvindt) evenals in het onderzoek van het Kieskompas. Een enkele keer wordt deze definitie iets verruimd, bijvoorbeeld in de gesprekken met burgers die ook op professioneel vlak ervaring hebben met digitale zorg.

Selectie deelnemers

Bij de selectie van deelnemers is gezocht naar verschillende perspectieven ten aanzien van zorg. Dit heeft o.a. geresulteerd in mensen met een grote, kleine (of geen) zorgvraag, met en zonder ervaring met digitale zorg en mensen met goede en slechte toegang tot zorg. Daarnaast is geselecteerd op leeftijd, geslacht, opleiding, etniciteit en woonplaats. De scope van het onderzoek is te klein om voor elke combinatie van variabelen meerdere mensen te interviewen, maar alle perspectieven komen aan bod.

Leeswijzer

Het document begint met een visuele weergave van de overkoepelende bevindingen. De voor – en nadelen die burgers vanuit hun persoonlijke perspectief hebben gedeeld over digitale zorg vormen hierbij de belangrijkste input. Vervolgens worden de belangrijkste punten per interview weergegeven en wordt aandacht besteed aan de thema’s; informatie op internet, voorwaarden voor digitale zorg en privacy. In een aantal interviews benoemden burgers ook uitdagingen en kansen voor de maatschappij. Hier hebben wij er een aantal van uitgelicht.

²O.a.: *Op zoek naar digitaal burgerschap in de zorg – ‘zorg op afstand’ en het belang van privacy nader belicht*. Van Heck en Krouwel, Kieskompas, in opdracht van het Zorginstituut, 2021;

Overkoepelende bevindingen

Voordelen van digitale zorg

- Het geeft flexibiliteit
- Geen reistijd
- Geen reiskosten
- Laagdrempeliger om zorg te zoeken
- Meer aandacht van de zorgverlener; minder gehaastheid
- Eerder aan de beurt
- De keuze voor een zorgverlener is onafhankelijk van afstand
- Informatie op internet stelt gerust en maakt je een betere sparringspartner van de zorgverlener
- Meer privacy dan in de dokterspraktijk

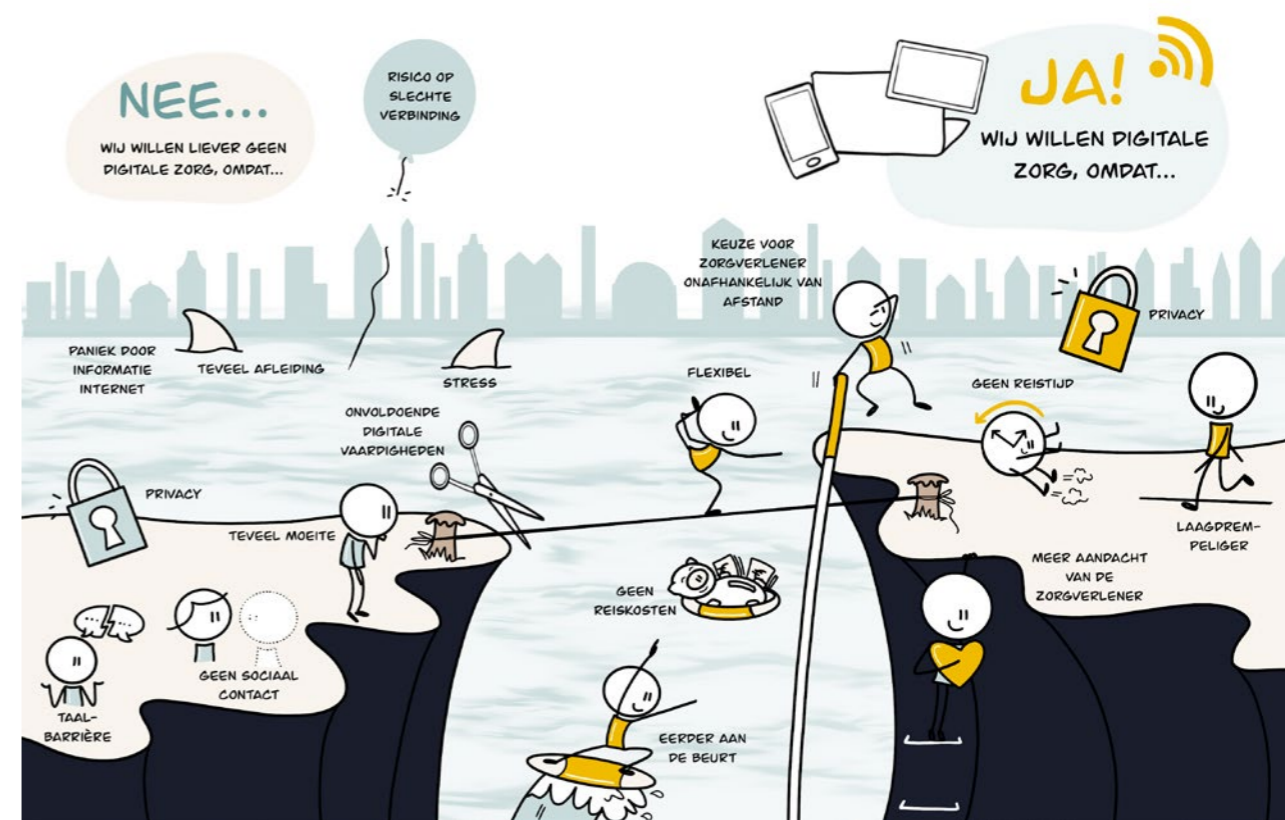
In de interviews zijn verschillende voorwaarden genoemd voor het gebruik van digitale zorg. De mogelijkheid om zelf te kunnen kiezen tussen fysieke -en digitale zorg is de belangrijkste.

Burgers denken dat digitale zorg maatschappelijke kansen (zoals het ontlasten van fysieke zorg) en uitdagingen (zoals het risico op kwaliteitsverlies) biedt.

Nadelen van digitale zorg

- Moeilijk in het geval van digitale vaardigheden
- Te veel moeite
- Het geeft stress
- Moeilijk in het geval van een taalbarrière
- Zowel zorgverlener als cliënt zijn eerder afgeleid.
- Geen sociaal contact
- Meer tijd nodig voor de juiste diagnose en groter risico op misdiagnose
- Risico op slechte verbinding
- Informatie op internet stelt niet gerust

EEN BURGERPERSPECTIEF OP DIGITALE ZORG



De ondernemer die houdt van flexibiliteit

Geslacht
Vrouw

Leeftijd
65

Beroep
Ondernemer in de zorgsector

Hoogste opleiding
WO

Gezinssituatie
Alleenstaand

Voordelen van digitale zorg

Vrijheid en tijdsbesparing

Via de app waar mijn huisarts mee werkt kan je met hem communiceren, vragen stellen en foto's uploaden. Ik vind dat heerlijk. Het geeft veel vrijheid en bespaart veel tijd. Toen ik een keer doorverwezen werd naar een handenexpert voor een behandeling was alle voor- en nazorg digitaal. Via telefonisch contact of via vragenlijsten. Alleen voor de ingreep was het fysiek.

Laagdrempeliger

Mensen gaan eerder op zoek naar zorg omdat ze het in hun eigen tijd kunnen doen. Je hoeft niet een afspraak in je schema in te passen

Ontlasten fysieke zorg

Als ik een afspraak wil voor een bult op mijn vinger en daardoor een jonge vrouw met borstkanker

en drie kinderen langer moet wachten klopt dat niet. Ik kan hier ook een foto van maken en het heeft totaal geen haast. Dus als de grote bak - de grote groep gezeur - digitaal kan worden afgehandeld heeft de huisarts meer tijd voor de mensen die echt iets hebben.

Nadelen van digitale zorg

Alleen met een bekende zorgverlener

Ik vind het prima om digitaal te communiceren met mijn huisarts maar wel omdat ik hem ken. Ik weet wie erachter zit, dus dat is voor mij wel een voorwaarde. Als het basiscontact en vertrouwen er is dan

Via de app waar mijn huisarts mee werkt kan je met hem communiceren, vragen stellen en foto's uploaden. Ik vind dat heerlijk.

werkt het. Als je weet dat je gehoord wordt en het goed geanalyseerd wordt.

Ervaringsdeskundigen blijven altijd nodig

Mijn grootste zorg als het gaat om digitale zorg is dat ervaringsdeskundigen vertrekken en niet worden aangevuld. Er zijn altijd kennisdragers nodig die de situatie kunnen beoordelen, dit kan niet worden vervangen door een digitaal middel. Neem bijvoorbeeld de verloskunde. Een verloskundige heeft geen afvinklijstje 'nu moet iemand naar de verloskundige'. Die kan op ervaring inschatten wanneer er actie nodig is.

De mantelzorger die werk en zorg combineert

Geslacht
Vrouw

Leeftijd
60

Beroep
Beleids-
ondersteuner

Hoogste opleiding
HBO

Gezinssituatie
Alleenstaand



Voordelen van digitale zorg

Tijdsbesparing

Het scheelt mantelzorgers ontzettend veel tijd. Tijd die je dan kunt besteden aan je werk of aan leuke dingen doen met haar. Mijn moeder was laatst weer ziek. Dan vind ik het heel fijn dat ik een e-consult met de cardioloog kan doen. Ook kan ik hem mailen, dat vind ik ontzettend prettig. Dat kan ik in mijn eigen tijd doen en zij lezen het wanneer zij tijd daarvoor hebben en ik krijg altijd een reactie. Binnenkort heb ik ook een e-consult met een KNO-arts die in Beverwijk zit. Anders had ik naar Beverwijk moeten rijden. Tel maar uit: eerst mijn moeder ophalen, naar

Beverwijk rijden, wachten tot je een afspraak hebt, terugrijden naar huis, haar afzetten en ik weer thuis achter mijn pc gaan werken.

Meer aandacht van de zorgverlener

In mijn ervaring lopen fysieke afspraken altijd uit en er is altijd een soort gejaagdheid. Bij een e-consult merk ik dat niet. E-consult is altijd op tijd, soms iets later, maar dan kan je zelf ook je eigen ding doen. En als hij belt heeft hij echt de tijd voor je. Soms zit je anders een half uur, driekwartier te wachten.

Eerder aan de beurt

Mijn moeder heeft een maagonderzoek nodig en dat zou bijna 1,5 jaar gaan duren bij het ziekenhuis in de buurt. Dus ik ben met de zorgverzekeraar gaan zoeken bij welk ziekenhuis ze eerder terecht kan. En nu heb ik binnenkort een

Mijn moeder is 86 en niet digitaal vaardig. Maar dit hoeft het ook niet in de weg te zitten. Over 20 jaar ben ik zelf 80 en ik heb de ontwikkeling wel meegemaakt.

telefonisch consult met een maag darm lever arts en op basis van dat gesprek maken we een afspraak voor het maagonderzoek.

Nadelen van digitale zorg

Digitale vaardigheid is een vereiste

Ik regel dit voor mijn moeder; zij zou dit zelf niet kunnen. Mijn moeder is 86 en niet digitaal vaardig. Zelf kunnen ze dat niet, daar zijn ze veel te oud voor. Zij hebben deze hele ontwikkeling niet meegemaakt. Ik ben al blij dat mijn moeder een telefoon heeft en dat ze kan appen. Maar dit hoeft het ook niet in de weg te zitten. Over 20 jaar ben ik zelf 80 en ik heb de ontwikkeling wel meegemaakt.

Risico op kwaliteitsverlies

“ Digitalisering kan ook zorgen voor kwaliteitsverlies omdat je de menselijke maat er uithaalt. Het systeem gaat dan leidend worden, het digitale systeem en niet meer wie we voor ons hebben. Zo hebben wij een gezin begeleid. Ambulant. Uit Somalië. Oudste kind van een jaar of 10 paste op de jongste kinderen. In hun cultuur is dat heel normaal. Maar *Veilig Thuis* vond daar wel wat van. Gelukkig beoordeelde de maatschappelijk werker dat dit bij de cultuur hoorde, maar dit had een (digitale) afvinklijst er wellicht niet uitgehaald. Een groot risico als zorg meer digitaal wordt is dat er een grotere afstand wordt gecreëerd van de mens en de situatie. Het digitale systeem wordt leidend.

Zorgprofessional, 63 jaar

De elektromonteur met een grote zorgvraag



Geslacht Man	Leeftijd 52	Beroep Elektro monteur	Hoogste opleiding MBO	Gezinssituatie Samenwonend met twee uitwonende kinderen
-----------------	----------------	------------------------------	--------------------------	---

Voordelen van digitale zorg

Geen voordelen

Voor mij hoeft het niet. Ik zou er liever heen gaan, ook als het verder weg is. Dan rij ik er gewoon heen. Ook als het voor tien minuten is. Maakt me niet uit voor wat het is, hart of iets kleins.

Nadelen van digitale zorg

Privacy

Ik moet weleens beeldbellen over mijn hart. Dat vind ik niet fijn. Ik wil ze zien. Je ziet alleen een gezicht. Je weet niet wie erachter zit of naast staat. Ik wil gewoon die vent zien of vrouw. Als ik zo zit te praten weet ik toch niet wie er allemaal in die kamer staat. Ik vind dat maar eng.

Het geeft stress

Mijn volgende afspraak is online op 2 december om 10.00 uur. Toch ga ik om 9.30 al inloggen. Dan weet ik zeker dat het goed gaat. Dus het geeft ook wel stress mee voor het geval ik er niet inkom en mijn afspraak mis.

Te veel moeite

Er is wel een portaal van het ziekenhuis. Daar moet je inloggen en daar is dan alle informatie en dan kan je ook daar vragen stellen. Dat doe ik nooit. Gedoe. Ik wacht wel tot ik weer een afspraak heb.

Mijn volgende afspraak is online op 2 december om 10.00 uur. Toch ga ik om 9.30 al inloggen. Dan weet ik zeker dat het goed gaat.

Ontlasten fysieke zorg

Als er meer tijd vrijkomt door bijvoorbeeld digitale intakes, kunnen specialisten misschien bij fysieke afspraken die daar op volgen meer tijd aan de patiënt besteden. Dat kan soms zo gehaast zijn.

– Administratief medewerker, 57 jaar

Als ik een afspraak wil voor een bult op mijn vinger en daardoor een jonge vrouw met borstkanker en drie kinderen langer moet wachten klopt dat niet. Ik kan hier ook een foto van maken en het heeft totaal geen haast. Dus als de grote bak - de grote groep gezeur - digitaal kan worden afgehandeld heeft de huisarts meer tijd voor de mensen die echt iets hebben.

– Ondernemer in de zorgsector, 65 jaar

Als er geen lichamelijk onderzoek nodig is kan het gewoon digitaal. Ik denk dat 80% digitaal kan. Dan komt er misschien ruimte voor de dingen die wel echt gezien moeten worden. Mijn eerste intake voor mijn enkel was fysiek in het ziekenhuis, maar had prima digitaal gekund, ze gingen er toen helemaal niet naar kijken. Of een andere keer werd ik geholpen door een student en die maakte een foto en stuurde het naar de arts. Had ik zelf ook kunnen doen.

– Planner beveiliging, 25 jaar

Digitale zorg kan de fysieke zorg die iemand nodig heeft verminderen waardoor ook voor zorgverleners tijd wordt bespaard. Er kan wat mij betreft heel veel zorg digitaal.

– Coördinator middelbare school, 40 jaar



De diabetespatiënt

Geslacht	Leeftijd	Beroep	Hoogste opleiding	Gezinsituatie
Man	32	Leraar speciaal onderwijs	HBO	Getrouwd en 2 kinderen

Voordelen van digitale zorg

Laagdrempelig

Vanuit het ziekenhuis wordt gewerkt met een app waar je al je vragen kunt stellen; heel laagdrempelig en fijn om op die manier contact te hebben. Verschillende afdelingen van het ziekenhuis zijn hierop aangesloten. Vanwege mijn diabetes is het handig om een kort en makkelijk lijntje te hebben. Ik had laatst een coronavaccinatie gehad en merkte dat mijn suikerwaardes anders waren. Normaal gesproken zou ik daar niet de huisarts voor bellen maar nu kon ik via de app even snel een berichtje sturen.

Efficiënt

Door de app van het ziekenhuis hoef je niet te bellen, sta je niet in de wachtrij en kun je snel even schakelen. Het scheelt een hoop tijd en gedoe ten opzichte van een fysieke afspraak: vaak komt dit niet uit omdat het onder werktijd moet.

Flexibiliteit

Wanneer wordt gewerkt met een app kan de zorgverlener zelf bepalen wanneer hij of zij reageert. Ook met bijvoorbeeld het sturen van een foto naar de huisarts kan dit hem of haar tijd schelen in het spreekuur. Mijn kinderen hebben bijvoorbeeld weleens eczeem en door het sturen van een foto heb ik dan snel duidelijkheid of we wel of niet langs moet komen.

Nadelen van digitale zorg

Privacy

Er zit een grens op wat ik wel en niet wil delen. Ik maak me daarbij niet zozeer zorgen om de apps of andere digitale middelen die worden ingezet door de zorgverlener; ik maak me vooral zorgen over de veiligheid van mijn eigen telefoon.

Persoonlijk contact blijft het belangrijkste

Ik denk dat sommige vormen van zorg digitaal kunnen maar persoonlijk contact is het belangrijkste. Ik denk dat daar een gevaar in zit bij digitale zorg.

Niet voor alles

Sommige gesprekken moeten gewoon face-to-face. Digitale zorg mag niet ter vervanging van fysieke zorg. Dit is o.a. afhankelijk van de ernst van de klachten.

Privacy

Zorgen over privacy fysieke zorg

Ik zit hier in een dorp. Dan is de kans groot dat je een bekende treft aan een loket. Laatst was er bijvoorbeeld een buurvrouw die te horen kreeg dat haar urineuitslag goed was. Dat hoeft niet iedereen te weten. Met zorg op afstand ben ik niet bang voor privacy. In mijn geval is dit juist fysiek een probleem. Als mijn gegevens rondgaan in het medische circuit vind ik het niet erg.

Locatiemanager gehandicaptenzorg, 63 jaar

Zorgen over privacy bij digitale zorg

Ik heb een klein huis. Als ik niet zou willen dat mijn vriend mij zou horen is daar geen plek voor. Als je ergens heen gaat heb je die privacy dan wel.

Planner beveiliging, 25 jaar.

Op het moment dat ik persoonlijke gegevens of foto's doorstuur vind ik het wel belangrijk dat dit in een veilige omgeving terechtkomt en dat informatie alleen wordt gedeeld met de zorgverlener en niet naar andere partijen gaat. Als dat het geval is ben ik bereid best veel informatie digitaal te delen.

Coördinator middelbare school, 40 jaar

We delen al zoveel informatie over onszelf op het internet, een foto naar de huisarts kan er dan ook nog wel bij

Jongere, 19 jaar

Ik maak me geen zorgen dat informatie op de verkeerde plek terecht komt maar ik zou wel nadenken over welke foto's ik deel via de app.

Jongere, 20 jaar

Ik zou niet zo maar alles delen met de zorgverlener via e-mail of Whatsapp, daarvoor wil ik wel dat er wordt gewerkt met een speciale app.

Gepensioneerde, 70 jaar

Er zit een grens op wat ik wel en niet wil delen. Ik maak me daarbij niet zozeer zorgen om de apps of andere digitale middelen die worden ingezet door de zorgverlener; ik maak me vooral zorgen over de veiligheid van mijn eigen telefoon.

Leraar speciaal onderwijs, 32 jaar

Ik moet weleens beelddellen over mijn hart. Dat vind ik niet fijn. Ik wil ze zien. Je ziet alleen een gezicht. Je weet niet wie erachter zit of naast staat. Ik wil gewoon die vent zien of vrouw. Als ik zo zit te praten weet ik toch niet wie er allemaal in die kamer staat. Ik vind dat maar eng.

Elektromonteur, 52 jaar

De alleenstaande moeder met een minimuminkomen

Geslacht
Vrouw

Leeftijd
57

Beroep
Administratief medewerker

Hoogste opleiding
HBO

Gezinssituatie
Alleenstaand met thuiswonende tienerzoon



Voordelen van digitale zorg

Tijdsbesparing

Digitale zorg had mij als alleenstaande moeder meer tijd en minder stress opgeleverd. Ik heb ook weleens gedacht bij specialisten: wat een onzin dat ik er heen moet. Bijvoorbeeld toen ik voor een nacontrole naar het ziekenhuis moest voor getrokken tanden van mijn zoontje van toen zes jaar. Het ging gewoon goed en het ziekenhuis was best ver met het OV. Ik ben uiteindelijk gewoon niet gegaan door de reisafstand en de tijd die het zou kosten. Zolang kon ik niet weg van werk.

Reiskosten

De internist waar ik mij comfortabel bij voelde toen ik net mijn schildklierziekte had ontdekt zat in Utrecht. Er waren tijden dat deze reiskosten echt een rol speelde. Als ik er

nu over nadenk hadden er veel afspraken ook telefonisch of via beeld kunnen gaan.

Keuze voor zorgverlener onafhankelijk van afstand

Ik was ontevreden over mijn huisarts, maar bleef bij hem omdat het in de buurt was. Als er meer digitale opties waren geweest was ik al eerder van huisarts gewisseld.

Laagdrempeliger

Er zijn ook mensen die liever niet naar de dokter gaan. Als je dan kan werken met een app die iets kan scannen of met foto's, zou dat helpen. Ik

ging niet naar de huisarts omdat ik mijn buik en rug niet wilde laten zien. Ik dacht ik ga pas als ik ben afgevallen. Ik heb thuis ook niemand die even mee

Als ik er nu over nadenk hadden er veel afspraken ook telefonisch of via beeld kunnen gaan.

kan denken, want ik ga dat niet aan mijn zoon vragen. Toen ik toch echt moest gaan gaf dat mij een gevoel van schaamte, ook al zei de -ook nog knappe jonge invaller- dat hij wel wat gewend is.

Ontlasten fysieke zorg

Als er meer tijd vrijkomt door bijvoorbeeld digitale intakes, kunnen specialisten misschien bij fysieke afspraken die daar op volgen meer tijd aan de patiënt besteden. Dat kan soms zo gehaast zijn.

Nadelen van digitale zorg

Missen van diagnoses

Misschien dat diagnoses eerder gemist worden. Ik kan mij voorstellen dat je meer ziet als je iemand in het echt ziet. Je ziet niet hoe iemand loopt of hoe iemand erbij zit. Maar aan de andere kant kan dat bij een fysieke afspraak ook gebeuren.

De arbeidsmigrant met een baby'tje

Geslacht Vrouw	Leeftijd 25	Beroep Boodschappen- bezorger	Hoogste opleiding Lyceum (Roemenië)	Gezinssituatie Getrouwd met babyzoontje
-------------------	----------------	-------------------------------------	---	---

Voordelen van digitale zorg

Het is fijn dat het er is

Tijdens corona sprak ik mijn verloskundige soms via videobellen. Het was fijn dat het een optie was, maar liever spreek ik fysiek af. Zeker nu ik bijna altijd met mijn zoontje ben.

Handig voor kleine dingen

Als het gaat om kleine dingen zoals herhaalrecepten is het wel handig als je even kan bellen. Dat deden we in Roemenië ook zo. Ook toen ik met mijn zoon in het ziekenhuis was voor huiduitslag. De arts stuurde toen een foto naar een specialist om te controleren of hij het goed had.

Als ik een digitale afspraak zou hebben krijg ik daar nu al stress van. Wat als mijn zoontje gaat huilen en ik mijn gesprek niet meer kan voortzetten?

Tijdsbesparing

In Roemenië was je soms een dag bezig met iets administratiefs regelen. Hier kan je dat vanaf je computer doen. Meestal regelt mijn man dat soort dingen.

Nadelen van digitale zorg

Anders dan ik gewend ben

Vanuit Roemenië ben ik gewend dat je overal gewoon naartoe gaat. Dat kan ook weleens onhandig zijn, bijvoorbeeld dat je naar drie verschillende kantoren moet om iets te regelen. Maar het is wel de manier die ik ken.

Taalbarrière

Ik vind het lastiger om voor een scherm duidelijk te maken wat er aan de hand is omdat ik de taal niet spreek en in het Engels soms ook nog wel moet zoeken naar woorden. Het maakt mij oncomfortabel. Informatie op internet vertaal



ik wel allemaal, maar als ik echt een vraag heb zou ik die liever gewoon direct aan de persoon stellen.

Moeilijk combineren met de zorg voor mijn zoontje

Ik ben bijna elke dag met mijn zoontje en moet hem dan ook overal mee naar toe nemen. Als ik een digitale afspraak zou hebben krijg ik daar nu al stress van. Wat als hij gaat huilen en ik mijn gesprek niet meer kan voortzetten? Het zou alleen kunnen als hij slaapt, maar dan ben ik de hele dag bezig met dat hij precies op dat moment van de afspraak slaapt. Als ik ergens heen ga met hem kan ik ook gaan staan als hij gaat huilen, of even rondlopen.

Toegankelijkheid

“

Houd rekening met de verschillende doelgroepen: Niet iedereen kan en wil omgaan met digitale middelen. Ik zelf kan en wil dat wel, maar misschien is dat over 10 jaar ook wel anders. Denk bijvoorbeeld aan apps met hele lange, onbegrijpelijke teksten. Of het gebruik van kleuren waardoor iets minder goed leesbaar wordt.

”

Gepensioneerde, 70 jaar

De wijkverpleegkundige met veel ervaring met digitale zorg

Geslacht Vrouw	Leeftijd 33	Beroep Wijk- verpleegkundige	Hoogste opleiding Post HBO	Gezinssituatie Getrouwd/samenwonend met 2 kinderen
-------------------	----------------	------------------------------------	-------------------------------	--

Voordelen van digitale zorg

We kunnen niet meer zonder

Op mijn werk wordt er heel veel met zorg op afstand gewerkt. Vanuit een centrale op afstand werken verpleegkundigen van achter een computer en hebben beeldcontact met cliënten waarvan wij denken dat het nodig is. Dan kun je denken aan medicatie inname, maar ook een controlemoment. Waar we vroeger nog weleens binnen konden lopen

Hoe noodzakelijk is het dat je daadwerkelijk langs gaat?

bij mensen waar er niet echt noodzaak was, maar meer om een onderbuikgevoel weg te nemen, om uit voorzorg er te zijn. Die momenten kunnen nu overgenomen worden door een verpleegkundige achter de computer. Dit werkt goed en ik zou er de mensen niet voor hebben.

Tijdsbesparing

Hoe noodzakelijk is het dat je daadwerkelijk langs gaat? Dit herken ik zowel persoonlijk als professioneel. Als je bijvoorbeeld naar een huisartsenpost foto's en filmpjes kan sturen, zodat ze een betere triage kunnen doen, voordat je er daadwerkelijk heen gaat. Dat scheelt tijd en het zorgt ervoor dat de mensen die in de wachtkamer zitten ook echt zorg nodig hebben. Professioneel gezien scheelt het reistijd en daarnaast blijft het vaak niet alleen bij 'hoe gaat het'? Daar gaat meer tijd in zitten als je langs gaat.

Nadelen van digitale zorg

Je ziet niet de hele situatie

Achter een scherm heb je alleen de client voor je en het woord van de client. En daar houdt het mee op. Je kunt niet een kijkje nemen in de kamer. Terwijl als ik binnenkom als verpleegkundige kijk ik naar de hele situatie en gebruik ik al mijn zintuigen. Ik zie, ik hoor, ik ruik. Ik vraag mij dus af of je alles goed kunt zien. Zeker bij een kwetsbare doelgroep, of mensen

die weinig of geen mantelzorg hebben zou ik er absoluut voor pleiten om ook eens in de zoveel tijd als persoon binnen te komen.

Fysieke zorg blijft altijd nodig

Er is tegenwoordig zoveel mogelijk: apparaten die je kunt vullen met zakjes medicijnen en die dan een belletje geven en er een zakje uitkomt. Maar als er een storing is of het apparaat moet gevuld worden dan ben je daar toch in persoon nodig.

Patiënten missen het sociale aspect

Patiënten zijn tevreden over de praktische zaken: het contact verloopt goed, duidelijk verstaanbaar, er is contact. Maar zij missen het praatje, het sociale contact. Het sociale aspect speelt een grotere rol dan we wellicht denken.

De digivaardige 80+er

Geslacht	Leeftijd	Beroep	Hoogste opleiding	Gezinssituatie
Vrouw	81	Gepensioneerd	Mulo	Alleenstaand, weduwe



Voordelen van digitale zorg

Goed dat het kan

Goede ontwikkeling dat het kan, bijvoorbeeld om afspraken te maken. Ik kan het ook allemaal zelf, ik kan ook een afspraak digitaal maken.

Extra informatie

Als ik meer informatie wil zoek ik het gewoon op Google op. Of als ik wilde weten hoe laat de thuiszorg kwam, keek ik gewoon even in de app op de iPad.

Nadelen van digitale zorg

Je leert elkaar niet kennen

Ik kan het allemaal. Bankzaken, iPad, whatsappen. Maar in de zorg vind ik het wel fijn als het in persoon is. Je leert elkaar kennen. Ze wisten ook dat er bij mij echt iets was als ik belde. Dus stonden ze binnen drie minuten op de stoep.

Niet iedereen kan het nog leren

Ik kan alles, heb alles geleerd. In mijn omgeving zijn ze erbij die het kunnen, maar ook veel die het niet kunnen, die al de weg kwijt zijn en geen kinderen die ze daar dan bij kunnen helpen. Mijn zoon en dochter helpen mij als ik er niet uitkom en mijn kleindochter heeft ons jaren terug nog eens computerles gegeven.

(fysiek) Sociaal contact is waardevol

Toen mijn man in het verpleeghuis zat kon ik via een app zien hoe het met hem ging, maar ik vind mondeling wel fijner. Ik heb ook altijd zulke fijne hulpverleners gehad waar ik ook altijd alles eruit kon gooien. Mijn man was niet altijd makkelijk. Zeker als het slechter ging was het fijn om dat contact te hebben.

Ik heb goede contacten met mijn zorgverleners. Bij mijn huisarts heb ik gevraagd wanneer iedereen jarig is en stuur altijd een kaart bij de verjaardag, vinden ze geweldig. Ook de dames van de thuiszorg van mijn man komen nog weleens op de koffie. Ik hou met iedereen contact, maar zij bellen mij ook. Je krijgt het ook terug.

Voorwaarden

Zelf kiezen

Als het digitaal kan en het scheelt mij tijd, dan heb ik graag dat die optie er is. Als ik inschat dat de dokter er echt naar moet kijken dan moet ik ook die afspraak kunnen maken. Ik vind het wel belangrijk dat die opties er zijn en dat je zelf mag kiezen.

Beleidsondersteuner, 60 jaar

De optie voor fysieke zorg moet wel blijven, je kunt niet alle zorgvragen digitaal oplossen.

Ondernemer in de zorgsector, 65 jaar

Ik wil graag zelf kunnen kiezen tussen fysieke of digitale zorg. Als er echt wat is waarbij de juiste diagnose alleen fysiek kan worden gesteld dan wil ik fysieke zorg.

Jongere, 19 jaar

Afhankelijk van de ernst

Afhankelijk van de ernst van de klacht kan iets digitaal of niet. Voor ernstigere zaken wil ik graag sowieso mijn zorgverlener face-to-face zien. Ook moet digitale zorg

niet ter vervanging komen van fysieke zorg - het moet een toevoeging zijn op fysieke zorg.

Gepensioneerde, 75 jaar

Bij bepaalde gevallen en gesprekken is het van belang dat dit face-to-face gebeurt. Sommige gesprekken moeten gewoon face-to-face. Digitale zorg mag niet ter vervanging van fysieke zorg. Dit is o.a. afhankelijk van de ernst van de klachten.

Leraar, 32 jaar

Fysieke zorg moet dichtbij blijven

Ik heb iedere maand meerdere afspraken bij het ziekenhuis en andere zorgverleners. Voor mij is het van belang dat ik dichtbij fysieke zorg kan ontvangen omdat ik anders uren aan reistijd zou hebben.

Student, 29 jaar

Onder geen voorwaarden

Ik hoef geen digitale zorg. Ook als het het enige is wat kan sla ik die over, dan maar geen zorg.

Elektromonteur, 52 jaar

Bekende zorgverlener

Ik vind het prima om digitaal te communiceren met mijn huisarts maar wel omdat ik hem ken, ik weet wie erachter zit, dus dat is voor mij wel een voorwaarde. Als het basiscontact en vertrouwen er is dan werkt het. Als je weet dat je gehoord wordt en het goed geanalyseerd wordt.

Ondernemer in de zorgsector, 65 jaar

De jongeren zonder zorgvraag

Geslacht	Leeftijd	Beroep	Hoogste opleiding	Gezinssituatie
Man	19	Student	Middelbare school	Thuiswonend bij ouders
Man	20	N.v.t.	VMBO	Thuiswonend bij moeder

Voordelen van digitale zorg

Geen reistijd

Digitale zorg scheelt mij veel reistijd. Ook zie ik in mijn omgeving veel leeftijdgenoten die niet meer thuis wonen maar op kamers zitten en nog ingeschreven staan bij de huisarts bij hun ouders. Ook dan is digitale zorg een uitkomst.

Digitale zorg scheelt mij veel reistijd

Het liefst ga ik gewoon altijd fysiek langs bij de dokter. Scheelt ook dat hij op 5 minuten afstand zit. Reistijd (en kosten) spelen voor dus mij geen rol maar als hij verder weg zou zitten zou dat voor mij wel een rol spelen.

Nadelen van digitale zorg

Onduidelijkheid op het internet

Wanneer je zoekt op internet naar extra informatie dan helpt dit vaak niet. Er komen drie verschillende

conclusies uit. Daarom wacht ik eerst het huisartsenbezoek af voordat ik ga zoeken op internet.

Niet alles kan digitaal

Afhankelijk van de ernst sta ik open voor digitale zorg. Bij ergere klachten wil ik sowieso een fysieke afspraak. Ik wil daarin zelf kunnen kiezen. Bij minder erge klachten waar je zelf al de diagnose kunt stellen is bijvoorbeeld bellen wel heel handig.

Privacy

We delen al zoveel informatie over onszelf op het internet, een foto naar de huisarts kan er dan ook nog wel bij.

Ik maak me geen zorgen dat informatie op de verkeerde plek terecht komt maar ik zou wel nadenken over welke foto's ik deel via de app.

Het liefst ga ik gewoon altijd fysiek langs bij de dokter.

Positieve bijeffecten van digitale vaardigheid

De 75/80+ers die een device gebruiken voor zorg op afstand mogen hun device voor ook voor privédoeleinden gebruiken. Iemand kon daardoor bijvoorbeeld foto's sturen en ontvangen van een kleindochter die in het buitenland woont. Of mensen die gingen patiënten, dat is gewoon hartstikke leuk. Hadden ze anders nooit gedaan. Omdat ze het moesten leren kwam er ook iets bij qua sociaal contact.

- Wijkverpleegkundige, 33 jaar

De zorgprofessional woonachtig in een klein dorp

Geslacht **Vrouw** Leeftijd **63** Beroep **Recent gepensioneerd, daarvoor locatiemanager gehandicaptenzorg** Hoogste opleiding **HBO** Gezinssituatie **Getrouwd. Samenwonend, met drie uitwonende kinderen**

Voordelen van digitale zorg

Bespaart tijd

Zowel in mijn persoonlijke omgeving als in mijn professionele werd er steeds vaker gewerkt met het sturen van een foto voor het eerste triagemoment. We hadden bijvoorbeeld een cliënt die een suikerpatiënt was met een wond op zijn voet. Daar werden weleens foto's van gemaakt door de wondverzorging zodat er een beoordeling op afstand gegeven kon worden. Pas als het nodig was werd dan een afspraak gemaakt.

Meer privacy

Ik zit hier in een dorp. Dan is de kans groot dat je een bekende treft aan een loket. Laatst was er bijvoorbeeld een buurvrouw die te horen kregen dat er urineuitslag goed was. Dat hoeft niet iedereen te weten. Met zorg op afstand ben ik niet bang

voor mijn privacy. In mijn geval is dit juist fysiek een probleem. Als mijn gegevens rondgaan in het medische circuit vind ik het niet erg.

Nadelen van digitale zorg

Een mens heeft een mens nodig

Als een robot jou kan helpen je steunkousen aan te doen is dat natuurlijk helemaal prima. Maar ik denk dat iemand het ook nodig heeft om jou even te spreken, even die hand op de schouder. Dat heeft een mens ook nodig. Ik denk dat je als mens een mens nodig hebt om goed te functioneren, om te groeien, om afwegingen te maken, om keuzes te maken. Dat digitale gebeuren kan er zeker een bijdrage aan leveren, maar dan moet je je wel nog steeds afvragen, met welk doel gaan we dat inzetten, wat is de bedoeling daarvan. Die afwe-

Ik zit hier in een dorp. Dan is de kans groot dat je een bekende treft aan een loket. Met zorg op afstand ben ik niet bang voor mijn privacy.

ging moet altijd heel goed gemaakt worden. Ik weet niet of je daar een algemene regel van kan maken.

Je weet niet hoe iemand erbij zit

Via een scherm krijg je onvoldoende mee hoe iemand erbij zit. In mijn werk als locatiemanager in de gehandicaptenzorg zorgde ik er in de coronatijd altijd voor dat ik iedereen ook even in het echt zag en niet alleen via het scherm. Dan wist ik hoe het met iemand ging en of ze extra ondersteuning nodig hadden. Menselijk contact kan niet worden overgenomen. Als je echt wilt weten hoe het met mensen gaat moet je naar ze toe.

Kwaliteitsverlies

Digitalisering kan ook zorgen voor kwaliteitsverlies, omdat je de menselijke maat er uithaalt. Als zorg meer digitaal wordt, wordt er een grotere afstand gecreëerd van de mens en de situatie. Het digitale systeem wordt leidend en niet wie we voor ons hebben.

De vader van twee

Geslacht	Leeftijd	Beroep	Hoogste opleiding	Gezinssituatie
Man	40	Coördinator middelbare school	WO	Getrouwd en 2 kinderen



Voordelen van digitale zorg

Laagdrempeliger

Nu kijk ik het vaak even aan. Bij digitale zorg is de drempel lager om contact op te nemen met de huisarts en is het makkelijker om een afspraak in te plannen dus ben ik sneller geneigd om dit te doen.

Minder moeite

Fijn dat ik even kan bellen met de huisarts(assistente) en op basis van foto's een advies krijg, dan hoef ik niet met twee kinderen laat op de avond nog richting de huisarts of het ziekenhuis.

Ontlasten fysieke zorg

Digitale zorg kan de fysieke zorg die iemand nodig heeft verminderen waardoor ook voor zorgverleners tijd wordt bespaard. Er kan wat mij betreft heel veel zorg digitaal. Zo houden we de zorg ook houdbaar in de toekomst.

Nadelen van digitale zorg

Privacy

Op het moment dat ik persoonlijke gegevens of foto's doorstuur vind ik het wel belangrijk dat dit in een veilige omgeving terecht komt en dat informatie alleen wordt gedeeld met de zorgverlener en niet naar andere partijen gaat. Als dat het geval is ben ik bereid best veel informatie digitaal te delen.

Schrik-effect

Je moet oppassen dat mensen een fysieke afspraak niet gaan associëren met iets ernstigs, en een digitale afspraak met iets minder ernstigs.

Ervaringsdeskundigen blijven altijd nodig

“

Mijn grootste zorg als het gaat om digitale zorg is dat ervaringsdeskundigen vertrekken en niet worden aangevuld. Er zijn altijd kennisdragers nodig die de situatie kunnen beoordelen, dit kan niet worden vervangen door een digitaal middel. Neem bijvoorbeeld de verloskunde. Een verloskundige heeft geen afvinklijstje 'nu moet iemand naar de verloskundige'. Die kan dit op ervaring inschatten wanneer dat nodig is.

”

Ondernemer in zorgsector, 65 jaar

De young professional met een fulltime baan

Geslacht
Vrouw

Leeftijd
25

Beroep
Planner
beveiliging

Hoogste opleiding
MBO niveau 2
Beveiliging

Gezinsituatie
Samenwonend



Voordelen van digitale zorg

Flexibiliteit

Ik kan mijn probleem in de app uitleggen en foto's toevoegen. Binnen drie dagen komt er dan een beoordeling. Fijn dat ik er niet heen hoefde, aangezien ik ook gewoon 40 uur werk.

Laagdrempeliger

Voor kleine dingen zou je dan ook eerder zorg opzoeken. Als je het niet in je schema hoeft te passen en gewoon je probleem kan voorleggen in zo'n app en foto's kan toevoegen.

Je bent snel afgeleid met videobellen. Je doet veel dingen tegelijk, ik heb ook vaak mijn telefoon erbij. Dat heeft die arts ook.

Ruimte voor fysieke zorg

Als er geen lichamelijk onderzoek nodig is kan het gewoon digitaal. Ik denk dat 80% digitaal kan. Dan komt er misschien ruimte voor de dingen die wel echt gezien moeten worden. Mijn eerste intake voor mijn enkel was fysiek in het ziekenhuis, maar had prima digitaal gekund, ze gingen er toen helemaal niet naar kijken. Of een andere keer werd ik geholpen door een student en die maakte een foto en stuurde het naar de arts. Had ik zelf ook kunnen doen.

Nadelen van digitale zorg

Niet direct gerustgesteld

Fijn dat ik foto's kan sturen, maar ik moest nog wel bellen omdat ik drie dagen wachten op antwoord te lang vond. Vervolgens zeiden ze dat mijn foto's te vaag waren. Nog steeds fijn dat het kan maar je bent niet gelijk gerustgesteld.

Een ander voorbeeld is dat ik nu na veel aandringen een afspraak heb voor een wond aan mijn enkel die is gaan ontsteken na een operatie. Dit is een afspraak, terwijl ik denk dat je moeilijk kan beschrijven hoe het eruit ziet. Dus ik denk dat ik daarna alsnog langs moet komen.

Risico op slechte verbinding

Fysiek is voor grotere dingen prettiger dan via teams of een zoomgesprek. Dan zie je de persoon helemaal, ook hoe hij erbij zit. En je wil dan ook geen internetverbinding die niet goed werkt, of uitvalt of dat je opnieuw moet inloggen. Je wilt geen belangrijke info missen.

Afleiding

Je bent snel afgeleid met videobellen. Je doet veel dingen tegelijk, ik heb ook vaak mijn telefoon erbij. Dat heeft die arts ook. Je weet niet in hoeverre de arts naar je luistert.

Privacy

Ik heb een klein huis. Als ik niet zou willen dat mijn vriend mij zou horen is daar geen plek voor. Als je ergens heen gaat heb je die privacy dan wel.

De student met een grote zorgvraag

Geslacht Vrouw	Leeftijd 29	Beroep Student	Hoogste opleiding HBO/ WO propedeuse	Gezinssituatie Relatie (alleenwonend)
-------------------	----------------	-------------------	--	---



Voordelen van digitale zorg

Laagdrempeliger

Je hoeft niet de deur uit en je kunt het makkelijker inplannen. Zeker met e-mail of appcontact kan ik een berichtje opstellen wanneer het mij uitkomt en het ook weer lezen wanneer het mij uitkomt. Door mijn ziekten heb ik ook regelmatig veel vragen en ik voel me dan ook minder bezwaard om deze te stellen. Wel zie ik dat nog niet iedere zorgverlener ingesteld is hierop. Het ziekenhuis is bijvoorbeeld heel lastig te bereiken, terwijl ik met mijn andere zorgverlener juist heel makkelijk contact kan leggen. Ik denk ook dat door deze laagdrempeligheid mensen eerder zorg zouden zoeken.

Tijdsbesparing

Ik heb iedere maand meerdere afspraken bij het ziekenhuis en andere zorgverleners. Hierbij zijn sommige afspraken reguliere controlemomenten waarbij ze op afstand mijn gegevens uit kunnen lezen. Dat maakt het vaak niet eens nodig om fysiek langs te komen. Ook is een digitale afspraak vaak

efficiënter, je komt sneller tot de inhoud, en het scheelt mij reistijd.

Keuze in zorgverlener

Afhankelijk van je zorgvraag kan dit natuurlijk meespelen. Als je meer specialistischere zorg nodig hebt dan is het wel een voordeel dat je kunt kiezen uit zorgverleners die ook wat verder weg zitten voor zorg op afstand/digitale zorg. Tegelijkertijd speelt dan ook wel dat je door een specifieke zorgvraag vaak juist fysieke zorg nodig hebt dus het past niet in alle situaties. Voor mij is het van belang dat ik dichtbij fysieke zorg kan ontvangen omdat ik anders uren aan reistijd zou hebben.

Nadelen digitale zorg

Geen persoonlijk contact

Ik mis toch wel een deel persoonlijk contact bij digitale zorg.

Geen duidelijk timeframe

Wat er nu vaak gebeurt is dat ik een telefonische afspraak heb met het ziekenhuis en daar heel de dag op zit te wachten: ze bellen ergens tussen 9 en 5. Dit werkt voor mij niet. Soms moet ik hele persoonlijke gesprekken voeren terwijl ik op mijn werk ben. Daarnaast zit ik heel de dag te wachten op het telefoontje. Dan heb ik liever een fysieke afspraak bij het ziekenhuis.

Informatie op internet

Meer medische kennis en betere sparringspartner voor zorgverlener

Meestal is de informatie op internet erg goed. Mijn moeder gebruikte veel medicijnen. Ik heb op internet gezocht naar een specifiek medicijn en de bijwerkingen en ook reacties van mensen hoe ze reageren op deze medicijnen. En aan de hand van mijn research op internet heb ik met de huisarts gebeld over of het aan de medicatie kan liggen dat mijn moeder zich zo naar en beroerd voelt. En dat bleek inderdaad zo te zijn.

Beleidsondersteuner, 60 jaar

Eigen diagnose gesteld

Met behulp van informatie op internet heb ik mijn eigen diagnose gesteld van mijn schildklierziekte. Daarom wist ik wat ik had. Niet door de huisarts. Sterker nog, die geloofde mij eerst niet eens.

Administratief medewerker, 57 jaar

Paniek door googelen

Informatie op internet stelt mij helemaal niet gerust. Ik kan vaak alle symptomen aanvinken en ben al tien keer overleden volgens internet.

Planner beveiliging, 25 jaar

Onduidelijkheid op het internet

Wanneer je zoekt op internet naar extra informatie dan helpt dit vaak niet. Er komen drie verschillende conclusies uit. Daarom wacht ik eerst het huisartsenbezoek af voordat ik ga zoeken op internet.

Jongere, 19 jaar

De gepensioneerde

Geslacht	Leeftijd	Beroep	Hoogste opleiding	Gezinssituatie
Man	70	Gepensioneerd	MBO (MTS)	Getrouwd en 3 (uitwonende) kinderen

Voordelen van digitale zorg

Geen reistijd

Voor mij is het van belang dat mijn reistijd beperkt is anders gaat dat een barricade vormen. Dat geldt nu maar zeker ook voor in de toekomst. Nu rijd ik nog makkelijk auto maar straks misschien niet meer. Ook heb ik regelmatig overleg over mijn zoon met zijn zorgverleners. Zij zitten op twee uur rijden van ons af. Het zou niet haalbaar zijn om daar iedere keer met de auto naartoe te moeten. Met digitale zorg is er geen sprake van reistijd, dat zie ik als groot voordeel.

Nadelen van digitale zorg

Privacy

Ik zou niet zo maar alles delen met de zorgverlener via e-mail of Whatsapp, ik wil wel dat er wordt gewerkt met een speciale app.

Niet voor iedereen toegankelijk

Houd rekening met de verschillende doelgroepen: Niet iedereen kan en wil omgaan met digitale

middelen. Zeker in deze maatschappij die steeds verder aan het vergrijzen is. Ik zelf kan en wil het wel, maar misschien is dat over tien jaar ook wel anders. Wat je bijvoorbeeld weleens ziet zijn apps met hele lange, onbegrijpelijke teksten. Of het gebruik van kleuren waardoor iets minder goed leesbaar wordt.

Niet voor alles

Afhankelijk van de ernst van de klacht kan iets digitaal of niet. Voor ernstigere zaken wil ik graag sowieso mijn zorgverlener face-to-face zien. Ook moet digitale zorg niet ter vervanging komen van fysieke zorg - het moet een toevoeging zijn op fysieke zorg. Daarnaast moet altijd wel fysieke zorg aan te rijden blijven.

Ik zelf kan en wil het wel, maar misschien is dat over tien jaar ook wel anders.

